

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Orli Carvalho da Silva Filho

Comportamento suicida da infância à juventude: trajetórias e possibilidades entre os nós do apego, das famílias e das violências – Um estudo a partir da Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ

Rio de Janeiro

2024

Orli Carvalho da Silva Filho

Comportamento suicida da infância à juventude: trajetórias e possibilidades entre os nós do apego, das famílias e das violências – Um estudo a partir da Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Gonçalves de Assis.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Joviana Quintes Avanci.

Rio de Janeiro

2024

Título do trabalho em inglês: Suicidal behavior from childhood to youth: trajectories and possibilities among attachment, family, and violence - A study based on the Violence and Children's Mental Health Cohort of São Gonçalo/RJ.

S586c Silva Filho, Orli Carvalho da.
Comportamento suicida da infância à juventude: trajetórias e possibilidades entre os nós do apego, das famílias e das violências - Um estudo a partir da Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ / Orli Carvalho da Silva Filho. -- 2024.
216 f.

Orientadora: Simone Gonçalves de Assis.
Coorientadora: Joviana Quintes Avanci.
Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2024.
Bibliografia: f. 192-204.

1. Suicídio. 2. Comportamento Autodestrutivo. 3. Estudos de Coortes. 4. Juventude. 5. Autolesão não Suicida. I. Título.

CDD 362.28

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Orli Carvalho da Silva Filho

Comportamento suicida da infância à juventude: trajetórias e possibilidades entre os nós do apego, das famílias e das violências – Um estudo a partir da Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Área de concentração: Sociedade, Violência e Saúde.

Aprovada em: 31 de julho de 2024.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Maria Conceição do Rosário
Universidade Federal de São Paulo

Prof.^a Dra. Maria Elizabeth Lopes Moreira
Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Maria Cecília de Souza Minayo
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos da Silva
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Joviana Quintes Avanci (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Simone Gonçalves de Assis (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro

2024

Aos jovens do estudo longitudinal, a suas famílias, a seus lutos e a seus sonhos. Que não lhes faltem laços e novas possibilidades em suas trajetórias!

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), instituição a qual pertenço e que me desafia desde 2013; por sua história e por seus trabalhadores e trabalhadoras. À Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), pela experiência (pandêmica) do Doutorado. E em especial ao Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF), unidade institucional que me proporciona (muito) trabalho, alegrias e oportunidades diárias; um registro cordial a Direção, gestores, colegas, residentes e pacientes. Nem sempre é fácil e agradável ser do corpo IFF, mas é uma honra poder ser parte no momento de celebração de seu centenário.

Aos professores e às professoras com quem me deparei ao longo da vida, pelas trocas dedicadas e pelo ensino afetuoso; pelos aconchegos, rodinhas de histórias, rabiscos, letras, cálculos, recreios, testes, trabalhos em grupo, ensaios, jogos, redações, anamneses, procedimentos, entrevistas, plantões, palestras, concursos, dissertação, artigos e, agora, pela concretização desta Tese. Um carinho grande por duas mulheres que, nos últimos quatro anos, simbolizaram brilhantemente o papel docente para mim: minhas orientadoras Simone e Joviana – muito obrigado! Aos membros da Banca de Qualificação e da Defesa deste Doutorado – pelo aceite, empenho junto às agendas e leitura atenta.

Aos e às colegas que compartilharam tantos momentos em diferentes instituições de ensino comigo... CET, Carmo, CESO, UFF, UERJ, UFRJ, IFF, ENSP. Siglas que carregam um mundo dentro de mim e fazem parte, de algum modo, desta Tese. Neste momento, um aceno à Luciane Stochero, da turma de Doutorado, por sua organização, pragmatismo e afeto.

Aos amigos e às amigas que me ouvem reclamar e criticar desde sempre e aos que comigo riem, choram, lutam e sonham. Aqui, abraço os mais próximos através da divertida memória que tenho de Denise, amiga imaginária com quem convivi em parte da minha infância – acho que sua amizade me fez abrir portas, janelas e corredores (e fui me atentar a isso muito tempo depois!).

Às pessoas que, desde sempre, são família e às que assim se fizeram, no tempo e no contratempo: pelo suporte, pela paciência, pela esperança e pelo amor. À minha mãe Cátia e ao meu pai Orli pela “segurança apegada” e amor desde 1983. E ao meu marido Yaro: esse percurso seria muito mais difícil sem você.

To all those who have lost a loved one to suicide
and to those who struggle daily to stay alive.
(O'Connor, 2021, p. ii)

Viver é sempre isso, fazer o que se pode.
(Acioli, 2023, p.69)

RESUMO

O objetivo desta Tese foi investigar o comportamento suicida e as autolesões não suicida na infância, adolescência e juventude a partir de dados de um estudo epidemiológico com cinco ondas, a “Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ” (2005 a 2022). Nesta Tese, prioriza-se o papel do apego, das famílias e das violências sob uma perspectiva longitudinal e desenvolvimental. A partir de abordagens de triangulação de métodos e de referenciais teóricos filiados a Psiquiatria da Infância e Adolescência, Pediatria, Saúde Mental e Saúde Pública, os resultados e discussões desta pesquisa são apresentados em cinco produtos (artigos científicos e capítulo de livro), respondendo a seus objetivos específicos. 1) Dos 500 escolares (média de idade de oito anos) que constituíram a amostra em 2005, 316 foram seguidos até a terceira onda da coorte (2012), com a aferição do desfecho de interesse “comportamento suicida e autolesões não suicida”. Houve um aumento de 15% na chance de surgir este comportamento (OR 1.15; $p=0,069$), na presença da representação mental de apego não seguro, aferido através da Escala Global do Desenho da Família, em comparação ao grupo controle (representação mental de apego seguro). Esse achado corrobora os primeiros mil dias de vida como período crítico para promoção de saúde mental e prevenção da violência autoinflingida. 2) 129 jovens foram acompanhados até a quinta onda (2022); desses, 27% apresentaram comportamento suicida e autolesões não suicida, em uma ou mais ondas do estudo. Um olhar ensaístico sobre o panorama de duas décadas da coorte, reconheceu a segunda metade da adolescência e a juventude como as fases de maior ocorrência da violência autoprovocada, além da flutuabilidade desse desfecho nas trajetórias dos participantes, dialogando com as incertezas e os temores familiares com o futuro de seus filhos. 3) A investigação de três formas de violências na vida dos 129 participantes, considerando as fases da infância, adolescência e juventude (nove variáveis independentes), sinalizou: alta ocorrência da violência familiar na infância (84,5% de violência física e 76,7% de violência psicológica); maior experimentação e/ou percepção da violência comunitária na juventude (40,3%, vs. 18,6% na infância e 12,4% na adolescência); e magnitude da violência psicológica: da infância à adolescência ($p<0,001$) e da adolescência à juventude ($p=0,063$). O modelo de equações estruturais entre essas nove variáveis independentes e o desfecho apontou como mais significativas: violência comunitária na adolescência (0,517; $p<0,001$), violência familiar psicológica na juventude (0,398; $p<0,001$) e violência familiar psicológica na infância (0,656; $p=0,006$). 4) A análise de conteúdo de nove entrevistas com jovens periféricas participantes da quinta onda da coorte (2022) permitiu a discussão sobre os horizontes cotidianos que as mantiveram à margem do suicídio, protegendo-as, apesar do sofrimento e violência. “Espiritualidade”, “ofício” e “maternidade” foram os principais pontos de virada em suas vidas, indicando que as trajetórias de proteção e a prevenção do comportamento suicida precisam avançar através de abordagens decoloniais, interseccionais e com relevância social. 5) Demarcando a urgência do diálogo da academia com a sociedade, com ênfase na prevenção do suicídio, uma resenha foi produzida representando o importante papel da divulgação científica, e um estímulo para aproximação de todos os profissionais que assistem crianças e adolescentes para com essa temática. Esta pesquisa refletiu sobre como o apego e as diferentes formas de violência podem influenciar as trajetórias desenvolvimentais de crianças e adolescentes, aproximando-as do desfecho autolesivo. Pretende-se que os seus achados se somem ao corpo de discussões sobre a prevenção do comportamento suicida e das autolesões não suicida, ampliando a universalização e a sensibilização desse debate.

Palavras-chave: suicídio; comportamento autodestrutivo; autolesão não suicida; estudos de coortes; juventude.

ABSTRACT

The objective of this thesis was to investigate suicidal behavior and non-suicidal self-injury in childhood, adolescence, and youth based on data from an epidemiological study with five waves, the "São Gonçalo/RJ Violence and Mental Health Cohort" (2005 to 2022). This thesis prioritizes the role of attachment, family, and violence from a longitudinal and developmental perspective. Using a triangulation of methods and theoretical frameworks related to Child and Adolescent Psychiatry, Pediatrics, Mental Health, and Public Health, the results and discussions of this research are presented in five products (scientific articles and a book chapter), addressing specific objectives. 1) Out of the 500 schoolchildren (average age of eight years) who constituted the sample in 2005, 316 were followed until the third wave of the cohort (2012), with the assessment of the outcome of interest "suicidal behavior and non-suicidal self-injury." There was a 15% increase in the likelihood of this behavior (OR 1.15; $p=0.069$) in the presence of non-secure attachment mental representation, measured through the Family Drawing Global Scale, compared to the control group (secure attachment mental representation). This finding corroborates the first thousand days of life as a critical period for promoting mental health and preventing self-inflicted violence. 2) 129 young people were followed until the fifth wave (2022); of these, 27% presented suicidal behavior and non-suicidal self-injury in one or more waves of the study. An essayistic look at the two decades of the cohort recognized the second half of adolescence and youth as the phases with the highest occurrence of self-inflicted violence, in addition to the fluctuation of this outcome in the participants' trajectories, reflecting the uncertainties and fears of families regarding their children's future. 3) The investigation of three forms of violence in the lives of the 129 participants, considering the phases of childhood, adolescence, and youth (nine independent variables), indicated: a high occurrence of family violence in childhood (84.5% physical violence and 76.7% psychological violence); greater experience and/or perception of community violence in youth (40.3% vs. 18.6% in childhood and 12.4% in adolescence); and the magnitude of psychological violence: from childhood to adolescence ($p<0.001$) and from adolescence to youth ($p=0.063$). The structural equation model between these nine independent variables and the outcome pointed out the most significant ones: community violence in adolescence (0,517; $p<0.001$), family psychological violence in youth (0,398; $p<0.001$), and family psychological violence in childhood (0,656; $p=0.006$). 4) The content analysis of nine interviews with peripheral young participants from the fifth wave of the cohort (2022) allowed for a discussion about the everyday horizons that kept them away from suicide, protecting them despite suffering and violence. "Spirituality," "occupation," and "motherhood" were the main turning points in their lives, indicating that protective trajectories and prevention of suicidal behavior need to advance through decolonial, intersectional, and socially relevant approaches. 5) Highlighting the urgency of dialogue between academia and society, with an emphasis on suicide prevention, a review was produced representing the important role of scientific dissemination and encouraging the engagement of all professionals who assist children and adolescents with this issue. This research reflected on how attachment and different forms of violence can influence the developmental trajectories of children and adolescents, bringing them closer to a self-injurious outcome. Its findings are intended to add to the body of discussions on the prevention of suicidal behaviour and non-suicidal self-injury, broadening the universalization and awareness of this debate.

Keywords: suicide; self-injurious behavior; nonsuicidal self injury; cohort studies; youth.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	OBJETIVOS.....	21
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
3	MARCOS TEÓRICOS.....	22
3.1	APEGO.....	22
3.1.1	Apego: Bowlby e um novo olhar para a natureza do vínculo e para o desenvolvimento da espécie.....	23
3.1.2	Teoria do Apego: recortes conceituais, padrões, fases e possibilidades.....	25
3.1.3	Apego e comportamento suicida: um caminho compreensivo.....	31
3.2	VIOLÊNCIAS.....	34
3.2.1	Violência e Saúde Pública: um breve panorama operacional.....	34
3.2.2	Modelo Bioecológico: um modelo sobre desenvolvimento e sobre violência.....	37
3.2.3	Infância, Adolescência e Juventude: olhares transversais e longitudinais.....	41
3.3	COMPORTAMENTO SUICIDA.....	44
3.3.1	Comportamento suicida: apontamentos teóricos.....	45
3.3.2	Comportamento suicida: panorama nacional.....	47
3.3.3	Comportamento suicida: expressão de violência e sofrimento psíquico.....	49
3.3.4	Comportamento suicida: a inovação de Shneidman.....	50
3.3.5	IMV: trajetórias, possibilidades e nós do comportamento suicida.....	52
4	METODOLOGIA.....	55
4.1	COORTE VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DE SÃO GONÇALO/RJ: A PESQUISA DE ORIGEM.....	55
4.2	COMPORTAMENTO SUICIDA DA INFÂNCIA À JUVENTUDE: TRAJETÓRIAS E POSSIBILIDADES ENTRE OS NÓS DO APEGO, DAS FAMÍLIAS E DAS VIOLÊNCIAS.....	59
4.2.1	A quinta onda: desafios e possibilidades.....	60
4.2.2	Instrumentos e técnicas de pesquisa quantitativa utilizados na Tese.....	62
4.2.3	O desenho infantil como análise e o tema do apego.....	66
4.2.4	Quantitativo e Qualitativo: justapondo abordagens.....	69
4.2.5	Início, meio e fim: caminhos entre os objetivos e as produções.....	71

4.3	QUESTÕES ÉTICAS.....	73
5	RESULTADOS.....	75
5.1	PRODUTO 1: ATTACHMENT, SUICIDAL BEHAVIOR, AND SELF-HARM IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A STUDY OF A COHORT OF BRAZILIAN SCHOOLCHILDREN.....	76
5.2	PRODUTO 2: COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESÕES: TRAJETÓRIAS POSSÍVEIS NO TEMPO.....	88
5.3	PRODUTO 3: VIOLÊNCIAS FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL: ASSOCIAÇÕES COM O COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESÃO NÃO SUICIDA.....	129
5.4	PRODUTO 4: À MARGEM DO SUICÍDIO: HORIZONTES COTIDIANOS, PONTOS DE VIRADA E TRAJETÓRIAS DE PROTEÇÃO EM JOVENS MULHERES PERIFÉRICAS.....	150
5.5	PRODUTO 5: WHEN IT IS DARKEST: WHY PEOPLE DIE BY SUICIDE AND WHAT WE CAN DO TO PREVENT IT.....	170
6	DISCUSSÃO.....	173
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	188
	REFERÊNCIAS.....	192
	APÊNDICE 1 - EXEMPLOS DE DESENHOS INFANTIS ONDA 1 COORTE.....	205
	APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	206
	APÊNDICE 3 - LISTA ADICIONAL DE PUBLICAÇÕES.....	208
	APÊNDICE 4 - ÍMÃ ENTREGUE AOS PARTICIPANTES ONDA 5 COORTE.....	210
	ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (ABRIL 2022)	211
	ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (SETEMBRO 2020)	213
	ANEXO 3 - CARTA DE ACEITE DO ARTIGO 4	216

1 INTRODUÇÃO

O suicídio, mesmo quando protagonizado por crianças, adolescentes e jovens adultos, não pode ser compreendido ou analisado exclusivamente enquanto um fenômeno da contemporaneidade. É notório o destaque dado a esse tema na última década por diferentes mídias através de notificações epidemiológicas e relatórios educacionais e sanitários, assim como por diferentes escritos, imagens e debates, o que por si só já seria suficiente para reclamar sua atenção à saúde pública (Hoekstra, 2020; O'Connor, 2021; UNICEF, 2021; WHO, 2021). Porém, é preciso que sejam demarcadas a universalidade e a multicausalidade do comportamento suicida, assim como a sua identificação ao longo da história da humanidade, para que sua prevenção ultrapasse uma preocupação marcadamente contemporânea, geracional ou ainda delimitada como responsabilidade de uma classe profissional (Avanci *et al.*, 2023; Silva Filho; Assis; Avanci, 2022).

Desse modo, defende-se e se aborda nesta pesquisa o entendimento de que o comportamento suicida é um fenômeno violento, complexo, multideterminado e que requer amplos esforços e diversificados atores para seu manejo (O'Connor, 2021; WHO, 2014). Das suas explicações etiológicas à sua pluralidade semântica, passando por suas urgências, alardes, silêncios e tabus, é definido, até por se constituir enquanto uma manifestação de violência, o caráter multifacetado que assume e agrega (Silva Filho, 2019). Tal consideração não se pretende a, simplesmente, resumir ou reduzir o que de partida não pode ser; mas busca assumir que a forma de estudo aqui escolhida reconhece sua incompletude ainda que buscando avançar em lacunas pouco exploradas no campo da Saúde Pública. Vazios que, se e quando ocupados, nomeados e interpretados, podem vir a se constituir em estratégias de prevenção.

Assim, diante de diferentes possibilidades compreensivas, optou-se pela atenção às trajetórias longitudinais da infância à juventude, destacando-se três perspectivas complementares: o potencial papel do apego desenvolvido na primeira infância; as relações familiares enquanto representação da experiência microsocial no curso do desenvolvimento; e a influência das diferentes violências na vida de crianças, adolescentes e jovens. Com isso, não se buscou propor ou reconhecer a eficácia de intervenções diante do comportamento suicida já estabelecido ou refletir sobre a nosologia psiquiátrica a ele atrelada, mas compreender sua ocorrência e representações a partir de dados empíricos de uma coorte (São Gonçalo/RJ) que acompanhou um grupo de crianças escolares (primeira onda em 2005) até sua juventude (quinta onda em 2021/22) dialogando reflexivamente com o ainda sombreado campo da prevenção do suicídio.

Dada a reiterada utilização, neste texto, da expressão “multideterminação” em relação ao comportamento suicida, é razoável, enquanto investigação filiada à Saúde Pública e Saúde Coletiva, brevemente reconhecer a discussão em torno desse conceito (Almeida-Filho, 2021; Minayo, 2021). A naturalização de sua escrita, como aponta Minayo (2021) pode provocar uma compreensão de redução da complexidade dos fenômenos e situações de saúde/doença, numa causalidade simplista. Em franca oposição epistemológica, Almeida-Filho (2021) defende que esse conceito não se apresenta ultrapassado, permanecendo complexo e reflexivo para provocar investigação sobre os contextos e mudanças nas sociedades pós-industriais; nessa perspectiva, o termo “determinação”, assim como suas variantes, deve ser aqui compreendido.

Três eixos teóricos suportaram as indagações e preocupações desta pesquisa de Doutorado em Saúde Pública: a Teoria do Apego, a violência e o comportamento suicida. Não se pretendeu uma densidade expositiva ou inovadora sobre tais tópicos, de forma que a estrutura desta Tese de Doutorado é objetiva. Pretendeu-se, contudo, deter-se na proposição e evolução de uma argumentação entre e através dos possíveis nós que conectam esses temas e obstruem as trajetórias de desenvolvimento infantojuvenil. Se não uma argumentação robusta, ao menos o início de formulações de respostas a questionamentos que acompanharam e seguem acompanhando o doutorando em sua prática clínica e em seu grupo de pesquisa.

Facilitando essa construção argumentativa, o arcabouço conceitual escolhido para esta Tese de Doutorado em Saúde Pública se apresenta em eixos teóricos cuja complexidade tende à seguinte lógica: do universal ao particular, do macro ao micro. Considera-se, dessa forma, que a experiência do apego é universal a todos os humanos, como parte intrínseca ao desenvolvimento espécie-específico (Ainsworth *et al.*, 1978; Bowlby, 2002; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004; Thapar *et al.*, 2015); que as experiências das diferentes formas de violência são muito prevalentes no micro e macrossistema ao longo do desenvolvimento – com destaque às populações de maior vulnerabilidade social (Assis; Avanci, 2017; Assis; Pesce; Avanci, 2006; Minayo; Assis; Souza, 2017; OMS, 2002; Schenker; Avanci; Silveira, 2017; Teicher *et al.*, 2016); e que o comportamento suicida, enquanto manifestação de sofrimento psíquico e de violência, pode ser compreendido como um desfecho influenciado pelo somatório de uma série de agravos e eventos adversos (proximais e distais) que se apresentam ao longo do ciclo vital (Christoforou; Ferreira, 2022; Danner Touati *et al.*, 2022; Minayo, 2017; O'Connor; Kirtley, 2018; O'Connor, 2021; Pompili, 2018; Santo; Dell'Aglia, 2022; Silva Filho, 2019; Turecki, 2018).

Por comportamento suicida, tem-se um *continuum* de autoagressões que envolve ideação, ameaças, tentativas e atos suicidas (Botega, 2015; WHO, 2014). Ainda que o termo

“comportamento suicida” permita, congregate e provoque uma polissemia semântica, aqui se recorreu a essa definição consagrada no campo biomédico e no da Saúde Pública (Botega, 2015; Noal; Passos; Freitas, 2020; WHO, 2014). O suicídio apresenta-se como um de seus desfechos, o mais grave, o mais crítico e o mais identificado pela área da saúde (Hawton; Saunders; O’Connor, 2012). As autolesões não suicida, em suas diversas manifestações e expressões clínicas, podem ser compreendidas como parte desse espectro, apesar de não haver consenso na literatura de psicopatologia sobre isso, ainda mais quando se trata de crianças e adolescentes (AACAP, 2001; Giletta *et al.*, 2015; Jans *et al.*, 2018; King; Apter, 2003; Silva Filho, 2019).

Reconhecendo essa divergência teórica, aponta-se, ainda na introdução desta Tese, a proposta metodológica aqui escolhida, valorizando-se a possibilidade de as autolesões não suicida (ALNS) constituírem-se como parte do *continuum* do comportamento suicida (CS). Tal deliberação apoiou-se primariamente em argumentos metodológicos e operacionais que organizaram a coleta e a interpretação dos dados empíricos longitudinalmente, mais bem explicados na Seção Metodologia. Desse modo, procurou-se, em todos os produtos desta pesquisa, retomar essa problematização e também limitação, não se assumindo uma única posição.

Dentre as diversas abordagens que tentam compreender o fenômeno suicida, destacam-se as proposições de Shneidman ao descrever o suicídio como uma confluência de um máximo de dor, de perturbação e de pressão (Saraiva, 2010). Os estudos de autópsia psicológica realizados pelo suicidologista, largamente replicados, foram determinantes para uma hipótese de associação de que em 80 a 90% dos casos de suicídio há um transtorno mental subjacente (Bertolote; Fleischmann, 2002; Botega, 2015; WHO, 2014). Apesar das divergências teóricas que essa associação provoca na academia, principalmente às lentes das ciências sociais e humanas (Lima; Navasconi, 2022), há consenso de que o comportamento suicida é uma das mais graves expressões de sofrimento emocional e ao mesmo tempo uma manifestação de violência (Brasil, 2005; O’Connor, 2021; Pirkis *et al.*, 2021; Pompili, 2018; Silva Filho, 2019; WHO, 2014).

Assim, sendo reconhecido como um fenômeno multifatorial, multideterminado e multifacetado, tal qual a violência, diversos questionamentos têm permeado a assistência e a pesquisa sobre o tema (Botega, 2015). A clínica e a literatura têm recentemente ampliado a atenção para o *continuum* suicida no público infantojuvenil, seja para a identificação e o manejo de suas primeiras manifestações neste grupo etário, mas também para o caráter etiológico que esse período pode representar em se tratando de vulnerabilidade e/ou proteção para sua manifestação futura, na vida adulta (Hoekstra, 2020; O’Connor; Kirtley, 2018; Silva Filho,

2019; Silva Filho; Minayo, 2021; Turecki, 2018; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020).

A violência também é um fenômeno social, histórico, multicausal e, por isso, complexo; acompanha a experiência da humanidade sendo tolerada ou condenada de acordo com o contexto onde se estabelece (Minayo, 2006; OMS, 2002). Representando um risco para a realização plena do processo vital, as lesões violentas, codificadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde – CID X– (OMS, 1996; OMS, 2002) como “Causas Externas” se configuram como um problema de saúde pública. Na realidade nacional, as transições epidemiológica e demográfica das últimas décadas têm provocado destaque para a morbimortalidade por causas externas, evidenciando o impacto da violência na vida e na morte dos brasileiros por todo o ciclo vital (Minayo; Assis; Souza, 2017; Vasconcelos; Gomes, 2012; Victora *et al.*, 2011).

Tal cenário, experimentado globalmente ainda que assincronamente, impõe mudanças no planejamento e na assistência à saúde, de forma que pesquisas e investimentos para compreensão e intervenção sobre as lesões violentas tornam-se mandatórias no campo da Saúde Pública, e nisso também são incluídas as crianças, adolescentes e jovens. Dentre essas lesões violentas enfatizam-se, por sua magnitude no país, os homicídios, os acidentes de trânsito, os suicídios e as causas indeterminadas (Brasil, 2005, 2024; Waiselfisz, 2014); cenário semelhante ao identificado globalmente (WHO, 2021). De algum modo, esse contexto também se apresenta na pediatria contemporânea pela transição epidemiológica experimentada nas últimas décadas, com críticos desafios assistenciais (Kielsing *et al.*, 2022). Assim, a causalidade externa se afirma como uma importante causa de morbimortalidade pediátrica, incluindo nisso o comportamento suicida (Bhutta; Guerrant; Nelson, 2017; Carvajal-Velez *et al.*, 2023; Moreira; Goldani, 2010; OMS, 2002; Palfrey *et al.*, 2005; WHO, 2017).

Tendo como referência as tipologias e naturezas da violência propostas pelo setor Saúde, o suicídio pode ser classificado como de tipologia autoinfligida e de natureza física e psicológica (Minayo, 2006; OMS, 2002; Silva Filho, 2019). Nesse contexto, reconhece-se a pertinência de se refletir teórica e empiricamente sobre as associações e manifestações entre diferentes modalidades de violência, principalmente, sobre suas representações e possíveis vetores de prevenção (Ports *et al.*, 2017).

Dimensionando o suicídio no horizonte nacional e justificando a relevância desta pesquisa, o Boletim Epidemiológico 55, publicação oficial sobre o tema mais atualizada do Ministério da Saúde, sinaliza que houve 15.507 mortes por suicídio no país em 2021, numa taxa de 7,45 por 100 mil habitantes (Brasil, 2024). Ainda que considerada baixa em relação a outros países, a taxa de incidência de suicídio no Brasil seguiu a tendência de aumento observada no

continente americano, diferente das outras macrorregiões globais (WHO, 2021). Ressalta-se, porém, que sendo um país muito populoso, o número absoluto de mortes autoinflingidas não deve ser desconsiderado, caracterizando-se por variabilidade regional e etária (Brasil, 2024).

O documento aponta que houve um aumento da incidência em todos os grupos etários, com predomínio masculino. Em 2010 e 2016, os registros foram de 5,2 e 5,7 por 100 mil, respectivamente. É a terceira causa de morte em brasileiros de 15 a 19 anos, quarta no grupo entre 20 e 29 anos, e 11^a. entre os de 5 a 14 anos (Brasil, 2024). Tais dados corroboram a susceptibilidade da população infantojuvenil para esse agravo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os países devem se empenhar na redução da mortalidade por suicídio até 2030 (WHO, 2021). Mais do que mapear grupos de risco, a OMS aponta ser importante se investigar, nacionalmente, o problema do suicídio desagregando-se as taxas de incidência por grupos etários, sexo, minorias étnico e raciais, assim como por meios utilizados para que sejam mais bem compreendidas e, assim, propostas estratégias de prevenção mais adequadas (WHO, 2021). Tal estratégia também tem sido recomendada na literatura atual (Jewett *et al.*, 2024; Ormiston *et al.*, 2024).

Validando o caráter longitudinal sobre o qual essa pesquisa se apoia conceitual e metodologicamente, assume-se que mais do que uma possibilidade temática no campo da saúde da criança e do adolescente, o “desenvolvimento” configura-se como um de seus elementos de especificidade, estruturando análises e intervenções (Bee; Boyd, 2011; Black *et al.*, 2017; Guerra; Williamson; Lucas-Molina, 2012; Oppenheimer; Glenn; Miller, 2022; Thapar *et al.*, 2015). Juntamente com o “crescimento”, apresenta-se como um tópico transversal na compreensão da saúde integral do público infantojuvenil, principalmente quando promoção e prevenção se destacam como estratégias sanitárias efetivas (da Cunha; Leite; de Almeida, 2015; Moreira; Goldani, 2010; Nurcombe, 2014; OMS, 2003; Sonuga-Barke *et al.*, 2017). Assim, diante de eventos adversos, como as violências, tem-se cada vez mais como interesse o percurso desenvolvimental da infância à adolescência e, logo, o destaque para uma compreensão longitudinal de seu processo saúde-doença (Avan; Kirkwood, 2010; Osofsky, 2004; Scattolin; Resegue; Rosário, 2022; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007; Sonuga-Barke *et al.*, 2017; Teicher; Samson, 2016; Teicher *et al.*, 2016; Thapar *et al.*, 2015; UNICEF, 2021). Oppenheimer e colaboradores (2022) sugerem que a compreensão do comportamento suicida em crianças e adolescentes passa, obrigatoriamente, por considerações desenvolvimentais e longitudinais; para os autores, o olhar investigativo deve se debruçar antes do início dos sintomas e indícios psicopatológicos.

Essa também tem sido a perspectiva de entendimento e intervenção em saúde mental

(Nurcombe, 2014; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020). Ainda que a psicanálise há muitas décadas já tenha valorizado as experiências precoces de vida como marcadores influentes na construção da subjetividade e da saúde mental (Winnicott, 1978, 1990), a saúde pública e a psiquiatria têm buscado aprimorar esse entendimento através de outros instrumentos; referenciais que dialoguem com outras disciplinas e que se transformem em possibilidades de intervenção e avaliação (Christoforou; Ferreira, 2022; Marcelli; Cohen, 2009; Marcelli; Braconnier, 2007; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; Thapar *et al.*, 2015; Waraan *et al.*, 2021; Weine *et al.*, 2020). A partir desse horizonte, pode-se pensar sobre a relação entre comportamento suicida e apego.

O sistema de apego é desenvolvido, na primeira infância, direcionado às figuras que se apresentam como “as mais velhas e as mais sábias” que os infantes e para as quais esses procuram manter proximidade principalmente diante de situações ameaçadoras (Ainsworth *et al.*, 1978; Bowlby, 1998, 2002; Bowlby, 1998; Main; Solomon, 1990). A clínica pediátrica e a de saúde mental infantojuvenil reconhecem claramente os marcos e as etapas do desenvolvimento do apego; assim como está bem sistematizado, ainda que com algumas divergências, os grandes padrões de apego na literatura do campo (Ainsworth *et al.*, 1978; Bee; Boyd, 2011; Thapar *et al.*, 2015). Uma vez que um modelo é reconhecido e identificado como o esperado e o mais adaptado pela e para a espécie - mesmo através de diferentes culturas e gerações -, os seus desvios tendem a se configurar e se estabelecer como padrões atípicos ou anormais, que podem gerar disfunção desenvolvimental ou predispor a desfechos negativos e a transtornos mentais (Bowlby, 1997; Danner Touati *et al.*, 2022; Wiliiams; Muir, 2020; Osofsky, 2004; Pompili, 2018; Thapar *et al.*, 2015; Waraan *et al.*, 2021; Zortea *et al.*, 2019).

Desse modo, tem-se que os padrões de apego não adaptativos, inseguros ou invalidantes, ou seja, aqueles cujas construções interpessoais durante a infância se deram de forma disruptiva e sob grande influência de eventos adversos estão associados a uma maior frequência do comportamento suicida (Christoforou; Ferreira, 2022; Danner Touati *et al.*, 2022; Li; Zhao; Yu, 2022; O’Connor, 2021; Waraan *et al.*, 2021; Zortea; Gray; O’Connor, 2019; Zortea *et al.*, 2019; Zortea; Gray; Connor, 2019). A estabilidade do que foi experimentado na primeira infância e o que foi vivido longitudinalmente no ciclo vital, principalmente se surgirem novos agravos e na ausência de intervenções dirigidas, implicaria na tendência de manutenção dos padrões relacionais estabelecidos no início da vida, numa compreensão que o sujeito tende a repetir ou ao menos ser influenciado pelo sistema de apego sobre e na qual sua subjetividade se constituiu (Guo *et al.*, 2021; Holmes, 2018; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004; Stagaki *et al.*, 2022; Thapar *et al.*, 2015). Nos últimos anos, a literatura internacional tem revisitado a Teoria do Apego, a partir

de um entendimento que envolve neurobiologia e padrões relacionais: uma combinação relevante quando se busca compreender fatores de risco e de vulnerabilidade para o espectro suicida (Holmes, 2018; O'Connor, 2021; Zortea *et al.*, 2019; Zortea; Gray; Connor, 2019).

Situando os questionamentos iniciais deste estudo, uma pesquisa bibliográfica foi conduzida¹ para subsidiar esta Tese, encontrando-se um grande número de estudos publicados. Uma análise exploratória sobre esse *corpus*, revelou que do total de 711 artigos, 240 foram publicados de 2018 a 2022 - sendo 26 em 2022 -, e que 57 artigos foram publicados até o ano de 1989.

Compreendeu-se que a associação entre apego e comportamento suicida não se figura como um tema necessariamente novo, mas como de maior interesse contemporâneo. A observação da ocorrência dos artigos por base indicou que as biomédicas apresentaram menores resultados, fato compatível com a filiação original do termo “*attachment*”. Além disso, a leitura de títulos e resumos indicou, como se tem proposto nesta Tese de Doutorado, um arranjo temático que perpassa o apego, violências, outros eventos adversos ao longo da vida e comportamento suicida.

Destaca-se, nesse contexto, a revisão sistemática conduzida por Zortea, Gray e O'Connor (2019) que avaliou a relação entre apego no adulto e comportamento suicida. Os autores concluem que enquanto o apego seguro atua como fator de proteção, as modalidades de apego inseguro agem como vulnerabilidade, por reduzir a capacidade de enfrentar situações recorrendo ao arsenal pessoal de estratégias cognitivas e comportamentais (*coping*) e, assim, aumentar o risco de suicídio. Desse modo, defendem a atuação do apego como risco ou proteção diante de adversidades da vida, quando se considera o comportamento suicida como desfecho.

Posto esse horizonte teórico introdutório, buscando conectar o apego e as violências,

¹ Revisão efetuada em 14 junho de 2022, sem recorte temporal, a partir de duas chaves de busca: (“Suicidal” OR “Suicide ideation” OR “Self-Injurious Behavior” OR “Behavior, Self-Destructive” OR “Behavior, Self-Injurious” OR “Behaviors, Self-Destructive” OR “Behaviors, Self-Injurious” OR “Deliberate Self Harm” OR “Deliberate Self-Harm” OR “Harm, Self” OR “Intentional Self Harm” OR “Intentional Self Injuries” OR “Intentional Self Injury” OR “Non Suicidal Self Injury” OR “Non-Suicidal Self Injuries” OR “Non-Suicidal Self Injury” OR “Nonsuicidal Self Injuries” OR “Nonsuicidal Self Injury” OR “Self Destructive Behavior” OR “Self Harm” OR “Self Harm, Intentional” OR “Self Injuries, Non-Suicidal” OR “Self Injuries, Nonsuicidal” OR “Self Injurious Behavior” OR “Self Injury” OR “Self Injury, Intentional” OR “Self Injury, Non-Suicidal” OR “Self Injury, Nonsuicidal” OR “Self-Destructive Behavior” OR “Self-Destructive Behaviors” OR “Self-Harm, Deliberate” OR “Self-Injuries” OR “Self-Injurious Behaviors” OR “Self-Injury”) AND (Adolesc* OR Teenager OR Child OR Children OR Childhood OR Infancy OR Juvenile) AND (Attachment); e (“comportamento suicida” OR “ideação suicida” OR suicídio OR suicidal OR “tentativa de suicídio” OR autolesão OR “Comportamento Autodestrutivo” OR “Autoagressão Intencional” OR “Conduta Autolesiva” OR “Ferimento Autoinfligido não Suicida” OR “Lesão Autoinfligida não Suicida”) AND (Adolesc* OR Criança* OR Infantil Or Infância OR Juventude OR Jovens) AND (Apego). Buscou-se em quatro bases de dados, com a inicial exclusão do termo “attachment-based” – por sua ênfase em modalidade psicoterápica. O número de artigos encontrados em cada uma das bases eleitas: *Portal Regional BVS* - 182; *Pubmed* -143; *Scopus* – 432; *Web of Science* – 393; totalizando 711 artigos, excluindo-se as duplicidades.

transversalmente pelo tópico do desenvolvimento infantojuvenil, esta pesquisa compreende o comportamento suicida em crianças, adolescentes e jovens como um fim e um grande nó em suas vidas; busca-se, diante disso, ampliar a compreensão sobre alguns dos elementos que podem ser alocados como integrantes do início e do meio dessas histórias de vida. Histórias atravessadas por violências, mas que nem sempre chegaram ao comportamento suicida, margeando-o. Compreender o comportamento suicida como um fim é também ter nos horizontes acadêmico, assistencial e na divulgação do conhecimento, a finalidade de ampliação das estratégias de sua prevenção e posvenção, reconhecendo possíveis pontos de virada, e permitindo novos começos e novos desfechos e, talvez, novas trajetórias e possibilidades.

A partir dos argumentos expostos e dos apontamentos iniciais acerca dos marcos teóricos, delimitou-se que essa investigação teria como tema o “comportamento suicida na infância, adolescência e juventude” e como objeto “a ocorrência e as representações do comportamento suicida e das autolesões não suicida ao longo da vida de jovens adultos acompanhados desde a infância tendo como perspectiva a Teoria do Apego e a influência das suas experiências familiares e do convívio com violências”. Desse modo, aqui são apresentados os três arranjos de indagações com suas hipóteses que, de forma complementar, conduziram essa pesquisa:

1. Qual a relação do apego desenvolvido na primeira infância no/com o surgimento do comportamento suicida e das autolesões não suicida no decorrer da infância e adolescência?

Partiu-se da hipótese de que há relação entre a representação mental do apego em escolares com a expressão do comportamento suicida e autolesões não suicida ao longo de sua infância e adolescência. Alguns padrões ou traços comportamentais interpretados como representação mental de apego não seguro, desenvolvido na primeira infância, associam-se a uma maior ocorrência da violência autoinfligida na infância e adolescência quando comparados ao grupo onde esses traços e padrões não se destacaram.

2. As violências interpessoais, experimentadas ao longo da infância, adolescência e juventude, são fator de risco para a violência autoprovocada ao longo do desenvolvimento?

Considerou-se como hipótese que há associação positiva e cumulativa entre as violências física e psicológica, perpetradas no âmbito familiar, e comunitária, e o comportamento suicida e autolesões não suicida nos jovens seguidos nas cinco ondas da coorte. Teve-se como referência a premissa teórica de que o comportamento suicida é expressão de sofrimento psíquico e de violência, e de que as relações micro e macrossociais influenciam ambos os fenômenos.

3. Como os jovens explicam suas experiências pessoais no espectro suicida e como

associam tais desfechos às suas histórias de vida e vulnerabilidades? Quais elementos apresentados nesses discursos podem ser compreendidos como pontos de virada e trajetórias de proteção?

A percepção dos jovens acerca das suas experiências de violência e no espectro suicida pode facilitar a identificação dos fatores de risco e de proteção elencados discursivamente por eles. Essa compreensão, numa valorização de seus entendimentos e motivações, assim como dos fatores desenvolvimentais e relacionais, pode permitir que esse grupo populacional seja avaliado de forma desagregada da população geral, enquanto minoria, constituindo-se como estratégia importante para elementos de prevenção.

Esta Tese de Doutorado, orientada pela Profa. Dra Simone Gonçalves de Assis e coorientada pela Profa. Dra. Joviana Quintes Avanci, foi um dos braços da Pesquisa “Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta”, que investiga a correlação entre saúde mental e violência e cuja coordenação se dá pelas orientadoras supracitadas. O seguimento de um grupo populacional desde os primórdios da vida escolar até a fase de jovens adultos (*Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ*) pode colaborar para essa compreensão, permitindo a valorização das trajetórias longitudinais e não apenas de suas medidas pontuais, como predominantemente encontrado na literatura.

Ademais, ter a longitudinalidade como referência, permite um enfoque contínuo sobre desenvolvimento e saúde mental infantojuvenil. Ainda que permeada por alguns tabus, a saúde mental e seus desfechos têm sido reconhecidos como elementos críticos e urgentes para um adequado olhar sobre a saúde global, evidentemente após um contexto que segue, e por um tempo seguirá, devastado pela Pandemia da Covid-19 (Benton; Boyd; Njoroge, 2021; Ma *et al.*, 2021; Pirkis *et al.*, 2021; Silva Filho; Minayo, 2021; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020; Zuccolo *et al.*, 2022).

Em revisão da produção bibliográfica nacional sobre violência autoinfligida, Minayo, Avanci e Figueiredo (2017), destacam que os estudos desse tema eram escassos até o início dos anos 2000. As autoras apontam que, no âmbito da Saúde Pública, o crescimento de publicações junto à ampliação de suas abordagens metodológicas, tem proporcionado novas e valiosas reflexões para o campo.

Nesse horizonte, enquanto um dos produtos da *Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ*, tratou-se de realizar nesta Tese um estudo relevante à Saúde Pública com teor ainda pouco explorado na realidade brasileira, tanto pela abordagem do tema quanto por sua proposta metodológica, agregando instrumental da epidemiologia e da pesquisa social. Foi desenvolvido e executado no Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde

Jorge Careli (Claves) da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca - ENSP/Fundação Oswaldo Cruz, unidade que ao longo dos anos vem aprimorando os estudos sobre violência e agregando especialistas de diferentes abordagens metodológicas e formações profissionais. Espera-se, desse modo, que este trabalho possa se somar à crescente literatura sobre o tema e que tenha conseguido elucidar as indagações estabelecidas inicialmente, confirmando, descartando ou ainda modulando as hipóteses elencadas, uma vez que se optou pela abordagem de triangulação de métodos.

Esta Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), como requisito para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública (Área de concentração: Sociedade, Saúde e Violência) está organizada em oito partes, com algumas subdivisões; são elas: Introdução (capítulo 1); Objetivos (capítulo 2). O capítulo 3, Marcos Teóricos, está organizado em três seções amplamente subdivididas: 3.1 Apego (Apego: Bowlby e um novo olhar para a natureza do vínculo e para o desenvolvimento da espécie; Teoria do Apego: recortes conceituais, padrões, fases e possibilidades; Apego e comportamento suicida: um caminho compreensivo); 3.2 Violências (Violência e Saúde Pública: um breve panorama operacional; Modelo Bioecológico: um modelo sobre desenvolvimento e sobre violência; Infância, Adolescência e Juventude: olhares transversais e longitudinais); 3.3 Comportamento Suicida (Comportamento suicida: apontamentos teóricos; Comportamento suicida: panorama nacional; Comportamento suicida: expressão de violência e sofrimento psíquico; Comportamento suicida: a inovação de Shneidman; IMV: trajetórias, possibilidades e nós do comportamento suicida). Seguem-se os capítulos: Metodologia (4), Resultados (5), Discussão (6) e Considerações Finais (7). As seções Referências (8), Apêndices (9) e Anexos (10) encerram esta Tese.

Finalizando esta seção introdutória, considera-se relevante a apresentação de seu autor, até por essa pesquisa se aproximar de sua prática e formação profissional; e aqui escrevo em primeira pessoa. Sou médico do IFF/Fiocruz desde 2013, atuando como pediatra e psiquiatra da infância e adolescência, assim como supervisor do Programa de Residência Médica (PRM) em Pediatria no mesmo instituto. Sou Mestre em Ciências (2019) pelo Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher (PGSCM/IFF), orientado pela Prof^a. Dr^a. Cecília Minayo, desenvolvendo a pesquisa qualitativa: “Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e adolescência”. Esse estudo, além de permitir uma investigação acadêmica envolvendo minhas duas áreas de atuação clínica, possibilitou-me reflexões sobre a formação pediátrica brasileira e uma aproximação formal da pesquisa sobre o comportamento suicida. Desse modo, retomei

o tema comportamento suicida no Doutorado em Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), a partir de novas ferramentas de investigação e análise, como integrante da Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidades e Desenvolvimento Infantojuvenil” do CNPq.

Este trabalho concretiza um ganho acadêmico, na obtenção pessoal de nova titulação, sendo a materialidade de crescimento profissional e institucional, estabelecidos em meio às atividades laborais e à experiência existencial ao longo de um crítico cenário pandêmico e caos governamental. Enquanto pesquisa de Pós-graduação em Saúde Pública (Tobar; Yalor, 2001), sua execução se deu numa aposta de que seus resultados possam alcançar não apenas coerência e pertinência conceituais e adequação metodológica, mas que venha a se somar a um corpo de conhecimento científico que se configure como de relevância social e que seja transladado aos profissionais de saúde, da educação e à população. Agora, em sua finalização, também se espera que as considerações desta Tese permitam reflexões que ultrapassem a academia e cheguem, direta ou indiretamente, a diferentes famílias brasileiras e permitam um futuro mais digno a algumas crianças, adolescentes e jovens.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Investigar o comportamento suicida e as autolesões não suicida na infância, adolescência e juventude a partir de uma coorte de crianças de São Gonçalo/RJ (2005 a 2022), priorizando o papel do apego, das famílias e da violência, dando subsídios para a prevenção desse fenômeno.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

São cinco os objetivos específicos, que correspondem aos cinco produtos apresentados na seção de resultados:

1. Investigar a representação mental de apego de crianças escolares (primeira onda da coorte - 2005) e sua associação com comportamento suicida e autolesões não suicida ao longo da infância e adolescência (três ondas da coorte - 2006, 2008 e 2012).

2. Descrever a ocorrência e compreender a trajetória probabilística da violência autoinflingida entre os pertencentes à Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ (2005 a 2022).

3. Analisar longitudinalmente a associação entre a violência familiar (física e psicológica) e comunitária durante a infância, adolescência e a juventude (2005 a 2022), e a ocorrência de violência autoinflingida (comportamento suicida e autolesão) na juventude (2022), efetuando uma reflexão à luz dos períodos sensíveis do desenvolvimento.

4. Compreender como algumas jovens da periferia de uma metrópole com altos índices de violência (quinta onda da coorte) percebem o comportamento suicida que apresentaram em suas trajetórias de vida, da infância à juventude (2005 a 2022), em destaque para os eventos e contextos que as protegeram da morte autoprovocada, apesar de suas vulnerabilidades.

5. Produzir e disseminar conhecimento sobre comportamento suicida e autolesões não suicida, com ênfase na prevenção do suicídio e em considerações teóricas e práticas para a assistência pediátrica.

3 MARCOS TEÓRICOS

3.1 APEGO

O desenvolvimento infantil, notadamente o conjunto de marcos esperados na primeira infância, tem recebido maior atenção pela saúde pública nas duas últimas décadas, tornando-se um integrante importante na agenda da saúde global (Avan; Kirkwood, 2010; Bhutta; Guerrant; Nelson, 2017; Black *et al.*, 2017; da Cunha; Leite; de Almeida, 2015; Nurcombe, 2014; Sonuga-Barke *et al.*, 2017; Weine *et al.*, 2020). Sua avaliação tem sido proposta com maior sistematização pelas agências de saúde, num estímulo e divulgação de estratégias eficazes para reduzir a carga global de doenças, reduzir as iniquidades sociais e melhorar a qualidade de vida ao longo do ciclo vital (Baião *et al.*, 2020; Bhutta; Guerrant; Nelson, 2017; Black *et al.*, 2017; da Cunha; Leite; de Almeida, 2015). O atraso do desenvolvimento, desse modo, se une à pobreza e à desnutrição como causas relevantes que favorecem à prevalência de, nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, cerca de 40% de crianças menores de cinco anos que não atingem seu pleno potencial de saúde (Black *et al.*, 2017). O que se intensifica quando se reconhece que 90% das crianças do mundo residem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento (Weine *et al.*, 2020).

O acúmulo de eventos adversos, do período gestacional à sua ocorrência longitudinal na vida, pode levar a desvios desenvolvimentais importantes, rompendo a trajetória esperada na espécie no indivíduo e no grupo social, impactando a formação e a maturação do sistema nervoso central, a construção do apego e a formação de habilidades relacionais, e a capacidade cognitiva e de aprendizagem (Assis; Avanci, 2017; Black *et al.*, 2017; da Cunha; Leite; de Almeida, 2015; Fury, 1996; Holmes, 2018; Osofsky, 2004; Stagaki *et al.*, 2022; Waraan *et al.*, 2021; Weine *et al.*, 2020). Esforços teóricos têm sido empenhados para fomentar políticas públicas de coordenação, monitoramento e avaliação do desenvolvimento nos primeiros mil dias da criança (Bhutta; Guerrant; Nelson, 2017; Black *et al.*, 2017; da Cunha; Leite; de Almeida, 2015).

Conceitualmente, os primeiros mil dias vão da concepção até o final do segundo ano de vida, etapa onde são encontrados períodos sensíveis e críticos para intervenções familiares e sociais que garantam um desenvolvimento saudável, assim como também uma fase crucial para a formação do vínculo com cuidadores primários e para o estabelecimento do sistema comportamental de apego no indivíduo (Avan; Kirkwood, 2010; Bee; Boyd, 2011; Bowlby, 2002; da Cunha; Leite; de Almeida, 2015; Thapar *et al.*, 2015). Reconhece-se que as trajetórias

desenvolvimentais são um processo onde bidirecionalmente se influenciam o arcabouço genético biológico (*nature*) e as relações sociais e ambientais contextualizadas (*nurture*), por uma perspectiva de cunho probabilístico e epigenético (Avan; Kirkwood, 2010; Guerra; Williamson; Lucas-Molina, 2012; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007; Sonuga-Barke *et al.*, 2017).

Esse horizonte ilumina a questão do apego abordada nesta pesquisa, que não se pretendeu a revisitar as nuances e os densos debates conceituais da **Teoria do Apego** – discutidos desde a década de 50 do séc. XX (Ainsworth *et al.*, 1978; Bee; Boyd, 2011; Marcelli; Cohen, 2009; Fury, 1996; Main, 2000; Mayer, 2002; Osofsky, 2004; Schneider, 2008). Enfatizou-se, entretanto, a possibilidade de o seu estudo facilitar, numa perspectiva coletiva e longitudinal, como a compreensão do desenvolvimento infantojuvenil, através da relação dinâmica entre o inato e socialmente aprendido, e da influência das adversidades ambientais experimentadas como as violências, pode levar a um maior entendimento do comportamento suicida. Para tal, propôs-se três subtópicos estruturais: 1. Apego: Bowlby e um novo olhar para a natureza do vínculo e para o desenvolvimento da espécie; 2. Teoria do Apego: recortes conceituais, padrões, fases e possibilidades; 3. Apego e comportamento suicida: um caminho compreensivo.

3.1.1 Apego: Bowlby e um novo olhar para a natureza do vínculo e para o desenvolvimento da espécie

O apego, enquanto constructo, perpassa e opera por todo o ciclo vital; tal premissa, clara no campo da saúde mental e que sustenta algumas intervenções psicoterapêuticas, sejam analíticas ou cognitivistas, e psicossociais, já havia sido apontada por **Bowlby**, quando de seus postulados originais em 1969, tendo ganhado maior relevância por autores que o sucederam (Bowlby, 1998; Holmes, 2018; Main, 1999, 2000; Main; Kaplan; Cassidy, 1985; Osofsky, 2004). Apesar dessa pertinente aplicação sobre o apego, Bowlby teve maior mérito pela proposição sistematizada dessa teoria, fortemente ancorada na etologia e no empirismo, e que buscou reconsiderar a teoria psicanalítica das relações objetais (Bowlby, 1998, 2002, 1997; Bowlby, Jhon, 1998).

Tais proposições da Teoria do Apego partem da observação de cenários onde esse tipo de vínculo não se organiza adequadamente ou ainda não constituiu; e contemporaneamente, é na ocorrência de eventos adversos e alarmantes, como as violências, que se constata as consequências ou sintomas de uma ruptura no processo de construção do apego, consideração

que reclama sua atenção pela saúde pública (Assis; Avanci, 2017; Bowlby, 2002; Danner Touati *et al.*, 2022; Wiliiams; Muir, 2020; Li; Zhao; Yu, 2022; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004). Bowlby focou seu olhar em cenários de violência, em instituições para órfãos ou para aquelas crianças afastadas dos pais pela guerra, aprofundando o entendimento das consequências de diferentes formas de “perda materna” pelos bebês e crianças (Bowlby, 1998, 2002; Bowlby, Jhon, 1998; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004).

A convite da OMS, Bowlby estudou os efeitos da II Guerra Mundial sobre o desenvolvimento de órfãos e descreveu seus efeitos a curto (atraso físico e cognitivo) e longo prazo (comportamento antissocial e problemas relacionais), antecipando uma questão nobre para saúde integral de crianças e adolescentes (Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004). O autor recorreu a imagens e filmagens de Spitz e Robert que documentaram histórias de separação de bebês e crianças de suas mães. Com tais observações, Bowlby apostou que os eventos traumáticos e adversos sofridos por esses infantes os impedem de lidar com os estressores ambientais, moldando, em parte, o seu *self* e o seu padrão comportamental (Bowlby, 1998; Bowlby, Jhon, 1998; Fonagy *et al.*, 2002; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004). Isso assume uma inovação pelo caráter prospectivo assumido e por colocar crianças e adolescentes no centro da observação, e não apenas no caráter de reconstituição histórica a partir de relatos adultos, como utilizado pela psicanálise à época (Bowlby, 2002; Schneider, 2008).

Para tais feitos, o então psicanalista britânico defendeu que existe nos bebês uma propensão inata para o contato físico com o ser humano, que não depende do prazer adquirido com a alimentação (relação objetal) e que confere a eles, no decorrer do tempo, um senso de segurança (Bowlby, 2002; Schneider, 2008). Contato, assim, que permite a formação de uma base afetiva e relacional segura para o reconhecimento e exploração ambiental (Bee; Boyd, 2011; Marcelli; Cohen, 2009; Fury, 1996; Thapar *et al.*, 2015). Sob a influência da etologia, com vastas referências extraídas de pesquisas com animais – marcadamente as aves e os primatas –, deslocou sua atenção para o comportamento da espécie humana, para sua “natureza biológica” mais ou menos estável e como essa sofre com menor ou maior intensidade, respectivamente, a interferência do ambiente (Bowlby, 2002; Schneider, 2008).

Desse modo, há uma defesa de que as vias de desenvolvimento e, por conseguinte, a sobrevivência da espécie humana têm marcas da sua evolução: o vínculo apego, ainda que fortemente dependente da presença e da qualidade dos cuidadores com seu bebê, é também previsível, instintivo – mesmo não sendo estereotipado - e fruto da seleção natural (Bowlby, 2002; Thapar *et al.*, 2015). E isso permite hoje ao campo da saúde mental pensar que as variações não adaptativas decorrentes dessa combinação são parte da matéria prima da

psicopatologia infantojuvenil quando se olha para a subjetividade e para o *self*, numa complexa relação entre genética, ambiente e epigenética (Fonagy *et al.*, 2002; Holmes, 2018; Main; Solomon, 1990; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004; Stagaki *et al.*, 2022; Thapar *et al.*, 2015).

Bowlby apontou, tensionando as ideias freudianas, o trauma como o resultado de uma interação primária ausente ou frustra, como ocorrem na separação ou perda, fato que com outros pesquisadores levou a sua compreensão como um evento capaz de desorganizar o desenvolvimento e o funcionamento do ego (Bowlby, 1998; Bowlby, 1998; Fonagy *et al.*, 2002; Wiliiams; Muir, 2020; Schneider, 2008). Condições essas que orientariam a um contexto de desapego da criança, com seu retraimento e dificuldade/inabilidade de interação ecológica.

A interação não traumática, ou seja, a suficientemente boa, como em paralelo apontava Winnicott (1978, 1990), é uma situação necessária para que a trajetória espécie-específica ocorra, para que haja uma adequada formação do *self* e que não sejam necessários reparos (terapêuticos) e/ou grande dispêndio de energia ao longo do ciclo vital. Facilitando-se, assim, novas e saudáveis formações de vínculos entre os membros da comunidade – na atual e em futuras gerações - e a perpetuação dos seus genes através da unidade biológica de preservação que é o grupo social (Bowlby, 2002; Wiliiams; Muir, 2020; Li; Zhao; Yu, 2022; Main, 1999).

Evidencia-se que, enquanto espécie demandante de intenso cuidado no início da vida, a existência do grupo social e do caráter gregário do ser humano muito precocemente se evidencia no ciclo vital sendo, como já apresentado, essencial para o crescimento e desenvolvimento da prole (Bee; Boyd, 2011; Bowlby, 2002). Mesmo que se reconheça que o que se nomeia como família em uma cultura ou em uma geração não seja universal à espécie, identifica-se a importância, em diferentes comunidades humanas na história, de uma relação microsocial face-a-face que garanta provisão e proteção aos bebês e infantes (Ariès, 1981). Esse é o caráter familiar humano e essencial para a construção do apego defendido nesta pesquisa.

3.1.2 Teoria do Apego: recortes conceituais, padrões, fases e possibilidades

Para facilitar a operacionalização do constructo apego e permitir reflexões pertinentes à Saúde Pública, são apontados alguns conceitos e evoluções do seu estudo. Recorreu-se aqui a outros autores posteriores a Bowlby e também a pesquisadores que têm instrumentalizado tal construto em diferentes campos do conhecimento.

Apego é um tipo de vínculo afetivo e, como tal, um estado interno, no qual “o senso de segurança de alguém está estreitamente ligado à figura de apego”(Schneider, 2008) (p.74),

permitindo uma relação de conforto e estabilidade com outra pessoa. Relação essa assimétrica e que assegura o enfrentamento confiante de “situações estranhas”, estressantes e desafiadoras - sejam pessoas ou ambientes -, assim como a garantia da possibilidade do retorno após essa (bem ou má sucedida) exploração (Ainsworth *et al.*, 1978; Bee; Boyd, 2011; Fury, 1996; Main; Kaplan; Cassidy, 1985). Ressalta-se que o apego, desse modo, não é um relacionamento interpessoal, pois esses são diádicos por definição; o apego, na perspectiva desenvolvimental aqui abordada, ocorre com uma direção específica: da criança para seu cuidador e não inversamente – pois o cuidador não deve ter o seu bebê como base segura. Tal vínculo, que orienta o desenvolvimento na e da primeira infância, organiza-se como apego-cuidado e tem motivadores evolucionistas e não apenas pulsionais (Ainsworth, 1989; Bowlby, 2002; Bowlby, Jhon, 1998).

Sendo o apego um estado interno e uma formulação teórica, a externalização e, por conseguinte, a avaliação do apego se dá através dos comportamentos de apego. Numa materialização do vínculo do tipo apego e também numa expressão de sobrevivência, enquanto um arsenal espécie-específico, é possível que tal comportamento se dirija a figuras de importância transitória ou a personagens variados; diferente do apego, que tende a ser duradouro e importante para e nas figuras através das quais esse jovem indivíduo aprenderá a lidar com e a suportar outras relações ao longo de sua vida (Bowlby, 1997; Holmes, 2018; Main, 2000; Main; Kaplan; Cassidy, 1985; Main; Solomon, 1990).

Como exemplificação do comportamento de apego, considerando a importante fase da lactância para os mamíferos, são reconhecidos como integrantes do repertório do lactente humano: chorar; seguir e olhar a mãe; saudar e abordar a mãe; sorrir de forma diferenciada para a mãe; agarrar-se à mãe (Bowlby, 2002; Fury, 1996). O termo “mãe” neste momento, assim como em outras partes dessa pesquisa, foi utilizado em referência histórica aos escritos originais sobre esse tema, uma vez que esse termo pode ser substituído por cuidador.

Os comportamentos de apego, visíveis, vão iluminar um outro conceito teórico, refinado por Ainsworth (1989): o sistema comportamental. Os sistemas comportamentais são um complexo instrumental de habilidades psicomotoras neurodesenvolvimentais da espécie que garante a manutenção da proximidade com a figura de apego e, por isso, conferem vantagem para sua sobrevivência. Como inicialmente indicado por Bowlby, os sistemas comportamentais são mediadores do comportamento instintivo e vêm se ajustando a uma humanidade com uma relação mais instável com o meio, ou seja, que exige uma maior adaptação (Ainsworth, 1989). O sistema comportamental, de uma forma sintética, agrega componentes de organização interna e externa, e são modulados e acessados pela linguagem (Marques, 1999; Mayer, 2002;

Schneider, 2008). Por sua refinada capacidade de linguagem, a espécie humana realiza um salto evolutivo e isso se observa na perspectiva de formação do apego.

É a linguagem humana que permite que o vínculo do apego se configure numa representação mental e num modelo representacional. Com a prévia organização do *self*, a linguagem garante que o indivíduo consiga realizar as evocações, sob diferentes expressões linguísticas, que permitem uma antecipação da criança diante de novas explorações e relações sociais (Bee; Boyd, 2011; Bowlby, 2002, 1997; Marcelli; Cohen, 2009; Thapar *et al.*, 2015). Assim, ao final dos primeiros mil dias da infância, a criança, dotada de linguagem, está habilitada a construir modelos representativos de si, dos outros e do ambiente: como compreende a si mesmo, o que esperar da compreensão e da ação dos outros e como reagir aos estressores e desafios ambientais (Bowlby, 1997; Guerra; Williamson; Lucas-Molina, 2012; Thapar *et al.*, 2015). Esse quadro de referência construído a partir de um equipamento evolutivo e da relação de segurança com cuidadores permite alguma padronização, previsibilidade, e estabilidades emocional e comportamental na primeira infância.

Através dos esforços interacionais da função reflexiva dos cuidadores com a capacidade de mentalização infantil, tem-se o surgimento de um fluxo afetivo adequado e equilibrado. Tal conjuntura permite a aquisição de marcos desenvolvimentais, formação da Teoria da Mente, regulação emocional, disponibilidade adaptativa, tolerância a estressores, componentes importantes para a saúde mental infantojuvenil (Bowlby, 1997; Fonagy *et al.*, 2002; Holmes, 2018; Wiliiams; Muir, 2020; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004).

A linearidade conceitual aqui exposta foi facilitada pois, por décadas, o estudo da Teoria do Apego passou por três grandes fases (Main, 2000), aqui referidas a partir da didática síntese realizada por Schneider (2008). A primeira fase remonta aos estudos originais e empíricos de Bowlby, sob influência da etologia e da psicanálise, como brevemente apresentados acima. A segunda fase assumiu grande importância acadêmica, liderada por Ainsworth, que desenvolveu o procedimento “Situação Estranha” e, por conseguinte, o sistema de classificação do apego do bebê para com suas figuras de apego (Padrão A: Ansioso Evitativo; Padrão B: Seguro; Padrão C: Ansioso Resistente). Por seu caráter investigativo não apenas naturalístico, mas metodologicamente estruturado e replicável, o trabalho de Ainsworth (Ainsworth *et al.*, 1978) ganhou prestígio acadêmico tendo sido replicado em outros cenários (Marcelli; Cohen, 2009; Estellita-Lins, 2002; Guerra; Williamson; Lucas-Molina, 2012; Thapar *et al.*, 2015).

A terceira fase, iniciada na década de 80 do século XX, tem as representações mentais de apego como foco investigativo e conceitual, tendo sido seu aprofundamento possibilitado pelo maior entendimento da relação da linguagem no sistema comportamental de apego. Com

Main, Kaplan e Cassidy (1985) como destaques históricos, essa fase representou um marco na pesquisa do apego com importante virada analítica. Ao ter como sua premissa estruturante a possibilidade de evocação do padrão do apego em momento posterior à sua construção, essa fase introduz a possibilidade de investigações longitudinais e traz novas questões sobre a estabilidade desse modelo de apego ao longo da vida e para diferentes figuras (Fraley *et al.*, 2011; Fraley; Waller; Brennan, 2000; Moreira *et al.*, 2015; Rocha *et al.*, 2017; Shiramizu; Natividade; Lopes, 2013; Zortea; Gray; O'Connor, 2019).

Assim, via entrevistas estruturadas, escalas, narrativas livres ou desenhos, a representação mental do apego – de crianças mais velhas, jovens, adultos e idosos – pode ser identificada e avaliada (Assis; Avanci, 2017; Fraley *et al.*, 2011; Fury, 1996; Main; Kaplan; Cassidy, 1985). De uma guinada observacional para uma representativa, essa perspectiva tem permitido a exploração da especificidade relacional e não apenas da unicidade dos modelos representacionais de apego. Assim, respeitando a ideia de que há uma hierarquia na construção do apego, apesar de certa estabilidade e influência do primeiro apego, e de que seja possível que o indivíduo construa múltiplos padrões de apego (especificidade) (Fraley *et al.*, 2011; Schneider, 2008), diferentes estudos contemporâneos têm pesquisado o padrão de apego em relação a variadas figuras: mãe, pai, melhor amigo(a), parceiro(a), profissionais e até entidades espirituais (August; Esperandio, 2020; Fraley; Waller; Brennan, 2000; Main, 1999; Moreira *et al.*, 2015; Rocha *et al.*, 2017; Zortea; Gray; O'Connor, 2019).

De igual modo, tal perspectiva teórica e de pesquisa têm direcionado esforços para a compreensão de como intervenções ao longo da vida podem interferir nos padrões de apego que se associam a sofrimento psíquico e disfuncionalidade, isso pois conforme Main (Main; Kaplan; Cassidy, 1985), os modelos funcionais são construções ativas e que podem ser reestruturados, pois os sistemas de apego são sistemas regulatórios homeostáticos biossociais (Fonagy *et al.*, 2002).

Considerando sua relevância histórica e sua inovação no sistema de classificação do padrão de apego do bebê, é brevemente apresentado o Procedimento “Situação Estranha” desenvolvido por Ainsworth e colaboradores (Ainsworth *et al.*, 1978; Bee; Boyd, 2011; Marcelli; Cohen, 2009; Estellita-Lins, 2002). Trata-se de um protocolo experimental, desenhado para ser realizado em laboratório, buscando-se um máximo controle ambiental para que seja investigado e categorizado o padrão de apego de cada lactente. Apesar da escolha de Ainsworth por um refinado controle experimental, foi exatamente esse princípio que proporcionou uma série de críticas (conceituais, metodológicas e éticas), de teóricos posteriores que defendiam a necessidade do estudo do desenvolvimento ser necessariamente contextual

(Avan; Kirkwood, 2010; Bee; Boyd, 2011; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007), como discutido em outras seções desta pesquisa.

Foi proposto para crianças de 12 a 18 meses e aplicado originalmente em Uganda e nos Estados Unidos da América. No cenário de investigação, há brinquedos familiares da criança, sendo participantes: o lactente, a figura de apego (em geral a mãe) e um adulto desconhecido. Busca-se, desse modo, observar seriadamente as reações da criança à separação da figura de apego, a partir de oito sequências de três minutos cada: chegada da criança com mãe no ambiente; entrada do desconhecido ao ambiente; saída da mãe; retorno materno; saída do desconhecido; saída da mãe com a criança sozinha; retorno do adulto desconhecido; volta da mãe ao ambiente de pesquisa. O conjunto de observações, e não uma reação isolada, leva à categorização. A equipe de Ainsworth, a partir de um sistema de codificação, sugeriu a existência de três grandes padrões de apego (Ainsworth *et al.*, 1978):

- Tipo B: Apego Seguro (*Secure Pattern of Attachment*): o lactente busca o contato, ainda que pelo olhar à distância, com a figura de apego, sem ambivalência, diante do retorno dessa à sala de observação. Há preferência pela mãe em relação ao adulto desconhecido. Há clareza que a criança usa sua figura de apego como uma base segura de investigação do ambiente, compartilhando descobertas, confortando-se após a separação, com a garantia de afeto e suprimento à criança, que é livre para explorar e se relacionar. Investigando a representação mental obtida por desenhos, Fury (1996) confronta as histórias clínicas dos participantes com os resultados da “Situação Estranha” e descreve que esse padrão de apego ajudou na formação do *self* e na estabilidade das relações sociais. É considerado o padrão esperado e mais adaptativo nas vias desenvolvimentais.

