



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**AS NARRATIVAS DE ADOLESCENTES SOBRE OS
SEUS COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS**

CATARINA DE SOUSA BAGIO DO CARMO

Orientadora de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coordenadora de Seminário de Dissertação

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira, apresentada no ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Finalizando esta etapa, diversos são os agradecimentos a fazer, a todos os que tornaram possível esta conclusão.

A vocês, pais, que sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos, entre os quais, a Psicologia; que sempre me disponibilizaram os recursos materiais e emocionais para evoluir; que compreenderam sempre quando a faculdade se sobrepôs à família; que me deixaram errar para aprender; que foram vocês. Nada disto seria possível sem vocês do meu lado.

A ti, mano, que me desafiaste vezes sem conta e me fizeste superar-me; que me ajudaste a pensar fora da caixa quando eu pensava que a caixa estava fechada; que, do teu modo silencioso e desligado, me deste sempre o carinho e apoio que tens dentro de ti.

A vocês, avós, tios e primos, pelas lições de vida, dos mais velhos aos mais novos; pela ternura incondicional; pela preocupação e desejos de sucesso.

A ti, Maggy, que me acompanhas há 14 anos e mereces um destaque tão grande como todos os humanos aqui mencionados; que me ensinas todos os dias o que é lutar pela vida mesmo quando o nosso corpo já não aguenta; que acolhes todas as minhas angústias, sem ser necessária uma resposta verbal; que serás sempre um dos maiores amores da minha vida.

A ti, Rita, que me conheces de trás para a frente e de frente para trás; que me apoias de forma incondicional mas dizes o que eu preciso de ouvir, ainda que não queira; que me deste a mão quando mais precisei.

A ti, Shivani, que me fazes rir ainda que não tenha vontade de o fazer; que tens teorias impensáveis mas que nos fazem pensar mais além; que me ajudas a ser mulher sem perder a menina.

A ti, Catarina, que a vida te trouxe numa reviravolta e numa volta cá ficaste; que me ouves sem juízos de valor ou preconceitos; que me permitiste viver uma das melhores fases da minha vida.

A ti, Tomás, que me tens ensinado a aproveitar a vida; que me tens acarinhado e apoiado com tanto empenho; que tens acreditado tanto nas minhas capacidades; que tens debatido comigo e feito com que me empenhe mais; que tens estado a meu lado, para tudo.

A vocês, Rute X., Raquel F., Ana Mónica, Zé P., Rodrigo V., Patrícia M., Sara S., Cátia D., a todas as minhas colegas do Seminário de Dissertação, a todos os amigos que a relação

com o Tomás me trouxe, e outros que não mencionei, mas que, de uma forma ou outra, estiveram presentes e contribuíram para o meu percurso académico e pessoal.

A si, professora Maria Gouveia-Pereira, que me permitiu integrar um projeto pelo qual tenho muito carinho e respeito; que partilhou conhecimentos e experiências que me ajudaram a querer saber mais e fazer melhor; que me auxiliou nesta etapa tão importante.

A si, Dra. Maria João Barros, que me lançou na aventura que é o projeto T.E.U e me incutiu o “bichinho” da intervenção; que me apoiou e incentivou ao longo de todo este ano.

A vocês, adolescentes, que integraram o projeto T.E.U e contribuíram para o sucesso que este tem tido. Especialmente, aqueles que reviveram experiências como as que abordamos neste trabalho, de elevada carga emocional, para que assuntos como os que serão debatidos possam ganhar visibilidade e permitam auxiliar tantos que ainda sofrem em silêncio.

O meu mais sincero obrigada a todos.

Resumo

Os comportamentos autolesivos constituem um fenómeno complexo considerado um problema de saúde pública, com elevadas prevalências na adolescência. Para a sua emergência contribui uma diversidade de acontecimentos de vida e sentimentos, sendo frequentemente justificados como cumprindo uma função de regulação de afetos. Destacando o adolescente como principal construtor da sua realidade, é importante estudar as descrições que este elabora da realização do comportamento autolesivo e explorar os motivos e funções subjacentes. Através das suas narrativas, a presente investigação pretendeu analisar compreensivamente as descrições dos comportamentos autolesivos de 164 adolescentes, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos de idade. O principal meio de recolha de dados foi o Inventário de Comportamentos Autolesivos, que avalia a existência destes comportamentos e caracteriza as situações em que ocorrem. Observou-se uma predominância dos conflitos interpessoais e das emoções negativas como fatores que contribuem para a autolesão, sendo a principal função a de aliviar o sofrimento e reduzir tais emoções. Segue-se a de escapar aos problemas e substituir o sofrimento emocional. Foram identificadas sequelas pessoais, principalmente lesões físicas e sentimentos negativos, e sequelas relacionais, com manifestação de preocupação e apoio parental. Os resultados justificam a necessidade de programas de prevenção e intervenção para os jovens e a capacitação e educação dos intervenientes escolares, familiares e sociais.

Palavras-chave: comportamentos autolesivos, adolescência, narrativas, acontecimentos de vida negativos, regulação emocional.

Abstract

Self-harm behaviors are a complex phenomenon considered a public health problem, with high prevalence in adolescence. For its emergence contributes a variety of life events and feelings and those are often justified as functioning to emotions regulation. Highlighting the adolescent as the main constructor of his reality, it is important to study the descriptions he does about self-harm performance and explore the underlying motives and intentions. Through their narratives, this research aimed to comprehensively analyze the self-harm behaviors of 164 adolescents, of both genders, between 15 and 21 years-old. The main mean of data collection was the Inventory of Self-Harm Behaviors, which assesses the existence of these behaviors and characterizes the situations in which they occur. It was observed a predominance of interpersonal conflicts and negative emotions as factors that contribute to self-harm, being the main function to alleviate suffering and reduce such emotions. Follows the functions of escaping problems and replacing emotional suffering. Personal sequels were identified, mainly physical injuries and negative feelings, as well as relational sequels with expression of parental concern and support. These results justify the implementation of preventive and interventive programs for young people and empowerment and education of school, family and social intervenors.

Key-words: self-harm behaviors, adolescence, narratives, negative life events, emotional regulation.

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teórico	2
1. A Adolescência	2
2. Comportamentos Suicidários	4
2.1. Ideação Suicida	5
2.2. Atos Suicidas: Tentativa de Suicídio e Suicídio Consumado	6
3. Comportamentos Autolesivos (CAL).....	9
4. A Narrativa.....	16
5. Objetivos	19
Método	20
1. Participantes	20
2. Instrumentos.....	22
3. Procedimento de recolha de dados	23
4. Procedimento de análise de dados.....	24
Resultados	26
1. Fatores que contribuíram para a autolesão	30
2. O ato de autolesão	34
3. Sequelas da autolesão.....	38
4. Outras respostas.....	40
Discussão	42
1. Fatores que contribuíram para a autolesão.....	42
2. O ato de autolesão	47
3. Sequelas da autolesão.....	50
4. Outras respostas.....	53
5. Limitações e sugestões de investigação futura.....	53
6. Conclusão.....	54
Referências Bibliográficas	56
ANEXOS	65
ANEXO A – Óbitos de residentes em Portugal por suicídio.....	66
ANEXO B – Questionário Sociodemográfico e de Saúde.....	67
ANEXO C – Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL).....	71
ANEXO D – Termo de Consentimento Informado para o(a) Aluno(a)	74
ANEXO E – Termo de Consentimento Informado para o Encarregado de Educação	75
ANEXO F – Tabela 5 (Versão Completa).....	76

Lista de Tabelas

Tabela 1. <i>Distribuição dos alunos por idade e sexo</i>	20
Tabela 2. <i>Distribuição dos alunos por idade e ano de escolaridade</i>	21
Tabela 3. <i>Distribuição dos alunos pela relação estabelecida com os membros da comunidade escolar (%)</i>	21
Tabela 4. <i>Distribuição dos alunos pela relação estabelecida com os pais e irmãos (%)</i>	22
Tabela 5 (Versão Reduzida). <i>Frequência de realização de CAL de acordo com o método utilizado, em função do sexo</i>	26
Tabela 6. <i>Frequência do número de métodos utilizados para a autolesão</i>	27
Tabela 7. <i>Frequência das respostas às questões do ICAL, em função do sexo</i>	28
Tabela 8. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes aos Fatores Externos que contribuíram para a autolesão, em função do sexo</i>	30
Tabela 9. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes aos Fatores Internos que contribuíram para a autolesão, em função do sexo</i>	32
Tabela 10. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes ao Ato Concreto da Autolesão, em função do sexo</i>	34
Tabela 11. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes às Funções da Autolesão, em função do sexo</i>	36
Tabela 12. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes às Sequelas Pessoais para o Adolescente resultantes da autolesão, em função do sexo</i>	38
Tabela 13. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes às Sequelas nas Relações com Pessoas Significativas resultantes da autolesão, em função do sexo</i>	39
Tabela 14. <i>Frequências das categorias e subcategorias referentes à Utilização dos Serviços de Saúde resultante da autolesão, em função do sexo</i>	40

Introdução

A adolescência consiste num período em que ocorrem intensas transformações físicas, cognitivas e psicossociais (Kristensen, Schaefer & Busnello, 2010) que permitem ao indivíduo transitar da infância para a idade adulta, desempenhando diversos novos papéis sociais (Dahl, 2004; Jaworska & MacQueen, 2015). Nesta etapa o jovem procura autonomizar-se da sua família, aproximando-se do grupo de pares, que adquire maior importância e lhe permite o desenvolvimento da sua identidade sexual de acordo com as interações amorosas estabelecidas (Dias & Fontaine, 1996; Gouveia-Pereira, Pedro, Amaral, Alves-Martins & Peixoto, 2000; Sousa, Machado & Branco, 2008; Jaworska & MacQueen, 2015). Considerado como um período de fragilidade, caracterizado pelo tumulto emocional, confrontação com diversos conflitos e procura de novas sensações, é especialmente importante o desenvolvimento de competências que permitam ao adolescente ser bem-sucedido (Dahl, 2004; Guerreiro & Sampaio, 2013; Gouveia-Pereira, Abreu & Martins, 2014; Jaworska & MacQueen, 2015).

Quando tal não acontece e o caminho adotado se traduz numa adolescência patológica, podem surgir os comportamentos autolesivos (CAL) (Guerreiro & Sampaio, 2013). Estes remetem para um fenómeno complexo e multideterminado, para o qual contribui uma diversidade de fatores que se interligam entre eles bem como múltiplas razões e intenções subjacentes à sua realização, resultando em sequelas pessoais e relacionais e, no limiar, na morte (Rissanen, Kylmä & Laukkanen, 2008; Klonsky & Glenn, 2009; Carvalho *et al.*, 2013; Brás *et al.*, 2016). De modo a dar significado às suas experiências, o jovem constrói a sua realidade e identidade no contexto de um determinado ambiente social que resulta da sua relação com os outros e, essa construção da sua vivência, ocorre na forma de narrativas, que atuam como um instrumento organizador do self (Bruner, 1991; Botella, 2001; Fonte, 2006).

No âmbito desta perspetiva construtivista, na qual a narrativa é contruída para dar sentido e significação à realidade do adolescente, este é o melhor informador sobre o assunto. Assim, a presente investigação objetiva dar a voz necessária para que o adolescente conte, pelas suas palavras, a sua experiência. Esta foi posteriormente analisada compreensivamente através de um levantamento de acontecimentos e intenções presentes na sua narrativa. Para tal, será abordada alguma da literatura relevante sobre a temática, incluindo os aspetos supramencionados, descrita a metodologia adotada e, após a apresentação dos principais resultados obtidos, será realizada a sua discussão e contribuição para o estudo do fenómeno dos comportamentos autolesivos.

Enquadramento Teórico

1. A Adolescência

«*Percurso no qual se pergunta quem é para saber quem chegará a ser*»

Santos & Neves (2014)

Ao estudar a população adolescente, um dos primeiros desafios com que nos deparamos é a definição de adolescência e o seu período de duração. Uma breve revisão da literatura permite constatar que existem múltiplas definições, variando de autor para autor e conforme os contextos socioculturais. Todavia, é possível concluir que a adolescência remete para o período que marca a transição entre ser criança e ser adulto, com o desempenho de novos papéis sociais (Dahl, 2004; Jaworska & MacQueen, 2015).

Tal como denota a Organização Mundial de Saúde (WHO, s.d.¹), a idade cronológica constitui apenas uma das possíveis formas de definir a adolescência, mais apropriada para aceder e comparar alterações biológicas. Ainda assim, estipula que é adolescente quem tem entre 10 e 19 anos de idade (WHO, s.d.²). Hawton, Saunders e O'Connor (2012) sugerem que a definição desta etapa também se pode basear nas características físicas ou no desenvolvimento cognitivo, por exemplo. Guerreiro e Sampaio (2013) atribuem ainda importância ao meio em que o indivíduo se encontra inserido, sugerindo que esta etapa do ciclo de vida pode ser definida com base no “desenvolvimento e maturação entre a infância e a idade adulta, caracterizada por importantes mudanças fisiológicas e psicossociais e fortemente influenciada pela interação do adolescente com os seus contextos”. Dahl (2004), por sua vez, define a adolescência em linguagem coloquial como “*that awkward period between sexual maturation and the attainment of adult roles and responsibilities*”. O autor atenta nas vertentes psicobiológica e legal para a balizar, entre os 12 e os 18 anos de idade; o limite inferior corresponde ao início da puberdade, com as suas alterações hormonais características, e o limite superior corresponde à independência parental, tida como a definição legal de ‘adulto’ em diversos países, nomeadamente Portugal.

Devido a um fenómeno biológico e sociológico designado prolongamento da adolescência, em que os jovens atrasam responsabilidades associadas ao papel de adulto na sociedade contemporânea (e.g., começar família, conseguir emprego *full-time*, comprar casa), diversos trabalhos recentes propõem a expansão da adolescência de modo a incluir os jovens-adultos, podendo abranger indivíduos até aos 25 anos de idade (Dahl, 2004; Jaworska & MacQueen, 2015). Face a tal heterogeneidade, torna-se clara a impossibilidade de delimitar de

forma rígida um início e fim da adolescência, bem como de definir um padrão universal a todos os adolescentes (Guerreiro & Sampaio, 2013).

As intensas transformações físicas, cognitivas e psicossociais (Kristensen, *et al.*, 2010) que ocorrem nesta etapa da vida coincidem com importantes alterações nos aspetos sociais, familiares e individuais do adolescente. Por um lado, ocorre a autonomização do adolescente face à família, resultando numa alteração do padrão relacional com os pais e numa separação psicológica dos mesmos. Por outro lado, é atribuída uma maior importância ao grupo de pares, principalmente o escolar, com quem os adolescentes passam a maior parte do seu tempo. Ocorre uma aproximação a estes, que desempenham um importante papel no suporte e equilíbrio emocional do adolescente, bem como na construção da sua identidade. Esta aproximação aos pares permite ainda o surgimento da interação amorosa e sexual (Dias & Fontaine, 1996; Gouveia-Pereira, *et al.*, 2000; Sousa, *et al.*, 2008; Jaworska & MacQueen, 2015). O sucesso do adolescente em lidar com as tarefas desta etapa (i.e., mudança na relação com os pais, mudança na relação com os pares e formação da identidade sexual) aumenta a probabilidade de sucesso em etapas posteriores (Gouveia-Pereira, *et al.*, 2014).

Desta forma, a adolescência é considerada um momento de fragilidade, no qual os jovens vão testar a sua capacidade para lidar com os conflitos que surgem. Tal fragilidade, associada à superior reatividade emocional característica desta idade, pode culminar num aumento de comportamentos de risco ou descuidado e procura de novas sensações (e.g., tabagismo, consumo de álcool e/ou drogas, relações sexuais não protegidas, etc.). Devem então ser analisados quanto à sua intensidade, repetição e continuidade, por forma a detetar se fazem parte do desenvolvimento normal da adolescência ou se constituem uma fixação do adolescente a um padrão que implicará negativamente o seu desenvolvimento (Dahl, 2004; Guerreiro & Sampaio, 2013; Jaworska & MacQueen, 2015). Para Guerreiro e Sampaio (2013) estas adolescências patológicas, traduzidas por desesperança e dificuldades em lidar com as emoções, com a ausência do sentido de pertença e do sentimento sustentado de bem-estar, podem ser sinalizadas por comportamentos autolesivos, por vezes associados a diversos comportamentos suicidários.

É, assim, necessário compreender que a adolescência apenas pode ser estudada se considerada como um período do desenvolvimento, que apesar de ser temporalmente restringida, não é fixa, apresentando elevada variabilidade quer a nível do desenvolvimento quer a nível comportamental (Casey, Jones & Hare, 2008).

2. Comportamentos Suicidários

«Chega a arriscar-se morrer para se conseguir viver»

Oliveira, Amâncio & Sampaio (2001)

Saraiva (2010) aponta os comportamentos suicidários como englobando “uma diversidade de gestos ou atos difíceis de definir, cujos limites são parcialmente sobreponíveis e interpenetráveis. Desde o suicídio consumado até à ideação suicida, passando pelos graus intercalares da tentativa de suicídio”, constituindo uma expressão propositadamente lata com o objetivo de abranger o máximo de fenómenos desta temática (Saraiva & Gil, 2014). Uma das perspetivas segundo a qual a conduta suicida é abordada, remete para um espetro comportamental, sequencial, no qual a ideação suicida constitui um estado preliminar e ocorre uma progressão com repetição de atos ou ocorrência de comportamentos mais severos dentro da esfera suicidária, nomeadamente os comportamentos de risco (incluindo, por vezes, os comportamentos autolesivos) e as tentativas de suicídio (Pfeffer, cit. por Azevedo & Matos, 2014; Oliveira, Amâncio & Sampaio, 2001), podendo culminar na consumação do suicídio. É de notar que, atualmente, ainda se encontra em discussão se este *continuum* tem início com a ideação suicida ou com os comportamentos autolesivos.

O Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (PNPS) (Carvalho, *et al.*, 2013), elaborado tendo em consideração a população portuguesa, estipula a existência de uma distinção entre os comportamentos autolesivos e os atos suicidas. Os atos suicidas englobam tanto as tentativas de suicídio como o suicídio consumado, sendo esta a terminologia adotada no presente trabalho. Para qualquer que seja a nomenclatura utilizada, Ougrin e Zundel (2010) consideram existir quatro conceitos-chave que auxiliam na uniformização da terminologia suicida: método, resultado, letalidade e intencionalidade.

- **Método:** o meio ou processo que o indivíduo utiliza para se autolesionar (e.g., enforcamento, sobredosagem, cortes ou queimaduras corporais, precipitar-se de alturas, etc.) (Carvalho *et al.*, 2013). Guerreiro e Sampaio (2013) alertam para a dificuldade de definir com precisão este parâmetro a nível epidemiológico, dado que os estudos na área são maioritariamente de autorrelato.
- **Resultado:** o indivíduo pode morrer (acidentalmente ou por suicídio), sobreviver com lesões/ferimentos ou sobreviver sem qualquer lesão (Carvalho *et al.*, 2013).
- **Letalidade:** o potencial de o resultado ser a morte, encontrando-se associada ao método utilizado. O uso de armas de fogo, a precipitação de alturas e o enforcamento, por exemplo, são métodos geralmente associados a uma elevada letalidade. Por sua vez, os

cortes e alguns tipos de sobredosagem podem remeter para uma baixa letalidade. O conceito de letalidade possui tanto uma dimensão objetiva, quando avaliada por um médico, por exemplo, como uma dimensão subjetiva, quando é o próprio a avaliar. A importância de considerar a dimensão subjetiva deste conceito é suportada por dados de investigação que apontam até 50% de indivíduos com comportamentos autolesivos que avaliam mal a letalidade do método utilizado (Carvalho *et al.*, 2013).

- ***Intencionalidade***: a determinação do indivíduo para agir de modo a atingir o seu objetivo (Carvalho *et al.*, 2013), que pode ser o suicídio, como refere Sampaio (1991) ao apontar a letalidade como a vontade que o indivíduo tem de morrer, ou pode ser apenas a de provocar lesões ou dor autoinfligidas (Carvalho *et al.*, 2013). A intencionalidade pode ainda ser inferida com base na rapidez e reversibilidade do método utilizado, de onde se supõe que a intencionalidade é menor quando o método é reversível e menos rápido, e na possibilidade de existir intervenção salvadora, impedindo a morte do indivíduo (Sampaio, 1991). Este constitui o conceito que mais controvérsia gera entre investigadores, dado que a sua avaliação é realizada maioritariamente com base num método com elevado potencial de viés, o autorrelato, quer seja pela sua imprecisão, como pela memória do ato ou da ambivalência sobre morrer (Guerreiro & Sampaio, 2013).