- Tipo A: Apego Inseguro Ansioso Evitativo / Desligado Evitante (*Anxious-Avoidant Pattern of Attachment*): o lactente evita a figura de apego quando essa retorna à sala, de forma que o contato não é ativamente buscado, tampouco é ativamente recusado. Como Fury aponta (Fury, 1996; Fury; Carlson; Stroufe, 1997), ocorre o oposto ao esperado: o lactente não tem preferência pela mãe em relação ao adulto desconhecido, de forma que se torna menos hábil e pronto para o contato com sua mãe conforme se aumenta o estresse experimental. Em avaliações posteriores, já testando a utilização de desenhos com crianças pequenas, Main (1981), citada na pesquisa empírica de Fury (Fury, 1996), aponta que a evitação é um caminho psicopatológico para se evitar novas frustrações e conflitos, denotando pouca flexibilidade comportamental e certa indiferença a comportamentos sociais.

- Tipo C: Apego Inseguro Ansioso Resistente / Resistente Ambivalente (*Anxious-Resistant Pattern of Attachment*): o lactente não busca voluntariamente o contato com sua figura

de apego, mas por vezes reage ativamente, em protesto, quando buscado por ela, não aceitando bem o seu conforto. Há restrita exploração do ambiente e pouca aproximação do adulto desconhecido. Fury (Fury, 1996; Fury; Carlson; Stroufe, 1997) interpreta esse padrão como imaturo, exagerado e regressivo diante das situações estranhas experimentais, descrevendo um contato difícil, resistência no aconchego, num misto de necessidade, expectativas incertas, raiva e baixa autoeficácia. Segundo esse autor em seu estudo com desenhos infantis, esse apego representa histórias de cuidadores instáveis e pouco consistentes, e crianças preocupadas, confusas e inquietas.

Alguns anos depois, avançando nos estudos de Ainsworth, Main (Main; Solomon, 1990) propõe um novo padrão de apego, para crianças com perfil atípico diante da “Situação Estranha”, aquelas que não se enquadravam nas três categorias inicialmente descritas.

- Tipo D: Apego Inseguro Desorganizado / Confuso Desorganizado (*Disorganized-Disoriented Pattern of Attachment*): o lactente apresenta posturas de apreensão e confusão na busca de sua figura de apego, em movimentos incompletos e não direcionados. Por vezes, há contradição na postura do lactente, como se dirigir ativamente à mãe sem a esperada fixação do olhar. Fury (1996) tem maior dificuldade de interpretar esse padrão, relacionando-o a uma expressão familiar de histórias de traumas e conflitos não resolvidos.

Conforme pode ser facilmente visualizado acima, a variedade de termos encontrados na literatura sugere que não há um consenso de nomenclatura dos padrões de apego; de igual modo, não há uma única forma de interpretação dos padrões considerados disfuncionais ou desadaptativos (Zortea; Gray; Connor, 2019). É possível que sejam valorizados os padrões “A, B e C” como na pesquisa original de Ainsworth; que sejam reunidos os padrões “A, C e D” num grupo apego inseguro ou não seguro; é possível uma sistematização entre apegos organizados e desorganizados; possibilidades que podem ser consideradas adequadas ou não segundo os interesses clínicos ou os objetos e objetivos de investigações.

Para esta pesquisa, no campo da Saúde Pública, que teve como um de seus objetivos a investigação da representação mental de apego em crianças escolares de uma coorte com a associação ao comportamento suicida, compreendeu-se que mais do que classificar os padrões de apego, teve-se como pertinência o entendimento de que, considerando a trajetória desenvolvimental da espécie, há traços e características de modelos de apego considerados disruptivos (invalidantes) que podem ser identificados a partir de modelos representacionais. Ou seja, pensar de forma agregada como os diferentes traços característicos de apegos não seguro/inseguro, por facilitarem a ocorrência de comportamentos disfuncionais e padrões relacionais difíceis, podem também contribuir para a ocorrência do comportamento suicida; não

de forma necessariamente preditiva, mas potencialmente explicativa.

3.1.3 Apego e comportamento suicida: um caminho compreensivo

O suicídio é um fenômeno complexo e multicausal, de forma que a proposição de mecanismos explicativos e preditivos é um desafio para a suicidologia (O'Connor, 2021; Silva Filho, 2019). Ao mesmo tempo, a partir de diferentes campos do conhecimento e da prática clínica, as tentativas de compreensão dos fenômenos que compõem o *continuum* suicida e as autolesões não suicida apontam para: a relevância de experiências e narrativas dos eventos adversos na infância, a pouca flexibilidade emocional e a rigidez cognitiva, a baixa tolerância às frustrações e a tendência a sentir-se encurralado diante de situações alarmantes com restritas possibilidades de adaptação (Hawton; Saunders; O'Connor, 2012; Hoekstra, 2020; Holmes, 2018; Jans *et al.*, 2018; Wiliiams; Muir, 2020; O'Connor; Kirtley, 2018; Seim *et al.*, 2022). Características de uma condição psíquica como as verificadas longitudinalmente quando da ruptura do processo de construção do apego (Bowlby, 1997; Holmes, 2018; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004; Seim *et al.*, 2022; Waraan *et al.*, 2021).

Ainda que esse contexto não se configure como regra – até porque diante da subjetividade humana é preciso moderação prescritiva (Conrad; Schneider, 1992; Lopes, 2008) –, ele tem se configurado como uma possibilidade de entendimento para o comportamento suicida, principalmente quando adolescentes e jovens são considerados. De forma importante para a Saúde Pública, pensar apego e comportamento suicida pode vir a se estabelecer como um caminho compreensivo para a intervenção e prevenção.

Compreende-se, desse modo, que as trajetórias desenvolvimentais interrompidas por eventos adversos, seja por insegurança ou violências, tendem a um desvio pela dificuldade na combinação da função reflexiva do cuidador primário com a função de mentalização infantil (Christoforou; Ferreira, 2022; Danner Touati *et al.*, 2022; Fonagy *et al.*, 2002; Holmes, 2018; Wiliiams; Muir, 2020; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004; Thapar *et al.*, 2015). De forma que o contexto adverso, marcadamente o familiar, facilita o desenvolvimento de um padrão de apego disruptivo e a formação de um *self* anômalo: a adversidade impacta drasticamente a capacidade e o aprendizado de mentalização pelo lactente, num período sensível – ou ainda crítico - de seu desenvolvimento. Não se trata de defender como necessário um ambiente de intenso controle e ausente de falhas, pois como aponta Fonagy (Fonagy *et al.*, 2002), o melhor apego advém da maior capacidade de os cuidadores lerem a mente dos filhos.

A adversidade impacta a formação e a manutenção do apego a curto e longo prazos,

podendo prejudicar, inclusive, a relação afetiva transgeracionalmente na futura capacidade parental do então lactente (Li; Zhao; Yu, 2022; Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004). Assim, contrapondo-se a ideia de que há no apego seguro uma aposta do cuidador na criança, com um investimento nessa função primordial, no variado grupo de apego inseguro isso não se evidencia, com impacto neurobiológico e epigenético (Holmes, 2018; Wiliiams; Muir, 2020; Stagaki *et al.*, 2022).

A adversidade, enquanto violência interpessoal ou até mesmo como estresse gestacional, é capaz de provocar repercussões na saúde mental transgeracionalmente (Bhutta; Guerrant; Nelson, 2017; Serpeloni *et al.*, 2019; Stagaki *et al.*, 2022). Repercussões que sugerem, a partir de modelos animais numa similaridade ao explicado para Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), a influência da adversidade em impedir o desenvolvimento esperado do SNC (na organização neuronal do controle inibitório no hemisfério cerebral direito e da errática modulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal) num horizonte de feedback negativo às reações ao estresse (Hinshaw-Fuselier *et al.*, 2004). Isso pois a adequada interação social nos primeiros mil dias da infância modula as estratégias de regulação emocional (Black *et al.*, 2017); já as diferentes situações de “privação materna” – como descrita originalmente por Bowlby (Bowlby, 1998, 2002) – levam à criança a manejar sozinha seu estresse, num período crítico por intensa vulnerabilidade desenvolvimental (Osofsky, 2004).

Os estudos do trauma têm defendido o surgimento de alterações adaptativas neurobiológicas diante das *Adverse Childhood Experiences (ACE)*; adaptações que permitiriam a sobrevivência em um ambiente marcadamente adverso, ainda que às custas de expressões fenotípicas de diferentes formas de sofrimento emocional, desvios desenvolvimentais e piores desfechos na saúde física e comportamental (Li *et al.*, 2023; Teicher *et al.*, 2016). A duração, intensidade e o tipo dessas adversidades são importantes preditores de seus impactos, que tendem a se acumular no ciclo da vida (Teicher; Samson, 2013) e potencialmente se associar a desfechos autolesivos (Jewett *et al.*, 2024).

Mesmo na aposta que o padrão de apego não se cristalice e funcione como uma homeostase comportamental ao longo do ciclo da vida, a ruptura do processo de construção do apego na primeira infância traz repercussões cumulativas (Bowlby, 1997; Fonagy *et al.*, 2002; Guo *et al.*, 2021; Zortea *et al.*, 2019; Zortea; Gray; Connor, 2019). Desse modo, um caminho compreensivo é relacionar um padrão disruptivo de apego na infância com expressões de autodestruição no curso da vida. Não se pode assumir nisso uma associação causal, mas uma lógica na qual considerando o comportamento suicida, o grupamento apego inseguro, interagindo com traços de temperamento e personalidade, atua como fator de risco em resposta

aos diferentes eventos adversos da vida (Guo *et al.*, 2021; O'Connor, 2021; Stagaki *et al.*, 2022; Waraan *et al.*, 2021; Zortea *et al.*, 2019; Zortea; Gray; Connor, 2019). De outro modo, explica-se que o padrão de apego se configura como um mediador ao desfecho suicida pois a representação mental é a forma como um indivíduo explica a si e suas ações no mundo, e o que é experimentado no campo interpessoal está sob influência e modulação intrapessoal (Waraan *et al.*, 2021; Zortea *et al.*, 2019; Zortea; Gray; Connor, 2019).

Assim, tal como explicado que situações ameaçadoras à sobrevivência expõem os padrões de apego de um indivíduo (Ainsworth *et al.*, 1978; Bowlby, 2002, 1997), suas experiências de desconforto psíquico também o levam a um funcionamento intra e interpessoal não adaptativos. Disfuncionalidade que predispõe a ações autolesivas e não adaptativas à segurança, integridade e sobrevivência (do indivíduo e da espécie) (Giletta *et al.*, 2015; Wiliiams; Muir, 2020; Santo; Dell'Aglia, 2022); ações desviantes, por isso, à ideia de saúde mental como uma capacidade adaptativa (FIOCRUZ-IFF, 2021).

Estando na essência do trauma psíquico o “sentir-se com medo e sozinho”, resgata-se a proposição de Bowlby no terceiro volume de sua trilogia seminal sobre a Teoria do Apego, publicado pela primeira vez em 1973: onde há depressão, há luto e perda (Bowlby, 1998). Num salto argumentativo, conecta-se tal premissa às proposições da suicidologia de que em 80 a 90% casos de suicídio há um transtorno mental estabelecido (WHO, 2014, 2021), principalmente a depressão e se justifica, junto a outros autores (Holmes, 2018; Wiliiams; Muir, 2020; Peltzer; Pengpid, 2012; Zortea; Gray; Connor, 2019) que há alguma linearidade desenvolvimental entre a privação afetiva na primeira infância, a desregulação afetiva, o sofrimento psíquico e o comportamento autodestrutivo.

Tentou-se, desse modo, reunir alguns pontos que figuram a Teoria do Apego, amarrando-os numa linha compreensiva entre o desenvolvimento na primeira infância e o comportamento suicida. Extrapolou-se o contexto descrito por Bowlby da orfandade derivada da II Guerra Mundial para histórias violentas nas quais, de forma real ou simbólica, há privação emocional por separação dos cuidadores primários familiares. E a partir dos argumentos de Fury (Fury, 1996; Fury; Carlson; Stroufe, 1997) justificou-se que os apegos inseguros são expressões de histórias de insegurança ou, como sugere Osofsky (2004), são cenários de ruptura do apego. Valoriza-se com isso, como proposto por Scattolin e colaboradores (2022), o investimento nas relações primárias dos bebês com seus cuidadores, a prevenção dos eventos adversos no início da vida e da violência em todos os sistemas ecológicos, marcadamente a família, e as políticas públicas com foco na avaliação desenvolvimental nos primeiros mil dias: grupamento de estratégias que podem colaborar com a prevenção da morbimortalidade violenta

e do comportamento suicida.

3.2 VIOLÊNCIAS

Em um de seus escritos sobre violência e saúde, numa defesa sobre a pertinência dessa relação para a redução da morbimortalidade por causas externas no país, Minayo justifica seu raciocínio com dois importantes autores: Chesnais e Agudelo (Minayo, 2006). Chesnais (1981) adverte para o caráter multifacetado da violência, exprimindo que seu universo é múltiplo e fragmentado, apresentando-se como “fenômeno pulverizado, atingindo a vida privada e a vida pública em todos os seus aspectos, os mais visíveis e os mais secretos” (p.11) (Minayo, 2006). Agudelo (1997), dinamiza o fenômeno violência, ao defini-lo como “um risco para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou possibilidade” (p.69) (Minayo, 2006).

Ambos argumentos facilitam o reconhecimento da penetrância e da capilaridade do fenômeno violência no cotidiano de pessoas e em seus grupos sociais, evidenciando-se sua relevância para a saúde pública (Brasil, 2005; Minayo; Souza, 1999; OMS, 2002). Estimulam também algumas reflexões sobre as diferentes manifestações e expressões que ele pode assumir (Minayo; Assis; Souza, 2017), considerando-se transversal, sistêmica e ecologicamente os componentes “pessoa, processo, contexto e tempo” (Avan; Kirkwood, 2010; Bronfenbrenner, 1993, 2011).

Assim, diante das novas e velhas faces assumidas pela violência ao longo do tempo e do ciclo vital, tal como as peculiaridades e vulnerabilidades de alguns grupos sociais (Minayo; Assis; Souza, 2017), recebem, nesta pesquisa, maiores considerações a violência interpessoal e a autoinfligida, assim como a infância, a adolescência e a juventude, enquanto momentos do ciclo vital e fases, geralmente, onde há maior dependência e participação familiar. Para tal, esse eixo teórico se estrutura em três subtópicos: 1. Violência e Saúde Pública: um breve panorama operacional; 2. Modelo Ecológico: um modelo sobre desenvolvimento e sobre violência; 3. Infância, Adolescência e Juventude: olhares transversais e longitudinais.

3.2.1 Violência e Saúde Pública: um breve panorama operacional

São múltiplas as manifestações e tentativas de explicação e compreensão da violência, sendo difícil definir a perspectiva teórica que mais se habilita para tal. Enquanto fenômeno complexo, multideterminado e polissêmico, foi nas últimas décadas do século XX, que a

violência se configurou como objeto e componente da agenda do setor Saúde e não apenas do Direito e da Segurança Pública (Minayo; Souza, 1999, 1993; OMS, 2002). A partir da realidade global de que a “violência mata e adocece”, superou-se a ideia de que expressões culturais poderiam justificar o não envolvimento da Saúde com esse tema; assim, mesmo que inerente à experiência humana e às sociedades, a violência tornou-se elemento de abordagem obrigatória pelas organizações e profissionais da saúde, carecendo de modelos e perspectivas que permitissem sua instrumentalização e manejo (Minayo; Souza, 1999; OMS, 2002).

Como um marco conceitual e temporal dessa incorporação optou-se pela definição apresentada pela OMS em seu Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado em 2002 (OMS, 2002):

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

A intencionalidade no uso da força e do poder é uma característica importante nas definições de violência (Brasil, 2005; OMS, 2002). É ela que configura o fenômeno violência como caracteristicamente humano, dada a essencialidade que as intenções (de ação e omissão) se apresentam para a espécie (Minayo, 2006).

Esse conjunto de ideias, ainda que amplo, direciona a uma compreensão dos diferentes impactos da violência nas pessoas, o que levou a sua incorporação como um elemento da experiência do processo saúde-doença (Brasil, 2005). Tendo como premissa a intencionalidade da violência e buscando sua identificação, abordagem e prevenção de seus impactos, foi proposta pelo setor Saúde uma instrumentalização de suas manifestações (Minayo, 2006; OMS, 2002).

A classificação originalmente dividiu as violências segundo sua tipologia e sua natureza. Pela tipologia: violências autoinflingidas (comportamento suicida e autoabusos), violências interpessoais (intrafamiliar/de parceiro íntimo e comunitária) e violências coletivas e estruturais (âmbitos macrossociais, políticos e econômicos). A natureza da violência pode ser categorizada em: física, psicológica, sexual, e abandono, negligência ou privação de cuidados (Minayo, 2006; OMS, 2002). Tal classificação, não isenta de críticas, já sofreu refinamentos e especificações, assim como mudanças de alguns termos, mas seu alicerce partir desses grandes eixos se mantém aceito (Minayo; Assis; Souza, 2017).

Esse arcabouço conceitual fomentou o reconhecimento e a defesa de que a violência

pode ser prevenida, apesar dos desafios teóricos e pragmáticos nisso envolvidos. A identificação dos fatores de risco e de proteção, em seus contextos macroestruturais, conjunturais, culturais, relacionais e subjetivos, configura-se como uma estratégia possível para isso (Brasil, 2005; Minayo; Souza, 1999; OMS, 2002).

Em síntese, num cenário articulado à violência e ao empenhado pela saúde mental infantojuvenil, aqui selecionado em consideração ao objeto deste estudo, tem-se que a prevenção se ocupa do manejo dos fatores desencadeantes/fatores de risco dos agravos previamente à sua ocorrência, assim como do manejo dos componentes dos atos terapêuticos após e durante seu estabelecimento (Estanislau; Bressan, 2014; Minayo; Souza, 1999; O'Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017). Desde sua incorporação mais sistemática, a terminologia entorno da prevenção tem sofrido alguns ajustes teóricos.

A partir da sexta década do séc. XX, ampliando o arsenal compreensivo do adoecimento, definiam-se três modalidades de prevenção: primária, secundária e terciária (Estanislau; Bressan, 2014; O'Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017). A prevenção primária com foco na redução de novos casos (incidência) da desordem ou da violência; a secundária objetivando a redução do estabelecimento de casos (prevalência), através do tratamento da doença ou resposta imediata à violência; e terciária tendo como meta a reabilitação ou assistência a longo prazo, reduzindo os danos do adoecimento ou da violência estabelecida. Décadas seguintes, mantendo-se esse *continuum* que se popularizou nos serviços de saúde, definiu-se a prevenção quaternária como um incentivo a um cuidado personalizado e centrado no indivíduo, evitando-se o dano provocado pelo excesso de intervenções biomédicas (Estanislau; Bressan, 2014; O'Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; Tesser; Norman, 2021).

Em paralelo, no início da década de 1990, foi proposto um modelo de prevenção que considerava o grau de intervenção necessária, segundo a população alvo, para impedir que o adoecimento psíquico ou a violência se estabelecessem (Estanislau; Bressan, 2014; O'Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; OMS, 2002). Definem-se assim as prevenções universal, seletiva e indicada; categorias entendidas enquanto prevenção primária, segundo o modelo anterior. Por universal, entende-se a prevenção dirigida e desejável à toda a população, mesmo nos indivíduos identificados sem fatores de risco. Seletiva (selecionada) é a prevenção designada ao grupo no qual o risco de desenvolvimento de um transtorno mental ou de sofrer/cometer violência é maior que o encontrado na população geral; risco iminente ou risco potencial no curso da vida. A indicada configura a prevenção especificada a um grupo mais restrito que, em estágios prodrômicos mas ainda sem critérios diagnósticos para um transtorno mental, já demonstra sinais de sofrimento psíquico; ou seja, já se estabelece um maior risco; ou

ainda para os que já apresentam comportamento violento (Estanislau; Bressan, 2014; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; OMS, 2002).

É evidente a limitação de tais modelos assim como, por vezes, é artificial essa classificação, que na prática tem limites pouco precisos. Mas, destaca-se sua possibilidade de facilitar a organização de recursos e estratégias, como tem-se tentado no caso da prevenção de suicídio, por exemplo (O’Connor; Platt; Gordon, 2011; O’Connor, 2021).

Considerando os referenciais de participação social e o entendimento global de saúde para além da ausência de doença ou transtorno, ganha crescente espaço na psiquiatria, num reflexo ao experimentado na saúde pública, as estratégias de promoção em saúde (Estanislau; Bressan, 2014; Harper, 2011; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; Thapar *et al.*, 2015). A promoção da saúde configura-se na maior capacitação e controle da comunidade em prol de sua qualidade de vida, como apontam Minayo e Souza (Minayo; Souza, 1999) numa referência à Carta de Ottawa. Buscam-se, nas estratégias de promoção, as intervenções nos núcleos saudáveis dos indivíduos e comunidades, estimulando suas potencialidades e focando no bem-estar, mais do que na prevenção de doenças. Sono, atividade física e adaptação ao estresse são consideradas a tríade de promoção em saúde mental infantojuvenil (FIOCRUZ-IFF, 2021).

Apesar do avanço obtido com alguns dos elementos que constituem o panorama saúde e violência, como brevemente refletido nos parágrafos acima, tais definições não foram suficientes para uma elaboração compreensiva desse fenômeno ou para o planejamento e avaliação de ações preventivas. As manifestações e fatores isolados não bastam para esclarecimento da complexidade desse fenômeno, o que se tornou um estímulo para a OMS buscar um entendimento que permitisse a integração dos diferentes fatores, um modelo ecológico ou sistêmico, visando a maiores capacidades de intervenção sobre sua ocorrência.

3.2.2 Modelo Bioecológico: um modelo sobre desenvolvimento e sobre violência

Como relatado pela OMS em seu seminal Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002), o modelo ecológico foi inicialmente utilizado para se abordar a violência no final de década de 1970, em estudos sobre “abuso infantil” e “violência juvenil”. Sua visão sistêmica, numa ênfase conjunta à causalidade múltipla e ao caráter relacional, serviu como um facilitador para as tentativas de explicação da violência em etapas da vida onde há intensa dependência relacional. O que num primeiro momento pareceu ser uma especificidade das duas primeiras décadas da vida, foi sendo compreendido de forma mais abrangente. Ao longo de todo o ciclo vital, refletir sobre o fenômeno a partir da inter-relação de diferentes camadas ou sistemas

sociais trouxe novas chaves de entendimento e proposições de intervenção (Minayo; Assis; Souza, 2017; OMS, 2002).

Desse modo, o setor Saúde incorporou esse modelo como um paradigma de compreensão e intervenção sobre a violência, estendendo seus princípios a todas as expressões violentas (Minayo, 2006; OMS, 2002). Os quatro sistemas ou níveis que originalmente compuseram esse modelo e que se tornaram componentes para a uma multifacetada combinação de vínculos complexos são: individual, relacional, comunitário e social (Bronfenbrenner, 1993, 2011; Mayer, 2002). Tendo sido incorporado à matéria da violência, é interessante se sublinhar, ainda mais para o escopo desta Tese, que as premissas desse modelo surgem a partir da ecologia social, nos estudos e pesquisas sobre o “desenvolvimento humano em contexto”, notadamente com as ideias integralistas de Bronfenbrenner (Avan; Kirkwood, 2010; Bee; Boyd, 2011; Mayer, 2002).

A Teoria Ecológica, ou Bioecológica como foi renomeada posteriormente, surge como uma extensão das proposições de Bandura e Vigotsky, autores que investiram nas pesquisas do desenvolvimento da espécie num horizonte relacional e não apenas com base em cunhos descritivo ou psicológico, como foi dominante na primeira metade do séc. XX (Avan; Kirkwood, 2010; Bee; Boyd, 2011; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007). Baseado na articulação do biológico com a ecologia social, Urie Bronfenbrenner expande a perspectiva do desenvolvimento como tema marcadamente da infância propondo, com isso, uma abordagem sobre o desenvolvimento humano. O desenvolvimento é compreendido dinamicamente, através das relações e por ocorrer ao longo do ciclo vital: estar se desenvolvendo é estar se relacionando (Bronfenbrenner, 2011; Mayer, 2002).

O autor, psicólogo natural da Rússia que morou nos Estados Unidos da América desde sua infância, dedicou-se ao entendimento da estrutura das micro e das macrorrelações do indivíduo em seu ambiente, numa defesa de que o desenvolvimento é um ajuste constante, gradual, ativo e recíproco entre a criança e o meio ambiente. Um meio ambiente que pode ser analisado em níveis crescentes: da micro à macroestrutura – cada um com seu *pool* de determinantes e variáveis -, nos quais a qualidade e quantidade das relações sociais comportam-se como estímulos para o crescimento e desenvolvimento (Avan; Kirkwood, 2010; Bronfenbrenner, 1993, 2011; Mayer, 2002).

A Teoria Bioecológica define quatro componentes interativos nos quais o desenvolvimento se manifesta, como em revisão apresentada por Mayer (2002):

- Tempo: compreendido pelo momento histórico vivido (incluindo os cenários políticos, por ex.) e pelos eventos típicos do ciclo vital. O tempo foi sendo compreendido como um

sistema adicional: cronossistema (Bronfenbrenner, 1993; Santo; Dell’Aglío, 2022).

- Pessoa: unidade individual que carrega e une as características biológicas (físicas, genéticas etc), psicológicas e sociais; características que viabilizam as respostas ao meio. Três constituintes, dinamicamente relacionados, moldam essas características: demanda (traços inatos da pessoa que estimulam ou desencorajam reação do ambiente sobre ela, como gênero, etnia, arsenal genético e temperamento); disposição (comportamento pessoal que modula a relação com o meio); e recurso (características adquiridas e internalizadas no processo de socialização relacional, representando a interação efetiva da pessoa com o ambiente). O apego é considerado um recurso da pessoa.

- Processo: são as transformações pessoais, apreendidas ou internalizadas, decorrentes das interações pessoais com o seu ambiente. Ocorrem por todo o ciclo vital motivadas pelas forças de coação (Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007). A Teoria Bioecológica, nesse enfoque dinâmico relacional, não valoriza apenas o resultado de tais interações (produto ou marcos do desenvolvimento), mas sim o processo de sua construção dinâmica. Aproximando-se do escopo das pesquisas em Saúde Pública, tem-se pensado esse componente como sendo de caráter proximal ou de caráter distal, facilitando a modelagem de variáveis modificáveis para avaliação de desfechos (Avan; Kirkwood, 2010).

- Contexto: componente que ilustra graficamente a teoria em círculos concêntricos e crescentes a partir de seu esquema em quatro níveis: microsistema, mesossistema, exossistema e macrosistema (Bee; Boyd, 2011; Bronfenbrenner, 2011; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007). O microsistema é o nível de convivência direta e mantida do indivíduo, no e com o qual se relaciona face-a-face, com o desenvolvimento de habilidades socioemocionais e papéis sociais, como a família nuclear e amigos íntimos. Considerando sua importância social e legal contemporaneamente (Ariès, 1981) e sua responsabilidade no cuidado imediato às crianças e adolescentes designada aos seus membros (Brasil, 1990), as famílias receberam atenção nesta pesquisa. O mesossistema é uma camada bem próxima ao microsistema, nem sempre diferenciada na literatura; configura um nível social de interação direta, mas um pouco mais ampliada: escola, trabalho, igreja, por ex. O exossistema configura-se numa camada na qual não há participação direta do indivíduo, mas cuja influência é marcada, por uma ação indireta, através de relações secundárias; são exemplos: a direção da escola, a família expandida, o trabalho ou as amizades de um componente da família nuclear. O macrosistema compreende o conjunto de valores, crenças e culturas de uma sociedade e que, por isso, influencia o desenvolvimento do indivíduo

Os quatro componentes dessa teoria – também chamada de “Modelo PPCT: Pessoa-

Processo-Contexto-Tempo” (Mayer, 2002; Santo; Dell’Aglío, 2022) - representam bem sua ideia nuclear: os diferentes contextos sociais promovem oportunidades e desafios para o indivíduo. As relações diáticas – quando estáveis e recíprocas – protegem a pessoa nessa interação ambiental; relações com afeto, reciprocidade e equilíbrio de poder são estímulos positivos e fatores de proteção para o desenvolvimento individual e, logo, para preservação da espécie (Mayer, 2002).

O Modelo Bioecológico, dessa forma, promove um destaque simultâneo e complementar ao domínio genético e ao contextual (Avan; Kirkwood, 2010; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007). A defesa dessa interface entre hereditariedade e ambiente facilita a ruptura do dualismo “*nature vs. nurture*”, numa aposta que entre fenótipo e genótipo existe uma relação bidirecional, onde hoje é possível se compreender, por exemplo, a epigenética e a transgeracionalidade (Guerra; Williamson; Lucas-Molina, 2012; Scattolin; Resegue; Rosário, 2022; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007; Thapar *et al.*, 2015). Bronfenbrenner sistematizou, desse modo, uma proposta onde o desenvolvimento pode ser compreendido como uma trajetória com mais de uma possibilidade, não ignorando as marcas evolutivas espécie-específicas, mas apostando em seu funcionamento como um sistema dinâmico. Um sistema no qual há uma busca constante pela homeostase, uma construção e uma negociação, entre a pré-disposição genética e o contexto ambiental; dinamismo mediado pelas relações pessoa-pessoa e pessoa-grupo social (Avan; Kirkwood, 2010; Bronfenbrenner, 1993; Delvan; Becker; Braun, 2010; Mayer, 2002; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007).

Por esse olhar probabilístico e complexo, evidencia-se um paralelo entre desenvolvimento humano e violência, que rompe uma lógica imediatista e estática sobre como essa se origina, se identifica e pode ser abordada. De forma sistêmica, valorizam-se as múltiplas interações nesse interjogo e se abre uma possibilidade epistemológica para se pensar um processo contínuo de produção e reprodução da violência (Li; Zhao; Yu, 2022; Minayo; Assis; Souza, 2017; OMS, 2002; Schenker; Avanci; Silveira, 2017). Mais do que uma especulação teórica, tais ideias amparadas pelo estudo do desenvolvimento humano, consolidadas e divulgadas na virada do séc. XX, autorizaram e incentivaram o setor Saúde para intervir sobre a violência, provocando e co-responsabilizando diferentes instâncias e atores nesse processo (Minayo, 2006; Minayo; Assis; Souza, 2017; OMS, 2002).

A violência, assim, não é apenas fruto da genética ou da fragilidade da família ou de outra instituição; de tal modo, não se perpetua simplesmente pela rigidez ou flexibilidade das normas sociais. Ainda que isso possa, inicialmente, gerar uma fragmentação explicativa, permite que diferentes ações individuais, relacionais e políticas possam ser desenvolvidas,

testadas e implementadas. Valoriza-se a natureza, mas também a cultura; valoriza-se o indivíduo, mas também a sociedade. Nesse contexto, a complexidade – como num dinâmico sistema – do entendimento sobre vítimas e agressores se apresenta, num reconhecimento que ambos são sujeitos ativos que podem perpetuar relações e manifestações de várias violências (Minayo, 2006; Minayo; Assis; Souza, 2017); o que não implica, de certo, responsabilidades e repercussões não diferenciadas.

Apoiando-se na avaliação das inter-relações complexas presentes nessa perspectiva, considera-se como a violência tende a se continuar ao longo do ciclo vital, impactando diretamente as trajetórias desenvolvimentais individuais e coletivas, demandando intervenções contextualizadas a curto, médio e longo prazos (Assis; Pesce; Avanci, 2006; OMS, 2002). Como apontado pela *International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* (IACAPAP) em uma de suas publicações, numa convocação a psiquiatrias da infância e adolescência, em livre tradução (Pacione *et al.*, 2012):

o ambiente influencia a saúde genômica, que por sua vez influencia a estrutura e a função do cérebro, que por sua vez influencia os pensamentos, sentimentos e comportamentos de uma criança. Dado que toda a saúde começa com a saúde emocional e comportamental, o caminho para o bem-estar começa com a criação de ambientes saudáveis para todas as crianças e famílias. (p.3)

3.2.3 Infância, Adolescência e Juventude: olhares transversais e longitudinais

Sabe-se sobre a influência que a infância apresenta sobre o desenvolvimento no decorrer do ciclo vital; a garantia de saúde integral de crianças e adolescentes não fornece apenas uma garantia de sobrevivência e qualidade de vida geracional, mas impacta essas vidas a longo prazo assim como produz impacto em gerações futuras (da Cunha; Leite; de Almeida, 2015; O'Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020; WHO, 2017). Quando se considera a saúde mental, por exemplo, dados globais sugerem que 75% dos transtornos mentais em adultos se iniciam na infância e adolescência, sendo 50% até a idade de 14 anos (Weine *et al.*, 2020). Assim, proporcionar trajetórias de vida em ambientes nos quais os fatores protetores se sobrepõem às vulnerabilidades configura-se como uma estratégia importante para a saúde (Bee; Boyd, 2011; Thapar *et al.*, 2015; Weine *et al.*, 2020). Objetivando melhor instrumentalizar essa e outras premissas desta pesquisa, algumas definições foram aqui mencionadas; são elas: família, infância, adolescência e juventude.

São múltiplos os conceitos, debates e variações sobre os formatos e sentimentos familiares (Ariès, 1981), sendo importante se destacar que não se defendeu ou justificou nesta

pesquisa a definição de um modelo ou padrão familiar. Aqui se priorizaram, entretanto, duas ideias gerais e dinâmicas: família enquanto o filtro através do qual uma sociedade influencia o desenvolvimento da criança (Bee; Boyd, 2011) e família como a primeira organização social que ampara o caráter gregário da espécie para um indivíduo em um contexto (Bowlby, 2002).

Ambas ideias, ainda que propositadamente destaquem a relação família e infância, convergem para a perspectiva bioecológica, na qual a família é o principal representante do microsistema (Bronfenbrenner, 1993, 2011), mesmo sendo, na história da humanidade, as diferentes representações e sentimentos estabelecidos pela instituição familiar (Ariès, 1981). Desse modo, para além das necessidades de proteção física e alimentação, são as relações diretas e face-a-face experimentadas no núcleo familiar – ou em suas instituições substitutivas –, que permitem, num *continuum* entre a adequação e inadequação, o estímulo ao desenvolvimento, a introdução do sujeito no mundo simbólico da linguagem e a constituição do vínculo apego.

Como sistema humano e complexo, a família vive numa busca constante e dinâmica de equilíbrio, reorganizando-se pelo e ao longo do ciclo vital de seus membros (Eizirik; Kapczinski; Bassols, 2001; Schenker; Avanci; Silveira, 2017). Assim como gesta um indivíduo para a sociedade, a família está incorporada a esse mesmo contexto, de forma que as forças de coação podem agir sobre todos os seus integrantes, gerando diferentes processos e produtos através de múltiplas facetas e espectros relacionais. É evidente, por essa lógica, se assumir que esse sistema está inserido, pode produzir e sofrer diferentes expressões de violência: pode se comunicar de forma violenta, podendo até mesmo ser essa sua principal linguagem (Aded; Dalcin; Cavalcanti, 2007; Bee; Boyd, 2011; Marcelli; Cohen, 2009; Marcelli; Braconnier, 2007; Minayo; Assis; Souza, 2017; OMS, 2002).

Posto isso, sendo os humanos seres gregários, o sistema familiar deve ser considerado na explicação das trajetórias de vida de um indivíduo, permitindo, inclusive, que sejam mais bem traçadas estratégias de intervenção. Quando se considera a saúde mental infantojuvenil – do desenvolvimento longitudinal aos desfechos violentos – as abordagens terapêuticas e de prevenção passam direta ou indiretamente pelo microsistema familiar (Assis; Pesce; Avanci, 2006; Assumpção Jr; Kuczyński, 2012; Marcelli; Cohen, 2009; Marcelli; Braconnier, 2007; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020).

Diferentes campos do conhecimento e delimitações temáticas podem ser acionados para se definir, refletir e problematizar a infância, a adolescência e a juventude. Buscando primariamente a operacionalização do objeto desta pesquisa, as definições etárias foram essenciais, aderindo-se ao utilizado em documentos oficiais da OMS e de diferentes agências

sanitárias. Ainda que representem, em somatório, um intervalo etário de quase três décadas, há alguns pontos de sobreposição, principalmente em relatórios de gestão e de políticas públicas.

Para a Saúde Pública, a infância remete-se ao período do nascimento aos 9 anos de vida (WHO, 2017), o que fica claro ao se deparar com estatísticas de morbimortalidade, nas quais se destacam: a mortalidade nos primeiros 28 dias de vida (período neonatal), abaixo do primeiro ano de vida, a do grupo menor de cinco anos de vida e nas crianças entre 5 e 9 anos de vida (Moreira; Goldani, 2010; O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; Victora *et al.*, 2011). Tal divisão, de ampla difusão, apresenta maior aporte teórico epidemiológico do que psicológico ou desenvolvimental. Considerando o desenvolvimento num caráter geral, sem detalhamento conceitual (Bee; Boyd, 2011; Guerra; Williamson; Lucas-Molina, 2012), a infância poderia ser dividida, com algumas variações de terminologia e subdivisões, em: lactância (até os 2 anos de idade), idade pré-escolar (2 a 5 anos) e idade escolar (6 aos 11 anos). A primeira infância agruparia lactância e idade pré-escolar, sendo o alvo dos principais programas de prevenção e promoção de saúde. Mesmo que sem ser considerada uma fase propriamente dita, há uma crescente atenção, quando se pensa em desenvolvimento infantil, dada aos primeiros mil dias de vida do indivíduo, contabilizados da sua concepção ao final da lactância (da Cunha; Leite; de Almeida, 2015).

Adolescência compreende a fase entre 10 e 19 anos, segundo a OMS; divide-se em 10 a 14 anos (primeira metade ou “jovens adolescentes”) e 15 a 19 anos (segunda metade ou “adolescentes mais velhos”). A adolescência, por suas características transicionais, é a fase onde há maior sobreposição conceitual com infância e juventude (WHO, 2017). No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (Brasil, 1990) considera adolescentes como as pessoas entre 12 e 18 anos, com possibilidades de extensão a 21 anos, em casos específicos.

Juventude é outro termo que traz alguma elasticidade em seus limites etários. Em seu Relatório Mundial de Violência (OMS, 2002), a OMS considera jovens como o grupo entre 10 e 29 anos, ao pensar o constructo “violência juvenil”. No documento “Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!)” (WHO, 2017), produzido pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2018, o termo “jovem” designa o grupo entre 15 e 24 anos; “jovem adulto 18 a 24” anos e “pessoa jovem” dos 10 a 24 anos.

Entende-se que tais divisões e sobreposições permitem reagrupamentos etários, quando diante de causas específicas de morbimortalidade ou diante de objetos específicos. Em relação ao suicídio, por exemplo, os dados oficiais nacionais e internacionais excluem a população menor que 5 anos de idade e, por vezes, agrupam, por proximidade clinico-epidemiológica, o grupo 15 a 19 anos com o grupo 20 a 29 anos, apontando-o como de alto risco para autolesões

fatais (Brasil, 2024; WHO, 2021).

Diante de algumas classificações etárias e perspectivas desenvolvimentais, retoma-se o enfoque às trajetórias de vida e suas possibilidades a partir de horizontes de investigação complementares. Olhou-se para um grupo de crianças no passado: observações, em quatro ondas, sobre seu desenvolvimento, saúde mental, família e manifestações de violência. Olhou-se novamente para esses mesmos indivíduos, agora jovens (cerca de 16 anos após a primeira abordagem), buscando respostas a questionamentos originais acerca da relação entre saúde mental e violência, num destaque ao comportamento suicida.

3.3 COMPORTAMENTO SUICIDA

Um olhar sensível, mesmo que fortemente apoiado no campo biomédico, é capaz de reconhecer a profundidade da tonalidade existencial e não prontamente rejeitar uma das citações mais conhecidas da literatura do absurdo (Camus, 2004): “Só existe um problema filosófico realmente sério: o suicídio. Julgar se a vida vale ou não vale a pena ser vivida é responder à pergunta fundamental da filosofia.” (p.7). Num resgate mitológico, Camus, em “O mito de Sísifo” (Camus, 2004), escancara essa reflexão angustiante e essencialmente humana, revelando a universalidade do suicídio.

Não se trata, diante disso, de se ignorar todo o robusto corpo de conhecimento da suicidologia e a enfática defesa da prevenção do suicídio pela saúde pública; mas de se reconhecer as muitas vozes, enunciadas ou silenciadas, presentes nos diálogos e nos tabus sobre esse tema (Silva Filho, 2019; Silva Filho; Minayo, 2021). Tema com muitas interrogativas e possibilidades de compreensão e que, por isso, segue demandando novos estudos e investimentos.

Considerando tal multiplicidade argumentativa, mas também assumindo um recorte teórico para este trabalho, partiu-se de uma premissa nuclear da abordagem do comportamento suicida defendida pela OMS em seu relatório “*Preventing Suicide: a global imperative*” (2014), aqui em livre tradução:

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

Cinco subtópicos foram propostos para articular alguns conceitos desse terceiro eixo

teórico que estrutura esta Tese: 1. Comportamento suicida: apontamentos teóricos; 2. Comportamento suicida: panorama nacional; 3. Comportamento suicida: expressão de violência e sofrimento psíquico; 4. Comportamento suicida: a inovação de Shneidman; 5. IMV: trajetórias, possibilidades e nós do comportamento suicida.

3.3.1 Comportamento suicida: apontamentos teóricos

Não é difícil se pensar o suicídio como um dos mais duros e difíceis desfechos na prática assistencial, ainda mais quando o cuidado se destina a crianças e adolescentes (Estellita-Lins, 2012; Silva Filho; Minayo, 2021). Porém, mais do que um desfecho, considerando seu entendimento e as possibilidades de intervenção, é válida sua consideração como um espectro ou um *continuum*: o comportamento suicida.

Segundo Botega (2015), comportamento suicida pode ser compreendido como:

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

Essa perspectiva proporciona não apenas uma interessante compreensão da gravidade de seus eventos, mas possibilita aos agentes de saúde algum direcionamento para intervenções terapêuticas. Mesmo a prática clínica indicando que esse ordenamento nem sempre seja claramente linear (Cassorla, 2017; Silva Filho; Assis; Avanci, 2022), até pelas características do temperamento e subjetividade de cada sujeito, ele permite algum planejamento e escalonamento de ações, tópico a partir do qual o cuidado deve se amparar.

O suicídio é o ato fatal deliberado e executado pelo próprio indivíduo, quando há intenção de morte, consciente, ainda que ambivalente, usando um meio que ele pondera ser letal (AACAP, 2001; Botega, 2015; WHO, 2014). Três características se destacam nessa definição: a intencionalidade, a autoperpetração e a crença na fatalidade. Tal operacionalização foi adotada neste texto, mesmo num reconhecimento de casos onde o desejo de morte, que antecede o suicídio, não se mostra claramente (Botega, 2015; Cassorla, 2017).

Nas tentativas de suicídio, o desfecho fatal não se concretiza; mas, teoricamente, as três características destacadas no parágrafo acima são reconhecidas. Mesmo sem levarem à morte, as tentativas de suicídio comportam gravidade clínica importante, sendo um dos maiores fatores de risco para o suicídio consumado (AACAP, 2001; Botega, 2015; Giletta *et al.*, 2015; Jans *et*

al., 2018; WHO, 2014). As estatísticas globais sugerem uma relação de 20 tentativas de suicídio para cada suicídio consumado (O'Connor, 2021).

Uma outra condição psicopatológica de extrema relevância clínica deve ser reconhecida, um diagnóstico diferencial de suma importância na adolescência e juventude: a autolesão não suicida (ALNS) (APA, 2022; Thapar *et al.*, 2015). Ainda que não haja consenso na literatura sobre a separação entre a ALNS e a tentativa de suicídio (Hawton; Saunders; O'Connor, 2012; O'Connor, 2021; Oppenheimer; Glenn; Miller, 2022; Santo; Dell'Aglia, 2022; Silva Filho, 2022; Thapar *et al.*, 2015), não se reconhece no primeiro grupo um declarado desejo de morte, de forma que a ALNS não se configura como pertencente ao espectro suicida.

O debate teórico sobre tal distinção é amplo e não deve impedir que uma avaliação individualizada seja realizada, até pela possibilidade de autoagressões não suicida concomitantes a tentativas de suicídio. Ou ainda de uma ALNS cujo desfecho foi fatal, ainda que realizada objetivando um alívio no sofrimento psíquico e não a morte (Cassorla, 2017; Giletta *et al.*, 2015; Santo; Dell'Aglia, 2022; Silva Filho; Assis; Avanci, 2022). Alguns autores sugerem que, apesar da estrutura proposta pela Academia Americana de Psiquiatria à ALNS como entidade clínica própria (APA, 2022), será a letalidade do método escolhido que definirá o desfecho como fatal (suicídio) ou não fatal (ALNS), e não necessariamente a psicopatologia antecedente envolvida (Giletta *et al.*, 2015; Hawton; Saunders; O'Connor, 2012).

A ideação suicida ou desejo de morte, e não apenas as ponderações e especulações sobre a própria morte - situação encontrada no curso da adolescência -, representa o início desse *continuum* (AACAP, 2001; Botega, 2015; Guo *et al.*, 2021; Jans *et al.*, 2018; Waraan *et al.*, 2021; WHO, 2014). A ideação, ao se tornar mais robusta, progride aos gestos, às indicações e, ganhando um caráter pragmático, chega ao planejamento suicida. Sendo o suicídio um fenômeno complexo e multifacetado, o planejamento e a deliberação sobre o ato suicida podem ser atropelados ou acelerados por sintomas como a impulsividade que, juntamente, com o acesso aos meios constitui-se como um fator de risco muito relevante para o comportamento suicida na juventude (AACAP, 2001; Assumpção Jr; Kuczynski, 2012; Hawton; Saunders; O'Connor, 2012; Jans *et al.*, 2018; Thapar *et al.*, 2015; WHO, 2014).

Posto esse panorama, retoma-se a um ponto crítico quando crianças e adolescentes são o público-alvo da assistência, da pesquisa ou de uma política pública: considerando que na base do comportamento suicida está a ideação suicida e que essa característica o distingue da ALNS, é preciso que a criança tenha clareza sobre a morte para, então, poder desejar e deliberar sobre sua morte autoprovocada. Desse modo, como e quando se considera que uma criança tem clareza sobre o que é a morte? Respeitando as variações culturais e religiosas, assim como

situações que expõem o simbólico e o concreto sobre mortes para crianças – como a violência e as doenças -, três atributos devem ser reconhecidos pelos infantes para que a assimilação sobre a morte seja considerada: irreversibilidade, disfuncionalidade e universalidade (Assumpção Jr; Kuczynski, 2012; Silva Filho, 2022; Torres, 1999).

Irreversibilidade é a condição de impossibilidade na mudança ou reversão no curso biológico da morte; disfuncionalidade é a cessação das funções vitais biopsicossociais de um indivíduo quando de sua morte; e universalidade é a convicção de que morte chega para todos os seres vivos (Assumpção Jr; Kuczynski, 2012; Torres, 1999). De forma geral, concebendo-se os marcos de desenvolvimento, uma criança entre sete e nove anos tem condições de compreender a morte. A ideação suicida, entretanto, só pode ser identificada se existe esse entendimento, ainda que sua expressão seja pouco clara, não devendo ser confundida com a enunciação da morte como em uma realidade intercambiável com a vida (Silva Filho, 2019, 2022). De forma pragmática e por esse reparo teórico, usualmente, os registros epidemiológicos não permitem que um desfecho fatal seja categorizado como suicídio no grupo etário menor que cinco anos de idade (Brasil, 2024; WHO, 2021). Mas como em outras definições nesse campo, isso não há consenso teórico sobre esse ponto, como instrumentaliza Oppenheimer (2022).

3.3.2 Comportamento suicida: panorama nacional

O Ministério da Saúde divulgou, no início de 2024, boletim epidemiológico apresentando um panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no período 2010 a 2021; nesse documento, a taxa nacional de incidência de suicídio (2021) é 7,45 mortes por 100 mil habitantes (Brasil, 2024). Ainda que uma taxa baixa, em comparação global (WHO, 2021), a publicação apontou um aumento nos registros dos óbitos autoprovocados em todo o país. A análise evolutiva das taxas nesse período demonstrou o predomínio de óbitos masculinos e um aumento em todos os grupos etários, destacando-se como causa de mortalidade em adolescentes e jovens adultos. Considerando a população de interesse nesta pesquisa, tem-se como mortalidade proporcional por suicídio no ano de 2021, segundo sexo e grupo etário: 3,4% no grupo cinco a 14 anos (2,7% meninos e 4,4% meninas); 6,9% na faixa etária 15 a 19 anos (6,1% rapazes e 9,7% moças); 5,6% nos jovens de 20 a 29 anos (5,7% nos homens e 5,1% nas mulheres) (Brasil, 2024).

A desagregação por faixa etária e sexo, permite a constatação que a incidência do suicídio aumenta nos homens conforme a idade, sendo o ápice em idosos acima dos 70 anos:

18,1 óbitos por 100 mil habitantes; já no sexo feminino, o pico ocorre na segunda metade adolescência (4,5 óbitos por 100mil habitantes) (Brasil, 2024). É importante sinalizar que mesmo no grupo dos menores de 14 anos (agrupado como a população de 5 a 14 anos) já havia se evidenciado um aumento na taxa de mortalidade específica por essa causa, passando de 0,31 (2010) para 0,67 por 100 mil (2019) (Brasil, 2021). Ou seja, apesar de ainda se ter uma taxa menor nos adolescentes quando comparada à média nacional, destaca-se o seu crescimento já registrado nesse grupo e a possibilidade de sua progressão. Segundo Varas et al (2020), os métodos de suicídio mais utilizados por adolescentes brasileiros nesse mesmo período (2010 a 2019) foram: enforcamento (54,9%), armas de fogo (14,2%), envenenamento (13,3%) e pesticidas (10,7%), semelhante ao cenário internacional (Hoekstra, 2020).

Quando avaliadas as lesões autoprovocadas, também é evidenciado um aumento nos registros oficiais, destacando-se o sexo feminino (70,3%) (Brasil, 2024). A maior incidência das lesões distribui-se na faixa etária 20 a 29 anos (30,4%). Aos adolescentes de 15 a 19 anos atribuem-se 21,5%, e ao grupo de cinco a 14 anos 9,3% dessa ocorrência, ou seja, crianças e adolescentes representam cerca de 1/3 da notificação dessas lesões, realidade epidemiológica expressa na prática clínica de assistência pediátrica e que precisa incomodar pesquisadores e gestores. Intoxicações exógenas (67,1%) e objetos perfurocortantes (17,9%) foram os meios de agressão mais utilizados, segundo os registros oficiais, realidade próxima aos registros publicados em 2021 (Brasil, 2024).

Produzido a partir de notificações do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no período entre 2010 e 2021, o Boletim Epidemiológico 55 (Brasil, 2024) pôde analisar o impacto da pandemia da Covid-19 sobre a violência autoinfligida. Em relação ao suicídio, no segundo trimestre de 2020 houve interrupção brusca na tendência crescente que vinha sendo observada desde 2015; redução, porém, revertida por acentuado aumento nessa tendência no final do mesmo ano. Semelhante redução nas notificações também se observou no SINAN entre o segundo trimestre de 2020 e o segundo trimestre de 2021, seguido por aumento expressivo até o final desse ano. Dados que apontam um menor processo de notificação durante o período mais crítico da pandemia e que sugerem uma retomada na tendência crescente das autoviolências em âmbito nacional.

Outro apontamento relevante apresentado por esse boletim epidemiológico (Brasil, 2024) está na vulnerabilidade da população LGBTQIA+, nos povos indígenas e na população negra, condição que deve ser avaliada quando se tem o comportamento suicida como objeto. Um olhar crítico sobre a vulnerabilidade de grupos minoritários para o comportamento suicida tem sido debatido por autores nacionais (Lima; Navasconi, 2022; Navasconi, 2019), sendo

importante essa demarcação em um relatório oficial do Ministério da Saúde.

A tendência de aumento de suicídio em adolescentes e jovens não deve ser vista como uma característica exclusiva brasileira. Globalmente, 77% dos suicídios ocorrem em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento; considerando os suicídios em adolescentes, 88% se localizam nesses países (WHO, 2021). Assim como no Brasil, tem-se que suicídio é quarta causa de morte em jovens de 15 a 29 anos, quando não há distinção por sexo (WHO, 2021).

A taxa nacional de 7,45 óbitos por 100 mil habitantes é considerada baixa quando se estratificam as taxas de incidência, com diversos países apresentando valores maiores que 15 mortes por 100 mil habitantes (classificadas como altas). Considerando os dados coletados em 2019 publicados pela OMS (WHO, 2021), tem-se como exemplo de países de diferentes macrorregiões com altas taxas de suicídio, sendo taxas não estratificadas por idade ou por sexo: Lesoto 72,4 por 100 mil, Guiana 40,3 por 100 mil, Suazilândia 29,4 por 100 mil, Coreia do Sul 28,6 por 100 mil, Lituânia 26,1 por 100 mil, Suriname 25,4 por 100 mil, Rússia 25,1 por 100 mil, África do Sul 23,5 por 100mil, Belarus 21,2 por 100 mil.

3.3.3 Comportamento suicida: expressão de violência e sofrimento psíquico

A partir dessa exposição de alguns dados epidemiológicos de morbimortalidade violenta, neste subtópico se retoma o entendimento do suicídio enquanto uma manifestação de violência de tipologia autoinfligida e de natureza física ou psicológica (Minayo, 2006; OMS, 2002) para se avançar na sua compreensão como fenômeno onde se sobrepõem violências interpessoais, coletivas, estruturais e sofrimento psíquico. Uma associação que, além de explicativa, permite que diferentes intervenções preventivas possam se estabelecer (Silva Filho, 2019; Silva Filho; Minayo, 2021).

O reconhecimento da violência como um problema de saúde pública e a transição epidemiológica experimentada, mesmo que assincronamente, pelos diferentes países facilitaram a uma preocupação com a prevenção do suicídio (WHO, 2014, 2021). Diversos estudos epidemiológicos conduzidos pela Organização Mundial de Saúde identificaram a hipótese de uma associação entre suicídio e transtornos mentais. Considera-se que em cerca de 80 a 90% dos casos de suicídio há transtornos mentais; e essa associação – que carrega vetor de explicação e de intervenção - pode ser estendida à população pediátrica (Bertolote; Fleischmann, 2002; Hoekstra, 2020; Jans *et al.*, 2018; Li; Zhao; Yu, 2022; Thapar *et al.*, 2015; WHO, 2014).

Tal associação torna-se de extrema relevância quando se tem a configuração de uma

“Nova Pediatria”, na qual causalidade externa, transtornos mentais e condições crônicas e complexas tornam-se prevalentes (Moreira; Goldani, 2010; Silva Filho; Minayo, 2021), condições que se associam à morbimortalidade pelo comportamento suicida. Em relação à saúde mental, a pandemia da Covid-19 ampliou e deu relevância a um cenário internacional no qual cerca de 10 a 20% da população pediátrica global já apresentava alguma condição definida como transtorno mental (Benton; Boyd; Njoroge, 2021; Hoekstra, 2020; Pirkis *et al.*, 2021; Thapar *et al.*, 2015; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020; Zuccolo *et al.*, 2022).

Tendo como referência a violência e os transtornos mentais, tem-se clareza que intervenções individuais e coletivas são possíveis, através da promoção, das diferentes formas de prevenção ou ainda dos tratamentos específicos (O’Loughlin; Althoff; Hudziak, 2017; O’Connor, 2021; OMS, 2002; UNICEF, 2021; Weine *et al.*, 2020). Desse modo é possível se afirmar que a intervenção sobre o fenômeno violência (em todas suas naturezas e tipologias) e sobre a saúde mental configuram-se estratégias de prevenção do comportamento suicida e devem ser estimuladas enquanto ações no campo da assistência, pesquisa e gestão.

Nesse contexto, valoriza-se também a temática da família, como espaço ímpar quando se ponderam os fatores de risco ou de proteção para violência e comportamento suicida. Espaço concreto e simbólico na transmissão de genes e de valores morais, éticos e culturais, o ambiente familiar destaca-se na infância como núcleo do inato e do adquirido. Através da linguagem e da comunicação, as relações familiares ampliam ou atenuam expressões violentas e de sofrimento psíquico, assim como perpetuam ou não os seus tabus, algo de extrema relevância na tentativa de compreensão da suicidalidade (Silva Filho, 2019).

3.3.4 Comportamento suicida: a inovação de Shneidman

Sendo multifacetado, são vários os eixos potencial e complementarmente explicativos para o suicídio (Botega, 2015; Lopes, 2008; O’Connor, 2021; Sampaio, 1991; WHO, 2014). Numa organização didática que buscou uma tentativa de sistematizar o entendimento desse tema, mesmo num reconhecimento que nisso se sustenta um problema, Silva Filho, em sua dissertação de mestrado, (2019) selecionou cinco entre possíveis abordagens compreensivas. São elas: nosológica (ou biológica, tendo os transtornos mentais como marcadores analíticos); psicológica (numa ênfase sobre a subjetividade do indivíduo em sofrimento psíquico); sociológica (pela proposição durkheimiana do suicídio como fato social, numa perspectiva marcadamente social e coletiva); histórico-social (onde os elementos culturais, comunitários e as representações desse fenômeno na sociedade se destacam, aproximando-se da compreensão

sobre a violência); e por fim, a suicidologia de Shneidman – que pela importância assumida no campo investigativo da suicidologia e da tanatologia, recebeu atenção neste texto.

Psicólogo norte-americano, Edwin Shneidman (1918-2009) é considerado um marco nos estudos sobre suicídio, com propostas que influenciaram a academia e a clínica, e buscaram um entendimento integrado desse fenômeno (O'Connor, 2021; Saraiva, 2010). Em sua obra, de complexidade e penetrância crescente, alguns pontos/conceitos se destacam, entre eles: o “cubo suicida”, o “*psychache*” e as “autópsias psicológicas” (Silva Filho, 2019).

O cubo suicida é um modelo cúbico explicativo com três variáveis proposto em 1987; segundo o autor, o desfecho suicida representa a expressão máxima de seus três vetores: dor, perturbação e pressão (Saraiva, 2010). Ainda que de forma esquemática, domínios diferentes são integrados: a dor psicológica, enquanto uma frustração pelo não suprimento das necessidades básicas da vida; a perturbação, representada pelos distúrbios psíquicos como as distorções cognitivas; e a pressão, que indica os gatilhos e vivências da vida individual ou coletiva (Saraiva, 2010).

Num arcabouço teórico menos cognitivista e mais psicodinâmico, ele desenvolveu o conceito *psychache*, que tem orientado a clínica diante o manejo das crises suicidas (Botega, 2015; O'Connor, 2021). A *psychache* seria o estado psíquico de desespero, desesperança e angústia intensos experimentados lancinantemente pelo sujeito prestes a cometer o suicídio; um estado de constrição e rigidez que, como explica O'Connor (2021), leva a uma visão situacional estreitada (*tunnel vision*) e um sentimento de encurralamento (*entrapment*): um contexto sem escolhas, onde a morte é vislumbrada como única saída – num confronto à ideia do suicídio como uma liberdade individual. O conceito *psychache* se articula, desse modo, em complemento ao do modelo cúbico.

A autópsia psicológica comporta-se como um legado de Shneidman para as pesquisas em suicidologia (Sena-ferreira *et al.*, 2009). Tem sido utilizada como técnica de aprofundada investigação causal biopsicossocial a partir de casos de suicídio, assumindo-se como um instrumental metodológico retrospectivo capaz de pormenorizar analiticamente o contexto individual e social que perpassa cada morte. As autópsias psicológicas tiveram um importante papel na constatação e no entendimento da associação entre transtornos mentais e suicídio (Bertolote; Fleischmann, 2002; Botega, 2015; WHO, 2014).

Tais inovações, principalmente a perspectiva da crise suicida - *psychache* -, influenciaram e ainda influenciam globalmente a assistência e as pesquisas sobre suicídio. Um exemplo é o *Integrated Motivational-volitional Model of Suicidal Behaviour* (IMV) (O'Connor; Kirtley, 2018; O'Connor; Platt; Gordon, 2011), aqui abordado por constituir um

dos contornos teóricos desta pesquisa.

3.3.5 IMV: trajetórias, possibilidades e nós do comportamento suicida

Considerando os diferentes autores e argumentos expostos que indicam, ao menos em parte, os caminhos teóricos percorridos no curso desta Pesquisa de Doutorado, finalizou-se a seção Marcos Teóricos com a exposição de um relevante modelo sobre prevenção do suicídio. Para tal, recorre-se a escritos de Rory O'Connor, psicólogo e professor da *University of Glasgow*, onde lidera o Laboratório de Pesquisa sobre Comportamento Suicida, e atual presidente da IASP (*International Association for Suicide Prevention*) (O'Connor, 2021). O'Connor tem se destacado internacionalmente há décadas com pesquisas sobre prevenção do suicídio; o modelo de sua autoria *Integrated Motivational-volitional Model of Suicidal Behaviour* (IMV) (O'Connor; Kirtley, 2018; Silva Filho; Assis; Avanci, 2022) dialoga com o escopo dessa investigação, tendo sido, por isso, aqui apresentado. Por escassa literatura em português sobre o IMV, alguns dos seus termos nucleares foram mantidos em inglês.

O IMV (O'Connor; Kirtley, 2018; O'Connor; Platt; Gordon, 2011) é um modelo propositivo e explicativo do comportamento suicida, especificamente em sua Fase Pré-motivacional, onde os riscos e vulnerabilidades do indivíduo são reconhecidos como um contexto de onde podem emergir ideação e atos suicidas; contexto fortemente influenciado pelas experiências relacionais e adversas nos primeiros anos de vida. Foi inicialmente desenvolvido por O'Connor em 2011 e publicado como um dos capítulos do *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice* (O'Connor; Platt; Gordon, 2011). Sua proposição se deu a partir da constatação e do incômodo diante das lacunas de pesquisas científicas sobre a predição do suicídio, apesar de algum avanço no entendimento de sua prevenção. Em 2018, o modelo recebeu uma atualização mantendo suas teses e objetivos iniciais (O'Connor; Kirtley, 2018).

O IMV tem como premissas: a consideração da complexa influência da genética, psicologia, ambiente e cultura sobre o risco de suicídio; a integração de outros modelos teóricos sobre suicídio; objetivo de prever a ideação suicida e sua evolução para o comportamento suicida; ser um modelo teórico gerador de hipóteses possíveis de serem testadas; iluminar os “nebulosos caminhos” que ligam ideação e ato suicida (O'Connor, 2021). É marcada a ideia autoral de que suicídio se configura como comportamento e não apenas como um produto ou um desfecho de um transtorno mental (O'Connor; Kirtley, 2018; O'Connor; Platt; Gordon, 2011).

O IMV é um modelo tripartite que descreve o contexto biopsicossocial de onde emergem ideação e comportamento suicida (fase pré-motivacional), os fatores que levam ao surgimento dessa ideação (fase motivacional) e aqueles que conduzem tais pensamentos às tentativas e mortes por suicídio (fase volitiva) (O'Connor; Kirtley, 2018). Um grande mérito do modelo, que recebe destaque nos escritos de seu autor (O'Connor; Kirtley, 2018; O'Connor; Platt; Gordon, 2011; O'Connor, 2021), é a clareza que: havendo três fases distintas, há diferentes fatores de risco e diferentes possibilidades de intervenção.

A Fase Pré-motivacional é composta pela tríade: “diáteses/vulnerabilidade” (fatores genéticos, biológicos, traços de personalidade onde se destaca o perfeccionismo); “ambiente” (desigualdades sociais, mudanças na sociedade e cenários familiares, por exemplo); “eventos adversos de vida” (categoria onde as robustas evidências sobre epigenética têm se destacado, incluindo às respostas ao cortisol (O'Connor *et al.*, 2016) e o impacto do apego no desenvolvimento e nos relacionamentos (Zortea; Gray; Connor, 2019)). Tais fatores influenciam os constructos das fases seguintes e por isso alteram os riscos de suicidalidade.

A Fase Motivacional carrega dois conceitos nucleares: ‘*defeat and humiliation*’ e ‘*entrapment*’; sentir-se derrotado e humilhado direciona (a partir dos *threat to self moderators* - habilidades de resolução problemas, vieses de memória, processos ruminativos, por exemplo) a uma perspectiva de sentir-se encurralado e sem saída. Essa seria condição caracterizada por uma perspectiva rígida e estreitada (*tunnel vision*), sob ação dos *motivational moderators* (sensação de pertencimento, objetivos e prospecção, resiliência, suporte social), de maior risco para o surgimento da intenção suicida; ou seja, uma condição onde a morte se torna a única possibilidade para o estresse e sofrimento de uma crise.

O modelo recorre ao conceito epidemiológico de moderador, como num GAD – Gráfico Acíclico Direcionado (Greenland; Pearl; Robins, 1999) -, para explicar a influência que tais fatores podem apresentar, bidirecionalmente, em cada situação, em cada contexto e em cada momento da vida. Desse modo, os moderadores não se dividem em fatores de risco ou de proteção, como usualmente apresentado pela Saúde Pública, mas se agrupam conforme os pontos onde podem agir no modelo, numa ou outra direção.

A Fase Volitiva se inicia com os oito *volitional moderators*, que agem sob a ideação suicida conduzindo-a ao comportamento suicida. Os moderadores são aqui citados acompanhados de pontuais comentários: acesso aos meios (moderador de maior importância ambiental e que orienta a restrição dos acessos como medida de relevância para a saúde pública. Destaca-se que a restrição a um meio não leva a busca imediata por outro meio!); planejamento (fator que pode intervir sobre os gatilhos e que orienta a avaliação de gravidade da ideação.);

exposição a suicídio ou a comportamento suicida (mais do que a exposição *per se*, mas a modelagem social que se construiu entorno dela e o seu impacto para o indivíduo. A exposição apresenta-se como uma possibilidade para uma crise e deve ser pensada pela perspectiva relativista e não absoluta do risco.); impulsividade (como traço de personalidade, sintoma de transtorno psiquiátrico ou efeito de uma substância psicoativa. A impulsividade distorce o arco da vontade, reduzindo o processo deliberativo.); sensibilidade à dor física (a maior resistência à dor física facilita o ato suicida ou de autolesões.); destemor sobre a morte (junto com o moderador anterior compõe a “capacidade para o suicídio”, na perspectiva que o medo da morte protege o sujeito de tentativas de suicídio.); imagens mentais sobre a própria morte (a presença de experiências sensoriais diversas que proporcionam a descrição ou antecipação da própria morte tornam-se um risco adicional para a tentativa.); tentativas de suicídio prévias (um dos maiores preditores de uma nova tentativa.).

Tendo o IMV como modelo teórico, tem-se na tríade da Fase Pré-motivacional uma categoria que mais facilmente pode ser avaliada pela perspectiva desenvolvimental e da Teoria do Apego: os eventos adversos da vida. Não somente pelos eventos em si, enquanto variáveis fortemente associadas a desfechos de violência ao longo do ciclo vital ou à má modulação de cortisol - como resposta da desregulação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal (O'Connor *et al.*, 2016; O'Connor; Gartland; O'Connor, 2020; Turecki, 2018) -, mas em seu impacto no desenvolvimento do apego. Considera-se, desse modo, os eventos adversos ocorridos no início da vida – os primeiros 18 anos de vida; num intervalo etário aqui compreendido como infância, adolescência e parte da juventude - e por isso o desenvolvimento assume uma maior importância explicativa e analítica.

Destaca-se que a proposição do IMV recebeu grande influência de Adam, que ainda na década de 1990 defendeu que as experiências parentais adversas e o sistema de apego apresentavam papel importante no surgimento do comportamento suicida (Danner Touati *et al.*, 2022; Waraan *et al.*, 2021; Zortea; Gray; Connor, 2019). Nesse horizonte, destaca-se como de interesse da suicidologia os primeiros mil dias da criança, pela vulnerabilidade infantil e períodos sensíveis de desenvolvimento (Bee; Boyd, 2011; Black *et al.*, 2017; Christoforou; Ferreira, 2022; da Cunha; Leite; de Almeida, 2015).

Desse modo, tendo o apego e as violências como recortes, a pesquisa pôde avançar para a investigação empírica sobre o comportamento suicida infantojuvenil. Resgata-se para essa transição um questionamento que segue emergindo diante de vários pesquisadores, autores e clínicos, e que provavelmente permanecerá sem respostas: por que nem todos sucumbem ao sofrimento e às angústias inerentes do viver? (Cassorla, 2017; Sena-ferreira *et al.*, 2009).

4 METODOLOGIA

Esta seção apresenta a descrição do percurso metodológico desta Pesquisa de Doutorado; houve mudanças em relação ao Projeto de Qualificação do Doutorado apresentado em agosto de 2022 – pelo que se pôde executar do que havia sido planejado, assim como por novos desdobramentos do campo. Optou-se por uma exposição mais geral, explanatória, neste texto, reconhecendo que cada um dos cinco produtos (três artigos originais, um capítulo de livro e artigo em formato de resenha) desta Tese apresenta em seu *corpus* sua própria descrição metodológica. Ainda assim, alguns instrumentos e técnicas utilizadas receberam atenção nesta seção.

Dividiu-se esse capítulo em dois blocos: 1. “Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ: a pesquisa de origem” – estudo longitudinal do qual se originou esta pesquisa; 2. “Comportamento suicida da infância à juventude: trajetórias e possibilidades entre os nós do apego, das famílias e das violências” - com as considerações metodológicas qualitativas realizadas no trabalho de campo desta Tese.

4.1 COORTE VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS DE SÃO GONÇALO/RJ: A PESQUISA DE ORIGEM

Como já descrito, esta coorte foi proposta no início dos anos 2000 por uma equipe de pesquisadoras do Claves/Ensp/Fiocruz), liderada pelas Profas. Dras. Simone Gonçalves de Assis e Joviana Quintes Avanci (Assis, 2007, 2014; Assis; Avanci, 2017; Avanci, 2023). Tem como meta seguir longitudinalmente um grupo de 500 crianças amostradas no segundo ano do ensino fundamental da rede pública do município de São Gonçalo/RJ no ano de 2005. Os objetivos iniciais do estudo passavam pelo entendimento das trajetórias de vida dessas crianças, numa análise da relevância da família, da escola e da comunidade na aquisição de competências e na saúde mental, avaliando também as situações de vulnerabilidade e violências que propiciam problemas emocionais, comportamentais, relacionais e de aprendizagem (Assis, 2007, 2014). Tópicos como desenvolvimento infantojuvenil, violência e saúde mental ganharam destaque nas ondas de investigação executadas e se mantiveram como temática para o processo investigativo escolhido para esta Tese.

Como apontado no extenso Relatório de Pesquisa “Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta” (Avanci, 2023) escrito como devolutiva à Chamada MCTIC/CNPq N°28/2018 – Universal 2018/Faixa B, no ano de 2023, foram

realizadas seis imersões no campo de pesquisa (compondo cinco ondas de investigação): 2005 - linha de base da investigação -, 2006, 2008, 2012/2013 e 2021/2022. Nessas cinco ondas, todas as crianças/adolescentes/jovens pertencentes ao longitudinal foram pesquisadas. Em 2011, pequena parcela foi entrevistada numa abordagem qualitativa preparatória para a quarta onda do levantamento, abordando aspectos da adolescência. Em todas as etapas, contou-se com financiamentos do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro - FAPERJ e da Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

Em seu planejamento, esse estudo longitudinal configurou-se como inédito na realidade brasileira, tanto pela abordagem do tema quanto por sua sofisticação metodológica (Assis, 2007, 2014; Avanci, 2023). Conforme apresentado nos relatórios de pesquisa anteriores (Assis, 2007, 2014), nos últimos 19 anos, diferentes publicações foram produzidas a partir dessa coorte. Focalizando os elementos que sustentam esta Tese de Doutorado, destacam-se algumas considerações sobre a “Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ”; informações extraídas de seus relatórios e produtos.

Entre 2005 e 2021/22, tal qual descritos na Tabela 1, foram coletados dados quantitativos e qualitativos; recorreu-se ao uso de questionários, entrevistas, testes psicométricos e desenhos infantis. Essa metodologia empregada privilegiou a triangulação de métodos (Deslandes; Assis, 2002), agregando *experts* de abordagens metodológicas quantitativas e qualitativas e de diferentes formações (Assis, 2007, 2014; Avanci, 2023). Sendo composta exclusivamente por 24 entrevistas qualitativas com adolescentes, a coleta de dados de 2011 não foi considerada uma onda/fase de pesquisa pelas coordenadoras do coorte.

Em 2005 foi realizado plano amostral baseado em cadastro de escolas, turmas e número médio de alunos por turma do segundo ano do ensino fundamental (denominada 1ª. série, à época), fornecido pela Secretaria Municipal de Educação de São Gonçalo. Naquele ano, existiam 6.589 alunos matriculados nessa série. Realizou-se a seleção da amostra por conglomerado simples em três estágios de seleção: escolas (proporcional ao tamanho), duas turmas de 2º ano em cada escola (amostra aleatória simples) e alunos (sorteio aleatório de 10 alunos por turmas). Com esse desenho, obtiveram-se 500 alunos para integrarem o estudo longitudinal. Em caso da inviabilidade de encontrar o aluno sorteado, partia-se ao próximo da lista, de forma a totalizar 10 alunos por turma. Houve substituição de 231 crianças da lista original, especialmente devido a problemas nos diários de classes, com muitas crianças que não mais estavam nas turmas ou escolas selecionadas (inexistência da criança correspondente à numeração do diário, comprovando a fragilidade dos registros oficiais). Também foram

encontradas crianças afastadas da escola por doenças e falta do responsável nos dias agendados (após 3 tentativas). Dimensionou-se a amostra de modo a obter o maior número possível de alunos amostrados, utilizando-se proporção de 50,0%, nível de confiança de 98,02% e erro relativo de 5% (Assis, 2007, 2014; Avanci, 2023).

Tabela 1: Distribuição da amostra de 500 crianças-adolescentes-jovens acompanhadas longitudinalmente, segundo etapas de investigação.

Fases da investigação			2005 N (%)	2006 N (%)	2008 N (%)	2011 N (%)	2012/13 N (%)	2021/22 N (%)
Questionários	aplicados	aos	500	472	447	-	-	-
responsáveis			(100,0)	(94,4)	(89,4)			
Entrevistas com os responsáveis			-	37	-	-	-	-
				(7,4)				
Questionários	aplicados	aos	464	407	418	-	-	-
professores			(92,8)	(81,4)	(83,6)			
Questionários	aplicados	aos	-	-	434	-	379	129
participantes (crianças, adolescentes ou jovens)					(86,8)		(75,8)	(25,8)
WISC-III (crianças)			485	-	-	-	-	-
			(97,0)					
Desenho da família (crianças)			493	-	-	-	-	-
			(98,6)					
KSADS –PL (crianças)			44	-	-	-	-	-
			(8,8)					
Avaliação psiquiátrica clínica (crianças)			44	-	-	-	-	-
			(8,8)					
Entrevistas / abordagem qualitativa com participantes (adolescentes ou jovens)				-	-	24	-	10

Fonte: Avanci (2023).

Legenda: WISC-III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças, Terceira Edição; KSADS-PL: *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime Version*. Os questionários, na íntegra, assim como o Roteiro da entrevista qualitativa aplicado em 2001 podem ser consultados no Relatório de Pesquisa *Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta* (Avanci, 2023). O Roteiro da Entrevista qualitativa aplicado em 2021/22 pode ser encontrado no Apêndice 2 desta Tese.

Para fins de análise, a expansão da amostra obtida em cada etapa do estudo foi utilizada com a finalidade de possibilitar que uma amostra de alunos do 2º ano do município de São Gonçalo representasse toda a população de mesmo segmento. Para tal, foram calculados os pesos de cada aluno selecionado para o estudo, segundo a alocação em cada uma das unidades de amostragem (escola, turma e alunos). Assim, todas as informações dos alunos são ponderadas de acordo com o peso amostral calculado, considerando todas as etapas de seleção, permitindo a análise das estimativas “expandidas” para toda a população de interesse (Assis, 2007; Avanci, 2023).

Na tabela 1, encontram-se o total de indivíduos investigados em cada etapa da pesquisa

e o percentual que isso representou da amostra de linha de base da coorte (2005). Nas etapas iniciais da pesquisa, as mães foram as principais fontes de informação sobre as crianças. Outras responsáveis do sexo feminino (como avós e tias) foram pouco comuns, sendo ainda mais rara a presença do pai como informante sobre a vida infantil. Os principais sujeitos estudados – inicialmente crianças, posteriormente adolescentes e jovens – foram diretamente abordados em 2005 através da aplicação de testes psicológicos (escalas e testes com desenhos) e em 2008, 2011, 2012/2013 e 2021/2022 por meio de questionários ou entrevistas. As professoras foram acionadas nas três primeiras fases, sempre respondendo por cada aluno individualmente, bem como sobre aspectos pessoais relacionados ao seu trabalho e à vivência de violência. As profissionais de educação que participaram foram as presentes no dia da visita do pesquisador à escola e que se dedicavam com exclusividade à cada turma, reduzindo erros por viés de memória ou eventual rotatividade de professores (Assis, 2007, 2014).

Longitudinalmente, à cada etapa do estudo, houve redução no número de casos analisados em relação ao total de indivíduos integrantes da pesquisa. Além da perda de seguimento por mudanças de escola e, conseguinte, dificuldade de contato com a família – o que se atenuou por busca ativa com visitas domiciliares mediadas por Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Para efeito de análise dos dados, foram feitas exclusões ainda no início do estudo: crianças com deficiência intelectual comprovada (WISC-III), em 2005; crianças nas quais não foi possível aplicar este teste psicológico nas fases iniciais da pesquisa, em 2005; questionários incompletos – cujas respostas impediam as análises – em qualquer etapa. A exclusão das crianças intelectualmente deficientes foi realizada em função da dificuldade de avaliar problemas de comportamento em crianças com tão baixo nível intelectual através apenas da aplicação de questionários (Assis, 2007, 2014). A análise das perdas ao longo dos anos não se distingue em relação ao perfil sociodemográfico.

A localização original de residência e da unidade escolar dos participantes é o município São Gonçalo/RJ, considerado, desse modo, o campo onde se realiza o estudo. Até a quarta onda, todas as etapas de coleta de dados foram realizadas apenas presencialmente nessa cidade, que seguiu sendo a residência da maioria dos participantes, mesmo quando houve mudanças de endereço. Em 2021/2022, isso foi adaptado por conta da pandemia Covid-19, incluindo-se abordagens remotas e presenciais na cidade de trabalho dos participantes.

São Gonçalo é um município da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, onde predominam condições de vida adversas, com uma população em situação de vulnerabilidade. Uma cidade com poucos recursos educacionais, cuja infraestrutura de serviços fica aquém da encontrada em localidades próximas como Niterói e Rio de Janeiro, proporcionando poucas

oportunidades de emprego formal e qualificado e migração pendular (A Casa Fluminense, 2020; Avanci, 2023; Sousa *et al.*, 2017). O censo demográfico realizado (2010) antes da realização da quinta onda desta pesquisa indicou uma população de 999.728 pessoas, estimada em 1.098.357 habitantes em 2021, sendo o segundo município mais populoso do estado fluminense (IBGE, 2022). Dados obtidos, em 2022, do portal eletrônico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (IBGE, 2022) indicam que em 2019 a proporção de pessoas ocupadas era de apenas 11,1%, com salário médio mensal de 2,0 salários mínimos para os formalmente empregados. O Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de 16.916,33 reais, posicionando São Gonçalo em 86^o lugar dentre os 92 municípios do estado. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,739 no ano de 2010. De forma geral, a situação do ensino no município é preocupante: em 2019, os alunos dos anos iniciais da rede pública da cidade tiveram nota média de 4.6 no IDEB; para os alunos dos anos finais, essa nota foi de 3.6. Em 2010, a taxa de escolarização no grupo de 6 a 14 anos de idade era de 96,7%.

Dados oriundos da coorte apontam altos índices de exposição à violência familiar (Assis *et al.*, 2009), sendo que 42,5% das crianças investigadas através de inquérito escolar sofriam algum tipo de agressão praticada pelo pai, sendo que 25,5% sofriam violência severa (ser chutado, mordido, espancado, ameaçado com arma ou faca, ou efetivamente ser agredido com estes instrumentos). Mais elevados foram os índices de violência materna: agressão verbal (81,4%) e violência severa (58,2%) (Assis, 2007). Essa violência familiar é acompanhada de ambiente com intensa violência urbana, com alta incidência de homicídios (Avanci, 2023).

Desde o início da coorte, todas as suas etapas obtiveram aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/FIOCRUZ (CAAE: 0051.0.031.000-04; 0024.0.031.000-07; 0040.0.031.000-08; 0071.0.031.000-11); a Secretaria Municipal de Educação de São Gonçalo também aprovou o estudo, tendo mediado a participação em ambiente escolar. Em todas as fases, a direção das escolas, pais e professores dos alunos envolvidos foram solicitados a assinar um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como os adolescentes na fase final do estudo. Na quinta onda, todos apresentavam mais de 18 anos.

4.2 COMPORTAMENTO SUICIDA DA INFÂNCIA À JUVENTUDE: TRAJETÓRIAS E POSSIBILIDADES ENTRE OS NÓS DO APEGO, DAS FAMÍLIAS E DAS VIOLÊNCIAS

Esta Tese de Doutorado, como tem sido aqui exposta, configurou-se como um dos braços do estudo longitudinal “Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ”, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa “Vulnerabilidades e desenvolvimento

infantojuvenil”. Integrou, não exclusivamente, sua quinta onda de investigação, cuja proposta buscou focar no comportamento suicida, investigando o apego, os aspectos individuais, familiares e do contexto social ocorridos no decorrer da vida dos participantes do estudo e que são colocados como fatores de risco e de proteção a esses comportamento (Avanci, 2023). Por este trabalho também ter em sua constituição a organização da última onda da coorte, essa etapa do estudo longitudinal recebeu algum detalhamento.

“Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta”, como foi nomeado um dos projetos dessa quinta onda da coorte, consolida a linha de investigação do Grupo de Pesquisa, avançando na coorte, seguindo a lógica das trajetórias desenvolvimentais, agora com participantes na juventude. Essa quinta onda da coorte foi contemplada com dois editais de fomento (Chamada Universal MCTIC/CNPq 2018 e Edital Auxílio ao Pesquisador Recém-Contratado – ARC - FAPERJ 2019), tendo iniciado suas atividades no último trimestre de 2020 – com um atraso decorrente dos impactos restritivos pela pandemia da Covid-19. Desse modo, esta pesquisa de Doutorado partiu desse cenário de investigação, recorrendo a dados previamente coletados e a dados obtidos com participantes 16 anos após sua primeira abordagem, enfatizando-se a ideia de um *continuum* investigativo.

4.2.1 A quinta onda: desafios e possibilidades

O maior desafio reconhecido diante do planejamento dessa etapa da coorte se deu pelo intervalo entre as imersões em campo – última fase havia ocorrido em 2012/2013 – proporcionando maior perda de participantes. Considerando a passagem da adolescência à juventude, o cenário de violência do município de São Gonçalo, e as usuais mudanças de endereço e de telefone de populações mais vulneráveis, era previsto que a equipe teria dificuldade de acessar os jovens e/ou convencê-los a participar da pesquisa. E de fato essa foi a realidade. Mesmo a busca domiciliar realizada por ACS do território foi frustra em diversas ocasiões. Também se constatou piora na violência em muitos bairros, impedindo que as mesmas ACS que realizaram as etapas anteriores da pesquisa pudessem acessar áreas e famílias outrora investigadas, pela existência de barricadas, tiros e pelo temor da violência comunitária. Episódios de tiroteios durante o trabalho de campo interromperam ou dificultaram a realização de algumas entrevistas.

Tal contexto se somou às dificuldades impostas pela pandemia, que atrasou a entrada dos pesquisadores em campo, assim como levou a adaptações que impactaram o procedimento de coleta de dados. Houve, no final do segundo semestre de 2020, diversos encontros remotos

entre os pesquisadores e as ACS para definição de estratégias e treinamento, passando pelo uso de equipamentos de proteção individual (EPI), discussão sobre abordagens éticas aos participantes e adaptação para preenchimento *online* dos questionários, por exemplo. Apesar dos desafios previstos e dos não previstos, a coleta de dados se iniciou em meados de 2021 (questionários – fase quantitativa) e avançou até o final de 2022 (entrevistas – fase qualitativa).

Foram encontrados 136 jovens pelas ACS, havendo 129 participações (25,8% da amostra original e 34% da amostra participante da quarta onda) e sete recusas. Identificaram-se 15 perdas por óbitos até 2021/22, informados por familiares e/ou localizados no Portal Extrajudicial de consulta de óbitos da Corregedoria Geral de Justiça do Rio de Janeiro^{2*} ou investigados no Sistema de Investigação de Óbitos (SIH). A maior parte dos óbitos era de homens, decorrentes de homicídios, intervenção legal e acidentes de trânsito.

A tabela 2 apresenta a descrição do perfil da amostra que permaneceu no estudo longitudinal, permitindo refletir sobre as perdas ocorridas. É possível a observação de uma manutenção do perfil epidemiológico amostral, permitindo, com o devido rigor, interpretações e inferências longitudinais.

Tabela 2: Descrição do perfil da amostra em 2005 e anos seguintes

Variáveis	2005	2006	2008	2012/13	2021/22
% Sexo masculino	51,6	51,1	50,1	51,2	55,0
% Idade inferior a 9 anos na primeira série do ensino fundamental no início do estudo	74,6	75,2	78	77,6	71,4
% Cor da pele não branca	67,1	67,0	68,8	67,1	66,9
% Estrato social mais rico - A+B (ABEP)	5,0	-	-	6,0	3,6
% Estrato social mais pobre - C+D (ABEP)	95,0	-	-	94,0	96,4
% Famílias em situação de pobreza (que vivem com menos de 2 dólares por dia)	72,2	31,4	21,3	-	-
Renda Média mensal familiar (R\$)	137,16	146,94	215,50	-	133,00
% Mães analfabetas	5,6	-	4,7	-	6,1
% Pais analfabetos	5,6	-	2,6	-	6,1

Fonte: Avanci (2023).

Um novo questionário foi elaborado para a quinta onda, recorrendo-se a instrumentos compatíveis para a população adulta, permitindo comparações longitudinais, assim como a inclusão de instrumentos cuja temática se adequava a essa etapa do ciclo vital. Composto por sete blocos (Dados Pessoais e Trabalho; Saúde Mental; Cuidados com a Saúde; Família e

^{2*}Disponível em: <http://www4.tjrj.jus.br/Portal-Extrajudicial/CNO/>. Acesso em: 8 jun. 2024.

Relacionamentos; Relações Sociais; Eventos Difíceis e Perigosos; Apoio e Futuro), o questionário foi amplamente revisado pela equipe, com a realização de pilotos com pacientes ambulatoriais (IFF/Fiocruz). Como estratégia, optou-se pela realização de um convite por ligação telefônica ou mensagem por aplicativo, com posterior agendamento da entrevista em local conveniente e seguro para as ACS e jovens, ou de forma remota: sempre respeitando o cenário pandêmico.

O questionário completo utilizado na quinta onda da pesquisa pode ser encontrado no relatório de pesquisa “Abordagem longitudinal da autolesão e do comportamento suicida” (Avanci, 2023). Como proposto em outras ondas, não se pretendeu ou ainda se pretende esgotar analiticamente esses dados a curto prazo; mas criar um banco de dados que pode ser utilizado posteriormente pelo Grupo de Pesquisa. Assim, nesta Tese, apenas parte desses dados foram utilizados.

4.2.2 Instrumentos e técnicas de pesquisa quantitativa utilizados na Tese

Como já exposto, diferentes instrumentos foram utilizados nos questionários, para a abordagem quantitativa ao longo do estudo. Inicialmente, são citadas as variáveis utilizadas nesta pesquisa; ao fim, duas técnicas de análise de dados que foram utilizadas recebem destaque.

Variáveis sociodemográficas: sexo (feminino, masculino); idade; cor da pele autorreferida (branco, preto, pardo); estrato social da família (aferido através do Critério Brasil/ABEP); critério de classificação econômica que avalia o consumo familiar, estimado pelo nível educacional dos pais/responsáveis e do acúmulo de bens materiais da casa (Associação Brasileira das Empresas de Pesquisas, 2022).

Problemas de comportamento: *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) para investigação de competência social e problemas de comportamento, composta por escalas para cada etapa do desenvolvimento - *Child Behavior Checklist* – CBCL e *Teacher Report Form* – TRF (aplicados entre 2005 e 2008); *Youth Self Report* – YSR (aplicado entre 2008 e 2012/2013) e *Adult Self Report* - ASR, o inventário de auto-avaliação para adultos de 18 a 59 anos (aplicado em 2022/2022). Possui 118 itens com a finalidade de investigar: síndromes internalizantes (ansiedade/depressão, retraimento/depressão e queixas somáticas), externalizantes (comportamento agressivo e de violação de regras), problemas com a atenção

(hiperatividade/desatenção), problemas com o pensamento e problemas sociais. A versão utilizada na pesquisa foi adaptada e validada por Bordin, Mari e Caeiro (1995) para o Brasil. As opções de respostas variam de 0 a 2, correspondendo a falso ou ausente, algumas vezes verdadeiro ou presente, muito verdadeiro ou geralmente presente, respectivamente. Os pontos são somados e calculados escores T (padronizados com amostra de crianças norte-americanas). Neste projeto são priorizados os problemas internalizantes que incluem sintomas de retraimento/depressão, ansiedade e queixas somáticas, definidos através do escore T: crianças não-clínicas ($T < 60$), limítrofes ($T = 60-63$) e clínicas ($T > 63$).

Para avaliar a capacidade de aferição das escalas, foi verificada a *consistência interna dos itens* (Alpha de Cronbach), com resultados satisfatórios na TRF, CBCL e YSR destacando-se das escalas mais gerais internalizante, externalizante e problemas totais. As subescalas das TRF e CBCL que apresentam consistência mais baixa são as de problemas com o pensamento 65 (0,583), queixas somáticas (0,622), problemas com o contato social (0,652) e retraimento/depressão (0,685). Já na YSR são as seguintes: problemas com o pensamento (0,519), com o contato social (0,616), de conduta de quebrar regras (0,657), retraimento/depressão (0,689), problemas de atenção (0,718); queixas somáticas (0,766); ansiedade (0,764) e conduta agressiva (0,823) (Assis, 2014).

A aferição da *validade de constructo* da CBCL evidenciou associação significativa ($p < 0.001$) com outros conceitos teoricamente relevantes em relação aos problemas de comportamento: funcionamento geral da família, relacionamento da criança com pai, mãe e irmãos, violência severa cometida pelo pai e pela mãe ocorrida ao longo da vida da criança. Outra forma de aferir esta validade foi através da correlação de Pearson entre a CBCL e TRF, encontrando-se associação significativa para todos os problemas de comportamento investigados, assim como os obtidos pelo autor original da escala (Assis, 2014).

Para *validade de critério* da CBCL, realizou-se um estudo com uma amostra de 46 crianças, através da avaliação diagnóstica clínica, realizada em 2006, segundo os critérios sugeridos pelo então DSM IV e os níveis de gravidade, aplicação do KSADS-PL por uma psiquiatra e aplicação da CBCL pelos pesquisadores. Com exceção da escala de ansiedade/depressão da CBCL, as demais evidenciaram associação estatística ($p < 0,01$) entre escalas para problemas de comportamento e as duas formas de avaliações psiquiátricas empregadas (Assis, 2014).

Gravidez da criança: sentimento da mãe na gravidez da criança (alegre, normal e triste); período da gestação tranquilo ou com desentendimentos e brigas; e amamentação (sim ou não).

Sentimento e envolvimento parental nos cuidados na primeira infância: como se sente sendo o responsável pela criança (muito satisfeito, mais ou menos satisfeito ou insatisfeito); e envolvimento dos responsáveis com a criança (sim ou não crianças com resultados caindo na faixa de um desvio padrão abaixo da média). O envolvimento parental é aferido pela escala proposta por Willms (2002) (Assis, 2007), aferido pelas seguintes perguntas: ‘Com que frequência você elogia a criança dizendo coisas como “Muito bom!” ou “Que coisa legal você fez!” ou “Isso está indo bem!”’; “Com que frequência você e a criança conversam ou brincam um com outro, focando atenção um no outro por cinco minutos ou mais, apenas por diversão?”; “Com que frequência você e a criança riem juntos?”; “Com que frequência você faz alguma coisa especial com a criança, que ela gosta?”; “Com que frequência você pratica esportes, hobbies ou jogos com a criança?”; “Com que frequência você lê com a criança?”. São quatro opções de respostas, valendo de 1 a 4 pontos: sempre, muitas vezes, poucas vezes e nunca. Maiores escores significam a existência de envolvimento do responsável com a criança. O instrumento foi submetido ao processo de adaptação transcultural na pesquisa original, obtendo-se alpha de Cronbach de 0,72 (Assis, 2007).

Aferição de comportamento suicida: neste estudo (Avanci, 2023), o comportamento suicida foi avaliado a partir de itens oriundos e investigados em todos os momentos da coorte (2005-2021/2022) pelas escalas ASEBA (CBCL, YSR e ASR – 2005-2021/2022) e pela escala *Youth Risk Behavior Survey (YRBSS)* (Guedes e Lopes, 2010), aplicado em 2021/2022, ambas validadas para população brasileira e com boas qualidades das propriedades psicométricas (Guedes e Lopes, 2010; Achenbach, 2009; (Conselho Federal de Psicologia, 2011). A YRBSS é um instrumento usado em um programa de vigilância, idealizado no final da década de 1980 pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)* para monitorar os comportamentos de risco que contribuem para as principais causas de problemas sociais, morbidades e mortalidade entre os jovens norte-americanos (Eaton et al, 2007). Um caso foi caracterizado pela resposta positiva em pelo menos um dos itens listados a seguir, informado por qualquer informante responsável (2005, 2006, 2008) ou participante criança/adolescente/adulto (2008, 2012, 2021/2022). Itens avaliados (ASEBA e YRBSS): Machucou-se de propósito ou já tentou se matar nos últimos 6 meses (2005 – 2021/22); Falou/Pensou em se matar nos últimos 6 meses (2005-2021/22); Pensou seriamente em se matar último ano (2021/22); Planejou se matar último ano (2021/22); Tentou suicídio último ano (2021/22); Tentou suicídio antes do último ano (2021/22). Assim, considerando a escala ASEBA, tem-se o constructo CS/ALNS (comportamento suicida e/ou autolesão não suicida) – não tendo sido possível discriminar, por

seus itens, esses dois desfechos. A escala YRBSS (utilizada na quinta onda) permite essa discriminação. Valorizando o caráter longitudinal da pesquisa, como apontado previamente, o desfecho principal definido compreendeu o comportamento suicida e/ou as autolesões não suicida, reconhecendo-se, as limitações que isso possa representar.

Eventos Adversos de Vida: 1. Aferição de violência na família (Avanci, 2023): relacionamento com a família de origem, violência familiar (CTS – Straus, 1981); abuso sexual; violência entre os pais e entre os irmãos na família de origem; experiências e relacionamentos afetivo-sexuais; relacionamento com a família atual e filhos (ASR, 2003 - Achenbach e Rescorla, 2015); violência entre casais (CTS1 – Straus, 1979; Moraes e Reichenheim, 2002); violência sexual e violência durante a gravidez (CTS 2 - Straus, 1979; Moraes e Reichenheim, 2002); situações de doenças, lesões e mortes na família; 2. Aferição de violência nas relações sociais (Avanci, 2023): relacionamento com amigos e colegas; mortes de amigos; violência física, psicológica e sexual por amigos e colegas, violência que vivenciou em sua vida, em casa e na comunidade (Escala Coisas que vi e ouvi - Richters & Martinez, 1993; Malik, 2008) e violência na comunidade (Kahn et al, 1999).

Núcleo de Representação Social: utilizada no segundo produto da Tese, objetiva avaliar quantitativamente a representação social que os sujeitos têm sobre si, a partir de seus próprios discursos (Assis; Avanci, 2017; Moscovici, 1984). Propõe-se a buscar essa representação, a partir da frequência e estratificação das palavras evocadas diante de uma pergunta, categorizando-as em núcleos hierárquicos de importância: núcleos central e periféricos. Nesta pesquisa, foi solicitado que os adolescentes se descrevessem; os termos utilizados por eles foram classificados em atributos e, segundo a frequência média de evocação, hierarquizados em quatro núcleos. Objetivando o estudo do CS/ALNS, foram comparados os núcleos de representação social entre os que apresentaram e os que não apresentaram o desfecho ao longo da vida, permitindo uma análise complementar a das entrevistas.

O núcleo central é o mais estável no discurso, sendo estruturante e organizador da representação social, transformando a significação de outros elementos (Assis; Avanci, 2017; Moscovici, 1984). Nesta pesquisa, o núcleo central constituiu o essencial e prioritário do “jeito de ser dos adolescentes”, a partir das informações que receberam, interpretaram e introjetaram ao longo do desenvolvimento. O núcleo periférico 1 é composto por palavras muito frequentes, mas pouco priorizadas nos primeiros lugares de evocação; já o núcleo periférico 2, é formado por palavras citadas menos vezes, mas ainda nos primeiros lugares da lista de palavras. Núcleos

periféricos 1 e 2 relacionam-se ao núcleo central, mas em caráter mais instável. O núcleo periférico 3 congrega os termos menos evocados, sendo mais sensível ao contexto social e, por isso, mais flexível e menos representativo do jeito de ser introjetado temporalmente (Moscovici, 1984).

Modelagem de Equações Estruturais: utilizada no primeiro e terceiro produtos da Tese, a modelagem de equações estruturais (MEE) é uma técnica de modelagem estatística multivariada, que pode ser vista como uma combinação de análise fatorial e regressão (Neves, 2018). Tem sido utilizada nas investigações das Ciências Humanas Sociais por sua conveniência estatística que incluem vários procedimentos multivariados tradicionais: uma estrutura para as covariâncias entre as variáveis selecionadas.

Os modelos da MEE são representados graficamente por um diagrama de trajetórias, facilitando a visualização gráfica e a força entre das conexões entre as variáveis estudadas, que pode ser decomposta em efeitos diretos e indiretos. A MEE é representada por um conjunto de equações estruturais (Neves, 2018) e tem caráter confirmatório, ou seja, de testagem de modelo teórico previamente especificado.

Nesta pesquisa, a escolha metodológica pela MEE se deu pela possibilidade de se analisar, simultaneamente, diferentes variáveis, buscando-se a confirmação da existência e da força da conexão que estabeleciam entre si e entre o desfecho – como claramente proposto no quarto produto desta Tese.

4.2.3 O desenho infantil como análise e o tema do apego

Um dos instrumentos de investigação quantitativa utilizados, a Escala de Apego (Frequência de Sinais Específicos e a Escala Global (Fury, 1996)), por sua relevância para o objeto desta pesquisa é detalhada aqui em separado. Enquanto técnica bastante específica, optou-se por esta explanação considerando o caráter inovador que representou, não sendo comumente encontrada em publicações filiadas à Saúde Pública.

Em 2005, foi aplicado o teste projetivo do Desenho da Família (Corman, 1967) em 493 crianças, que consistiu na solicitação a elas para desenharem sua família; foram fornecidos aos participantes papel branco A4 e lápis preto, sendo feito um convite empático para realização do desenho. Após desenharem, as crianças foram indagadas a responder os seguintes pontos: 1) quem eram os personagens desenhados; 2) as ações realizadas por pais e criança; 3) qual o melhor personagem dentre os desenhados e qual a razão; 4) qual o pior personagem dentre os

desenhados e qual a razão; 5) qual o mais feliz e por que razão; 6) qual o menos feliz e por que razão; 7) qual o personagem familiar preferido; 8) qual o personagem familiar gostaria de ser; 9) e que contasse uma história sobre o desenho (Assis; Avanci, 2017). Para ilustrar essa etapa, alguns desenhos – não identificados ou analisados – são apresentados no Apêndice 1.

No processo de análise, cada desenho foi avaliado por dois pesquisadores e as discordâncias foram debatidas com um terceiro pesquisador (juiz) que balizou todos os encontros de debates. Essa análise foi conjugada com a observação cuidadosa do ato de desenhar, com as informações dos questionários aplicados em 2005 e 2006, assim como com as entrevistas realizadas. O livro “Violências e vulnerabilidades nos desenhos infantis” (Assis; Avanci, 2017), organizado pelas coordenadoras da coorte e publicado em 2017, é o principal produto dos estudos sobre esses desenhos e orientou a escrita metodológica aqui empenhada.

A análise dos desenhos se baseou no emprego de alguns itens e escalas, tais como (Assis; Avanci, 2017): (1) desenho da família-estória (Trinca, 1987); (2) características gerais do desenho (Campos 1996; Klepsch; Logie, 1984); (3) itens desenvolvimentais do desenho da figura humana (Koppitz, 1968; Hutz; Antoniazzi, 1995; Cunha, 2003); (4) teste da casa-árvore-pessoa (HTP) (Buck, 2003; Campos 1996); (5) representação mental da relação de apego da criança (Fury, 1996; Marques, 1999). A avaliação da representação mental de apego através do Desenho da Família foi concebida inicialmente por Kaplan e Main (Main; Kaplan; Cassidy, 1985), sendo refinada por Fury (Fury, 1996; Fury; Carlson; Stroufe, 1997).

Gail Fury, em sua ampla pesquisa empírica, se une a outros autores na defesa que desenho executado por crianças pequenas (até os sete e oito anos, em média) é expressão do seus pensamentos e emoções, sendo válida, por isso, a sua utilização como instrumento psicométrico (Fury, 1996). Isso justifica a possibilidade de se buscar a representação mental do apego através da expressão gráfica em crianças, acessando seus aspectos subjetivos em relação à sua família e suas figuras de apego (Assis; Avanci, 2017; Cecconello; Krum; Koller, 2000; Marques, 1999; Mayer, 2002; Schneider, 2008). O autor compreende que, geralmente após os oito anos, a perspectiva do outro, a noção mais compartilhada da existência e a importância das regras sociais são transpostas para o ato de desenhar, levando a uma transformação na expressão dos desenhos; argumento pelo qual a técnica deve ser aplicada a crianças mais novas (Fury, 1996).

Num trabalho experimental e de robustez psicométrica, Fury propõe essas duas escalas a partir de desenhos projetivos e do diálogo com os pressupostos de Bowlby, Ainsworth e Main (Fury, 1996; Fury; Carlson; Stroufe, 1997), articulando características dos desenhos, histórias familiares e observações das crianças. No Brasil, além de Assis e Avanci (Assis; Avanci, 2017),

pesquisadores de diferentes Programas de Pós-graduação do estado do Rio Grande do Sul (Cecconello; Krum; Koller, 2000; Dalbem; Dell’Aglia, 2005; Marques, 1999; Mayer, 2002; Schneider, 2008) utilizaram essas escalas, ainda no início dos anos 2000.

A “Escala de Frequência de Sinais” compreende, originalmente, 24 elementos observáveis nos desenhos infantis. A presença de cada característica no desenho leva a pontuação em um item, numa tradução de que uma maior pontuação equivale a uma maior dificuldade na relação de apego (Fury, 1996). Na coorte em tela, foi utilizada a versão de Marques, publicada em 1999 (Marques, 1999), com 23 itens, pela exclusão do elemento “ausência de cor”, uma vez que não foram oferecidos lápis de cor para o desenho. São sinais específicos: falta de diferenciação entre mãe/criança; braços muito próximos ao corpo; cabeça superior à metade do tronco; criança longe da mãe; omissão da mãe ou da criança; membros da família disfarçados, mascarados ou escondidos; figuras amontoadas ou sobrepostas; figuras separadas por barreiras; figuras demasiadamente pequenas; figuras demasiadamente grandes; figuras no canto das páginas; exagero das partes moles do corpo; exagero das características faciais; exageros das mãos ou braços; falta de cenário; figuras flutuando; figuras incompletas; mãe não feminizada; homens e mulheres não diferenciados por gênero; expressão facial neutra ou negativa; inícios falsos; figuras esmagadas; sinais, símbolos ou cenas não usuais.

A “Escala Global” é composta por 8 subescalas, cuja pontuação oscila entre valores de 7 a 1: muito alto, alto, moderadamente alto, moderado, moderadamente baixo, baixo, muito baixo; pontuação que pode ser agregada em categorias (1-3 – baixo; 4 – moderado; 5-7 - alto) (Fury, 1996). As subescalas são: (a) *vitalidade/criatividade*, que revela o investimento emocional no desenho, em seu embelezamento, detalhes e criatividade (indivuação dos membros da família, elaboração de detalhes, roupas ou características físicas, completude do desenho); (b) *orgulho da família/felicidade*, que afere o sentimento de pertencimento e de felicidade na família (posição dos membros da família, completude das figuras, afeto facial, similaridade entre membros da família ou ações similares envolvendo os familiares). Estas duas subescalas relacionam-se ao sentimento de segurança e representam o apego seguro; (c) *vulnerabilidade*, avalia sentimentos de vulnerabilidade e incerteza através de distorções no tamanho das figuras, da sua localização na página e do exagero das partes do corpo. Relaciona-se ao apego ansioso-resistente/ambivalente; (d) *papéis invertidos*: captura sentimentos infantis que sugerem papéis invertidos com a mãe - atuais e passados. Avalia a visão da mãe como frágil (menos poder e autoridade que a criança) a vulnerabilidade da criança ou a falta de confiança do cuidador como figura de suporte. Afere o apego ansioso-resistente; (e) *isolamento/ distância emocional*: avalia a localização da criança em relação à mãe, a ausência da criança ou da mãe,

bem como expressões de raiva, neutralidade ou de afeto negativo. Relacionadas ao apego ansioso-evitante; *(f) tensão/raiva*: analisa o grau de tensão e ou raiva expresso no desenho, através de características como: figuras muito rígidas, sem expressão; sem cores ou detalhes ou rabiscos descuidados; está relacionada ao apego ansioso-evitante; *(g) dissociação*: avalia ressentimentos e desorganização que podem ser expressos em formas extremas e simbólicas (presença de sinais ou símbolos, temas fantasiosos e/ou detalhes incomuns, sem relação com o resto do desenho). Avalia o apego desorganizado-desorientado; *(h) patologia global*: procura unir os itens anteriores e traçar um índice de saúde emocional da criança no contexto da família (desenhos mais perturbados, desenhos “ok” ou incertos; desenhos felizes e completos). Avalia o sentimento de insegurança de forma geral.

A análise realizada nesta pesquisa definiu a existência de apego não seguro pela presença de duas ou mais respostas elevadas (muito alto, alto, moderadamente alto) dentre as cinco subescalas (“Escala Global”) que aferem apego não seguro, a saber: vulnerabilidade, papéis invertidos, isolamento/distância emocional, tensão/raiva, dissociação.

Como sinalizado anteriormente no tópico 3.1.2, a inferência sobre o padrão do apego em momento da vida posterior à sua construção pelos lactentes conferiu um salto qualitativo nas pesquisas sobre o tema. Por ainda estarem no processo de incorporação simbólica da linguagem verbal, recorrer à técnica do Desenho da Família tem se mostrado como uma técnica na investigação de crianças pequenas. O que ganha importância pela possibilidade de observações longitudinais sobre o padrão de apego identificado e sua influência nas trajetórias desenvolvimentais, como se tem defendido neste texto.

4.2.4 Quantitativo e Qualitativo: justapondo abordagens

Enquanto um pré-requisito de um Doutorado em Saúde Pública, pretendeu-se que esta Tese tenha sido concebida e executada como integrante de um campo híbrido, tendo com isso habilidades para diálogos interdisciplinares (Tobar; Yalor, 2001). Pois para além de uma filiação institucional que defende a articulação de fronteiras do conhecimento científico, este trabalho pretendeu abordar temas multifacetados e complexos (Deslandes; Assis, 2002). Desse modo, propôs-se a incorporação de técnicas que valorizassem a apreensão, a compreensão e a interpretação (Deslandes; Gomes; Minayo, 2012; Minayo, 2012, 2014) das experiências de vida dos participantes e dos seus sentidos e crenças acerca de suas relações sociais, das violências e comportamento suicida.

Para isso, é preciso que seja realizada o que Deslandes e Assis (2002) definem como

uma justaposição de abordagens, num diálogo que mescla métodos quantitativos e qualitativos. Apesar do desafio que, nesta Tese, representou a convocação dessa triangulação de métodos (Deslandes; Assis, 2002), reconhece-se que, ao menos em parte, foi cumprido nas fases de coleta, análise e discussão dos dados. Assim, após a indicação de instrumentos quantitativos, são apontados elementos da pesquisa social que orientaram este trabalho, buscando uma complementaridade e não uma oposição ao conteúdo e técnicas já apresentados, conforme esclarecido por Minayo e Sanches (1993).

A pesquisa social em saúde (abordagem qualitativa) tem como um de seus pressupostos metodológicos que a interação entre pesquisador e participantes é essencial para a compreensão dos fatos e relações humanas (Deslandes; Gomes; Minayo, 2012; Minayo, 2014). Assim, por essa perspectiva, evita-se ativamente a ilusão de um trabalho de campo neutro (Bourdieu; Chamboredon; Passeron, 2005), numa defesa que a interação humana é por si só um primeiro arsenal metodológico de investigação, principalmente quando crenças, sentimentos, emoções, atitudes e práticas são (ao menos em parte de) o objeto investigado. Pesquisadores sociais, desse modo, investem na interação empática e na interlocução em campo, como instrumento de coleta de dados, pois segundo Deslandes, Gomes e Minayo (2012):

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

Dos 129 participantes da quinta onda, 35 apresentavam, ao menos uma referência a comportamento suicida e/ou autolesão não suicida, desfecho estabelecido nesta pesquisa, sendo elegíveis para um aprofundamento compreensivo através da aplicação do método qualitativo (Deslandes; Gomes; Minayo, 2012; Minayo, 2014). Desse modo, foi buscada interação, que foi aceita por parte de dez jovens da coorte, através de entrevistas em profundidade, que afirmaram, durante o estudo longitudinal, terem tido ideação, planejamento, tentativa de suicídio ou autolesão não suicida. A intenção foi, como aponta Gaskel (2002), que essa técnica tenha sido capaz de capturar elementos e histórias pessoais e contextuais – neste caso, suas vivências de violências, seus relatos sobre suas relações microsociais ao longo da vida e suas narrativas pessoais junto ao *continuum* suicida. Com isso, pretendeu-se ampliar complementarmente a compreensão analítica das respostas obtidas através de questionários fechados e padronizados com algumas entrevistas semiestruturadas; proposta metodológica que embasou um dos artigos

produzidos.

Como estratégia de diversificação amostral foram consideradas duas características para seleção de jovens para a entrevista qualitativa: o início do aparecimento do desfecho (antes ou após 14 anos; com subgrupo antes dos 9 anos), assim como a presença ou ausência de recorrência. Assim, os 35 jovens foram distribuídos em grupos, facilitando a organização do recrutamento por contato telefônico. Apesar de (ou ainda exatamente por) terem, meses antes, participado com o preenchimento dos questionários, houve intensa dificuldade no convite e aceite para realização de uma entrevista; 10 jovens foram entrevistados, numa amostra variada segundo os grupos estabelecidos, permitindo diversidade de experiências e discursos.

As entrevistas foram conduzidas por dois pesquisadores que são profissionais experientes no campo da saúde mental (incluindo o doutorando), em modalidade presencial ou remota – conforme a preferência e disponibilidade desses jovens. Foram oferecidas algumas opções de espaços físicos para facilitar o aceite dos jovens. As entrevistas foram gravadas e transcritas, viabilizando o processo de análise; foi necessário novo consentimento para a participação. Para etapa analítica, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo modalidade temática (Bardin, 1977); realizaram-se leituras seriadas e progressivas do *corpus* transcrito, com a seleção de trechos que respondessem aos questionamentos definidos previamente (Bardin, 1977; Minayo, 2014). A síntese de cada entrevista permitiu, à luz dos marcos teóricos selecionados, a interpretação sob três categorias analíticas.

Sensibilidade e ética foram condições para a condução da entrevista, por abordar temas sensíveis; a qualquer momento, a entrevista pôde ser interrompida e estabelecidos os primeiros cuidados, se necessário, assim como os devidos encaminhamentos clínicos. O roteiro utilizado nas entrevistas encontra-se no Apêndice 2.

4.2.5 Início, meio e fim: caminhos entre os objetivos e as produções

Este subtópico lista os cinco produtos (três artigos originais, um capítulo de livro, um artigo em formato de resenha) que compuseram esta Tese, indicando seu estágio de escrita e *status* de publicação, e também correlaciona cada um deles com um dos objetivos específicos indicados previamente (capítulo 3). Como integrantes de um mesmo trabalho de pós-graduação, buscou-se uma linearidade interna em consonância a uma lógica externa, com a coorte da qual se originou. O quinto capítulo desta Tese apresenta esses produtos como sua seção de Resultados.

“Investigar a representação mental de apego de crianças escolares (primeira onda da

coorte - 2005) e sua associação com comportamento suicida e autolesões não suicida ao longo da infância e adolescência (três ondas da coorte - 2006, 2008 e 2012)” foi o primeiro objetivo específico. Como resposta a ele, tem-se a publicação (julho de 2023): Silva Filho OC da, Avanci JQ, Pires T de O, Vasconcellos COR, Assis SG. **Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian schoolchildren**. BMC Pediatr. BioMed Central; 2023;23(1):112 <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7>

Respondendo ao segundo objetivo específico (Descrever a ocorrência e compreender a trajetória probabilística da violência autoinflingida entre os pertencentes à Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ - 2005 a 2022), foi produzido o capítulo: Silva Filho OC, Avanci JQ, Assis SG. **Comportamento suicida e autolesões: trajetórias possíveis no tempo**. In: Avanci JQ, Assis SG (Orgs.). *Dor que tudo consome - comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência*. Este manuscrito foi produzido em formato de capítulo de livro. “Dor que tudo consome - comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência” é o título preliminar do livro, contando com 10 capítulos e 14 autores, que foi submetido para apreciação da Editora Fiocruz em julho de 2024.

Na sequência da seção de resultados é apresentado o manuscrito “Violências interpessoal familiar e comunitária ao longo do desenvolvimento infantojuvenil: associações com o comportamento suicida”. Esse artigo vem a responder o terceiro objetivo específico desta Tese: Analisar longitudinalmente a associação entre a violência familiar (física e psicológica) e comunitária durante a infância, adolescência e a juventude (2005 a 2022), e a ocorrência de violência autoinflingida (comportamento suicida e autolesão) na juventude (2022), efetuando uma reflexão à luz dos períodos sensíveis do desenvolvimento.

À margem do suicídio: horizontes, pontos de virada e trajetórias de proteção em jovens mulheres periféricas (Silva Filho OC, Avanci JQ, Assis, SG) foi aceito no periódico *Cadernos de Saúde Pública* (CSP) em junho de 2024. Sua carta de aceite pode ser visualizada como Anexo 3. Foi escrito para responder o quarto objetivo específico: “Compreender como alguns jovens da periferia de uma de uma metrópole com altos índices de violências (quinta onda da coorte) percebem o comportamento suicida que apresentaram em suas trajetórias de vida, da infância à juventude (2005 a 2022), em destaque para os eventos e contextos que as protegeram da morte autoprovocada, apesar de suas vulnerabilidades”.

A pertinência do objetivo específico cinco (Produzir e disseminar conhecimento sobre comportamento suicida e autolesões não suicida, com ênfase na prevenção do suicídio e em considerações teóricas e práticas para a assistência pediátrica) justifica-se enquanto um componente estratégico de um trabalho filiado ao campo da Saúde Pública. Foi o primeiro

produto publicado da Tese e está apresentado em forma de resenha: Silva Filho OC da, Assis SG de, Avanci JQ. **When It Is Darkest: Why People Die by Suicide and What We Can Do to Prevent It.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2022;61(5):724–726. Outros produtos de disseminação de conhecimento sobre o tema foram escritos pelo doutorando ao longo do curso. Ainda que sob a mesma temática, compreendeu-se dificuldade na manutenção de uma linearidade na construção da Tese, optando por sua apresentação em separado (Apêndice 3).

4.3 QUESTÕES ÉTICAS

Os projetos que consolidaram a quinta onda foram aprovados pela Comissão de Ética e Pesquisa da Ensp/Fiocruz (CAEE 18723119.0.0000.5240 e 18723119.0.0000.5240). São uma continuidade de estudos anteriores e seguiram respeitando todos os procedimentos éticos necessários à pesquisa com seres humanos no país. Teve-se como responsabilidade que, frente a identificação de situação de risco à saúde física e/ou psicológica, qualquer pesquisador interrompesse a coleta de dados e conversasse com o participante, encaminhando-o para assistência especializada através do trabalho integrado com serviços de saúde da área. Isso não ocorreu no decorrer desta etapa. Têm sido, assim, respeitados os princípios da autonomia, beneficência e não-maleficência e justiça.

Todo jovem participante assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), concordando em participar da pesquisa, conforme estipulado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde Nº 466/2012. Foram informados sobre os riscos e benefícios na participação na pesquisa. Os entrevistados ficaram com uma cópia do documento, constando os contatos dos pesquisadores na Fiocruz. Em caso de entrevista remota, receberam previamente o documento e consentiram antes do início da gravação.

Por todo trabalho de campo manteve-se a proposta de que os jovens identificados com problemas de saúde mental fossem encaminhados para a rede de saúde e aqueles em situação de risco social orientados para busca da rede de proteção. Em caso de constrangimento ou expressão de sofrimento psíquico na aplicação do questionário ou entrevista, duas situações foram consideradas: orientação para procura imediata de serviços de emergência em saúde mental se casos de intensa gravidade; ou contato após alguns dias para verificação da evolução do quadro emocional. Nessa segunda situação, na manutenção de sofrimento emocional, uma avaliação pontual seria agendada com um dos pesquisadores do projeto.

Uma das jovens entrevistadas referiu incômodo na entrevista, ainda que agradecendo a oportunidade de conversar sobre a temática do comportamento suicida. Foi feito posterior

contato alguns dias após a realização da entrevista e a situação foi compreendida por ela como resolvida.

As ACS integrantes da equipe eram vinculadas a Unidades Básicas de Saúde dos territórios do campo de pesquisa, mas foram formalmente orientadas a realizar o agendamento fora do horário de trabalho. Uma bolsista colaborou na organização e controle dos registros.

Em respeito e gratidão aos participantes, ao serem acionados pelas ACS no decorrer quinta onda da pesquisa, foi entregue um ímã com a logo do projeto e o desenho que o mesmo realizou na primeira onda da pesquisa (Apêndice 4). A descrição das ACS foi de grande emoção dos jovens; muitos referiram ter curiosidade sobre a pesquisa, lembrando-se da participação enquanto crianças e adolescentes, e sentindo-se gratos pelo momento. Isso também foi notório durante as entrevistas em profundidade, tendo sido uma estratégia de aproximação dos entrevistadores. Ver e ter um desenho que fizeram ainda na vida escolar tem se mostrado uma estratégia de delicadeza para alguns jovens diante de tema tão sensível, de modo que a pesquisa já tem cumprido parte de seu papel social.

5 RESULTADOS

Como indicado previamente, neste capítulo foram inseridas, na íntegra, as cinco produções que compõem esta Tese, seguindo os pré-requisitos do Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Dois produtos foram publicados, um recentemente aceito para publicação, um encontra-se formatado e enviado à Editora, e um em etapa finalização de escrita e revisão.

5.1 PRODUTO 1: ATTACHMENT, SUICIDAL BEHAVIOR, AND SELF-HARM IN CHILDHOOD AND ADOLESCENCE: A STUDY OF A COHORT OF BRAZILIAN SCHOOLCHILDREN³

Silva Filho et al. *BMC Pediatrics* (2023) 23:403
<https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7>

BMC Pediatrics

RESEARCH

Open Access



Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian schoolchildren

Orli Carvalho da Silva Filho^{1*}, Joviana Quintes Avanci¹, Thiago de Oliveira Pires¹,
 Raquel de Vasconcellos Carvalhaes Oliveira² and Simone Gonçalves Assis¹

Abstract

Background Attachment influences the development and the formation of the self and subjectivity and, just as early adverse events, may be related to the occurrence of mental disorders, suicidal behavior, and self-harm throughout life. This study aimed to analyze the effect of mental representation of attachment in children on suicidal behavior and self-harm throughout childhood and adolescence, considering the mediating role of internalizing problems.

Methods Based on a cohort of 500 students (mean age 8 years, SD 1.2) sampled from public schools in a Brazilian southeastern metropolis, 316 children were followed for eight years in three waves (2006, 2008, 2012). The following data from the research baseline (2005) were used: family drawing, maternal and family variables, and sociodemographic data. The mental representation of attachment (independent variable) was measured by the Family Drawing Global Scale, discriminating between secure attachment and non-secure attachment. Suicidal behavior/self-harm (dependent variable) and internalizing problems were evaluated in three research waves through CBCL and YSR (ASEBA). Descriptive analysis, calculation of frequencies and p-values of the variables of interest, as well as modeling of structural equations, were performed.

Results The prevalence throughout the study was: 17.1% [CI 13.3–20.8] for suicidal ideation and 8.9% [CI 5.6 – 12.2] for self-harm; there was a recurrence at one time in 16.5% [CI 12.6 – 20.3] and in two or more moments in 4.1% [CI 2.0 – 6.3] of the sample. Female gender ($p=0.035$), internalizing disorders ($p<0.01$), and non-secure attachment ($p=0.035$) were associated with the occurrence of suicidal behavior/self-harm. The modeling indicated that 92.2% of the total effect of attachment ($p=0.069$) on suicidal behavior/self-harm was due to direct effect, the other 7.8% of the effect being mediated by internalizing problems, adjusted for the confounding variables sex, skin color/race, and social stratum. The total effect showed a positive value, which indicates an increase in suicidal behavior/self-harm when the non-secure attachment is present. The approximate OR of non-secure attachment on the total effect (direct + indirect) was 1.15, indicating that, when adjusting for confounding variables, there was a 15% increase in suicidal behavior/self-injury from non-secure attachment.

Conclusions The study supports the hypothesis that there is a relationship between disruptive attachment patterns (non-secure attachment) developed during infancy and suicidal and self-harm behavior during childhood and adolescence. These findings validate the concern about the first thousand days of childhood as a critical period for child growth and development, but also for the mental health of children and adolescents.

*Correspondence:

Orli Carvalho da Silva Filho
 orli.filho@fiocruz.br

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s) 2023. **Open Access** This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated in a credit line to the data.

Keywords Suicide ideation, Suicide attempt, Self-harm, Suicide, Attachment, Children, Adolescent

Background

Attachment is an affective bond in which an individual's sense of security is strongly linked to their attachment figure, providing relational comfort and stability [1–3]. From the perspective of child development, attachment presents a specific direction: from the child to their primary caregiver, a responsible person who becomes a secure emotional base for the infant's environmental and relational exploration and, therefore, for the species-specific developmental trajectory [1, 2, 4, 5]. In the initial propositions of Attachment Theory, Bowlby described how the effects of affective deprivation and violence predispose children to the emergence of deviations in the formation of attachment with important repercussions in the short-term (physical—failure to thrive—and developmental delays—gross and fine motor, language, social and cognitive skills) and medium-term (antisocial behavior and relational problems) [1, 6, 7]. This theoretical framework has been valued in research on the influence of early adverse events on children and adolescents' mental health, with emphasis on suicidal and self-harm behavior [8–13].

On the premise that the attachment pattern built in early childhood influences the formation of the self and subjectivity and that it may reflect how subjects explain themselves (differentiating yourself from others ones—*self*) and their relationship with the social world (as an expression of your subjectivity), the expansion of the investigation of attachment beyond infancy became relevant [14–18]. This became possible when the empirical observation of the attachment-building process in early childhood [2, 19] was expanded to a retrospective investigation of its mental representation [14]. This shift, from observational to representative, encouraged the use of different forms of language for identification and research on attachment.

In this context, various instruments and techniques were developed to assess attachment, through mental representation, in different age groups [5, 14, 20]. On the basis that children appreciate the act of drawing and because the drawings of children up to 7 or 8 years of age express their thinking and affection, Fury [5, 21], following Kaplan and Main, proposed scales for measuring the mental representation of attachment based on drawings by schoolchildren [5, 21, 22]. Thus, based on the family drawing technique, it became methodologically possible to measure the mental representation of attachment, allowing for longitudinal assessments of its influence on mental health among children and adolescents [5, 21, 22].

The academic importance given to Attachment Theory was not linear and more recent dialogues with neurobiology and epigenetics have allowed for a new arsenal of arguments for this theory [23–25]. This adds to the relevance that the gestational context, affective and relational investment, and stimulation directed at the first thousand days of childhood assume as important variables not only for infant survival and growth but also for neurodevelopment and its repercussions on mental health [26–31].

Investigating adults who survived abuse and living in shelters, Touati et al. [9] corroborate the idea that adverse events and contexts experienced by infants during a sensitive period of their lives can disruptively interrupt neurobiological development, negatively impacting the construction of attachment bonds, increasing the risk of mental disorders, suicidal behavior, and self-harm. Being less adaptable to the subject and to their social group, insecure and disorganized attachment patterns facilitate the formation of an anomalous self and the emergence and crystallization of behavioral deviations, negatively influencing emotional regulation, a psychopathological condition related to self-harm with or without suicide intention. As Adam argues, suicidal behavior is an extreme expression of attachment [18]. These arguments are close to the conclusions of the systematic review conducted by Zortea and O'Connor [32]: insecure attachment acts as an emotional vulnerability in the face of lifelong adversity, reducing coping capacity and increasing the risk of suicidal and self-harm behavior.

Suicide is one of the most drastic outcomes in mental health and it is strongly associated with emotional distress and mental disorders, especially with internalizing problems such as anxiety and depression [23, 33–36]. It is the final phase of a *continuum* involving ideation, planning, threats, and suicide attempts, in multiple contexts where there may be overlapping self-harm without suicidal intent [33, 37, 38]. As a fatal act of this behavior, more specifically measured by the direct and indirect impacts on the health of global youth, suicide, and mental disorders have received increasing attention from pediatrics and international organizations [38–41].

Even if we consider variations in mortality rates in different countries, suicide stands out globally as the fourth cause of death among young people aged 15 to 29 [40]. Considering adolescence, 88% of suicides occur in underdeveloped or developing countries, increasing the challenges faced by those countries in their approach to public health [40].

³ Disponível em: <https://bmcpediatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12887-023-04215-7>. Acesso em: 1 set. 2024.

There is no consensus in the literature regarding the definition or nomenclature of the polymorphic phenomenon of self-harm, even though important attempts to classify it as self-harm with or without suicide intention have been recognized [42–45]. Even though a structured assessment can psychopathologically differentiate between those two groups [38, 42, 46], national and global statistics sometimes group suicide attempts and non-suicidal self-harm [40, 41, 47]. Rather than only seeking this distinction, categorizing it as belonging to the suicide *continuum* or not, or evaluating it as using a lethal or non-lethal method [37, 48], it is certain that self-harm expresses, to some degree, psychological distress in children, adolescents, and young people [23, 43]. Conceptual dissensions make it difficult to accurately assess the occurrence of self-harm during adolescence, with estimates indicating their lifetime prevalence at 18% [45]. As with suicide, there is a greater occurrence of self-harm starting in the second half of adolescence, bringing them closer, in theory, to emotional distress and suicidal behavior [38, 44, 45]. As an initial phase of the suicide *continuum*, there is an increased occurrence of suicidal ideation in adolescence; although more difficult to be measured, Lima et al. (2020) [49] demonstrated an alarming trend of its increase in Brazilian adolescents between the years 2006 and 2016.

To reduce the occurrence of suicidal behavior and self-harm among young people in the world, a global effort has been made to understand these complex and multi-determined phenomena, as well as to identify their—similar and distinct—early factors of risk and prevention [39, 40, 50]. Strategies that consider developmental, relational, cultural, and social specificities of different age groups are more sensitive and effective [23, 33, 40, 43]. Thus, expanding the understanding of elements and experiences that may influence the mental health of children and adolescents at an early age becomes relevant, especially when global data suggest that 75% of mental disorders in adults begin in childhood and adolescence, 50% of which up to the age of 14 [51]. A greater understanding of the evolutionary trajectory of disruptive attachment in childhood and its relationship with emotional dysregulation, mental disorders, and suicidal behavior fills existing academic gaps and contributes to pediatric mental health care strategies.

Thus, because of the premise that attachment is a core element in child and adolescent development and based on the hypothesis that non-secure attachment plays an important role in the occurrence of suicidal behavior and self-harm, this study aimed to analyze the effect of mental representation of attachment in children on suicidal behavior and self-harm throughout childhood and

adolescence, considering the mediating role of internalizing problems.

Methods

This is a prospective cohort study with students selected in 2005, focusing on mental health and violence, in a municipality with just over 1 million inhabitants in a metropolitan region of Southeastern Brazil, characterized by high social inequality, poor infrastructure, and high levels of poverty and violence [52–54]. This article is based on baseline data obtained in 2005 and the follow-up data obtained in 2006, 2008, and 2012, covering the period between childhood and adolescence in the cohort.

Study population

The sample plan for this study began in 2005 with children from public schools in a municipality and was based on students in the second year of elementary school (6,589 students). Cluster sampling was used with three stages of selection: schools (proportional to size), classes (simple random), and students per class (simple random) totaling 500 students (proportion of 50%, confidence level of 98.02%, and relative error of 5%). In 2006, 2008, and 2012 there were losses of 5.6%, 10.6%, and 21.8% of the participants, respectively.

In 2005, children were evaluated at the baseline for intelligence measurement using the Wechsler Intelligence Scale (WISC III) [55] validated in Brazil and required to draw their families [5, 21, 22]. Only in 2008 and 2012 did they answer questionnaires. The adults responsible for the children, in turn, answered survey questionnaires in 2005, 2006, and 2008.

The application of WISC III and family drawing was carried out by researchers who were psychologists. After the child's initial approach and application of WISC-III, they were invited to draw their family on white A4 paper with black pencils, explaining their drawing to the observant professionals [22]. The answers to the questionnaires applied to adults responsible for the children in 2005, 2006, and 2008, and to the children/adolescents in 2008 and 2012, were obtained from interviews conducted by the research team in the schools themselves (baseline) or households.

The analyses in this article excluded: children with intellectual disabilities or those not evaluated through the WISC-III in 2005; children who did not complete the drawing in 2005; participants whose questionnaires were incomplete at some point during the study. The option to exclude intellectually disabled children was justified by the difficulty of assessing behavioral problems in those children through the application of questionnaires. Of the original sample from the cohort of 500 participants, 316 participated at all points in time, being included in

the study. The main reasons for the loss of individuals in the longitudinal follow-up were changes in school and city of residence over the years. The analysis of missing data in the years 2006, 2008 and 2012 showed that the profile of those who remained in the study is similar to those who started it in terms of gender, age and skin color.

Instruments and variables

The dependent variable of interest is suicidal behavior/self-harm, measured by the presence in one or more years (2006, 2008 and/or 2012) of “non-suicidal self-injury/suicide attempt” and/or “suicidal ideation” in one or more years (2006, 2008, and/or 2012), according to caregivers or the child/adolescent themselves. This measurement was obtained using the *Child Behavior Checklist* instrument — CBCL, applied to caregivers, and *Youth Self Report* — YSR, applied to children/adolescents. The CBCL and YSR scales make up the *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) [56], which is used to investigate social competence and behavior problems. Two ASEBA questions were used to assess the presence of the outcome: “deliberately try to hurt or kill myself” (non-suicide self-injury/suicide attempt) and “think about killing myself” (suicidal ideation).

The questions about non-suicidal self-injury/suicide attempt and suicidal ideation were grouped under the construct “suicidal behavior/self-harm” based on the low prevalence of the studied phenomena; because these constructs somehow address the same interest group; and because the participants were evaluated in the period between childhood and the first half of adolescence, a time when the boundaries between the studied problems are not always easy to define.

The independent variable of interest is the mental representation of attachment, measured according to the family drawing drawn by the children at the baseline of the research. The technique for evaluating the mental representation of attachment based on the child’s family drawing was conceived by Kaplan & Main (1985) [14] and refined by Fury (1996, 1997) [5, 21]. Each drawing was evaluated based on the Global Rating Scale of Attachment Relationship [5, 22], consisting of eight subscales: (i) *vitality/creativity and* (ii) *family pride/happiness*, which relate to the feeling of security and are used to assess secure attachment; (iii) *vulnerability*, which relates to anxious-resistant/ambivalent attachment; (iv) *role-reversal*, which relates to anxious-resistant attachment; (v) *role-reversal*, which concerns anxious-resistant attachment; (v) *role-reversal* *emotional distance/isolation*, which relates to anxious attachment-avoidant; (vi) *tension/anger*, a subscale related to anxious-avoidant attachment; (vii)

bizarreness/dissociation, which evaluates disorganized-disoriented attachment; and (viii) *global pathology*, which seeks to combine the above items and chart an emotional health index for children in the context of the family, assessing feelings of insecurity in general. Each of these subscales is evaluated according to a score ranging from 7 (very high) to 1 (very low). The scores were grouped into three categories: high (‘very high’, ‘high’, ‘moderately high’), moderate and low (‘moderately low’, ‘low’, and ‘very low’).

Each drawing was evaluated by two researchers and the disagreements were debated by a judge, who delimited the results. For analysis purposes, the category “non-secure attachment” was constituted as a group of disruptive attachment patterns, that is, the patterns diverging from secure attachment: anxious-resistant/ambivalent, anxious-resistant, disorganized-disoriented. The classification of the mental representation of attachment as “non-secure” was defined by the presence of two or more answers in the high category (score 5 to 7) among the five subscales: vulnerability, role-reversal, emotional distance/isolation, tension/anger, bizarreness/dissociation. In addition to advancing into the specificities of disruptive attachment patterns, we opted for the evolutionary understanding of this deviation in the species’ trajectory about suicidal behavior. The term “non-secure” was chosen because some previous classifications used the term “insecure” to specifically group the anxious-resistant/ambivalent and anxious-resistant patterns [5, 14].

Sociodemographic variables, internalizing problems, and maternal and family variables were also included. The sociodemographic variables considered were collected at the baseline in 2005: biological sex (male or female), age, self-reported skin color (white, black, brown), and social stratum of the family, measured using the Brazil/ABEP Criterion [54], which evaluates household consumption estimated by the educational level of the parents/guardians and the accumulation of material assets in the household.