2.1.Ideação Suicida

O conceito de ideação suicida remete para os pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, podendo incluir apenas pensamentos gerais sobre a morte (e.g., ideia de que a vida não vale a pena ser vivida) – ideação suicida passiva – como também sérias idealizações e planos sobre a forma de cometer suicídio – ideação suicida ativa. Apesar de ser considerada um indicador primário do risco de suicídio, não significa necessariamente a passagem ao ato (Carvalho *et al.*, 2013; Gouveia-Pereira *et al.*, 2014; Azevedo & Matos, 2014; Sampaio & Guerreiro, 2014; Brás, Jesus & Carmo, 2016). Todavia, com base em diversos estudos, foi possível concluir que, na sua maioria, os comportamentos suicidários surgem 12 meses após o início da ideação suicida, independentemente da existência ou ausência de planificação, existindo 34% de indivíduos com ideação suicida a elaborar um plano de suicídio e, desses, 72% tentam pôr termo à vida (Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler & Lee, 2008).

É possível identificar na literatura uma variação nos valores de prevalência da ideação suicida ao longo da vida em adolescentes de amostras não-clínicas. Num estudo realizado com 424 adolescentes no Canadá, 236 do sexo feminino e 188 do sexo masculino, entre os 13 e os 18 anos de idade (M = 15.34), observou-se uma prevalência de 42% de ideação suicida (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). A revisão de literatura realizada por Nock e colaboradores em 2008 permitiu identificar que entre 20% e 24% dos adolescentes norte-americanos (12-17 anos) reportaram ideação suicida. Crow, Eisenberg, Story e Neumark-Sztainer (2008) realizaram uma investigação com de 2516 estudantes no Minnesota, 807 adolescentes (M = 17.2 anos) e 1709 jovens adultos (M = 20.4 anos), em que 18.7% apresentava ideação suicida. Do estudo *Child & Adolescent Self-harm in Europe* realizado por Madge e colaboradores (2011) com 30477 adolescentes entre os 14 e os 17 anos de idade, foi possível identificar 14.6% de jovens só com pensamentos de autolesão, sem terem realizado qualquer comportamento suicidário.

A nível nacional, destacamos dois estudos mais recentes em que os resultados apontam para prevalências semelhantes, ainda que realizados com amostras de dimensão inferior: 10.7% (Azevedo & Matos, 2014) e 14.2% (Brás, Jesus & Carmo, 2016). Um dado a destacar da literatura são as diferenças de género na prevalência de ideação suicida, que se revela superior no sexo feminino comparativamente ao sexo masculino (e.g, Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Crow *et al.*, 2008; Klonsky & Glenn, 2009; Madge *et al.*, 2011), inclusive nos estudos nacionais (e.g., Oliveira *et al.*, 2001; Azevedo & Matos, 2014; Brás *et al.*, 2016).

Ainda que a interdição, que os oprime, frequentemente associada à morte e ao suicídio dificultem considerar a disponibilidade e meios adequados para falar sobre o tema (Oliveira *et al.*, 2001), permanecendo, muitas vezes, num estado de sofrimento emocional grave característico da ideação suicida (Nock *et al.*, 2008), os jovens pensam sobre esses temas e tentam sempre pedir ajuda e comunicar a sua intenção (Oliveira *et al.*, 2001).

2.2. Atos Suicidas: Tentativa de Suicídio e Suicídio Consumado

Quando a intenção de um indivíduo tirar a própria vida é trazida à realidade mas resulta frustrada, fala-se de tentativa de suicídio. Esta denominação caracteriza o envolvimento do indivíduo num comportamento potencialmente autolesivo que não resulta em morte, mas em que havia alguma intenção de tal acontecer (Nock, 2010). A definição que consta no PNPS, e adotada no presente trabalho, vai no mesmo sentido ao assumir uma tentativa de suicídio como

um “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por razões diversas, resulta frustrado” (Carvalho *et al.*, 2013). Sampaio (1991) assume a perspectiva de Tabachnick e Farberow ao considerar que a gravidade do gesto suicida se relaciona com um ‘ponto sem retorno’, associado à rapidez e reversibilidade do método utilizado e à possibilidade de uma intervenção salvadora. Todavia, uma tentativa suicida deve sempre ser considerada como um importante preditor do suicídio subsequente (Oliveira *et al.*, 2001).

Evans, Hawton, Rodham e Deeks (2005) analisaram a literatura publicada sobre comportamentos suicidas durante a adolescência e constataram que dos inquiridos 9.7% relataram ter tentado o suicídio. Em Portugal, num estudo com 822 estudantes adolescentes (M = 17.55 anos), foi possível observar que 7% realizou pelo menos uma tentativa de suicídio ao longo da vida (Sampaio, Oliveira, Vinagre, Gouveia-Pereira, Santos & Ordaz, 2000). Um estudo conduzido por Oliveira e colaboradores (2001) com 628 adolescentes estudantes em Lisboa permitiu chegar a conclusões idênticas, sendo que aproximadamente 7% dos indivíduos já tinha tentado o suicídio, com a maioria a ter tentado uma ou duas vezes e 1.5% a ter realizado várias tentativas. Mais recentemente, destaca-se o estudo de Guerreiro, Sampaio, Figueira e Madge (2017) com 1713 estudantes adolescentes, entre os 12 e 20 anos de idade, dos quais 52 (≈ 3%) afirmaram querer verdadeiramente suicidar-se quando se autolesionaram.

Santos e Sampaio (cit. por Oliveira *et al.*, 2001) consideram que as tentativas de suicídio, mesmo que com variâncias no grau de intenção de morte e na gravidade do gesto autodestrutivo, “constituem sempre momentos de crise individual no adolescente”. A decisão de colocar fim à vida resulta de sentimentos de impotência e da perceção de que as dificuldades pelas quais o indivíduo está a passar são insuportáveis, sendo ele incapaz de resolver este dilema e de acreditar que alguém o possa ajudar (Paulino, Viegas, Costa & Pereira, 2015).

A distinção entre a tentativa de suicídio e o suicídio remete para um dos conceitos-chave mencionados anteriormente: o resultado. Como afirmou Stengel em 1964 (cit. por Saraiva & Gil, 2014) relativamente ao suicídio “a morte é a única finalidade de tal ato e, como tal, o único critério de sucesso”. Previamente, também Durkeim (cit. por Guerreiro & Sampaio, 2013), um dos primeiros autores a definir este fenómeno, considerou que qualquer ato executado pela própria vítima que resultasse direta ou indiretamente em morte, sabendo a vítima que iria produzir esse resultado, seria denominado de suicídio. Este deriva etimologicamente, de *sui* (de si) e *caedere* (matar), designando a morte de si (ou do) próprio (Oliveira *et al.*, 2001). Tal como é apontado pelos autores, diversas vezes é utilizada a expressão suicídio consumado com o

objetivo de distinguir o suicídio efetivo das tentativas de suicídio quase mortais. Deste modo, quando nos referimos a suicídio no presente trabalho, estamos a referir-nos aos suicídios consumados, adotando a definição que consta no PNPS (Carvalho *et al.*, 2013): “morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica” (e.g., precipitação no vazio de esquizofrénico delirante e alucinado, obedecendo a vozes de comando) (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Este fenómeno encontra-se entre as principais causas de morte na generalidade dos países, apresentando uma taxa de um milhão de mortes por ano em todo o mundo (WHO, 2012). Os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE) (FFMS, 2018) (Anexo A), permitem constatar que, em Portugal, o número de mortes por suicídio no ano de 2015 atingiu um valor de 1 127 indivíduos, correspondente a 1.0% da população nacional, tendo o pico sido registado no ano anterior, em 2014, com 1216 suicídios (1.2% da população nacional). A taxa de suicídio tem sofrido um aumento entre os estratos populacionais mais novos, constituindo a segunda causa de morte em jovens entre os 15 e os 19 anos de idade, o que representa, a nível global, um problema social e de saúde pública (WHO, 2012; Carvalho *et al.*, 2013; Guerreiro & Sampaio, 2013; Azevedo & Matos, 2014; du Roscoät, Legleye, Guignard, Husky & Beck, 2016).

A nível nacional, estima-se que a taxa de suicídio juvenil seja de aproximadamente 5 suicídios por 100 mil habitantes (Carvalho *et al.*, 2013), sendo reportada como uma das mais baixas na Europa (Hawton *et al.*, 2012). Carvalho e colaboradores (2013) enfatizam que as estatísticas oficiais não retratam a realidade do fenómeno que é o suicídio, sendo a sua verdadeira dimensão desconhecida. São apontadas duas possíveis razões para tal: 1) estigmatização da morte por suicídio devido a razões de ordem religiosa, sociocultural e política; e 2) existência de muitas mortes de etiologia equívoca. Considerando o elevado número de mortes violentas de etiologia indeterminada, é admitida a possibilidade de que uma percentagem de tais mortes corresponda, na realidade, a suicídios, bem como alguns casos de mortes atribuídas a acidentes (e.g., sobredosagens de substâncias tóxicas ilícitas) ou a causas naturais.

O suicídio consumado constitui-se apenas como a ponta visível do iceberg, existindo uma prevalência superior de comportamentos autolesivos e tentativas de suicídio (Hawton *et al.*, 2012; Guerreiro & Sampaio, 2013; Brás *et al.*, 2016), ainda que se destaque a dificuldade em obter estatísticas oficiais representativas dos comportamentos autolesivos quando apenas uma minoria dos indivíduos que os realizam recorre aos serviços hospitalares (Hawton, *et al.*,

2012). No tópico seguinte serão referidas algumas investigações, não apenas no âmbito de amostras clínicas como também de amostras comunitárias, através de metodologias de autorrelato.

3. Comportamentos Autolesivos (CAL)

«Muitas pessoas simplesmente não compreendem; não compreendem porque o faço porque elas encontraram outras formas...»

Hill & Dallos (2011)

Os comportamentos suicidários constituem, em todas as idades, um fenómeno complexo e multideterminado, para o qual contribuem fatores de natureza distinta que se interligam entre eles e podem culminar num resultado fatal (Carvalho *et al.*, 2013; Brás *et al.*, 2016). O risco de enveredar por tais comportamentos exacerba-se aquando a entrada na vida adulta (e.g., Nock *et al.*, 2008; Azevedo & Matos, 2014), em que o jovem apresenta fracassos numa tripla perspetiva (individual, familiar e social) que conduzem a uma dificuldade em manter o equilíbrio interno (Sobrinho & Campos, 2016; Sampaio *et al.*, 2000; Carvalho *et al.*, 2013). Face ao caos interno que surge, o adolescente incorre numa tendência de passagem ao ato (*acting*), tentando desesperadamente alterar uma situação que sente como insustentável, com o objetivo de dispersar a mentalização, consequência das dificuldades que tem na simbolização e representação de tal conflito (Guerreiro & Sampaio, 2013; Jorge, Queirós & Saraiva, 2015). Esta passagem ao ato pode ocorrer por via dos comportamentos autolesivos (CAL).

Apesar de apenas na última década se ter observado um aumento do interesse social, clínico e científico sobre os CAL (Nock, 2010), estes existem há tanto tempo quanto a humanidade, sendo possível identificar descrições de autolesão por cortes em textos bíblicos, registos de casos clínicos, fontes literárias, entre outros (Guerreiro & Sampaio, 2013). Todavia, existe na comunidade científica alguma divergência relativa à definição destes comportamentos (e.g., Guerreiro & Sampaio, 2013; Jorge *et al.*, 2015), principalmente no que respeita à intencionalidade suicidária.

Por um lado, é utilizado o conceito de *deliberate self-harm* que evita a questão da intencionalidade e não especifica a inclusão ou não das tentativas de suicídio, referindo-se a todos os métodos de autolesão (e.g., Madge *et al.*, 2008; Hawton *et al.*, 2012; Guerreiro *et al.*, 2017). Por outro lado, é utilizado o conceito de *non suicidal self-injury* que estipula a ausência de intencionalidade de morrer, referindo-se apenas à destruição direta e deliberada do tecido

corporal do próprio (e.g., cortes, queimaduras, arranhões, etc.) (e.g., Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006; Nock, 2010). A definição proposta por Carvalho e colaboradores (2013) no PNPS considera, também, que não existe intencionalidade suicida, ainda que os atos autolesivos sejam intencionais.

Por último, atentamos sobre a definição proposta por Madge e colaboradores (2011) no estudo *Child & Adolescent Self-harm in Europe*, que envolveu a maior amostra nesta temática, constituída por mais de 30.000 estudantes adolescentes (14-17 anos de idade) pertencentes a sete países, e que consiste na definição adotada no presente trabalho. Para os autores, os comportamentos autolesivos (*deliberate self-harm*) são definidos como qualquer “comportamento com resultado não fatal, em que o indivíduo realizou deliberadamente um dos seguintes: iniciou comportamento com intenção de causar lesões ao próprio (e.g., cortar-se, saltar de alturas); ingeriu uma substância numa dose excessiva em relação à dose terapêutica reconhecida; ingeriu uma droga ilícita ou substância recreativa, num ato em que a pessoa vê como de autoagressão; ingeriu uma substância ou objeto não ingerível”. Tal como apontam Guerreiro e Sampaio (2013), não existe referência à intencionalidade suicida na presente definição, referindo apenas a intencionalidade de autolesão, onde se inclui tanto as tentativas de suicídio como os comportamentos autolesivos sem intenção suicida. Considerando que a questão da intencionalidade se encontra em aberto e em discussão pela comunidade científica, no presente trabalho optamos por considerar os CAL com e sem intencionalidade suicida.

No estudo supramencionado (Madge *et al.*, 2011), registou-se que 5.8% dos jovens já tinha pelo menos um episódio de comportamentos autolesivos durante a vida, com prevalência superior no género feminino (8.9%) comparativamente ao género masculino (2.6%), e que existia uma associação entre a severidade dos CAL e níveis mais elevados de depressão, ansiedade e impulsividade e níveis mais reduzidos de autoestima. Foram ainda reportados diversos eventos de vida stressantes no ano prévio ao estudo, como por exemplo, morte de alguém próximo (59.7%), problemas com ou entre os pais (55.4%), doença grave na família ou amigos (55.0%), dificuldades com amigos e pares (53.3%), entre outros. Como extensão deste estudo, foi realizado um outro, em Portugal, com a mesma metodologia, por Guerreiro e colaboradores (2017), em que, dos 1713 adolescentes (12-20 anos), 7% realizou CAL em pelo menos uma ocasião e, desses, 56.2% nos 12 meses prévios. Também aqui o género feminino apresentou uma maior prevalência (10.5%) face ao género masculino (3.3%). Relativamente ao episódio mais recente, o método mais frequente foi o corte (64.8%), a decisão foi geralmente tomada em 1 hora (58.1%) e o local principal onde ocorreu foi em casa (87.1%).

Também a nível nacional, destaca-se a investigação realizada por Gonçalves e colaboradores (2012) com 569 jovens estudantes (M = 15.95 anos) que objetivou analisar a prevalência de CAL com adolescentes portugueses. Foi reportado por 27.7% da amostra pelo menos um episódio de CAL ao longo da vida, correspondendo 57.1% ao género feminino e 42.9% ao género masculino, e sendo o método mais utilizado o de bater em si próprio (5.1%).

Desta forma, considerando a sua elevada incidência, torna-se imprescindível conhecer e identificar os fatores de risco dos comportamentos autolesivos, sendo indicativos das circunstâncias que contribuem para uma particular vulnerabilidade de um indivíduo, comunidade ou população incorrer nestes comportamentos, aumentando a sua probabilidade de ocorrência (Carvalho *et al.*, 2013; Brás *et al.*, 2016). Assim, não é possível afirmar que um único fator de risco irá determinar o ato suicida ou que são todos igualmente significativos. Devem, antes, ser considerados diversos fatores que, em conjunto e de acordo o contexto em que o indivíduo se insere e a sua história de vida, poderão influenciar a passagem ao ato (Carvalho *et al.*, 2013; Santos & Neves, 2014).

Consideramos uma abordagem que distingue quatro categorias de fatores de risco: Fatores Individuais, Fatores Familiares, Fatores Socioculturais e Fatores Situacionais. Os Fatores Individuais remetem para variáveis como a idade (maior incidência na fase final da adolescência); o género (taxas de suicídio mais elevadas nos rapazes e taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio mais elevadas nas raparigas); a orientação sexual (risco acrescido de CAL em jovens com orientação homossexual e bissexual); a perturbação mental (maior incidência de perturbação mental em adolescentes com CAL, particularmente depressão e ansiedade); características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades da personalidade (a presença de desesperança, baixa autoestima e autoconfiança, *locus* de controlo externo, modelo de culpabilidade negativamente distorcido e impulsividade são fatores significativos); ideação suicida e comportamentos autolesivos anteriores.

Nos Fatores Familiares destaca-se a estrutura familiar disfuncional e com elevada rigidez e/ou coesão, o excesso ou inadequação de autoridade, as expectativas rígidas ou irrealistas, a dificuldade de comunicação, os frequentes conflitos intrafamiliares, a separação ou perda de figuras parentais e a psicopatologia parental. Os Fatores Socioculturais incluem a relação com os pares (especialmente o isolamento, a agressividade, a presença de CAL nos amigos, o bullying); o insucesso, abandono ou isolamento escolar; história de abuso sexual e/ou físico; estigma, valores culturais e atitudes, associados a mitos que perpetuam o desconhecimento e impedem o reconhecimento de sinais de alarme que suscitem intervenção.

Por último, os Fatores Situacionais concernem diversos acontecimentos de vida (e.g., perdas de amigos, morte de alguém significativo, envolvimento no sistema judicial, desemprego na família, problemas financeiros); a exposição ao suicídio via media e internet, considerando o modo como os temas são relatados, aumentando o risco por imitação/contágio; o acesso a meios letais e supervisão parental inadequada; as barreiras aos cuidados de saúde (e.g., Hawton *et al.*, 2012; Carvalho *et al.*, 2013; Santos & Neves, 2014; Santos, 2014; Brás & Carmo, 2016).

É ainda possível distinguir diversos fatores de proteção, que remetem para características e circunstâncias que possibilitam diminuir a probabilidade da ocorrência dos atos suicidas (Brás *et al.*, 2016; Carvalho *et al.*, 2013). Relativamente aos Fatores Individuais salienta-se a capacidade de resolver problemas e conflitos, a noção de valor pessoal e autoconceito, *locus* de controlo interno, estratégias comunicacionais desenvolvidas e a abertura para novas experiências e projetos de vida. Os Fatores Familiares remetem para o bom relacionamento familiar, o suporte e apoio familiar, as relações de confiança e a partilha de interesses. Nos Fatores Sociais inclui-se estar empregado, pertencer a um clima escolar positivo, valores culturais, suporte e boa relação com os pares e ter facilidade de acesso aos serviços de saúde (e.g., Carvalho *et al.*, 2013; Santos & Neves, 2014; Santos, 2014).

Ainda que os comportamentos autolesivos se encontrem associados a diversas variáveis biológicas, psicológicas e sociais e remetam para uma multiplicidade de motivações e significados, que contribuem para que este seja um fenómeno multideterminado e pluridimensional (Shneidman, 1993; Hawton *et al.*, 2012; Azenha & Peixoto, 2014; Quartilho, 2014; Santos & Neves, 2014), parecem existir algumas características comuns como as propostas por Saraiva e Gil (2014), com base nos trabalhos de Shneidman: a dor psicológica, a perda de autoestima, a constrição da mente, o isolamento, a desesperança e a fuga.

A dor psicológica, quando tida pelo indivíduo como intolerável, é, para Shneidman (1993), o elemento-chave dos fatores psicológicos associados aos comportamentos suicidários. O autor define-a como “*hurt, anguish, soreness, aching, psychological pain in the psyche, the mind*”. Esta dor associa-se à frustração ou descompensação do indivíduo face à não satisfação de determinadas necessidades consideradas pelo indivíduo como básicas. Neste âmbito, os adolescentes relatam frequentemente uma preferência da “dor do corpo à dor da alma”, descrevendo sentimentos de tristeza, solidão, vazio, raiva, culpa, tensão (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Saraiva & Gil, 2014; Cruz & Sampaio, 2014) ou, como afirmam Oliveira e colaboradores (2001), “um intolerável tormento interior”. A autoestima, ao influenciar a

interpretação do indivíduo sobre os seus acontecimentos de vida, modela a forma como este se comporta. A perda de autoestima associa-se a uma incapacidade para resistir à dor psicológica e, frequentemente, a uma maior severidade dos CAL (Madge *et al.*, 2011; Saraiva & Gil, 2014; Brás *et al.*, 2016). A constrição da mente remete para a ausência de alternativas, de horizontes e para a falta de objetivos (Shneidman, 1993; Saraiva & Gil, 2014).

O isolamento decorre da sensação de vazio e desamparo, resultado dos mais diversos acontecimentos (Saraiva & Gil, 2014). A favor do isolamento contribui uma pobre rede de apoio social (i.e., conjunto de relações estabelecidas com familiares, amigos, conhecidos, colegas e quaisquer outras entidades, que resultem da interação do indivíduo com organizações da comunidade), que dificulta a integração social e o acesso ao apoio social e emocional de que o indivíduo necessita (Quartilho, 2014). A desesperança constitui-se como as expectativas negativas em relação ao futuro, o sentir que nada vale a pena, um pessimismo persistente que torna os problemas atuais percebidos como irresolúveis, intermináveis e intoleráveis (Saraiva & Gil, 2014; Brás *et al.*, 2016). A fuga revela-se como o fim da dor, a única saída possível para suspender a dor psicológica e lidar com os problemas. O enveredar pelos CAL constitui a escapatória para o sofrimento mental (Shneidman, 1993; Saraiva & Gil, 2014; Brás *et al.*, 2016).

Tais semelhanças auxiliaram a elaboração de diferentes conceptualizações e, consequentemente, diferentes modelos explicativos sobre estes comportamentos (Jorge *et al.*, 2015). Nos últimos anos, é possível observar que um dos focos de investigação na temática tem sido a perspetiva funcional dos CAL, que se centraliza em variáveis que podem motivar ou reforçar o comportamento (e.g., Suyemoto, 1998; Nock & Prinstein, 2005; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2008; Klonsky, 2007; Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009; Muehlenkamp, Brausch, Quigley & Whitlock, 2013; Klonsky, Glenn, Styer, Olin & Washburn, 2015). Atualmente, são consideradas 13 funções (Quadro 1) organizadas em duas dimensões: a interpessoal e a intrapessoal. A dimensão interpessoal remete para funções em que o foco são os outros: Autocuidado, Autonomia, Influência Interpessoal, Ligação aos Pares, Limites Interpessoais, Procura de Sensação, Resistência e Vingança. A dimensão intrapessoal remete para funções em que o foco é o próprio: Anti-Dissociação, Anti-Suicídio, Autopunição, Regulação de Afetos e Sinalização de Mal-Estar. Estas funções não são mutuamente exclusivas, podendo coocorrer ou sobrepor-se conceptualmente (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009).

Quadro 1: Funções dos comportamentos autolesivos (adaptado de Klonsky & Glenn, 2009)

	Função	Descrição da função
Dimensão Interpessoal	<i>Autocuidado</i>	Para dar ao próprio uma forma de cuidar de si, focando-se no tratamento da ferida física, o que pode ser gratificante e satisfatório.
	<i>Autonomia</i>	Para o indivíduo se assegurar que é autossuficiente, autónomo e independente, que não necessita dos outros para o ajudar.
	<i>Influência Interpessoal</i>	Para que os outros tomem conhecimento da extensão da dor emocional do indivíduo, que se preocupem ou tentem ajudar ou para impedir que alguém significativo o abandone.
	<i>Ligação aos Pares</i>	Para se ligar aos pares, se integrar ou sinalizar afinidade e amizade com outros de quem gosta.
	<i>Limites Interpessoais</i>	Para criar um limite ou barreira entre o próprio e os outros ou demonstrar que se encontra separado dos restantes.
	<i>Procura de Sensação</i>	Para agir de modo a gerar emoção ou excitação, entreter o próprio ou os outros ou para forçar os próprios limites realizando atividades extremas.
	<i>Resistência</i>	Para o indivíduo perceber se consegue suportar a dor ou demonstrar que é forte e resistente.
	<i>Vingança</i>	Para se vingar de alguém ou magoar alguém próximo.
Dimensão Intrapessoal	<i>Anti-Dissociação</i>	Para o indivíduo deixar de se sentir tão vazio ou irrealista, permitindo-lhe ter a certeza que está vivo e que sente algo.
	<i>Anti-Suicídio</i>	Para interromper pensamentos suicidas, agir quando estes surgem, sem tentar realmente o suicídio, ou evitar o impulso para o fazer.
	<i>Autopunição</i>	Para exprimir tristeza, nojo ou raiva sobre o próprio, derivada de sentimentos de inutilidade e estupidez, em que o indivíduo se pune a ele mesmo.
	<i>Regulação de Afetos</i>	Para se acalmar, libertar tensão emocional e reduzir ansiedade, frustração, raiva ou outras emoções esmagadoras.
	<i>Sinalização de Mal-Estar</i>	Para o indivíduo atribuir um significado ao seu sofrimento emocional, criar um sinal físico de quão mal se sente, provar, ao próprio, que a sua dor emocional é real.

Parece existir um relativo consenso de que a função mais comum é a de regulação dos afetos, referida pela maioria dos indivíduos com CAL como a razão para enveredar nestes comportamentos (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky, 2007; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, 2009; Jorge *et al.*, 2015). Em Portugal, uma investigação com uma amostra escolar de 569 adolescentes (M=15.95 anos) permitiu concluir que a maioria dos jovens que se autolesionava apresentava como motivo o evitamento ou supressão de sentimentos negativos ou de memórias dolorosas, portanto, o alívio da dor psicológica ou a fuga/retirada (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado & Silva, 2012). Quando o jovem se depara com acontecimentos de vida intensos, percebidos como negativos e capazes de alterar o

seu equilíbrio mental, necessita de recursos e estratégias que o auxiliem a lidar com tais situações – mecanismos de *coping* –, permitindo-lhe fazer face ao mal-estar experimentado. Se estes mecanismos falham, por serem ineficazes ou estarem comprometidos, ou se os problemas são demasiado complexos ou numerosos, o adolescente entra em crise psíquica. Numa tentativa de conter e tranquilizar todas as emoções negativas que sente, os CAL revelam-se como a única alternativa, representando um mecanismo de *coping* desadaptativo para lidar com a falência de outros recursos (Sun, 2011; Santos & Neves, 2014; Cruz & Sampaio, 2014; Sobrinho & Campos, 2016).

Por outro lado, é também possível destacar a natureza interativa e comunicacional destes comportamentos (Sampaio, 19991; Suyemoto, 1998). A linguagem verbal constitui uma característica única dos seres humanos que, diversas vezes, é complementada pela linguagem gestual, expressão facial ou postura corporal, por exemplo. Contudo, quando esta não cumpre a função comunicacional pretendida, podem ser utilizadas formas mais poderosas para interagir com os outros, como a realização de comportamentos autolesivos (Nock, 2008). Assim, é frequente observar estes comportamentos como meio de influenciar os outros, ainda que menos frequentemente que a regulação de afetos (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Nos casos em que o indivíduo quer, conscientemente, exercer influência e esta é percebida por ele como bem-sucedida, aumentando a preocupação e atenção que lhe são dadas, o comportamento é considerado como eficaz e pode ser reforçado (Suyemoto, 1998). Num estudo nacional com uma amostra escolar de 1713 adolescentes (dos 12 aos 20 anos de idade), entre 12 e 16% dos jovens apontou como motivo para realizar CAL a intenção de assustar alguém, descobrir se alguém gostava realmente de si, obter atenção ou voltar para alguém significativo (Guerreiro *et al.*, 2017).

Na incapacidade de encontrar as palavras para se exprimir verbalmente e na dificuldade em pensar e expressar emoções, os adolescentes parecem, em última análise, utilizar os comportamentos autolesivos como uma alternativa à linguagem (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Hill & Dallos, 2011), exibindo, pelo corpo, o que sentem, talvez numa variante da alexitimia (Saraiva & Gil, 2014).

4. A Narrativa

«Nós organizamos a nossa experiência e a nossa memória dos acontecimentos humanos principalmente na forma de narrativas – histórias, desculpas, mitos»
Bruner (1991)

Ainda que seja possível supor uma oralidade mitigada de muitos dos adolescentes que se autolesionam, com dificuldades em colocar por palavras o que sentem (Saraiva & Gil, 2014), a linguagem e outros sistemas simbólicos próprios dos humanos influenciam o pensamento e as representações da realidade (Bruner, 1991) que todos elaboramos numa tentativa de dar significado ao mundo e ao lugar que nele ocupamos (Botella, 2001). Esta abordagem confere ao indivíduo um papel ativo na construção da sua realidade, na qual este atribui significados às suas experiências, inteligíveis no contexto de um determinado ambiente social por resultarem da sua relação com os outros (Bruner, 1991; Fonte, 2006). A atribuição de significados é então entendida como um fenómeno social e interpessoal que se constitui através da linguagem num contexto de padrões relacionais (Botella, 2001).

Para Bruner (1991), a construção interpretativa que o indivíduo faz dos factos e acontecimentos de vida são na forma de narrativa. A narrativa atua como um instrumento que permite organizar a experiência do indivíduo com o mundo, isto é, permite a organização do *self* e do outro. Esta organização acontece não só a nível social e cultural, como também a nível pessoal e familiar, com a construção autobiográfica do *self*, da identidade (Vieira & Henriques, 2014). A construção da identidade não ocorre apenas como realização individual; desenvolve-se antes num contexto psicossocial, onde as interações representam uma atividade psicológica e social básica, sob a forma de narrativas coerentes que permitem a compreensão dos acontecimentos vivenciados pelo próprio no passado e no presente ou predizer o futuro, desenvolvendo um sentido de continuidade ainda que num processo constantemente em construção e reconstrução (Botella, 2001; Alexandre, 2010; Hill & Dallos, 2011; Vieira & Henriques, 2014). É ainda possível observar que a dimensão temporal constitui uma característica essencial das narrativas e que “a construção da identidade implica posicionamentos ao longo do tempo”, permitindo que os acontecimentos significativos para o indivíduo sejam relacionados temporalmente (Botella, 2001).

Parece então possível afirmar que as narrativas constituem construções interpretativas, pois não só permitem ao indivíduo atribuir significados à sua realidade como, ao fazê-lo, formam os próprios acontecimentos, através da sua interpretação. “*In the end, we become the autobiographical narratives by which we ‘tell about’ our lives*” (Bruner, 2004). Deste modo,

funcionam não como um espelho da realidade externa mas como criadoras da própria realidade, em que o indivíduo age em concordância com o significado que atribui aos acontecimentos (Fonte, 2006; Alexandre, 2010).

Por vezes podem surgir dificuldades no processo de dar um sentido à experiência vivida, tanto a nível discursivo como relacional, bem como insucesso em pensar novas soluções, originando os problemas psicológicos, em que o indivíduo se depara com “uma sensação subjetiva de descontinuidade biográfica e de ineficácia e impotência na obtenção de um novo sentido de continuidade” (Botella, 2001), impossibilitando a criação de um sentido de *self* integrado (McAdams, cit. por Hill & Dallos, 2011). Face a tais dificuldades em elaborar compreensivamente os eventos de vida, os indivíduos consideram os comportamentos autolesivos como uma das únicas alternativas possíveis para se expressarem, tal como foi dito anteriormente.

Não é possível encontrar na literatura estudos qualitativos que se foquem diretamente no adolescente e nos seus comportamentos autolesivos, ainda menos aqueles que se referem às suas narrativas (Marshall & Yazdani, 1999; Abrams & Gordon, 2003; Crouch & Wright, 2004; Rissanen, *et al.*, 2008; Hills & Dallos, 2011).

A investigação realizada por Marshall e Yazdani (1999) com sete jovens mulheres asiáticas (M = 19.14 anos) que contactaram serviços de saúde mental em Newham, Londres, devido aos seus comportamentos autolesivos, atentou na análise das narrativas produzidas sobre as suas experiências. Os resultados apontam para quatro significados distintos da autolesão, que podem coocorrer: (1) libertação de sofrimento: estratégia de coping; (2) acabar com tudo; (3) mudança efetiva; e (4) tomar o controlo. Os autores identificaram ainda uma associação dos CAL a narrativas de histórias de abuso, tanto e físico, como emocional, perpetuado por membros da família como por namorados. Diversas outras conclusões relacionadas com a especificidade da cultura asiática foram elaboradas.

Também o estudo de Abrams e Gordon (2003) foi realizado com uma população específica, três participantes do meio suburbano (M = 16 anos) e três do meio urbano (M = 16.7 anos), tendo analisado as narrativas de cada uma sobre as suas experiências de autolesão com base em matrizes conceptuais. Para além dos métodos utilizados para se autolesionarem, os resultados abordam também: (1) as motivações, sendo destacados os problemas familiares como a morte parental, o divórcio, a violência e o consumo de drogas, e os traumas, como o abuso sexual; (2) os significados, com uma associação entre o grupo suburbano a sentimentos

depressivos e turbulência emocional e entre o grupo urbano a sentimentos de raiva e irritação; (3) as funções, em que o grupo suburbano associa à libertação da dor e sofrimento psicológico e o grupo urbano associa à libertação da raiva e ao conhecimento da sua irritação por parte dos familiares; (4) as consequências, tendo as seis participantes sido internadas num hospital psiquiátrico; e, por último, (5) as estratégias de *coping*, tais como a escrita e a expressão criativa como mecanismos adaptativos, além dos CAL como mecanismos desadaptativos.

Para Hills e Dallos (2011), o principal objetivo não era tanto estudar as causas e funções dos comportamentos autolesivos dos adolescentes, mas o que eles dizem e a forma como o fazem. Para tal, recrutaram seis adolescentes, entre os 13 e os 18 anos, de uma organização que auxilia jovens em risco de ou com dificuldades mentais, e realizaram duas entrevistas: uma sobre a história de vida e outra para refletir sobre a experiência de ter contado a história de vida. Foi possível concluir que todos os adolescentes relataram sentir-se incompreendidos e, por isso, tentavam esconder os seus CAL, o que tinha implicações negativas a nível do apoio e aceitação por parte dos outros. Também as dificuldades em compreender e falar sobre os seus comportamentos foram um aspeto predominante nas narrativas, não só pela dificuldade em rever episódios dolorosos como pela crença de que os outros não iriam compreender. Os CAL surgem novamente associados a um mecanismo para lidar com o sofrimento quando não se é capaz de o verbalizar. A nível familiar, os adolescentes destacaram dificuldades em comunicar com os pais, com ambientes familiares não favoráveis para falar abertamente. A maioria dos jovens assumiu que merecia autolesionar-se como forma de punição, associada a sentimentos de culpa, e os restantes associaram estes comportamentos como dando-lhes controlo deles próprios.

Estas três investigações, que utilizaram as narrativas como método para estudar diversos aspetos dos comportamentos autolesivos, permitem compreender que os jovens descrevem os seus episódios de autolesão recorrendo a aspetos como os acontecimentos que contribuíram para a sua realização ou as funções que acreditam que os CAL servem. Histórias de abuso, morte ou separação parental, violência, dificuldades de comunicação com os pais e sentimentos de tristeza, raiva e culpa, são fatores identificados pelos jovens como influenciando a emergência dos seus comportamentos autolesivos. Estes comportamentos são realizados por poderem servir funções como as descritas por Klonsky e Glenn (2009), nomeadamente a regulação dos afetos, a autopunição, a autonomia e a influência interpessoal. É ainda relevante destacar o facto destes adolescentes relatarem sentimentos de incompreensão por parte dos

outros e dificuldades em elaborar os seus CAL, contribuindo para a ocultação destes comportamentos e falta de apoio sentida.

5. Objetivos

A abordagem qualitativa permite recorrer a indicadores suscetíveis de possibilitar inferências, que permitem passar de dados descritivos para a sua interpretação através da atribuição de sentido às características que o material permitiu obter e organizar (Bardin, 2015). Considerando a perspetiva construtivista adotada no tópico anterior segundo a qual os indivíduos constroem narrativas como forma de dar sentido às suas vivências, revela-se importante permitir aos adolescentes com comportamentos autolesivos contar, pelas suas próprias palavras, a sua experiência, pois são eles quem melhor pode informar sobre o tema. Neste sentido, esta investigação, seguindo uma metodologia maioritariamente qualitativa, pretende analisar compreensivamente as narrativas de adolescentes sobre os seus comportamentos autolesivos, através do levantamento de aspetos que esses relatam como relevantes face a esta questão.

Método

1. Participantes

O presente estudo insere-se no Projeto de Investigação-Ação “Tu És Único”, desenvolvido em duas escolas secundárias do concelho de Lisboa. Considerando os objetivos referidos, da população inicial de 857 alunos foi efetuada uma seleção de participantes em que, apesar de apresentarem história de comportamentos autolesivos ($n = 289$), foram excluídos todos os que não responderam à questão “*Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que fizeste um destes comportamentos*” no Inventário de Comportamentos Autolesivos ou que apresentavam alguma anomalia no preenchimento do questionário (e.g., resposta ininteligível). Desta forma, a amostra final, selecionada por conveniência, é constituída por 164 alunos com idades compreendidas entre os 15 e os 21 anos de idade ($M = 16.73$; $DP = 1.325$) (ver Tabela 1).

Tabela 1. *Distribuição dos alunos por idade e sexo*

<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
15	20	8	28
16	36	15	51
17	30	17	47
18	14	8	22
19	6	3	9
20	3	5	5
21	0	2	2
<i>Total</i>	109	55	164

Os alunos encontram-se distribuídos pelos 10º (52.4%), 11º (25.0%) e 12º (22.6%) anos de escolaridade (ver Tabela 2). Salienta-se que 42.1% dos adolescentes afirmou ter reprovado o ano escolar pelo menos uma vez, oscilando a média das notas entre os 6 e os 18 valores ($M = 12.894$; $DP = 2.415$).

Tabela 2. *Distribuição dos alunos por idade e ano de escolaridade*

<i>Idade</i>	<i>Ano de escolaridade</i>			<i>Total</i>
	<i>10º</i>	<i>11º</i>	<i>12º</i>	
15	28	0	0	28
16	32	19	0	51
17	15	16	16	47
18	5	3	14	22
19	3	3	3	9
20	2	0	3	5
21	1	0	1	2
<i>Total</i>	86	41	37	164

Relativamente à nacionalidade dos adolescentes, é possível observar uma predominância da nacionalidade portuguesa (92.7%), seguida dos PALOPS (2.4%), da nacionalidade brasileira (2.4%), dupla nacionalidade (1.2%) e países de leste (1.2%).

Na sua maioria, os alunos qualificam como boas as relações estabelecidas com os colegas, os professores e os funcionários da escola (Tabela 3).

Tabela 3. *Distribuição dos alunos pela relação estabelecida com os membros da comunidade escolar (%)*

	<i>Relação com...</i>		
	<i>colegas</i>	<i>professores</i>	<i>funcionários</i>
Muito Boa	36.0	12.8	18.9
Boa	45.7	64.0	54.9
Razoável	17.1	20.1	24.4
Má	0.6	1.2	0
Muito Má	0	1.2	0
<i>Total</i>	99.4	99.4	98.2

Atentando nas variáveis sociodemográficas familiares, identifica-se uma preponderância de famílias nucleares (50.6%), sucedendo-se as famílias monoparentais maternas (30.5%) e outros (14.6%). Existe pelo menos um irmão em 82.3% dos casos, sendo a maioria destes adolescentes o filho mais novo (32.9%) ou o mais velho (32.3%). As relações estabelecidas com os pais e com os irmãos são, na sua maioria, qualificadas como boas ou muito boas (Tabela 4).

Tabela 4. Distribuição dos alunos pela relação estabelecida com os pais e irmãos (%)

	Relação com...	
	pais	irmãos
Muito Boa	38.4	33.5
Boa	39.0	26.8
Razoável	18.3	19.5
Má	3.7	1.2
Muito Má	0	1.2
<i>Total</i>	99.4	82.3

Relativamente às relações estabelecidas com os amigos, destaca-se que a maioria dos adolescentes a qualifica como “Muito Boa” (53.0%), e os restantes como “Boa” (36.6%) ou “Razoável” (7.3%).

Destaca-se ainda uma maioria (56.7%) de adolescentes que já recorreu pelo menos uma vez ao psicólogo, apresentado motivos como apoio psicológico (11.0%), problemas pessoais (4.9%), depressão (4.3%), separação dos pais, problemas familiares e Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (3.7%, para os três).

2. Instrumentos

O presente estudo irá utilizar como instrumentos um Questionário Sociodemográfico e de Saúde (Anexo B) e o Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL) (Anexo C).

O *Questionário Sociodemográfico e de Saúde* foi elaborado por duas investigadoras do Projeto de Investigação-Ação “Tu És Único”, Maria João Barros e Susana Lourenço, objetivando obter informações detalhadas sobre múltiplas áreas da vida dos adolescentes. Este instrumento permitiu a recolha de dados de identificação (e.g., sexo, idade, nacionalidade), escolares (e.g., insucesso escolar, necessidades educativas especiais, gosto pela escola), interpessoais (e.g., relação com colegas, família, comunidade escolar), de atividades extracurriculares, de acontecimentos de vida significativos e de saúde global (e.g., problemas de saúde, medicação, hábitos de sono).