The presence of internalizing problems was measured by the ASEBA CBCL and YSR scales [56, 57] in the years 2006, 2008, and 2012, which assess symptoms of retreatment/depression, anxiety, and somatic complaints. Three groups were defined based on the T-score: non-clinical/borderline in all years ($T \leq 63$) and clinical in at least one point of the cohort ($T > 63$). The consideration of the presence of internalizing problems was justified by the association, recognized in literature, between depression and suicide and by the prevalence of depressive and anxiety disorders in childhood [10, 35]. Cronbach’s Alpha for internalizing problems (CBCL, YSR) obtained at the beginning of the study was satisfactory (0.83).

Maternal and family variables: five variables measured in the first year of the cohort were initially investigated: (1) the mother's feelings during the child's pregnancy (happy, normal, and sad); (2) the pregnancy period (peaceful, disagreements, and fights); (3) breastfeeding (yes, no); (4) feeling responsible for the child (very satisfied, satisfied, dissatisfied); (5) and the involvement of the primary caregiver with the child in early childhood, following the 10-item scale proposed by Willms [58, 59]. It assesses positive interaction (praise, games, playing, talking, laughing, reading with the child) and topics such as discipline, obedience, and discredit, measured by frequency "always, many times, few times, and never". The items were aggregated and analyzed using averages; a higher score indicates better family involvement. This scale was adapted cross-culturally in the first wave of research, with a Cronbach alpha of 0.72 [59].

Data analysis

For the 316 participants, the presence of non-secure attachment was assessed based on the five subscales that measure this category. The descriptive analysis was performed by calculating the frequencies and p-values of variables of interest.

Next, a structural equation model was used to assess the relationship between non-secure attachment and suicidal behavior and self-harm, as well as the mediating role of internalizing disorders. Structural equation modeling extends the analysis by examining a series of dependency relationships simultaneously. The

structural model carried out used the outcome suicidal behavior/self-harm (yes/no) and is therefore a logistical model with a probit-type connection function. The model was adjusted for sex, race/color, social status, sense of responsibility for the child, and involvement of the parent with the child, potentials confounding variables. In Results section, the Fig. 1 illustrates the theoretical model of the study that guided the structural model built in the analytical phase.

Based on the theoretical model in Fig. 1 and the results of the β coefficients, other measurements were extracted such as indirect effect, direct effect, and proportion of mediation (indirect effect/total effect). The indirect effect is calculated as the product of the estimates of the attachment variable and the mediating variable (internalizing disorders). The total effect is the sum of indirect and direct effects.

Since the model does not yet allow the use of the logit link function, an approximation was used to extract the Odds Ratio (OR) from the estimates of the β coefficients: $\exp(\text{estimate} \times (\pi/\sqrt{3}))$. The fit quality of the model was considered when RMSEA < 0.05 and CFI > 0.95.

The approximate OR of insecure attachment on the total effect (direct + indirect) was calculated. The analysis of the data and results presented incorporates the expansion to the population of students from the public school system [60]. The statistical package used was R version 4.2.1 [61], the library for the model of equations structure was lavaan and the library for inclusion in the sample plan was lavaan.survey [62, 63].

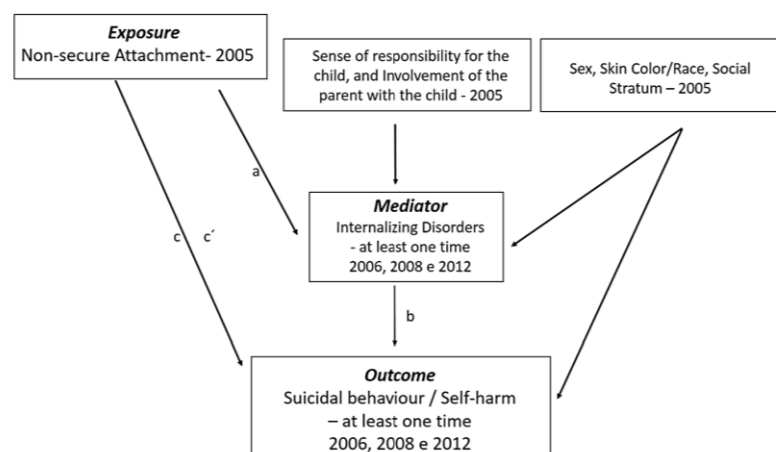


Fig. 1 Theoretical model. Note: a = Exposure Effect $\rightarrow$ mediator; b = Mediator Effect; c = Total Effect; c' = ADE (Average Direct Effects); a*b = Indirect Effect or ACME (Average Causal Mediation Effects); c = c' + a*b = ADE (Average Direct Effect) + ACME (Average Causal Mediation Effects)

Ethical issues

All stages of the research were approved by the Research Ethics Committee of the National School of Public Health/Oswaldo Cruz Foundation (CAAE): 0051.0.031.000–04; 0024.0.031.000–07; 0040.0.031.000–08; 0071.0.031.000–11). All caregivers signed an Informed Consent Form; the adolescents signed a Consent Form to participate in the research. Cases that were clinically serious and that were not undergoing psychological or psychiatric care received clinical advice and referrals.

Results

In 2005, 74.6% of the participants were between 6 and 8 years old, 21.4% were between 9 and 10 years old, and 4% were 11 to 13 years old (mean 8 years, SD 1.2). The eight years of follow-up of the cohort analyzed are enough to characterize the years that precede and follow the transition from childhood to adolescence.

Figure 1 shows the theoretical model that governs the analyzes carried out. It allows evaluating the effect of exposure (insecure attachment) on the suicidal behavior/self-injury total effect (direct + indirect), adjusted for the confounding variables.

Figure 2 shows the frequency of suicidal behavior and self-harm among participants over the three research waves (2006, 2008, and 2012). Frequencies are presented for each item measured for suicidal behavior and self-harm. The items are also presented in a grouped form, allowing the visualization of the proportion of suicidal behavior/self-harm throughout the investigation: absence, presence, and recurrence.

The presence of suicidal ideation was found in 17.1% [13.3 – 20.8] of the participants during the years 2006, 2008, and 2012, and the presence of self-injuries/attempts in 8.9% [5.6 – 12.2] of them. The data show that 79.4% of the children have never experienced any manifestation of suicidal behavior or self-harm. Among the 20.6% [CI 16.4 – 24.7] with these symptoms, 16.5% [CI 12.6 – 20.3] reported it in just one year of the investigation, and 4.1% [CI 2 – 6.3] in two or more moments.

Table 1 shows the results of the intersections of the variables with the outcome suicidal behavior/self-harm. Among the sociodemographic variables, only the female sex is associated with suicidal behavior/self-harm; age is worth mentioning because it is close to statistical significance. Skin color and social stratum showed no association with the outcome.

Regarding the mental health of children and adolescents, there are more internalizing and non-secure attachment disorders among children with suicidal behavior/self-harm ($p < 0.001$ and $p = 0.035$, respectively).

There was no association between suicidal and self-harm behavior during childhood and adolescence with variables that measure the child's in-uterus and breastfeeding phase. On the other hand, the variables that assess the feelings and involvement of the caregivers towards the child stood out. It appears that responsible adults who feel dissatisfied and more or less satisfied throughout the child's development stand out among participants with suicidal behavior/self-harm ($p = 0.011$).

The model carried out (Table 2, Fig. 1) shows three types of effects (total, direct, and indirect) of the non-secure attachment on the occurrence of suicidal behavior/self-harm, when adjusted for the confounding

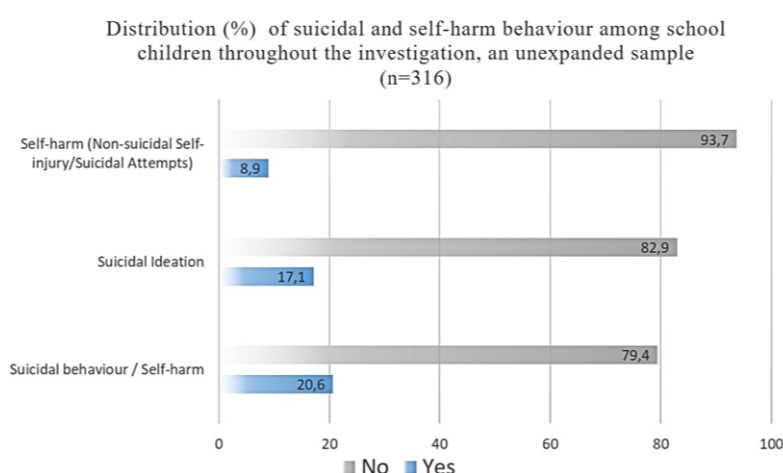


Fig. 2 Distribution (%) of suicidal and self-harm behavior among school children throughout the investigation, an unexpanded sample (N=316)

Table 1 Prevalence of suicidal behavior/self-harm according to sociodemographic, child and adolescent mental health, maternal and family variables

Variables	Categories	Suicidal behavior (%)	p-value
Sociodemographic variables			
Sex	Female (N= 2162)	26.6	0.035
	Male (N= 2054)	14.8	
Skin color/ethnicity	White (N= 1401)	14.3	0.207
	Black (N= 467)	25.7	
	Brown (N= 2294)	22.1	
Age ^a	-	Average = 8.1/DP = 1.3	0.056
Social stratum	A + B + C (N= 2002)	17.3	0.318
	C + D (N= 1521)	22.8	
Variables on the mental health of children and adolescents			
Internalizing disorders	Clinic (N= 1015)	36.8	< 0.001
	Normal/Borderline (N= 3202)	15.4	
Non-secure attachment	Yes (N= 1842)	24.6	0.035
	No (N= 2375)	17.4	
Maternal and family variables			
Mother's feeling during a child's pregnancy	Cheerful (N= 1468)	18.2	0.346
	Normal (N= 1067)	17.5	
	Sad (N= 960)	24.9	
Gestation period	Peaceful (N= 2440)	20.8	0.994
	Disagreements/fights (N= 1603)	20.8	
Breastfeeding	Yes (N= 3790)	19.7	0.281
	No (N= 319)	29.2	
Feelings of responsibility towards the child	Very satisfied (N= 3562)	17.2	0.011
	More or less satisfied (N= 359)	40.7	
	Dissatisfied (N= 54)	49.7	
Caregivers' involvement with the child	Yes (N= 867)	Average = 27.6/DP = 4.6	0.096
	No (N= 3350)	Average = 28.6/DP = 4.9	

SD standard deviation

^a Age — average in years

variables sex, skin color/race, and social stratum. All effects were positive, suggesting that attachment could increase the occurrence of suicidal behavior/self-harm. Although the effects (direct, indirect, and total) have p-values > 0.05, a borderline value was observed for the total effect ($p = 0.069$).

The first estimate derived from the model is the total effect, which includes both the direct actions of non-secure attachment on suicidal behavior/self-harm and the influence of internalizing problems as mediation ($\beta_{\text{total}} \text{ coefficient} = 0.077$).

The second one is the direct effect of non-secure attachment on suicidal behavior/self-harm ($\beta_{\text{direct}} \text{ coefficient} = 0.071$), which accounts for 92.2% of the total attachment effect. The third estimate measured is the indirect effect of non-secure attachment on suicidal behavior/self-harm, considering the influence (mediation) of internalizing problems (β_{indirect}

$\text{coefficient} = 0.006$), arriving at the calculation that 7.8% of the total attachment effect on suicidal behavior/self-harm is mediated by internalizing disorder.

Discussion

During the monitoring of the cohort of school children, it is worth highlighting the finding that, over the years, 20.6% [CI 16.4 – 24.7] of the participants presented at least one report of suicidal behavior/self-harm (suicidal ideation or non-suicidal self-injury/suicide attempt), with recurrence in 4.1% [CI 2 – 6.3] of all cases. This important finding refers to the clinical and epidemiological magnitude that illuminates the relevance of mental health in the global health of children and adolescents [39, 43, 45, 51]. Suicidal behavior and self-harm that may be reduced by psychosocial interventions on variables that translate into vulnerabilities, such as those identified in this research.

Table 2 Total, direct, and indirect effects of non-secure attachment on the suicidal behavior/self-harm

	Estimate	OR	P-value
Direct effect: Suicidal behavior/self-harm $\leftarrow$ Attachment (a)	0.071	$\exp(0.071 * (\pi/\sqrt{3})) = 1.14$	0.104
Indirect effect (via internalizing behavior mediation) (b + c)	0.006	$\exp(0.006 * (\pi/\sqrt{3})) = 1.01$	0.546
Full effect (a + b + c)	0.077	$\exp(0.077 * (\pi/\sqrt{3})) = 1.15$	0.069

1) a = exposure effect $\rightarrow$ mediator; b = mediator effect; c = total effect; c' = ADE (average direct effects); a*b = indirect effect ou ACME (Average Causal Mediation Effects); c = c' + a*b = ADE (average direct effect) + ACME (Average Causal Mediation Effects)

2) For the structural model, the probit connection function was used, and the effects were adjusted by the confounders: sex, race/color, and social stratum

Indirect effect: $0.006/0.077 = 7.8\%$

Direct effect: $0.071/0.077 = 92.2\%$

RMSEA < 0.001; CFI = 1,000

These prevalence rates were slightly lower than those found in 2020 by Chen and Kuo [64] in a group of 1035 13-year-old adolescents from Taiwan followed up for one year, with 20.3% ideation and 4.7% of suicide attempts. Although the sociocultural varieties between the two groups may justify these differences, the average age of the participants (8 vs.13) can be understood as a possible explanatory factor for this difference, associated with the difficulty in recognizing suicidal behavior during childhood [38, 46].

Official statistics compiled by the Brazilian Ministry of Health show, in line with global data, an increase in non-suicidal self-injury, suicide attempts, and suicide attempts during the transition from the first to the second half of adolescence [33, 38, 40, 45, 47]. Considering the Brazilian reality, between 2010 and 2019 the suicide rate increased from 0.31 to 0.67 per 100,000 in the group with ages between 5 and 14, while among adolescents aged 15 to 19 it went from 3.5 to 6.4 per 100,000 [47]. Since ideation and suicide attempt are clear risk factors for suicide [10, 23, 43, 44], the relevance of these data increases. The identification of recurrences in suicidal and self-harm behavior can be understood as an element of gravity, since it signals crystallization and a greater risk of a fatal outcome [50].

Considering the 316 participants in the cohort, there were no deaths due to suicide during the stages of investigation (2005 to 2012). The main explanation for this is the age of the participants, still in the first half of adolescence; [1] but it cannot be ruled out that other deaths, including suicide, have occurred in the missing

cases—considering that there was no access to other sources of information.

The greater presence of suicidal behavior/self-harm among girls is a consensus in the literature [65, 66], especially when the outcomes evaluated exclude consummated suicide. Even though racial issues, social strata, and other social vulnerabilities constitute potential risk factors, when considering vulnerability and suicide, they were not significant in this sample.

Two variables were found to be relevant in association with suicidal behavior in the descriptive analysis: the presence of internalizing disorders and the presence of non-secure attachment. Regarding internalizing disorders, the literature is clear in showing the association between depression and suicide at all ages [20, 23, 65, 66] and the significant prevalence of depression and anxiety disorders in children and adolescents [39, 67]. With regard to attachment, Waraen et al. (2021) [10] demonstrated how insecure attachment directed to parents was associated with suicidal ideation in a clinical sample of depressed Norwegian adolescents undergoing treatment. In a study with Chinese adolescent students, Guo et al. (2021) [12] reached similar conclusions, proposing that insecure attachment to parents influences the occurrence of suicidal ideation, with roles played by anhedonia (as an important depressive symptom) and relationships between peers. The findings of Scandinavian and Chinese research, when investigating population groups in diverse contexts and very ethnically different from each other and from those in this research, point to similar conclusions about the relationships between depressive symptoms, deviant attachments, and suicidal behavior. This empirically confirms the importance with which the attachment, via emotional regulation, associates to the onset of psychiatric disorders and suicidal behavior. Even without using the attachment construct, the findings of Donath et al. (2014) converse with this study when they conclude that childhood experiences with adverse parenting styles may influence the occurrence of self-harm during adolescence [31].

The results regarding non-secure attachment are consistent with the arguments presented in this article and confirmed the research hypothesis. The greatest relevance in this study was the methodological choice to confirm this association. Most studies measure attachment retrospectively, questioning parents, adolescents, young people and adults and not children; and even when a longitudinal follow-up is achieved, when a non-infant population is at the baseline, they focus on a retrospective look at the assessment of suicidal and self-harm behavior during childhood and adolescence [9, 11, 32, 68]. Thus, despite the losses obtained in this study, the possibility of prospectively monitoring these 316 children directing the

investigation to the occurrence of suicidal and self-harm behavior with attachment as exposure allowed relevant findings, which can serve as arguments for models of early clinical intervention, starting with the identification of children in greater vulnerability.

Of the maternal and family variables chosen for the investigation, “feeling responsible for the child” is relevant, with greater parental dissatisfaction associated with suicidal behavior/self-harm, since it confirms the importance of attachment for this outcome. Considering the average age of the children at the beginning of the investigation, the relational dynamics of parents with the child and their parenting styles, could help to understand the construction and repercussion of the relational attachment bond. Thus, even though the construct of this variable does not allow it to be used to directly measure attachment, it allowed for understanding about the family context where attachment was built [1, 9, 31].

Considering the model used, some general remarks are relevant. The full effect of attachment on suicidal behavior and self-harm deserves attention. In this sense, factors such as multiple adjustment and the incorporation of the sample plan of the complex sample into the analysis may have hindered the achievement of significant p-values [69].

Other fundamental aspects of the discussion are the observation of the insignificant relationship between attachment and suicidal behavior and self-harm when it involves internalizing problems, with only 7.8% of the total effect due to this internalizing disorder. On the other hand, after adjusting for confounding variables, the approximate OR of the total effect suggests 15% greater chance of suicidal behavior and self-harm among participants with a mental representation of non-secure attachment. It should be noted that the attachment effect on suicidal behavior has been controlled by the confounders so that they would not distort the effect being analyzed. Considering the multi-causality of the suicide *continuum* [23, 33, 37], recognizing its relevance at such an early stage may facilitate the promotion of mental health throughout development, reinforcing the medium and long-term importance of care and affective investment in children's first thousand days, [27, 28] even when faced with less common outcomes in pediatric practice with schoolchildren and younger adolescents.

This study has limitations, of which we highlight the loss of participants throughout the cohort. However, it is worth underlining the value of studying with a community sample, recruited at a school environment and representative. The measurement of suicidal behavior through ASEBA deserves attention because it is not a specific instrument for this purpose. Despite the understanding that non-suicidal self-injury is not necessarily

recognized as suicidal behavior, the frequent psychopathological overlap justified this methodological choice, validating the findings in the literature that self-harm (with or without suicidal ideation) is associated with adverse life experiences, insecure attachment, and developmental deviations [11, 23, 48]. It should be noted, however, that the higher occurrence of suicidal ideation (17.1%) compared to self-harm (8.9%) probably reflects the median age of the students surveyed, since the tendency would be to find rates of non-suicidal self-injury closer to those of suicidal ideation [43–45].

Another methodological choice that deserves discussion was the grouping of characteristics of insecure attachments and disorganized attachment in the category “non-secure attachment” measured by the Family Drawing Global Scale [5, 22]. Despite the risks, it was possible to understand that this categorization allowed greater precision in the identification of elements in the mental representation of attachment understood as a deviation in the development of attachment, despite reducing specificities in the typology of attachment. This reinforced the premise that disruptions in the attachment process are prospectively associated with self-harm, with and without suicidal ideation.

In this context, the longitudinal study with children and adolescents is the main strength of this study, standing out among the relevant studies that assess attachment and suicidal behavior retrospectively. It should be noted that the latest wave of research involved participants who were in the first half of adolescence, a stage that precedes an increase in the incidence of suicide globally [38, 40, 41]. Thus, it is possible to say that the data found anticipate a reality that may be found at a later stage in this investigation—which justifies the relevance of new studies with this perspective—but that it still causes clinical concern based on the correlations found presently.

Final considerations

This study adds to recent findings that corroborate the relationship between attachment, suicidal behavior, and self-harm, considering that disruptive attachments are related to emotional dysregulation and mental disorders throughout life. The findings validate the concern about the first thousand days of childhood, a critical period for building attachment between children and their attachment figure, confirming the importance of attachment for child and adolescent mental health [26, 28, 29]. The guarantee of care and affectionate relationships are conditions that reduce deviations in developmental trajectories and can prevent self-harm and suicidal behavior. This argument may facilitate the early attention of health, education and social assistance professionals on child development and encourage the inclusion of all forms of

self-harm in the list of pediatric concerns; likewise, it may become an encouragement for public policies to guarantee children's rights. The recognition of mental representations of attachment also facilitates the identification of children who become more vulnerable and incapable of dealing with peers and stressors during childhood and adolescence, leading ecologically to increasing contexts of violence and emotional distress. Further research is needed to expand the recognition of this association in other population groups and to try, even in childhood, to differentiate the paths that different types of attachment may facilitate as a risk or protection about suicidal behavior or non-suicidal self-harm. In the same way, it allows the topic of attachment to receive greater critical clinical attention, considering new diagnostic propositions with attachment as an important psychopathological nucleus.

Acknowledgements

Not applicable.

Authors' contributions

Silva Filho, Avanci and Assis conceptualized and designed the study, drafted the initial manuscript, prepared figures and tables, and reviewed and revised the manuscript. Pires and Oliveira conceptualized and carried out the initial analyses, prepared figures and tables, and reviewed and revised the manuscript. All authors approved the final manuscript as submitted and agree to be accountable for all aspects of the work.

Funding

This study was funded by CNPq—the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (Process Number 461623/2014–5). The article was supported by the Post-Graduate Program of Public Health at the National School of Public Health, Ensp/Fiocruz, and Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel – Brazil (CAPES) – Finance Code 001.

Availability of data and materials

Part of the data used for the analysis of this study is already available in research reports; part of it can be available upon request from the corresponding author for the article due to privacy / ethical restrictions.

Declarations

Ethics approval and consent to participate

All methods were carried out in accordance with relevant guidelines and regulations and all stages of the research were approved by the Research Ethics Committee of the National School of Public Health/Oswaldo Cruz Foundation (CAAE: 0051.0.031.000–04; 0024.0.031.000–07; 0040.0.031.000–08; 0071.0.031.000–11. All caregivers (parents or legal guardians) signed an Informed Consent Form; the adolescents signed an Informed Consent Form to participate in the research. Cases that were clinically serious and that were not undergoing psychological or psychiatric care received clinical advice and referrals.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare no competing interests.

Author details

¹National School of Public Health / Oswaldo Cruz Foundation (Ensp/Fiocruz), Rio de Janeiro, Brazil. ²National Institute of Infectious Diseases/Oswaldo Cruz Foundation (NIID/Fiocruz), Rio de Janeiro, Brazil.

Received: 14 March 2023 Accepted: 27 July 2023

Published online: 17 August 2023

References

1. Bowlby, J. Attachment and loss (Vol.I): Attachment. New York: Basic Books; 1969.
2. Main M, Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. In: M T Greenberg, D Cicchetti, E M Cummings, editors. *Attachment Preschool years Theory, Res Interv.* Chicago: University of Chicago Press; 1990.
3. Vicary AM, Fraley RC. Choose your own adventure: Attachment dynamics in a simulated relationship. *Personal Soc Psychol Bull.* 2007;33(9):1279–1291. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-34548065516&doi=10.1177%2F0146167207303013&partnerID=40&md5=80e21825d0f55d13fad1dc9ce35b2d51>.
4. Sarah Hinshaw-Fuseller, Sherryl Scott Heller, Victoria T Parton, Lara Robinson, Neil W Boris. Trauma and Attachment: The case for Disrupted Attachment Disorder. In: Osofsky JD, editor. *Young Child Trauma.* New York: The Guilford Press; 2004. p. 47–68.
5. Fury G, Carlson A, Sroufe A. Children's representation of attachment relationships in family drawings. *Child Dev.* 1997;68(6):1154–64.
6. Bowlby, J. Attachment and loss (Vol. III): sadness and depression. New York: Basic Books; 1973.
7. Osofsky JD. *Young Children and Trauma.* New York: The Guilford Press; 2004.
8. Christoforou R, Ferreira N. The serial mediational role of attachment and emotion regulation in the relationship between early life adverse experiences and self-harm in a group of individuals engaging in self-harm who interact in self-harm focused online platforms. *Eur J Trauma Dissociation.* 2022;6(3). Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85122794628&doi=10.1016%2Fj.ejtd.2022.100259&partnerID=40&md5=a460ff6ac5e2acac51f05ac3346f89cd>. Accessed 15 Jan 2023.
9. Danner Touati C, Miljkovitch R, Sirparanta A, Deborde A-SA-S. The role of attachment to the foster parent with regard to suicidal risk among adult survivors of childhood maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2022;128:104886. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85099690660&doi=10.1016%2Fj.chiabu.2020.104886&partnerID=40&md5=bcfbae50f7281ddd114488f9d00db38e>.
10. Waraen L, Mehlum L, Rognli EW, Czajkowski NO, Aalberg M. Associations between insecure attachment styles to parents and suicidal ideation in adolescents with depression. *Scand J Child Adolesc Psychiatry Psychol.* 2021;9(1):41–51.
11. Stagaki M, Nolte T, Feigenbaum J, King-Casas B, Lohrenz T, Fonagy P, Montague PR, ReadMontague P. The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. *Child Abuse Negl.* 2022;128:105576. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85126513480&doi=10.1016%2Fj.chiabu.2022.105576&partnerID=40&md5=07e054f074353383997d845f3ac4f38b>.
12. Guo Y, Ji Y, Huang Y, Jin M, Lin Y, Chen Y, et al. The relationship between suicidal ideation and parental attachment among adolescents: the mediator of anhedonia and peer attachment. *Front Psychol.* 2021;12. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85118401226&doi=10.3389%2Ffpsyg.2021.727088&partnerID=40&md5=90a15631bccf8e83a05767dcd870fa6a>. Accessed 15 Jan 2023.
13. Zortea TC, Dickson A, Gray CM, O'Connor RC. Associations between experiences of disrupted attachments and suicidal thoughts and behaviours : An interpretative phenomenological analysis. *Soc Sci Med.* 2019;235(June):112408. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112408>.
14. Main M, Kaplan N, Cassidy J. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. In: Bretherton I, Waters E, editors. *Grow points Attach theory Res Monogr Soc Res Child Dev* 50 (1-, Ser n°209). Chicago: University of Chicago Press; 1985. p. 331.
15. Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press; 2002.
16. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc*

- Psychiatry. 2012;51(12):1304–1313.e3. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84870348060&doi=10.1016%2Fj.jaac.2012.09.018&partnerID=40&md5=70889968ff671d1f85d55f009137ea93>.
17. Laurel L Williams, Muir O (eds). Adolescent Suicide and Self-Injury. Mentalizing Theory and Treatment. Adolescent Suicide and Self-Injury. Cham: Springer Nature; 2020.
 18. Adam KS. Suicide behavior and attachment: A developmental mode. In: Sperling M, Berman H, editors. Attach adults Theory, Assess Treat. New York: Guilford; 1994. p. 275–98.
 19. Ainsworth MD, Blehar MC, E Waters, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum; 1978.
 20. Thapar A, Pine DS, Leckamn JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. Rutter's child and adolescence psychiatry. 6th ed. Chichester: Wiley; 2015.
 21. Fury G. The relation between infant attachment history and of relationships in school aged family drawings. USA.: University of Minnesota; 1996.
 22. Assis SG de, Joviana Quintes Avanci (orgs). Violências e vulnerabilidades nos desenhos infantis. Niterói: Eduff; 2017.
 23. O'Connor R. When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it. London: Vermilion (Penguin Random House); 2021.
 24. Turecki G. Early-life adversity and suicide risk: the role of epigenetics. In: Pompili M, editor. Phenomenol Suicide Unlocking suicidal mind. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2018. p. 221.
 25. O'Connor DB, Gartland N, O'Connor RC. Stress, cortisol and suicide risk. *Int Rev Neurobiol*. 2020;152:101–130. Available from: <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.11.006>. PMID: 32450993.
 26. Sonuga-Barke EJS, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, Maughan B, Schlotz W, Kreppner J. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *Lancet*. 2017;389(10078):1539–1548. PMID: 28237264.
 27. da Cunha AJLA, Leite AJM, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr (Rio J)*. 2015;91(6):544–551. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2015.09.005>.
 28. Black MM, Walker SP, Fernald LCH, Andersen CT, DiGirolamo AM, Lu C, McCoy DC, Fink G, Shawar YR, Shiffman J, Devereceilli AE, Wodon QT, Vargas-Barón E, Grantham-McGregor S. Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*. 2017;389(10064):77–90. PMID: 27717614.
 29. Bhutta ZA, Guerrant RL, Nelson CA. Neurodevelopment, nutrition, and inflammation: The evolving global child health landscape. *Pediatrics*. 2017;139(April):S12–22. (PMID: 28562245).
 30. Seim AR, Jozefiak T, Wichstrøm L, Lydersen S, Kaye NS. Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence: co-occurring psychopathology and psychosocial problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;31(1):85–98. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-8509598422&doi=10.1007%2Fs00787-020-01673-7&partnerID=40&md5=a43c95ea189ab446b408b247caf32cc8>.
 31. Donath C, Graessl E, Baier D, Bleich S, Hillemecher T. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents? *BMC Pediatr*. 2014;14:113. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-113>.
 32. Zortea TC, Gray CM, O'Connor RC. The Relationship Between Adult Attachment and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review. *Arch Suicide Res*. 2021;25(1):38–73.
 33. WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
 34. Hoekstra PJ. Suicidality in children and adolescents : lessons to be learned from the COVID - 19 crisis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):737–738.
 35. Li S, Zhao F, Yu G. Childhood Emotional Abuse and Depression Among Adolescents: Roles of Deviant Peer Affiliation and Gender. *J Interpers Violence*. 2022;37(1–2):NP830–NP850.
 36. Zortea TC, Dickson A, Gray CM, O'Connor RC. Associations between experiences of disrupted attachments and suicidal thoughts and behaviours: An interpretative phenomenological analysis. *Soc Sci Med*. 2019;235:112408. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85068901649&doi=10.1016%2Fj.socscimed.2019.112408&partnerID=40&md5=67cab20b15265aaff5dc13f5367659f0>.
 37. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc B*. 2018;373(1754):20170268. (PMID: 30012735).
 38. Flammarique I, Santosh P, Zuddas A, Arango C, Hoekstra PJ, Coghill D. Development and psychometric properties of the Suicidality : Treatment Occurring in Paediatrics (STOP) Suicidality Assessment Scale (STOP-SAS) in children and adolescents. *BMC Pediatr*. 2016;16(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0751-2>. PMID: 27964729.
 39. United Nations Children's Fund (UNICEF). The state of the world's children 2021: on my mind – promoting, protecting and caring for children's mental health. New York; 2021. Available from: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>. Accessed 15 Jan 2023.
 40. WHO. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>.
 41. WHO. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HAI). Geneva: WHO; 2017.
 42. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
 43. Donath C, Bergmann MC, Kliem S, et al. Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. *BMC Pediatr*. 2019;19:45. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1404-z>.
 44. Palmer C, Connor C, Channa S, Anna Lavis, Leung N, Parsons N, Birchwood M. The Development of First-Episode Direct Self-Injurious Behavior and Association with Difficulties in Emotional Regulation in Adolescence. *Suicide Life Threat Behav*. 2019;49(5):1266–1280. PMID: 30178563.
 45. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal selfinjury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2012;6:10. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>.
 46. Silva Filho OC da, Minayo MC de S. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(7):2693–2698. PMID: 34231682.
 47. Brasil. Ministério da Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. *Bolet Epidemiol*. 2021;52(33):1–10.
 48. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373–82.
 49. Soares FC, Hardman CM, Rangel Junior JFB, Bezerra J, Petribú K, Mota J, de Barros MVG, Lima RA. Secular trends in suicidal ideation and associated factors among adolescents. *Brazilian J Psychiatry*. 2020;42(5):475–80. (PMID: 32491043).
 50. O'Connor, Rory C, S Platt, J Gordon (eds). The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice. Hoboken: Wiley Online Library; 2011.
 51. Weine S, Horvath A, Mph M, Singh M, Pringle B. Global Child Mental Health Research : Time for the Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(11):1208–1211. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.06.015>.
 52. A Casa Fluminense. Mapa da desigualdade. Região Metropolitana do Rio de Janeiro 2020. [cited 2022 Jun 18]. Available from: https://casafuminense.org.br/wp-content/uploads/2020/07/mapa-da-desigualdade-2020-final_compressed.pdf.
 53. Silva T. Escola no Espaço e o Espaço da Escola: O ensino da Geografia e sua contribuição para a compreensão das dinâmicas sócio espaciais. [Monografia] Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017.
 54. ABEP. Associação Brasileira das Empresas de Pesquisas. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2022. p. 7. [cited 2022 Jun 18]. Available from: <https://www.abep.org/>.
 55. Figueiredo V. Escala de inteligência Wechsler para crianças. Manual. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2002.
 56. Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA School-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont/ Research Center for Children, Youth & Families; 2001.
 57. Bordin I, Mari J, Caeiro M. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Rev ABP-APAL*. 1995;17(2):55–66.
 58. Willms J. Vulnerable children. SL: The University of Alberta Press; 2002.

59. Assis SG, Avanci JQ, Oliveira R de V. Socioeconomic inequalities and child mental health. *Rev Saude Publica*. 2009;43 Suppl 1:92–100. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102009000800014>.
60. de Assis SG, Avanci JQ, De VR. Socioeconomic inequalities and child mental health. *Rev Saude Pública*. 2009;43:1–8.
61. R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. Vienna: R Foundation for Statistical Computing; 2021. Available from: <https://www.r-project.org/>.
62. Oberski D. lavaan.survey: An R Package for Complex Survey Analysis of Structural Equation Models. *J Stat Softw*. 2014;57(1):1–27.
63. Rosseel Y. lavaan : An R Package for Structural Equation lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *J Stat Softw*. 2012;48(2):1–36.
64. Ling Y, Po C, Kuo H. Effects of perceived stress and resilience on suicidal behaviors in early adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):861–870. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01401-w>.
65. Cash SJ, Bridge JA. Epidemiology of youth suicide and suicidal behaviour. *Curr Opin Pediatr*. 2009;21(5):613–9.
66. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;3(4):372–94.
67. Zuccolo PF, Casella CB, Fatori D, Shephard E, Sugaya L, Gurgel W, Farhat LC, Argeu A, Teixeira M, Otoch L, Polanczyk G V. Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022;(0123456789). <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02006-6>.
68. Lahav Y. Suicidality in childhood abuse survivors – the contribution of identification with the aggressor. *J Affect Disord*. 2021;295:804–810. Available from: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85114723111&doi=10.1016%2Fjad.2021.08.138&partnerID=40&md5=450149b1241a708ba054672cc27567e8>.
69. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA's Statement on p-Values: Context, Process, and Purpose. *Am Stat*. 2016;70(2):129–133. <https://doi.org/10.1080/00031305.2016.1154108>.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions



5.2 PRODUTO 2: COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESÕES: TRAJETÓRIAS POSSÍVEIS NO TEMPO

Capítulo 3

Comportamento suicida e autolesões: trajetórias possíveis no tempo

Orli Carvalho da Silva Filho, Simone Gonçalves de Assis, Joviana Quintes Avanci



És um senhor tão bonito / Quanto a cara do meu filho
Tempo, tempo, tempo, tempo / Vou te fazer um pedido
Tempo, tempo, tempo, tempo

Compositor de destinos / Tambor de todos os ritmos
Tempo, tempo, tempo, tempo / Entro em um acordo contigo
Tempo, tempo, tempo, tempo
[Oração ao Tempo; Caetano Veloso, 1979]

A possibilidade da morte dos filhos, obstruindo o florescer da própria descendência, costuma se apresentar como um dos grandes medos em mães, pais e demais cuidadores humanos. Tal morte, certeza de que sua prole não participará da teia social do presente e do futuro, e que não constituirá a evolução da espécie, provoca marcas de/em dimensões afetivas, culturais e instintivas no/do homem. Deste modo, apesar da difícil generalização, ao longo do tempo, a preocupação com a trajetória dos filhos está na essência do ser humano – despertando temores e curiosidades, familiares, cotidianas e investigativas (Bee; Boyd, 2011; Thapar *et al.*, 2015).

É consenso que todas as mortes são interrupções do ciclo vital; porém, as mortes prematuras, ou ainda as não esperadas (se é que, de fato, temos a capacidade de esperar alguma morte), podem representar rupturas mais drásticas (Silva Filho, 2019). Como se o tempo da vida fosse agudamente interrompido, ou melhor, como se presenciássemos uma cruel antecipação do fim de uma trajetória. Ainda que possamos assumir que há diversos contextos para identificarmos e categorizarmos a prematuridade de uma morte, nos reservaremos neste capítulo a uma lógica etária: rupturas que ocorrem na infância, adolescência e início da juventude. Mas expandiremos esse conceito de ruptura para os eventos que interrompem não apenas a vida, mas também sua integridade, em específico, quando essa se dá de forma voluntária.

Teremos aqui, em nosso horizonte reflexivo, a autolesão não suicida (ALNS) e o comportamento suicida (CS); ambos os fenômenos humanos, universais e possíveis de serem observados na infância e adolescência (Avanci *et al.*, 2023a; Thapar *et al.*, 2015). Desse modo, o temor familiar e social se amplia, conforme a proposição do “triplo tabu” sugerido por Silva Filho e Minayo (2021): tabu da morte < tabu do suicídio < tabu do suicídio infantojuvenil. Não apenas uma preocupação com o fim da vida ou da integridade da descendência; mas por ter uma “finalidade” autoprovocada. Importante destacarmos que nosso olhar nesta reflexão foca o comportamento suicida (CS) e a autolesão não suicida (ALNS) como expressões da violência autoinfligida e do sofrimento psíquico (Silva Filho, 2022)

Por comportamento suicida, recorreremos à definição defendida pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2014), aqui explicitada por Botega (2015, p.24):

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

Importante a demarcação espectral onde a gravidade do sofrimento psíquico se impõe gradativamente até que se chegue ao desfecho fatal: o suicídio. Como explicado mais a frente, neste capítulo o termo Comportamento Suicida (CS) faz referências à ideação suicida e/ou à tentativa de suicídio, pela não ocorrência de casos de suicídio no grupo estudado.

A autolesão não suicida (ALNS) é uma manifestação de sofrimento e violência que

se aproxima, enquanto expressão humana, das tentativas de suicídio; porém, psicopatologicamente se diferencia por não ser precedida da ideação suicida. Assim, ainda que sem consenso na literatura, as ALNS são uma violência autoprovocada mas não integrantes do comportamento suicida, uma vez que não representam uma reação ao desejo pela própria morte (Dulcan, 2022; Jans *et al.*, 2018; APA, 2014). Neste texto, entretanto, os instrumentos de pesquisa utilizados não diferenciaram as autolesões com ideação suicida (tentativas de suicídio) das sem ideação suicida (ALNS), de forma que optamos muitas vezes ao termo CS/ALNS.

Como fenômeno universal, o comportamento suicida é uma realidade possível de incidir em uma trajetória probabilística vital (Dulcan, 2022; WHO, 2014). E mais do que cifras que registram sua ocorrência – em crescimento no cenário nacional (Brasil, 2024), por ex. – apontando riscos e desvendando seus fatores causais, tentaremos nos deter a seus indícios. Indícios não tão objetivos, mas que possam ser buscados e olhados, prospectiva ou retrospectivamente, diante da anunciação de uma violência autoprovocada. Pistas discursivas que podem surgir, se manter, aumentar ou ainda esmaecer ao longo do tempo, no curso do desenvolvimento e das trajetórias da espécie humana à vida adulta e velhice.

Assim, neste capítulo em forma de ensaio, escolhemos falar em indícios. Indícios encontrados e interpretados a partir de entrevistas realizadas em três momentos da janela temporal de uma coorte que vem acompanhando escolares, hoje jovens, em uma região metropolitana do sudeste brasileiro. Através de dados obtidos das cinco ondas da coorte (2005 a 2022), relatos, olhares e entrevistas de responsáveis (2006), adolescentes (2011) e jovens (2022) sobre saúde mental e violência, e da prática clínica dos pesquisadores e autores, procuramos costurar elipticamente esses diferentes discursos e números. A pesquisa já foi introduzida em capítulos anteriores do livro (Avanci *et al.*, 2023b). Objetivamos, ao descrever a ocorrência CS/ALNS entre os participantes e, ao analisar as entrevistas realizadas ao longo de quase duas décadas de estudo, encontrar alguns fios e indícios que possam colaborar na compreensão de trajetórias probabilísticas de violência autoinfligida suicida em crianças e adolescentes; entendimentos e costuras que podem se converter em sua prevenção.

Tempo e Trajetórias

“Tempo” e “trajetórias” caminham juntos quando se pensa o desenvolvimento humano; não como sinônimos, ainda que aproximações semânticas sejam possíveis. Desenvolvimento, por conseguinte, tem se cristalizado como tópico nuclear ao se considerar a vida de crianças e adolescentes, como seres biológicos e sociais (Bee; Boyd, 2011; Dulcan, 2022), principalmente quando saúde mental, transtornos de aprendizagem e violência destacam-se como importantes queixas demandadas a profissionais de saúde que assistem esse público - marcadamente após a pandemia da Covid-19 (ZUCCOLO *et al.*, 2022; FIOCRUZ, 2021). Queixas que, por diferentes caminhos, podem evoluir para desfechos autoinflingidos.

Assim, na premissa de que pensaremos sob a perspectiva do desenvolvimento humano, é interessante para a devida problematização contemporânea da saúde infantojuvenil (e de sua ruptura), o referencial teórico proposto por Bronfenbrenner (2011; 1993) que compreende o desenvolvimento humano mediado por relacionamentos micro e macrosociais. Para o autor, estar se desenvolvendo é estar se relacionando (Bronfenbrenner, 2011; 1993; Bronfenbrenner, Ceci; 1994): assim, olhar para a qualidade de tais relacionamentos pode ser uma estratégia de avaliar como os rebentos percorrem, complexa e probabilisticamente, os seus caminhos até a vida adulta. E também como pensam e agem os outros indivíduos e sistemas que se relacionam com eles.

Articulando o biológico com a ecologia social, estendendo as proposições de Bandura e Vigotsky, e expandindo a perspectiva do desenvolvimento da infância para todo o ciclo vital, o psicólogo Urie Bronfenbrenner propôs a Teoria Bioecológica (Bronfenbrenner, 2011; 1993). Esta teoria, por sua visão sistêmica numa ênfase conjunta à causalidade múltipla e ao caráter relacional, pouco tempo após sua criação, foi utilizada pela Organização Mundial da Saúde como modelo de abordagem da violência; fato esse que levou a sua grande disseminação no campo da Saúde Pública (OMS, 2012).

Para o autor, o desenvolvimento pode ser compreendido como uma trajetória com mais de uma possibilidade, onde as marcas evolutivas espécie-específicas funcionam dinamicamente através das micro e macrorrelações do indivíduo com o ambiente (Bee; Boyd, 2011). O modelo Bioecológico, deste modo, corrobora a ruptura do dualismo “*nature vs. nurture*” na aposta que prevalece uma relação bidirecional entre fenótipo e genótipo (BRONFENBRENNER; CECI; 1994), justificando, assim, que as trajetórias humanas são probabilísticas e temporalmente dependentes.

A teoria Bioecológica define quatro componentes interativos nos quais o

desenvolvimento se manifesta (BRONFENBRENNER, 2011):

- 1) Tempo: compreendido pelos eventos do ciclo vital, mas também pelo momento histórico vivido. O tempo se configura como um sistema próprio – o cronossistema; e assim justificamos seu protagonismo neste capítulo.
- 2) Pessoa: a menor unidade do sistema que carrega e une características biológicas, psicológicas e sociais; elementos que viabilizam e orientam como se processam, singularmente, as respostas ao meio.
- 3) Processo: transformações pessoais, apreendidas ou internalizadas, decorrentes das interações pessoais com o seu ambiente. A construção deste processo é considerada tão importante quanto seu resultado.
- 4) Contexto: componente esquematizado em quatro níveis (sistemas) e que ilustra graficamente o modelo em círculos concêntricos e crescentes, onde se as interações sociais se estabelecem – microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema. O microssistema é o nível mais íntimo do indivíduo, onde ocorre convivência direta, mantida, e face-a-face – tipicamente representado pelas famílias, quando se fala de crianças e adolescentes. O mesossistema é uma camada bem próxima ao sistema anterior, ainda como nível social de interação direta, como escola, igreja, trabalho. No exossistema não há participação direta do/com indivíduo, o processo se estabelece através de relações secundárias – família expandida, direção da escola, por exemplo. O macrosistema é configurado por um conjunto de valores, crenças, política e cultura de uma sociedade. Os quatro componentes desta teoria representam sua ideia central: diferentes contextos sociais promovem oportunidades e desafios para o indivíduo (Bronfenbrenner, 2011). As relações, quando estáveis e recíprocas, protegem a pessoa nessa interação ambiental; quando envolvem afeto, reciprocidade e equilíbrio de poder são estímulos positivos e de proteção para o desenvolvimento individual e, logo, para a preservação temporal da espécie.

Valorizando esse olhar sistêmico sobre o desenvolvimento humano, mas com ênfase na preocupação com a possibilidade da drástica interrupção da vida de crianças e adolescentes pelo comportamento suicida, recorremos a um dos esforços para sua compreensão: o modelo tripartite *Integrated Motivational-volitional Model of Suicidal Behaviour* (IMV), proposto pelo psicólogo e suicidologista Rory O'Connor (2011). Diante de alguns modelos explicativos para o suicídio, há um destaque conferido pelo IMV por sua franca defesa da possibilidade de prevenção. Prevenção que abre espaço para diálogos

reflexivos com familiares e profissionais sobre o temor da ruptura (e o que poderia impedi-la) da vida no curso da infância e adolescência (O'Connor & Kirtley, 2018; O'Connor; Platt; Gordon, 2011).

O IMV é um modelo propositivo e explicativo do comportamento suicida e tem como premissas: a consideração da complexa influência da genética, psicologia, ambiente e cultura sobre o risco de suicídio; a integração de outros modelos teóricos sobre suicídio; o objetivo de prever a ideação suicida e sua evolução para o planejamento e tentativas de suicídio; ser um modelo teórico gerador de hipóteses possíveis de serem testadas; e iluminar os “escuros caminhos” que ligam ideação e ato suicida (O'Connor, 2021). É marcada a ideia de que suicídio se configura como comportamento e não apenas como um produto ou um desfecho de um transtorno mental (O'Connor, 2021)

Ao conceber três fases para o comportamento suicida - pré-motivacional, motivacional e volitiva -, o IMV destaca que as intervenções para sua prevenção e manejo precisam ser desenhadas e direcionadas a cada um desses momentos (O'Connor; Kirtley, 2018; O'Connor; Platt; Gordon, 2011). Fases crescentes de um *continuum* de autoviolência, que também precisam ser olhadas a partir do desenvolvimento e contexto de vida deste sujeito em sofrimento. Fases que podem ser lidas como uma trajetória, de dupla direção, do sofrimento psíquico de cada sujeito. Desse modo, um mesmo ato de autoviolência poderia ser interpretado, manejado ou prevenido de forma diferente segundo quem o perpetrrou, assim como quando foi perpetrado.

A Fase Pré-motivacional representa o contexto biopsicossocial de onde emergem a ideação suicida, composta por “diáteses/vulnerabilidade”, “ambiente” e “eventos adversos de vida” (O'Connor, 2021). A Fase Motivacional configura-se como um tempo vital onde a morte se torna a única possibilidade diante do estresse e sofrimento de uma crise psíquica caracterizada por dois conceitos nucleares: “derrota/humilhação” e sem saída/aprisionamento. Essa fase descreve o sentimento de sentir-se encurralado e sem saída, a partir de uma perspectiva rígida e estreitada (visão tunelizada), predispondo a progressão de uma ideação suicida (O'Connor, 2021). A Fase Volitiva representa o estágio onde uma ideação suicida avança para uma ação (tentativa de suicídio), através da influência de oito moderadores volitivos – que podem estar presentes ou não, e cuja intensidade também varia no tempo: acesso aos meios; planejamento; exposição a suicídio ou a comportamento suicida; impulsividade; sensibilidade à dor física; destemor sobre a morte; imagens mentais sobre a própria morte; e tentativas de suicídio prévias

(O'Connor, 2021).

Ao tentar organizar todos esses elementos, mais do que elencar fatores de risco, o modelo IMV tenta expressar em fases o *continuum* suicida respeitando as especificidades do indivíduo. Ele ilumina, assim, as possibilidades de intervenção, contextualizando a universalidade do fenômeno suicídio ao demarcar as singularidades individuais em suas trajetórias de vida.

Os modelos de Bronfenbrenner e de O'Connor, embora concebidos em contextos históricos diferentes, têm fomentado compreensões para ações de prevenção das violências autoinflingidas (Alvarez, 2022; Zortea; Gray; O'Connor, 2019). Além desta finalidade concordante, foram trazidos para a discussão neste ensaio por defenderem a importância do entendimento do tempo em cada trajetória humana. Trajetórias marcadas individual e coletivamente por relacionamentos, contextos e sistemas que puderam, através de diversos elementos, conferir risco ou proteção para o comportamento suicida ou outras autolesões. De forma que ambos referenciais teóricos reconhecem a pluralidade e multiplicidade dos fatores - potencialmente - envolvidos entre os tênues e dinâmicos limites do bem viver, do sobreviver, do desejo pela própria morte e do morrer.

Um olhar elíptico

Assumimos até agora, uma direção discursiva: o temor e a incerteza da escolha pela própria morte na infância e adolescência a partir de olhares adultos. O reconhecimento de que há, geralmente, uma preocupação dos responsáveis pela sobrevivência e pela trajetória desenvolvimental saudável da prole. Preocupação de adultos que, como num ponto inicial de um segmento de reta, exercem um “olhar para frente” – mediado pelo temor da não sobrevivência da sua prole.

Mas, é possível se procurar as expressões de um “olhar para trás” – no sentido inverso, ainda no contexto microssocial da relação dos adultos com seus descendentes, no curso de seu amadurecimento, refletindo como, onde e quando se estabeleceram esse cuidado e essa relação. Como essas crianças se desenvolveram diante da possibilidade das violências autoinflingidas; e como compreendem as relações experimentadas no micro e mesossistema da sua infância a sua juventude. Não necessariamente um relato complementar ao olhar de seus, até então, cuidadores; mas uma narrativa pessoal do que marcou, persistiu e influenciou sua trajetória. Do que resiste e se sustenta no tempo; ou

ainda do que pode influenciar suas novas relações, em novos papéis sociais, sistemas e contextos. Olhar para trás também pode (e deve) passar pela perspectiva de ter se tornado o responsável por um filho; resgatam-se, assim, as memórias sobre ser filho e toda sequência afetiva resultante disso.

Temos mais do que dois segmentos discursivos em paralelo e em sentido inverso; consideramos que há arranjo elíptico onde diferentes olhares discursam sobre a possibilidade da morte autoprovocada: medos, fantasias, violência, afetos e tabus construídos, em múltiplas direções e sentidos, num cronossistema, segundo Bronfenbrenner (2011). Mesmo que cronologicamente pareçam ser momentos distantes, constituem uma mesma janela temporal, onde, elipticamente se olha e se é olhado; onde mesmo narrativas omitidas, podem ser lidas em contexto e entrelinhas.

Ainda que um tanto quanto abstrato, principalmente quando a agudeza das autolesões se imprime no curso da vida e exige intervenções precisas, essa janela temporal permite uma concepção ampliada de possibilidades relacionais para os mesmos sujeitos. Inúmeros contextos, olhares e discursos que se cruzam na linha do tempo, gerando múltiplas trajetórias entre a infância e a juventude; e, por conseguinte, diferentes possibilidades de interrupção do curso da vida. Ademais, um olhar sensível à não linearidade facilita a compreensão de um *continuum* suicida, dinâmico, influenciado pelo desenvolvimento e pelos sistemas relacionais (Bronfenbrenner, 1993; Bee; Boyd; 2011), e onde as fases pré-motivacional, motivacional e volitiva se apresentam com demandas e respostas também variáveis (O'Connor, 2021).

Assim, mais do que enumerar fatores de risco e de proteção para um desfecho autoprovocado, justificamos a necessidade de uma atenção para o espaço-tempo relacional, contextual e biopsicossocial no curso desenvolvimental. Um mesmo elemento pode apresentar várias leituras e interpretações no tempo, várias causas e várias consequências; e temporalmente, flutuações nem sempre esperadas.

Não se trata, deste modo, de recusar modelos explicativos e de intervenção; mas de assumirmos que a universalidade do suicídio não pode linearizar as trajetórias individuais, familiares e sociais. A universalidade do suicídio se sustenta na possibilidade de que todo o ser humano, potencialmente, pode se autoviolentar. Não uma homogeneização compreensiva sobre esse fenômeno que ainda que universal, é multideterminado. E que, em sendo humano, é também relacional e marcado pela subjetividade, de forma que os mesmos elementos podem assumir expressões polimorfos

e polifônicas (Lima; Navasconi, 2022; O'Connor, 2021).

Sujeitos e percurso metodológico

Optamos pela triangulação de métodos, diversificando as estratégias metodológicas ao longo do estudo, tal qual introduzido na apresentação deste livro. Parte do capítulo baseia-se na análise de conteúdo de 23 entrevistas, guiada pela modalidade temática (Bardin, 1977; Minayo, 2014). Complementamos a perspectiva qualitativa com análises quantitativas descritivas dos dados obtidos nos questionários ao longo das cinco ondas da coorte, e através da investigação de Representação Social (Moscovici, 1984) nos questionários com os adolescentes (2011/12). Além da valorização da complementaridade qualitativo-quantitativo (Deslandes; Assis, 2002), destacamos a escolha por um percurso metodológico que sobrepusesse perspectivas individuais e coletivas para as entrevistas num mesmo tempo analítico, ora olhando para o *corpus* como um conjunto de trajetórias únicas, ora como uma única trajetória. Sobrepusemos também as visões sobre o comportamento suicida e autolesões dos participantes: ouvimos os responsáveis e os próprios adolescentes/jovens.

Enfocamos trajetórias – marcadamente no plural – ao longo do tempo; linhas temporais de sujeitos diferentes, ao longo de quase duas décadas de estudo, desde sua linha de base. Não há validade interna ou externa, *per se*, para que se alcance uma homogeneização ou generalização de tais dados. Ao mesmo tempo, não há um olhar longitudinal de um único indivíduo – em três entrevistas ao longo dos anos - para aprofundamentos compreensivos. A permanência no estudo ao longo da coorte foi sempre acompanhada pela resposta a questionários e nem sempre houve entrevistas em profundidade de todos os participantes.

O estudo longitudinal ao qual nos referimos neste capítulo iniciou em 2005 com 500 crianças (em torno de sete anos de idade) amostradas no segundo ano do ensino fundamental de escolas públicas do município de São Gonçalo, região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, marcada pela violência e vulnerabilidade social. Ao início do estudo tinham idade média de 7 anos de idade. Entender as trajetórias de vida desses escolares, considerando família, escola e comunidade, enfatizando saúde mental e violência, segue sendo, desde o início, um dos objetivos principais deste estudo longitudinal (2005, 2006, 2008, 2012/13, 2021/22). Em 2011, houve uma etapa

complementar, com participação de alguns sujeitos através de entrevistas qualitativas (Assis, 2014), que exploramos neste capítulo. Desse modo, tem sido possível acompanhar o desenvolvimento dessas crianças até sua juventude (Avanci, 2023b). Todas as etapas da pesquisa receberam aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Ensp/FIOCRUZ. Para a reflexão proposta neste texto, recorreremos a dados antigos e recentes, principalmente às coletas em 2006, 2011 e 2022, buscando uma compreensão predominantemente longitudinal e desenvolvimental.

Como demonstrado no Quadro 1, considerando nosso objetivo neste capítulo, as entrevistas selecionadas para esta análise foram referentes aos participantes em que, em algum momento do estudo, avaliamos a ocorrência de comportamento suicida ou autolesão não suicida. Esta medida foi apontada pelos instrumentos *Child Behavior Checklist* – CBCL; e *Youth Self Report* – YSR; escalas que compõem a *Achenbach System of Empirically Based Assessment* – ASEBA – (Achenbach, Rescorla, 2001), utilizada para investigação de competência social e problemas de comportamento. Nas cinco ondas de nosso estudo, utilizamos duas questões da versão brasileira da CBCL (Bordin, Mari, Caeiro, 1995): “machucar-se de propósito ou tentar suicídio” e “pensar/falar em se matar”. Esta última questão faz referência à ideação suicida; já a primeira não diferencia autolesão não suicida ou tentativa de suicídio. Isso justifica nossa escolha para agrupar analiticamente esses dois fenômenos neste trabalho. Neste mesmo horizonte, utilizamos expressões como “violência autoprovocada” e “violência autoinfligida”, assim como suas variações, para se referir conjuntamente ao comportamento suicida e à autolesão não suicida, quando não há necessidade de demarcar suas diferenças.

Quadro 1: Panorama das entrevistas qualitativas

Objetivo da entrevista	Anos de investigação com entrevistas qualitativas		
	2006	2011	2022
	Investigar o comportamento da criança	Pesquisar sobre família, escola e relacionamentos	Compreender formas de socialização, violências, comportamento suicida e prevenção
Participante Entrevistado	Responsável	Adolescente	Jovem
Nº entrevistados	37	23	10
Nº entrevistados selecionados (ocorrência de ALNS ou CS) para análise	7	6	10

Fonte: Elaborado pelos Autores (2024).

As entrevistas qualitativas foram realizadas com os responsáveis (2006) e os

adolescentes (2011), versando sobre o tema do comportamento, visão de si da criança/adolescente. A escolha para as entrevistas baseava-se na inserção de participantes da coorte com e sem problemas emocionais e comportamentais detectados nos anos iniciais. Em 2021/22, optamos por escolher e entrevistar especificamente jovens que tinham passado por ALNS e tentativa de suicídio ao longo das quase duas décadas, considerando cinco perfis de participantes com o desfecho de interesse e buscamos a presença de jovens desses cinco grupos: A1- início CS/ALNS antes dos 14 anos com recorrência (2 jovens); A2 – início CS/ALNS antes dos 14 anos sem recorrência (1 jovem); A3 - início CS/ALNS antes dos nove anos com recorrência (3 jovens); B1 – CS/ALNS após 14 anos com recorrência (2 jovens); e B3 - início na juventude - CS/ALNS entre a quarta e quinta ondas da coorte (2 jovens).

As entrevistas seguiram roteiros semiestruturados e foram realizadas por diferentes pesquisadores. Para evitar o eventual reconhecimento dos participantes, assim como uma identificação exclusivamente numérica, optamos pelo uso de pseudônimos aleatórios. No caso de participantes crianças ou adolescentes, recorremos a figuras do folclore brasileiro; no caso dos jovens, de artistas nacionais de grande força e comprometimento com a cultura e com direitos humanos. Entendemos que seria uma homenagem aos participantes da coorte.

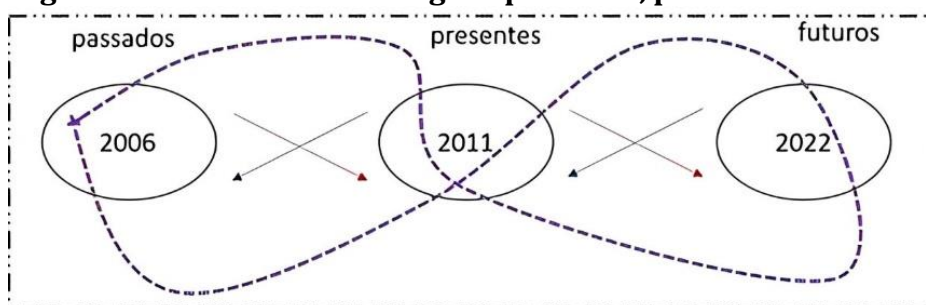
Nas próximas seções, discutimos alguns dos resultados deste estudo. Primeiramente, no tópico “Flutuação e incerteza: identificando resultados e resultantes” expomos os resultados referentes a elementos quantitativos coletados nos questionários ao longo das cinco ondas da coorte, debatendo um panorama geral de como comportamento suicida e autolesões se apresentaram ao longo dos quase 20 anos de investigação. Esse panorama geral das trajetórias individuais apresenta a flutuabilidade das ALNS e do CS ao longo do tempo.

Posteriormente, na seção “O tempo e a trajetória longitudinal” através de uma exposição em três momentos “Passados”, “Presentes” e “Futuros” apresentemos o debate, a partir das entrevistas, sobre o que hoje interpretamos como alguns dos possíveis indícios para a ocorrência da violência autoprovocada nas trajetórias dos participantes; pistas identificadas a partir dos discursos dos responsáveis, adolescentes e jovens. Optamos por essa divisão para que cada *corpus* de entrevistas fosse analisado à luz de um *tempo* na janela temporal, não para uma redução interpretativa, mas para uma melhor contextualização no cronossistema.

Metodologicamente, para o escopo deste livro, buscamos que assumir um caráter elíptico poderia ser pertinente, dada a dureza do tema e a necessidade de caminhos não usuais e mais palatáveis para se buscar compreender o comportamento suicida de crianças e adolescentes, em sua flutuação probabilística.

“Mães que falam de filhos, que falam de si e de suas mães”: tempos discursivos diferentes conectados por uma pesquisa longitudinal onde os entrevistados olham para frente e para trás e, elípticamente, nós pesquisadores, buscamos garimpar e construir sentidos temporais e atemporais para desfechos como as violências autoinflingidas, como simbolizado na Figura 1.

Figura 1: Percurso metodológico: passados, presentes e futuros



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Flutuação e incerteza: identificando resultados e resultantes

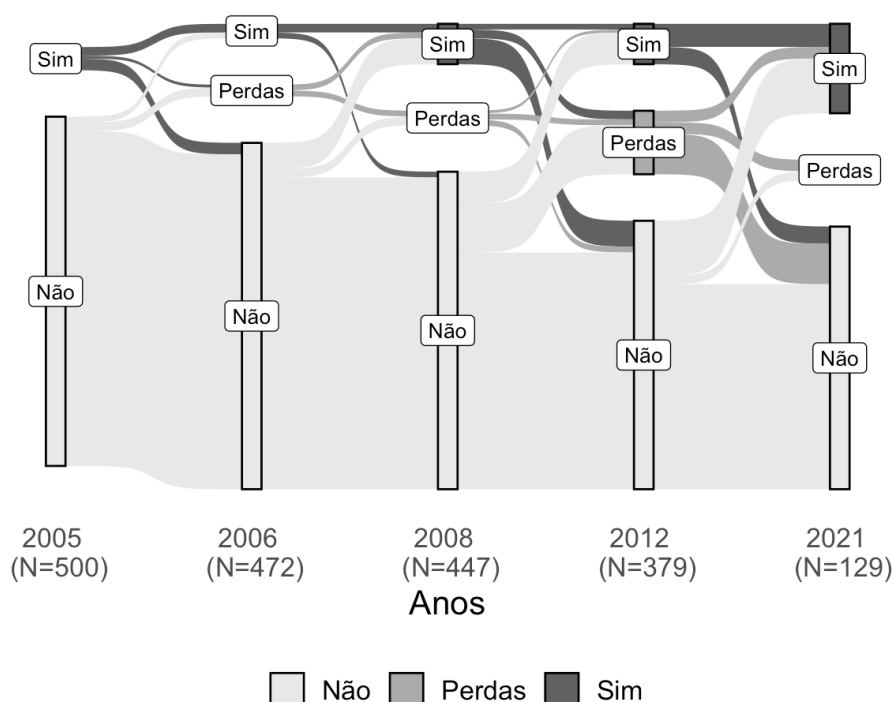
A Figura 2 apresenta um panorama temporal da presença da violência autoinflingida ao longo da vida dos 500 jovens acompanhados na coorte. Pode-se constatar nesta figura que houve uma significativa perda de participantes, especialmente entre a quarta e quinta ondas, fortemente explicado por maior intervalo temporal entre elas; além das dificuldades decorrentes da passagem da adolescência para juventude, o término e/ou evasão escolares e a coleta de dados ter se dado no período da pandemia da Covid-19.

Esta figura possibilita imaginar que a prevalência da violência autoinflingida variou em cada ponto da coorte, oscilando entre 2,4% em 2008 e 13,2% em 2021 para aqueles que falavam se matar; dentre os que se machucavam de propósito ou já tentaram se matar, a oscilação foi entre 0,8% em 2005 e 13,2% em 2021.

Nesta seção, nosso olhar agrega as trajetórias dos participantes, pensando-as coletivamente, discriminando-as apenas pela presença ou ausência do CS/ALNS. Ainda

que os elementos da “diátese/vulnerabilidade” da fase pré-motivacional do IMV (O’Connor, 2021; O’Connor; Kirtley, 2018), sejam distintos, podemos considerar que as semelhanças “ambientais” e de “eventos adversos de vida” – também componentes desta fase – permitem esse olhar coletivo. O olhar não se detém no sujeito individual específico, mas nas trajetórias possíveis que um ambiente pode influenciar no desenvolvimento espécie-específico.

Figura 2: Presença de violência autoinflingida (CS e ALNS) em jovens de São Gonçalo/RJ 2005 a 2021



Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Três resultados principais em relação ao comportamento suicida e ALNS foram encontrados: (a) a maioria dos participantes não apresentou o desfecho ao longo da pesquisa; (b) há um aumento da frequência das violências autoinflingidas ao longo do tempo; (c) a flutuação, e não a permanência, do CS ou ALNS foi a característica principal nas duas décadas de estudo.

(A) A ausência do desfecho em grande parte dos participantes foi algo que se repetiu em todas as ondas. Vale reiterar que o desfecho foi medido através de perguntas, como já explicado, que não permitiam a discriminação entre as autolesões não suicida e as tentativas de suicídio.

(B) Podemos perceber que ao longo da coorte há um aumento na frequência da ideação suicida e das autolesões, sejam elas sem ideação suicida ou tentativas de suicídio. Tal aumento se deu de forma progressiva, demonstrando um maior risco de ocorrência quando se avança da segunda metade da adolescência à juventude; ocorrência marcada por sofrimento emocional e violência. Novamente, temos nessa reflexão um olhar agregado da amostra, que espelha com nitidez como os fatores de risco das fases pré-motivacional e motivacional se avolumam neste momento da vida, formando um grande grupo de vulnerabilidade e um grupo de grandes vulnerabilidades para o *continuum* suicida (O'Connor, 2021; O'Connor; Kirtley, 2018). Essa tendência evolutiva também é descrita por publicação do Ministério da Saúde do Brasil que apresenta um aumento no número de notificações de violência autoinfligida no SINAN nesta transição etária (Brasil, 2024).

É importante sinalizar nossa escolha por chamarmos de frequência/ocorrência e não de incidência ou prevalência. Mesmo que cada questionário tenda a ser respondido a partir das experiências recentes, não podemos descartar que a ocorrência de uma autolesão (seja ela uma tentativa de suicídio ou uma autolesão não suicida) ou da ideação suicida em determinado momento da vida tenha sido reportada em mais de um questionário, deixando de ser um novo evento, por exemplo. Tal ponderação, entretanto, não impede nossa afirmação de que tal frequência aumentou temporalmente, verificado por medidas pontuais ou cumulativas e refletindo um maior risco das autolesões com o avançar da idade.