O *Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL)* é um instrumento originalmente desenvolvido por Klonsky e Olini (2008), que se encontra em fase de adaptação e validação

para a população adolescente portuguesa por Gouveia-Pereira e Duarte (2015). Consiste num questionário de autopreenchimento que tem como objetivo avaliar a existência de comportamentos autolesivos e caracterizar as situações em que ocorrem. A versão utilizada é constituída por 13 itens (e.g., “*Cortei-me*”, “*Mordi-me*”, “*Queimei-me*”, etc.) com possibilidade de resposta “Sim” e “Não” e, se “Sim”, a frequência com que ocorrem: “1 vez”, “2 a 10 vezes”, “mais de 10 vezes”. A escala engloba ainda nove perguntas abertas e/ou descritivas (e.g., “*Sentes dor física quando realizas estes comportamentos?*”, “*Queres ou já quiseste parar estes comportamentos? Porquê?*”, etc.). Relativamente às qualidades psicométricas, as análises demonstraram uma precisão moderada ($\alpha = 0.779$, $M = 18.66$, $DP = 5.216$).

3. Procedimento de recolha de dados

A sinalização de problemas emocionais e comportamentais na população estudante das escolas secundárias referidas, justificou o desenho e implementação do Projeto supramencionado. Este tem como objetivo, numa primeira fase, caracterizar e compreender o comportamento dos adolescentes considerando as variáveis selecionadas através de um estudo de corte transversal e, numa segunda fase, estruturar e implementar um plano de intervenção específico para os problemas identificados.

Neste sentido, após a organização dos protocolos de investigação que seriam aplicados à população referida, foi convocada, pela direção executiva, uma reunião no início do ano letivo com os alunos e encarregados de educação com o objetivo de apresentar o projeto e esclarecer possíveis dúvidas. Com a autorização para a realização da investigação pelo Conselho de Ética, foi possível iniciar a distribuição dos consentimentos informados e autorizações aos alunos e encarregados de educação (Anexos D e E), garantindo a confidencialidade e a colaboração voluntária.

Posteriormente, após agendamento entre os intervenientes, procedeu-se à distribuição dos protocolos aos alunos do 10º ao 12º ano de escolaridade e Ensino Profissional, em contexto de sala de aula, estando presentes os docentes das turmas e os investigadores. Explicou-se brevemente o objetivo da pesquisa bem como o funcionamento dos protocolos, entregues diretamente aos investigadores após o seu preenchimento, e a inexistência de respostas corretas e incorretas, salientando a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de penalização. Iniciou-se o preenchimento dos protocolos onde, no final,

existiam diversos contactos para promover a acessibilidade aos cuidados especializados (e.g., SOS Voz Amiga, Unidade da Adolescência do Hospital de Santa Maria, Consulta de Psicologia do Centro de Saúde de Sete Rios, etc.).

4. Procedimento de análise de dados

Todos os protocolos foram codificados com um número, objetivando a confidencialidade da informação (destacamos a importância da proteção dos dados dos participantes em investigações como esta, que remetem para tópicos sensíveis), e os seus dados inseridos no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 25.0). Posteriormente, foi criada uma nova base de dados no SPSS (25.0) apenas com os protocolos referentes à amostra selecionada. As narrativas correspondentes à questão “*Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que fizeste um destes comportamentos*” foram transcritas e analisadas com base na análise de conteúdo (Vala, 1986; Bardin, 2015) e na análise temática (Braun & Clarke, 2006).

A análise de conteúdo possui uma função heurística na medida em que permite uma exploração mais rica do material, aumentando a possibilidade de novas descobertas num papel duplo do analista: um de compreensão da comunicação e outro de distanciamento do olhar para outra significação (Bardin, 2015). Por sua vez, a análise temática decorre de um recorte a nível semântico das unidades de registo em temas, isto é, itens de significação, permitindo a identificação e análise de padrões no material. Assim, esta análise é considerada indutiva, orientada pelos dados e não por um quadro de codificação preexistente (Braun & Clarke, 2006; Bardin, 2015).

A análise iniciou-se pela familiarização com os dados, lendo e relendo todas as narrativas diversas vezes para obter uma visão geral sobre o que os adolescentes dizem sobre os seus comportamentos autolesivos. Procedeu-se à identificação dos principais temas em cada narrativa e, considerando as suas semelhanças e frequência de presença, foram originadas categorias e subcategorias provisórias. Cada unidade de registo foi então codificada de acordo com as categorias emergentes e, quando necessário, foram criadas novas categorias e subcategorias, nomeadas de acordo com o seu conteúdo. Para uma mesma transcrição é possível a coocorrência de categorias, não sendo estas mutuamente exclusivas. É esta análise categorial que permite que os elementos de significação da narrativa sejam classificados (Bardin, 2015).

Para validar as categorias, procedeu-se a uma análise efetuada por seis juízes, cinco estudantes de mestrado em psicologia e um professor especialista no tema.

Resultados

Objetivando uma melhor caracterização da amostra, parece relevante apresentar os resultados obtidos relativamente às especificidades da realização dos comportamentos autolesivos, nomeadamente a frequência com que se envolveram nos comportamentos, o método utilizado, o número de métodos utilizados, a idade com que realizaram estes comportamentos pela primeira vez e a data da última vez, de onde retiraram a ideia, o grau de dor física sentida, a presença ou ausência de outros, o local onde realizaram os comportamentos, o tempo decorrido entre o pensar autolesionar-se e a sua concretização, e a vontade de parar com estes comportamentos.

No que concerne à frequência de envolvimento nos CAL, 38.4% dos alunos realizou estes comportamentos apenas uma vez ao longo da sua vida, o que traduz uma maioria (61.6%) que os realizou duas ou mais vezes. Atentando na Tabela 5 (Versão Reduzida), é possível observar que *Bati com o corpo ou bati em mim próprio* (47.0%), *Cortei-me* (45.7%) e *Mordi-me* (40.2%) são os métodos mais utilizados por estes jovens. Contudo, identifica-se uma diferença entre os métodos mais utilizados por cada um dos sexos, com uma prevalência superior do cortar (56.9%) no sexo feminino e do bater (56.4%) no sexo masculino. No Anexo F é possível consultar a Versão Completa da Tabela 5, discriminando as frequências nas categorias utilizadas no ICAL: *1 vez, 2 a 10 vezes e >10 vezes*.

Tabela 5 (Versão Reduzida). *Frequência de realização de CAL de acordo com o método utilizado, em função do sexo*

<i>Método</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	46 (42.2)	31 (56.4)	77 (47.0)
Cortei-me	62 (56.9)	13 (23.6)	75 (45.7)
Mordi-me	43 (39.4)	23 (41.8)	66 (40.2)
Puxei/Arranquei o cabelo	40 (36.7)	15 (27.3)	55 (33.5)
Tentei suicidar-me	40 (36.7)	11 (20.0)	51 (31.1)
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por comichão)	40 (36.7)	10 (18.2)	50 (30.5)
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	31 (28.4)	10 (18.2)	41 (25.0)
Cravei/Gravei símbolos na minha pele (sem contar com tatuagens)	30 (27.5)	7 (12.7)	37 (22.6)

Queimei-me	16 (14.7)	4 (7.3)	20 (12.2)
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	17 (15.6)	3 (5.5)	20 (12.2)
Consumi drogas com a intenção de me magoar	17 (15.6)	1 (1.8)	18 (11.0)
Espetei-me com agulhas	5 (4.6)	6 (10.9)	11 (6.7)
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	8 (7.3)	2 (3.6)	10 (6.1)
Outros	3 (2.8)	2 (3.6)	5 (3.0)

Os dados obtidos (Tabela 6) permitem notar que a maioria dos adolescentes recorre a 2 ou 3 métodos (39.0%) para se autolesionar, seguindo-se a escolha de 4 a 6 métodos (29.3%) e somente em terceiro lugar surge a utilização de apenas 1 método (23.2%).

Tabela 6. *Frequência do número de métodos utilizados para a autolesão*

<i>Número de métodos</i>	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem</i>
1 método	38	23.2
2 a 3 métodos	64	39.0
4 a 6 métodos	48	29.3
7 a 9 métodos	9	5.5
≥ 10 métodos	5	3.0
<i>Total</i>	164	100

Relativamente às restantes questões do ICAL, salientam-se os principais resultados (consultar Tabela 7 com todas as frequências). A realização do primeiro comportamento autolesivo ocorreu predominantemente entre os 13 e os 15 anos de idade (36.0%), com reduzida incidência em idades inferiores aos 10 anos (8.5%). Por sua vez, o último comportamento autolesivo foi realizado pela maioria dos adolescentes mais de 12 meses (40.9%) antes do preenchimento dos questionários, registando-se ainda 20.1% de ocorrências no extremo oposto, correspondente a um período inferior a três meses. Sobre o surgimento da ideia para se envolverem nos CAL, a maioria (40.2%) identifica outras fontes além das sugeridas, nomeadamente a ideia ter surgido de si próprio, da ‘sua cabeça’, seguindo-se a internet (23.8%) e os amigos/colegas (20.7%).

No que respeita a realização da autolesão, os jovens referem maioritariamente sentir dor física algumas vezes (31.7%), o que reflete as prevalências para o sexo feminino (37.6%) mas

não para o sexo masculino, em que predomina a frequência raramente sentir dor física (29.1%). Geralmente os CAL são realizados quando o adolescente se encontra sozinho, com 52.4% e 18.3% a referirem estar sempre ou quase sempre sozinhos, respetivamente. Quanto ao local onde decorre a autolesão, a casa é a resposta mais frequente (68.3%), seguindo-se outros (18.3%), como a rua ou uma discoteca.

Quando questionados sobre o período entre o pensar sobre e o realizar os comportamentos autolesivos, os adolescentes identificam predominantemente uma duração inferior a uma hora (59.1%) e, de seguida, uma duração superior a um dia (12.8%). Por último, é possível observar que uma elevada percentagem da amostra (78.0%) quer ou já quis parar com estes comportamentos. Ainda assim, 11.6% afirma não o querer fazer, referindo diversos motivos para tal (e.g., não os consideram graves, representam uma forma de alívio, etc.).

Tabela 7. *Frequência das respostas às questões do ICAL, em função do sexo*

<i>Questão do ICAL</i>	<i>Sexo</i>			
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Total</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>	
Com que idade realizaste estes comportamentos pela primeira vez?	<i>< 10 anos</i>	8 (7.3)	6 (10.9)	14 (8.5)
	<i>10-13 anos</i>	25 (22.9)	7 (12.7)	32 (19.5)
	<i>13-15 anos</i>	39 (35.8)	20 (36.4)	59 (36.0)
	<i>> 15 anos</i>	28 (25.7)	14 (25.5)	42 (25.6)
Quando realizaste estes comportamentos pela última vez?	<i>< 3 meses</i>	23 (21.1)	10 (18.2)	33 (20.1)
	<i>3-6 meses</i>	5 (4.6)	1 (1.8)	6 (3.7)
	<i>6m-1ano</i>	12 (11.0)	5 (9.1)	17 (10.4)
	<i>> 1ano</i>	45 (41.3)	22 (40.0)	67 (40.9)
De onde retiraste a ideia para fazer estes comportamentos?	<i>Internet</i>	33 (30.3)	6 (10.9)	39 (23.8)
	<i>Livros</i>	7 (6.4)	1 (1.8)	8 (4.9)
	<i>Filmes/Séries</i>	28 (25.7)	6 (10.9)	34 (20.7)
	<i>Amigos/Colegas</i>	19 (17.4)	7 (12.7)	26 (15.9)
	<i>Outros</i>	41 (37.6)	25 (45.5)	66 (40.2)
Sentes dor física quando realizas estes comportamentos?	<i>Nunca</i>	15 (13.8)	14 (25.5)	29 (17.7)
	<i>Raramente</i>	29 (26.6)	16 (29.1)	45 (27.4)
	<i>Algumas vezes</i>	41 (37.6)	11 (20.0)	52 (31.7)
	<i>Quase sempre</i>	13 (11.9)	6 (10.9)	19 (11.6)
	<i>Sempre</i>	8 (7.3)	4 (7.3)	12 (7.3)

Estás sozinho quando realizas estes comportamentos?	<i>Nunca</i>	6 (5.5)	9 (16.4)	15 (9.1)
	<i>Raramente</i>	9 (8.3)	5 (9.1)	14 (8.5)
	<i>Algumas vezes</i>	5 (4.6)	4 (7.3)	9 (5.5)
	<i>Quase sempre</i>	23 (21.1)	7 (12.7)	30 (18.3)
	<i>Sempre</i>	62 (56.9)	24 (43.6)	86 (52.4)
Onde costumavas realizar esses comportamentos?	<i>Casa</i>	79 (72.5)	33 (60.0)	112 (68.3)
	<i>Escola</i>	7 (6.4)	3 (5.5)	10 (6.1)
	<i>Outros sítios</i>	18 (16.5)	12 (21.8)	30 (18.3)
Normalmente, quanto tempo passa desde o momento em que pensas em fazer estes comportamentos até ao momento em que os fazes realmente?	<i>< 1 hora</i>	64 (58.7)	33 (60.0)	97 (59.1)
	<i>1 – 6 horas</i>	14 (12.8)	2 (3.6)	16 (9.8)
	<i>6 – 24 horas</i>	4 (3.7)	1 (1.8)	5 (3.0)
	<i>> 1 dia</i>	11 (10.1)	10 (18.2)	21 (12.8)
Queres ou já quiseste parar estes comportamentos?	<i>Sim</i>	90 (82.6)	38 (69.1)	128 (78.0)
	<i>Não</i>	9 (8.3)	10 (18.2)	19 (11.6)

Por sua vez, a análise das narrativas permitiu a identificação de aspetos comuns nas respostas fornecidas pelos adolescentes, bem como de outros que, embora não tão semelhantes, consideramos igualmente relevantes apresentar. É importante referir que, considerando a literatura existente sobre a temática em questão, a denominação atribuída a diversas categorias remete para designações pré-estabelecidas, posteriormente identificadas, objetivando contribuir para o seu consenso e unanimidade bem como para uma mais clara identificação das (dis)semelhanças entre as investigações existentes e o presente estudo.

Foi possível notar que, nas suas narrativas, os adolescentes remetiam para três períodos referentes aos comportamentos: (i) antes da autolesão, identificando fatores que contribuíram para a autolesão, (ii) o ato de autolesão, caracterizando aspetos do seu comportamento, e (iii) após a autolesão, referindo algumas sequelas da autolesão. Esta divisão, adotada na apresentação e discussão dos resultados da presente investigação, tem por base a realizada por Rissanen e colaboradores (2008). Surgiram ainda narrativas que não permitem a sua inclusão no sistema categorial elaborado, sendo apresentadas separadamente no final do presente tópico.

1. Fatores que contribuíram para a autolesão

Relativamente ao período que antecede a autolesão, emergiram 36 categorias e subcategorias. Os temas referentes a cada uma das categorias permitiram estabelecer uma divisão entre os Fatores Externos – fatores que remetem para acontecimentos de vida do indivíduo e características do meio em que se encontra inserido – e os Fatores Internos – fatores que remetem para características psicológicas, cognitivas e vulnerabilidades da personalidade. Considerando a reduzida relevância qualitativa, as categorias e subcategorias com dimensão igual a um (i.e., N=1) foram excluídas.

No que concerne os Fatores Externos, a Tabela 8 permite consultar as categorias e subcategorias identificadas e as respetivas frequências.

Tabela 8. *Frequências das categorias e subcategorias referentes aos Fatores Externos que contribuíram para a autolesão, em função do sexo*

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Conflitos	40 (36.7)	21 (38.2)	61 (37.2)
Conflito familiar	24 (22.0)	7 (12.7)	31 (18.9)
Entre o adolescente e ...	16 (14.7)	3 (5.5)	19 (11.6)
... a mãe	11 (10.1)	1 (1.8)	12 (7.3)
... ambos os pais	4 (3.7)	1 (1.8)	5 (3.0)
... o pai	1 (0.9)	1 (1.8)	2 (1.2)
Não específico/Com outros familiares	7 (6.4)	3 (5.5)	10 (6.1)
Entre os pais	1 (0.9)	1 (1.8)	2 (1.2)
Conflito amoroso	10 (9.2)	10 (18.2)	20 (12.2)
Conflito com amigos	6 (5.5)	4 (7.3)	10 (6.1)
Violência	12 (11.0)	3 (5.5)	15 (9.1)
Familiar	6 (5.5)	2 (3.6)	8 (4.9)
Psicológica	5 (4.6)	1 (1.8)	6 (3.7)
Física	1 (0.9)	1 (1.8)	2 (1.2)
Bullying	6 (5.5)	1 (1.8)	7 (4.3)
Problemas escolares	7 (6.4)	2 (3.6)	9 (5.5)
Morte de alguém significativo	5 (4.6)	4 (7.3)	9 (5.5)
Separação/Divórcio parental	2 (1.8)	2 (3.6)	4 (2.4)

Como é possível observar na Tabela 8, a preponderância nos Fatores Externos associa-se à categoria Conflitos, onde os Conflitos Familiares são os mais referidos pelos jovens como fator precipitante dos comportamentos autolesivos. Estes distinguem-se entre os que ocorrem entre os pais e o sujeito, os que ocorrem só entre os pais e os que ocorrem com outros familiares. É mais frequente os jovens relatarem conflitos entre eles e os pais, principalmente com a mãe, seguido de ambos os pais e apenas com o pai, existindo relatos em que tal aspeto não é especificado. Estes conflitos podem remeter para discussões (e.g., “*Uma discussão que tive com ambos os meus pais*”), para situações específicas (e.g., “*com as ações egoístas da minha mãe para comigo e com o meu irmão*”, “*Quando a minha mãe era injusta para mim e me fazia sentir inferior aos outros*”, “*os meus pais não me aceitaram quando me assumi gay*”) ou para sentimentos (e.g., “*Estava muito triste e chateada com os meus pais*”).

Quando o conflito ocorre só entre os pais, as narrativas remetem para episódios de discussão presenciados pelo adolescente, mas nos quais este não foi interveniente (e.g., “*os meus pais entraram na maior discussão que eu já vi*”), ou para uma situação de discussão recorrente (e.g., “*não podia contar com a ajuda dos meus pais, porque estavam sempre a discutir*”). São ainda referidos conflitos com outros familiares (e.g., “*em momento de revolta e raiva contra a minha avó*”, “*Vivi em Londres com tios, fui maltratado, usado*”).

Seguem-se os Conflitos Amorosos, associados maioritariamente ao término de uma relação amorosa (e.g., “*Quando acabou o meu namoro*”), a discussões (e.g., “*por causa de uma discussão com o meu parceiro*”) e a sentimentos de tristeza e raiva (e.g., “*Estava irritado com a minha namorada*”, “*Estava triste com o meu namoro*”). Também são referidos os Conflitos com Amigos, maioritariamente pouco específicos (e.g., “*também por problemas com os amigos*”), mas destacando alguns sentimentos de tristeza e decepção (e.g., “*sofria porque os meus amigos gozavam comigo*” e “*Falsidade de alguns amigos*”).

Também a Violência é um tema que surge frequentemente associado a estes comportamentos, principalmente no ambiente Familiar, registando-se relatos de violência física (e.g., “*[a minha mãe] deu-me um soco no nariz*”) mas, sobretudo, de violência psicológica, em que os filhos se sentem inferiorizados (e.g., “*Quando a minha mãe me fazia sentir inferior aos outros*”) e indesejados (e.g., “*a minha mãe disse que eu era um erro, abaixo de cão, que só vivia para lhe dar despesas e que o pior dia da vida dela foi o dia em que eu nasci*”). O Bullying surge nesta categoria, incluindo-se apenas os excertos que remetem para a violência física e psicológica em contexto social ou escolar (e.g., “*porque na antiga escola sofria de bullying, era todos os dias humilhada e havia sempre pessoas que me queriam bater e inventavam coisas*”).

de mim”, “Durante 9 anos sofri de bullying e nunca contei a ninguém”). Destacamos a existência de uma narrativa que remete para uma situação em que a violência percebida é exercida por parte de uma professora (e.g., “uma professora gozou comigo em frente de toda a turma”).

Os Problemas Escolares referem-se principalmente ao insucesso escolar (e.g., “A única vez que chumbei”), à pressão (e.g., “andava numa escola que exigia muito”) e ao stress provocado (e.g., “Quando estou muito nervosa ou stressada com a escola”). Dois acontecimentos de vida concretos que os adolescentes consideram como influenciando o seu envolvimento nos CAL são a Separação/Divórcio parental (e.g., “o divórcio dos meus pais também levou a isso”) e a Morte de alguém significativo (e.g., “um amigo meu muito próximo ter morrido”, “Quando soube da morte da minha avó”), dos quais sete excertos se referem a familiares.

No que concerne os Fatores Internos, a Tabela 9 permite consultar as categorias e subcategorias identificadas e as respetivas frequências.

Tabela 9. Frequências das categorias e subcategorias referentes aos Fatores Internos que contribuíram para a autolesão, em função do sexo

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total N (%)</i>
	<i>Feminino n (%)</i>	<i>Masculino n (%)</i>	
Emoções	21 (19.3)	31 (56.4)	52 (31.7)
Irritação	4 (3.7)	12 (21.8)	16 (9.8)
Raiva	4 (3.7)	8 (14.5)	12 (7.3)
Tristeza	2 (1.8)	9 (16.4)	11 (6.7)
Culpa	4 (3.7)	-	4 (2.4)
Revolta	2 (1.8)	2 (3.6)	4 (2.4)
Desespero	3 (2.8)	-	3 (1.8)
Frustração	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Perturbações psicológicas	13 (11.9)	8 (14.5)	21 (12.8)
Ansiedade	9 (8.3)	6 (10.9)	15 (9.1)
Depressão	4 (3.7)	2 (3.6)	6 (3.7)
Baixa autoestima/Desvalorização pessoal	5 (4.6)	2 (3.6)	7 (4.3)
Abandono/Solidão	2 (1.8)	3 (5.5)	5 (3.0)
Desesperança	5 (4.6)	-	5 (3.0)
Ideação suicida	-	5 (9.1)	5 (3.0)
Sobrecarga psicológica	2 (1.8)	3 (5.5)	5 (3.0)
Sentimento de inutilidade	2 (1.8)	1 (1.8)	3 (1.8)

Impulsividade	-	2 (3.6)	2 (1.2)
---------------	---	---------	---------

Nos Fatores Internos, são as Emoções com valência negativa que predominam nas narrativas sobre os momentos que antecedem a autolesão, principalmente a irritação (e.g., *“Estava irritado com tudo à minha volta”*), a raiva (e.g., *“quando estou com muita raiva”*) e a tristeza (e.g., *“porque me sentia bastante triste”*). Um dado que, ainda que pouco frequente, se destacou foi a identificação dos videogames como motivo da irritação em três narrativas distintas (e.g., *“quando estou a jogar playstation, irrito-me”*). Também é possível identificar a culpa, na maioria dos casos associada à morte de alguém significativo (e.g., *“não ter feito nada para melhorar um pouco mais a vida que lhe restava, não lhe dei a devida atenção”*), a revolta (e.g., *“Estava muito revoltada com tudo”*), o desespero (e.g., *“porque me sentia desesperada”*) e a frustração (e.g., *“Estava frustrada com as ações egoístas da minha mãe”*). Os adolescentes relatam também a existência de Perturbações Psicológicas, nomeadamente de cariz ansioso (e.g., *“durante um ataque de pânico”*, *“Sou uma pessoa muito nervosa”*) e depressivo (e.g., *“Passei por um período de depressão”*), ressaltando nós a possibilidade de estas poderem não ser perturbações clinicamente diagnosticadas.

Relativamente à valorização pessoal distinguimos duas categorias: a Baixa Autoestima, remetendo para afirmações como *“Senti-me como lixo”* e *“não me sentia bem comigo própria”*, e o Sentimento de Inutilidade, em que o adolescente não crê poder fazer algo que seja importante (e.g., *“Eu sentia que fizesse o que fizesse, não ia ser importante para mim ou para ninguém”*). O tema do Abandono/Solidão é associado não só a acontecimentos concretos (e.g., *“depois dos meus pais me terem «deixado» (...) isto tudo na altura em que a minha melhor amiga teve de ir para a Holanda”*) como também à perceção de falta de suporte (e.g., *“não podia contar com a ajuda dos meus pais”*). Para alguns jovens as perspetivas de futuro são negativas ou inexistentes (e.g., *“não existia, na minha cabeça, nenhuma hipótese de as coisas virem a melhorar mais para a frente”*), deixando a vida de fazer sentido (e.g., *“Não sentia que valia a pena viver”*), numa marcada Desesperança.

Também a Ideação Suicida surge em algumas narrativas como prévia aos comportamentos autolesivos (e.g., *“não tentei suicidar-me, mas pensei em fazê-lo”*, *“tive pensamentos suicidas”*), destacando uma que aborda o motivo pelo qual o adolescente não passou do pensar ao agir (*“pensei em suicidar-me, mas tive que pensar nas pessoas que sempre me apoiaram, amigos, família, porque foi por elas que tal não se sucedeu”*). Por vezes os jovens relatam sentir que *“estava tudo a acontecer ao mesmo tempo”* ou que *“Parecia que o mundo tinha caído em cima de mim”*, descrevendo o que categorizámos como Sobrecarga Psicológica, exatamente devido a esse ‘excesso de carga’ que consideram estar a carregar. Uma minoria destaca a Impulsividade (e.g., *“era muito impulsivo e passava-me da cabeça”*) como antecedente dos CAL.

Deste modo, no geral, quando atentamos nas narrativas referentes ao período que antecede a autolesão, é possível observar uma prevalência equivalente de Fatores Externos e Fatores Internos como contribuintes para a realização dos comportamentos autolesivos, destacando a prevalência das categorias Conflitos, referida por 37.2% da amostra, e Emoções, referida por 31.7%.

2. O ato de autolesão

Relativamente ao período em que ocorre a autolesão, foi possível elaborar 34 categorias e subcategorias, referentes ao Ato Concreto da Autolesão – aspetos que caracterizam o comportamento autolesivo – e à Função da Autolesão – qual o objetivo do adolescente em realizar a autolesão. Considerando a reduzida relevância qualitativa, as categorias e subcategorias com dimensão igual a um (i.e., N=1) foram excluídas.

No que concerne o Ato Concreto da Autolesão, a Tabela 10 permite consultar as categorias e subcategorias identificadas e as respetivas frequências.

Tabela 10. *Frequências das categorias e subcategorias referentes ao Ato Concreto da Autolesão, em função do sexo*

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Método utilizado	75 (68.8)	30 (54.5)	105 (64.0)
Cortar	30 (27.5)	3 (5.5)	33 (20.1)
Bater com o corpo ou bater no próprio	7 (6.4)	13 (23.6)	20 (12.2)
Morder	9 (8.3)	6 (10.9)	15 (9.1)
Beber em excesso	7 (6.4)	3 (5.5)	10 (6.1)
Puxar/Arrancar o cabelo	8 (7.3)	1 (1.8)	9 (5.5)
Ingerir em demasia um medicamento	5 (4.6)	1 (1.8)	6 (3.7)
Cravar/Gravar símbolos ou palavras na pele	4 (3.7)	1 (1.8)	5 (3.0)
Fumar em excesso	2 (1.8)	1 (1.8)	3 (1.8)
Precipitar de alturas	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Queimar	1 (0.9)	1 (1.8)	2 (1.2)
Área do corpo lesada	16 (14.7)	7 (12.7)	23 (14.0)
Braços	5 (4.6)	2 (3.6)	7 (4.3)
Mãos	6 (5.5)	1 (1.8)	7 (4.3)
Pernas	1 (0.9)	4 (7.3)	5 (3.0)

Pulsos	4 (3.7)	-	4 (2.4)
Objeto utilizado	14 (12.8)	2 (3.6)	16 (9.8)
Cortante	12 (11.0)	2 (3.6)	14 (8.5)
Perfurante	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Local onde aconteceu	13 (11.9)	-	13 (7.9)
Casa	11 (10.1)	-	11 (6.7)
Escola	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Presença de outros durante o ato	7 (6.4)	-	7 (4.3)
Acompanhado	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Sozinho	5 (4.6)	-	5 (3.0)
Data comemorativa	2 (1.8)	2 (3.6)	4 (2.4)

O aspeto mais referido como caracterizador da autolesão é o Método utilizado para o fazer. O Cortar (e.g., “*peguei num x-ato comecei a cortar-me*”, “[*Estava muito triste e chateada*] e *cortei-me*”) é o que apresenta uma maior frequência, seguindo-se o Bater com o corpo ou bater no próprio (e.g., “*Comecei depois a dar murros e a raspar os nós dos dedos na parede*”, “*comecei a bater-me até fazer nódoas negras*”) e o Morder (e.g., “*mordi a mão e ficou com a marca dos dentes e roxo*”). Foi possível notar que, relativamente aos métodos mais referidos, se notou uma diferença de prevalências entre géneros, com o Cortar a ser utilizado predominantemente por raparigas (27.5%) e o Bater com o corpo ou bater no próprio por rapazes (23.6%).

Com inferior prevalência são referidos o Beber em excesso (e.g., “*foi beber para esquecer e até cair para o lado*”), o Puxar/Arrancar o cabelo (e.g., “[*para controlar a raiva*] *arranco cabelos*”), a Ingestão de um medicamento em demasia (e.g., “*tomava comprimidos em excesso*”), o Cravar/Gravar símbolos ou palavras na pele (e.g., “*Cravei as iniciais do nome da minha namorada [no braço]*”), o Fumar em excesso (e.g., “*Abusar em álcool e tabaco*”), o Precipitar de Alturas (e.g., “*abri a janela para me atirar*”) e o Queimar (e.g., “*Um dia queimeimei-me [para ver se dóia]*”). Um aspeto a destacar relativamente à categoria Método é a coocorrência de métodos diferentes na narrativa de um mesmo adolescente em 7.9% da amostra, o que se traduz em 13 jovens que relatam realizar os seus comportamentos autolesivos recorrendo a mais que um método.

Os jovens referem diversas Áreas do corpo lesadas, com destaque para as mãos, os braços, as pernas e os pulsos, frequentemente associadas ao método utilizado (e.g., “*cravei a letra do nome dele no meu pulso*”). É importante destacar que, ainda que não surja de forma direta nas narrativas e não esteja refletido na frequência da categoria Área do corpo lesada, se subentende que o método Puxar/Arrancar o cabelo se relaciona com a área da cabeça. Todavia, um dos jovens afirma que “*tentei arrancar cabelos do braço*”, consistindo numa vertente diferente do mesmo método, realizada noutra

área do corpo, e, por isso, refletido na frequência da subcategoria Braços. Outro aspecto referido frequentemente é o Objeto utilizado para infligir a lesão, sendo a maioria do tipo Cortante (e.g., lâmina, tesoura, x-ato), mas existindo ainda do tipo Perfurante, como a ponta de um lápis e a ponta seca de um compasso.

O Local onde ocorre a autolesão é predominantemente a Casa e, em 5 excertos, todos correspondentes ao género feminino, é relatado que estas se encontravam Sozinhas (categoria Presença de outros durante o ato) quando realizaram o comportamento. Existem ainda duas narrativas que referem especificamente que a autolesão ocorreu durante uma aula, contabilizando nas subcategorias Escola e Acompanhado. Em três casos, foi identificada uma Data Comemorativa correspondente à data da autolesão: o dia de aniversário do próprio, o dia de aniversário do pai e a noite de Natal. Adicionalmente, um adolescente identificou duas datas em que usualmente realizava estes comportamentos, o dia da morte o pai e o dia do pai, e a data em que os realizou pela última vez, o seu 18º aniversário.

No que concerne a Função da Autolesão, a Tabela 11 permite consultar as categorias e subcategorias identificadas e as respetivas frequências. Algumas destas categorias e subcategorias têm por base as definições estabelecidas por Klonsky e Glenn (2009), sendo atribuída a mesma designação que a constante no Quadro 1 do Enquadramento Teórico.

Tabela 11. *Frequências das categorias e subcategorias referentes às Funções da Autolesão, em função do sexo*

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Regulação de afetos	5 (4.6)	5 (9.1)	10 (6.1)
Tentativa de suicídio	7 (6.4)	2 (3.6)	9 (5.5)
Substituição do sofrimento emocional	5 (4.6)	2 (3.6)	7 (4.3)
Mecanismo de escape/Fuga	3 (2.8)	4 (7.3)	7 (4.3)
Influência interpessoal	2 (1.8)	1 (1.8)	3 (1.8)
Procura de sensação	3 (2.8)	-	3 (1.8)
Autopunição	-	2 (3.6)	2 (1.2)
Não ferir outros	1 (0.9)	1 (1.8)	2 (1.2)

A realização de comportamentos autolesivos, associa-se, para o adolescente, a uma diversidade de objetivos e funções. A função mais frequentemente referida nas narrativas remete para a Regulação de Afetos. Os jovens creem que estes comportamentos lhes permitirão acalmar (e.g., “*É uma forma de me acalmar*”, “[*mordo-me*] para descarregar energia”), aliviar o sofrimento (e.g., “[*cortei-me*] para tentar aliviar o sofrimento”) e reduzir emoções intensas, especialmente a raiva (e.g., “[*bato-me*] para libertar a raiva”, “[*Para descarregar a raiva [mordo-me]*”). A Tentativa de Suicídio foi também referida

como uma função (e.g., *“tomei 10 comprimidos com a intenção de ter uma overdose e suicidar-me”*). Dois adolescentes abordam a sua intenção suicida sem que de facto tenham realizado uma tentativa (*“abri a janela para me atirar”* e *“Fui para uma ponte e quis mandar-me para a frente de um autocarro”*), todavia são incluídos na presente categoria pois o seu objetivo era, ainda assim, tentar o suicídio. Ambos os adolescentes que não prosseguiram com a tentativa justificaram o porquê: o primeiro afirma que não teve coragem para o fazer e o segundo assume ter sentido medo mas também esperança, de *“que algum dia tudo podia mudar para melhor”*. Destacamos ainda uma narrativa em que a jovem iniciou o comportamento mas não o concluiu por considerar demasiado doloroso (*“Tentei sufocar-me, mas desisti por não aguentar o processo doloroso até ao fim”*).

Para sete jovens, os CAL associam-se à Substituição do Sofrimento Emocional, numa lógica de que a dor física infligida pelos comportamentos permitirá uma substituição da dor psicológica (e.g., *“até que me cortei mais vezes e a dor fazia aliviar o meu sofrimento”*, *“queria que a dor física passasse a dor psicológica”*, *“Fiz com o intuito de ser a última vez, de achar que com aquele sofrimento todo, finalmente iria ultrapassar a morte dele”*). Também surgem sete excertos remetendo para uma função destes comportamentos como Mecanismo de Escape/Fuga, permitindo ao adolescente suspender, ainda que momentaneamente, o sofrimento ou a necessidade de lidar com os problemas (e.g., *“só queria que tudo fosse embora”*, *“em momentos de querer desaparecer”*, *“a ideia era beber, beber e beber para me esquecer de um problema”*). Um dado que destacamos é o facto de, dos sete excertos referentes à intenção de escape ou fuga, quatro estarem associados ao método Beber em excesso, numa lógica de ‘beber para esquecer’.

Em menor frequência, surgem narrativas que associam os comportamentos autolesivos à intenção de provocar uma reação por parte de outro (*“para tentar irritar a minha mãe”*), de obter a sua atenção (*“tentei fazer com que ela [namorada] me desse atenção”*) ou para expressar o desejo de autonomia (*“querer ter o meu espaço, não me andarem a controlar a vida”*), denominando-se esta categoria de Influência Interpessoal. Relativamente à Procura de Sensação, os adolescentes infligem dor como meio de saber o que sentem ao fazê-lo (e.g., *“[arranquei cabelos do braço] para sentir qual era a sensação”*). Por vezes a dor é autoinfligida como forma de Autopunição, acreditando o adolescente que deve ser punido por determinada ação (*“depois de agir [de forma impulsiva] começava a puxar os meus cabelos e batia-me a mim próprio a questionar-me porque tinha feito aquilo”*), como por exemplo a derrota num videojogo (*“Estava a jogar playstation e perdi o jogo”*). Por último, surge a autolesão como meio de Não ferir outros, refletida em afirmações como *“para não bater nela”* ou *“[como forma de] não magoar ninguém”*.

3. Sequelas da autolesão

Notou-se uma diminuição das narrativas referentes ao período que sucede a autolesão, emergindo apenas 18 categorias e subcategorias, distribuídas entre (i) as sequelas pessoais para o adolescente, (ii) as sequelas nas relações com pessoas significativas e (iii) a utilização dos serviços de saúde.

Relativamente às Sequelas Pessoais para o Adolescente, a Tabela 12 permite consultar as categorias e subcategorias identificadas e as respetivas frequências.

Tabela 12. *Frequências das categorias e subcategorias referentes às Sequelas Pessoais para o Adolescente resultantes da autolesão, em função do sexo*

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Sentimentos/Experiências...	14 (12.8)	1 (1.8)	15 (9.1)
... negativos(as)	9 (8.3)	1 (1.8)	10 (6.1)
... positivos(as)	3 (2.8)	-	3 (1.8)
... neutros(as)	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Lesões Físicas/Cicatrizes	8 (7.3)	3 (5.5)	11 (6.7)
Episódio de despersonalização	1 (0.9)	-	1 (0.6)

É possível identificar descrições que remetem para uma vertente física, traduzida em lesões físicas e cicatrizes, e outras que remetem para uma vertente psicológica, relativa aos sentimentos e experiências associados à realização de comportamentos autolesivos. A maioria dos Sentimentos/Experiências associados aos CAL são relatadas como negativas. Tal pode decorrer das consequências do comportamento (e.g., “*senti-me muito mal [após ter tomado tantos medicamentos]*”, “*[cortei-me um pouco fundo e] fiquei assustada*”), do facto de o comportamento ser percebido como inapropriado (e.g., “*rapidamente me apercebi que o que estava a fazer não fazia sentido nem era correto*”, “*foi uma ação estúpida*”) ou de não ter constituído a solução pretendida (e.g., “*Entretanto parei porque não adiantava de nada*”, “*o pior foi o facto de a dor física não ultrapassar a psicológica*”).

Menos frequentemente surgiram os Sentimentos/Experiências consideradas positivas, associando-se, de forma oposta ao que foi referido imediatamente antes, ao facto de o comportamento ter servido a função que o adolescente pretendia (“*até que me cortei mais vezes e a dor fazia aliviar o meu sofrimento*”, “*[mordo-me] para descarregar energia (...) e passados 2 minutos estou bem*”, “*De certa forma ajudou...*”). Foram ainda descritos Sentimentos/Experiências neutras, quer pela pouca relevância atribuída ao ato (“*sem problema nenhum*”), quer por não surtir efeito (“*[ao cortar-me] eu não conseguia sentir dor*”).

A presença de Lesões físicas/Cicatrizes reflete-se em 11 narrativas, sendo distinguível excertos que remetem para a lesão logo após o comportamento (e.g., “[soquei a parede e] parti a mão”) e outros que referem a continuidade da cicatriz ao longo do tempo (e.g., “deixando em ferida a mão. Ainda hoje tenho as cicatrizes”). Existem dois casos em que as jovens se lesionaram propositadamente para ficar com a marca (“Fiquei com marcas e repeti dias depois para não desaparecerem” e “Já me mordi para deixar a marca”). Uma adolescente refere ainda o que parece ser um Episódio de Despersonalização, em que “Quando tomava comprimidos em excesso era como se me separasse de mim própria”.

Relativamente às Sequelas nas Relações com Pessoas Significativas, a Tabela 13 permite consultar as categorias e subcategorias identificadas e as respetivas frequências.

Tabela 13. *Frequências das categorias e subcategorias referentes às Sequelas nas Relações com Pessoas Significativas resultantes da autolesão, em função do sexo*

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Conhecimento por parte dos pais	8 (7.3)	-	8 (4.9)
Com conhecimento	7 (6.4)	-	7 (4.3)
Sem conhecimento	1 (0.9)	-	1 (0.6)
Reação dos pais	5 (4.6)	-	5 (3.0)
Manifestar apoio	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Impedir o comportamento	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Incentivar o comportamento	1 (0.9)	-	1 (0.6)
Reação de outros significativos	2 (1.8)	-	2 (1.2)
Ausência de resposta	1 (0.9)	-	1 (0.6)
Abandono	1 (0.9)	-	1 (0.6)

Na categoria Conhecimento por parte dos pais – se os pais têm conhecimento dos comportamentos autolesivos do(a) filho(a) – apenas sete jovens mencionaram este aspeto, dos quais dois foram os próprios a contar à mãe (“o dia em que contei à minha mãe [que me cortava]”, “contei à minha mãe [que me cortava]”), quatro foram descobertos pelos pais (e.g., “os meus pais apanharam-me”, “a minha mãe tinha retirado todos os afixas lá de casa após descobrir que eu me cortava”) e um pelo padrasto (“[cortei-me e] o meu padrasto viu”). Contrariamente, um adolescente relata que “Ninguém em minha casa sabia”.