(C) A flutuação da violência autoinfligida na coorte foi o elemento mais relevante desta análise. Chamamos de flutuação a expressão gráfica sinuosa da oscilação entre os grupos que apresentam e os que não apresentam o desfecho de interesse no curso da coorte. Ainda que a perspectiva siga coletiva, podemos perceber que as linhas se entrecruzam em todos os intervalos temporais, entre as ondas; de forma que mesmo que algumas trajetórias permaneçam no mesmo grupo segundo o desfecho dicotômico, prevalece a flutuação na coorte. Ainda que as perdas no seguimento da coorte dificultam a real compreensão da totalidade do desenvolvimento dos entrevistados, por essa perspectiva agrupada, não estamos identificando os “indivíduos-trajetórias” que flutuam na linha do tempo; mas vemos um movimento permanente, embora inconstante, gerando uma incerteza probabilística.

Outro termo que compõe o título desta subseção se remete a uma perspectiva

interpretativa da objetividade da figura: a incerteza. A flutuação observada graficamente se traduz na incerteza da ocorrência desse desfecho. Não como incerteza numérica, mas como um dos grandes temores das famílias e grupos sociais da espécie humana, principalmente ao longo do desenvolvimento infantojuvenil.

Como argumentado anteriormente, mortes prematuras tendem a ser inesperadas, principalmente quando por causalidade externa. A incerteza, neste contexto, se acentua por se falar de uma morte autoprovocada ou de uma tentativa de autodestruição, condição não considerada típica do desenvolvimento humano. É possível que a gravura traduza, assim, diferentes incômodos provocados por essa incerteza: qual direção assumirá a trajetória de um filhote que acabou de nascer? Poderia uma dessas crianças nunca ter esse desfecho desagradável ao longo da vida? Uma vez ocorrendo na infância e adolescência, essa trajetória pode flutuar até a juventude? Como se lida com as probabilidades e riscos que se sobrepõem na segunda metade da adolescência? Como se sobrevive, existencialmente, após uma tentativa de suicídio? Perguntas diversas agrupadas como incertezas probabilísticas e demasiadamente humanas, aqui colocadas como novos pontos de reflexão e não como respostas anunciadas.

A incerteza, ao mesmo tempo, pode significar não apenas um receio, mas uma esperança; a expectativa que uma tentativa de suicídio ou uma autolesão não venham a se repetir ao longo do desenvolvimento. Ainda que a literatura seja robusta ao elencar que tentativas de suicídio sejam um grande fator de risco para o suicídio consumado e que há tendência na reincidência de ALNS, a prática clínica se soma à literatura para apontar que o desfecho suicida não é incidente em todos esses sujeitos (Silva Filho, 2022; Thapar *et al.*, 2015).

Flutuação e incerteza, desse modo, nos remetem a elementos que ajudam a conceituar o comportamento suicida: universalidade, vontade/desejo e sofrimento psíquico (O'Connor, 2021). E aqui retomaremos o início do capítulo e pensaremos a categoria desfecho da pesquisa como sendo o suicídio infantojuvenil, avançando em possibilidades compreensivas pela drástica possibilidade de uma morte autoprovocada em crianças e adolescentes.

O suicídio é um fenômeno humano e universal; e mesmo que não possamos afirmar ser exclusivamente humano (Minois, 2018) - e tal reflexão extrapola o contorno aqui permitido -, sem dúvidas, assumimos ser universal na espécie (Lima; Navasconi, 2022). A universalidade aqui se defende como fenômeno ou evento possível de ocorrer em

qualquer indivíduo da espécie humana que deseja e que é capaz de provocar sua própria morte (Silva Filho; Minayo, 2021). Não desconsideramos, em nenhuma hipótese, todo o contexto biopsicossocial – que sustenta muito do que conhecemos como “fatores de risco” –, de onde emerge a ideação suicida (como sugere o IMV), o início do espectro suicida (O’connor; Kirtley, 2018). Mas justificamos que tal ideação pode surgir em todos os humanos em algum momento do desenvolvimento.

A criança capaz de compreender o que é a morte, em teoria, pode pensar e, por conseguinte, desejar a própria morte; em se desejando, planejar e tentar executá-la (Silva Filho, 2019). Esse é o caráter universal, fortemente desagradável e desesperançoso, e como defendemos previamente, temeroso pelos cuidadores quando se pensa o futuro da prole. É possível que argumentos evolucionistas possam explicar que a escolha pela própria morte seja um caminho individual que garanta a segurança/permanência coletiva da espécie. Mas é pouco compreensível que tal modelo justifique o suicídio de filhotes, antes desses alcançarem a vida adulta.

Mas a incerteza se dá quando se reconhece a sua possibilidade. É certo que isso pode vir a ocorrer, e mesmo não ocorrendo, persiste a incerteza dessa trajetória probabilística e flutuante. Lidar com essas probabilidades leva muitas famílias a zelarem e cuidarem de suas crias, proporcionando caminhos menos sofridos e menos violentos até a vida adulta. Sofrimento psíquico e violência seriam, nessa perspectiva, condições definidoras e explicativas da emersão da ideação suicida. Poderiam ser consideradas como definidoras já que o comportamento suicida é entendido na sobreposição de sofrimento psíquico e violência (Silva Filho, 2019), especialmente na concepção biomédica de que em cerca de 80 a 90% dos casos de suicídio consumado há a possibilidade de um transtorno mental (Dulcan, 2022; Jans *et al.*, 2018; Botega, 2015). O sofrimento emocional – sendo ou não um transtorno mental categorizado – facilita uma visão tunelizada e rígida sobre os caminhos possíveis para o presente e para o futuro (O’Connor, 2021), interferindo no olhar e nas escolhas em relação ao viver.

Ademais, suicídio e autolesões são eventos de morbimortalidade violenta. Elementos definidos categoricamente pela saúde pública como de causalidade externa (WHO, 2014; OMS, 2002). Elementos que têm sua ocorrência explicada através e por meio de um ato violento; eles existem, pois, uma prática violenta os justifica e constitui. Assim, violência e sofrimento psíquico seriam condições presentes no caminho dessas crianças e adolescentes. A incerteza, entretanto, retorna e é traduzida pela realidade de que a

maioria das crianças e adolescentes em sofrimento emocional e em ambientes de violência não chegam a se autolesionar, muito menos a cometer suicídio (Dulcan, 2022; Thapar *et al.*, 2015).

A flutuação graficamente expressa na Figura 2, assim, parece ser pertinente ao que tem sido discutido em diferentes grupos humanos (Minois, 2018) e o que vemos na clínica com crianças e adolescentes (Dulcan, 2022; Jans *et al.*, 2018; Thapar *et al.*, 2015). Mesmo sendo um panorama explicativo relevante, flutuação e incerteza parecem não bastar como indícios para se lidar com a inquietação e o temor sobre a probabilidade da violência autoinfligida nas trajetórias familiares, nos motivando a avançar nessa investigação.

O tempo e a trajetória longitudinal

Como apresentado no decorrer do capítulo e esquematizado na Figura 1, três momentos da coorte foram olhados através das entrevistas qualitativas; entrevistas com participantes que apresentaram CS ou ALNS em algum ponto do estudo. Numa lógica simbólica, e não apenas cronológica, chamamos de “passados, presentes e futuros”, como alegorias entrelaçadas na janela temporal. O plural foi escolhido para demarcar as possibilidades múltiplas das narrativas, ora mais agrupadas, ora mais individualizadas.

Precisamos ressaltar que os elementos aqui trazidos não podem ser compreendidos isoladamente como fatores de risco ou de proteção; de igual modo, flertamos com o modelo classificatório da psiquiatria, mas não é possível fazermos diagnósticos neste texto. Além de a metodologia utilizada não permitir essas avaliações, o enfoque aqui proposto é o relacional e contextual.

Passados

Este tempo foi refletido a partir da análise de sete entrevistas realizadas em 2006 com responsáveis pelas crianças inseridas na coorte em 2005 e que apresentaram comportamento suicida ao longo da vida. O curto intervalo entre a primeira e a segunda ondas de investigação proporcionou um caráter mais próximo entre participantes e pesquisadores, por vezes, já conhecidos entre si – o que permitiu aprofundamento de algumas questões. Além disso, como tais encontros se deram no espaço escolar, o tema “escola” já recebia destaque de antemão.

Todos os responsáveis entrevistados foram mulheres, característica marcante no início deste estudo longitudinal (Assis, 2014; Avanci *et al.*, 2023b). Realidade semelhante à encontrada no país, onde o cuidado com os filhos se estabelece predominantemente, ou por vezes até exclusivamente, por mulheres (Vieira; Almeida, 2019). A maioria era a mãe, seguida pela avó paterna. Mães e avós são os típicos papéis nas famílias brasileiras de baixa renda que transitam no “percurso cuidado, casa e escola” com as crianças; destacamos a questão renda, pela regular participação de “babás” nesse percurso das famílias de classe alta (Vieira; Almeida, 2019). Assim, o olhar capturado no tempo “passados” foi feminino e familiar.

A literatura sobre saúde mental tem apontado para uma crescente relevância das alterações psicopatológicas na infância, encontradas na fase escolar ou ainda pré-escolar (Weine *et al.*, 2020; Dulcan, 2022); não de forma necessariamente causal para desfechos como comportamento suicida, por exemplo, mas como relevantes para a sua compreensão e intervenção (Silva Filho *et al.*, 2023). A presença de alterações comportamentais ou desconforto emocional são indícios para a necessidade de uma avaliação mais cuidadosa de crianças e adolescentes em relação ao seu desenvolvimento e saúde mental (Thapar *et al.*, 2015; Bee; Boyd, 2011). Desse modo, recorreremos como ponto de partida desta análise a presença, segundo as responsáveis, de alterações emocionais ou comportamentais nessas crianças, que aqui nomeamos como “problemas comportamentais” e “problemas escolares”. Mantivemos uma denominação mais próxima às referências apontadas pelas cuidadoras, uma vez que não foi utilizado um instrumento, nessas entrevistas, capaz de inferir ou estruturar diagnósticos.

Por “problemas comportamentais” agrupamos queixas possíveis de serem encontradas em quadros internalizantes ou externalizantes (Dulcan, 2022), sejam no ambiente familiar, escolar ou comunitário; “problemas escolares” fazem alusão exclusiva a problemas de aprendizagem. Apenas uma criança não apresentava, pelas entrevistas, problemas comportamentais ou escolares. Das outras seis: duas com problemas apenas comportamentais; uma apenas escolares; e três com comprometimento em ambos os contextos relacionais.

Tristeza, irritabilidade, agressividade e desobediência foram os principais “problemas comportamentais” que emergiram direta ou indiretamente nas entrevistas, predominando sua ocorrência simultânea.

Eu converso com você para o seu bem, que você está muito teimoso, muito nervoso assim, não obedece, não está obedecendo ninguém; desse jeito você nunca vai pra frente... a sua avó não vai gostar de você desse jeito. Ele me responde: 'a minha avó fica falando que eu sou burro, fica falando que eu sou chato, não gosta de mim' (mãe de Curupira, 9 anos, CS/ALNS relatado aos 8 anos).

Ela passa de um extremo ao outro, está muito alegre daqui a pouco ela já está brigando. Ela está sempre um pouco insatisfeita com o físico (mãe de Vitória Régia, 10 anos, CS/ALNS relatado aos 9 e 10 anos).

A gente tem que estar sempre atrás pra ver ela. O comportamento dela assim, a gente vê que é uma criança que é agitada. Sempre fica assim, pra tudo mesmo, até na escola. Sempre chamando, não quer obedecer (mãe de Boto Rosa, 10 anos, CS/ALNS relatado aos 9 e 10 anos).

São queixas comumente referidas por famílias, quando na vigência de alguma preocupação em saúde mental. São inespecíficas, ainda que sensíveis para presença de sofrimento psíquico nesta faixa etária (Dulcan, 2022). Recebem atenção prospectiva por ser a violência autoinfligida um desfecho cuja ocorrência está associada a grave sofrimento emocional. Ademais, dados globais apontam que 75% dos transtornos mentais se iniciem na infância e adolescência, sendo que 50% até a idade de 14 anos (Weine *et al.*, 2020); o que nos faz entender que as queixas apontadas pelas famílias eram indícios importantes longitudinalmente.

A vida na escola é intensa no curso da infância, sendo um contexto de extrema importância para se pensar sua funcionalidade e seu desenvolvimento. Sobre os “problemas escolares” houve descrições com maior especificidade:

Ele gosta muito de matemática. Matemática é uma beleza, mas negócio de leitura, de escrita, não tem condição. Está com muita dificuldade de escrever e ler. Ele mesmo escreve e não sabe o que ele escreveu (mãe de Boitatá, 11 anos, CS/ALNS relatado aos 13 anos).

E alguns mais gerais, demandando, inclusive, maiores intervenções:

É por causa de atenção na escola. Negócio de teimosia dele também, aí botou 'fono' e psicóloga pra ele. Segunda, quinta, terça e sexta” (mãe de Curupira, 9 anos, CS/ALNS relatado aos 8 anos).

Dados nacionais e internacionais sugerem uma prevalência de 15 a 20% de transtornos mentais em amostras comunitárias de crianças e adolescentes (Zuccolo *et al.*, 2022; Unicef, 2021; Weine, 2020; Assis *et al.*, 2009). Não podemos considerar a classificação “diagnóstico de transtorno mental” nessas crianças, uma vez que temos apenas referências a algumas queixas, no máximo, sintomas. Ainda assim, achamos

relevante o destaque que o tema saúde mental tenha recebido das famílias – considerando que não era um *setting* clínico, mesmo que mediado por pesquisadores.

Desse modo, podemos pensar que a preocupação com o comportamento e aprendizagem dos filhos estava presente desde o início de suas trajetórias de vida; trajetórias, nestes casos, atravessadas por comportamento suicida ou autolesão não suicida. Preocupação, assim, que pode ser reconhecida como um dos indícios do que estamos procurando e que precocemente na vida foram apontados pelas responsáveis. Também se destaca que, mesmo num contexto social vulnerável, algumas dessas crianças já estavam inseridas em espaços de reabilitação – o que pode ser interpretado como um sinal de gravidade desses “problemas”, considerando a escassez desses serviços na área urbana da pesquisa.

Uma vez que a presença de tais problemas foi frequente, achamos interessante refletir sobre as explicações apresentadas para essa ocorrência, que trazia evidente preocupação nas famílias. Elementos que poderiam justificar esses problemas ou ainda que estariam associadas a eles, não necessariamente os causando. A aproximação entre esses elementos, reunidos por nós como categorias, se justifica por serem interpretações dos discursos das entrevistadas, não tendo havido uma pergunta explícita sobre isso. Assim, representam o contorno desses problemas segundo essas mulheres. Duas categorias se mantiveram durante o processo analítico: “traumas psicológicos” e “criação”.

Trauma (e suas derivações) – lido por nós como adversidades e eventos adversos na infância - foi uma explicação muito utilizada pelas responsáveis, num temor de como um evento drástico pode afetar negativamente o desenvolvimento de uma criança. Morte de pessoas próximas, separação dos pais, nascimento de irmãos mais novos, adoecimento materno foram exemplos, numa argumentação espontânea que a experiência negativa nos primeiros anos de vida trazia repercussões comportamentais nesta fase escolar; também sendo uma importante pista nesta investigação. Explicação que vem sendo defendida em estudos globalmente, enquanto experiências adversas da infância (Christoforou; Ferreira, 2022; O’Connor, 2021). É curiosa a constatação que nem sempre a preocupação referida tenha se revelado numa atitude ou reação nas entrevistas; de forma que as famílias podem não saber, querer ou conseguir lidar com um evento identificado como traumático.

Foi em dois mil, só que ele não soube como foi, ele só soube que o pai faleceu e chamava, chorava, falava que chegou a hora, que Deus chamou (...) Ele ficou muito tempo culpando, ele falava que não gostava de Deus pelo fato de Deus ter levado

o pai dele. Esse peso todo ele tacou pra cima de Deus. 'Eu não gosto de Deus porque ele levou meu pai' (...) Ele tem muito medo de perder as coisas. Se minha mãe trabalha e demora muito, ele chora achando que a vó não vai voltar (mãe de Saci, 10 anos, CS/ALNS relatado aos 9 e 10 anos).

Mexeu muito com ele, sempre fala no avô, toda hora ele tem alguma coisa que lembra. Ele lembra a todo instante. Ele fala meu avô fazia... 'Vó faz leite igual meu avô fazia, com um pouquinho de sal' - o avô fazia tudo para ele tudo, tudo! Quando ele vai fazer cafifa, ele diz assim: "é se meu avô tivesse aí eu não precisava fazer cafifa!" Ele estava fazendo um balão e fez um balão quadrado lá meio esquisito; ele disse: ' meu avô fazia balão muito bem' (avó paterna de Caipora, 8 anos, CS/ALNS relatado aos 7, 8 e 10 anos).

Eu até acredito que seja por causa da separação. Quando eu e meu marido separamos, tinha dois anos, então dali pra lá o pai não dá muita atenção a ele e isso tudo afetou muito a vida dele. Teve uma vez que eu tive uma conversa com ele, ele sentou na mesa e falou: - 'Mãe, meu maior sonho, minha maior alegria é se meu pai voltasse para casa ou que ele me desse atenção' (mãe de Boitatá, 11 anos, CS/ALNS relatado aos 13 anos).

Sobre "criação", não entendemos que essa categoria indique uma explicação para a ocorrência dos problemas elencados, mas um apontamento familiar como uma denúncia diante de algo que não estaria funcionando bem, segundo as normas vigentes, ou que não fora planejado. O maior destaque foi a criação dos filhos pelas avós, por vezes decorrentes dos traumas citados previamente. Criação geralmente associada a valores e a modelos diferentes do pensado pelas mães ou situações de intensa vulnerabilidade familiar. Foram recorrentes as falas de que as avós mimam os netos e de que criação na ausência do pai é um problema para o crescimento da criança.

Quando ele nasceu, ele nasceu na minha casa, a mãe dele teve ele muito novinha, com 16 anos. Logo que ele nasceu, ela teve um problema muito sério: não queria dar 'mamã a ele', ela ficou assim... Como eu vou dizer... dizem que é rejeição após parto. Eu fui a mãe dele. (...) Desde que nasceu veio para mim, foi muito esperado, porque para te dizer a verdade ele foi o neto que Deus me deu, para mim. Às vezes até esqueço e chamo ele de filho (avó paterna de Caipora, 8 anos, CS/ALNS relatado aos 7, 8 e 10 anos).

Ele fica com negócio de mimo da minha mãe, que foi o primeiro neto. Minha mãe estava mimando muito ele. Quando ele fazia as coisas erradas, eu ia corrigir, minha mãe não deixava: 'ele é pequeno, não bate nele, não briga com ele'. Eu acho que foi mais por causa disso que ele ficou desse jeito (mãe de Curupira, 9 anos, CS/ALNS aos 8 anos).

A violência foi reconhecida como um problema existente nas famílias, ora como elemento traumático, ora como presente num modelo de criação inadequado. Ainda assim, o receio de que a violência sofrida na infância pudesse se associar, de forma específica, à violência autoinfligida no curso da vida não apareceu nos discursos; mas se reconheceu, que um

ambiente violento favorece ações violentas.

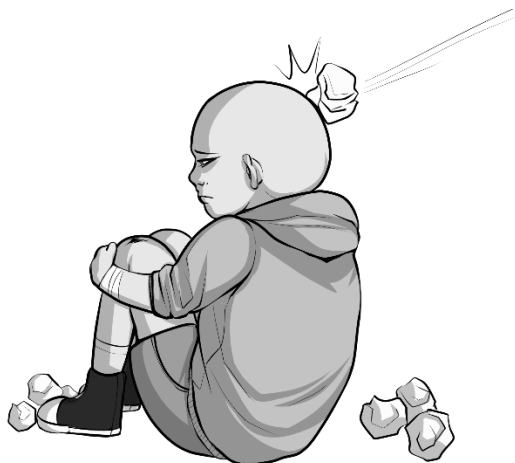
Eu sei lá, fico nervosa... às vezes eu falo que vou bater nele, que eu vou tirar, cortar as coisas que ele gosta. Eu falei que se ele passar de ano eu ia dar uma bicicleta a ele, o padrasto dele ia dar um vídeo game, mas do jeito que ele está... Ele vai perder comigo por que eu já fico nervosa, num estado de nervos. Ele faz teimosia, eu falo com ele, ele não escuta. Não sei nem o que eu faço mais (mãe de Curupira, 9 anos, CS/ALNS relatado aos 8 anos).

Ainda que tenha sido comentada pelas responsáveis, a violência no espaço escolar e comunitário, entre as crianças pequenas, não recebeu destaque na análise, estando presente apenas pontualmente. Nesse contexto, talvez pelo ano de realização das entrevistas, o termo *bullying* não foi evocado de forma espontânea em nenhum momento; o que veio a surgir posteriormente no estudo longitudinal.

Um ponto interessante, reconhecido como um vetor que atravessa toda a análise, em paralelo às categorias elencadas, é a confluência dos problemas infantis com os conflitos geracionais, principalmente os da maternidade. De forma que as trajetórias dessas mulheres adultas e das crianças se entrelaçam entre “os problemas” e a preocupação com o futuro; e como falar do presente dessas crianças, atualiza o passado dessas cuidadoras – num circuito elíptico. Algumas reflexões sobre como foram educadas se fizeram nas entrevistas, numa tonalidade transgeracional, com questionamento sobre como experimentam o papel de cuidadora. Ao falarem de seus filhos também falam – direta ou indiretamente - de seus pais: um espelho do movimento metodológico que buscamos neste capítulo. Nesse horizonte, justificamos a pertinência das leituras contemporâneas sobre a Teoria do Apego, ao avaliar que o apego construído na primeira infância direciona o lidar relacional na vida adulta, merecem a atenção clínica e investigativa (Silva Filho *et al.*, 2023). Destacamos, com isso, a relevância da saúde mental materna como elemento crítico para o desenvolvimento saudável da prole; e como um cuidado que precisa ser ampliado nas redes de atenção.

Não, eu só acho que às vezes eu não sei ser mãe, porque eu não sirvo para ser mãe. Só que tem coisas que ela faz que eu acho que não é normal de uma criança, mas eu tenho que lembrar que eu também fui criança um dia. Fui desobediente, fui malcriada mas mesmo assim, eu fui criança. Hoje em dia eu sou uma mulher e espero que ela seja uma mulher batalhadora como eu sou. Nunca desista dos seus sonhos (mãe de Iara, 8 anos, CS/ALNS relatado aos 8 e 23 anos).

Presentes



A partir de entrevistas realizadas em 2011 com adolescentes que sinalizaram a ocorrência de CS ou ALNS longitudinalmente, pensamos esta análise que priorizou características individuais e relacionais da adolescência. Mesmo realizadas em 2011, chamamos a análise deste tempo das entrevistas de “presentes”, por ter sido um momento da coorte a partir do qual já podíamos olhar para trás e que ainda viríamos a seguir prospectivamente e por ser a primeira vez que os próprios adolescentes falam sobre si em entrevistas qualitativas; representando um ponto de chegada e de partida das trajetórias e o meio dos caminhos em nossa janela temporal (Figura 1).

Na análise das seis entrevistas com adolescentes que manifestaram comportamento suicida ou autolesão ao longo do desenvolvimento, constatamos que quatro eram do sexo feminino e dois do masculino; não houve menção a questões de gênero ou sexualidade. A mediana de idade foi de 14 anos. O *corpus* analisado foi mais enxuto e sucinto; creditamos a isso o fato de esses adolescentes terem sido entrevistados no espaço escolar – o que por um lado trazia uma facilidade na organização da coleta de dados, por outro dificultava o interesse dos participantes na atividade. Além disso, o próprio momento no ciclo vital não facilitava o processo da pesquisa, uma vez que não havia uma demanda própria deles para solicitação de ajuda ou por conversas. Ainda que esses adolescentes já houvessem apresentado expressões de CS ou ALNS até 2011, segundo as respostas dos questionários, não se pronunciaram espontaneamente sobre isso nas entrevistas. Deste modo, os indícios encontrados são indiretos – pela não referência objetiva às violências autoprovocadas -, mas diretos – por serem expostos por aqueles que experimentaram essas mesmas violências.

O roteiro semiestruturado proposto teve como núcleo compreensivo o “jeito de

ser” desses adolescentes, buscando as percepções de como se veem e como se relacionam nos diferentes ambientes que frequentam. Neste pequeno grupo que observamos, não houve menção a trabalho ou movimentos religiosos, de forma que família e escola foram os espaços principais aos quais houve referências. Contrariamente ao esperado, também não ocorreram apontamentos a relacionamentos afetivos ou a parceiros e parceiras sexuais.

Mesmo em respostas curtas, avaliamos que dois grupos de características autorrelatadas foram realçadas, os quais chamamos: “jeito de ser” e “autoestima”. Ambos os grupos apresentam elementos apontados pela literatura e pela clínica que se associam ao comportamento autodestrutivo. Um terceiro grupo – “relações sociais” – emergiu no início da análise, mas não se sustentou em relevância, diferente do previsto por nós.

Por “jeito de ser” agrupamos essencialmente elementos que podem ser lidos como sintomas de quadros psiquiátricos e características de temperamento dos adolescentes, na formação da personalidade (Dulcan, 2022; Thapar *et al.*, 2015). Como já exposto, não propomos categorias diagnósticas – por justificativas metodológicas e pelo objetivo do estudo -, mas reconhecemos como características disfuncionais e que expressam sofrimento psíquico podem compor a fase pré-motivacional do IMV (O’Connor; Platt; Gordon, 2011). Por sabermos que os sujeitos entrevistados apresentaram desfechos no espectro suicida ou ALNS ao longo da vida, vimos pertinência nesta tentativa de análise apoiada numa leitura clínica.

Todo mundo fala que eu sou arrogante, ignorante. Mas eu sei que eu sou, mas eu acho que eles falam assim são muito também, são muito ignorantes. A maioria das pessoas não são ignorantes comigo, mas esse é meu temperamento, eu sou assim. A pessoa tem que me aceitar desse jeito. (...) Eles falam que eu sou muito abusada. Eles falam que eu sou muito esnobe, eles falam que eu sou muito nojenta, eles falam um monte de coisa. Mas eu sou assim (Cecília Mereles, 14 anos, CS/ALNS relatado aos 24 anos).

Na escola eu não gosto de implicar com ninguém mas se implicar comigo eu vou revidar. Eu vou revidar duas vezes pior (Ferreira Gullar, 14 anos, CS/ALNS relatado aos 24 anos).

Irritabilidade e baixo limiar de frustração foram elementos importantes nos relatos, que mesmo superestimados nas entrevistas, pareceram caracterizar o modo de funcionar de alguns dos adolescentes amostrados. A impulsividade e o baixo limiar de frustração, pela psiquiatria da infância e adolescência, poderiam ser expressão de desregulação emocional, sintomas característicos de transtornos de humor ou de

personalidade emocionalmente instável (Dulcan, 2022; Thapar *et al.*, 2015). Mesmo que a idade dos entrevistados dificulte o entendimento de transtornos de personalidade, esses quadros clínicos comportam trajetórias disfuncionais desde a adolescência, onde há grande ocorrência de eventos violentos – marcadamente os autoprovocados – e dificuldades relacionais (Dulcan, 2022; Jans *et al.*, 2018; Thapar *et al.*, 2015).

É claro que olhares cuidadosos sobre as dinâmicas relacionais envolvidas são essenciais para se evitar extremos e ímpetos interpretativos, principalmente diante de sistemas micro e macrosociais violentos. Porém, a presença desse perfil de trajetória não é incidente em todos os adolescentes imersos em cenários de violência, justificando a crescente importância dada aos processos de regulação emocional na infância e adolescência (Avanci *et al.*, 2023a).

“Autoestima” foi o nome dado ao grupo cujos elementos se aproximam de sintomas depressivos, demarcando a presença de menos valia em alguns desses jovens. A associação “depressão-suicídio” é robusta, sendo um importante modo – ainda que não exclusivo – de se compreender e intervir sobre o comportamento suicida (O’Connor, 2021; Jans *et al.*, 2018). Baixa autoestima e menos valia, assim como uma percepção depreciativa de si e desesperançosa sobre a vida, fomentam a fase motivacional do IMV, predispondo o surgimento de ideação e tentativas de suicídio (O’connor; Kirtley, 2018). Por uma perspectiva semelhante ao grupo anterior, optamos por trazer aos leitores como algumas dessas características se apresentaram nas entrevistas, mesmo sem a referência do termo suicídio por parte dos pesquisadores.

Não sei se eu me gosto (Cora Coralina, 13 anos, CS/ALNS relatado aos 14 e 23 anos).

Eu não gosto de me chamarem de bonita. Sou feia. (Conceição Evaristo, 14 anos, CS/ALNS relatado aos 15 e 24 anos).

Não é difícil reconhecer as duas frases acima como expressões de baixa autoestima; é verdade que são falas pinçadas de uma entrevista e aqui apresentadas, mas o seu contexto trazia um contorno sobre a impressão que tinham de si. Não são incomuns as apreensões e dúvidas sobre a preocupação com o peso e a aparência, estilo, perfil e comportamento no curso da adolescência; mudanças corporais, dos papéis familiares e na forma de se relacionar são concorrentes à passagem esperada da infância à vida adulta (Coates; Beznos; Françoso, 2003). Porém, não necessariamente isso envolve um

sofrimento e uma percepção de significativa menos valia, trazendo dificuldades relacional e cotidiana.

Assim compreendemos, no contexto desta pesquisa, o grupo “autoestima” e pensamos como esses adolescentes, diante de falas como as acima, mais facilmente se violentaram ou ponderaram sobre a morte autoprovocada. Mais do que a ocorrência de tais percepções *per se*, tende a ser um maior indicador de gravidade a forma como esses sentimentos são manejados, intra e interpessoalmente – e nisto encontramos outro importante indício! Não se trata de afirmarmos que o suporte familiar ou comunitário impede a evolução em gravidade da baixa autoestima enquanto uma sintomatologia depressiva; mas de que a sua ausência pode agravar esse sofrimento emocional. Ou ainda, que a reorganização familiar, comunitária e governamental diante do reconhecimento do sofrimento psíquico do adolescente, facilitando a redução de diferentes violências, o combate a preconceitos, e o enfrentamento da desigualdade social, poderiam ser fatores de promoção de saúde mental e de prevenção de desfechos como o comportamento suicida (Alvarez *et al.*, 2022; Lima; Navasconi, 2022).

Sobre as “relações sociais”, a relação com os colegas da escola teve semelhante espaço discursivo quanto os relacionamentos familiares, sinalizando a expansão de um protagonismo centrífugo, quando se visualiza o modelo Bioecológico (Bronfenbrenner, 2011). Adolescentes que olham para seus responsáveis, mas também miram em relacionamentos futuros. O reconhecimento do contexto relacional no curso da adolescência, dos sistemas micro ao macro, qualificam as leituras psiquiátricas e psicológicas da adolescência, permitindo o desenvolvimento de estratégias mais adequadas para a redução de desfechos violentos.

De forma complementar a essas entrevistas, neste tempo “Presentes”, utilizamos outra estratégia metodológica para avaliar como os adolescentes se percebiam na onda de 2012; foi solicitado que cada adolescente escrevesse no questionário três palavras que descrevessem o seu jeito de ser. O objetivo principal foi avaliar a centralidade das representações sociais que eles tinham sobre si (Moscovici, 1984; Assis; Avanci, 2017). Para tanto, foi realizada análise quantitativa dos termos utilizados distinguindo-se aqueles que apresentaram dos que não apresentaram CS/ALNS ao longo do estudo. As palavras foram categorizadas em eixos temáticos que expressam o mesmo sentido, conteúdo e carga emocional, apresentadas nos Quadros 2 e 3.

Dentre os adolescentes com comportamento suicida ou autolesão não suicida

(Quadro 2), observamos a ausência do núcleo central, caracterizado por palavras faladas pronta e repetidamente, e composto pelas palavras listadas em primeiro ou segundo lugar dentre as três, e com frequência acima da média. O núcleo central é, assim, estruturante e organizador da representação social e responsável por criar e transformar a significação de outros elementos; é também o elemento mais estável na representação de si e menos resistente a mudanças (Moscovici, 1984). Esse núcleo – ausente nos adolescentes com CS ou ALNS – teoricamente constitui o conceito essencial e prioritário do jeito de ser estabelecido a partir da informação que receberam, de sua introjeção e interpretação.

Os núcleos periféricos 1 (palavras muito frequentes, mas pouco priorizados nos primeiros lugares de evocação) e 2 (palavras citadas menos vezes, mas nos primeiros lugares da lista de palavras) estão relacionados ao núcleo central e têm caráter mais instável. Atributos de sociabilidade (por exemplo, ser engraçado, extrovertido, simpático) e características positivas (ser bom, calmo, carinhoso) predominam pela elevada frequência; características de ansiedade e depressão (ser tímido, fechado, ansioso) e habilidade social/competência (esforçado, estudioso, educado) são lembradas precocemente mesmo que com pouca frequência. No núcleo periférico 3 estão os atributos/características negativas (imaturo, frio, perturbado); este eixo congrega termos menos evocados e comentados nos últimos lugares da lista de palavras; é mais flexível e sensível ao contexto social.

Quadro 2: Representação social dos adolescentes COM comportamento suicida sobre ou autolesão não suicida sobre si mesmo* (N=40).

Ordem média = 2,0

Frequência média = 23 evocações	NÚCLEO CENTRAL	☐ Atributos de sociabilidade (38,6%) ☐ Atributos/características positivas; bom comportamento/afeto e amizade (31,6%)
	NÚCLEO PERIFÉRICO 2 ☐ Características de ansiedade/depressão (13,2%) ☐ Habilidade social e escolar/competência (7,0%)	NÚCLEO PERIFÉRICO 3 ☐ Atributos/características negativas (9,6%)

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

* N^o palavras evocadas = 114; 2,8 palavras por sujeito

O grupo de adolescentes sem comportamento suicida ou autolesão não suicida (Quadro 3) traz elevado percentual de atributos de sociabilidade na centralidade de suas

Futuros

O terceiro tempo desta janela analítica foi chamado de “futuros”, mesmo já sendo “passado” no momento de escrita deste capítulo - para nós pesquisadores e para os jovens entrevistados no final de 2022. Mas escolhemos este nome por ser o ponto mais à frente, na janela temporal da coorte, desde que os escolares foram amostrados em 2005: de algum modo, assim, pensamos como se deu o futuro dessas crianças. Além disso, não podemos negar que o termo “futuro” – quando próximo dos verbetes infância e adolescência – traduz-se em alguma modalidade de esperança; e de certa forma, esta pesquisa, filiada à Saúde Pública, sempre foi acompanhada de uma tonalidade esperançosa a partir de uma observação crítica da sociedade, e dirigida aos caminhos da prevenção das violências.

Neste tempo, todavia, o futuro é notoriamente ocupado pelos tempos “passados” e “presentes”; buscamos um diálogo desses jovens com as entrevistas antes realizadas – seja a partir de suas trajetórias individuais ou da coletividade da coorte. Suas falas, como temos proposto, vão para trás e para frente simultaneamente e tentamos, nesse processo elíptico, refletir sobre as violências autoinfligidas.

Dez jovens, dentre os 129 participantes na última onda do estudo e que estiveram presentes nas ondas anteriores do estudo longitudinal foram entrevistados. Esses 10 que aceitaram participar da fase qualitativa foram amostrados segundo grupos definidos preliminarmente, a partir dos 27% que apresentaram comportamento suicida ou autolesão não suicida no ano de 2021/2022. Mais de um quarto dos jovens seguidos nesses quase 20 anos tiveram alguma expressão de violência autoprovocada, como exposto anteriormente, dado relevante, reforçando a vulnerabilidade desse grupo etário no cenário nacional (Avanci, 2023b).

Dos 10 jovens: nove são mulheres, sendo 24 anos a mediana de idade da amostra. Apenas uma jovem é casada, sendo que seis das nove têm filhos. Um participante cursou nível superior, cinco concluíram o Ensino Médio (EM), quatro tem EM incompleto e dois o ensino fundamental incompleto; seis são aqueles que têm algum emprego formal e quatro os que residem com os pais. Todos os dez entrevistados cresceram e residem na mesma região metropolitana onde foram recrutados na linha de base da coorte, de forma que permaneceram por toda a vida em contexto violento e de marcada desigualdade social.

Algumas questões emergiram nas dez entrevistas em profundidade com esses

jovens, que demonstraram maior colaboração e envolvimento nesta etapa da pesquisa. Mantendo o teor proposto a este texto e o concomitante desdobramento dessa análise em outros produtos do grupo de pesquisa, a questão relacionamentos de ontem, hoje e amanhã: apego e filhos será discriminada à frente.

Com mais nitidez, os jovens conseguiram falar sobre ideação suicida, tentativas de suicídio e autolesões não suicida; alguns espontaneamente citaram tais eventos, enquanto outros apenas quando diretamente questionados. Talvez por um momento geracional, com menos barreiras sobre o tema, não notamos constrangimento quando falaram sobre o comportamento suicida, conseguindo ponderar tais eventos como manifestação extrema de sofrimento psíquico, de si ou de outros.

Chega um ponto em que a pessoa chegou no limite, que a pessoa quebrou. Todo mundo tem um limite. Todo mundo tem limite! Vai puxando o limite, vai forçando ali o limite. Muitas vezes, provavelmente tem gente que pode sofrer abuso na infância, abuso, chega na vida adulta e fica deprimido por causa dos abusos, por causa de traumas. Traumas na infância, provavelmente uma criança ali que está conhecendo o mundo. Então ter que passar por traumas, assim, de abuso, de espancamento. Eu acho que é um dos fatores que dá o *start* em muita gente (Ferreira Gullar, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 24 anos).

Interessante se constatar como argumentos como “trauma” e “problemas de comportamento” retornam como argumentos apropriados pelos participantes, assim como nas entrevistas de 2006 com os responsáveis.

Sobre as ALNS, houve formas diferentes de entendimento. Por vezes, como proposto por O’Connor (2021), o método é um dos grandes diferenciadores entre o desfecho fatal e não fatal; como sugeriu a fala de Conceição Evaristo, 23 anos, ao ser questionada se havia essa diferença: *“não, porque se você cortar uma veia, você pode se matar ali. Eu acho que é quase igual, mas não é igual”* (CS/ALNS relatado aos 15 e 24 anos).

Houve separação entre as duas violências, num destaque à presença da ideação antecedendo o ato, como respondido por Jovelina Pérola, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 9 e 24 anos: *“Eu acho que quando a gente se machuca, eu acho que é pra aliviar uma dor que você não consegue botar pra fora... Às vezes, as pessoas não têm coragem de se matar; então, fica se cortando pra poder aliviar o que tá sentindo.”* Ainda que expressão de sofrimento, as ALNS teriam menor gravidade psicopatológica, como também justificado por alguns autores (DULCAN, 2022; JANS *et al.*, 2018; THAPAR *et al.*, 2015).

Em *status* discriminatório, por alguns, as ALNS foram categoricamente compreendidas como uma forma de se chamar atenção, mesmo que diante de algum

sofrimento:

Nunca cheguei a me cortar porque eu não via muito sentido, mas já tentei me matar diversas vezes e eu acredito que seja por conta de... É muito difícil você achar algo em que você seja bom, fazendo você se sentir útil (...) Já tentei remédios, já me joguei de escada e bastante coisa. Já tentei corte, mas corte mesmo, mas não aqueles cortezinhos de coisa, mas corte profundo mesmo, para me matar (Teresa Cristina, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 11 e 24 anos).

Desse modo, foi interessante perceber que não há uma uniformidade conceitual mesmo entre jovens com similaridades sociais e que experimentaram alguma forma de sofrimento emocional ao longo da vida.

Mesmo sem fôlego analítico para se manter como uma categoria, a relação das redes sociais com as violências autoprovocadas apareceu nas falas dos jovens, que informaram ser usuários de aplicativos em seus telefones celulares. Houve consenso acerca da pressão que o ambiente digital tende a proporcionar na adolescência e juventude com especificações de como isso pode trazer sofrimento, e até adoecimento, mental, além de violência. Cobranças, comparações, julgamentos e performance foram elementos trazidos na entrevista que impactam o cotidiano daqueles inseridos, ainda que superficialmente, nas redes sociais, temática especificamente abordada no capítulo 7. Teresa Cristina, 25 anos, resumiu essa impressão:

Porque internet, no geral, é muita cobrança. Ninguém aguenta ser cobrado assim. É muita pressão, ninguém aguenta ser cobrado o tempo inteiro (...)As pessoas cobram tudo, julgam muito o tempo todo. Porque internet para mim é uma terra que todo mundo cobra muita perfeição. A perfeição não existe e aí eu acho que é difícil para quem está sendo cobrado ter que lidar com isso (CS/ALNS relatado aos 11 e 24 anos).

No que tange aos *relacionamentos de ontem, hoje e amanhã: apego e filhos*, o modelo Bioecológico defende, como de importância primordial, os processos relacionais para o desenvolvimento do homem (Bronfenbrenner, 2011), um dos elementos que conferem o caráter gregário da espécie (Bowlby, 2002; 1998). Neste ponto da análise, ficou evidente como os relacionamentos experimentados ao longo da vida influenciaram as trajetórias dos jovens entrevistados, corroborando autores que embasam esta pesquisa, como Bronfenbrenner e Bowlby. Salientamos aqui, dentre as exposições feitas pelos jovens, aquelas que segundo eles pareceram moldar o seu jeito de ser, interferindo em suas ações e em seus novos relacionamentos e papéis sociais; e em nossa perspectiva, que parecem

denunciar indícios para desfechos de CS/ALNS.

Relações difíceis e dolorosas com familiares e responsáveis, ainda na infância, foram a modalidade mais lembrada nas entrevistas, com forte apelo emocional. De forma responsiva à preocupação referida pelas responsáveis entrevistadas (2006), os discursos de 2022 confirmaram essa inquietação: como se a trajetória de vida, desde a primeira infância, não tivesse se iniciado muito bem. Ainda que, obviamente, não temos relatos em primeira pessoa sobre as experiências relacionais entre os lactentes e seus cuidadores, o constructo “apego” nos permite certa extrapolação conceitual, sugerindo padrões não seguros em alguns destes percursos de vida. Padrões pelas características originalmente descritas por Bolwby e Ainsworth (Zortea; Gray; O’Connor, 2019; Fonagy *et al.*, 2002; Ainsworth *et al.*, 1978), mas também pela tendência de repetição desse padrão cristalizado, no curso da vida.

Eu era criança e cheguei e falei com a minha mãe [violência sexual sofrida] e minha mãe foi uma das pessoas que não ligaram; não falou nada e eu não pude confiar. Eu acabei não confiando muito nas pessoas. Aliás, eu sempre fiquei buscando confiança nas pessoas e no decorrer do tempo as pessoas sempre quebravam essa confiança e eu fui me guardando muito, com muita dificuldade de transpassar as coisas, dificuldade de poder falar, de me relacionar, sempre me guardando, sempre guardando aquilo ali dentro de mim e por eu guardar muito. Foi aonde eu carreguei tudo isso da minha mãe junto comigo. (...) Então eu acabei carregando isso no decorrer da minha vida e quebrei muito a minha cara. Relacionamento e amizade nossa, foi uma coisa muito dolorosa (Leci Brandão, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 8, 11, 15, 24 anos).

A descrição acima de Leci Brandão acerca de uma situação de violência sexual sofrida e a incapacidade de resposta materna ilustram como se perpetuou, em seu desenvolvimento, um padrão de insegurança e sofrimento, que se expandiu para diferentes relacionamentos. Ainda que não descrito, esta entrevista avançou para um contexto no qual a jovem se preocupa em demasia com sua filha, em franca evitação de contexto semelhante.

Tentando explicar sua dificuldade de diálogo e convívio com seu pai, a jovem resgata elementos de sua infância, onde não conseguiu encontrar a segurança que demandava:

Até quando eu voltava da faculdade, às vezes o caminho era muito perigoso. Eu vivia vendo gente falar: ‘fui assaltada em tal lugar’ e eu passo ali todo dia. E eu senti a falta disso. Eu falei isso já para ele (meu pai). Então acho importante. Uma coisa que eu quero que meu filho tenha. (...) Eu acho que isso é uma atitude de proteção. Desde pequena, eu me senti insegura que quando eu voltava e não tinha

ninguém, então é uma deficiência. Eu acho importante isso e me fez falta (Beth Carvalho, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 8 e 15 anos).

Não utilizamos essa fala para afirmar que houve negligência ou outra forma de violência, mas para ponderar que emocionalmente, Beth Carvalho localiza uma situação de desamparo, que parece se repetir em sua juventude.

Clementina de Jesus, de 24 anos, também descreve, com intensidade, como dificuldades relacionais em sua família no início da adolescência, tornaram-se um padrão em sua vida, com diferentes repercussões.

Eu me envolvia muito e a pessoa pouco. Acho que virava uma bola de neve e a pessoa queria sair e eu não aceitava, então aquilo ia fundo pra mim. Mas eu sofria muito. Eu nunca soube aceitar a dor da perda, do distanciamento. Eu era uma pessoa muito emocionalmente movida a outras pessoas (CS/ALNS relatado aos 14 e 23 anos).

A referência à Teoria do Apego também se justifica por recentes achados deste grupo de pesquisa, utilizando outros dados desta mesma coorte. Encontramos uma associação entre o padrão de apego não seguro (definido como o agrupamento de tipos de apego desviantes) identificado na linha de base da coorte através dos desenhos infantis (2005) com o desenvolvimento de CS/ALNS na infância e início da adolescência (dados 2006, 2008 e 2012), com chance de aumento de 15% (OR=1,15) de comportamento suicida nas crianças com apego não seguro (SILVA FILHO *et al.*, 2023).

Assim, reconhecer, décadas depois, características de um apego não seguro numa população que apresentou expressões de violência autoinfligida traz relevância ao estudo. Sugerimos que se mantiveram vulnerabilidades para novos eventos violentos neste grupo, ainda que não tenhamos conhecimento de nenhum suicídio ao longo da coorte. Além disso, esses dados se somam à questão de que o desenvolvimento e saúde mental ainda na infância são importantes para a prevenção de desfechos autolesivos (Silva Filho *et al.*, 2023; Avanci *et al.*, 2023b).

No cenário da pesquisa, onde os jovens estavam pensando como se deu a relação com seus responsáveis, emergiu, em diversos momentos, a representação do que significaria ter filhos. E como se atualizavam esses sentimentos, num olhar prospectivo de inquietação.

O meu maior medo é ter filho... Eu não quero ser igual (foram comigo), não. Eu só não quero errar (Clementina de Jesus, 24 anos, CS/ALNS relatado aos 14 e 23 anos).

Eu tenho muita vontade de ser mãe. Mas eu não consigo. Mas eu não consigo, não sei o que acontece. Eu sempre gostei muito de criança. Minha mãe sempre levava bebezinho para ficar perto, então eu gosto muito. Eu sei lá. Sempre senti isso, desde a primeira série (Beth Carvalho, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 8 e 15 anos).

Mas para algumas, a experiência da maternidade já era presente, com impacto já reconhecido. Clara Nunes enfatizou em sua entrevista como a difícil experiência de ser mãe a fez mudar (para melhor) a forma como se relacionava com seus pares:

Antigamente eu não sentia tanto. Eu não era mãe, não tinha ninguém pra cuidar. Hoje em dia eu não posso. Por exemplo, você vai me bater e eu vou parar na delegacia. Quem vai ficar com meu filho? Minha filha só tem eu. Eu tenho uma filha, minha filha tem mãe; É isso! (Clara Nunes, 24 anos, CS/ALNS relatado aos 10 anos).

A experiência da maternidade para Leci Brandão também trouxe elementos de reconstrução positiva – não apenas num projeto para sua filha, mas num resgate de um relacionamento difícil e violento com sua mãe:

Como que eu vou conversar com a minha filha, assuntos que a minha mãe nunca conversou comigo? Eu procurei mudar com a minha filha e entender o lado da minha mãe, buscando na minha mãe aquilo que eu não tinha com ela, buscando na minha filha. Hoje eu busco um relacionamento com a minha filha que eu nunca tive com a minha mãe e tentando levar para a minha mãe um relacionamento que eu nunca tive com ela, mostrando para ela tudo aquilo que eu queria ter com ela (Leci Brandão, 25 anos, CS/ALNS relatado aos 8, 11, 15 e 24 anos).

Considerações Finais

Este capítulo, decerto, não chegou a todas as respostas a que se propôs. Mas, provavelmente, produziu um percurso reflexivo, numa costura de ideias e de diferentes olhares e indícios, sobre as trajetórias de crianças e adolescentes interrompidas e atravessadas pelo comportamento suicida e pelas autolesões não suicida, desdobrando (e talvez ampliando) algumas de suas interrogações, dúvidas e incômodos. A partir de uma investigação qualiquantitativa de alguns dados de uma coorte, buscamos encontrar pistas que pudessem colaborar na compreensão temporal dessas trajetórias probabilísticas de violência autoinfligida, aqui colocada como um dos grandes temores de pais, responsáveis e famílias para com sua prole.

Sendo um fenômeno universal, possível de ser encontrado nas trajetórias humanas,

é importante que não o reconheçamos como impossível – mesmo que permaneça como improvável. A interrupção da vida e de sua integridade são ocorrências que vêm demarcadas por incerteza e flutuabilidade, passíveis de serem experimentadas por todas as famílias, ainda que singularmente. E nisso não se defende sua naturalização, de forma alguma. Mas o seu reconhecimento – por meio de números, discursos e críticas – como um evento possível, que deve ser desmistificado e compreendido temporalmente: assim poderá ser prevenido e manejado (Silva Filho; Minayo, 2021).

Na janela temporal analisada, alguns indícios se destacaram, sendo aqui reiterados. A preocupação com saúde mental deve se iniciar no início da vida, não necessariamente para/por se pensar diagnósticos psiquiátricos, mas para garantir a devida atenção ao desenvolvimento e aos primeiros mil dias de vida. E nisso, a relação intrafamiliar saudável e a saúde mental dos cuidadores são tópicos essenciais. A formação do apego durante a lactância configura-se como um dos principais argumentos para essa preocupação, considerando a tendência de manutenção desse padrão relacional ao longo da vida (Silva Filho *et al.*, 2023; Zortea; Gray; O'Connor, 2019). Desse modo, a garantia de suporte às crianças pequenas não apenas as protege na sua integridade física, mas facilita seu desenvolvimento saudável e, com isso, menores chances de transtornos emocionais no curso da vida. Famílias, escolas ou outros sistemas micro e mesosociais nem sempre serão capazes de impedir a ocorrência de eventos adversos na infância, mas não devem se contentar apenas com os reparos imediatos, tendo no horizonte que sintomas emocionais podem incidir e se instalar tardiamente (Jans *et al.*, 2018).

A adolescência é fase de mudanças e conflitos, geralmente experimentados em adaptação (Coates; Beznos; Françoso, 2003). Nem sempre, contudo, tal adaptação ocorre em harmonia, sendo importante um olhar cuidadoso para expressões de sofrimento psíquico nesta fase, principalmente a segunda metade da adolescência, que carrega maior risco de comportamento suicida e autolesão não suicida (Avanci *et al.*, 2023a; Brasil, 2024). Indícios associados à baixa autoestima, a visões depreciativas de si e a ideias desesperançosas do futuro foram identificados neste estudo e aqui defendemos que seu manejo não deve se restringir a ações psicoterapêuticas. Toda forma de enfrentamento às violências, em destaque às sofridos por minorias, devem ser reconhecidas como formas de prevenção do CS/ALNS (Avanci *et al.*, 2023a). A experiência de minorias étnicas e sexuais são exemplos de como a naturalização e cristalização de diferentes violências impacta negativamente a percepção de si, a autoestima, a qualidade de vida, a saúde

mental e, logo, facilita a ocorrência de desfechos suicidas (Alvarez *et al.* 2022). Desse modo, estimulamos que todas os sistemas e mídias sociais possam se configurar como redes de proteção e segurança para uma mais segura trajetória através da adolescência.

O olhar para a juventude na pesquisa corroborou como os indícios apontados direta e indiretamente pelas responsáveis e pelos adolescentes que ainda se apresentavam, de algum modo, presentes. Trajetórias de vida atravessadas por eventos adversos e violências ainda durante a infância, revivendo atos violentos – com parceiros, parceiras e com sua prole. Mais do que um caráter transgeracional, isso ilumina como a violência se estrutura sistemicamente, alimentando e sendo alimentada pelo sofrimento emocional (Christoforou; Ferreira, 2022). Sofrimento que, como demonstrado, predispõe ações autodestrutivas. Neste grupo temporal percebemos com maior nitidez que a universalidade desses fenômenos não se traduz em manifestações homogêneas; mesmo indícios semelhantes no início da vida se expressam singularmente em suas trajetórias e demandam ações contextualizadas e significantes. Ações e intervenções psicossociais que, ao longo da vida, podem reduzir o impacto desse adoecimento; as três fases do IMV exemplificam como isso poderia ocorrer (O'Connor, 2021).

Os indícios e os fatores de risco têm sido elencados aqui e na literatura, mas ainda não são suficientes para estratégias de prevenção e de compreensão sobre estes fenômenos. Um olhar que considere a possibilidade do sofrimento psíquico em todas as crianças e adolescentes é necessário, num reconhecimento que essa dimensão faz parte no cuidado integral, desde os primeiros mil dias de vida. Um cuidado que privilegie as instâncias e contextos relacionais que se apresentam no desenvolvimento, ajudando as famílias em suas trajetórias e práticas, por vezes temerosas e/ou violentas.

Uma conclusão pertinente, neste momento, seria que não apenas as razões que levam um indivíduo a agir provocando sua morte ou ferir sua integridade devem ser pensadas, mas também os motivos que o protegem dessa prática. Motivos, motivações e trajetórias entre os nós dos apegos, das famílias e das violências.

Aos profissionais, o enfoque na prevenção do comportamento suicida não precisa ser restrito a uma abordagem específica em saúde mental. Como tentamos demonstrar, manejar os seus indícios, escutando e cuidando das famílias, prevenindo violências, combatendo desigualdades e reduzindo sofrimentos emocionais é uma forma possível de prevenção (Avanci *et al.*, 2023a). Ainda para a prática profissional, o lidar com o público infantojuvenil implica no conhecimento sobre o desenvolvimento humano, reconhecendo

as janelas de oportunidade e os períodos sensíveis e críticos do ciclo da vida (Bee; Boyd, 2011; Coates; Beznos; Franço, 2003). Isso permite estratégias pertinentes e acessíveis de intervenção precoce diante de cenários de maior risco; mas também suporte em contextos relacionais e investimento para a garantia dos direitos estabelecidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (Brasil, 1990).

Na linha temporal, mesmo que diante de um desfecho fatal, teremos o Tempo como um potencial aliado em intervenções. Ter o tempo a nosso favor não se traduz em esperar o curso natural da vida, pois essa “naturalmente” pode ser interrompida de forma prematura. O tempo como aliado pode ser o investimento nos períodos de capacitação dos profissionais, o manejo do tempo no conhecimento sobre o desenvolvimento da espécie, o reconhecimento de urgências, o planejamento de ações e a definição se uma avaliação deve se dar a curto, a médio ou a longo prazos. O tempo também como um componente que olha elipticamente para frente e para trás, mas que não olha sozinho: o tempo humano e ecológico. Mesmo seguindo o curso natural dos astros ou a lógica racional dos calendários, o cronossistema depende da teia social para intervir nos caminhos do homem. Sem o humano, a janela temporal não existe na trajetória da vida. Somos hoje mais do que fomos, mas seremos amanhã pelo que fomos até então.

Encerramos com o artista que num verso personifica o “senhor Tempo” como um compositor de destinos; mas que no outro, num acordo temporal, assume o protagonismo de sua trajetória ao imprimir, na beleza do “mesmo Tempo”, a cara do seu próprio filho.

Agradecimentos: Thiago de Oliveira Pires pela análise estatística realizada.

Homenagem à dramaturga Daniela Pereira de Carvalho por inspiração para a escrita deste capítulo com sua mais recente peça “A menina escorrendo dos olhos da mãe” (janeiro, 2024).

Referências

Achenbach T, Rescorla L. Manual for the ASEBA School-age forms & profiles. Burlington, VT: University of Vermont/ Research Center for Children, Youth & Families; 2001.

Ainsworth MD, Blehar MC, E Waters, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale: Erlbaum; 1978

Alvarez K, Polanco-Roman L, Samuel Breslow A, Molock S. Structural Racism and Suicide Prevention for Ethnoracially Minoritized Youth: A Conceptual Framework and

Illustration Across Systems. *Am J Psychiatry*. 2022 Jun;179(6):422-433. doi: 10.1176/appi.ajp.21101001.

APA. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.

Assis SG de. Saúde mental de crianças e adolescentes e violência: o período da adolescência num estudo longitudinal com escolares [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro; 2014.

Assis SG de, Avanci JQ, Pesce RP, Ximenes LF. Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e violência. *Cien Saude Colet*. 2009;14(2):349-361

Assis SG de, Joviana Quintes Avanci (orgs). Violências e vulnerabilidades nos desenhos infantis. Niterói: Eduff; 2017

Avanci JQ, Assis SG, Silva Filho OC, Gonçalves AF, Tavares PHSL, Marriel NSM. Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência: conversando com profissionais sobre formas de prevenção [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Faperj; 2023a. <acesso em 21/02/2024>

Avanci JQ *et al*. Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta. [Relatório de Pesquisa: Chamada MCTIC/CNPqNº 28/2018 - Universal 2018/Faixa B]. Rio de Janeiro, 2023b.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

Bee H, Boyd D. A criança em desenvolvimento. 12ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Bordin I, Mari J, Caeiro M. Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) (Inventário de comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Rev ABP-APAL*. 1995;17(2):55-66

Botega NJ. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Bowlby J. Apego e perda. Vol 1. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 2002.

Bowlby J. Apego e perda. Vol 3. Perda: tristeza e separação. São Paulo: Martins Fontes; 1998.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídio e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico* 2024 Fev;55(04):1-18

Brasil. Leis, Decretos, etc. Lei nº 8.069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Distrito Federal, 13 de julho de 1990; 1990

Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Bronfenbrenner U. Ecological models of human development. Readings on the development of children. In: Gauvain M, Cole M, editors. Readings development od Child. New York: Freeman; 1993. p. 37–34.

Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological review* (1994) 101 4, 568-86.

Christoforou R, Ferreira N. The serial mediational role of attachment and emotion regulation in the relationship between early life adverse experiences and self-harm in a group of individuals engaging in self-harm who interact in self-harm focused online platforms. *Eur J Trauma Dissociation* [Internet]. 2022;6(3).

Coates V, Beznos GW, Françoso LA (coord). *Medicina do adolescente*. 2.ed.rev. São Paulo: Sarvier; 2003

Deslandes SF, Assis SG de. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Sude: o diálogo das diferenças. In: Minayo MC de S, Deslandes SF, editors. *Caminhos do Pensamento Epistemol e método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002. p. 195–226.

Dulcan, M.K (editor). *Dulcan’s textbook of child and adolescence psychiatry* (3. ed.). Washington: American Psychiatry Association Publishing; 2022.

Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press; 2002.

FIOCRUZ. Instituto Nacional de Sude da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. COVID-19 e Sude da Criança e do Adolescente. 2^a ed. 21 Set., 2021. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-e-saude-da-crianca-e-do-adolescente-segunda-edicao/>. acesso em 21/02/2024

Jans T, Vloet TD, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In: Rey JM, editor. *IACAPAP textbook of child and adolescent mental health*. Geneva: IACAPAP; 2018. p. 1–41.

Lima L, Navasconi PVP (orgs). *(Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos..* Salvador: EDUFBA, 2022.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em sude*. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

Minois G. *História do suicídio: a sociedade ocidental diante da morte voluntária*. São Paulo: Editora Unesp, 2018.

Moscovici S. Le domaine de la psychologie sociale. In: Moscovici S. *Psychologie sociale*. Paris: PUF, 1984.

O’Connor R. *When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it*. London: Vermilion (Penguin Random House); 2021.

O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc B*. 2018;373(1754):20170268. PMID: 30012735

O'Connor RC, Platt S, Gordon J (eds). *The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice*. Hoboken: Wiley Online Library; 2011.

OMS. Organização Mundial de Saúde. Relatório mundial sobre violência e saúde. Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg JAM, Lozano ABZ e R, editors. Genebra: WHO; 2002.

Silva Filho OC da. Comportamento suicida na infância e na adolescência: considerações teóricas e práticas para pediatras. In: C L, SA C, editors. *PROPED Programa Atualização em Ter Pediátrica Ciclo 9*. Porto Alegre: Artmed; 2022. p. 11–31.

Silva Filho OC da. Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro Sobre comportamento suicida na infância e adolescência. Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescentes Fernandes Figueira; 2019.

Silva Filho OC, Avanci JQ, Pires TO, Oliveira RVC, Assis SG. Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian schoolchildren. *BMC Pediatr* **23**, 403 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7>

Silva Filho OC da, Minayo MC de S. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(7):2693–2698. PMID: 34231682

Thapar A, Pine DS, Leckamn JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E. *Rutter's child and adolescence psychiatry*. 6th ed. Chichester: Wiley; 2015.

UNICEF. United Nations Children's Fund. *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health* [Internet]. New York; 2021. Available from: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>

Vieira SN, Almeida TMC. O trabalho doméstico e as babás: lutas históricas e ameaças atuais. *Soc. e Cult., Goiânia*, v. 22, n. 1, p. 135-156, jan./jun. 2019

Weine S, Horvath A, Mph M, Singh M, Pringle B. Global Child Mental Health Research : Time for the Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry; 2020;59(11):1208–1211. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.06.015>

WHO. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/

Zortea TC, Gray CM, O'Connor RC. *The Relationship Between Adult Attachment and Suicidal Thoughts and Behaviors : A Systematic Review*. Arch Suicide Res. Routledge; 2019;1–36.

Zuccolo PF, Casella CB, Fatori D, Shephard E, Sugaya L, Gurgel W, Farhat LC, Argeu A, Teixeira M, Otoch L, Polanczyk G V. Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. Springer Berlin Heidelberg; 2022;(0123456789). Available from: <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02006-6>

5.3 PRODUTO 3: VIOLÊNCIAS FAMILIAR E COMUNITÁRIA E DESENVOLVIMENTO INFANTOJUVENIL: ASSOCIAÇÕES COM O COMPORTAMENTO SUICIDA E AUTOLESÃO NÃO SUICIDA

Violências familiar e comunitária e desenvolvimento infantojuvenil:

Associações com comportamento suicida e autolesão não suicida

Autores: Orli Carvalho da Silva Filho, Joviana Quintes Avanci, Thiago Oliveira Pires, Simone Gonçalves de Assis

Resumo

Introdução: Saúde mental e violência têm impactado o cenário de morbimortalidade pediátrica, demandando reflexões sobre estratégias de prevenção, principalmente em relação ao suicídio infantojuvenil. Este estudo buscou analisar, longitudinalmente, a associação entre a ocorrência das violências familiar (física e psicológica) e comunitária durante a infância, adolescência e a juventude, e o surgimento de comportamento suicida e autolesão não suicida na juventude.

Método: Partindo de uma coorte de 500 estudantes (média de idade 8 anos, DP 1.2) amostrados em escolas públicas de uma metrópole do sudeste brasileiro (2005), 129 participantes foram seguidos por 16 anos (2006, 2008, 2012, 2021), permitindo a coleta de dados sobre saúde mental e violência em três fases da vida: infância, adolescência e juventude. Comportamento suicida/autolesão não suicida na juventude foi a variável dependente aferida na quinta onda da pesquisa (2021) através da ASR (ASEBA) e YRBSS. Das 193 questões sobre violência (CTS e “*Things I have seen and heard*”) aferidas ao longo do estudo (2005 – 2021), 32 permaneceram como variáveis independentes por associação significativa ($p < 0,10$) com o desfecho, formando três grupos: violência física familiar (11), violência psicológica familiar (16), violência comunitária (5). Considerando os três grupos de violência e as três fases da vida, nove categorias de violência foram analisadas de forma descritiva e levadas para modelagem de equações estruturais para análise de associação com a variável dependente.

Resultados: A prevalência em relação à ideação suicida foi de 11,7% (último ano) e 7% (anterior ao último ano); em relação às tentativas de suicídio: 4% referiram uma vez no último ano, 1,6% referiram duas ou três vezes no último ano, sendo 4,9% uma vez anteriormente ao último ano. 13,2% da amostra apresentaram o desfecho comportamento suicida/autolesão não suicida. Em relação à ocorrência de violência, física familiar: 84,5% (infância), 14% (adolescência) e 15,5%

(juventude); psicológica familiar: 76,7% (infância), 3,9% (adolescência), 76,7% (juventude); violência comunitária: 18% (infância), 12,4% (adolescência) e 40,3% (juventude). A modelagem evidenciou a conexão entre os três tipos de violência nas três fases da vida, principalmente na adolescência. As violências cujas trajetórias mais se associaram ao desfecho: violência comunitária na adolescência ($p<0,001$), violência psicológica familiar na juventude ($p<0,001$), violência física familiar na adolescência ($p=0,001$) e violência psicológica familiar na infância ($p=0,006$).

Conclusão: O estudo destaca a gravidade das diferentes formas de violência nas trajetórias de vida de crianças e adolescentes, compreendendo a urgência de se reconhecer a prevenção da violência como importante intervenção para prevenção do comportamento suicida e autolesivo.

Introdução

O estudo das violências tem ganhado destaque quando se considera a morbimortalidade da infância, adolescência e juventude (WHO, 2017). Para além de seus efeitos diretos, evidentes quando se consideram, por exemplo, os óbitos por acidentes de trânsito ou homicídios, e os indiretos, ao se planejar as complexas abordagens de tratamento e reabilitação diante da causalidade externa, relevância crescente tem sido dada ao impactos que a violência apresenta na saúde mental (UNICEF, 2021; WHO, 2017); e sobre sua prevenção (Bryan, 2022; O'Connor, 2021). Os impactos possuem mecanismos ainda imprecisos. Estão relacionados à gravidade do sofrimento psíquico e à dificuldade de acesso e resposta terapêutica, vinculando-se a desfechos negativos como o comportamento suicida e autolesões não suicida (de Oliveira *et al.*, 2018; Teicher; Samson, 2013). Desfechos trágicos, dolorosos e prevalentes onde, apesar da existência de diferenças psicopatológicas, observam-se sobreposição de manifestações de sofrimento psíquico e de violência autoinfligida (APA, 2022; Silva Filho *et al.*, 2023).

Desde as últimas décadas do séc. XX, o Setor Saúde propõe que a violência não deveria se deter no campo jurídico ou ser prática exclusiva dos órgãos nacionais e internacionais de defesa (Minayo; Assis; Souza, 2017; OMS, 2002). Na argumentação que a violência pode interromper o ciclo vital, tende a ser elemento crítico nos processos de adoecimento e morte, e que está capilarizada no cotidiano de indivíduos e sociedades, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula a compreensão da complexidade e da dinâmica da violência, assim como o seu estudo objetivando a prevenção de todas as suas formas (OMS, 2002).

Promovendo um horizonte compreensivo e didático, o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde - *World report on violence and health* - (OMS, 2002), documento nuclear

para a implantação de estratégias preventivas globais, classifica as violências segundo sua tipologia e natureza. Pela tipologia em: autoinflingida, interpessoais (intrafamiliar/de parceiro íntimo, e comunitária), e coletivas e estruturais; em relação à natureza: física, psicológica, sexual, e abandono, negligência ou privação de cuidados. Tal classificação, não isenta de críticas, já sofreu adaptações e inovações, mas permite um arcabouço compreensivo e pragmático sobre o tema (Minayo; Assis; Souza, 2017).