Dos que tinham conhecimento, as Reações dos pais – diversas reações dos pais quando tiveram conhecimento ou presenciaram tais comportamentos – foram referidas em cinco

narrativas. Dois jovens receberam o apoio por parte dos pais, auxiliando-os após a autolesão (“[*dei por mim] com a minha mãe a ajudar-me*”) ou manifestando apoio emocional e psicológico (“*o dia em que contei à minha mãe e ela em vez de me julgar, como eu pensava, apoiou-me*”), e dois foram impedidos de continuar o comportamento (“*os meus pais obrigaram-me a vomitar [as pílulas que tomei]*”, “[*cortei-me, mas] os meus pais apanharam-me e fizeram-me parar*”). Relativamente à narrativa que refere o conhecimento por parte do padrasto, este incentivou a jovem a continuar com o comportamento (“[*cortei-me e] o meu padrasto viu e perguntou se eu queria o cutelo da cozinha para acabar o trabalho*”).

As narrativas da categoria Reações de outros significativos remetem para o abandono e perda de pessoas queridas (“*depois do sucedido perdi algumas amizades*”) e para a ausência total de resposta ou auxílio por parte dos outros (“*Uma tentativa de suicídio falhada, que ninguém reparou*”).

Para finalizar, é ainda referida a Utilização dos Serviços de Saúde, sendo possível consultar as respetivas categorias e subcategorias e frequências na Tabela 14.

Tabela 14. *Frequências das categorias e subcategorias referentes à Utilização dos Serviços de Saúde resultante da autolesão, em função do sexo*

<i>Categorias e Subcategorias</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Apoio profissional	1 (0.9)	1 (1.8)	2 (1.2)
Hospitalização	2 (1.8)	-	2 (1.2)

Foi relatado por duas jovens a necessidade de Hospitalização (“*Fui depois levada para o hospital*”, “*Fiquei internada para limpar o meu corpo*”) e por outros dois a consulta de Apoio profissional, um pela psiquiatria (“*recorri a um psiquiatra*”) e outro pela psicologia com recurso a medicação, referindo que tal apoio não teve muita utilidade (“*Na altura [quando os comportamentos ocorreram] não tinha começado as consultas de psicologia nem a medicação, as quais também não adiantaram de muito*”).

4. Outras respostas

Como foi referido no início do presente capítulo, surgiram algumas narrativas que não foi possível incluir no sistema categorial elaborado, mas que consideramos relevantes incluir nos resultados da investigação pela possibilidade de análise e discussão. Fazem parte desta situação a resposta de um adolescente que afirma não se recordar de nenhum momento (“*Não há nenhum momento que me lembre muito bem*”), as respostas de três adolescentes que se

recusam a descrever (“*Não quero descrever*”, “*Prefiro não me pronunciar*”, “*Não quero*”), as respostas de três adolescentes que referem não existir nenhuma situação marcante (“*Não foram muito marcantes*”, “*Não houve nenhuma vez que me marcou*”, “*Não foi muito marcante*”) e, por último, um adolescente que refere que “*Não tive motivos*”.

Adicionalmente a estes dados, salientamos o facto de, dos 289 que referiram realizar algum tipo de comportamento autolesivo ao longo da vida, apenas 164 terem respondido à questão para descrever o episódio mais marcante, incluindo os oito casos referidos previamente.

Discussão

Esta investigação permitiu não só aferir resultados que suportam as conclusões de diversos estudos realizados no âmbito da temática dos comportamentos autolesivos, como também contribuiu para uma melhor compreensão de como estes comportamentos são descritos pelos próprios adolescentes que os realizam e os motivos pelos quais o fazem.

Tal como no capítulo anterior, serão discutidos, além dos principais resultados, alguns casos específicos que suscitaram a nossa atenção durante o processo de familiarização com os dados. Face à heterogeneidade de temáticas emergentes da análise dos resultados, refletida nas 88 categorias e subcategorias, a presente discussão será dividida de acordo com os três aspetos previamente mencionados: (i) os fatores que contribuíram para a autolesão, (ii) o ato de autolesão, e (iii) as sequelas da autolesão. Por último, serão discutidas as narrativas que não foram incluídas no sistema categorial elaborado.

1. Fatores que contribuíram para a autolesão

Os resultados obtidos permitem notar a influência quer de fatores externos quer de fatores internos na realização dos comportamentos autolesivos nesta etapa do desenvolvimento. Sampaio (1991) destaca que a adolescência apenas pode ser compreendida a nível psicológico quando se considera tanto a esfera intrapsíquica e individual do jovem, como todos os aspetos que constituem o seu sistema interpessoal (i.e., social, escolar e familiar). Assim, e de acordo com uma perspetiva sistémica, para considerar o indivíduo, é necessário atentar também no seu ambiente familiar e social, decorrendo o comportamento de uma história relacional em permanente mudança (Neves, 2014; Quartilho, 2014).

Os conflitos interpessoais constituíram o principal fator apontado pelos adolescentes como associados à sua autolesão, com uma predominância dos conflitos familiares sobre os restantes, o que parece incongruente com o facto de a maioria ter classificado a relação com os pais e irmãos como Boa ou Muito Boa, como se observa na caracterização da amostra. Uma hipótese que colocamos é que esta incongruência resulta do facto de o adolescente efetivamente considerar as relações como boas, o que contribui para que os conflitos que por vezes surgem e com os quais ele não sabe lidar causem um maior impacto no seu equilíbrio psicológico e, por isso, se autolesione (i.e., os conflitos familiares dizem respeito ao período que antecede a autolesão mas não caracteriza a globalidade da relação).

Foram distinguidos aspetos como as discussões, as culpabilizações e as agressões verbais e físicas que ocorrem não só entre o jovem e os pais, como também apenas entre os pais, sendo estes resultados consistentes com investigações anteriores que sugerem uma relação entre o conflito familiar e os comportamentos suicidários (e.g., Fergusson, Woodward & Hordwood, 2000; Tomori, Kienhorst, de Wilde & van den Bout, 2001; Rissanen *et al.*, 2008; Hill & Dallos, 2011; Madge *et al.*, 2011; Pereira, 2011; du Roscoät *et al.*, 2015, Sobrinho & Campos, 2016). Em concordância com os resultados obtidos na presente investigação, o estudo de Tomori e colaboradores (2001) com estudantes do ensino secundário concluiu a existência de uma prevalência superior de conflitos entre os jovens e os pais comparativamente aos conflitos entre ambos os pais, permitindo supor que não só o conflito familiar constitui um fator de risco para os CAL, como esse risco pode ser exacerbado se o adolescente fizer parte do conflito.

A separação/divórcio parental e a morte de alguém significativo, especialmente familiares, foram também dois acontecimentos referido por diversos jovens como relevantes para a execução da autolesão. Alguns estudos não diferenciam o conflito familiar e a separação/divórcio ou a morte, englobando todas estas situações no que denominam alterações na esfera familiar. Todavia, ainda que indiferenciadas, estas alterações são também apontadas na literatura como fatores que os jovens assumem pesar quando se autolesionam (Fergusson *et al.*, 2000; Tomori *et al.*, 2001; Pereira, 2011).

Como um extremo do conflito familiar, foi referida nas narrativas dos jovens a violência física e psicológica neste contexto. A violência psicológica parece ocorrer principalmente através do criticismo parental, existindo diversos relatos em que os adolescente referem sentir-se julgados e inferiorizados pelos seus pais. Wedig e Nock (2007) associam fortemente este criticismo ao comportamento suicidário. A existência de violência física no contexto familiar foi também relacionada aos comportamentos suicidários na adolescência, com taxas significativamente superiores em famílias caracterizadas pela agressão física regular ou severa (Fergusson *et al.*, 2000). Para Pfeffer (cit. por Wagner, 1997), este ambiente de violência física numa idade precoce pode conduzir a comportamentos autolesivos na medida em que o jovem interioriza que merece a punição severa, acabando por se autopunir. Estes resultados permitem destacar a importância que um ambiente familiar seguro, de suporte emocional e com estratégias adaptativas de resolução de conflitos tem durante a adolescência, podendo os comportamentos autolesivos constituir, como afirma Sampaio (1991), uma metacomunicação, em que o jovem está a comunicar sobre a comunicação familiar.

Os conflitos amorosos e os conflitos com os amigos surgem como influenciando os CAL, bem como a existência de problemas escolares. Estes acontecimentos de vida são também identificados em alguns estudos como eventos geradores de stress, nomeadamente no CASE Study (Madge *et al.*, 2011) em que as dificuldades com os amigos e grupo de pares e os problemas escolares foram um dos principais motivos apontados pelos adolescentes para se autolesionarem. Nesta linha, é possível relacionar os conflitos amorosos e com os amigos com uma diminuída perceção de suporte social, sendo este referido por Muehlenkamp e colaboradores (2013) como significativamente percebido como diminuído numa amostra de adolescentes com comportamentos autolesivos, e com a sensação de vazio e desamparo, associados ao isolamento (Saraiva & Gil, 2014).

Também no contexto social e escolar surgiram narrativas sobre a violência, sendo possível identificar alguns excertos em que o *bullying* é descrito como um acontecimento marcante na vida destes jovens. A literatura aponta o *bullying* como associado a um risco aumentado de comportamentos suicidários (de Leo & Heller, 2004; Pereira, 2011; Madge *et al.*, 2011). Numa meta-análise em que foram analisados nove estudos sobre a vitimização entre pares e os CAL, os autores concluíram a existência de uma relação significativa entre as variáveis, com uma taxa superior destes comportamentos em vítimas de *bullying* (van Geel, Goemans & Vedder, 2015).

Como foi referido, é possível que diversas categorias coocorram numa mesma narrativa. De facto, algumas das respostas que remetem para os fatores externos que contribuem para a autolesão, remetem também para fatores internos, com especial destaque para as emoções associadas aos acontecimentos vivenciados, reforçando que “*os nossos pensamentos e emoções (...) são muitas vezes reflexos privados da nossa vida pública, do mundo partilhado, intersubjetivo, relacional, que serve de contexto aos nossos comportamentos*” (Quartilho, 2014). As emoções que os adolescentes deste estudo identificaram como antecedendo a autolesão têm associada uma tonalidade negativa (culpa, desespero, frustração, irritação, raiva, revolta e tristeza), encontrando investigações prévias com resultados idênticos (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Rissanen *et al.*, 2008; Klonsky, 2009; Gonçalves *et al.*, 2012). Face a estes resultados, e à sua elevada frequência, não nos parece existir uma dificuldade dos jovens em identificar as emoções, mas sim em elaborá-las e expressá-las de forma adaptativa, incorrendo na autolesão.

Um dado que chamou a nossa atenção foi a identificação dos videojogos como motivo da irritação (fator que contribuiu para a autolesão) nas narrativas de três adolescentes.

Considerando a influência das tecnologias no quotidiano dos jovens da atualidade, parece relevante estudar a possível ligação entre os videojogos e estados de irritação e raiva, traduzidos no aumento da agressividade (autodirigida), característicos do período que antecede a realização de comportamentos autolesivos. Uma investigação com 29 941 jovens adultos permitiu estabelecer uma associação entre o jogar videojogos por mais de 5 horas diárias com riscos superiores de tristeza, ideação suicida e planeamento suicida, comparativamente aos jovens que não jogavam videojogos (Messias, Castro, Saini, Usman & Peeples, 2011). Ainda que a literatura não seja coerente relativamente à relação entre o comportamento agressivo e o jogar videojogos (Lam, Cheng & Liu, 2013), a presente investigação parece apontar no sentido de que este tipo de jogos pode estar na origem de sentimentos de irritação, posteriormente descarregada por meio da agressão autodirigida.

A dificuldade de elaboração das emoções pode relacionar-se com uma característica da personalidade que, ainda que pouco referida diretamente pelos jovens, aparenta estar presente em diversos relatos: a impulsividade. A impulsividade é referida em diversos estudos como associada ao comportamento suicidário adolescente (e.g., Nock & Prinstein, 2005; Bridge, Goldstein & Brent, 2006; Madge *et al.*, 2011) e, considerando a intensidade com que os adolescentes referem sentir estas emoções, parece-nos plausível a existência de uma relação entre as emoções negativas e os comportamentos autolesivos mediada pela impulsividade e dificuldades de elaboração, numa lógica do ‘sentir e agir’, carecendo de futura investigação. Nock e Prinstein (2005) destacam que esta impulsividade decorre de contingências imediatas internas e externas, podendo ser específica de indivíduos com história de autolesão comparativamente a indivíduos que se lesionam pela primeira vez.

Surgem ainda na análise das narrativas duas outras características da personalidade também referenciadas na literatura: a desesperança e a baixa autoestima. A desesperança, definida no capítulo Enquadramento Teórico, encontra-se presente nas descrições que os jovens fazem do seu futuro, afirmando que não têm perspetivas de melhoria nem um sentido de vida. Estas características são coerentes com outros estudos sobre a temática (e.g., Sinclair & Green, 2005; Bridge *et al.*, 2006; Pompili *et al.*, 2008; Brás *et al.*, 2016). Também a baixa autoestima é diversas vezes referida por estes jovens, que expõem não se sentir bem consigo mesmos ou que não valem nada, de forma semelhante à apontada na literatura (e.g., Fergusson *et al.*, 2000; de Leo *et al.*, 2004; Bridge *et al.*, 2006; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Rissanen *et al.*, 2008; Santos & Neves, 2014; Brás *et al.*, 2016), podendo constituir a característica psicológica mais frequentemente reportada (Madge *et al.*, 2011).

Neste estudo, a baixa autoestima encontra-se associada, em algumas narrativas, a sentimentos de inutilidade, de incapacidade. Esta particular tendência dos adolescentes para experienciar raiva ou desgosto sobre si mesmos, associada às dificuldades que aparentam em elaborar o seu pensamento e emoções, torna mais fácil compreender a agressão autodirigida, pois o objeto destas emoções negativas é o próprio (corpo). Ainda, na linha da perspectiva de Pfeffer sobre a violência, descrita mais acima, é possível que o jovem, num ambiente de violência física e psicológica recorrente, interiorize uma imagem de si como diminuído e sem valor, contribuindo para uma diminuição da autoestima.

A sobrecarga psicológica referida por alguns jovens constitui um aspeto que considerámos relevante pela significação inerente atribuída aos acontecimentos de vida, bem como pela sua pouca referência na literatura, excetuando investigação sobre os cuidadores informais. Isto é, os jovens parecem percecionar os acontecimentos de vida negativos como ocorrendo todos ao mesmo tempo e com extrema intensidade, atribuindo um significado de que carregam o ‘mundo às costas’. Esta é uma hipótese à qual só é possível aceder quando são os próprios a contar sobre o que sentem e vivem, pois, ainda que um estudo quantitativo permita aceder à frequência e tipologia de acontecimentos de vida negativos, não aborda o impacto de tais acontecimentos para o adolescente. Consideramos que seria útil investigar mais detalhadamente a relação entre a sensação de sobrecarga psicológica e os comportamentos autolesivos na adolescência. Um aspeto que pode contribuir para esta sensação de sobrecarga e foi mencionado nas narrativas dos adolescentes é o sentimento de abandono ou solidão, talvez um sentimento de ‘carregar o peso sozinho’, descritos também no estudo qualitativo de Rinssanen e colaboradores (2008), por exemplo.

Por último, a presença de perturbações psicológicas, principalmente a depressão e a ansiedade, e a ideação suicida têm sido vastamente abordadas na literatura com relação aos comportamentos autolesivos (e.g., Nock & Prinstein, 2005; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Bridge *et al.*, 2006; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Pompili *et al.*, 2008; Madge *et al.*, 2011; du Roscoät *et al.*, 2015), inclusive em estudos recentes com amostras nacionais (e.g., Gonçalves *et al.*, 2012; Sobrinho & Campos, 2016), sendo o contributo da presente investigação o de sustentar tais resultados com dados qualitativos.

Face à diversidade de fatores identificados, consideramos que a presente investigação suporta a heterogeneidade e complexidade de variáveis apontadas na literatura como influenciando os adolescentes a envolver-se nos comportamentos autolesivos. Salienta-se a contribuição de diferentes acontecimentos de vida negativos para a realização dos CAL e,

principalmente, a importância que o jovem atribui a tais acontecimentos e o impacto nele causado. Estudos futuros podem debruçar-se sobre o modo como a quantidade, severidade e *timing* em que diferentes acontecimentos de vida ocorrem impactam a realização da autolesão.

2. O ato de autolesão

Relativamente ao ato concreto da autolesão, os adolescentes da presente investigação identificam o cortar, o bater com o corpo ou bater no próprio e o morder como os métodos mais utilizados para se autolesionarem, existindo jovens que referem utilizar mais que um método para o fazer. Estes dados são fortemente concordantes com diversas investigações que apontam esses mesmo métodos como os mais utilizados (e.g., de Leo *et al.*, 2004; Madge *et al.*, 2008; Klonsky, 2009; Klonsky, 2011; Gonçalves *et al.*, 2012; Muehlenkamp *et al.*, 2013; Guerreiro *et al.*, 2017), bem como a referência à utilização de métodos múltiplos (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky, 2009; Nock, 2010; Klonsky, 2011; Gonçalves *et al.*, 2012; Muehlenkamp *et al.*, 2013; Guerreiro *et al.*, 2017).

Um dado que consideramos merecedor de destaque e futura investigação consiste na prevalência do consumo de álcool como considerado autolesivo para os adolescentes. Ainda que com uma frequência inferior a 10%, este método aparece como o 4º mais identificado pela amostra do presente estudo, permitindo inferir que estes jovens estabelecem uma distinção entre o consumo de álcool como comportamento social e como comportamento autolesivo. Deste modo, talvez seja relevante estudar as representações associadas a este consumo nesta etapa do desenvolvimento, considerando que a sua pouca referência em investigações prévias pode remeter para uma sub-representação do método.

Os nossos dados mostraram ainda uma predominância do cortar no género feminino e do bater no género masculino. Esta diferença de género também se encontra documentada (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Madge *et al.*, 2008; Klonsky, 2011; Barrocas, Hankin, Young & Abela, 2012). Pode relacionar-se com a tendência associada ao género feminino para a internalização e ao género masculino para a externalização, em que estes adotam comportamentos fisicamente mais agressivos e socialmente aceites, como o bater (Crick & Zahn-Waxler, 2003; Taylor, 2003). Todavia, esta hipótese necessita de ser investigada em estudos futuros, sendo a diferença entre géneros relativamente aos comportamentos autolesivos uma área de importância face à necessidade de estratégias preventivas e interventivas dirigidas às características específicas dos adolescentes que se autolesionam.

Os resultados obtidos neste estudo relativamente às áreas do corpo lesadas, aos objetos utilizados, ao local onde ocorre a autolesão e à presença de outros durante o ato vão ao encontro de literatura já existente (e.g., Rissanen *et al.*, 2008; Gonçalves *et al.*, 2012; Guerreiro *et al.*, 2017). Um aspeto que alguns jovens da nossa amostra referiram relativamente à execução da autolesão e que se encontra pouco documentado é a data em que tal ocorre, existindo casos que remetem para dias comemorativos, com especial significado para o adolescente, com particular incidência para o aniversário do próprio ou de alguém significativo.

No que concerne os objetivos e funções subjacentes à realização da autolesão, a regulação de afetos representa a principal razão apontada por estes adolescentes para se autolesionarem, acreditando que permitirá a libertação de energia, o alívio do sofrimento e a redução de emoções. Estes dados estão em concordância com a maioria dos estudos revistos (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Madge *et al.*, 2008; Rissanen *et al.*, 2008; Klonsky, 2009; Klonsky, 2011; Glenn & Klonsky, 2011; Gonçalves *et al.*, 2012; Muehlenkamp *et al.*, 2013; Jorge *et al.*, 2015; Guerreiro *et al.*, 2017).

Considerando as intensas emoções negativas identificadas nas suas narrativas como antecedendo a autolesão e as dificuldades que os jovens têm em elaborá-las, por vezes devido à ausência de relações que lhes permitam expressar os seus sentimentos, o comportamento autolesivo surge como um mecanismo que permite regular o aglomerado de afetos sentidos – mecanismo de *coping*. Neste sentido, foi possível identificar narrativas de jovens que referenciam sentimentos/experiências positivas após a autolesão (referidas no tópico Sequelas da autolesão), nomeadamente no que respeita ao alívio do sofrimento e descarga de energia. Alguns jovens, ainda que tenham relatado sentimentos/experiências negativos de irritação com o próprio e culpabilização, identificaram que a intenção ao executarem os CAL era a de regular os afetos. Os nossos resultados encontram suporte em diversas investigações, nas quais se verifica uma redução das emoções negativas (e.g., raiva, ansiedade, tristeza) e um aumento de emoções associadas à calma, alívio e satisfação após o comportamento autolesivo, podendo ser seguidas de sentimentos de culpa e vergonha (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky, 2009).