Esse mesmo relatório, refletindo sobre sistemas de prevenção à violência, incorpora o modelo bioecológico do desenvolvimento enquanto paradigma (Bronfenbrenner, 2011; Scattolin; Resegue; Rosário, 2022), argumentando proximidades conceituais entre esses dois temas. Esse modelo compreende que o pleno desenvolvimento do indivíduo humano passa por sistemas interacionais de complexidade crescente. Sistemas que sustentam as trocas relacionais entre as pessoas e que podem conferir, assim, risco e proteção. Micro e macrosistemas que, com isso, (des)organizam a qualidade do cuidado e a proteção contra a violência demandadas em todas as fases da vida, porém especialmente prejudicial naquelas de maior vulnerabilidade desenvolvimental (Bronfenbrenner, 1993).

O interesse sobre as repercussões da violência e a importância investida na promoção de um desenvolvimento humano saudável (da Cunha; Leite; de Almeida, 2015; Scattolin; Resegue; Rosário, 2022) estimularam um maior conhecimento sobre as *adverse childhood experiences* (ACE). As ACE, desse modo, constituíram-se como uma possibilidade de instrumentalização do estudo das violências e do trauma na infância e adolescência (Soares *et al.*, 2016; Stochero *et al.*, 2021). Não enquanto uma nova forma de violência, quando comparada com a classificação das violências divulgada pela OMS, mas enquanto um caminho metodológico, investigativo e compreensivo de como as diferentes violências (um dos tipos de ACE) atuam nas primeiras fases da vida, impactando o presente e o futuro (Soares *et al.*, 2016).

Tendo como desfecho os transtornos mentais, existem indícios que os associam às ACE. Segundo Kessler *et al.* (2010), há um Risco Atribuível Populacional (RAP) de 29,8% dessas violências em relação aos diferentes transtornos mentais, de forma inespecífica. Esses e outros autores (Li *et al.*, 2023; Stochero *et al.*, 2021) compreendem que o pior funcionamento familiar seria um preditor de maior impacto das ACE. Nesse panorama, Teicher *et al.* (2016) estimam um RAP de 45% quando se considera psicopatologia surgida ainda na infância. Jewett *et al.* (2024) e Thompson *et al.* (2019) avaliam como as ACE se associam ao comportamento suicida ao longo da vida, em estudos que não investigam a presença de transtornos mentais. Ainda que a literatura biomédica aponte uma robusta associação entre os transtornos mentais e o suicídio (Thapar *et al.*, 2015), até o momento, não há precisão sobre as trajetórias desenvolvimentais

entre as adversidades experimentadas na infância e os diferentes desfechos em saúde mental (de Oliveira *et al.*, 2018).

Teicher *et al.* (2016; 2016) defendem que as principais alterações neurobiológicas encontradas nos transtornos psiquiátricos seriam adaptações resultantes de ACE e violências; os autores baseiam-se no fato de que semelhantes alterações são encontradas nos controles que sofreram violências e que não apresentam quadros psiquiátricos. Tais argumentos, ao buscar a conciliação entre alterações morfofuncionais no Sistema Nervoso Central (SNC) e propostas evolucionistas, hipotetizam que o impacto provocado pela violência na trajetória desenvolvimental pode ser mais relevante que a presença ou não de diagnósticos psiquiátricos. O sofrimento psíquico categorizado como um transtorno, por essa argumentação, seria um ecofenótipo resultante de um ambiente violento (Teicher *et al.*, 2016).

As consequências de um ambiente violento, até pelo efeito cumulativo que assumem, podem se manifestar em diferentes domínios de saúde; segundo Soares *et al.* (2016), as ACE produzem impacto longitudinal, somando-se em seus efeitos e tendendo à repetição. Em consonância a Kessler *et al.* (2010), o estudo prospectivo conduzido por Li (2023) aponta uma relação bidirecional entre as ACE e o funcionamento familiar, onde agravos familiares se associam a piores impactos longitudinais. A alta prevalência e a coocorrência da violência contra crianças e adolescentes, assim, se somam ao fato de serem próxies de outras vulnerabilidades, capilarizando e cristalizando seus efeitos (Bernard; Smith; Lanier, 2023; Jewett *et al.*, 2024; Ports *et al.*, 2017; Stochero *et al.*, 2021).

Considerando os caminhos e sensibilidades desenvolvimentais, o tempo/momento, o tipo e a gravidade/intensidade das exposições violentas seriam variáveis críticas para o surgimento dos desfechos negativos em saúde mental, influenciando a susceptibilidade e resiliência individuais, assim como modulando os fatores de proteção ambientais (Alvarez *et al.*, 2022; Li *et al.*, 2023; Soares *et al.*, 2016). É então compreensível a pertinência apontada por Ports *et al.* (2017) sobre a urgência na prevenção das ACE quando se pondera a prevenção da suicidalidade. Urgência que deve direcionar para novos modelos de investigação e intervenção.

Ao se comparar o número de pesquisas em saúde mental desenhadas em abordagens transversais, os desenhos longitudinais estão em menor número, e, ainda mais insipiente, é o quantitativo de investigações em cujo método estavam as trajetórias desenvolvimentais (Li *et al.*, 2023; Thompson; Kingree; Lamis, 2019). Os estudos de seguimento permitem uma captação em continuidade e a captação de uma continuidade, estratégia mais sensível para a observação da dinâmica relacional e para a identificação dos desvios no desenvolvimento

esperado para a espécie.

Assim, diante de uma coorte (2005 – 2021) de escolares de uma metrópole brasileira com altos índices de violência, optou-se por estudar desfechos negativos em saúde mental e as adversidades experimentadas em três fases desenvolvimentais (infância, adolescência e juventude) a partir da identificação de algumas categorias de violências prevalentes nessa comunidade (Assis; Avanci; Vasconcellos, 2009). Sustentando-se no referencial teórico das ACE, o estudo teve como objetivo analisar longitudinalmente a associação entre as violências interpessoais e as autoinflingidas, segundo as fases do desenvolvimento. Especificamente, a associação entre a ocorrência das violências familiar (física e psicológica) e comunitária durante a infância, adolescência e a juventude (2005 – 2021), e o surgimento de comportamento suicida e autolesão não suicida na juventude (2021).

Metodologia

Este artigo parte de um estudo prospectivo de uma coorte de crianças, amostradas em 2005 em escolas públicas de um município localizado no sudeste brasileiro, com 896.744 pessoas em 2022 e marcado por alta desigualdade social, precária infraestrutura e altos níveis de pobreza e violência. Baseia-se em dados coletados na linha de base da pesquisa (2005) e em outras quatro ondas de acompanhamento (2006, 2008, 2012, 2021); os dados analisados, assim, cobrem as fases da infância, adolescência e juventude dos participantes.

População de estudo

O universo de 6.589 alunos do 2º ano do ensino fundamental de escolas públicas do município no ano de 2005 baseou o plano amostral do estudo longitudinal. A amostragem se deu em três estágios de seleção: escolas (proporcional ao tamanho), turmas (aleatória simples) e alunos por turma (aleatória simples), totalizando 500 alunos (proporção de 50%, nível de confiança de 98,02% e erro relativo de 5%). Em 2006, 2008, 2012 e 2021 registraram-se perdas de, respectivamente, 5,6, 10,6%, 24,2% e 74,2% dos participantes em relação à amostra inicial. Apesar do quantitativo de perdas, marcadamente entre as quarta e quinta ondas (pandemia Covid 19), elas não foram seletivas, com manutenção do perfil sociodemográfico em todo o estudo.

Instrumentos e variáveis

A variável dependente de interesse é o comportamento suicida/autolesão não suicida (CS/ALNS), medido pela presença, em 2021, de pelo menos uma resposta positiva entre as seguintes questões: “falou/pensou em se matar nos últimos seis meses” (ASR); “machucou-se de propósito ou já tentou se matar nos últimos seis meses” (ASR); “pensou seriamente em se matar último ano” (YRBSS); “planejou se matar último ano” (YRBSS); “tentou suicídio último ano” (YRBSS); “tentou suicídio antes do último ano” (YRBSS). As duas primeiras questões fazem parte da *Adult Self Report (ASR)*, instrumento da escala *ASEBA* para a população adulta, como uma continuidade ao utilizado para outras faixas etárias ao longo do longitudinal. As outras perguntas são da escala *Youth Risk Behavior Survey*, utilizadas na coorte pela primeira vez.

Apesar da divergência encontrada na literatura se o espectro suicida comporta ou não todas as formas de autolesões (APA, 2022; Avanci, 2023), o desfecho de interesse nesta pesquisa agregou: ideação suicida, tentativa de suicídio e autolesão não suicida – para pensar, globalmente, suicidalidade, como defendido pelo *Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behaviour* (IMV) (O’Connor; Kirtley, 2018; O’Connor; Platt; Gordon, 2011). Segundo essa perspectiva, a discriminação entre as diferentes autolesões não é simples e pode provocar confundimentos clínicos, até pela flutuabilidade psicopatológica, principalmente entre os mais jovens (O’Connor, 2021; Oppenheimer; Glenn; Miller, 2022). Ainda que o atual desfecho considere apenas os dados de 2021, ele vem sendo investigado desde a primeira onda através de instrumentos que não permitiam sua diferenciação (escala *ASEBA*), como publicado em trabalhos anteriores (Silva Filho *et al.*, 2023). Assim, questões teóricas e da prática desta coorte justificaram seu agrupamento.

As variáveis de violência foram criadas a partir de itens oriundos de duas escalas aplicadas ao longo dos anos: *Conflict Tactics Scale* - CTS (Straus, 1981) que afere violência física e psicológica na família e *Things I have seen and heard* (Richters; Martinez, 1993; Malik, 2008), que afere violência familiar e comunitária. Algumas questões avulsas presentes ao longo dos anos foram também incorporadas. Nas cinco ondas, 193 variáveis que aferiam diferentes formas de violência foram analisadas (80 no contexto psicológico familiar, 70 no contexto físico familiar e 43 no comunitário) e cruzadas pela variável dependente CS/ALNS. Apenas as 32 com significância estatística ($p < 0,10$) permaneceram nas análises subsequentes e são descritas a seguir, divididas em três grupos de violência.

Violência Física Familiar (11 variáveis) - pai e mãe, (ou responsáveis) separadamente, agiram assim nos momentos de conflito ao longo do desenvolvimento: empurrou ou agarrou,

deu tapa ou bofetada, bateu ou tentou bater com objetos, jogou coisas sobre você, chutou, mordeu ou deu murro. Na juventude foi indagado se o parceiro jogou coisas, empurrou ou agarrou, deu tapa ou bofetada. Deste total, oito variáveis referem-se à violência causada pela mãe e três por parceiro.

Violência Psicológica Familiar (16 variáveis): - pai e mãe (ou responsáveis), separadamente, agiram assim nos momentos de conflito ao longo do desenvolvimento: ficou emburrado, não falou mais no assunto, fez ou disse coisas para irritar, retirou-se do ambiente, destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos, xingou ou insultou, chorou, destruiu, bateu, jogou ou chutou objetos. Para os jovens permaneceram na análise se viu adultos na casa gritarem um com o outro ou se o parceiro o xingou ou insultou. Deste total, 9 variáveis de violência foram causadas pela mãe, quatro pelo pai, uma por ambos os pais na vida adulta, uma pelos parceiros e uma por testemunhar a violência entre pais.

Violência Comunitária (5 variáveis) - se o entrevistado vivenciou no ambiente comunitário: foi humilhado na escola/comunidade, viu alguém ser espancado, viu alguém ser baleado, teve a casa arrombada, sofreu assédio/abuso sexual na escola, na comunidade ou por pessoas desconhecidas.

Cada item que compõe esses três grupos de variáveis foi transformado em “presença ou ausência”, comportando-se como um “evento de violência”. A interpretação das variáveis não se restringe a ideia da presença pontual da violência, mas enquanto um evento existente naquela fase da vida do participante. Posteriormente, tais eventos foram somados de acordo com as três categorias de violência segundo as três fases de desenvolvimento em que ocorreram. Foram consideradas como fases: infância entre 6 e 9 anos, adolescência entre 10 e 19 anos e juventude dos 20 anos em diante. Ressalta-se que cinco variáveis que permaneceram nesta fase da análise relacionadas a violência física e psicológica familiar perpetrada pela mãe referem-se não apenas ao ano anterior da pesquisa (forma usual da escala CTS) mas ao período da vida da criança - do nascimento até a primeira coleta em 2005.

Desse modo, numa mesma onda, as aferições dos eventos de violência puderam se distribuir em fases diferentes para o total de indivíduos, a depender da idade do participante; assim, não o ano da coleta de dados e sim a faixa etária desenvolvimental foi considerada. Compreendeu-se, nisso, um grupamento de participantes pela fase de seu desenvolvimento e não, simplesmente, pelo momento de resposta ao questionário.

Análise: etapa descritiva e modelagem de equações estruturais

Sendo três grupos de violências (violência física familiar; violência psicológica familiar; violência comunitária) e três fases da vida (infância; adolescência; juventude), nove categorias de violência permaneceram na análise para se instrumentalizar o estudo das violências na vida dos 129 jovens entrevistados em 2021: violência psicológica familiar na infância (PsyFV_C), violência psicológica familiar na adolescência (PsyFV_A), violência psicológica familiar na juventude (PsyFV_Y), violência física familiar na infância (PhyFV_C), violência física familiar na adolescência (PhyFV_A), violência física familiar na juventude (PhyFV_Y), violência comunitária na infância (ComV_C), violência comunitária na adolescência (ComV_A) e violência comunitária na juventude (ComV_Y).

Inicialmente, fez-se então uma análise descritiva dessas nove categorias de violência. A ocorrência foi apontada como positiva com a presença de pelo menos um evento em cada categoria de violência. Considerou-se ao menos um evento de cada violência para uma pontuação por fase da vida, permitindo um dimensionamento da distribuição dos eventos de violência na coorte. Tais frequências, assim, permitiram um somatório de itens de violência transpostos para a modelagem de equações estruturais, onde essas categorias foram avaliadas entre si e novamente com o desfecho CS/ALNS, através de coeficientes de trajetórias (Neves, 2018).

O modelo de equações estruturais, técnica de modelagem estatística multivariada, apresentou a força das relações entre as construções teóricas aqui estudadas (Neves, 2018): cada categoria de violência e o desfecho de interesse, assim como, entre as categorias de violência entre si. Nesta análise foi incluído o peso amostral para a correção das estimativas pontuais. Inicialmente foi feita uma tentativa de inclusão do plano para correção das estimativas intervalares, mas o modelo apresentou problema de convergência devido ao baixo número de indivíduos por escola. Foi utilizado o pacote estatístico R versão 4.3.0 (R Core Team, 2021) e para a modelagem, o pacote Lavaan (Rosseel, 2012).

A expressão gráfica do modelo, enquanto um diagrama de trajetórias, permitiu a visualização dessas conexões; por ser um modelo complexo e com muitas siglas, propôs-se uma figura esquemática, simplificando-o e tornando-o e mais didático ao leitor. Para essa figura, selecionaram-se categorias com maior significância ($p < 0,05$) e se priorizou uma organização que facilitasse a visualização através das três fases da vida. A espessura das setas que representam as trajetórias é proporcional à sua significância.

Questões Éticas

Todos os estágios desta pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (CAAE): 0051.0.031.000-04; 0024.0.031.000-07; 0040.0.031.000-08; 0071.0.031.000-11. Todos os responsáveis de crianças e adolescentes, e todos os jovens assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido; as crianças e os adolescentes assinaram o Termo de Assentimento Livre Esclarecido – somente com o consentimento e assentimento puderam participar de cada onda da pesquisa. Casos que demandaram suporte clínico ou psicoterápico foram encaminhados, mediante acordo prévio, para unidades de saúde de seu território.

Resultados

Quadro 1 - Perfil sócio demográfico dos participantes da coorte (ondas 1 e onda 5)

	2005 (N=500)	2021 (N=129)
Média de idade (anos/DP)	8.0 (DP 1.2)	23.8 (DP 1,1)
Sexo (%)		
<i>Masculino</i>	51,6%	41,9%
<i>Feminino</i>	48,4%	58,1%
Cor (% segundo autodeclaração pela família/2005 e jovem/2021)		
<i>Branca</i>	33,5%	22,8%
<i>Preto + Parda</i>	65,9%	75,6%
<i>Amarela/indígena</i>	0,6%	1,6%
Cenário Familiar (%)		
<i>Com quem mora:</i>	95,8%	53,8%
<i>Reside com os pais/padrastos</i>	4,2%	36,0%
<i>Reside com avós, tios ou outros familiares</i>		57,2%
<i>Reside com companheiro/a</i>		5,5%
<i>Reside só</i>		
<i>Tem filhos</i>	---	36,2%
Escolaridade (%)		
<i>Adequação idade – série(ano) % atraso de 2 ou mais anos em 2005 - inclui alunos com 9 anos em diante</i>	25,4%	16,3%
<i>Estudou até que ano?</i>	----	<i>Ensino Fund (completo e incompleto) 22,6%</i> <i>- Ensino Médio (completo e incompleto) 66,5%</i> <i>- Ensino Superior (completo e incompleto) 10,9%</i>
Trabalho		
<i>Trabalha com remuneração (%)</i>		58,3%
<i>Trabalha sem remuneração</i>	----	15,0%
<i>Não trabalha</i>		26,8%

Fonte: Os autores (2024).

Os perfis sociodemográficos (idade, sexo, raça/cor, cenário familiar, escolaridade e trabalho) dos participantes em 2005 e em 2021 são apresentados no Quadro 1, permitindo

comparações no grupo investigado ao longo da coorte. Para complementar essa avaliação de comparabilidade, avaliaram-se as perdas do estudo.

Comparando os 371 participantes perdidos ao longo das duas décadas com a amostra de base, cuja porcentagem está entre parênteses, tem-se: 55% (51,6%) eram do sexo masculino; 66,8% (66,5%) eram pretos, pardos ou indígenas; 71,4% (74,6%) apresentava adequação escolar e 47,5% (46,5%) eram de estrato social mais pobre. Assim, apesar das perdas no curso da coorte, manteve-se um semelhante perfil sociodemográfico, considerando sexo, raça/cor, escolaridade e renda.

Em 2021, dos 129 jovens que permaneceram participando até a quinta onda da coorte: 11,7% refeririam ideação suicida no último ano e 7% anteriormente ao último ano. Em relação às tentativas de suicídio: 4% da amostra sinalizou uma vez no último ano; 1,6% duas ou três vezes no último ano; 4,9% anteriormente ao último ano. Houve frequência de 13,2% de resposta positiva ao item “machucar-se de propósito ou já tentou suicídio nos últimos seis meses”. Foi observada tendência de aumento na ocorrência de CS/ALNS ao longo do estudo, principalmente entre a quarta e quinta ondas.

Dos 129 participantes, 37% informaram a ocorrência de alguma expressão do CS/ALNS, ao menos uma vez, em algum ponto do estudo. Desse grupo, tem-se a seguinte distribuição: 16,3% (uma vez); 11,6% (duas vezes); 8,6% (três vezes); 0,8% (quatro vezes). A maioria dos participantes negou a ocorrência do desfecho em suas vidas e entre aqueles que referiram a presença do desfecho, pôde ser observada sua flutuabilidade longitudinalmente. Não foram notificados ou captados casos de suicídio ao longo do estudo.

Quadro 2 – Frequência de eventos de violências na vida dos jovens entrevistados na última onda da coorte, segundo fases do desenvolvimento (N=129)

	Infância	Adolescência	Juventude
Violência familiar e comunitária, escores > 0			
Violência Física familiar	84,5%	14,0%	15,5%
Violência Psicológica familiar	76,7%	3,9%	76,7%
Violência comunitária	18,6%	12,4%	40,3%

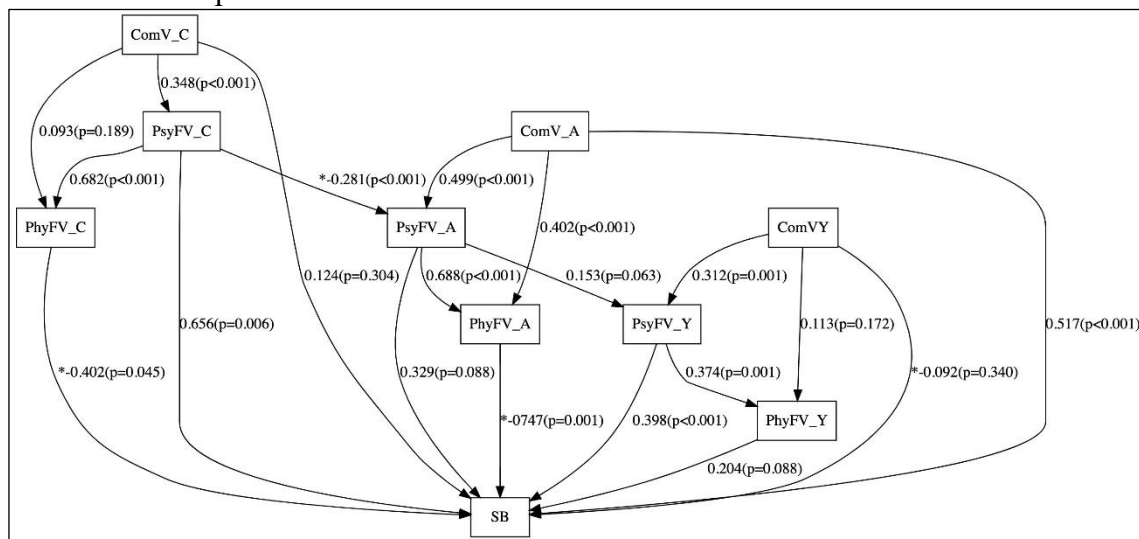
Fonte: Os autores (2024).

No quadro 2, são apresentadas as frequências de eventos dos três tipos de violência ao longo das três fases do desenvolvimento dos 129 jovens. Neste estudo, pelo perfil amostrado em 2005, a fase infância indica seis aos nove anos de idade.

As trajetórias entre as nove categorias de violência analisadas (variáveis independentes) e comportamento suicida/autolesões não suicida (variável dependente), e as conexões dessas nove categorias entre si são apresentadas no modelo de equações estruturais construído no

estudo (Figura 1). Destaca-se o fato dos coeficientes serem capazes de representar as relações entre construções teóricas que suportam este estudo.

Figura 1 – Modelo de equações estruturais entre as nove categorias de violência e comportamento suicida/autolesão não suicida



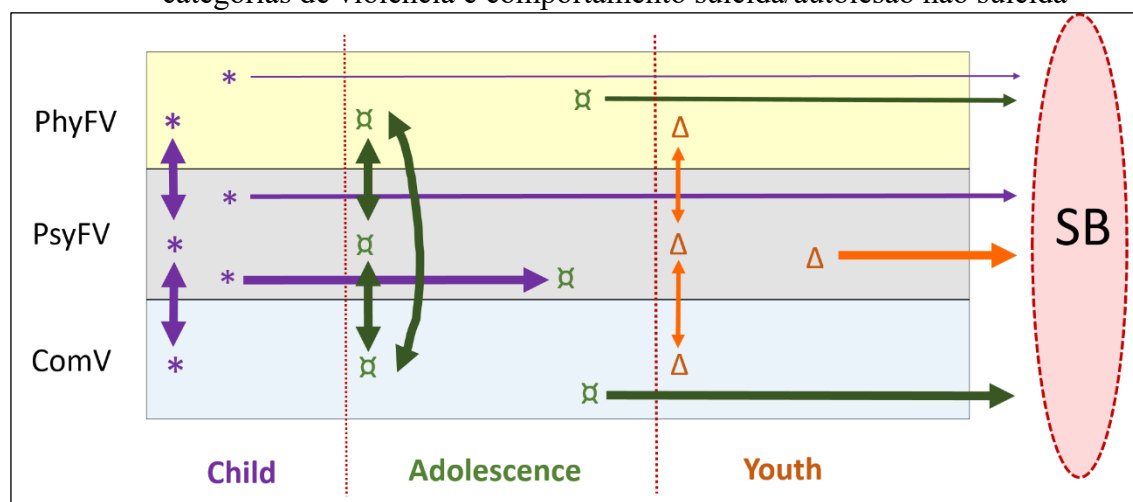
Fonte: Os Autores (2024).

Legenda: SB: suicidal behaviour (comportamento suicida / autolesões não suicida); PsyFV_C: violência psicológica familiar na infância; PsyFV_A: violência psicológica familiar na adolescência; PsyFV_Y: violência psicológica familiar na juventude; PhyFV_C: violência física familiar na infância; PhyFV_A: violência física familiar na adolescência; PhyFV_Y: violência física familiar na juventude; ComV_C: violência comunitária na infância; ComV_A: violência comunitária na adolescência; ComV_Y: violência comunitária na juventude.

A representação esquemática do modelo de equações estruturais construído na análise é encontrada na Figura 2. O esquema pode facilitar a visualização das conexões e trajetórias mais significativas ($p<0,05$) entre as utilizadas na construção do modelo. A espessura das setas representa graficamente a força estabelecida entre as variáveis. Três espessuras compõem a figura, tendo como interpretação: a mais grossa remetendo à maior significância ($p<0.001$); a intermediária remetendo à significância entre os p-valores 0,001-0,006; a mais fina remetendo à menor significância dentre as selecionadas ($p= 0,045$).

Evidenciam-se as conexões entre os três tipos de violência em todas as fases de desenvolvimento estudadas, principalmente na adolescência. As cinco categorias de violência cujas trajetórias mais fortemente se associaram ao CS/ALNS: violência comunitária na adolescência, violência psicológica familiar na juventude, violência psicológica familiar na infância, violência física familiar na adolescência, e violência física familiar na infância.

Figura 2 – Representação esquemática do modelo de equações estruturais entre as nove categorias de violência e comportamento suicida/autolesão não suicida



Fonte: Os autores (2024).

Legenda: SB: suicidal behaviour (comportamento suicida/autolesões não suicida); PhyFV.: violência física familiar; PsyFV: violência psicológica familiar; ComV.: violência comunitária; *: categoria de violência presente na fase de desenvolvimento infância; □: categoria de violência presente na fase de desenvolvimento adolescência; Δ: categoria de violência presente na fase de desenvolvimento juventude. As espessuras das setas são proporcionais à significância das trajetórias e conexões entre as variáveis.

Discussão

Como pode ser verificado no Quadro 1, apesar das perdas, os 25,8% participantes que se mantiveram no estudo (2021) são representativos do perfil sociodemográfico da amostra de sua linha de base (2005). Desse modo, este estudo se associa aos que têm investigado longitudinalmente o surgimento e a continuidade de desfechos negativos em saúde mental na população pediátrica. Os caminhos entre as violências, e entre a violência e a suicidalidade foram priorizados, em consideração às fases do desenvolvimento infantojuvenil, permitindo coletas de dados sensíveis às especificações psicopatológicas dos participantes.

Não se desconsiderou, nesta discussão, a presença de transtornos mentais, até por sua importante prevalência global na população pediátrica (UNICEF, 2021) e pela associação estabelecida entre eles e a suicidalidade (Thapar *et al.*, 2015). Apesar de robustez associativa, a complexidade e a multicausalidade desse fenômeno universal direcionam para olhares ampliados, principalmente quando se avalia sua ocorrência em grupos vulneráveis e minoritários (Alvarez *et al.*, 2022; Argabright *et al.*, 2022; Benton, 2022). Nesses grupos, a exclusividade da abordagem clínica como vetor de prevenção não tem sido efetiva, como apontam Ormiston *et al.* (2024), sugerindo estratégias estabelecidas ecologicamente e que enfrentem a violência estrutural e a interpessoal.

Apostou-se que o olhar sobre as violências sofridas por crianças, jovens e adolescentes

deve se destacar como prioridade de intervenção em saúde pública, por sua prevalência e conexão com os próprios quadros psiquiátricos. Fez-se, desse modo, um paralelo ao proposto por Ports *et al*, (2017) na defesa que a prevenção das ACE deve se constituir como principal medida de prevenção do suicídio. Os autores propõem estratégias *upstream*, abordando com mais ênfase o cenário das violências, por sua magnitude e prevalência; justificam que nem sempre o caminho da suicidalidade passará pelo diagnóstico e/ou estabelecimento de um quadro psiquiátrico, mas que mais facilmente se aproxima das diferentes formas das violências. O contexto de vulnerabilidade e violência dos participantes, e o atual contexto do continente americano de aumento nos registros de óbitos por suicídio concluem a justificativa dessa escolha metodológica (WHO, 2021).

No decorrer da coorte, a investigação das violências aferidas através dos questionários aplicados nas cinco ondas, foram agrupados em eventos de violência ocorridos ao longo de três fases da vida (infância, adolescência e juventude), totalizando nove categorias de violência. Na observação da distribuição desses eventos (Quadro 2), infere-se que há uma provável menor percepção de vivência da violência no curso da adolescência, com menores frequências nos três tipos de violência investigados. Três situações se destacaram: a altíssima ocorrência de violência familiar na infância; a maior experimentação e/ou percepção da violência comunitária na juventude; e a magnitude da violência psicológica longitudinalmente. Apesar de menor ocorrência na fase da adolescência, o modelo de equações estruturais (Figuras 1 e 2) permitiu a identificação de um caminho percorrido pela violência psicológica ao longo da vida: da infância à adolescência ($p < 0,001$) e da adolescência à juventude ($p = 0,063$). Tal caminho não foi constante para as outras formas de violência investigadas, embora conexões entre fases próximas se observem.

Quando se calculou a associação entre as nove variáveis independentes e o desfecho CS/ALNS na quinta onda, quatro não foram significantes. Dentre as outras cinco com significância estatística ($p < 0,05$), destacaram-se: violência comunitária na adolescência ($p < 0,001$), violência familiar psicológica na juventude ($p < 0,001$), violência familiar física na adolescência ($p = 0,001$) e violência familiar psicológica na infância ($p = 0,006$).

As violências representam, por essa perspectiva, verdadeiras traições no microssistema, no espaço de intimidade do núcleo familiar - ainda que em relacionamentos familiares com potencial conexão afetiva, seja residual ou ambivalente (Schenker; Avanci; Silveira, 2017). Duração, tipo e gravidade são os elementos apontados na literatura que definem o impacto das ACE, influenciando a susceptibilidade de cada sujeito à violência, principalmente em fases mais sensíveis do desenvolvimento e mais dependentes de cuidado. Ressalta-se a permanência de

variáveis de violência causada pela mãe que retratam a vida da criança desde o nascimento e não apenas aquelas ocorridas na fase da criança escolar. Impacto que também desorganiza os sistemas, modulando sua resiliência e fatores de proteção (Bronfenbrenner, 1993; Teicher; Samson, 2013).

Enquanto uma ruptura no plano desenvolvimental, as ACE demandam e impulsionam adaptações neurobiológicas para que possa ser alcançada a sobrevivência e a perpetuação da espécie. Adaptação, contudo, que pode comportar riscos em expressões genéticas, epigenética e/ou fenotípicas, no decorrer da vida e através dos diferentes sistemas ecológicos; e que, dependendo da modulação dos fatores de proteção de resiliência, expressa-se através de sintomas neuropsiquiátricos (Bronfenbrenner, 2011; Scattolin; Resegue; Rosário, 2022; Teicher; Samson, 2013).

Apesar da conexão estabelecida entre as violências interpessoal e comunitária, com as autoprovocadas, é importante serem destacadas as mais baixas frequências de autolesões não suicida, ideação suicida e tentativas de suicídio em relação as outras formas de violência. Ainda que previsível, quando são metodologicamente estruturadas as variáveis de exposição e as de desfecho como nesta pesquisa, ilumina-se que diante da suicidalidade também estão atuantes fatores de proteção e de resiliência (Argabright *et al.*, 2022; Benton, 2022) . Ou seja, apesar de um risco estabelecido, os jovens não chegaram ao suicídio. Investigar as trajetórias de proteção e como interagiram nos sistemas relacionais é um ponto importante (Silva Filho, Avanci, Assis, *no prelo*).

O destaque da violência psicológica nos resultados da investigação pode ser explicado pela duração pela qual tende a se manifestar; como um fenômeno invisibilizado, principalmente na infância, sua tendência é se perpetuar em futuras relações (como observado no comportamento dos jovens em suas novas famílias), ainda mais quando perpetrada no espaço doméstico. Perpetuação, inclusive, que presente na primeira infância pode mais facilmente moldar a linguagem e a construção de um apego invalidante (Fonagy *et al.*, 2002), predispondo a um aprendizado de um padrão relacional violento, baixa autoestima e desregulação emocional. Sintomas que, no curso da vida, predisõem às autolesões suicida ou não suicida em adolescentes e jovens (APA, 2022; Newman; O'shaughnessy, 2015; Thapar *et al.*, 2015)

Dois recentes estudos brasileiros, sendo um longitudinal (de Oliveira *et al.*, 2018) e um inquérito epidemiológico (Stochero *et al.*, 2021), também apontaram a relevância da violência psicológica em seus resultados, o que pode servir para novos direcionamentos investigativos e de intervenção. Esse teor de invisibilidade e de normalidade cultural por vezes compreendido nos abusos emocionais também justifica a dificuldade de enfrentamento ativo de violências

comunitárias como o racismo e outras discriminações raciais e/ou sociais.

Alvarez et al (2022) recorrem ao modelo bioecológico para esmiuçar como violências estruturais e comunitárias se estabelecem no cotidiano de juventudes minoritárias, apostando em estratégias de prevenção que envolvam família e comunidade, assim como abordem a violência. Essa perspectiva, ainda discreta na literatura biomédica, facilita a compreensão de como violência promove violência, e que as ACE carregam riscos de co-ocorrência e diferentes fatores de risco para comportamento suicida. Jewett (2024) também aprofunda essa reflexão ao debater como a violência estrutural desorganiza e vulnerabiliza as relações sociais e familiares, amplificando novas violências, sofrimento emocional, vulnerabilidades sociais e suicidalidade.

O modelo proposto permitiu a visualização de que nas três fases da vida, houve relação entre os tipos de violência familiar e comunitária estudados, resultado concordante aos cenários clínicos e de pesquisa, onde se encontra sobreposição de ACEs e das diferentes formas de violência, como discutido na literatura (Kessler *et al.*, 2010; Li *et al.*, 2023; Soares *et al.*, 2016; Thompson; Kingree; Lamis, 2019). O caráter amplificador e cumulativo das violências ou das ACE pôde, assim, ser demonstrado, corroborando a urgência aqui defendida sobre a prevenção de todas as formas de violência. Neste estudo, essas conexões foram mais evidentes na adolescência, sugerindo que essa fase segue como crítica e vulnerável para o pleno desenvolvimento; na adolescência, especificamente sua segunda metade, são observados globalmente o aumento de casos de comportamento suicida e autolesões não suicida (Brasil, 2024; UNICEF, 2021).

Os estudos da neurobiologia do trauma ainda não foram capazes de definir em definitivo os caminhos entre os agravos das adversidades sofridas na infância e os transtornos mentais, mas reconhecem a suicidalidade como um desdobramento – direto ou indireto – dessa relação (Teicher; Samson, 2016; Thompson; Kingree; Lamis, 2019). Aporte teórico que conduziu e que foi demonstrado nos achados desta pesquisa. Além do aumento da suicidalidade, a presença de ACE se relaciona a início mais precoce de transtornos mentais, a uma pior resposta aos tratamentos estabelecidos e a maior presença de comorbidades (Teicher *et al.*, 2016; Teicher; Samson, 2013).

Desse modo, a maior suicidalidade encontrada ao longo da vida dos participantes que relataram a presença de eventos de violência pode ser justificada. Mais do que uma relevância etiológica ou explicativa, corrobora a defesa que a prevenção de diferentes formas de violência pode se associar a prevenção do CS e das ALNS (Ports *et al.*, 2017; Thompson; Kingree; Lamis, 2019).

As pesquisas sobre comportamento suicida e autolesões precisam avançar para um

diálogo aberto e democrático com a sociedade (Silva Filho; Minayo, 2021), modulando seus tabus e capacitando-a para se constituir num sistema relacional protetor para a juventude (Alvarez *et al.*, 2022; Ormiston *et al.*, 2024). Simultâneas coortes de jovens ao redor do mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, estão em sofrimento, sendo urgente a proposição de múltiplas estratégias de abordagens, técnicas de investigações e ações de promoção de saúde mental (Kieling *et al.*, 2022). Abordagens que extrapolem o biológico e o social isoladamente, que validem concomitantemente herança genética e cultura, e que incluam a perspectiva da complexidade e da multideterminação que a violência e o comportamento suicida apresentam.

Forças e Limitações

A longitudinalidade dos dados agregando cinco momentos de coleta ao longo de quase duas décadas, compreendendo três fases de desenvolvimento (infância, adolescência, juventude) é uma das principais forças deste estudo, complementando as pesquisas cujas variáveis (dependentes ou independentes) são coletadas pontualmente ou apenas retrospectivamente. Ademais, essa possibilidade prospectiva permitiu com maior facilidade a captação do acúmulo de eventos de violência ao longo da vida, reduzindo vieses de memória. Nesse horizonte longitudinal, entretanto, reconhece-se como uma fragilidade da pesquisa a fase da infância ter como início os seis anos – menor idade dos participantes na linha de base da pesquisa; para o desfecho aqui estudado, seria de grande valor uma observação prospectivamais detalhada desse grupo etário. Aponta-se, com isso, para a importância de estudos longitudinais iniciados ainda com população na primeira infância. Entretanto, como a escala que afere violência familiar na primeira onda foi discriminada desde o nascimento e no último ano, uma parcela da violência sofrida pela criança no espaço familiar pôde ser introduzida na análise.

O modelo não incorporou todas as formas de violência, não avaliando em detalhes a violência sexual, embora alguns itens sobre o tema tenham entrado no acervo inicial de variáveis e não permanecido na análise após o cruzamento com o comportamento suicida e autolesão. Este é um tema delicado de pesquisa e um agravo relevante na literatura sobre o tema; mereceria uma investigação à parte.

Outro aspecto é que a pesquisa não estruturou os instrumentos e variáveis a partir da tipificação das *ACE*. O fato de apenas violências estarem incluídas nas *ACE* analisados, dificulta a comparabilidade com importantes estudos no campo. Em relação às *ACE*, essa escolha metodológica também se justificou por ter se seguir investigando as variáveis

independentes na população maior de 18 anos (quinta onda: média de idade 23 anos) – o que descaracteriza esse constructo teórico.

O maior enfoque da pesquisa foi a violência, não se considerando a frequência de transtornos mentais na população investigada. Assume-se esse elemento importante de limitação, mas se pondera que houve priorização de se buscar um caminho compreensivo entre as violências e a suicidalidade; apoiou-se nos argumentos de Teicher *et al.* (2016) e em sua crítica de que muitos estudos morfofuncionais dos transtornos mentais desconsideram a ocorrência de violência ao longo da vida. Ainda que já justificada, a escolha pelo desfecho agregado (comportamento suicida e/ou autolesões não suicida) é uma potencial limitação para a interpretação dos dados, devendo ser considerada.

Como limitação metodológica, já apontado previamente, nesta análise foi incluído apenas o peso amostral. Houve tentativa de utilização do plano amostral, mas problemas de convergência impediram sua inclusão como estratégia de correção das estimativas intervalares.

Considerações Finais

Os achados desta pesquisa se somam às recentes evidências sobre o impacto que as violências sofridas por crianças e adolescentes têm para o seu desenvolvimento ao longo da vida, incluindo a saúde mental. Ainda que por mecanismos não elucidados, as diferentes adversidades experimentadas na infância alteram as trajetórias infantojuvenis; adversidades que se apresentam, geralmente, em coocorrência e cujos efeitos tendem a ser cumulativos prospectivamente.

A violência psicológica se destacou, demandando atenção dos diferentes profissionais que assistem crianças e adolescentes, por sua invisibilidade, penetrância e tolerância cultural. Um ambiente familiar violento mostrou ser de risco para desfechos negativos, como a suicidalidade, reforçando a necessidade de cuidado e proteção no microssistema, proporcionando segurança e confiança para crianças e adolescentes.

Os dados aqui apresentados devem iluminar novas estratégias de reconhecimento e enfrentamento à violência como estratégia crítica na promoção e prevenção em saúde mental. São urgentes, para o desenvolvimento de uma geração saudável: intervenções individuais e coletivas para redução das adversidades; treinamento de familiares e profissionais sobre desenvolvimento infantojuvenil; viabilidade de intervenção precoce diante da identificação de casos de violência; e manejo terapêutico e interdisciplinar para com os danos decorrentes de experiências adversas.

This study was funded by CNPq - the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (Process Number 461623/2014-5).

Referências

ALVAREZ, Kiara *et al.* Structural Racism and Suicide Prevention for Ethnoracially Minoritized Youth : A Conceptual Framework and Illustration Across Systems. **Am J Psychiatry**, v. 179, n. 6, p. 422–433, 2022.

APA, American Psychiatric Association. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR**. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2022.

ARGABRIGHT, Stirling T *et al.* Association Between Discrimination Stress and Suicidality in Preadolescent Children. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 61, n. 5, p. 686–697, 2022.

ASSIS, Simone Gonçalves de; AVANCI, Joviana Quintes; VASCONCELLOS, Raquel De. Socioeconomic inequalities and child mental health. **Rev Saúde Pública**, v. 43, p. 1–8, 2009.

AVANCI, Joviana Quintes *et al.* Revisão de escopo sobre habilidades socioemocionais na prevenção do comportamento suicida em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**,

BENTON, Tami D. Suicide and Suicidal Behaviors Among Minoritized Youth. **Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America**, v. 31, n. 2, p. 211–221, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.01.002>.

BERNARD, Donte L; SMITH, Quinton; LANIER, Paul. Racial discrimination and other adverse childhood experiences as risk factors for internalizing mental health concerns among Black youth. **J Trauma Stress**, v. 35, n. 2, p. 473–483, 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021**. 2024.

BRONFENBRENNER, Urie. **Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRONFENBRENNER, Urie. Ecological models of human development. Readings on the development of children. *In*: GAUVAIN, M.; COLE, M (org.). **Readings on development od children**. New York: Freeman, 1993. p. 37–34.

BRYAN, Craig J. **Rethinking suicide: why prevention fails, and how we can do better**. New York: Oxford University Press, 2022.

DA CUNHA, Antonio Jose Ledo Alves; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; DE ALMEIDA, Isabela Saraiva. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **J Pediatr (Rio J)**, v. 91, n. 6, p. S44–S51, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.09.005>.

DE OLIVEIRA, Irismar Reis *et al.* Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect: A replication and extension study in a Brazilian sample of high-risk youth. **Child Abuse and Neglect**, v. 80, n. March, p. 312–323, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.03.021>.

FONAGY, P *et al.* **Affect regulation, mentalization and the development of the self**. New York: Other Press, 2002.

JEWETT, Patricia I *et al.* Structural adverse childhood experiences associated with suicidal ideation, suicide attempts, and repetitive nonsuicidal self-injury among racially and ethnically minoritized youth. **Suicide and Life-Threatening Behavior**, n. March, p. 1–16, 2024.

KESSLER, Ronald C *et al.* Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. **The British Journal of Psychiatry**, v. 197, p. 378–385, 2010.

KIELING, Christian *et al.* Youth mental health services : the right time for a global reach. **World Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 86–87, 2022.

LI, Simon M. *et al.* Longitudinal impacts of adverse childhood experiences on multidimensional health outcomes: Predicting trajectories in mental, physical, and behavioral health. **Child Abuse and Neglect**, n. November, p. 106543, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106543>.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de; SOUZA, Ednilsa Ramos de Souza. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. In: MARIA CECÍLIA DE SOUZA MINAYO; SIMONE GONÇALVES DE ASSIS (org.). **Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 596.

NEVES, Jorge Alexandre Barbosa. **Modelo de equações estruturais: uma introdução aplicada**. Brasília: Enap, 2018. Disponível em: [http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3334/1/Livro_Modelo de equações estruturais.pdf](http://repositorio.enap.gov.br/bitstream/1/3334/1/Livro_Modelo%20de%20equa%C3%A7%C3%B5es%20estruturais.pdf).

NEWMAN, Louise; O'SHAUGHNESSY, Ruth. Parenting and borderline personality disorder. In: PARENTAL PSYCHIATRIC DISORDER: DISTRESSED PARENTS AND THEIR FAMILIES, THIRD EDITION., 2015. p. 163–173. Disponível em: <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-84954206993&doi=10.1017%2FCBO9781107707559.017&partnerID=40&md5=34f04fd831c9224c7cd1b84373791c61>.

O'CONNOR, Rory C.; KIRTLEY, Olivia J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. **Phil. Trans. R. Soc. B**, v. 373, n. 1754, p. 20170268, 2018.

O'CONNOR, RORY C; S PLATT; J GORDON (EDS). **The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice**. Hoboken: Wiley Online Library, 2011.

O'CONNOR, Rory. **When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it**. London: Vermilion (Penguin Random House), 2021.

OMS, Organização Mundial de Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: WHO, 2002.

OPPENHEIMER, Caroline W; GLENN, Catherine R; MILLER, Adam Bryant. Future Directions in Suicide and Self-Injury Revisited: Integrating a Developmental Psychopathology Perspective. **Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology**, [s. l.], v. 51, n. 2, p. 242–260, 2022.

ORMISTON, Cameron K *et al.* Trends in Adolescent Suicide by Method in the US, 1999–2020. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 3, p. E244427, 2024.

PORTS, Katie A *et al.* Adverse Childhood Experiences and Suicide Risk: Toward Comprehensive Prevention. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 53, n. 3, p. 400–403, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2017.03.015>.

R CORE TEAM. **R: A language and environment for statistical computing**, 2021. Disponível em: <https://www.r-project.org/>.

ROSSEEL, Yves. lavaan : An R Package for Structural Equation Modeling. **Journal of Statistical Software**, v. 48, n. 2, p. 1–36, 2012.

SCATTOLIN, Mônica Ayres de Araújo; RESEGUE, Rosa Miranda; ROSÁRIO, Maria Conceição do. The impact of the environment on neurodevelopmental disorders in early childhood. **Jornal de Pediatria**, v. 98 (S1), p. S66–S72, 2022.

SCHENKER, M; AVANCI, J Q; SILVEIRA, L M B. Violência intrafamiliar da perspectiva sistêmica. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; ASSIS, Simone Gonçalves de (org.). **Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017. p. 596.

SILVA FILHO, Orli Carvalho da *et al.* Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian schoolchildren. **BMC Pediatrics**, v. 23, n. 1, p. 1–12, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7>.

SILVA FILHO, Orli Carvalho da; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2693–2698, 2021.

SOARES, Ana Luiza Gonçalves *et al.* Adverse childhood experiences : Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. **Child Abuse & Neglect**, v. 51, p. 21–30, 2016.

STOCHERO, Luciane *et al.* Prevalence and co-occurrence of adverse childhood experiences: A school-based survey in Rio de Janeiro. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4115–4127, 2021.

TEICHER, Martin H *et al.* The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 17, n. 10, p. 652–666, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/nrn.2016.111>.

TEICHER, Martin H.; SAMSON, Jacqueline A. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 57, n. 3, p. 241–266, 2016.

TEICHER, Martin H; SAMSON, Jacqueline A. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. **Am J Psychiatry**, v. 170, n. 10, p. 1114–1133, 2013.

THAPAR, Anita *et al.* **Rutter's child and adolescence psychiatry**. 6th ed. Chichester: Wiley, 2015.

THOMPSON, Martie P; KINGREE, J B; LAMIS, Dorian. Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. **Child Care, Health and Development**, v. 45, n. 1, p. 121–128, 2019.

UNICEF, United Nations Children's Fund. **The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health**. New York: 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>. .

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!)**. Geneva: WHO, 2017.

WHO, World Health Organization. **Suicide worldwide in 2019: global health estimates**World Health Organization,Geneva. Geneva: 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>. .

5.4 PRODUTO 4: À MARGEM DO SUICÍDIO: HORIZONTES COTIDIANOS, PONTOS DE VIRADA E TRAJETÓRIAS DE PROTEÇÃO EM JOVENS MULHERES PERIFÉRICAS

Artigo aceito para publicação no periódico Cadernos de Saúde Pública (Anexo 3).

À margem do suicídio: horizontes cotidianos, pontos de virada e trajetórias de proteção em jovens mulheres periféricas

À margem do suicídio: trajetórias de proteção em jovens periféricas

On the margins of suicide: everyday horizons, turning points, and trajectories of protection in peripheral young women

On the margins of suicide: trajectories of protection in peripheral youth

Al margen del suicidio: horizontes cotidianos, puntos de inflexión y trayectorias de protección en jóvenes mujeres periféricas

Al margen del suicidio: trayectorias de protección en jóvenes periféricas

Autores: Orli Carvalho da Silva Filho, Joviana Quintes Avanci, Simone Gonçalves de Assis

Resumo

Comportamento suicida e autolesões não suicida em grupos vulneráveis e minorias populacionais representam um desafio para a suicidologia, complexificando a universalidade do suicídio. Neste artigo, objetivou-se analisar a vida de jovens periféricas considerando suas experiências com a suicidalidade e seus horizontes relacionais e violentos. Nove mulheres participantes da quinta onda de uma coorte sobre saúde mental e violência (2005-22) em São Gonçalo/RJ foram entrevistadas (2022) sobre os contextos que as mantiveram à margem do suicídio, apesar de importante sofrimento emocional, da infância à juventude. A partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, três categorias se destacaram e podem colaborar para uma abordagem interseccional, decolonial e socialmente relevante para prevenção do comportamento autodestrutivo. (1) As visões sobre a violência autoinfligida, mais bem explicadas pelos núcleos “pecado” e “doença”, e menos pelas violências experimentadas em geral. (2) O quase dito sobre comportamento autolesivo, em que se reconheceu como o uso de palavras marginais sobre o tema reflete não apenas o tabu, mas o

silenciamento e a discriminação contra minorias. (3) As camadas de proteção e pontos de virada, onde “espiritualidade”, “ofício” e “maternidade” foram interpretados como as principais associações entre fatores de proteção e resiliência nas trajetórias de vida e cotidiano dessas jovens. Estreitar olhares, reconhecendo a humanidade, os direitos e o sofrimento psíquico de grupos violentados e discriminados, não apenas qualifica o cuidado e a prevenção do comportamento suicida, mas amplia o entendimento desse fenômeno humano e universal.

Palavras-chave (DeCS): suicídio; comportamento autodestrutivo; autolesão não suicida; juventude; minorias populacionais

Introdução

O suicídio tornou-se uma preocupação da Saúde Pública para a juventude global, grupo no qual esse desfecho letal parece provocar maior desconforto nas esferas micro e macrossociais, e em que se reconhecem importantes elementos de vulnerabilidade^{1,2,3}. Dados mundiais recentes indicam redução não uniforme nas taxas de mortalidade, realidade não encontrada no continente americano ou em jovens de diferentes minorias^{2,4,5}. No Brasil, houve significativo crescimento nas taxas de incidência de suicídio e de autolesões em adolescentes e jovens na última década^{6,7}.

Tais variações orientam a desagregação das taxas de ocorrência das violências autoprovocadas, num esforço para melhor compreender epidemiológica, clínica e socialmente esses fenômenos, permitindo intervenções capazes de reduzir a morbimortalidade precoce dessa população^{2,8}. Essa desagregação deve envolver elementos que tentem explicar as diferentes apresentações da suicidalidade na juventude em relação a minorias discriminadas^{4,5,9}.

Dar relevância a tais características é abordar criticamente a suicidologia, campo de estudo e debate sobre suicídios, indo além da perspectiva biomédica^{8,10,11,12}, de forma que o olhar investigativo sobre as violências autoinflingidas extrapole os domínios individuais e chegue aos relacionais e sistêmicos^{13,14,15}. Não apenas um indivíduo em sofrimento, mas um sujeito biológico inserido em múltiplos sistemas relacionais e de violência, cujo desenvolvimento e subjetividade se construíram mediados por processos proximais (face-a-face) em estruturas sócio-históricas específicas^{4,16}. Isso é reconhecido pela literatura sobre violência autoprovocada e minorias^{13,17,18,19,20}, promovendo a consideração de perspectivas contra-hegemônicas e interseccionais em relação ao sofrimento psíquico^{11,21}, num destaque

para a importância do domínio relacional e estrutural no curso do desenvolvimento, como proposto por Bronfenbrenner^{15,16}.

Segundo Silva Filho (2019)²², o comportamento suicida é uma sobreposição de sofrimento psíquico e de violência (em sua tipologia autoinfligida e nas naturezas física e psicológica). O sofrimento emocional tende a ser mais evidente, sendo alocado como elemento causal, orientando a clínica^{8,23}. O reconhecimento, porém, da violência como elemento inerente nesse comportamento, amplia as possibilidades de entendimento da sua ocorrência, permitindo reflexões e abordagens sobre a estrutura social e seu impacto no curso da vida^{18,20,24,25}. O confronto entre tais perspectivas não estabelece um impasse etiológico, mas uma sobreposição, onde se somam argumentos e se reconhece a multicausalidade desses fenômenos^{8,22}.

Assim, diferentes publicações defendem a pertinência no reconhecimento das violências como um dos fatores que determina as práticas autolesivas, principalmente quando crianças, adolescentes e jovens são estudados^{4,9,20}. Nesses casos, as experiências adversas na infância ganham relevância em estudos quali-quantitativos, corroborando a preocupação sobre o cuidado infantojuvenil^{19,24,25}. Não apenas para segurança física e na vigilância do crescimento, mas para o seguimento de trajetórias desenvolvimentais e em saúde mental^{4,26,27}.

Por comportamento suicida (CS), considera-se o *continuum* que envolve ideação, planejamento, tentativas e o suicídio consumado, definição filiada à Saúde Pública^{2,22}. De forma não consensual na literatura, as autolesões não suicida (ALNS) não compõem esse espectro, ainda que sua expressão possa se assemelhar a uma tentativa de suicídio, porém não acompanhada de ideação. Apesar dessa delicada distinção também podem ser compreendidas como um fenômeno onde se encontra violência autoprovocada e sofrimento emocional^{8,28}. Ambos impactam a juventude contemporânea, demandando reflexões urgentes sobre desenvolvimento, saúde mental e violência^{1,3,26,28}.

Diante de uma multiplicidade de expressões de sentimentos, comportamentos e vulnerabilidades, o porquê não sucumbir ao suicídio torna-se um caminho potencial de prevenção; principalmente em minorias cujas trajetórias estão à margem da vida. O estudo da morte orienta reflexões sobre a vida²⁹, assim, refletir sobre as jovens nas fronteiras do suicídio pode colaborar na compreensão sobre os seus horizontes, percursos de proteção e pontos de virada. Neste artigo, objetivou-se discutir como jovens da periferia de uma violenta metrópole brasileira compreendem o comportamento suicida que apresentaram em suas trajetórias de vida, da infância à juventude, em destaque para os eventos e contextos que as protegeram da morte autoprovocada.

Percurso metodológico

Este artigo é fruto de estudo longitudinal com crianças em São Gonçalo/RJ iniciado em 2005³⁰. As reflexões apresentadas foram construídas a partir da análise qualitativa de nove entrevistas realizadas em uma fase complementar da quinta onda investigativa (2021/22) da “Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ” (2005 a 2022).

São Gonçalo se localiza na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, sendo um extenso e populoso município onde predominam condições de vida adversas, poucos recursos educacionais e uma infraestrutura precária³¹. Apresenta muitos registros de operações policiais, intervenções com repercussões violentas que reduzem a mobilidade, o acesso e o funcionamento urbanos³². A presença de múltiplas vulnerabilidades, em contextos micro e macrossocial, é um caracterizador da coorte, sendo descritor relevante no seguimento desses participantes.

Cento e vinte e nove jovens (25,8% da amostra inicial) foram localizados em 2021 através de visitas presenciais de Agentes Comunitários da Saúde (ACS), contato telefônico ou em redes sociais, e aceitaram participar, respondendo questionários, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desses 129 participantes, 35 têm ao menos uma referência, ao longo das quase duas décadas de estudo, a comportamento suicida (CS) e/ou autolesão não suicida (ALNS). Nesta pesquisa, diante de divergência teórica e clínica entre CS e ALNS^{8,23}, deliberou-se por aproximação conceitual, utilizando-se a expressão CS/ALNS. Entendeu-se que esse agrupamento se justifica por ambas representarem desconforto psíquico e ação contra a integridade corporal.

Em busca de um aprofundamento compreensivo, o método qualitativo³³ foi aplicado em parte desses 35 participantes. O início de aparecimento do desfecho (antes ou após 14 anos de idade) assim como a presença ou ausência de sua recorrência (mais de uma referência ao longo da investigação) foram os critérios adicionais no recrutamento dessa etapa. A idade de 14 anos foi escolhida por representar um marco etário entre a primeira e segunda metades da adolescência, sendo essa última uma típica fase de aumento de ocorrência de CS/ALNS^{2,4,6,28}. A recorrência é um dos elementos clínicos de maior gravidade diante das violências autoinflingidas²³.

Houve dificuldade para o convite, agendamento e realização dos encontros com as jovens selecionadas, chegando-se a nove participantes. As nove entrevistas foram realizadas de forma presencial (num consultório em região de fácil acesso) ou remota, através da Plataforma Zoom®, entre setembro e outubro de 2022. Foram conduzidas pelo autor do artigo (psiquiatra),

a partir de um roteiro semiestruturado testado preliminarmente. A técnica de entrevista permitiu o surgimento e aprofundamento dos temas de interesse, respeitando a peculiaridade de cada jovem, com relatos cuja análise levou à saturação temática³⁴. Um segundo pesquisador (psicólogo) acompanhou todas as entrevistas, colaborando para um ambiente acolhedor, o que colaborou para ausência de mal-estar posterior.

As jovens receberam pseudônimos, dificultando seu reconhecimento. As entrevistas foram transcritas produzindo um *corpus* examinado pela técnica de análise de conteúdo, modalidade temática^{33,34,35}. O material transcrito passou por leituras seriadas e progressivamente aprofundadas, buscando-se uma compreensão global, assim como semelhanças e diferenças discursivas³⁴. Foram selecionados e tabulados trechos mais relevantes de cada entrevista, analisados a partir do arsenal teórico da investigação. O processo de entrevistas desvelou contradições, repetições e respostas a questionamentos numa provocação do campo aos pesquisadores. Seguiu-se para etapa de síntese de cada entrevista, permitindo agrupamentos temáticos e de conteúdo, confrontados e reagrupados, produzindo três categorias analíticas estáveis, de cunho interpretativo, não mais aprisionadas às falas^{34,35}: (1) as visões sobre a violência autoinflingida; (2) o quase dito sobre comportamento autolesivo; (3) as camadas de proteção e pontos de virada. Essas categorias foram confrontadas com a literatura nacional e internacional, compondo os resultados e a discussão deste trabalho³³.

Todas as etapas do estudo longitudinal receberam aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz; o CAAE 5734422.6.0000.5240 se refere ao estudo apresentado.

Resultados e Discussão

O perfil sociodemográfico das jovens entrevistadas é apresentado no Quadro 1, caracterizado por nove mulheres periféricas num panorama de minoria que apresentaram diferentes características do CS/ALNS (Quadro 2).

Nove mulheres periféricas: panorama de uma minoria

As jovens entrevistadas apresentaram diferentes características do CS/ALNS (Quadro 2), sendo reunidas enquanto um grupo feminino e periférico. Não há uma única minoria aqui representada; mas um grupo formado exclusivamente por mulheres nascidas e residentes em áreas periféricas de São Gonçalo/RJ. Através dessa exclusividade, reconheceu-se o caráter

inclusivo da pesquisa, onde nove mulheres compuseram uma minoria marcada pela interseccionalidade ou, como definido por Akotirene (2019)³⁶, por um sistema interligado de opressões.

Baére e Zanello (2022)¹⁰ debatem que os papéis de gênero, numa sociedade patriarcal e violenta, influenciam a saúde mental de mulheres, inclusive desqualificando o seu sofrimento emocional. No Brasil, o gênero feminino segue prevalente nos casos de tentativas de suicídio e ALNS, sendo, o risco de suicídio mais elevado entre os 15 e 19 anos nas mulheres brasileiras^{6,7}. Tais dados sinalizam a relevância dos aspectos socioculturais na compreensão da suicidalidade¹⁰ e convergem à argumentação de Jaworski (2010)³⁷ de que no gênero feminino o foco investigativo deveria estar no início do espectro suicida e não em seu desfecho letal.

A descrição das jovens como periféricas e marginalizadas não se resume a renda ou classe social. Os territórios onde as crianças foram amostradas caracterizavam-se por contexto de intensa vulnerabilidade social; territórios marginalizados, periféricos e com alta criminalidade³⁰. Destaca-se que apesar de possível convergência ou associação entre os conceitos marginalidade e criminalidade, apoia-se na diferenciação apresentada por Coelho (1978)³⁸ ao descrever o cenário de violência urbana no Rio de Janeiro, em que desemprego, subemprego ou pobreza seriam *proxies* de uma população marginalizada, elementos que ainda que possam facilitar o surgimento da criminalidade, não a caracterizam *per se*. Ao mesmo tempo, as reincidentes operações policiais violentas que ocorrem em territórios periféricos³² corroboram o processo da criminalização da marginalidade e marginalização da criminalidade³⁸.

Deste modo, seguir residindo e se relacionando nesses territórios foi compreendido como uma permanência de imersão no cotidiano da violência e, logo, da vulnerabilidade no curso desenvolvimental^{4,19}. Assim, mesmo trabalhando e/ou escolarizadas, essas jovens estiveram à margem da sociedade, integrantes da desigualdade social, tendo o curso de suas vidas atravessado pela violência estrutural, emoldurando suas relações microsociais¹⁵.

A seguir são apresentadas as três categorias analisadas.

Trajetórias marginalizadas: visões sobre a violência autoinflingida

Argumentos teóricos e clínicos apontam que a sobreposição de violências se torna um risco para a sua tipologia autoinflingida²³; decerto, isso não é especificidade das autolesões, mas condição frequente no estudo das violências²⁸. Nas interlocutoras, o relato de violências pode ser agrupado da seguinte forma: oito com violência familiar na infância e adolescência;

quatro com violência na escola; duas com violência sexual; cinco com violência entre parceiro íntimo.

Pela fala das jovens, as experiências pessoais marcantes da violência não justificaram a presença do CS/ALNS em suas vidas. Isso surpreendeu inicialmente, uma vez que se reconhece as consequências das violências nas dimensões física, psíquica, desenvolvimental e relacional – marcadamente em crianças e adolescentes^{19,25}. A análise não descartou esse impacto, mas apontou para o não reconhecimento da violência em si. A explicação extrapolou a vivência pessoas dessas jovens, ampliando-se para percepções que expressaram os entendimentos sociais sobre tais fenômenos.

Dois núcleos explicativos permaneceram estáveis durante o processo analítico: “pecado” e “doença”. Ambos refletem o caráter desviante do suicídio na sociedade ocidental: deslizes individuais na/da trajetória humana^{12,39}. Houve gradações nessa categoria: “pecado” e “doença” mais facilmente se referem ao suicídio consumado. Sendo o desfecho mais trágico do *continuum* suicida, o suicídio foi apontado como “grande pecado” ou “intensa doença”; as ALNS como atos deliberados contra a própria integridade que não representariam desvio tão grave como o suicídio.

A função do inimigo é matar, roubar, destruir. Então ele quer que a pessoa se mate. Se a pessoa se matar, a pessoa não vai ter salvação! (Leci Brandão)

Houve um predomínio da perspectiva neopentecostal no sistema de fé e valores das interlocutoras. Quatro são neopentecostais praticantes, uma não praticante e uma “afastada”, todas com fortes marcas discursivas desse credo. Mesmo nas duas jovens “sem religião definida”, notou-se influência do neopentecostalismo. Tal realidade corrobora os achados de Cunha (2021)⁴⁰ que aponta a capilarização desse segmento nas periferias do Rio de Janeiro, principalmente após os anos 1990, fortemente expresso na cultura, cotidiano e linguagem dessa juventude. Maia (2020)⁴¹ também retrata esse contexto, descrevendo a visibilidade e o trânsito cotidiano dos jovens neopentecostais em São Gonçalo/RJ.

Deste modo, evidenciou-se como as crenças e normas neopentecostais atravessaram as trajetórias dessas jovens, influenciando suas escolhas, moldando seus horizontes e explicando seu sofrimento e práticas autolesivas. Nessa cosmovisão, o mundo se encontra em constante tensão entre o bem e o mal⁴¹, sendo, segundo as entrevistadas, a ideação suicida uma influência maligna que as afasta dos caminhos e promessas do Senhor.

Tem hora que somos falhos, somos pecadores. ‘Senhor, eu estou sem força!’ Então vem, vem uns pensamentos ruins na nossa mente. Nem toda hora a gente está ligado 100% em Deus! (Cora Coralina)

Pela visão do “suicídio como pecado”, o exercício da fé seria a principal intervenção a ser buscada diante do *continuum* suicida, evitando que a ideação suicida chegue à forma de tentativa. A ideação poder ser vista como uma provação ou tentação que, ao ser superada através da fé, pode honrar a relação com o sagrado. Em contrapartida, um dos fracassos da espiritualidade se dá diante do suicídio.

Uma estrutura religiosa que valoriza pregações simples, com exemplos simples para pessoas simples⁴⁰ teve grande aceitação nas periferias, facilitando a incorporação e disseminação de seus princípios, como identificado neste *corpus*. Apoiado na teoria da prosperidade e do domínio⁴⁰ e na possibilidade de mudanças terrenas e não apenas no porvir⁴¹, o neopentecostalismo se fortaleceu e assumiu uma dimensão considerável na compreensão de horizontes e trajetórias da juventude brasileira.

Admite-se aqui a pluralidade do segmento neopentecostal; nesta pesquisa, tais diferenças não são fundamentais, pois exprimem uma semelhante cosmovisão que auxilia a compreender as micro e macrorrelações sociais neste cronossistema¹⁵, buscando sua incorporação como possível elemento nas redes de proteção. Acessar os espaços e instituições da cultura neopentecostal convocando-os como pólos de cuidado e prevenção em saúde mental traz inúmeros desafios e conflitos, pelo contexto de violência e conservadorismo, mas deve ser planejado.

Foi consensual pelas jovens a explicação do suicídio como expressão de doença, entendimento fortemente amparado pela difusão do modelo biomédico. Tal paradigma justifica que em cerca de 80 a 90% dos suicídios consumados há um transtorno mental associado, cifra replicada na literatura^{6,23}. Deste modo, evidenciou-se uma aproximação entre o senso comum e o conhecimento científico hegemônico.

É uma dor que você carrega, a pessoa acha que não, mas é um peso. Você dorme com isso, você acorda com isso, você não quer pensar; mas você acaba pensando. Isso te tortura de uma tal maneira. Eu costumo falar que eu não julgo quem quer tirar a vida. (Elza Soares)

Tal horizonte não parece representar o esmaecimento dos tabus sobre o suicídio infantojuvenil⁴¹, mas ser fruto de campanhas que abordam a prevenção do suicídio pela saúde. Uma campanha brasileira de prevenção do suicídio foi citada por várias jovens, sugerindo que esse incorporou-se no cotidiano, marcadamente pelas redes sociais. Incorporação, contudo, que

não necessariamente provoca mudanças individuais ou coletivas significativas para prevenção, numa presença por vezes indiferente ou tediosa, segundo elas.