Também foi referido por determinados jovens que a sua intenção com a autolesão era a de se suicidarem. Este resultado é especialmente relevante para a contínua discussão relativamente à intencionalidade suicida dos comportamentos autolesivos, abordada no capítulo do Enquadramento Teórico. Face aos resultados obtidos, parece-nos relevante considerar que a definição fornecida por Madge e colaboradores (2011), e adotada no presente trabalho,

constitui, de facto, a definição que melhor representa o que é um comportamento autolesivo para quem o realiza, considerando a intenção de autolesão como o aspeto-chave, independentemente da intenção suicida. Considerando o reduzido número de estudos que incluem a tentativa de suicídio nas motivações para e funções da autolesão, torna-se difícil uma comparação com a literatura. Todavia, destacamos o trabalho de Guerreiro e colaboradores (2017), que contribuiu para esta problemática ao questionar os adolescentes sobre a sua verdadeira intenção de se suicidar aquando a realização da autolesão, com resposta afirmativa de 42% da amostra. Tal como é referido por alguns autores (e.g., Oliveira *et al.*, 2001), a tentativa de suicídio constitui um dos principais preditores do suicídio subsequente, destacando a importância de aceder à intenção dos adolescentes que realizam a autolesão para colocar fim à vida, objetivando a planificação de uma intervenção adequada.

As narrativas permitiram a identificação de uma função pouco abordada na literatura que remete para a substituição do sofrimento emocional. Este aspeto funcional pode, em algumas investigações, encontrar-se subjacente à regulação de afetos. Todavia, consideramos que é possível a sua diferenciação face à intenção do adolescente que, neste caso, remete explicitamente para a possibilidade de a dor física autoinfligida substituir a dor psicológica, não apenas o seu alívio, mas antes uma “transformação de uma dor passiva numa dor ativa” (Jorge *et al.*, 2015). É necessário realizar mais investigação por forma a validar se a substituição do sofrimento emocional pode constituir, por si, uma função.

Também pouco referida na literatura como função (e.g., Oliveira *et al.*, 2001; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Jorge *et al.*, 2015), mas surgindo diversas vezes como característica dos indivíduos que se autolesionam (e.g., Saraiva & Gil, 2014), foi identificada a fuga ou mecanismo de escape, do sofrimento e dos problemas. Tal como foi referido no capítulo anterior, esta função foi relacionada por alguns jovens com o consumo de álcool numa lógica de ‘beber para esquecer’, representando um mecanismo de *coping*. Kuntsche, von Fischer e Gmel (2008), numa investigação com jovens adultos, concluíram que beber para esquecer os problemas se encontra relacionado com indivíduos menos conscientes, que não bebem de forma moderada, e mais sensíveis a estímulos afetivos negativos, ao criticismo, mais instáveis emocionalmente e com tendência para se fixarem nos aspetos negativos, o que parece representar alguns aspetos característicos dos jovens que se autolesionam.

Salientamos ainda que, ao contrário do que parece constituir uma crença cultural assente na realização dos CAL como forma de chamar a atenção, a intenção de influenciar os outros apresentou uma frequência inferior nas narrativas destes adolescentes, comparativamente às

intenções de dimensão interpessoal. Isto também se reflete nos estudos atuais sobre a análise funcional destes comportamentos (e.g., Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Madge *et al.*, 2008; Klonsky, 2009; Klonsky, 2011; Gonçalves *et al.*, 2012; Muehlenkamp *et al.*, 2013; Jorge *et al.*, 2015; Guerreiro *et al.*, 2017) e a favor do qual se identifica a frequência superior dos episódios que são realizados em privado, quando estão sozinhos, sem o conhecimento de outros.

Como destaca Muehlenkamp e colaboradores (2013), é necessário considerar que ainda que a intenção com a autolesão não seja a de influenciar o outro, pode estar associada a componentes interpessoais (e.g., autolesionar-se por estar com raiva de alguém), destacando a complexidade subjacente aos motivos que contribuem para o envolvimento nos comportamentos autolesivos. O facto de o presente estudo remeter apenas para autorrelato pode condicionar a prevalência de funções interpessoais devido à desejabilidade social, podendo ser considerado mais aceite socialmente a realização destes comportamentos para regular afetos do que para influenciar outros.

Os comportamentos autolesivos são ainda referidos pelos jovens como realizados com a função de não ferir outros. Ainda que não se encontrem referências na literatura a este respeito, parece relevante que, constituindo a agressão física sobre outro uma forma tão comum de escalação da comunicação e a agressão autodirigida um fenómeno muito mais difícil de entender (Nock, 2008), os adolescentes adotem um comportamento de preservação do outro em detrimento de si, opondo-se ao instinto de sobrevivência. Sem bases teóricas para o afirmar, podemos supor que tal decorre da importância que a relação com o outro representa na vida destes jovens e, por isso, é preferível agredir-se a si mesmo do que colocar em risco a relação com alguém significativo.

Tendo em consideração a variedade de aspetos associados à autolesão e a multiplicidade e complexidade de funções subjacentes à sua realização, revela-se extremamente importante o acesso à perspetiva do jovem sobre o que objetiva ao realizar tais comportamentos e, principalmente, a implementação de projetos preventivos e interventivos que permitam atuar de forma a capacitá-los a pensar soluções adaptativas que sirvam os mesmos objetivos.

3. Sequelas da autolesão

O comportamento autolesivo implica uma diversidade de possíveis sequelas, tanto a nível físico, como a nível psicológico e, também, a nível relacional. Todavia, destaca-se uma

diminuição acentuada na frequência com que estas surgem nas narrativas dos adolescentes, comparativamente aos fatores que contribuíram para a autolesão e ao ato em si. Ainda assim, considerando que tais sequelas são referidas em diversas descrições, considera-se relevante a sua discussão bem como um especial destaque para este período, após a realização do comportamento autolesivo, devido à sua pouca referência na literatura.

No que concerne as sequelas físicas, foram referidas pelos jovens do estudo diversas cicatrizes e lesões resultantes do seu comportamento autolesivo. A literatura indica que estas constituem uma consequência física concreta, visível, tanto para o adolescente como, por vezes, para os outros (Rissanen *et al.*, 2008; Klonsky, 2009; Nock, 2010). Considerado que o comportamento pode constituir uma medida mais válida e fiável da realidade, por ser facilmente observado (Nock, 2008), também a lesão física, por ser concreta, pode representar mais facilmente o sofrimento sentido pelo adolescente, tanto para o próprio, através do que Klonsky e Glenn (2009) denominam como Sinalização do Mal-Estar (ver Quadro 1), como para os outros. A narrativa em que o jovem admite ter-se autolesionado com o propósito de deixar marca, permite-nos pensar na importância de investigar a significação que os adolescentes atribuem às marcas e no impacto da presença de cicatrizes.

Também foram referidos pelos adolescentes sentimentos e experiências associados à autolesão, principalmente de valência emocional negativa, associadas às consequências físicas do comportamento, este ser percebido como inapropriado, não ter cumprido a função desejada ou a emoções como as que foram referidas anteriormente (e.g., culpa, vergonha). Nock (2010) assume que enquanto as recompensas do CAL superarem as consequências negativas, este mantém-se, sendo reforçado de diversas maneiras. Neste âmbito, foram também identificados sentimentos positivos, pois o comportamento constitui a solução pretendida, associando-se a uma sensação de se estar melhor, o que é descrito em estudos prévios (e.g., Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Klonsky, 2009), nomeadamente os supramencionados, que identificam emoções de valência positiva após a autolesão.

No presente estudo, observou-se que alguns adolescentes referiram o conhecimento dos seus CAL por parte de pessoas significativas. Destes apenas dois contaram aos pais e um relata que ninguém sabia, tendo os restantes sido descobertos e, maioritariamente, as reações dos pais foram de apoio emocional e auxílio para cessar o comportamento. Na literatura, parece existir uma divergência sobre se os comportamentos autolesivos constituem um ato oculto, através de lesões em áreas do corpo pouco visíveis ou facilmente cobertas com roupa (e.g., Murray, Warm

& Fox, 2005), ou se as pessoas significativas têm conhecimento destes comportamentos, por vezes por dificuldade em esconder as cicatrizes (e.g., Rissanen *et al.*, 2008).

Uma possível justificação para poucos pais saberem dos comportamentos autolesivos dos seus filhos remete para a dificuldade que os próprios pais têm em abordar o assunto e em compreender as razões pelas quais os filhos o fazem. Quando essa dificuldade é percebida pelo adolescente, pode contribuir para a ocultação dos comportamentos pelas dificuldades que este sente em comunicar e em ser compreendido (e.g., Oldershaw, Richards, Simic & Schmidt, 2008; Hill & Dallos, 2011). Propõem-se assim que, em estudos futuros, esta questão seja investigada, considerando as possíveis vantagens que uma comunicação aberta entre pais e filhos representa no envolvimento nos CAL (e.g., sinalização precoce por parte dos pais, com encaminhamento para acompanhamento psicológico).

Neste âmbito, foi também notória a reduzida referência à procura de auxílio nos cuidados de saúde mental ou tratamento médico na nossa investigação, sendo este um fenómeno também descrito na literatura (e.g., Hawton *et al.*, 2002; Madge *et al.*, 2008; Klonsky, 2011; Guerreiro *et al.*, 2017), com taxas entre os 3.8% e os 12.9%. Hawton e colaboradores (2002) relacionam este dado com o método para infligir a autolesão, nomeadamente a elevada prevalência do cortar, com pouca procura de ajuda médica. Os dados destacam o carácter subdimensionado do fenómeno autolesivo, pois as estatísticas oficiais remetem maioritariamente para as hospitalizações, que raramente ocorrem nos adolescentes com CAL.

Para além da esfera familiar, os adolescentes da presente investigação relataram dificuldades na esfera social, associadas a sentimentos de abandono e solidão. Como os jovens se encontram numa etapa em que a sua identidade está a ser desenvolvida, a ausência percebida de relações que favoreçam a expressão de sentimentos e compreensão dos conflitos relacionais parece especialmente negativa, contribuindo para a ocultação deste fenómeno e, conseqüentemente, para dificuldades na obtenção de apoio emocional que lhes permita repensar a sua vida de modo mais adaptativo. É, então, necessário intervir também junto das esferas familiar e social, objetivando a sua capacitação e educação como intervenientes ativos no auxílio dos jovens.

São múltiplas as sequelas que o comportamento autolesivo pode comportar para a vida do adolescente que o executa e, neste âmbito, salienta-se a importância de atuar no meio em que o jovem está inserido, capacitando as pessoas à sua volta para identificar e lidar com este fenómeno.

4. Outras respostas

As narrativas incluídas no presente tópico remetem, tal como foi mencionado, para situações em que os jovens não respondem concretamente ao que é solicitado. Uma possível justificação para tal prende-se com o conteúdo demasiado pessoal ou doloroso da questão e, por isso, os adolescentes protegem-se, não respondendo. Outra possibilidade remete para as narrativas pobres e curtas refletirem dificuldades do jovem em elaborar, compreender ou exprimir verbalmente a sua experiência, suportando a ideia de que os comportamentos autolesivos funcionam como uma alternativa à linguagem (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Nock, 2008; Hill & Dallos, 2011). Adicionalmente, é possível que o mesmo se aplique aos jovens que referiram realizar estes comportamentos sem, no entanto, responderem à questão. De modo geral, é ainda necessário salientar o facto de o questionário ICAL surgir em último na bateria de instrumentos aplicados, podendo a reduzida adesão à questão dever-se ao cansaço ou falta de motivação para responder.

5. Limitações e sugestões de investigação futura

Durante o presente capítulo foram sugeridas algumas limitações e pontos fortes inerentes ao presente estudo e diversos aspetos passíveis de investigação futura. Todavia, parece-nos útil referir algumas limitações e sugestões mais gerais.

Considerando que as narrativas dos adolescentes permitiram a distinção de três períodos referentes ao comportamento autolesivo (i.e., antes do CAL, o CAL em si e após o CAL), existe a possibilidade de este fenómeno ser considerado um processo que inicia em todos os fatores que contribuem para que o adolescente considere autolesionar-se, passa pelas funções que o adolescente atribui a esse ato e culmina na realização da autolesão, que resulta em sequelas de diversas naturezas. Deste modo, parece importante investigar as diversas etapas deste processo, quer individualmente quer como um todo, e a perceção que os adolescentes têm desta sucessão. Ainda, as investigações futuras devem não só analisar as descrições que os jovens elaboram sobre os seus comportamentos autolesivos, como também estudar as significações atribuídas pelos adolescentes à realização destes comportamentos.

No que concerne às limitações, a metodologia adotada possibilita a generalização dos resultados apenas a amostras que sejam idênticas. Também a utilização exclusiva do autorrelato, com elevada confiança nas narrativas dos jovens, implica que a informação seja produzida retrospectivamente, podendo acarretar enviesamentos. Parece ser útil e importante a

realização de estudos em que as vivências e sentimentos dos jovens sejam registados quando tais ocorrem, objetivando uma melhor representação da realidade sentida pelo próprio, bem como com entrevistas que permitam abranger mais detalhadamente alguns aspetos relevantes ou distintivos.

Alguns pontos fortes da presente investigação relacionam-se com o seu carácter qualitativo, permitindo que os adolescentes falem, na primeira pessoa, sobre os seus comportamentos, acedendo ao modo como estes constroem a sua realidade. Também a identificação de duas funções pouco abordadas na literatura – o Mecanismo de Escape/Fuga e a Substituição do Sofrimento –, frequentemente referidas nas narrativas dos jovens, contribui positivamente para a compreensão do fenómeno.

6. Conclusão

Esta investigação permitiu identificar diversas dimensões comuns nas narrativas dos adolescentes, bem como alguns aspetos distintivos, permitindo aceder ao modo como esses constroem a sua realidade e a sua identidade. Ainda que os comportamentos autolesivos constituam uma problemática prevalente na adolescência, a sua caracterização e identificação é dificultada pela multiplicidade de fatores que contribuem para a autolesão e funções associadas. Destaca-se a influência de determinadas características psicológicas e eventos de vida stressantes no aumento do risco de autolesão, salientando que só é possível compreender os comportamentos autolesivos ao atentar nas experiências individuais do jovem e o impacto destas na sua vida.

Os resultados indicam uma tendência para que a autolesão decorra de conflitos interpessoais e emoções negativas intensas e, por isso, seja infligida com o objetivo de aliviar a dor psicológica e reduzir tais emoções. Justifica-se assim a necessidade de projetos de prevenção e intervenção dirigidos para a promoção de estratégias de *coping* adaptativas na resolução de problemas, mas flexíveis o suficiente para acolher as características individuais dos adolescentes alvo da intervenção. Considerando a reduzida procura de ajuda por parte destes jovens e a sua dificuldade de comunicação, a escola constitui um contexto particularmente favorável na prevenção e intervenção na saúde mental. Também as sequelas pessoais e relacionais identificadas pelos jovens salientam a necessidade de atuar a nível comunitário e familiar, capacitando não só a escola, mas os próprios pais, pares e comunidade,

fornecendo ferramentas que lhes permitam identificar e agir perante jovens com comportamentos autolesivos, para que estes tenham o apoio e cuidados adequados.

De um modo geral, os resultados obtidos suportam investigações prévias sobre os comportamentos autolesivos na adolescência e auxiliam na compreensão da sua influência na vivência dos jovens e na construção que fazem de si mesmos e da sua realidade.

Referências Bibliográficas

- Acinas, M., & Prieto, F. (2009). Gestión de emergências por intento de suicídio. In E. Torres, *Psicología y emergencia: Habilidades psicológicas en las profesiones de socorro y emergencia* (pp. 312-365). Bilbao: Desclée de Brouwer
- Abrams, L., & Gordon, A. (2003). Self-harm Narratives of Urban and Suburban Young Women. *Affilia*, 18(4), 429-444. doi: 10.1177/0886109903257668
- Azenha, S., & Peixoto, B. (2014). Introdução à psicopatologia na ideação suicida. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (299-306). Lisboa: Lidel
- Azevedo, A., & Matos, A. (2014). Ideação suicida e sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15(1), 180-191. <https://dx.doi.org/10.15309/14psd150115>
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barrocas, A., Hankin, B., Young, J., & Abela, J. (2012). Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *PEDIATRICS*, 130(1), 39–45. doi: 10.1542/peds.2011-2094
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149. <https://dx.doi.org/10.15309/16psd170203>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bridge, J., Goldstein, T., & Brent, D. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(3-4), 372–394. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x
- Bruner, J. (1991). The Narrative Construction of Reality. *Critical Inquiry*, 18(1), 1-21
- Bruner, J. (2004). Life as Narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710
- Botella, L. (2001). *Diálogo, Relaciones y Cambio: Una Aproximación Discursiva a la Constructivista*. FPCEE Blanquerna, Universidade Ramón Llull, Barcelona, España. Retirado de <https://www.researchgate.net/publication/242421653>

- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J., Santos, J., Santos, J., & Santos, N. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio. Lisboa: Direção Geral da Saúde
- Casey, B., Jones, R., & Hare, T. (2008). The Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1124, 111-126
- Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate Self-harm at an Adolescent Unit: A Qualitative Investigation. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 185-204. doi: 10.1177/1359104504041918
- Crick, N., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15(03). doi: 10.1017/s095457940300035x
- Crow, S., Eisenberg, M. E., Story, M., & Neumark-Sztainer, D. (2008). Are body dissatisfaction, eating disturbance, and body mass index predictors of suicidal behavior in adolescents? A longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 887-892. doi:10.1037/a0012783
- Cruz, D., & Sampaio, D. (2014). Psicoterapias nos comportamentos autolesivos. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (159-170). Lisboa: Lidel
- Dahl, R. (2004). Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities.. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 1-22
- de Leo, D., & Heller, T. (2004). Who are the kids who self-harm? An Australian self-report school survey. *The Medical Journal of Australia*, 181, 140-144
- Dias, G., & Fontaine, A. (1996). Tarefas desenvolvimentais e bem-estar dos jovens: Algumas implicações para o aconselhamento psicológico. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 103-114
- du Roscoät, E., Legleye, S., Guignard, R., Husky, M., & Beck, F. (2016). Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 190517-521. doi:10.1016/j.jad.2015.10.049

- Evans, E., Hawton, K., Rodham, K., & Deeks, J. (2005). The Prevalence of Suicidal Phenomena in Adolescents: A Systematic Review of Population-Based Studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(3), 239-250
- Fergusson, D., Woodward, L., & Horwood, L. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behavior during adolescence and early adulthood. *Psychological Medicine*, 30, 23-39
- FFMS. (2018). Óbitos de residentes em Portugal por alguma causas de morte. *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>
- Fonte, C. (2006). A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspeto do processo de construção de significados. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 123-131
- Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A., Machado, B., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541
- Gouveia-Pereira, M., Pedro, I., Amaral, V., Alves-Martins, M., & Peixoto, F. (2000). Dinâmicas grupais na adolescência. *Análise Psicológica*, 2(XVIII), 191-201
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do families of adolescents with suicidal ideation behave?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171-178
- Guerreiro, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-213. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Guerreiro, D., Sampaio, D., Figueira, M., & Madge, N. (2017). Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research*, 21, 83-99. doi: 10.1080/13811118.2015.1004480
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *BMJ*, 325(7374), 1207–1211. doi: 10.1136/bmj.325.7374.1207
- Hawton, K., Saunders, K., & O'Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373-2382

- Hill, K., & Dallos, R. (2011). Young people's stories of self-harm: A narrative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 17(3), 459-475. doi: 10.1177/1359104511423364
- Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). Adolescence as a unique developmental period. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(5), 291-293. doi: 10.1503/jpn.150268
- Jorge, J., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 2 (XXXIII), 207-219. doi: 10.14417/ap.991
- Klonsky, E. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2007), 226–239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002
- Klonsky, E. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008
- Klonsky, E. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(09), 1981–1986. doi: 10.1017/s0033291710002497
- Klonsky, E., & Glenn, C. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z
- Klonsky, E., Glenn, C., Styer, D., Olino, T., & Washburn, J. (2015). The functions of nonsuicidal self-injury: converging evidence for a two-factor structure. *Child & Adolescent Psychiatry & Mental Health*, 9(44), 1-9. doi: 10.1186/s13034-015-0073-4
- Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. doi: 10.1002/jclp.20412
- Klonsky, E., & Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22–27. doi: 10.1037/0022-006x.76.1.22
- Kristensen, C., Schaefer, L., & Busnello, F. (2010). Estratégias de coping e sintomas de stress na adolescência. *Estudos de Psicologia*, 27(1), 21-30