O discurso das interlocutoras privilegiou, como defendido pela literatura biomédica, uma possível aproximação entre depressão e comportamento suicida^{1,2,23} com exemplos de como o sofrimento psíquico pode facilitar a ocorrência dessa violência. Compreendeu-se que dois elementos facilitaram esse entendimento: a realização de psicoterapia por quatro das nove jovens; e narrativas cujo conteúdo, em certos momentos, sobrepuseram-se à descrição de intensa tristeza e desesperança. A investigação não era uma entrevista diagnóstica; mas o referencial teórico da suicidologia permitiu essas ponderações na análise.

Oito jovens sinalizaram sintomas compatíveis com transtornos mentais ao longo da vida; sendo que apenas quatro tiveram acesso a psicoterapia e nenhuma delas a tratamento psiquiátrico, havendo casos de uso irregular de psicotrópicos. Assim, a experiência pessoal de sofrimento emocional, ainda que não reduzida a um transtorno, pode se apresentar como um argumento para correlação entre comportamento suicida e transtorno mental.

Uma situação mais de ‘cansei!’. Era uma sensação de: ‘Ah, não quero mais, não quero mais viver não. Cansei. Só dá problemas, só dá estresse, nada melhora, não vejo nada acontecendo, só dá tristeza.’ Eu pensava que era mais fácil acabar. (Clementina de Jesus)

É necessário demarcar o baixo suporte recebido por essas jovens diante de seu sofrimento psíquico. É possível que tenha sido reconhecido e não manejado, por um acesso dificultado às redes de atenção psicossocial, mas que, ainda mais grave, não tenha sido validado enquanto sofrimento. Alvarez e colaboradores (2022)⁴ apontam que apenas 1/3 da juventude negra norte-americana que morre por suicídio tem um transtorno mental diagnosticado. Baére e Zanello (2022)¹⁰ e Jaworski (2010)³⁷ ilustram como a menor letalidade das tentativas de suicídio no gênero feminino pode ser compreendida socialmente como um menor sofrimento do que o encontrado no masculino. Navasconi (2019)¹¹, afastando-se criticamente da perspectiva biomédica, aponta que o racismo é fator de adoecimento e suicídio em jovens brasileiros. Nessa argumentação, apresentam-se autores diferentes, com perspectivas teóricas diferentes que, para além de suas filiações, convergem sobre como o preconceito para com minorias deve ser considerado no manejo e na prevenção do CS/ALNS.

Palavras marginais: o quase dito sobre o comportamento autolesivo

Todas as entrevistas foram precedidas por breve explicação da investigação, identificando sua temática e motivação. Esse cuidado contribuiu na compreensão sobre a dificuldade observada para se falar na primeira pessoa e na utilização de palavras e termos que diretamente se relacionam ao CS/ALNS.

Falar sobre terceiros, conhecidos ou não, foi constante, permitindo às jovens uma ampliação de argumentos, exemplos e explicações causais para as violências autoprovocadas. De igual modo, pareceu mais fácil se recorrer a metáforas ou ilustrações, para narrar e exemplificar a própria experiência. Neste ponto, justifica-se um salto compreensivo para além do exposto discursivamente, permitindo-se ouvir e interpretar o quase dito ou o silenciado³³.

Minha mãe me batia e eu queria sumir da vida dela. Eu não queria morrer, mas queria morrer pra ela porque ela não ia mais me ver. Ela nem ia mais saber da minha existência. Eu queria sumir, quase morrer. (Clara Nunes)

Sei lá, acho que vontade de se matar nunca tive. Agora de sumir assim, se esconder, entrar em um buraco e ficar ali escondida, sem ninguém me ver. Sumir e se tivesse uma solução, eu voltava. (Conceição Evaristo)

Eu me via como se eu tivesse deitada numa maca no hospital. Eu deitada lá, via o médico, mas eu não via ninguém da minha família. Eu ficava desacreditada. ‘Gente, será que é isso mesmo? Será que ninguém? Não é possível!’ Aí via que ninguém aparecia. Ficava um pouco nervosa, estressada, pensativa. (Elza Soares)

Mais do que a identificação e até mesmo a compreensão do quase dito pelas jovens, abarcar a marginalidade dessas palavras incorporando-as à semântica do cuidado é uma das possibilidades desta pesquisa. Ponderou-se que a cristalização do tabu sobre o suicídio infantojuvenil⁴² pode ter sido um motivo para evitações sobre o assunto. Tabu que interdita a temática, silenciando e constringendo o discurso. Porém, o percurso pessoal narrado em paralelo à notoriedade contemporânea dada ao tema sugere que outros elementos possam esclarecer as palavras marginais.

Amparando-se por estudos que apontam para a discriminação contra minorias como fator de risco para seu CS/ALNS^{19,20}, considera-se que a não validação social do sofrimento psíquico ao longo da vida dessas jovens seria um sensível e pertinente entendimento para essa questão apreendida empiricamente. Uma não validação ou ainda uma não adequação de um mal-estar, que só é reconhecido, acolhido e manejado se nas cores e formas hegemônicas, como discute Fanon (2008)²¹.

Ao apontar um maior número de tentativas de suicídio do que de relatos de ideação suicida em jovens negros, Benton (2022)⁵ corrobora que o sofrimento dessa minoria só é validado diante de ação mais drástica. Como se a grupos minoritários, o sofrimento psíquico

fosse naturalizado e interditado, não ouvido. Ao mesmo tempo, Jaworski (2010)³⁷ salienta que o menor número de suicídios globalmente em mulheres não deve mascarar a presença de ideação suicida nesse gênero, alertando para outros formatos de discriminação.

Sheftall e colaboradores (2022)⁹ defendem que as violências estruturais e as relacionais precisam orientar as investigações, abordagens e ações de prevenção da suicidalidade em juventudes minoritárias. No Brasil, Navasconi (2019)¹¹ denuncia como a literatura científica e as ações em saúde ignoram a interseccionalidade do comportamento suicida com marcadores de raça, classe, gênero.

Sendo as diferentes discriminações e violências uma realidade presente nas relações sociais para grupos periféricos, principalmente os femininos, é essencial que a escuta sobre a suicidalidade considere as adversidades ambientais e as experiências adversas na infância¹⁹; uma escuta sensível e um olhar pelas lentes da justiça, equidade, diversidade e inclusão^{20,36}. As violências reiteradas e naturalizadas para com esses grupos se comportam como microagressões cotidianas impactando sua saúde mental, principalmente quando silenciadas ou ignoradas²⁷.

Nesse horizonte, o discurso mais distante das jovens entrevistadas sobre CS/ALNS não pareceu expressar somente um desconforto diante de uma entrevista. As palavras quase não ditas aparentaram revelar o apagamento de um sofrimento. Ou ainda, delatar perdas de oportunidades de acolhimento diante de diferentes violências (Quadro 2) nos sistemas relacionais ao longo das trajetórias de vida.

À margem do suicídio: camadas de proteção e pontos de virada

Esta categoria permitiu o reconhecimento de elementos do cotidiano das jovens (funções sociais e/ou intervenções) identificados como camada de proteção para o suicídio (Quadro 2). Tais elementos foram agrupados em oito categorias de primeira ordem, interpretadas e reclassificadas em três de segunda ordem³³. As três categorias - espiritualidade, ofício e maternidade - foram percebidos como os pontos de virada mais relevantes dos vivenciados pelas jovens. Tal síntese permitiu um olhar sobre os contextos que permitiram uma trajetória que as mantivessem à margem do suicídio, apesar do CS/ALNS ao longo de suas vidas.

Destacar os pontos de virada foi também um recurso metodológico utilizado por Werner e Smith (2001)⁴³ numa coorte de crianças havaianas, iniciada na década de 1950. As autoras buscaram compreender, na fase adulta, que elementos cotidianos foram os protetores longitudinalmente. Educação superior; ofícios aprendidos no serviço militar; casamento estável; participação numa comunidade de fé; recuperação de um evento ameaçador de vida; e

psicoterapia foram os pontos reconhecidos na coorte havaiana. Alguns semelhantes aos aqui encontrados.

O debate prévio sobre a influência da dimensão espiritual na vida das jovens justifica a importância da categoria “espiritualidade” como um elemento de proteção e resiliência. E mais do que uma ponderação ontológica, sua relevância aqui se dá em sua concretude ordinária; a espiritualidade promove a organização e inclusão em uma rede de apoio no cotidiano real. Grupos orgânicos que se encontram, validando valores e o esforço por uma vida melhor⁴⁰. A escolha individual por uma inserção religiosa na adolescência demonstrou maior apelo como apoio social do que quando representado pela continuidade da herança religiosa parental⁴¹.

Ofício nesta pesquisa ultrapassa o trabalho. Visto a capacidade laboral ser um parâmetro de avaliação do transtorno mental e da suicidalidade, enquanto desvios da ordem social³⁹, evitou-se essa dimensão mais fortemente provocada pelo termo “trabalho”. A categoria ofício agregou outras intervenções e camadas de proteção (Quadro 2): artes (curso para ensinar dança), prazer em trançar (curso para o ofício de transcista), escolaridade e prática laboral em si (inserção na teia social). As jovens legitimam que a capacidade – obtida ou desejada - de se sustentarem confere-lhes segurança e dignidade. Como mulheres periféricas, a busca pela independência financeira é evidente elemento de proteção – diante de violências e do sofrimento emocional, principalmente às que têm filhos.

A escolarização, um elemento formador dessa categoria, foi ponto de crítica, mesmo que apenas duas jovens não tenham ensino fundamental concluído. A escola não se mostrou como um espaço de formação adequada para seu cotidiano e não conseguiu garantir acolhimento diante de violências, estabelecendo-se como um ambiente violento. Diante do CS/ALNS, predominaram relatos que sinalizam uma incapacidade de diálogo e manejo. Nesse horizonte, Sheftall e colaboradores (2022)⁹ debatem que jovens negros tendem a se sentir menos seguros em relação à saúde mental na escola, não buscando auxílio como seus colegas. A presença de dispositivos escolares de ajuda não atinge a todos, demandando estratégias mais sensíveis à subjetividade de grupos minoritários. Os autores⁹ apostam que o treinamento de lideranças de associações comunitárias e organizações religiosas na abordagem da violência, manejo de conflitos interpessoais e no reconhecimento do sofrimento emocional poderia capilarizar, de forma contextualizada e decolonial, as estratégias de prevenção e abordagem do CS/ALNS; dando voz e protagonismo às identidades historicamente silenciadas e desautorizadas, como argumenta Ribeiro (2017)⁴⁴.

A maternidade foi um ponto cotidiano importante: das nove jovens, seis eram mães, estando uma em sua terceira gestação; das três jovens sem filhos, uma evidenciou seu desejo

pela maternidade. Num primeiro olhar, a presença da maternidade poderia expressar a perpetuação do papel feminino na procriação, desejada ou não, ou ainda ser uma escolha para essas jovens; mas não foi a realidade encontrada. Para algumas interlocutoras, a gestação atravessou negativamente o curso da vida, justificando a evasão escolar, ampliando violências e agravando o sofrimento psíquico.

Diante da provocação de como a maternidade influenciou o curso do CS/ALNS, todas concordaram que a gestação e o nascimento dos filhos foram elementos de proteção, mesmo àquelas que referiram sofrimento e violência. Segundas as jovens, a maternidade se constituiu principalmente numa possibilidade de se recontar a própria história, repensar valores e atitudes: uma experiência de mudança. Questionou-se tonalidade romântica nessa perspectiva, evidenciando-se que ao se tornarem mães, os filhos viraram sua maior preocupação. Os filhos, especificamente as filhas, precisam ser protegidas das violências experimentadas por elas. Um grande empenho se torna necessário, levando a um planejamento de vida que as afastou da suicidalidade.

Eu tenho uma filha. Eu preciso mostrar pra ela que o caminho não é esse. Eu não preciso levar a minha vida para o ralo porque se não a minha filha também vai levar a vida dela pro ralo. Imagina isso acontecer? (Leci Brandão)

Não se trata de uma defesa de que a maternidade seja universalmente protetora, até pela possibilidade de agravamento de violências e transtornos mentais²³. Mas é importante o reconhecimento de que a maternidade pode permitir reorganizações nas relações sociais e proporcionar esperança; um horizonte esperançoso é um ponto de proteção⁸. Ao mesmo tempo, devem ser demarcadas as preocupações transgeracionais com a violência de gênero¹⁰, com um maior temor com o futuro das filhas do que dos filhos.

Essa pessoa aqui é guerreira, luta pelas filhas, mas a vida diária é tristeza, virou uma tristeza, coisa que eu não consigo nem falar. Eu fico olhando assim no espelho e fico assim falando: “Por que eu estou chorando? Por que eu estou triste? Tenho minhas filhas, tenho minha casa! (Elza Soares)

Salienta-se que os pontos de virada podem ser concebidos não apenas como fatores ou camadas de proteção, mas como uma associação entre esses e elementos de resiliência⁴³, importantes por sua especificidade e historicidade, conforme o Modelo Bioecológico¹⁵. Defende-se que a compreensão sobre a suicidalidade e o planejamento de intervenções psicossociais considerem as trajetórias de vida, a comunidade e os elementos significantes do cotidiano dos sujeitos e seus pares¹¹. A aproximação crítica com o espaço comunitário não é

aqui colocada como inovação, considerando sua nuclear defesa pela Saúde Pública. Reconhece-se, contudo, a insuficiência dessa prática pela suicidologia, principalmente diante de minorias, cujas existências marginalizadas tendem a ser menos contempladas e compreendidas pelos campos de conhecimento e por políticas públicas, como provocado por Lima e Navasconi (2022)¹³ e Ribeiro (2017).

Considerações Finais

Neste artigo, pensou-se a vida através de experiências de suicidalidade, relatadas por jovens periféricas. Vida e morte num diálogo entremeado por sofrimentos e violências que marcam a subjetividade e o horizonte de uma juventude à margem da sociedade. Acionar este sofrimento a partir de vivências fronteiriças com a morte (ideação e tentativa de suicídio) e ALNS, permite um olhar dinâmico para o risco e, mais importante, para proteção desses grupos minoritários, cujo sofrimento e linguagens tendem a ser menos validados, recebendo menor suporte e intervenções psicossociais. Olhar que também denuncia o impacto da violência de gênero no horizonte relacional das mulheres.

Explorou-se a realidade de mulheres periféricas, assumindo-as enquanto grupo minoritário para refletir sobre CS/ALNS; o debate, entretanto, ampliou-se para além do gênero e classe social. Há riscos numa argumentação que sobrepõe diferentes minorias e isso é uma limitação desta pesquisa, que pode, porém, trazer potencialidade na discussão contra-hegemônica e interseccional sobre a suicidalidade na juventude do sul global. Investigações que aprofundem a relação do comportamento suicida com a violência urbana e juventude masculina, ou ainda sobre as nuances das minorias étnico-sexuais, podem dialogar complementarmente com as reflexões aqui trazidas. Outra potencial limitação foi que a informação sobre CS/ALNS nas primeiras ondas da coorte foi obtida com responsáveis e professores, embora esses sejam importantes informantes da pesquisa em saúde mental infantil.

Diversificar cenários clínico e epidemiológico deve estar na pauta das novas pesquisas em suicidologia, numa crítica urgente para o reconhecimento de que a universalidade do fenômeno suicídio não é composta apenas por grupos majoritários e hegemônicos. O humano e o universal são recheados de minorias, em suas especificidades e complexidades; reconhecer isso pode tornar mais factível a meta da redução da morbimortalidade do comportamento suicida na juventude. Estreitar olhares, aprofundando-os sobre grupos violentados, não apenas qualifica o cuidado e a prevenção do comportamento suicida nessa população, mas amplia o entendimento desse fenômeno. Para isso, entretanto, é preciso o reconhecimento da

humanidade, dos direitos e da saúde mental de grupos historicamente vulneráveis e discriminados.

Ao mesmo tempo, pensar a resistência da vida e desses corpos femininos é reconhecer que há estratégias, para além das biomédicas, de proteção. As camadas de proteção e os pontos de virada se estabelecem no cotidiano ordinário da juventude, onde e com quem transitam, se relacionam, exercem suas crenças, e vivem seus desejos e labor. Transformar esses contextos em “fatores de proteção” pode significar uma intervenção através das lentes de equidade, interseccionalidade e inclusão, extrapolando as estratégias individuais às estruturais. Assim, a prevenção da violência autoinflingida precisa validar, numa prática ética e decolonial, as subjetividades, os saberes e os sofrimentos apagados e negligenciados.

Referências

1. United Nations Children’s Fund. The State of the World’s Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children’s mental health. UNICEF: New York; 2021.
2. World Health Organization. Suicide worldwide in 2019: global health estimates. Geneva: World Health Organization; 2021.
3. World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!). Geneva: WHO; 2017.
4. Alvarez K, Polanco-Roman L, Samuel Breslow A, Molock S. Structural Racism and Suicide Prevention for Ethnoracially Minoritized Youth: A Conceptual Framework and Illustration Across Systems. *Am J Psychiatry*. 2022; 179(6):422-433. doi.org/10.1176/appi.ajp.21101001.
5. Benton TD. Suicide and Suicidal Behaviors Among Minoritized Youth. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2022; 3(2): 211–221 doi.org/10.1016/j.chc.2022.01.002
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Panorama dos suicídio e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. *Boletim Epidemiológico* 2024 Fev;55(04):1–18.
7. Alves FJO, Fialho E, Araújo JAP, Naslund JS, Barreto ML, Patel V, Machado DB. 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*. 2024; 100691. Online doi.org/10.1016/j.lana.2024.100691
8. O’Connor RC. When it is darkest: why people die by suicide and what we can do to prevent It. London: Vermilion; 2021.
9. Sheftall AH, Vakil F, Ruch DA, Boyd RC, Lindsey MA, Bridge JA. Black Youth Suicide: Investigation of Current Trends and Precipitating Circumstances, *Journal of the American*

Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2022;61(5):62-675.
doi.org/10.1016/j.jaac.2021.08.021.

10. Baére F, Zanello V. Sexualidade e os dispositivos de gênero no comportamento suicida. In: Lima L, Navasconi PVP, editors. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos. Salvador: EDUFBA; 2022.

11. Navasconi PVP. Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção do conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIS. Belo Horizonte: Letramento; 2019.

12. Lopes FH. Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX. Rio de Janeiro: Apicuri; 2008.

13. Lima L, Navasconi PVP, editors. (Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos.. Salvador: EDUFBA; 2022.

14. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc B*. 2018;373(1754):20170268. PMID: 30012735.

15. Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano. Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011.

16. Bronfenbrenner U, Ceci SJ. Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: a bioecological model. *Psychological review*. 1994; 101 (4): 568-86.

17. Gaylord-Harden NK, Gilreath T, Burnside A, Mintah P, Lindsey MA. Profiles of Suicidal Ideation Among Black Male Adolescents: Examination of Individual and Socioecological Predictors. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2023; doi.org/10.1080/15374416.2023.2222395.

18. Scharpf F, Masath FB, Mkinga G, Kyaruzi E, Nkuba M, Machumu M, Hecker T. Prevalence of suicidality and associated factors of suicide risk in a representative community sample of families in three East African refugee camps. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2023. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02506-z>

19. Argabright ST, Visoki E, Moore TM, Ryan DT, DiDomenico GE, Njoroge WFM, Taylor JH, Guloksuz S, Gur RC, Gur RE, Benton TD, Barzilay R. Association Between Discrimination Stress and Suicidality in Preadolescent Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022;61(5):686-697. doi.org/10.1016/j.jaac.2021.08.011.

20. Bath E, Njoroge WFM. Coloring Outside the Lines: Making Black and Brown Lives Matter in the Prevention of Youth Suicide COMMENT. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2021;60(1):17-21. doi:10.1016/j.jaac.2020.09.013

21. Fanon F. Pele negra, máscaras brancas. Salvador: EDUFBA, 2008.

22. Silva Filho OC. Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro sobre comportamento suicida na infância e na adolescência [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2019.

23. Dulcan MK, editor. Dulcan's textbook of child and adolescence psychiatry. 3rd ed. Washington: American Psychiatry Association Publishing; 2022.
24. Ashworth E, Jarman I, McCabe P, McCarthy M, Provazza S, Crosbie V, Quigg Z, Saini P. Suicidal Crisis among Children and Young People: Associations with Adverse Childhood Experiences and Socio-Demographic Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023; 20(2):1251. doi.org/10.3390/ijerph20021251
25. Turecki G. Early-life adversity and suicide risk: the role of epigenetics. In: Pompili M, editor. *Phenomenon Suicide Unlocking suicidal mind*. Gewerbestrasse: Springer Nature; 2018.
26. Silva Filho OC, Avanci JQ, Pires TO, Oliveira RVC, Assis SG. Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian schoolchildren. *BMC Pediatr*. 2023;(23) 403. <https://doi.org/10.1186/s12887-023-04215-7>
27. Cénat JM, Dalexis RD, Darius WP, Kogan CS, Guerrier M. Prevalence of Current PTSD Symptoms Among a Sample of Black Individuals Aged 15 to 40 in Canada: The Major Role of Everyday Racial Discrimination, Racial Microaggressions, and Internalized Racism. *Can J Psychiatry*. 2023;68(3):178-186. doi: 10.1177/07067437221128462.
28. Avanci JQ, Assis SG, Silva Filho OC, Gonçalves AF, Tavares PHSL, Marriel NSM. Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência: conversando com profissionais sobre formas de prevenção [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Faperj; 2023.
29. Elias N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Zahar; 2001.
30. Avanci JQ. Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta. [Relatório de Pesquisa: Chamada MCTIC/CNPqNº 28/2018 - Universal 2018/Faixa B]. Rio de Janeiro, 2023.
31. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama dos municípios. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-goncalo/panorama> (acessado em 10/03/2024)
32. Hirata DV, Grillo CC. Operações policiais no Rio de Janeiro. Sumário Executivo. Fundação Heinrich Böll. Rio de Janeiro: 2019.
33. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14.ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
34. Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Cien Saude Colet*. 2012;17(3):621–626
35. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.
36. Akotirene C. *Interseccionalidade*. São Paulo: Pólen Livros; 2019.
37. Jaworski K. The gender-ing of suicide. *Australian Feminist Studies*. 2010; 25(63): 47-61.
38. Coelho EC. A criminalização da marginalidade e marginalização da criminalidade. *R. Adm. Públ.* Rio de Janeiro. 1978; 12(2)139-161.

39. Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University; 1992.
40. Cunha VC. Cultura Pentecostal em periferias cariocas: grafites e agenciamentos políticos nacionais. *PLURAL*, Revista do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP. 2021;28(1)80-108 www.doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs.2021.188462
41. Maia AAX. Os impasses e os avanços do neopetencostalismo na juventude de São Gonçalo. *Revista Transversos*. 2020;18: 234-253. doi.org/10.12957/transversos.2020.47890
42. Silva Filho OC, Minayo MCS. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. *Cienc e Saude Coletiva*. 2021;26(7):2693–2698. PMID: 34231682
43. Werner EE, Smith RS. Journeys from childhood to midlife: risk, resilience, and recovery. New York: Cornell University Press; 2001.
44. Ribeiro D. O que é: lugar de fala? Belo Horizonte: Letramento : Justificando; 2017.

Quadros

Quadro 1: Perfil sociodemográfico das jovens entrevistadas (2022)

Identificação	Idade (anos) / Cor	Estado civil Orientação Sexual Filhos (idade em anos)	Escolaridade* Residência	Religião	Ocupação
Teresa Cristina	25, branca	Solteira, Heterossexual, Sem filhos	EM completo Reside com os pais	Candomblé	Professora de dança
Leci Brandão	25, preta	Solteira, Heterossexual, 1 filha (7)	EM incompleto Reside com a filha	Evangélica neopentecostal	Costureira, trancista, manicure
Conceição Evaristo	23, preta	Solteira, Heterossexual, 2 filhos (7;2)	EF incompleto Reside com a mãe e/ou namorado	Evangélica neopentecostal	“Do lar”
Cora Coralina	24, preta	Solteira, heterossexual, 2 filhos (7;4)	EF incompleto Reside com filhos, com suporte dos pais	Evangélica neopentecostal (não praticante)	Comerciante - em licença médica INSS
Beth Carvalho	25, preta	Casada, Heterossexual, Sem filhos	ES completo Reside com marido	Evangélica neopentecostal	Administradora
Elza Soares	24, preta	Solteira, Heterossexual, 3 filhos (7;4;1)	EM incompleto Reside com filhas e companheiro	Evangélica neopentecostal	Trancista
Clara Nunes	24, preta	Solteira, Heterossexual, 1 filha (8)	EM completo Reside com a mãe	Sem religião definida	Vigilante
Jovelina Pérola	25a, preta	Solteira, heterossexual, 2 filhos (9; 4), gestante	EM completo; Técnico de enfermagem incompleto Reside com 2 filhos	Sem religião (Evangélica neopentecostal afastada)	Copeira hospital – em licença médica INSS
Clementina de Jesus	24, preta	Solteira, heterossexual, Sem filhos	EM completo Reside com namorado	Sem religião, definida	Secretária

*Escolaridade: EF: ensino fundamental; EM: ensino médio; ES: ensino superior.

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

Quadro 2: Características das violências e modalidades de intervenções experimentadas ao longo da vida, e categorias dos pontos de virada encontradas nas entrevistas

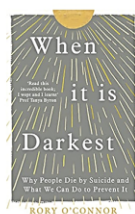
Identificação	Violências referidas ao longo da vida	CS/ALNS: características	CS/ALNS: Intervenções e camadas de proteção	Pontos de virada
Teresa Cristina	Bullying escolar, violência psicológica e delinquência (tráfico drogas) – adol.	CS (Ideação e tentativas) relatado aos 11 e 14 anos	Conselho Tutelar (resgate delinquência e retorno familiar), Aulas de teatro/dança (pela escola), Religião (juv.).	Artes; Espiritualidade; Dispositivo legal
Leci Brandão	Física e psicológica (inf, adol, juv), sexual (inf.); privações ao longo da vida.	CS (ideação e tentativa – inf. e adol.) e ALNS (final adol.) - relatados aos 8, 11, 15, 24 anos	Não houve uma intervenção direta, nega ter solicitado ajuda. Ao longo da vida, religião, maternidade e convívio com alguns adultos de referência.	Espiritualidade, Maternidade,
Conceição Evaristo	Violência física, psicológica e privações (inf, adol, juv); VIP (juv.). Brigas na rua.	(ideação) / ALNS relatado aos 15 e 24 anos	Não houve uma intervenção direta. Os filhos trouxeram mudança de vida	Maternidade
Cora Coralina	VPI (juv.) - incluindo denúncia	CS (ideação) / ALNS relatados aos 15 e 24 anos	Psicoterapia, cuidados em saúde por sua doença, reaproximação da fé, intervenção legal (Lei Maria da Penha)	Espiritualidade, Maternidade, Psicoterapia/tratamento, Dispositivo Legal
Beth Carvalho	Violência física e verbal (inf); violência psicológica (inf, adol, juv).	CS (ideação)/ALNS relatados aos 8 e 15 anos	Psicoterapia, formação extracurricular, valorização da fé.	Espiritualidade, Ofício, Educação
Elza Soares	Violência física e psicológica (inf, adol); VIP (adol)	CS/ALNS relatados aos 23 anos	Psicoterapia, uso de psicofármacos, manutenção da fé, curso/aulas de trancista, prazer em trançar	Ofício, Maternidade, Espiritualidade Psicoterapia/tratamento
Clara Nunes	Violências psicológica (inf), física (inf, adol).	CS (ideação)/ALNS relatados aos 10 anos	Maternidade, trabalho, esporte (artes marciais), ímpeto motivacional	Maternidade, Ofício, Esporte, Trabalho
Jovelina Pérola	Violências física e psicológica (inf, adol, juv); VIP (adol, juv)	CS (ideação) /ALNS relatado aos 9 e 24 anos	Maternidade, estudo, psicoterapia	Maternidade, Ofício, Psicoterapia/tratamento, Educação
Clementina de Jesus	Violências psicológica (inf, adol).	CS (ideação e tentativas)/ALNS relatados aos 14 e 23 anos	Esporte (defesa pessoal, artes marciais), estudo, espiritualidade	Ofício, Espiritualidade, Esportes, Educação, Trabalho

Legenda: Inf: infância; Adol: adolescência; Juv: juventude; VIP: violência entre parceiro íntimo; CS: comportamento suicida; ALNS: autolesão não suicida;

Fonte: Elaborado pelos autores (2024).

5.5 PRODUTO 5: WHEN IT IS DARKEST: WHY PEOPLE DIE BY SUICIDE AND WHAT WE CAN DO TO PREVENT IT⁴

BOOK FORUM



When It Is Darkest: Why People Die by Suicide and What We Can Do to Prevent It

By Rory O'Connor. Vermilion (Penguin Random House); London; 2021.

To all those who have lost a loved one to suicide and to those who struggle daily to stay alive (p ii)

We start this review from the sensitive dedication chosen by O'Connor in his new book, announcing what guides us: a concern and a careful interest to all who, in critical suffering, face suicide as the only possible way out of their crises. In comparing this suffering with darkness and the night as Solomon in "The Noonday Demon,"¹ the title reveals one of the book's premises: the universality of suicide, which could affect everyone throughout the life cycle and has been observed in different societies throughout history.² The subheading indicates that more than advancing in suicide motivations, we should focus on its prevention strategies.

Its 260 pages include 14 chapters organized into 4 parts: Suicide: an overview; Suicide is more about ending the pain than wanting to die; What works to keep people who are suicidal safe; Supporting people who are vulnerable to suicide or bereaved by suicide. The book also lists support organizations and study groups on suicide and endnotes that constitute a dense reference material, qualifying *When It Is Darkest* as essential and accessible work.

Rory O'Connor is a Professor of Health Psychology at the University of Glasgow, where he leads the "Suicidal Behavior Research Laboratory" and is involved in the study of suicide prevention. He is president of the International Association for Suicide Prevention (IASP) and, in this book, seeks to dialogue ethically, clearly, correctly, and empathetically with a diverse audience. The author's merit and daring are anchored in the deliberate frankness, consistent scientific and empathic approach about suicide, a terrain full of myths and prejudices.²

Methodologically, in addition to resorting to academic publications, O'Connor presents research diaries, case reports, clinical vignettes, suicide notes, testimonials from bereaved individuals or patients, personal narratives, and psychotherapeutic reflections, which are mixed as classes and lectures, clinical supervisions, or even intimate conversations. The methodological triangulation that underlies the discourse is the most significant innovation of this work

that, didactically, presents arguments and counter-arguments when introducing and deepening themes of suicide, especially the Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model of his authorship for the understanding of suicide. The chapter's argumentative cohesion gives space to pauses and personal reflections by the author, in a voice that dialogues with his anxieties and his affectation by the theme. The importance of psychotherapy and social connection is imprinted on the book's pages as essential tools for managing the nuisance caused by suicide.

"One death in one family in one country" (p 16) is a quote inspired by reports^{2,3} from the World Health Organization (WHO). It illustrates the micro and macro social conception present in a death by suicide, justifying how the robust global statistics, which make suicide a public health problem, can be translated to the private space, moving from collective distancing to private and family conversations and interventions, weakening the taboo. There is a call for the academy and the media to adequately illuminate this issue, facilitating its understanding by society, promoting the deconstruction of its different myths, and encouraging the formulation of public policies for its management and prevention.

Although it is not one of the book's main objectives to discuss the IMV, its presentation has relevance. The proposition and review^{4,5} by O'Connor has as its background the author's defense that suicide is more than an outcome of mental disorders, even though they are robustly associated conditions. It is a tripartite model that describes the biopsychosocial context from which suicidal ideation and behavior emerge (pre-motivational phase), the factors that lead to the emergence of this ideation (motivational phase), and those that lead such thoughts to suicide attempts and deaths (volitional phase).^{4,5} A great merit of the IMV is the clarity that there are different risk factors and distinct possibilities of intervention for each of the 3 phases.

The most relevant criticism of the work is how the author defines suicidal behavior, evident in the theoretical exploration of the IMV. For O'Connor, suicidal behavior is closer to the suicidal act, unlike what is defined by the WHO, which characterizes it as a continuum/spectrum, which comprises ideation, planning, attempted suicide, and completed suicide.² Although it may seem to promote an essentially semantic debate, this has repercussions, for example, in the way the author explains nonsuicidal self-injury, sometimes more by the occurrence of the outcome found (self-injury vs suicide) and the method used than by a specific psychopathology.⁶ Despite the literature experiencing debates about such differentiation, there is no convergence. Even so, it would be interesting for the

⁴ Disponível em: [https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(22\)00112-5/abstract](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(22)00112-5/abstract). Acesso em: 1 set. 2024.

expression “suicidal behavior” to seek greater consensus or argumentative clarity. We do not doubt that the choice of the term carries solid reasons,⁵ but it raises essential conceptual doubts to readers, something to be avoided.

Of the various concepts of suicidology discussed in the book, we highlight “mental pain.” Proposed by Shneidman and named as “psychache,” characterized by the maximum amount of pain, disturbance, pressure, a point where the subject finds himself with no way out (trapped) and moved by a rigid and nonfunctional perspective (tunnel vision). Entrapment is a core understanding for suicidal behavior, which is not defined essentially about the desire for death, but about the end of unbearable pain or even that the suicidal act translates more into the underlying suicidal crisis (cessation of psychic pain) than in the constancy of a desire for self-extermination.⁷

It is considered necessary to validate, through social connection, the psychic pain prevailing in cycles of crises, aiming to enable exits for those who cannot find them (interrupting circumscribed thoughts about death); something that tends to be more potent than trying to explain everydayness of suicide triggers. Such propositions do not weaken the association between suicide and mental disorders but rather advance an attempt at a dynamic and individualized understanding of suicidality.

The reflection on the role of social media in the contribution of suicidal behavior, especially among adolescents, is approached from a complex perspective and weighted by the co-occurrence with global crises, increase in the prevalence of mental disorders, restricted access to health services, and an increase in attempts with more lethal methods. O'Connor points out that the Internet has diluted borders, facilitating contagion events, and that the cyber world needs to be promptly occupied by prevention strategies.

The book takes on a more pragmatic character when non-pharmacological and effective prevention and postvention interventions are discussed, such as stimulating social connection and interpersonal support through phone calls/cards after discharge from hospitalizations due to suicide attempts or even tools such as the Volitional Help Sheet (VHS) and Safety Planning. In addition, it presents different interventions and systematic reviews.

The book ends with the vital teaching for public health: not only is there no evidence that asking about suicide encourages a suicidal act, but talking about it can be a significant opportunity to support people! There is still a need for greater involvement of mental health professionals, social stimulation, and health education campaigns for compassionate and inclusive conversations about suicidal behavior—not for an alarmist experience, but to avoid

perpetuating the idea of suicidal personalities and stereotypes.

When It Is Darkest was not written in the motivation of the global experience of COVID-19; and although there are discreet pandemic references, its launch as we completed 1 year of the pandemic added questions to the intense concerns about global mental health, specifically of children and adolescents.⁸ O'Connor's work was read and reviewed in a Latin American metropolis, in a reality of extreme social inequality, governmental chaos, and health catastrophe.⁹ Despite the different health and social conditions experienced by readers around the globe, the reflections brought by the work illuminate the painful and dark realities carried out by suicide cases. Therefore, seeking understanding and interventions on suicidal behavior has become more urgent in our contemporaneity.

Orli Carvalho da Silva Filho, MD 
Simone Gonçalves de Assis, MD, PhD 
Joviana Quintes Avanci, PhD 

Drs. da Silva Filho, de Assis, and Avanci are with the National Institute of Women, Children and Adolescents' Health Fernandes Figueira, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil. Drs. de Assis and Avanci are also with the National School of Public Health, Ensp/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brazil.

The authors have reported no funding for this work.

Author Contributions

All authors conceived of and drafted the manuscript and contributed to revision of the manuscript.

Disclosure: Drs. da Silva Filho, de Assis, and Avanci have reported no biomedical financial interests or potential conflicts of interest.

Correspondence to Orli Carvalho da Silva Filho, MD; e-mail: orli.filho@iff.fiocruz.br

<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.003>

REFERENCES

1. Solomon A. *The Noonday Demon: an Atlas of Depression*. London: Chatto and Windus; 2001.
2. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative [Internet]. Geneva: WHO; 2014. Accessed February 10, 2022. Available from: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/
3. World Health Organization. National suicide prevention strategies: progress, examples and indicators. Geneva: World Health Organization; 2018. Accessed February 10, 2022. Available from: https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1
4. O'Connor RC, Platt S, Gordon J, eds. *The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice*. Wiley-Blackwell; 2011. Wiley Online Library 9781119998556; ePub 9781119996149.
5. O'Connor RC, Kirtley OJ. The integrated motivational—volitional model of suicidal behaviour. *Phil Trans R Soc B*. 2018;1373:20170268.
6. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*. 2012;379(9834):2373-2382.
7. Shneidman E. *The Suicidal Mind*. Oxford: Oxford University Press; 1996.
8. United Nations Children's Fund (UNICEF). *The State of the World's Children 2021: On My Mind—Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health*. New York: UNICEF; 2021.
9. Tausch A, Oliveira e Souza R, Viciana CM, et al. Strengthening mental health responses to COVID-19 in the Americas: a health policy analysis and recommendations. *Lancet Region Health Am*. 2022;5:100118.

BOOK FORUM

Note to Publishers: Books for review should be sent to Julie Chilton, MD, PLLC, 33 Coxe Ave, Asheville, NC 28802, and/or Craigan Usher, MD, Doernbecher Children's Hospital DC7P, 3181 SW Sam Jackson Park Road, Portland, OR 97239. Correspondence to Julie A. Chilton, MD: julie.chilton@yale.edu and/or Craigan Usher, MD: usherctr@ohsu.edu.

All statements expressed in this column are those of the authors and do not reflect the opinions of the *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. See the Guide for Authors for information about the preparation and submission of Book Forums.

6 DISCUSSÃO

Os produtos apresentados na seção anterior são respostas aos cinco objetivos específicos delineados para este trabalho de doutoramento e, conjuntamente, configuram-se como uma das possíveis argumentações à investigação proposta sobre o comportamento suicida na infância, adolescência e juventude. É reconhecida sua essência enquanto uma possibilidade, evitando-se, apesar do rigor metodológico estabelecido e demonstrado, sua defesa como inequívoca.

Objetivou-se, pela perspectiva do apego, das famílias e das violências, investigar o comportamento suicida infantojuvenil numa coorte, enquanto uma população delimitada temporal e espacialmente, para que tais entendimentos possam se estabelecer e configurar como caminhos de prevenção desse multifacetado fenômeno. Uma investigação que pudesse, a partir de um microcosmo em uma janela temporal (2005 a 2022), olhar para o macro e para o porvir, sem desprezar eventuais miradas elípticas e resgates mnêmicos.

Como apontado nas premissas que sustentaram esta pesquisa, o comportamento suicida é um fenômeno universal, complexo e multideterminado (Silva Filho; Minayo, 2021; WHO, 2014); e mesmo antes das associações de risco, que margeiam possível causalidade, que apresenta com as violências, são os descritores universalidade, complexidade e multideterminação que mais tensionam e aproximam esses dois fenômenos. Reconhece-se, novamente, a não consensualidade dessa argumentação ao não privilegiar a exclusividade da perspectiva biomédica diante de uma importante causa de morbimortalidade pediátrica (UNICEF, 2021); mas se reitera o fato como uma deliberada escolha teórica para ampliar olhares, validar saberes contra-hegemônicos e fragilizar tabus sobre o tema (Jewett *et al.*, 2024; Lima; Navasconi, 2022; Ports *et al.*, 2017).

Para o enfraquecimento dos tabus sobre a morte autoprovocada em crianças e adolescentes, assim como para que se atinja a meta da OMS de redução da taxa de incidência global do suicídio, em um terço, até o ano 2030 (WHO, 2021), é necessário um empenho acadêmico buscando respostas para alguns vazios na literatura, de fato. Mas não apenas, é fundamental universalizar, para toda a sociedade, o debate sobre o sofrimento psíquico presente nas diferentes formas e expressões de autolesões, extrapolando o domínio que o “campo psi” ou o setor Saúde tomaram como de suas responsabilidades exclusivas (Lopes, 2008; Navasconi, 2019). Afinal, problemas complexos e de múltipla determinação, deveriam ser abordados por variados agentes, através de diversos meios e a partir de orientações complementares.

Em 2021, completando-se um ano da decretação da emergência sanitária internacional em virtude da Pandemia pela Covid-19, Rory O'Connor, então presidente da *International*

Association for Suicide Prevention (IASP) publicou o livro “*When It Is Darkest: Why People Die by Suicide and What We Can Do to Prevent It*” (2021). Já no título, a escolha do advérbio “quando” como uma conjunção condicional e não somente como um indicativo temporal aponta para a universalidade do suicídio, sucintamente defendendo que todos, em alguma condição, poderiam se suicidar. As duas perguntas no subtítulo da obra, em continuidade a tal provocação, propõem-se a um verdadeiro questionamento que acompanha o livro e que iluminou, em alguma tonalidade, esta Tese. O’Connor pergunta o porquê as pessoas morrem por suicídio e, logo em sequência, o que poderia ser feito para a prevenção disso.

O teor reflexivo, investigativo e propositivo exibido pelo título do livro, inspirou sua leitura crítica, ainda em 2021 e a escrita de uma resenha (Silva Filho; Assis; Avanci, 2022), publicada, em maio de 2022, na seção *Book Forum* do periódico *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (JAACAP)*. A ideia de ampliar a investigação das condições que potencialmente levam a esse difícil desfecho, num destaque a sua ocorrência pediátrica, foi fortemente influenciada por esse livro, defendendo-se, por isso, sua apresentação como produto desta Tese.

Nesse horizonte, além de atualização bibliográfica revisitando o *Integrated Motivational-volitional Model of Suicidal Behaviour* (IMV), duas características da obra foram valorizadas pela resenha e, de algum modo, tentou-se a incorporação delas nesta pesquisa. A primeira se refere à diversificação metodológica; é notório que a inovação metodológica de O’Connor foi mais robusta, trazendo diários de pesquisa, relatos de caso, notas de suicídio e depoimentos de enlutados, assim como narrativas pessoais e reflexões construídas em psicoterapia. Mas, em alguma instância, a produção de diálogos quali-quantitativos em suicidologia ao longo do Doutorado mereceu destaque, por sua relevância, pertinência e, até mesmo, inovação.

A segunda se refere ao mérito de se buscar a comunicação com diferentes atores sociais, apresentando argumentos e listando publicações variadas, que pudessem atingir públicos diversos. Enquanto uma produção formal da academia, esta Tese tentou se aproximar desse modo de diálogo listando algumas publicações autorais escritas nesses quatro anos, mas que escapam da formalidade institucional; essa lista pode ser avaliada no Apêndice 3.

A condição universal do suicídio amplamente defendida por O’Connor e por este trabalho, quase que instantaneamente, provocou, numa alusão a Camus (2004), o questionamento de o porquê a negativa individual e coletiva ao suicídio. Numa inversão retórica, acatou-se essa provocação, e se buscou a compreensão de o porquê algumas jovens que experimentaram diferentes formas de violência e que apresentaram autolesões não suicida

(ALNS) e comportamento suicida (CS) ao longo dos anos da coorte não se suicidaram. Ainda que algumas tentativas de suicídio tenham sido executadas, segundo elas, todas conseguiram reconhecer pontos de virada em seus percursos, construindo-se trajetórias de proteção (Silva Filho; Avanci; Assis). Ofício, maternidade e espiritualidade foram os elementos da vida cotidiana que representaram essas experiências pessoais que modificaram a forma de existir e interagir com seus pares, do micro ao macrosistema, ao longo de suas trajetórias (Silva Filho; Avanci; Assis, no prelo).

Se por um lado, a universalidade do suicídio sugere a ampliação de olhares na premissa de um desfecho possível, mesmo que desadaptativo na trajetória humana, por outro, impulsiona para ações e entendimentos homogeneizados e hegemônicos sobre ele, dificultando o reconhecimento da existência de grupos socialmente vulneráveis e suas particularidades. Reitera-se, como proposto por esta Tese, a urgência de se complexificar a abordagem sobre o CS/ALNS, estreitando-se e aprofundando-se o olhar para a compreensão e a intervenção sobre o sofrimento psíquico e as violências vividos por grupos minoritários. Ações e diálogos qualificados, inseridos na teia social, permitindo a participação de valores, dispositivos e agentes contra-hegemônicos.

Essa defesa, em diálogo linear com Bronfenbrenner (2011), é apoiada por O'Connor na relevância dada à coesão e conexão sociais (Silva Filho; Assis; Avanci, 2022); contexto que concretiza a importância da expansão das estratégias de intervenção e prevenção do comportamento suicida. Enquanto ser gregário, o papel interacional é fundamental para a sobrevivência e continuidade da espécie, não apenas nos primeiros mil dias de vida e na constituição do apego (Bowlby, 1997; Bronfenbrenner, 1993; Silva Filho *et al.*, 2023; Teicher; Samson, 2013).

Uma resenha não se comporta somente como um resumo ou um fichamento, demandando posturas críticas e debates, evocando-se outros autores do campo (Moreira, 2021). Uma crítica estabelecida por esse produto, e por diversos momentos discutida no *corpus* e nos demais produtos desta Tese, foi o agrupamento defendido por O'Connor entre comportamento suicida e autolesões não suicida. Mais especificamente, esse autor não se apropria dessa diferenciação, definida categoricamente por manuais classificatórios (APA, 2022), apoiando-se na justificativa que são expressões semelhantes do sofrimento psíquico, cujo desfecho letal ou não letal é mais dependente do método escolhido do que por sua psicopatologia subjacente (O'Connor, 2021; Silva Filho; Assis; Avanci, 2022).

Apesar da crítica a isso apontada na resenha, esse agrupamento foi uma escolha metodológica realizada em várias etapas desta pesquisa, sendo encontrada nos produtos

construídos a partir dos dados empíricos da coorte. Pela utilização de instrumentos quantitativos que não diferenciavam tentativas de suicídio e autolesões não suicida, o constructo utilizado para identificar a presença ou a reincidência do desfecho não desagregou essas duas condições; forma como também são divulgados esses dados pelo Ministério da Saúde, a partir das notificações no Sinan (Brasil, 2024). De certo modo, é curioso e reflete, como na escolha do título desta Tese ou ainda discutido em sua introdução, a divergência teórica que existe, e provavelmente seguirá existindo, entre essas expressões. Tal debate foi indicado, assim, em cada um dos quatro produtos que utilizaram os dados da coorte.

“Comportamento suicida e autolesões: trajetórias possíveis no tempo” (Silva Filho, Avanci, Assis) apresentou quali-quantitativamente o panorama da *Coorte Violência e Saúde Mental de Crianças de São Gonçalo/RJ*. Enquanto um ensaio e capítulo integrante do livro “Dor que tudo consome - comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência” submetido à Editora Fiocruz em julho de 2024 permitiu um estilo que valorizasse a incerteza e a flutuabilidade da ocorrência do desfecho estudado nesta pesquisa.

Mesmo tendo sido um fenômeno intensamente debatido por todo este estudo, o capítulo reconheceu, clara e simbolicamente, que narrativas e números não são capazes, *per se*, de responder a todas as indagações sobre essa temática. Sua estrutura, tal como a resenha, não se formatou à rigidez e formalidade acadêmicas, mas teve como um dos méritos pinçar fios e indícios armazenados (ou seria escondidos?) entre os dados da coorte e, como instrumentalizou O’Connor (O’Connor, 2021), interpretá-los como dados originais da pesquisa.

Recorrer à organização dessas ideias e achados como um capítulo que valorizou não apenas argumentos e significâncias estatísticas, mas também incertezas e temores familiares e sociais, foi reconhecer, ao fim deste percurso de doutoramento, a ainda presença de dúvidas, apesar do avanço na identificação e entendimento de fatores de risco e de proteção. Semelhantemente, ter aceitado a permanência dessas dúvidas, permitiu e segue permitindo a estranheza quando são estabelecidas tantas certezas sobre um ato violento autoprovocado - que numa mesma janela temporal pode flutuar entre a solicitação de ajuda e o franco desejo de morrer.

As quase duas décadas do estudo permitiram, considerando as perdas de seguimento, o acompanhamento de 129 jovens (2021/22) dentre as 500 crianças amostradas em 2005, representando 25,8% da base original (Avanci, 2023). Desses 129 jovens, 27%, em um ou mais dos cinco pontos da coorte tiveram alguma referência, por si ou por seus cuidadores, à ocorrência do atual desfecho de interesse (CS/ALNS) (Avanci, 2023). A utilização seriada de um mesmo instrumento, validado e adaptado às faixas etárias envolvidas, nas cinco ondas do

estudo longitudinal permitiu que esses pontos fossem ligados, delineando uma trajetória coletiva, marcada por importante flutuabilidade. Flutuação graficamente representativa de uma incerteza no percurso de cada um desses sujeitos quando se tem o comportamento suicida no horizonte investigativo pela perspectiva desenvolvimental (Oppenheimer; Glenn; Miller, 2022).

Simultaneamente, desse modo, pôde-se olhar para a coorte, identificando-se as pontuações nos questionários e calculando-se as taxas de ocorrência do evento de interesse; tendo sido também possível a atenção às trajetórias individuais, numa complementação metodológica e refinamento interpretativo, reconhecendo com maior facilidade os nós entre e por detrás de tais pontos. Nós e pontos, individual e coletivamente, que foram, de algum modo, obstáculos para o pleno desenvolvimento da infância à juventude. Ou, como hipotetiza Teicher (2013), adversidades experimentadas na infância capazes de gerar fenótipos (ecofenótipos), através de uma adaptação plástica morfofuncional, que possibilitem a existência e sobrevivência em um ambiente marcadamente violento.

Considerando uma perspectiva epidemiológica, três apontamentos ganharam destaque nesse produto: a maioria (73%) não apresentou o desfecho em nenhum dos pontos longitudinalmente; houve um aumento na frequência do desfecho ao longo do tempo, numa maior ocorrência a partir da segunda metade da adolescência; a flutuação e não a permanência do evento estudado foi a norma, como já debatido previamente nesta seção.

Qualitativamente, a partir da análise de conteúdo de três grupamentos de entrevistas que representaram três fases das vidas dos participantes e tempos da coorte – 2005 (responsáveis pelas crianças); 2011 (adolescentes); 2022 (jovens) -, algumas categorias se evidenciaram na busca pelo entendimento dessas trajetórias. Foram elas, de acordo com o grupamento:

“Problemas comportamentais” e “problemas escolares” – agregando e sintetizando as narrativas das cuidadoras sobre seus filhos e netos, em torno dos sete anos de idade; condições, identificadas por esses adultos de referência, que traziam preocupação e desconforto.

“Jeito de ser” e “autoestima” – foram as duas categorias que se mantiveram estáveis na análise, reunindo e apontando elementos, corroborados pela clínica e literatura, que podem se associar ao comportamento suicida.

“Relacionamentos de ontem, hoje e amanhã: apego e filhos” – essa foi a principal categoria dessa análise que procurou, no panorama da coorte, pensar individual e coletivamente os fatores associados ao comportamento suicida no ciclo vital. E que possibilitou uma articulação, em torno do constructo apego, entre a narrativa das jovens, os relatos familiares e os desenhos realizados na amostragem da coorte.

Inerente à quinta onda da coorte e, por isso, compondo diretamente o trabalho de campo

desta pesquisa de doutorado, as entrevistas realizadas com os jovens puderam ser mais aprofundadas, ampliando o leque investigativo e permitindo maiores reflexões nesta Tese. O artigo “À margem do suicídio: horizontes, pontos de virada e trajetórias de proteção em jovens periféricas” (Silva Filho; Avanci; Assis, no prelo) é um exemplo da análise permitida através dessas entrevistas em profundidade, que captou experiências com a suicidalidade e seus horizontes relacionais e violentos.

Além da categoria “camadas de proteção e pontos de virada” (ofício, maternidade e espiritualidade) já referida previamente nesta seção, duas outras categorias emergiram das narrativas pessoais dessas jovens e podem vir a colaborar para uma abordagem interseccional e decolonial para a prevenção do suicídio e para a promoção da resiliência, assim como defendido nos recentes trabalhos de Jewett e colaboradores (2024) e Ormiston e colaboradores (2024).

“As visões sobre a violência autoinfligida”, na qual dois núcleos semânticos concentraram as explicações vivenciadas nas trajetórias marginalizadas dessas jovens; “pecado” e “doença” foram esses conceitos que refletiram o caráter desviante do suicídio na sociedade ocidental e como se perceberam e se explicaram, predominantemente, as jovens entrevistadas. E “o quase dito sobre comportamento suicida”, na qual se constatou que o uso de palavras e expressões marginais sobre o tema expressam fortemente um tabu, mas também o silenciamento e a discriminação contra minorias (Silva Filho; Avanci; Assis, no prelo).

Apesar de mais de ¼ dos participantes da quinta onda terem reportado CS/ALNS ao longo do estudo, não foram notificados – em nenhuma das ondas – casos de suicídio (Avanci, 2023). Mesmo a intensa busca pelos participantes, por seus familiares ou conhecidos, não foi capaz de captar esses eventos. Até a quinta onda, 15 óbitos foram identificados, tendo como causas: homicídios, intervenção legal e acidentes de trânsito. A inexistência de casos de suicídio mesmo tendo como grupo amostral as 500 crianças (2005) não é incompatível com as frequências de ideação suicida, tentativa de suicídio ou autolesão não suicida encontradas no estudo.

Os mais recentes dados nacionais publicados pelo Ministério da Saúde sobre o panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas de 2015 a 2021 (Brasil, 2024), reportam uma taxa de suicídios na população geral de 7,4 óbitos por 100 mil habitantes, no ano de 2021. No grupo de 15 a 19 anos, essa taxa flutua entre 9,3 e 4,5 óbitos por 100 mil habitantes, considerando meninos e meninas, respectivamente; entre jovens de 20 a 29 anos, 14,6 casos por 100 mil no sexo masculino e 3,9 por 100 mil no feminino. Desse modo, a ocorrência de um único caso de óbito por suicídio na coorte, ainda que neste estudo compreendida como

vulnerável para esse desfecho, indicaria uma taxa (hipotética) muito acima das encontradas na literatura e globalmente, equivalente a 200 casos por 100 mil habitantes. Essa breve discussão pode ser compreendida como uma limitação das investigações longitudinais para o desfecho suicídio. Isso não desqualifica, ao fim, este trabalho em sua opção metodológica por um olhar prospectivo, em grande fato por sua escolha de abordar o *continuum* suicida e as autolesões não suicida.

Um tema esteve presente, direta e indiretamente, neste trabalho, mas seu escopo não o previa como objeto ou variável investigativa. Sua penetrância e impacto global, contudo, fazem com que seja aqui brevemente discutido, ainda que como uma limitação: a pandemia de Covid-19. Em termos de estrutura deste Doutorado, as aulas curriculares do primeiro ano e o planejamento para entrada no campo para coleta de dados foram radicalmente alterados pelo cenário pandêmico; atrasos e deslizos, em certo modo, compensados por uma trajetória flexível do grupo de pesquisa. Duas questões, entretanto, não puderam ser superadas metodológica e analiticamente até o momento.

A primeira, refere-se à magnitude do impacto da pandemia na coleta de dados, especificamente, na dificuldade imposta para encontrar os participantes; e na utilização remota, em alguns casos, de questionários, facilitando a adesão e mitigando riscos epidemiológicos – como justificado na seção 4. Diversas pesquisas realizadas entre 2020 e 2022 passaram por tais obstáculos e esta se soma a esse grupo. A segunda questão se debruça sobre um potencial impacto no desfecho estudado; os dados aqui explorados não puderam avançar nessa ponderação. Ainda que os instrumentos utilizados na quinta onda da coorte (2021/22) tenham abordado a infecção, as medidas de isolamento e distanciamento social, as mortes e os lutos pela/d a Covid-19, tais dados não foram trabalhados e refinados para esta Tese. E isso é uma limitação importante de ser reconhecida.

Nesse debate, recente publicação do Ministério da Saúde (Brasil, 2024) reporta uma modificação na tendência trimestral de mortes por suicídio no país entre os anos 2015 e 2021, temporalmente demarcada pela Covid-19. De 2015 ao primeiro trimestre de 2020, observam-se taxas de mortalidade com tendência crescente – coeficiente de regressão de 0,017 (0,012 - 0,022) por 100 mil habitantes por ano. Tal tendência é bruscamente interrompida no segundo trimestre de 2020, com redução imediata nas taxas de suicídio. Tal decréscimo é temporário, com retorno, ainda no segundo semestre de 2020, à acentuação em sua tendência, com novo coeficiente de 0,089 (0,063 – 0,115) de óbitos por 100 mil habitantes. A explicação possível seria uma retração nas notificações ou ainda na ocorrência de casos de suicídio no auge das medidas de mitigação que deu sequência a um aumento na ocorrência desse desfecho – o que

não pôde ser observado em tempo real, durante a pandemia.

Nessa lógica, em relação às autolesões, também segundo dados oficiais do país (Brasil, 2024), do segundo trimestre de 2020 ao segundo trimestre de 2021 houve redução em suas notificações, chegando à queda de 38% nos primeiros três meses desse intervalo. A partir do terceiro trimestre de 2021, houve um retorno no número de notificações, que chegaram aos níveis pré pandêmicos no final desse ano. A hipótese possível por esses dados brasileiros, não consensuais na literatura, estaria numa influência da pandemia na notificação e não necessariamente na ocorrência de autolesões. O que também sinaliza para importante limitação metodológica na avaliação desses eventos: se já há perdas e variações quando se captam esses desfechos em salas de emergência (Ougrin *et al.*, 2022; Wong *et al.*, 2023), mais vieses podem ocorrer diante de sua captação através de notificações.

Diante de tais explanações, investigações complementares dos dados empíricos serão necessárias para melhor entendimento da magnitude e especificidades da influência da Pandemia da Covid-19 nos participantes da coorte. Neste momento, não são possíveis, afirmações sobre o quanto o cenário pandêmico impactou o desfecho de estudo.

A complexidade do fenômeno violência foi iluminada quando o temor diante do sofrimento emocional dos filhos pôde ser confrontado com os achados empíricos sobre a associação da violência perpetrada no espaço familiar com CS/ALNS (artigo em finalização). Complexidade pelo impasse e desconforto estabelecidos na percepção de que mesmo uma família violenta pode ser, em algum momento, um espaço de proteção.

Os estudos de violência debatem esse truncamento relacional entre vítimas e agressores, através de um panorama de causalidade complexa, e os resultados aqui debatidos são nisso concordantes (Minayo, 2006; Minayo; Assis; Souza, 2017). Para além dessa concordância, o diálogo entre esses resultados aponta para a possibilidade do caráter transgeracional da violência, onde sistemicamente se perpetua a violência como forma de se relacionar (Schenker; Avanci; Silveira, 2017). Por uma perspectiva neurobiológica, a transmissão transgeracional envolve a ocorrência de adversidades precoces na infância, a inabilidade de *parenting*, riscos de alterações genéticas ou epigenéticas, e a presença de estressores familiares (Kessler *et al.*, 2010; Li *et al.*, 2023; Scattolin; Resegue; Rosário, 2022; Teicher; Samson, 2013).

Como um trabalho que, desde sua concepção, estabeleceu o desenvolvimento infantil como um marco teórico e balizador, buscando indícios que facilitariam a compreensão do CS/ALNS no curso da vida, a investigação estabelecida sobre o apego tornou-se um importante tópico da Tese. O artigo, publicado no periódico *BMC Pediatrics* em 2023, *Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian*

schoolchildren (Silva Filho *et al.*, 2023) reuniu esses resultados.

Pela perspectiva desenvolvimental abordada na pesquisa, o apego, vínculo afetivo no qual o senso de segurança de um indivíduo está fortemente conectado a uma figura humana, apresenta uma direção específica: da criança a seu principal cuidador; pessoa que se torna uma base emocional para a exploração relacional e ambiental e, assim, tornando-se elemento crítico para o desenvolvimento espécie-específico (Bowlby, 2002; Bronfenbrenner, 2011). A premissa trabalhada nesse artigo e na Tese foi que o padrão de apego desenvolvido na primeira infância influencia a formação do *self* e da subjetividade, moldando como essas crianças se compreendem e se explicam, assim como o fazem para com suas relações sociais ao longo da vida (Silva Filho *et al.*, 2023); em síntese: o apego construído na lactância influencia a saúde mental no curso da vida.

Inicialmente, com Bowlby e Ainsworth, a investigação sobre o apego era baseada na observação empírica de lactentes, ainda na fase da construção desse vínculo, como na experiência da “Situação Estranha” (Ainsworth *et al.*, 1978; Bee; Boyd, 2011). A ideia de que esse apego poderia ser acessado, após sua construção, através da investigação de sua representação mental configurou-se como uma guinada conceitual, ampliando o arsenal metodológico de seu estudo (Fury; Carlson; Stroufe, 1997; Main; Kaplan; Cassidy, 1985; Zortea; Gray; O’Connor, 2020). Tal inovação tem permitido o uso de diferentes técnicas para estudos contemporâneos sobre apego em adultos, como os sobre associação entre apego e suicídio (Zortea; Gray; Connor, 2019; Zortea; Gray; O’Connor, 2021). Neste trabalho, especificamente, permitiu o uso do desenho da família e a *Global Rating Scale of Attachment Relationship* (Assis; Avanci, 2017; Fury, 1996; Fury; Carlson; Stroufe, 1997); assim a definição do padrão de apego dos participantes se deu em torno dos oito anos e o desfecho foi avaliado prospectivamente, no final da infância e adolescência.

Essa investigação longitudinal da ocorrência do CS/ALNS a partir da representação mental do apego em crianças foi capaz de corroborar a hipótese formulada, alçando a primeira infância como foco de ações de prevenção do comportamento suicida. As primeiras análises indicaram que sexo feminino ($p=0,035$), problemas internalizantes ($p<0,01$) e apego não seguro ($p=0,035$) foram as variáveis que se associaram, com significância estatística, ao desfecho em estudo. Seu achado mais relevante, desenvolvido por modelagem de equações estruturais, foi a chance de aumento em 15% de CS/ALNS (OR 1,15; $p=0,069$) nos participantes em que havia sido identificado o apego não seguro (Silva Filho *et al.*, 2023).

Expandindo a importância desses resultados, é possível a reflexão que a Teoria do Apego não teve uma importância linear no campo científico, com recente atenção, em particular pelos

diálogos com a epigenética, estudos do trauma, e a neurobiologia (Li; Zhao; Yu, 2022; Stagaki *et al.*, 2022; Teicher; Samson, 2013; Zortea; Gray; O'Connor, 2021). O fluxo esperado no desenvolvimento neurobiológico, incluindo a construção do apego, pode ser interrompido por eventos adversos na infância, provocando vulnerabilidade emocional, redução da capacidade de *coping* e aumento do sofrimento psíquico (Avan; Kirkwood, 2010; Sifuentes; Dessen; Oliveira, 2007; Sonuga-Barke *et al.*, 2017). Adversidades vivenciadas e perpetradas por familiares ou cuidadores principais resultam em muitas ramificações desenvolvimentais e necessidades de adaptação (Teicher *et al.*, 2016); impasses que podem estender à transmissão intergeracional, (Teicher; Samson, 2013). Elementos que reforçam os primeiros mil dias como fase crítica não apenas para a nutrição, o crescimento e integridade física, mas também para saúde mental.

Tal consideração é de extrema importância para a Saúde Pública, marcadamente para os países em desenvolvimento e subdesenvolvidos, que concentram a maioria da população infantil globalmente (Weine *et al.*, 2020) e onde se encontram as maiores lacunas assistenciais em saúde mental infantojuvenil (Carvajal-Velez *et al.*, 2023), com importante impacto social e econômico (Fatori *et al.*, 2018). Se os transtornos mentais apresentam tendência de impacto crescente na juventude global, ainda maior é a gravidade nesses países, que demandam, urgentemente, planos de ação para um adequado suporte psicossocial a esse público, como argumenta Kieling e colaboradores (2022). Suporte que precisa estar em diferentes sistemas sociais e se tentar se antecipar aos desfechos mais críticos. Assim, em diálogos atualizados e futuras pesquisas, a observação de lactentes e pré-escolares pode ser uma chave para um melhor entendimento e manejo de desfechos negativos em saúde mental e comportamento suicida ao longo da vida.

Essa consideração também tem recebido maior atenção no campo psiquiátrico, em proposições mais estruturadas entre apego e transtornos relacionados a trauma e a estressores, como proposto pela Associação Americana de Psiquiatria na quinta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5-TR) (APA, 2022). Esse grupo reúne transtornos psiquiátricos nos quais a exposição a um evento traumático ou estressante configura-se, em caráter explícito e condicional, ao diagnóstico; fazem parte desse grupo: transtorno de apego reativo, o transtorno de interação social desinibida, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o transtorno de estresse agudo e os transtornos de adaptação.

Segundo esse manual diagnóstico, a ausência de cuidados adequados durante a infância, nomeada como negligência social, é uma exigência diagnóstica dos dois primeiros transtornos citados. De forma sucinta (sem discriminação de seus critérios operacionais), numa

compreensão que ambos surgiriam como uma trajetória desenvolvimental desviante, com a presença de sofrimento psíquico e disfuncionalidade: no transtorno de apego reativo prevalecem sintomas depressivos e comportamento retraído (enquanto quadro internalizante); e no transtorno de interação social desinibida, a manifestação dominante é externalizante, com desinibição (APA, 2022).

A discussão de diagnósticos clínicos não esteve no escopo desta Tese até o momento, e assim se mantém. Mas, após extensivo debate sobre o conceito “apego”, é pertinente o olhar crítico para essa configuração diagnóstica estabelecida na Psiquiatria da Infância e Adolescência. A validação da importância dos cuidados e do vínculo afetivo ainda na lactância deve ser ainda mais estimulada clínica e academicamente. A projeção desse contexto enquanto diagnósticos específicos, contudo, requer seriados olhares e discussões.

Retoma-se aqui um curioso achado da pesquisa, que recebeu discreto destaque em sua discussão no capítulo “Comportamento suicida e autolesões: trajetórias possíveis no tempo” para aqui ampliar seu potencial explicativo e integrativo: as representações sociais. No discurso dos participantes, então adolescentes (2012), que haviam apresentado ou vieram a apresentar CS/ALNS, diferente de seus pares sem CS/ALNS, foi observada a ausência do núcleo central. De acordo com a Teoria das Representações Sociais, o núcleo central constitui o conceito essencial e prioritário do jeito de ser, estabelecido a partir da introjeção e interpretação das informações que receberam ao longo da vida (Assis; Avanci, 2017; Moscovici, 1984).

Tal aporte teórico, proposto por Moscovici (1984), permite a hipótese, agora discutida, de que o apego que se comporta como um desvio da trajetória desenvolvimental dificulta a formação e o refinamento da capacidade de compreender a si e aos outros, de se expressar e de reconhecer estratégias de estabilização emocional. Elementos esses que se associam ao surgimento da desregulação emocional e das diferentes formas de violência autoprovocada.

Assim, propõe-se, a partir dos dados empíricos aqui analisados, que entre a construção de um apego não seguro na lactância e o surgimento de autolesões na adolescência, com ou sem intenção suicida, há possibilidades de intervenção. Especificamente, poderia ser investigada, estimulada ou ainda reabilitada a capacidade (e sua estabilidade) do reconhecimento dos próprios sentimentos e emoções, assim como daqueles elementos que promovam sofrimento e desorganização psíquica. Essas são premissas que também recebem progressivo interesse acadêmico e clínico, embasando a importância das habilidades socioemocionais na prevenção do comportamento suicida e ALNS (Avanci *et al.*, 2023, 2024).

Avançando numa argumentação mais direta através da temática das violências, é possível a consideração que o processo envolvido na construção do apego não seguro, mesmo

que não exclusivamente, seja uma expressão do fenômeno violência. Assim como muitos dos eventos adversos na infância (*adverse childhood experiences* - *ACE*), é uma violência perpetrada no seio familiar, essencialmente complexa, multideterminada e associada a outras adversidades violentas e à cascata cumulativa de desfechos negativos em saúde mental, como CS e ALNS ao longo da vida.

Não se propõe, nisso, uma nova forma de violência, mas uma aposta que a intervenção sobre os fatores macro e microsociais pode facilitar, em teoria, a construção do apego seguro, reafirmando algumas das ideias desenvolvidas por Bowlby (2002) e projetando que a proteção contra as violências é uma forma de prevenção universal do surgimento do comportamento suicida (Ports *et al.*, 2017; Silva Filho, 2022; Silva Filho *et al.*, 2023).

“Violências interpessoal familiar e comunitária e desenvolvimento infantojuvenil: associações com o comportamento suicida” é o título preliminar do manuscrito, em finalização, que integra o grupo de produtos desta Tese. Seus achados se conciliam à sequência argumentativa apresentada, corroborando as hipóteses desta pesquisa. Sua maior relevância acadêmica, deste modo, não se baseia em seu substrato teórico em si, mas pela forma como esse referencial pôde ser avaliado através dos dados do trabalho de campo, considerando as três fases de vida dos participantes da coorte: infância (seis aos nove anos), adolescência (10 a 19 anos) e juventude (acima de 20 anos).

O olhar longitudinal possibilitou um menor impacto nos vieses de memória sobre os relatos de violência, permitindo sua identificação no curso da investigação e não apenas retrospectivamente - como em abordagens com participantes jovens ou adultos acerca de eventos de violência vividos em suas infâncias e adolescências. Esse desenho investigativo proporcionou, assim, maior força à argumentação da gravidade da violência psicológica e da perpetrada em âmbito familiar quando se avaliam desfechos autolesivos.

Teicher (2013), importante pesquisador sobre os efeitos morfofuncionais no Sistema Nervoso Central (SNC) decorrentes das *ACE*, defende que esses eventos violentos representam uma traição na confiança de lactentes e crianças. É interessante a ideia de traição, pois se associa diretamente aos domínios psicológico e íntimo/familiar. Sem propor uma redução na complexidade do tema, tal argumento pode ser acionado como importante explicação dos achados empíricos aqui descritos da associação da violência familiar (física e psicológica) com CS/ALNS.

No decorrer da coorte, a investigação das violências aferidas através dos questionários aplicados nas cinco ondas, permitiu o agrupamento de 32 variáveis significativas em eventos de violência ocorridos ao longo de três fases da vida, totalizando nove grupos de violência. A

frequência de, ao menos um, desses eventos na vida dos participantes se distribuiu da seguinte forma: 1) Infância: violência física familiar 84,5%; violência psicológica familiar 76,7%; violência comunitária 18,6%; 2) Adolescência: violência física familiar 14%; violência psicológica familiar 3,9%; violência comunitária 12,4%; 3) Juventude: violência física familiar 15,5%; violência psicológica familiar 76,7%; violência comunitária 40,3%. Compreende-se que há uma provável menor percepção de vivência da violência no curso da adolescência, com menores frequências nos três tipos de violência investigados.

Três situações se destacaram: a altíssima ocorrência de violência familiar na infância; a maior experimentação e/ou percepção da violência comunitária na juventude; e a magnitude da violência psicológica longitudinalmente. Apesar de menor ocorrência na fase da adolescência, o modelo de equações estruturais permitiu a identificação de um caminho percorrido pela violência psicológica ao longo da vida: da infância à adolescência ($p < 0,001$) e da adolescência à juventude ($p = 0,063$). Tal caminho não foi relevante para as outras formas de violência investigadas.

Quando se analisou, no modelo, a associação entre as nove variáveis independentes e o desfecho CS/ALNS na quinta onda, apenas violências comunitárias na infância e na juventude não foram significantes. Dentre as outras sete com significância estatística ($p < 0,05$), destacaram-se: violência comunitária na adolescência ($p < 0,001$), violência familiar psicológica na juventude ($p < 0,001$), violência familiar física na adolescência ($p = 0,001$) e violência familiar psicológica na infância ($p = 0,006$).

As violências representam, por essa perspectiva, verdadeiras rupturas no microsistema, ainda que em relacionamentos familiares com potencial conexão afetiva – residual ou ambivalente (Schenker; Avanci; Silveira, 2017). Uma ruptura no plano desenvolvimental que demanda adaptações para que possa ser alcançada a sobrevivência e a perpetuação da espécie. Adaptação, contudo, que pode comportar riscos em expressões genéticas, epigenética e/ou fenotípicas, no decorrer da vida e através dos diferentes sistemas ecológicos (Bronfenbrenner, 2011; Teicher; Samson, 2013).

O destaque da violência psicológica nos resultados desta investigação dialogam com outras pesquisas nacionais lideradas por Oliveira (2018) e Stochero (2021), e aqui pode ser explicado pela duração pela qual tende a se manifestar; como um fenômeno invisibilizado, principalmente na infância, sua tendência é se perpetuar, ainda mais quando perpetrada no espaço doméstico. Duração, tipo e gravidade são os elementos apontados na literatura que definem o impacto das ACE, influenciando a susceptibilidade de cada sujeito à violência, mas também modulando sua resiliência e fatores de proteção (Teicher; Samson, 2013).

O modelo proposto permitiu a visualização de que nas três fases da vida, houve relação entre os tipos de violência familiar e comunitária estudados, resultado concordante aos cenários clínicos e de pesquisa, onde se encontra sobreposição de *ACEs* e das diferentes formas de violência, como vem sendo discutido ao longo desta Tese e na literatura (Kessler *et al.*, 2010; Li *et al.*, 2023; Soares *et al.*, 2016; Thompson; Kingree; Lamis, 2019). O caráter amplificador e cumulativo das violências ou das *ACE* pôde, assim, ser demonstrado, corroborando a urgência aqui defendida sobre a prevenção de todas as formas de violência.

Os estudos da neurobiologia do trauma ainda não foram capazes de definir os caminhos entre os agravos das adversidades sofridas na infância e os transtornos mentais, mas reconhecem a suicidalidade como um desdobramento – direto ou indireto – dessa relação (de Oliveira *et al.*, 2018; Teicher; Samson, 2016; Thompson; Kingree; Lamis, 2019). Aporte teórico que conduziu e que foi demonstrado nos achados desta pesquisa. Além do aumento da suicidalidade, a presença de *ACE* se relaciona a início mais precoce de transtornos mentais, a uma pior resposta aos tratamentos estabelecidos e a maior presença de comorbidades (Teicher *et al.*, 2016; Teicher; Samson, 2013).

Desse modo, a maior suicidalidade encontrada ao longo da vida dos participantes que relataram a presença de eventos de violência pode ser justificada. Mais do que uma relevância etiológica ou explicativa, corrobora a defesa que a prevenção de diferentes formas de violência pode se associar a prevenção do CS e das ALNS (Ports *et al.*, 2017; Thompson; Kingree; Lamis, 2019).

Encerrar o texto de discussão de uma Tese é necessário: rareiam-se os argumentos originais, fomentando-se o desejo de finalização de sua leitura: o tempo de pausar pode parecer impreciso, mas é preciso. Entretanto, o fim de uma Tese, em múltiplas instâncias, pode vir a significar alguns inícios: de um debate com novos escritos, do anúncio de pareceres, e da possibilidade de fazer a diferença e ser lembrado.

É intrigante assumir, entremeado por publicações, normas e prazos, que parte da validação de um trabalho se concretiza através do reconhecimento por seus pares na teia social; validação do trabalho como uma *proxy* de uma possível aceitação social de seu autor. Não essencialmente afetiva, mas a partir de alguma experiência relacional positiva, que promova sentidos existenciais e funcionais, ou que, de forma mais direta, garanta direitos e permita seu desenvolvimento num sistema e sociedade.

Parágrafos vão e voltam, mas sempre margeando e se ancorando na importância de uma estrutura social competente e capaz de permitir a trajetória saudável e segura de um ser humano. E isso se configura como um dos mais importantes argumentos aqui apresentados, capaz de

transpor a incidência e a prevalência dos nós, dos mais diversos e tipificados na obstrução e/ou adaptação dos circuitos de desenvolvimento.

A prevenção do comportamento suicida, contudo, vai para além disso, não sendo possível se encontrar uma resposta – até pelo atestado de mérito e esforço dos que já trilharam e investiram tempo e trabalho nesse caminho. Mas para se tentar finalizar esta discussão, cinco afirmações são aqui sinalizadas como lembretes, argumentos-síntese ou *take-home messages* que precisam ser reconhecidas:

1. A possibilidade de prevenção do comportamento suicida e sua relevância para crianças, adolescentes e jovens (Silva Filho; Assis; Avanci, 2022);
2. A incerteza inerente às trajetórias de crianças e adolescentes que não deve mascarar a urgência para que desenvolvimento e saúde mental estejam no rol de preocupações de todos profissionais que assistem o público infantojuvenil;
3. A importância dos primeiros mil dias de vida para o desenvolvimento, construção do apego seguro, promoção da saúde mental e prevenção da violência autoinfligida ao longo do ciclo vital (Silva Filho *et al.*, 2023);
4. A gravidade de todas as formas de violência nas diferentes fases da vida, num destaque à violência familiar, à psicológica e aos efeitos cumulativos dos eventos adversos na infância, quando se tem CS/ALNS no horizonte;
5. A necessidade da legitimidade do sofrimento emocional de grupos minoritários, historicamente violentados e marginalizados, num enfoque aos direitos humanos como estratégia de enfrentamento às violências autoperpetradas (Silva Filho; Avanci; Assis, no prelo).

Posto isso, encerra-se pela quase impossível, mas ainda possível, defesa da estratégia de transformação de contextos sociais em fatores proteção e de resiliência; resiliência que pode estar no centro do Modelo Bioecológico (Bronfenbrenner, 2011), demandando diferentes camadas de interação sociais, do micro ao macrosistema, para se estabelecer. Transformação essa provocada ativamente através das lentes da equidade, interseccionalidade e inclusão, intervindo no que é individual e no estrutural; no corpo genético, subjetivo e cultural; mas sempre em seus pares, suas famílias e laços relacionais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção de uma Tese é, antes de tudo, um processo. Um processo que precisa ser dinâmico, adaptativo, reflexivo e testado. Por vezes individual, mas sempre coletivo – pelos que lêem e debatem em tempo real, mas principalmente pelos que foram lidos e ouvidos antes e durante seu processo; e obviamente, através da aposta de que, eventualmente, esses escritos serão buscados e acessados no futuro. Um processo, assim, moldado por muitas camadas interacionais e possíveis no Tempo, ainda que marcadamente solitário e repetidamente mussitado e estabelecido junto às diferentes telas, e rascunhados em blocos de notas.

Uma Tese é também um processo margeado por afetos e uma trajetória desenvolvimental de uma ideia. E nessa premissa, uma miríade de possíveis ideias: das que singelamente sobrevivem àquelas que brilham desde sua concepção; das mais discretas, ainda que robustas, às publicadas pomposamente, mesmo que apenas exibindo mais um correto ordinário.

Não somente o percurso de uma ideia, o Doutorado, em si, é uma também a trajetória de uma pessoa; uma pessoa que gosta e/ou precisa fazer pesquisa: um pesquisador. Um pesquisador que carrega e nutre, parcamente, uma ideia, ou mesmo um que nasce com “mais ideias do que neurônios”; entre tais extremos, um tanto de humanos, com ou sem suporte de inteligência artificial, no espectro doutoral da pesquisa. Cuidando, apegando-se ou ainda rejeitando as ideias próprias ou as enxertadas.

Infelizmente, muitos padecem e sofrem nesse caminho; trajetórias interrompidas por nós e obstáculos dos mais variados formatos e tamanhos. Contudo, por que não pensar que algumas dessas rupturas podem ter sido pelo vislumbre ou descobertas de novas soluções para o caminho vital? É importante saber que as possibilidades são diversas entre a infância e a juventude de uma ideia e de um pesquisador; e nisso se apoiam os olhares para os fatores de risco e de proteção dessas duas entidades quase indissociáveis.

A finalização desta Tese em Saúde Pública é um desses possíveis caminhos de uma dessas duplas ideia-pesquisador nascidas em março de 2020; e tais metáforas aqui estão apenas para anunciar o futuro rito de passagem conformado através de uma Defesa de Doutorado. O fim de um ciclo, a possibilidade de horizontes inéditos ou de formalização de captura de um novo instrumental para caminhos já trilhados. Um rito de gratidão institucional e principalmente à maestria, divertida, afetuosa e competente, das duas orientadoras.

Buscou-se neste percurso, com alguma poesia aqui assumida, transformar nós em laços. Transformar é por demais ousado, beirando o incorreto. Mais pertinente e adequado seria

reconhecer e investigar a possibilidade e seus indícios de que os possíveis nós nas trajetórias desenvolvimentais de crianças e adolescentes sofram as devidas intervenções para que sejam, por elas próprias, manejados como laços. Laços relacionais firmes e flexíveis para novos cursos do ciclo vital. Laços capazes de enfeitar, de serem feitos e refeitos, ou ainda de demarcarem encontros relacionais éticos e desejados. Laços seguros.

Três nós foram explorados neste trabalho: o apego, as famílias e as violências; nós que, na perspectiva debatida, impedem a fluidez longitudinal do desenvolvimento. É importante pontuar, entretanto, que um dos grandes obstáculos para as trajetórias longitudinais investigadas foi o comportamento suicida, enquanto fenômeno universal, complexo e multideterminado. Os três nós apresentados e justificados desde o título deste trabalho culminaram, isolada ou cumulativamente, para o desfecho comportamento suicida (CS) e autolesões não suicida (ALNS).

Nesse cenário, validam-se facilmente a gravidade, a traição e a ruptura desenvolvimental que representam as violências nas trajetórias de crianças e adolescentes. Ao mesmo tempo, com uma maior necessidade argumentativa, reconhecem-se que tais nós, rapidamente compreendidos como elementos de risco, poderiam ser manejados como fatores ou ainda vetores de proteção.

A argumentação teórica desta pesquisa apoiou-se na associação entre CS/ALNS e as diferentes formas de violência; essa influência foi corroborada pelo estudo, que enfatizou a importância do impacto da violência psicológica ao longo da vida, assim como a daquela perpetrada no ambiente familiar e da violência comunitária, que se associa à familiar e vice-versa. Outro destaque, consoante ao que havia sido argumentado teoricamente, deu-se pela importância do efeito cumulativo da violência como fator de risco para desfechos negativos em saúde mental prospectivamente.

O apego e a família, por si, não são risco ou proteção. Ainda que o modelo apego discutido nesta Tese seja construído na primeira infância, o seu estabelecimento não direciona a uma sentença determinista para o curso da vida, mas a uma possível necessidade de intervenção. O apego não seguro (disruptivo, invalidante), ao aumentar a chance em 15% de CS ou ALNS ao longo da infância e adolescência (Silva Filho *et al.*, 2023), sinaliza para a importância de interações, mediadas por afeto e técnica, que possam compensar prejuízos vividos nos primeiros mil dias de vida. Marcas experimentadas socialmente no início da vida com repercussões longitudinais para o próprio indivíduo e para sua comunidade.

A categoria “famílias”, enquanto principal representação do microssistema (Bronfenbrenner, 1993), pôde flutuar como espaço protetivo e como violento. Para além de

avaliações mais objetivas e certeiras sobre uma família que promova ou não segurança e cuidado, é mais interessante e desafiador se destacar a complexidade das/nas relações familiares violentas. A existência de interações violentas, desse modo, associa-se ao surgimento de ALNS e CS, mas não impede o sofrimento de pais e responsáveis diante da incerteza nas trajetórias probabilísticas e de flutuabilidade de autolesões de sua prole. Não se reduz, com isso, a gravidade de tais violências, mas se destaca sua complexidade e transgeracionalidade, numa ênfase de o que o caminho da espécie passa por camadas relacionais (Bronfenbrenner, 2011; Teicher; Samson, 2013), tendo o Tempo como um importante marcador.

A pesquisa iluminou, numa outra direção, que mesmo diante da violência familiar foi possível o surgimento de pontos de virada e trajetórias de proteção (Silva Filho; Avanci; Assis, no prelo). A experiência desagradável como filha sendo reescrita através da maternidade, dando novos contornos ao apego; a vulnerabilidade e a fragilidade familiares sendo remodeladas por um ofício; e a espiritualidade dando nova cor e esperança para o viver em comunidade (Silva Filho; Avanci; Assis, no prelo).

Compreender algumas dessas trajetórias de jovens que margearam o suicídio confirmou a importância de abordagens de prevenção seletiva e indicada para grupos minoritários, vulneráveis e discriminados. Permitiu um olhar acadêmico sobre “novos” fatores que matam e adoecem a juventude, e que precisam compor o rol de preocupação clínica e epidemiológica, colaborando para a meta da OMS em redução das taxas de suicídio até 2030 (WHO, 2021).

Delinear tais trajetórias de proteção, mesmo diante de apego não seguro, vulnerabilidade familiar e múltiplas violências é vislumbrar que há possibilidades de os nós serem transformados em laços, de os silêncios se tornarem vocalizações e de os tabus de hoje permanecerem, futuramente, no passado. É ver a possibilidade de estreitar olhares na janela temporal da infância à juventude, validando todo sofrimento emocional, intervindo, nos sujeitos e em suas famílias, de forma adequada, técnica e ética. É, nisso, um caminho de resposta a O'Connor (Silva Filho; Assis; Avanci, 2022) e Bryan (Bryan, 2022) em seus provocativos questionamentos sobre a prevenção do suicídio, reconhecendo que caminhos sem sempre lineares poderiam levar a ações preventivas individuais e coletivamente.

Olhou-se para um grupo de 500 crianças de uma metrópole periférica do sudeste brasileiro no ano de 2005. Atentou-se para suas trajetórias desenvolvimentais e para alguns dos nós atravessados por elas. Contaram-se alguns desfechos, eventos e métricas, interpretando, à luz de diferentes referenciais, como viveram, sobreviveram e se desenvolveram. As histórias desses 129 jovens que foram seguidos até os anos de 2021/2022 foram, são e sempre serão maiores que as ideias que incomodam e orientam um pesquisador.

Isso é uma limitação, sem dúvidas, sempre a ser abertamente declarada; é também uma possibilidade de continuidade, com muitas entrelinhas e números a serem identificados, contados e compreendidos. Mas acima de tudo é a certeza de que cada sujeito segue sendo bem mais do que o somatório de fatores, elementos e eventos que as duplas ideias-pesquisadores podem instrumentalizar e publicar.

Concluindo-se, espera-se que após o processo de doutoramento este produto acadêmico possa chegar a outros colegas e alunos, provocando, fomentando e dialogando com outras entidades de ideias e de pesquisa, impactando positivamente as instituições de pesquisa e a comunidade. Diante de lacunas acadêmicas e impasses na intervenção sobre comportamento suicida em crianças, adolescentes e jovens, reconhece-se este trabalho como uma potencial peça para construção de novas histórias.

Em suas linhas finais, em primeira pessoa, dedico novamente esta pesquisa a esses e essas jovens, a suas famílias, a seus lutos e a seus sonhos. Que não lhes falem laços e novas possibilidades em suas trajetórias.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. **Oração para desaparecer**. São Paulo: Companhia das Letras, 2023.
- ADED, N. L. de O.; DALCIN, B. L. G. da S.; CAVALCANTI, M. T. Sexual abuse of children and adolescents in Rio de Janeiro, Brazil: An incidence study. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 8, p. 1971–1975, 2007.
- AINSWORTH, M.D.S. Attachments beyond infancy. **Am Psychol.**, v. 4, n. 44, p. 709–716, 1989.
- AINSWORTH, M. D. *et al.* **Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation**. Hillsdale: Erlbaum, 1978.
- ALMEIDA-FILHO, N. Beyond social determination: overdetermination, yes!. **Cad. Saude Publica**, v. 37, n. 12, p. e00237521, 2021.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR**. Washington, DC: APA, 2022.
- ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.
- ASSIS, S. G. de. *et al.* **A Violência Familiar Produzindo Reversos: problemas de comportamento em crianças escolares**. [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro: Claves/Fiocruz, 2007.
- ASSIS, S. G. de. **Saúde mental de crianças e adolescentes e violência: o período da adolescência num estudo longitudinal com escolares**. [Relatório de Pesquisa]. Rio de Janeiro, 2014.
- ASSIS, S. G. de. *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e violência. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 14, n. 2, p. 349–361, 2009.
- ASSIS, S. G. de.; AVANCI, J. Q. **Violências e vulnerabilidades nos desenhos infantis**. Niterói: Eduff, 2017.
- ASSIS, S. G. de.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. **Resiliência: enfatizando a proteção dos adolescentes**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA EMPRESAS DE PESQUISAS (ABEP). **Critério de Classificação Econômica Brasil**. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.abep.org/>. Acesso em: 18 jun. 2022.
- ASSUMPÇÃO JR, F. B.; KUCZYNSKI, E. **Tratado de psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Editora Atheneu, 2012.
- AUGUST, H.; ESPERANDIO, M. R. G. Teoria do apego e apego a deus no aconselhamento: Estudo de caso. **Estudos Teológicos**, v. 60, n. 1, p. 298–314, 2020.

AVAN, B.I.; KIRKWOOD, B.R. Review of the theoretical frameworks for the study of child development within public health and epidemiology. **J Epidemiol Community Health**, v. 64, n. 5, p. 388–393, 2010.

AVANCI, J. Q. **Comportamento suicida: uma abordagem longitudinal da infância à vida adulta**. [Relatório de pesquisa: Chamada MCTIC/CNPq N°28/2018]. Rio de Janeiro, 2023.

AVANCI, J. Q. *et al.* **Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência: conversando com profissionais sobre formas de prevenção**. Rio de Janeiro: Faperj, 2023.

AVANCI, J. Q. *et al.* Revisão de escopo sobre habilidades socioemocionais na prevenção do comportamento suicida em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**, v. 40, n. 7, p. e00002524, 2024.

BAIÃO, A. E. R. *et al.* Predictors of perinatal outcome in early-onset fetal growth restriction: A study from an emerging economy country. **Prenatal Diagnosis**, v. 40, n. 3, p. 373–379, 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BEE, H.; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. 12ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BENTON, T.D.; BOYD, R. C.; NJOROGUE, W. F. M. Addressing the Global Crisis of Child and Adolescent Mental Health. **JAMA Pediatr.**, v. 175, n. 11, p. 1108–1110, 2021.

BERTOLETE, J. M.; FLEISCHMANN, A. Suicide and psychiatric diagnosis: a worldwide perspective. **World psychiatry**, v. 1, n. 3, p. 181–185, 2002.

BHUTTA, Z. A.; GUERRANT, R. L.; NELSON, C. A. Neurodevelopment, nutrition, and inflammation: The evolving global child health landscape. **Pediatrics**, v. 139, p. S12–S22, 2017.

BLACK, M. M. *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v. 389, n. 10064, p. 77–90, 2017.

BOTEGA, N. J. **Crise Suicida: avaliação e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2015.

BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J-C.; PASSERON, J-C. A construção do objeto. O fato é construído: as formas da demissão empirista. *In*: BOURDIEU, P.; CHAMBOREDON, J-C.; PASSERON J-C. **Ofício de Sociólogo**. Tradução de Guilherme João de Freitas Teixeira. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. p. 45-47.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. Perda: tristeza e separação. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOWLBY, J. **Apego e perda**. Separação: angústia e raiva. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

BOWLBY, J. **Apego e perda. Apego: a natureza do vínculo. Vol. 1**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BOWLBY, J. **Formação e rompimento dos laços afetivos**. 3 ed. São Paulo: Martins Fontes,

1997.

BRASIL. **Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 13 de jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil.** Boletim Epidemiológico n. 33. Brasília, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021.** Boletim Epidemiológico n. 55. Brasília, 2024.

BRONFENBRENNER, U. Ecological models of human development. Readings on the development of children. *In*: GAUVAIN, M.; COLE, M. (org.). **Readings on development of children.** New York: Freeman, 1993. p. 37–34.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano.** Tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BRYAN, C. J. **Rethinking suicide:** why prevention fails, and how we can do better. New York: Oxford University Press, 2022.

CAMUS, A. **O mito de sísifo.** Rio de Janeiro: Record, 2004.

CARVAJAL-VELEZ, L. *et al.* Measurement of Mental Health Among Adolescents at the Population Level: A Multicountry Protocol for Adaptation and Validation of Mental Health Measures. **J Adolesc Health**, v. 72, n. 1S, p. S27–S33, 2023.

CASA FLUMINENSE. **Mapa da desigualdade.** Rio de Janeiro, 2020.

CASSORLA, R. M. S. **Suicídio:** fatores inconscientes e aspectos socioculturais: uma introdução. São Paulo: Blucher, 2017.

CECCONELLO, A. M.; KRUM, F. M. B.; KOLLER, S. H. Indicadores de risco e proteção no relacionamento mãe-criança e representação mental da relação de apego. **Psico**, v. 32, n. 2, p. 81–122, 2000.

CHRISTOFOROU, R.; FERREIRA, N. The serial mediational role of attachment and emotion regulation in the relationship between early life adverse experiences and self-harm in a group of individuals engaging in self-harm who interact in self-harm focused online platforms. **Eur. J. Trauma Dissoc.**, v. 6, n. 3, 2022.

CONRAD, P.; SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization:** from badness to sickness. Philadelphia: Temple University, 1992.

CORMAN, L. **El Test del dibujo de la familia.** Buenos Aires: Kapelusz, 1967.

CUNHA, A. J. L. A. da; LEITE, Á. J. M.; de ALMEIDA, I. S. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. **J Pediatr**, v. 91, n. 6, p. S44–S51, 2015.

DALBEM, J. X.; DELL'AGLIO, D. D. Teoria do apego: bases conceituais e desenvolvimento dos modelos internos de funcionamento. **Arq. bras. psicol.**, v. 57, n. 1, p. 12–24, 2005.

DANNER TOUATI, C. *et al.* The role of attachment to the foster parent with regard to suicidal risk among adult survivors of childhood maltreatment. **Child Abuse Neglect**, v. 128, p. 104886, 2022.

DELVAN, J.S.; BECKER, A.P.S.; BRAUN, K. Fatores de Risco no Desenvolvimento de Crianças e a Resiliência: Um Estudo Teórico. **Rev. Psicol. IMED**, v. 2, n. 1, p. 349–357, 2010.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. de. Abordagens Quantitativa e Qualitativa em Saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.) **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 195–226.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32 ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

EIZIRICK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

ESTANISLAU, G. M.; BRESSAN, R. A. (org.) **Saúde mental na escola: o que os educadores devem saber**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ESTELLITA-LINS, C. E. A diáspora dos métodos de pesquisa em saúde mental da criança e da mulher. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. (org.) **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 155–194.

ESTELLITA-LINS, C. (org.) **Trocando seis por meia dúzia: suicídio como emergência do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Mauad X; Faperj, 2012.

FATORI, D. *et al.* The economic impact of subthreshold and clinical childhood mental disorders. **J Ment Health**, v. 27, n. 6, p. 588–594, 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. **Covid-19 e Saúde da Criança e do Adolescente**. Rio de Janeiro: Fiocruz; IFF, 2021. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/09/Covid_edu_v2.pdf. Acesso em: 24 ago. 2024.

FONAGY, P. *et al.* **Affect regulation, mentalization and the development of the self**. New York: Other Press, 2002.

FRALEY, R. C. *et al.* The Experiences in Close Relationships-Relationship Structures Questionnaire: A Method for Assessing Attachment Orientations Across Relationships. **Psychol. Assess.**, v. 23, n. 3, p. 615–625, 2011.

FRALEY, R. C.; WALLER, N. G.; BRENNAN, K. A. An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. **J Pers Soc Psychol.**, v. 78, n. 2, p. 350–365, 2000.

FURY, G. **The relation between infant attachment history and of relationships in school aged family drawings.** 1996. [Tese de Doutorado] University of Minesota, Minneapolis, USA, 1996.

FURY, G.; CARLSON, A.; STROUFE, A. Children's representation of attachment relationships in family drawings. **Child Development**, v. 68, n. 6, p. 1154–1164, 1997.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GEORGE GASKELL, G.(eds.) **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GILETTA, M. *et al.* Trajectories of suicide ideation and nonsuicidal self-injury among adolescents in Mainland China: Peer predictors, joint development, and risk for suicide attempts. **J Consult Clin Psychol.**, v. 83, n. 2, p. 265–279, 2015.

GREENLAND, S.; PEARL, J.; ROBINS, J. M. Causal diagrams for epidemiologic research. **Epidemiology**, v. 10, n. 1, p. 37–48, 1999.

GUERRA, N.G.; WILLIAMSON, A.A.; LUCAS-MOLINA, B. Normal development: Infancy, childhood, and adolescence. In: REY, J.M. (org.) **IACAPAP E-Textbook of Child And Adolescent Mental Health.** Geneva: IACAPAP, 2012. 39 p.

GUO, Y. *et al.* The Relationship Between Suicidal Ideation and Parental Attachment Among Adolescents: The Mediator of Anhedonia and Peer Attachment. **Front Psychol.**, v. 12, 2021.

HARPER, G. Child and adolescent mental health policy. In: REY, J.M. (org.). **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescence mental Health.** Geneva: IACAPAP, 2011. 12 p.

HAWTON, K.; SAUNDERS, K.E.A.; O'CONNOR, R. C. Self-harm and suicide in adolescents. **The Lancet**, v. 379, n. 9834, p. 2373–2382, 2012.

HOEKSTRA, P. J. Suicidality in children and adolescents: lessons to be learned from the COVID - 19 crisis. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 29, n. 6, p. 737–738, 2020.

HINSHAW-FUSELIER, S. *et al.* Trauma and Attachment: The case for Disrupted Attachment Disorder. In: OSOFSKY, J. D. (org.). **Young Children and Trauma.** New York: The Guilford Press, 2004. p. 47–68.

HOLMES, J. Suicide and Deliberate Self-Harm: When Attachments Fail. In: POMPILI, M. (org.). **Phenomenology of Suicide.** Unlocking the suicidal mind. Gewerbestrasse: Springer Nature, 2018. p.113-129.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). IBGE Cidades e Estados do Brasil, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rj/sao-goncalo/panorama>. Acesso em: 31 ago. 2024.

JAEN-VARAS, D. C. *et al.* A 10-year ecological study of the methods of suicide used by

Brazilian adolescents. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 8, p. e00104619, 2020.

JANS, T. *et al.* Suicide and self-harming behaviour. *In*: REY J.M. (org.). **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescence mental Health**. Geneva: IACAPAP, 2018. 41 p.

JEWETT, P. I. *et al.* Structural adverse childhood experiences associated with suicidal ideation, suicide attempts, and repetitive nonsuicidal self-injury among racially and ethnically minoritized youth. **Suicide Life Threat Behav.**, p. 1–16, 2024.

KESSLER, R. C. *et al.* Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. **Br J Psychiatry**, v. 197, p. 378–385, 2010.

KIELING, C. *et al.* Youth mental health services: the right time for a global reach. **World Psychiatry**, v. 21, n. 1, p. 86–87, 2022.

KING, R. A.; APTER, A. (org.). **Suicide in children and adolescents**. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.

LI, S. M. *et al.* Longitudinal impacts of adverse childhood experiences on multidimensional health outcomes: Predicting trajectories in mental, physical, and behavioral health. **Child Abuse Neglect**, p. 106543, 2023.

LI, S.; ZHAO, F.; YU, G. Childhood Emotional Abuse and Depression Among Adolescents: Roles of Deviant Peer Affiliation and Gender. **J Interpers Violence**, v. 37, n. 1–2, p. NP830–NP850, 2022.

LIMA, L.; NAVASCONI, P.V.P. (org.) **(Re)pensando o suicídio: subjetividades, interseccionalidades e saberes pluriepistêmicos**. Salvador: EDUFBA, 2022.

LOPES, F. H. **Suicídio & saber médico: estratégias históricas de domínio, controle e intervenção no Brasil do século XIX**. Rio de Janeiro: Apicuri, 2008.

MA, L. *et al.* Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. **J Affect Disord**, v. 293, p. 78–89, 2021.

MAIN, M. Attachment Theory: eighteen points with suggestions for future studies. *In*: **Handbook of attachment: theory, research and clinical applications**. New York: The Guilford Press, 1999.

MAIN, M. The organized categories of infant, child and adult attachment: flexible versus inflexible attention under attachment-related stress. **Am Psychoanal Assoc.**, v. 4, n. 48, p. 1055–1127, 2000.

MAIN, M.; KAPLAN, N.; CASSIDY, J. Security in infancy, childhood and adulthood: a move to the level of representation. *In*: BRETHERON, I.; WATERS E. (org.). **Growing points of attachment theory and research monographs of the Society for Research in Children Development**, 50 (1-, Serial n. 209). Chicago: University of Chicago Press, 1985. p. 331.

MAIN, M.; SOLOMON, J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. *In*: GREENBERG, M. T.; CICCHETTI, D.; CUMMINGS, E. M. (org.) **Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention**. Chicago: University of Chicago Press, 1990.

MARCELLI, D.; BRACONNIER, A. **Adolescência e psicopatologia**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MARCELLI, D.; COHEN, D. **Infância e psicopatologia**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, M. C. de S.; AVANCI, J. Q.; FIGUEIREDO, A. E. B. Violência autoinflingida: ideações, tentativas e suicídio consumado. *In*: **Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

MARQUES, A. L. **Competência social, empatia e representação mental da relação de apego em famílias em situação de risco**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

MAYER, L. R. **Rede de apoio social e representação mental das relações de apego de meninas vítimas de violência doméstica**. 2002. 116 f. [Tese de Doutorado] Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?. **Cad. Saude Publ.**, v. 9, n. 3, p. 239–262, 1993.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. Violência para Todos. **Cad. Saúde Publ.**, v. 9, n. 1, p. 65–78, 1993.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 4, n. 1, p. 7–23, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. de S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Rev. Pesq. Qual.**, v. 5, n. 7, p. 1–12, 2017.

MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de; SOUZA, E. R. de S. Os múltiplos tentáculos da violência que afeta a saúde. *In*: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de (org.). **Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 39-41.

MINAYO, M. C. de S. Determinação social, não! Por quê?. **Cad. Saude Publ.**, v. 37, n. 12, p. e00010721, 2021.

MOREIRA, H. *et al.* Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the

portuguese version of the experiences in close relationships-relationship structures questionnaire. **J Pers Soc Psychol**, v. 97, n. 1, p. 22–30, 2015.

MOREIRA, M. C. N. Critical reviews: On books, readings, and critical readers. **Cad. Saude Pública**, v. 37, n. 10, p. 1–4, 2021.

MOREIRA, M. E. L.; GOLDANI, M. Z. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 2, p. 321–327, 2010.

MOSCOVICI, S. **Le domaine de la psychologie sociale**. Psychologie Sociale. Paris: PUF, 1984.

NAVASCONI, P.V.P. **Vida, adoecimento e suicídio: racismo na produção de conhecimento sobre jovens negros/as LGBTTIS**. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

NOAL, D. da S.; PASSOS, M. F. D.; FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. Rio de Janeiro, 2020.

NURCOMBE, B. Diagnosis and treatment planning in child and adolescent mental health problems. In: REY, J.M. (org.). **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescence mental Health**. Geneva: IACAPAP, 2014.

OLIVEIRA, I. R. de. *et al.* Disentangling the mental health impact of childhood abuse and neglect: A replication and extension study in a Brazilian sample of high-risk youth. **Child Abuse Neglect**, v. 80, p. 312–323, 2018.

O'CONNOR, R. **When it is darkest: Why people die by suicide and what we can do to prevent it**. London: Vermilion (Penguin Random House), 2021.

O'CONNOR, D. B. *et al.* Cortisol levels and suicidal behavior: A meta-analysis. **Psychoneuroendocrino**, v. 63, p. 370–379, 2016.

O'CONNOR, D. B.; GARTLAND, N.; O'CONNOR, R. C. Stress, cortisol and suicide risk. **Int Rev Neurobiol**, v. 152, p. 101–130, 2020.

O'CONNOR, R. C.; KIRTLEY, O. J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. **Phil. Trans. R. Soc. B**, v. 373, n. 1754, p. 20170268, 2018.

O'CONNOR, R. C.; PLATT, S.; GORDON, J. (eds). **The International Handbook of Suicide Prevention: Research, Evidence and Practice**. Hoboken: Wiley Online Library, 2011.

O'LOUGHLIN, K.; ALTHOFF, R.R.; HUDZIAK, J.J. Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. In: REY J.M. (org.). **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescence mental Health**. Geneva: IACAPAP, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID 10 - Décima Revisão**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação das Doenças em português. 3 ed. São Paulo: EDUSP, 1996.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Cuidados inovadores para condições crônicas**: componentes estruturais de ação - relatório mundial. Brasília: OMS, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Relatório mundial sobre violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002.

OPPENHEIMER, C. W.; GLENN, C. R.; MILLER, A. B. Future Directions in Suicide and Self-Injury Revisited: Integrating a Developmental Psychopathology Perspective. **J Clin Child Adolesc Psychol.**, v. 51, n. 2, p. 242–260, 2022.

ORMISTON, C. K. *et al.* Trends in Adolescent Suicide by Method in the US, 1999-2020. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 3, p. E244427, 2024.

OSOFSKY, J. D. **Young Children and Trauma**. New York: The Guilford Press, 2004.

OUGRIN, D. *et al.* Pandemic-related emergency psychiatric presentations for self-harm of children and adolescents in 10 countries (PREP-kids): a retrospective international cohort study. **Eur Child Adolesc Psychiatry.**, v. 31, n. 7, p. 1–13, 2022.

PACIONE, L. *et al.* The mental health of children facing collective adversity: Poverty, homelessness, war and displacement. In: REY, J.M. (org.) **IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescence mental Health**. Geneva: IACAPAP, 2012.

PALFREY, J.S *et al.* Addressing the Millennial Morbidity: The Context of Community Pediatrics. **Pediatrics**, v. 115, n. 4, p. 1121–1123, 2005.

PELTZER, K.; PENGPID, S. Suicidal ideation and associated factors among school-going adolescents in Thailand. **Int J Environ Res Public Health**, v. 9, n. 2, p. 462–473, 2012.

PIRKIS, J. *et al.* Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. **The Lancet Psychiatry**, v. 8, n. 7, p. 579–588, 2021.

POMPILI, M. (ed). **Phenomenology of Suicide**. Unlocking the suicidal mind. Gewerbestrasse: Springer Nature, 2018.

PORTS, K. A. *et al.* Adverse Childhood Experiences and Suicide Risk: Toward Comprehensive Prevention. **Am J Prev Med.**, v. 53, n. 3, p. 400–403, 2017.

ROCHA, G. M. A. da *et al.* The experiences in close relationships - Relationship structures questionnaire (ECR-RS): Validity evidence and reliability. **Psico-USF**, v. 22, n. 1, p. 121–132, 2017.

SAMPAIO, D. **Ninguém morre sozinho**: o adolescente e o suicídio. 5 ed. Lisboa: Editorial Caminho, 1991.

SANTO, M. A. da S.; DELL'AGLIO, D. D. Self-injury in adolescence from the bioecological perspective of human development. **Psicol. teor. prat.**, v. 24, n. 1, p. 1–24, 2022.

SARAIVA, C. B. Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor

psicológica individual. **Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 3, p. 185–205, 2010.

SCATTOLIN, M. A. de A.; RESEGUE, R. M.; ROSÁRIO, M. C. do. The impact of the environment on neurodevelopmental disorders in early childhood. **J Pediatr (Rio J)**, v. 98 (S1), p. S66–S72, 2022.

SHAFFER, D. *et al.* Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 40, n. 7 Suppl., p. 24S–51S, 2001.

SCHENKER, M.; AVANCI, J. Q.; SILVEIRA, L. M. B. Violência intrafamiliar da perspectiva sistêmica. In: MINAYO, M. C. de S.; ASSIS, S. G. de (org.). **Novas e Velhas Faces da Violência no Século XXI**: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

SCHNEIDER, M. S. **As especificidades do padrão de apego da criança em relação à figura materna e paterna**. 2008. 168f [Dissertação de Mestrado] Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo, 2008.

SEIM, A.R. *et al.* Reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder in adolescence: co-occurring psychopathology and psychosocial problems. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, v. 31, n. 1, p. 85–98, 2022.

SENA-FERREIRA, N. *et al.* Fatores de risco relacionados com suicídios em Palmas (TO), Brasil, 2006-2009, investigados por meio de autópsia psicossocial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 1, p. 115–126, 2009.

SERPELONI, F. *et al.* Does Prenatal Stress Shape Postnatal Resilience ? – An Epigenome-Wide Study on Violence and Mental Health in Humans. **Front Genet.**, v. 10, 2019.

SHIRAMIZU, V. K. M.; NATIVIDADE, J. C.; LOPES, F. de A. Evidências de validade do experience in close relationships (ECR) inventory para o Brasil. **Estud. psicol.**, v. 18, n. 3, p. 457–465, 2013.

SIFUENTES, T. R.; DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. C. S. L. de. Desenvolvimento Humano: Desafios para a Compreensão das Trajetórias Probabilísticas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v. 23, n. 4, p. 379–386, 2007.

SILVA FILHO, O. C. da *et al.* Attachment, suicidal behavior, and self-harm in childhood and adolescence: a study of a cohort of Brazilian schoolchildren. **BMC Pediatrics**, v. 23, n. 1, p. 1–12, 2023.

SILVA FILHO, O. C. da. Comportamento suicida na infância e na adolescência: considerações teóricas e práticas para pediatras. In: LEONE, C.; CABRAL, S.A. (org.). **PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica: Ciclo 9**. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 11–31.

SILVA FILHO, O. C. da. **Percepção e conhecimento de médicos residentes em pediatria no Rio de Janeiro Sobre comportamento suicida na infância e adolescência**. 2019. 236 f. [Dissertação de Mestrado] Instituto Nacional da Saúde da Mulher, da Criança e do

Adolescentes Fernandes Figueira. Rio de Janeiro, 2019.

SILVA FILHO, O. C. da.; ASSIS, S. G. de; AVANCI, J. Q. When It Is Darkest: Why People Die by Suicide and What We Can Do to Prevent It. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 61, n. 5, p. 724–726, 2022.

SILVA FILHO, O. C. da.; AVANCI, J. Q.; ASSIS, S. G. de. À margem do suicídio: horizontes cotidianos, pontos de virada e trajetórias de proteção em jovens mulheres periféricas. **Cad. Saude Pública**. 2024.

SILVA FILHO, O. C. da; MINAYO, M. C. de S. Triple taboo: Considerations about suicide among children and adolescents. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2693–2698, 2021.

SOARES, A. L. G. *et al.* Adverse childhood experiences: Prevalence and related factors in adolescents of a Brazilian birth cohort. **Child Abuse Neglect**, v. 51, p. 21–30, 2016.

SONUGA-BARKE, E. J.S. *et al.* Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. **The Lancet**, v. 389, n. 10078, p. 1539–1548, 2017.

SOUSA, G. S. de *et al.* Revisão de literatura sobre suicídio na infância. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3099–3110, 2017.

STAGAKI, M. *et al.* The mediating role of attachment and mentalising in the relationship between childhood maltreatment, self-harm and suicidality. **Child Abuse Neglect**, v. 128, p. 105576, 2022.

STOCHERO, L. *et al.* Prevalence and co-occurrence of adverse childhood experiences: A school-based survey in Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 26, n. 9, p. 4115–4127, 2021.

TEICHER, M. H *et al.* The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. **Nat Rev Neurosci.**, v. 17, n. 10, p. 652–666, 2016.

TEICHER, M. H.; SAMSON, J. A. Annual Research Review: Enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. **J Child Psychol Psychiatry.**, v. 57, n. 3, p. 241–266, 2016.

TEICHER, M. H.; SAMSON, J. A. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. **Am J Psychiatry**, v. 170, n. 10, p. 1114–1133, 2013.

TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Quaternary prevention and medicalisation: Inseparable concepts. **Interface**, v. 25, p. 25: e210101, 2021.

THAPAR, A. *et al.* **Rutter's child and adolescence psychiatry**. 6 ed. Chichester: Wiley, 2015.

THOMPSON, M. P; KINGREE, J. B.; LAMIS, D. Associations of adverse childhood experiences and suicidal behaviors in adulthood in a U.S. nationally representative sample. **Child Care Health Dev.**, v. 45, n. 1, p. 121–128, 2019.

TOBAR, F.; YALOR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TORRES, W. da C. **A criança diante da morte.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

TURECKI, G. Early-life adversity and suicide risk: the role of epigenetics. *In*: POMPILI, M. (org.). **Phenomenology of Suicide.** Unlocking the suicidal mind. Gewerbestrasse: Springer Nature, 2018.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health.** New York, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>. Acesso em: 31 ago. 2024.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F.. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1868–1876, 2011.

WASELFI SZ, J. J. **Mapa da violência: os jovens do Brasil.** Brasília, 2014. Disponível em: www.juventude.gov.br/juventudeviva. Acesso em: 31 ago. 2024.

WARAAN, L. *et al.* Associations between insecure attachment styles to parents and suicidal ideation in adolescents with depression. **Scand J Child Adolesc Psychiatr Psychol.**, v. 9, n. 1, p. 41–51, 2021.

WEINE, S. *et al.* Global Child Mental Health Research: Time for the Children. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 59, n. 11, p. 1208–1211, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!).** Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Preventing suicide: a global imperative.** Geneva: WHO, 2014. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/. Acesso em: 31 ago. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). **Suicide worldwide in 2019: global health estimates.** Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1350975/retrieve>. Acesso em: 31 ago. 2024.

WILLIAMS, L. L.; MUIR, O. (eds). **Adolescent Suicide and Self-Injury: Mentalizing Theory and Treatment.** Cham: Springer Nature, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-42875-4>. Acesso em: 1 set. 2024.

WINNICOTT, D. W. **Natureza Humana.** Rio de Janeiro: Imago, 1990.

WINNICOTT, D. W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1978.

WONG, B. H. C. *et al.* Self-Harm in Children and Adolescents Who Presented at Emergency Units During the COVID-19 Pandemic: An International Retrospective Cohort Study. **J Am Acad Child Adolesc Psychiatry**, v. 62, n. 9, p. 998–1009, 2023.

ZORTEA, T. C. *et al.* Associations between experiences of disrupted attachments and suicidal thoughts and behaviours: An interpretative phenomenological analysis. **Soc Sci Med.**, v. 235, n. June, p. 112408, 2019.

ZORTEA, T. C.; GRAY, C. M.; CONNOR, R. C. O. The Relationship Between Adult Attachment and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review. **Arch Suicide Res.**, p. 1–36, 2019.

ZORTEA, T. C.; GRAY, C. M.; O'CONNOR, R. C. Adult attachment: Investigating the factor structure of the Relationship Scales Questionnaire. **J Clin Psychol.**, v. 75, n. 12, p. 2169–2187, 2019.

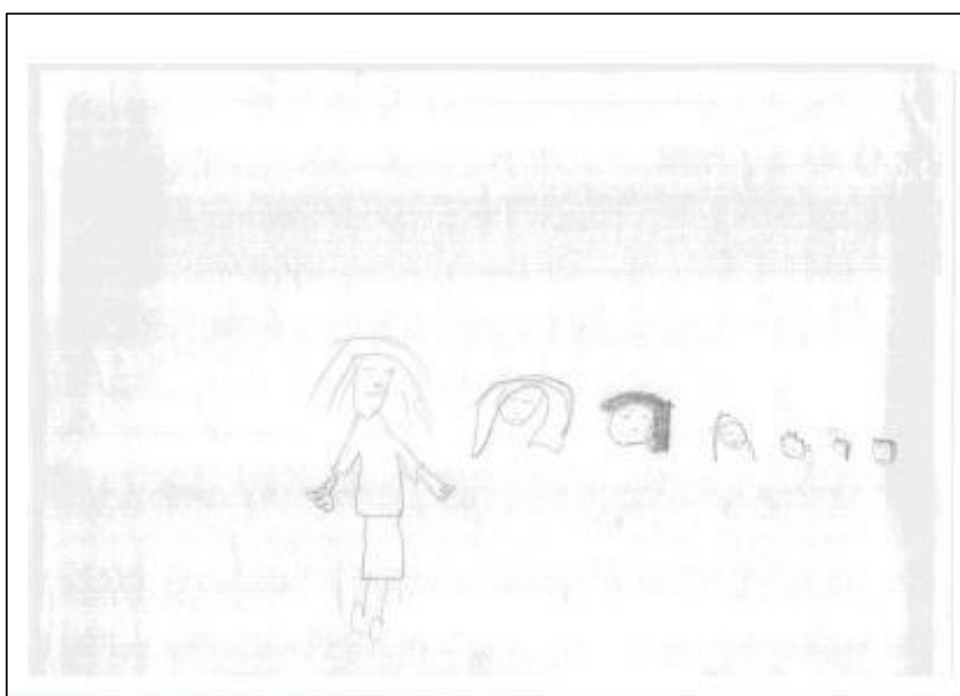
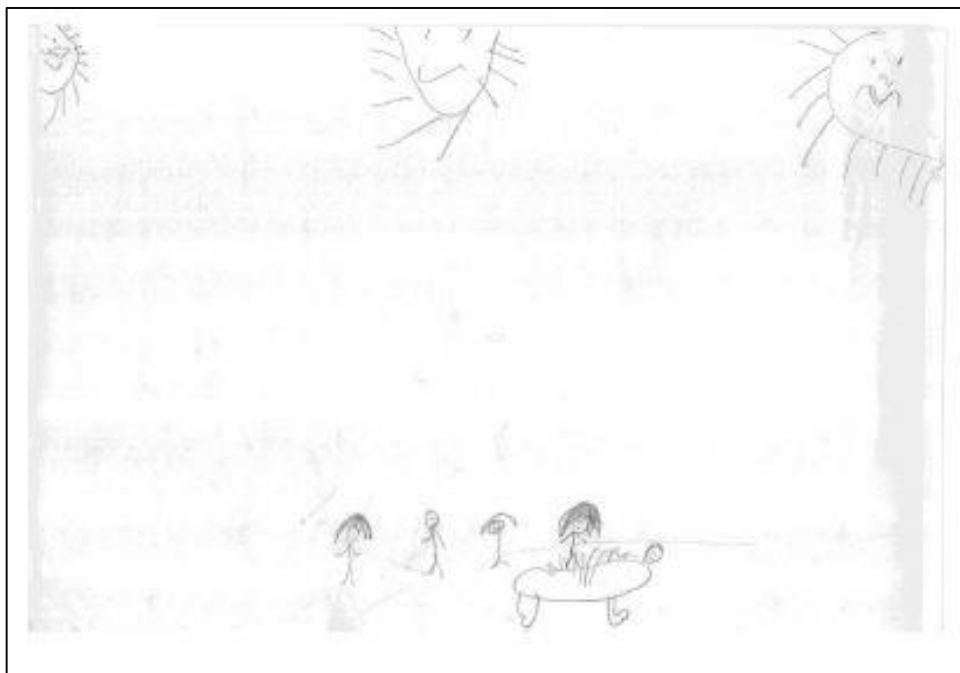
ZORTEA, T. C.; GRAY, C. M.; O'CONNOR, R. C. Perceptions of Past Parenting and Adult Attachment as Vulnerability Factors for Suicidal Ideation in the Context of the Integrated Motivational–Volitional Model of Suicidal Behavior. **Suicide Life Threat Behav.**, v. 50, n. 2, p. 515–533, 2020.

ZORTEA, T. C.; GRAY, C. M.; O'CONNOR, R. C. The Relationship Between Adult Attachment and Suicidal Thoughts and Behaviors: A Systematic Review. **Arch Suicide Res.**, v. 25, n. 1, p. 38–73, 2021.

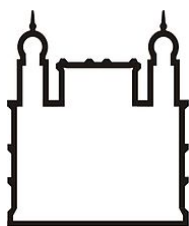
ZUCCOLO, P. F. *et al.* Children and adolescents' emotional problems during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Eur Child Adolesc Psychiatry**, n. 0123456789, 2022.

APÊNDICE 1 - EXEMPLOS DE DESENHOS INFANTIS ONDA 1 COORTE

Os desenhos não estão identificados; houve perda de qualidade no processo de captura e inserção nesse documento.



APÊNDICE 2 - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA



Ministério da Saúde
FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli



Roteiro de entrevista com jovens

Nome entrevistador(a): _____

Data: ____ / ____ / ____ Local: _____

Contato Inicial: esclarecer sobre a pesquisa, assegurar o consentimento esclarecido, criar empatia e assegurar o sigilo da identidade pessoal e familiar. Leitura e esclarecimentos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Explicar que nessa etapa da pesquisa, estamos procurando entender um pouco mais sobre as formas de relacionamento com pessoas próximas ao longo da vida, assim como suas experiências pessoais. Reforçar que ele tem liberdade para falar ou parar de falar conforme sua vontade e que não há respostas certas ou erradas.

I. Dados de identificação

Data de Nascimento:	Idade:	Sexo:
Estado civil:	Naturalidade:	
Escolaridade:		
Cidade:	Endereço:	

Iniciar com a aplicação da ECR-RS

Bloco 1: Relacionamento com a família de origem (pai, mãe, irmãos...), família atual (se casado), com os seus amigos e no ambiente de trabalho.

1. Fale um pouco sobre você e como vive (com quem mora, se trabalha, estuda....)
2. Conte um pouco sobre a sua forma de se relacionar ao longo da vida (Explorar: como se relaciona com as pessoas mais próximas – família, amigos, escola, igreja trabalho; relações de violência – física, psicológica, sexual e negligência).
3. Como você costuma lidar com os problemas da vida? (Explorar: o jeito de se relacionar interfere na forma de lidar com os problemas da vida? Pedir exemplos.)

Bloco 2: Comportamento de autolesão e/ou suicídio

4. Sabemos que, ao longo da vida, algumas pessoas podem ter ideias de se machucar de

propósito ou se matar. Isso já aconteceu com você? Fale um pouco sobre quando e como isso aconteceu. (Explorar: o ato em si, como essa experiência na infância/adolescência pode ter influenciado (ou não) a uma nova ocorrência na vida adulta, o que a pessoa busca/quer conseguir com o ato?)

5. O que você acha que leva uma pessoa a tentar *se ferir ou se machucar* (automutilação)? (Explorar características pessoais, relacionamento com a família, com a escola, onde mora ou trabalha).

6. O que você acha que leva uma pessoa a *tentar se matar*? (Explorar características pessoais, da família, de onde estuda, mora ou trabalha)

7. Você vê diferenças entre o que leva uma pessoa a se cortar/se ferir e a tentar se matar? (Explorar diferenças e pedir exemplos).

8. Você vê alguma relação sobre experiências difíceis de vida que você viveu e a vontade de se machucar ou se matar morrer? (Explorar situações de violências, mortes, doenças,...; diferenças entre as motivações de se cortar e se matar)

9. O que a pessoa busca/quer conseguir com o ato de se ferir ou se matar? (Explorar diferenças entre autolesão e comportamento suicida - alívio de sofrimento, única saída para os problemas,...)

Bloco 5. Redes sociais

10. Com quem você contou para te ajudar e apoiar quando você se cortou de propósito ou tentou se matar? (Explorar: família, amigos, escola, saúde, igreja ou trabalho. Qual tipo de ajuda é desejado?)

11. Que tipo de apoio ou ação você acha fundamental de ter após um ato de se ferir ou se matar?

12. Como é a sua interação em redes sociais virtuais? (Explorar influência das redes sociais na automutilação ou no comportamento suicida. Pedir para explicar essa relação.)

13. Como as redes sociais virtuais poderiam proteger crianças, adolescentes e jovens de atos de se ferir ou se matar?

APÊNDICE 3 - LISTA ADICIONAL DE PUBLICAÇÕES

Produtos relacionadas ao tema não inseridas como resultados desta pesquisa, mas publicados ou submetidos durante o doutorado, pelo autor ou em co-autoria; indicados em ordem cronológica.

1. “**Silva Filho OC**. Comportamento suicida na infância e na adolescência: considerações teóricas e práticas para pediatras. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Leone C, Cabral SA, organizadores. PROPED Programa de Atualização em Terapêutica Pediátrica: Ciclo 9. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2022. p. 9–52. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 1). <https://doi.org/10.5935/978>

- 2 Avanci JQ, Assis SG, **Silva Filho OC**, Gonçalves AF, Tavares PHSL, Marriel NSM. Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência : conversando com profissionais sobre formas de prevenção [recurso eletrônico]. Rio de Janeiro: Faperj; 2023

- 3 Avanci JQ, Ferreira AG, **Silva Filho, OC**, Tavares PHSL, Marriel NSM, Assis SG. Revisão de escopo sobre habilidades socioemocionais na prevenção do comportamento suicida em adolescentes. *Scope review about socioemotional abilities in preventing of suicidal behavior in adolescents*. Artigo aceito no periódico *Cadernos de Saúde Pública* em abril de 2024. Revisão de escopo sobre habilidades socioemocionais na prevenção do comportamento suicida em adolescentes. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 40, n. 7, p. e00002524, 2024.

- 4 **Silva Filho OC**; Serpeloni F; Tavares PHSL; Chagas E. Da prevenção à intervenção do comportamento suicida e da autolesão. In: Avanci JQ, Assis SG (Orgs.). *Dor que tudo consome - comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência*. Submetido para Editora Fiocruz em julho de 2024.

5. Avanci JQ, Assis, SG, Pinto LW, **Silva Filho OC**. Comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência: história, conceitos e estatísticas. In: Avanci JQ, Assis SG (Orgs.). *Dor que tudo consome - comportamento suicida e autolesão na infância e adolescência*. Submetido para Editora Fiocruz em julho de 2024.

6. **Silva Filho OC**. Comportamento suicida e adolescências: olhares e caminhos possíveis. In: Martins AC, Vidal D (Orgs). “Adolescências e saúde: desafios, afetos e cuidados” (título preliminar). Previsão de submissão à Editora Fiocruz no final de agosto de 2024.

7. Cogo A, Schmidt B, Silva BM, Noal D, Serpeloni F, Silva J, Scavacini K, Silva KR, Magrin NP, Silva Filho OC (Orgs). Prevenção de Suicídio. Série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres. Volume 7, 1ª. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/cartilhas/2024/cartilha-prevencao-de-suicidios.pdf> <acesso em 14junho2024>

APÊNDICE 4 - ÍMÃ ENTREGUE AOS PARTICIPANTES ONDA 5 COORTE

Exemplo do produto entregue após a participação da quinta onda da pesquisa; cada jovem recebeu um ímã que continha o seu próprio desenho, feito cerca de 16 anos antes. Neste exemplo, foi retirado o nome do participante.



ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (ABRIL 2022)

Extratos do parecer de aprovação (abril 2022) de um dos projetos (Faperj) que compõem a quinta onda de investigação da coorte pelo Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/Fiocruz.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPORTAMENTO SUICIDA: UMA ABORDAGEM LONGITUDINAL DA INFÂNCIA À VIDA ADULTA (ESTUDO QUALITATIVO)

Pesquisador: Joviana Quintes Avanci Pina

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57134422.6.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: FUN CARLOS CHAGAS F. DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - FAPERJ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.371.690

Apresentação do Projeto:

Este parecer se refere a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 5.335.791, em 08/04/2022.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	JovianaQuintasAvanciPina_FR_26abril22.pdf	26/04/2022 22:56:22	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1917752.pdf	18/04/2022 19:55:20		Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
 Bairro: Manguinhos CEP: 21.041-210
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2598-2863 Fax: (21)2598-2863 E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Continuação do Parecer: 5.371.690

Folha de Rosto	folhaDeRosto_assinada_modificada.pdf	18/04/2022 19:53:48	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFAPERJ_modificado.docx	18/04/2022 06:05:36	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	Formularioesppendparecer_abril2022.docx	18/04/2022 08:04:19	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_prevencao_FINAL_modificado.docx	18/04/2022 06:03:48	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_prevencao_DESTAQUEmodificado.docx	18/04/2022 06:03:34	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_jovem_FINAL_modificado.docx	18/04/2022 06:01:57	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_jovem_DESTAQUEmodificado.docx	18/04/2022 06:01:41	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Declaração do Patrocinador	TermoOutorga_2113662019.pdf	18/04/2022 05:46:10	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Declaração de concordância	TermoAnuenciaUso_BancoDados.pdf	13/04/2022 19:16:28	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Declaração de Pesquisadores	tcud_JovianaAvanci.pdf	13/04/2022 19:14:47	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	RoteiroPreliminar_profissionais_prevencao.docx	23/03/2022 18:03:27	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	Roteiro_preliminar_jovens.docx	23/03/2022 18:02:01	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CONEP_APROVADO.pdf	23/03/2022 17:45:38	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	Parecer_estudoLongitudinal_2011.pdf	23/03/2022 17:45:24	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	PARECER_APROVADO_VIOLENCIAFAMILIAR.pdf	23/03/2022 17:45:09	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Outros	PARECER_APROVADO_ACOMPANHAMENTO_CRIANCAESCOLARES.pdf	23/03/2022 17:43:39	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_.docx	22/03/2022 19:20:24	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_jovem.docx	22/03/2022 19:06:50	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 5.371.690

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissional_prevencao.docx	22/03/2022 19:06:39	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Comportamento_Suicida_AbordagemLongitudinal.docx	22/03/2022 19:06:23	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 27 de Abril de 2022

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador(a))

ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (SETEMBRO 2020)

Extratos do parecer de aprovação (setembro 2020) de um dos projetos (CNPq) que compõem a quinta onda de investigação da coorte pelo Comitê de Ética em Pesquisa ENSP/Fiocruz.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA				
PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP				
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA				
Título da Pesquisa: Abordagem longitudinal da saúde mental da infância à vida adulta: em destaque o comportamento suicida				
Pesquisador: Joviana Quintes Avanci Pina				
Área Temática: Genética Humana: (Trata-se de pesquisa em genética do comportamento.);				
Versão: 5				
CAAE: 18723119.0.0000.5240				
Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca				
Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO				
DADOS DO PARECER				
Número do Parecer: 4.308.045				
Apresentação do Projeto:				
As informações contidas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram obtidas dos documentos contendo as Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1318046.pdf de 26/08/2020) e do Projeto Detalhado.				
Considerações Finais a critério da CONEP:				
Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - Conep, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.				
Situação: Protocolo aprovado.				
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:				
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1318046.pdf	26/08/2020 12:30:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFINAL_enviadoCONEP_alteracoes_destacadas.docx	26/08/2020 12:29:05	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_CONEP.docx	26/08/2020 12:27:35	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_saliva_CONEP_alteracoes_destacadas.docx	26/08/2020 12:16:52	Joviana Quintes Avanci Pina	Aceito
Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040 UF: DF Município: BRASÍLIA Telefone: (61)3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br				

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.308.045

Justificativa de Ausência	TCLE_saliva_CONEP_alteracoes_destacadas.docx	26/08/2020 12:16:52	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questsaliva_CONEP_alteracoes_destacadas.docx	26/08/2020 12:13:48	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questionario_CONEP_alteracoes_destacadas.docx	26/08/2020 12:13:21	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_saliva_CONEP.docx	26/08/2020 12:12:06	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_questsaliva_CONEP.docx	26/08/2020 12:11:36	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Folha de Rosto	FolhadeRostoJovianaQuintesPina_assinada.pdf	26/08/2020 10:52:12	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Outros	Respostapend_parecer_CONEPFINAL.doc	16/08/2020 23:42:38	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFINAL_enviadoCONEP.docx	16/08/2020 23:37:09	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Outros	Termo_compromisso.pdf	16/08/2020 22:26:09	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Cronograma	Cronograma_enviadoCONEP.docx	16/08/2020 20:09:16	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Outros	Audiencia_CONEP_Joviana_05082020.docx	16/08/2020 20:06:09	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Parecer Anterior	Parecer_APROVADO_ESTUDO_2011_2012.pdf	29/07/2020 18:10:02	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Parecer Anterior	PARECER_APROVADO_estudo2008.pdf	29/07/2020 18:09:11	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Parecer Anterior	PARECER_APROVADO_estudo2005_2006.pdf	29/07/2020 18:08:41	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_VicePesquisaFIOCRUZ.pdf	29/07/2020 16:37:23	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	CartaLaboratorioENSP.pdf	29/07/2020 14:56:37	Joviana Quintes Avanci Pina	Acelto
Outros	FolhadeRostoJovianaQuintesPina.pdf	16/12/2019 16:06:49	Jennifer Braathen Salgueiro	Acelto

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.719-040

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3315-5877

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.308.045

Outros	Respostapend2_parecer_3586338.doc	30/11/2019 17:19:42	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Autorizacao_repositorio.bio.pdf	30/11/2019 17:12:42	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_saliva_M ODIFICADO.docx	30/11/2019 17:12:25	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_questsaliv a_MODIFICADO.docx	30/11/2019 17:12:00	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_questonar io_MODIFICADO.docx	12/09/2019 19:08:17	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Outros	Termo_concessaoCNPQ.pdf	12/09/2019 19:06:07	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Outros	questionario_longitudinal_enviadoCEP_ MODIFICADO.docx	12/09/2019 19:05:13	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Outros	Questionario_DASOPESSOAS_MODI FICADO.docx	12/09/2019 19:04:44	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Outros	Respostapend_parecer_3530147.doc	12/09/2019 19:03:21	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Declaração de Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	Regulamentos_armazenamento_materia l_biológico.docx	06/08/2019 22:24:22	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Orçamento	Orçamento.docx	05/08/2019 23:27:05	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Outros	questionario_longitudinal_enviadoCEP.d ocx	05/08/2019 23:25:12	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFINAL_enviadoCEP.docx	05/08/2019 23:20:51	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto
Cronograma	Cronograma.docx	04/08/2019 21:55:55	Joviana Quintes Avand Pina	Acelto

Situação do Parecer:
Aprovado

Endereço: SRTVN 701, Via W 5 Norte, lote D - Edifício PO 700, 3º andar
Bairro: Asa Norte CEP: 70.719-040
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61) 3315-5877 E-mail: conep@saude.gov.br

Página 25 de 25

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA



Continuação do Parecer: 4.308.045

BRASÍLIA, 30 de Setembro de 2020

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador(a))

ANEXO 3 – CARTA DE ACEITE DO ARTIGO 4

Rio de Janeiro, 20 de junho de 2024.

Ilmo(a) Sr(a). Orli Carvalho da Silva Filho:

Em nome do Conselho Editorial de Cadernos de Saúde Pública, comunicamos que o artigo de sua autoria, em colaboração com Joviana Quintes Avanci, Simone Gonçalves de Assis, intitulado "À margem do suicídio: horizontes cotidianos, pontos de virada e trajetórias de proteção em jovens mulheres periféricas", foi aprovado quanto ao seu mérito científico.

A conclusão do processo editorial de seu artigo dependerá da avaliação técnico-editorial com vistas a detectar dúvidas de formatação, referências bibliográficas, figuras e/ou tabelas. Comunicação nesse sentido lhe será enviada oportunamente.

Atenciosamente,
Prof. Marília Sá Carvalho
Prof. Luciana Correia Alves
Prof. Luciana Dias de Lima
Co-editoras-chefe