- Kuntsche, E., von Fischer, M., & Gmel, G. (2008). Personality factors and alcohol use: A mediator analysis of drinking motives. *Personality and Individual Differences*, 45(8), 796–800. doi: 10.1016/j.paid.2008.08.009
- Lam, L., Cheng, Z., & Liu, X. (2013). Violent Online Games Exposure and Cyberbullying/Victimization Among Adolescents. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 159–165. doi: 10.1089/cyber.2012.0087
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of... *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457. doi: 10.1007/s10964-005-7262-z
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., de Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people - Comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x
- Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. doi: 10.1007/s00787-011-0210-4
- Marshall, H., & Yazdani, A. (1999). Locating Culture in Accounting for Self-harm amongst Asian Young Women. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9, 413-433
- Messias, E., Castro, J., Saini, A., Usman, M., & Peeples, D. (2011). Sadness, Suicide, and Their Association with Video Game and Internet Overuse among Teens: Results from the Youth Risk Behavior Survey 2007 and 2009. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(3), 307–315. doi: 10.1111/j.1943-278x.2011.00030.x
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal Features and Functions of Nonsuicidal Self-Injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67-80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x
- Murray, C., Warm, A., & Fox, J. (2005). An Internet survey of adolescent self-injurers. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4(1), 18–26. doi: 10.5172/jamh.4.1.18

- Nock, M., & Prinstein, M. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140
- Nock, M., & Kessler, R. (2006). Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 115(3), 616-623. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.616
- Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010
- Nock, M. (2008). Actions speak louder than words: An elaborated theoretical model of the social functions of self-injury and other harmful behaviors. *Applied & Preventive Psychology*, 12(4), 159-168. doi: 10.1016/j.appsy.2008.05.002
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behavior. *Epidemiological Reviews*, 30, 133-154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Nock, M. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258
- Oldershaw, A., Richards, C., Simic, M., & Schmidt, U. (2008). Parents' perspectives on adolescent self-harm: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 193(02), 140-144. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045930
- Oliveira, A., Amâncio, L., & Sampaio, D. (2001). Arriscar morrer para sobreviver: Olhar sobre o suicídio adolescente. *Análise Psicológica*, 19(4), 509-521.
- Ougrin, D., & Zundel, T. (2010). Defining self-harm. In D. Ougrin, T. Zundel, & A. Ng, *Self-harm in young people: A therapeutic assessment manual* (pp. 1-17). Londres: Hodder Arnold
- Paulino, M., Viegas, F., Costa, J., & Pereira, C. (2015). A complementaridade de perspetivas na investigação do suicídio: A psicologia, a medicina legal e a criminalística. In M. Paulino, & F. Almeida, *Profiling, Vitimologia & Ciências Forenses: Perspetivas atuais* (pp. 49-96). Lisboa: Pactor
- Pereira, C. (2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *Psilogos*, 9(1), 11-23

- Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H., Innamorati, M., Iliceto, P., Akiskal, K., Lester, D., Narciso, V., Ferracuti, S., Tatarelli, R., de Pisa, E., & Girardi, P. (2008). Temperament and Personality Dimensions in Suicidal and Nonsuicidal Psychiatric Inpatients. *Psychopathology*, 41(5), 313–321. doi: 10.1159/000146069
- Quartilho, M. (2014). Contextos sociais e interpessoais. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (pp. 15-32). Lisboa: Lidel
- Rissanen, M., Kylmä, J., & Laukkanen, E. (2008). Descriptions of Self-mutilation among Finnish Adolescents: A Qualitative Descriptive Inquiry. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 145-163. doi: 10.1080/01612840701792597
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém morre sozinho*. Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., Oliveira, A., Vinagre, M., Gouveia-Pereira, M., Santos, N., & Ordaz, O. (2000). Representações sociais do suicídio em estudantes do ensino secundário: as explicações dos jovens. *Análise Psicológica*, 2 (XVIII), 139-155.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. In P. Monteiro, *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência* (pp. 383-392). Lisboa: Lidel
- Santos, N., & Neves, E. (2014). Adolescência e comportamentos suicidários. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (pp. 225-240). Lisboa: Lidel
- Santos, M. (2014). Da proteção e do risco. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (pp. 111-126). Lisboa: Lidel
- Saraiva, C. (2010). Prefácio. In N. Moreira, *Suicídio nas Prisões* (pp. 7-10). Porto: Legis Editora
- Saraiva, C. & Gil, N. (2014). Conceitos e limites em suicidologia. In C. Saraiva, B. Peixoto, & D. Sampaio, *Suicídio e Comportamentos Autolesivos* (pp. 41-54). Lisboa: Lidel
- Shneidman, E. (1993). Suicide as Psychache. *Nervous and Mental Disease*, 181(3), 145-147
- Sinclair, J., & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self-harm: qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ*, 330(7500), 1112. doi: 10.1136/bmj.38441.503333.8f

- Sobrinho, A., & Campos, C. (2016). Percepção de acontecimentos de vida negativos, depressão e risco de suicídio em jovens adultos. *Análise Psicológica*, 1(XXXIV), 47-59. doi: 10.14417/ap.1061
- Sousa, A., Machado, C., & Branco, V. (2008). Raízes quebradas: o comportamento suicida e a importância de transformar os vínculos afetivos na adolescência. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 211-284
- Sun, F. (2011). A Concept Analysis of Suicidal Behavior. *Public Health Nursing*, 28(5), 458-468. doi: 10.1111/j.1525-1446.2011.00939.x
- Suyemoto, K. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554
- Taylor, B. (2003). Exploring the perspectives of men who self-harm. *Learning in Health and Social Care*, 2(2), 83-91. doi: 10.1046/j.1473-6861.2003.00042.x
- Tomori, M., Kienhorst, C., de Wilde, E., & van den Bout, J. (2001). Suicidal behaviour and family factors among Dutch and Slovenian high school students: a comparison. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(3), 198-203. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00215.x
- Valas, J. (1986). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.101-128). Porto: Afrontamento
- van Geel, M., Goemans, A., & Vedder, P. (2015). A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 230, 364-368
- Vieira, A., & Henriques, M. (2014). A Construção Narrativa da Identidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 163-170
- Wagner, B. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2), 246-298. doi: 10.1037/0033-2909.121.2.246
- Wedig, M., & Nock, M. (2007). Parental expressed emotion and adolescent self-injury. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46, 1171-1178. doi: 10.1097/chi.0b013e3180ca9aaf
- World Health Organization [WHO]. (s.d.)¹. Maternal, newborn, child and adolescent health: Adolescent development. Retirado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/development/en/

World Health Organization [WHO]. (s.d.)². Adolescent health. Retirado de http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/

World Health Organization [WHO]. (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework. Retirado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/9789241503570_eng.pdf;jsessionid=15D6569DC44BD382E16EDFE0872E5C2D?sequence=1

ANEXOS

ANEXO A – Óbitos de residentes em Portugal por suicídio

Óbitos de residentes em Portugal por suicídio (Indivíduo)

ANOS	CAUSA DE MORTE: SUICÍDIO
2010	1.098
2011	1.012
2012	1.066
2013	1.051
2014	1.216
2015	1.127

Fonte: FFMS. (2018). Óbitos de residentes em Portugal por alguma causas de morte. *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+de+residentes+em+Portugal+por+algumas+causas+de+morte-156>

Óbitos de residentes em Portugal por suicídio (Proporção – %)

ANOS	CAUSA DE MORTE: SUICÍDIO
2010	1.0
2011	1.0
2012	1.0
2013	1.0
2014	1.2
2015	1.0

Fonte: FFMS. (2018). Óbitos de residentes em Portugal por alguma causas de morte. *PORDATA – Estatísticas, gráficos e indicadores de Municípios, Portugal e Europa*. Retirado de [https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+\(percentage+m\)-758](https://www.pordata.pt/Portugal/%C3%93bitos+por+algumas+causas+de+morte+(percentage+m)-758)

ANEXO B – Questionário Sociodemográfico e de Saúde (Barros & Lourenço)

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE

ALUNO (A)

Este é o último questionário que integra a investigação sobre os Aspetos Psicológicos e Emocionais dos alunos e alunas da ESDIVAVC.

Os dados que preencheres são anónimos e confidenciais. As informações obtidas serão mantidas em sigilo destinando-se, exclusivamente, a tratamento estatístico.

Por favor responde a todas as perguntas e assinala com um (X) nas respostas opcionais aquela com a qual te identificas.

IDENTIFICAÇÃO

- 1- Género: Feminino () Masculino ()
- 2- Naturalidade _____
Nacionalidade _____
- 3- Idade: _____ Anos
- 4- Ano de Escolaridade: _____ Ano
- 5- Turma: _____
- 6- Área Escolar: Ciências () Artes () Economia () Humanísticas ()
Ensino Profissional ()

SITUAÇÃO ESCOLAR

- 7- Já repetiste algum ano? Sim () Não ()
Se sim, indica o nº de vezes e em que ano(s) de escolaridade? _____
- 8- Tens alguma necessidade educativa especial? Sim () Não ()
Se sim, usufruis de apoio ao abrigo do Regime da Educação Especial? Sim () Não ()
- 9- Tens alguma atividade extracurricular? Sim () Não ()
Se sim, indica qual(quais)? _____

10- O teu aproveitamento é:

Muito Bom () Bom () Médio () Mau () Muito Mau ()

11- Qual é a média das tuas notas? _____

12- Tiveste alguma negativa? Sim () Não ()

Se sim, a que disciplina(s)? _____

13- Gostas de andar na escola? Sim () Não ()

Porquê? _____

RELACIONAMENTO INTERPESSOAL

13 – A tua relação com os Colegas da escola é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

14 - Tens algum colega na escola que consideras o teu melhor amigo(a)?

Sim () Não ()

15 – A tua relação com os Professores é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

16 - A tua relação com os Funcionários é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

RELAÇÕES FAMILIARES

17 – Vives com quem?

Pais () Mãe () Pai () Avó(ó) () Irmão(ã) ()

Outro (): Quem? _____

18 – Tens irmãos?

Sim () Não () Se sim quantos irmãos tens? _____

Quais as idades dos teus irmãos? _____

19 – Habilitações Literárias: Pai _____ Mãe _____

20 – Profissão: Pai _____ Mãe _____

21 – Situação profissional dos pais (atual):

Pai

Mãe

Trabalho por conta própria ()

Trabalho por conta própria ()

Trabalho por conta de outrem ()

Trabalho por conta de outrem ()

Desempregado ()

Desempregado ()

Outra () Qual? _____

Outra () Qual? _____

22 - Estado Civil dos teus pais:

Solteiros () Casados () Divorciados () Em União de Facto () Viúvo(a) ()

23 – A tua relação com os Pais é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

24 – A tua relação com os irmãos é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

ATIVIDADES EXTRA ESCOLA – RECREATIVAS OU DESPORTIVAS

25 – Tens alguma atividade extra curricular? Sim () Não ()

Se sim indica qual ou quais? Desporto () Música () Arte () Escuteiros ()

Associações () Voluntariado () Religioso ()

Outra (): Qual? _____

26 – Esta atividade decorre na escola? Sim () Não ()

ESTADO DE SAÚDE

27 - Já recorreste a algum psicólogo? Sim () Não ()

Se sim porquê? _____

28 – Tens algum problema de saúde física? Sim () Não ()

Se sim diz qual? Alergias () Asma () Diabetes () Doença Crónica ()

Outra (): Qual? _____

29 – Tomas alguma medicação regular? Sim () Não ()

Se sim diz qual? _____

30 – Em geral pensas que a tua saúde é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

ACONTECIMENTOS VIDA SIGNIFICATIVOS

31 – Pensa nos teus dois últimos anos.

Ocorreu algum acontecimento de vida ou situação que consideres importante?

Sim () Não ()

Se sim diz qual ou quais?

Morte () Divórcio/Separação pais () Dificuldades financeiras em casa ()

Conflitos com pais () Conflitos com irmãos () Conflitos com amigos ()

Conflitos amorosos () Início de namoro ()

Outros ():

Quais? _____

RELAÇÃO COM AMIGOS

32 – A tua relação com os amigos é:

Muito boa () Boa () Razoável () Má () Muito má ()

OBRIGADA PELA TUA PARTICIPAÇÃO! ☺

ANEXO C – Inventário de Comportamentos Autolesivos (ICAL) (Gouveia-Pereira & Duarte, 2015)

Alguma vez, durante a tua vida, **intencionalmente** (ou seja, de tua própria vontade), tomaste uma dose excessiva de medicamentos (comprimidos ou outros), ou magoaste-te de uma outra maneira (como por exemplo, com cortes no teu corpo, queimando-te, ou intoxicando-te com drogas e/ou álcool), **com a ideia de fazeres mal a ti próprio?**

<input type="checkbox"/>	NÃO
<input type="checkbox"/>	SIM, POR UMA VEZ
<input type="checkbox"/>	SIM, MAIS DO QUE UMA VEZ

1. Por favor, assinala se ao longo da tua vida já realizaste **intencionalmente** (ou seja, de tua própria vontade) cada um destes comportamentos **em ti próprio e com a ideia de fazeres mal a ti mesmo**:

	NÃO	SIM		
		1 vez	2 a 10 vezes	mais de 10 vezes
Cortei-me				
Mordi-me				
Queimei-me				
Cravei/Gravei símbolos ou palavras na minha pele (sem contar com tatuagens)				
Puxei/Arranquei o cabelo				
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)				
Consumi drogas com a intenção de me magoar				
Espetei-me com agulhas				
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar				
Bebi em excesso com a intenção de me magoar				
Bati com o corpo ou bati em mim próprio				
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar				
Tentei suicidar-me				
Outros. Quais?				

2. Por favor descreve, **com o máximo de detalhes possíveis**, a vez que mais te marcou em que fizeste um destes comportamentos:

3. Com que idade realizaste estes comportamentos pela primeira vez? _____

4. Quando realizaste estes comportamentos pela última vez? ____ / ____ / ____

(Data aproximada dia/mês/ano)

5. De onde retiraste a ideia para fazer estes comportamentos? Por favor, assinala uma ou mais opções:

<input type="checkbox"/>	Internet (Facebook, Tumblr, sites, etc)	<input type="checkbox"/>	Livros
<input type="checkbox"/>	Filmes/Séries	<input type="checkbox"/>	Amigos/Colegas
<input type="checkbox"/>	Outro sítio. Qual? _____		

6. Sentes dor física quando realizas estes comportamentos? Por favor, assinala uma das opções:

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
-------	-----------	------------------	-----------------	--------

7. Estás sozinho quando realizas estes comportamentos? Por favor, assinala uma das opções:

Nunca	Raramente	Algumas Vezes	Quase Sempre	Sempre
-------	-----------	------------------	-----------------	--------

8. Onde costumavas realizar esses comportamentos? Por favor, assinala uma ou mais opções:

<input type="checkbox"/>	Casa	<input type="checkbox"/>	Escola
<input type="checkbox"/>	Outro Sítio. Qual? _____		

9. Normalmente, quanto tempo passa desde o momento em que pensas em fazer estes comportamentos até ao momento em que os fazes realmente? Por favor, assinala uma das opções:

Menos de 1 hora	1 a 3 horas	3 a 6 horas	6 a 12 horas	12 a 24 horas	Mais de um dia
-----------------	-------------	-------------	--------------	---------------	----------------

10. Queres ou já quiseste parar estes comportamentos? Por favor, assinala uma das opções:

NÃO SIM

Porquê? _____

Se pensas ou achas que precisas de falar com alguém sobre algum dos comportamentos apresentados anteriormente ou sobre outro assunto que te preocupe ou incomode, podes recorrer aos seguintes números:

SOS Voz Amiga (todos os dias das 16h às 24h)

21 354 45 45
91 280 26 69
96 352 46 60

Telefone da Amizade (todos os dias das 16h às 23h)

22 832 35 35
808 22 33 53

Hospital de Santa Maria: Av. Prof. Egas Moniz, Lisboa, Tel. 21 780 51 37,

E-mail: info@tu-importas.com

Centro de Saúde de Sete Rios – Consulta de Psicologia: Largo Professor Arnaldo Sampaio, Tel. 21 721 1800

E-mail: tuesunico@gmail.com

ANEXO D – Termo de Consentimento Informado para o(a) Aluno(a)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Aluno (a)

O presente estudo, está a ser realizado pela equipa de Psicologia do Centro de Saúde de Sete Rios integrado no programa Saúde Escolar e em colaboração com a Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho e a Escola Secundária D. Pedro V – Agrupamento de Escolas das Laranjeiras.

O **objetivo principal** é a identificação de variáveis comportamentais em adolescentes que contribuam para promover a saúde, o bem-estar individual/coletivo e o sucesso académico.

É esperado que, ao aceitar participar no estudo, o participante preencha 6 questionários de forma sincera e espontânea, nos quais **não há respostas certas ou erradas**, de modo a ser possível recolher a informação necessária para a concretização do objetivo.

A participação neste estudo é inteiramente **voluntária**. O participante tem a possibilidade, de negar a participação ou de se retirar, a qualquer momento, sempre que assim o entender, sem qualquer prejuízo.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma totalmente **confidencial e anónima**, servirão para investigação, divulgação geral e, a sua eventual publicação, só poderá ter lugar em revistas da especialidade em formato de dados gerais relativos à população estudada e nunca dados individuais.

Declaro que aceito participar no estudo, que tomei conhecimento do objetivo deste projeto e dos procedimentos pedidos. Fui esclarecido/a acerca de todos os aspetos importantes e não tenho qualquer dúvida. Fui informado/a que a participação é voluntária e sei que tenho liberdade de recusar/desistir sem qualquer penalização. Assim, aceito participar neste projeto.

Data ____/____/____

O/A Participante

Maria João Barros

Posteriormente ao estudo, caso surja alguma dúvida ou questão pode entrar em contacto através do e-mail: tuesunico@gmail.com

ANEXO E – Termo de Consentimento Informado para o Encarregado de Educação

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO Encarregados de Educação

O presente estudo está a ser realizado pela equipa de Psicologia do Centro de Saúde de Sete Rios integrado no programa Saúde Escolar e em colaboração com a Escola Secundária Maria Amália Vaz de Carvalho e o Agrupamento de Escolas das Laranjeiras Escola Secundária D. Pedro V)..

O **objetivo principal** é a identificação de variáveis comportamentais em adolescentes que contribuam para promover a saúde mental, o bem-estar individual/coletivo e o sucesso académico.

É esperado que, ao aceitar participar no estudo, o participante preencha 7 questionários, de forma sincera e espontânea, nos quais **não há respostas certas ou erradas**, de modo a ser possível recolher a informação necessária para a concretização do objetivo.

A participação neste estudo é inteiramente **voluntária**. O participante tem a possibilidade, de negar a participação ou de se retirar, a qualquer momento, sempre que assim o entender, sem ter qualquer prejuízo.

Todos os dados recolhidos serão tratados de forma totalmente **confidencial** e **anónima**, servirão para investigação ou divulgação geral e a sua, eventual, publicação, só poderá ter lugar em revistas da especialidade em formato de dados gerais relativos à população estudada e nunca com dados individuais.

Declaro que aceito que o meu educando participe no estudo, que tomei conhecimento do objetivo deste projeto e dos procedimentos pedidos. Fui esclarecido/a acerca de todos os aspetos importantes e não tenho qualquer dúvida. Fui informado/a que a participação do meu educando é voluntária e sei que temos liberdade de recusar/desistir sem qualquer prejuízo ou penalização.

Assim, aceito que o meu educando participe neste projeto.

Data ____/____/____

O/A Encarregado(a) de Educação

Maria João Barros

Posteriormente ao estudo, caso surja alguma dúvida ou questão pode entrar em contacto através do e-mail: tuesunico@gmail.com

ANEXO F – Tabela 5 (Versão Completa)

Tabela 5 (Versão Completa): *Frequência de realização de CAL de acordo com o método utilizado, em função do sexo*

<i>Método</i>		<i>Sexo</i>		<i>Total</i> N (%)
		<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	1 vez	15 (13.8)	11 (20.0)	77 (47.0)
	2 a 10 vezes	19 (17.4)	16 (29.1)	
	>10 vezes	12 (11.0)	4 (7.3)	
	<i>Total</i>	46 (42.2)	31 (56.4)	
Cortei-me	1 vez	20 (18.3)	7 (12.7)	75 (45.7)
	2 a 10 vezes	26 (23.9)	3 (5.5)	
	>10 vezes	16 (14.7)	3 (5.5)	
	<i>Total</i>	62 (56.9)	13 (23.6)	
Mordi-me	1 vez	12 (11.0)	10 (18.2)	66 (40.2)
	2 a 10 vezes	24 (22.0)	10 (18.2)	
	>10 vezes	7 (6.4)	3 (5.5)	
	<i>Total</i>	43 (39.4)	23 (41.8)	
Puxei/Arranquei o cabelo	1 vez	17 (15.6)	3 (5.5)	55 (33.5)
	2 a 10 vezes	17 (15.6)	10 (18.2)	
	>10 vezes	6 (5.5)	2 (3.6)	
	<i>Total</i>	40 (36.7)	15 (27.3)	
Tentei suicidar-me	1 vez	24 (22.0)	9 (16.4)	51 (31.1)
	2 a 10 vezes	14 (12.8)	2 (3.6)	
	>10 vezes	2 (1.8)	-	
	<i>Total</i>	40 (36.7)	11 (20.0)	
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por comichão)	1 vez	18 (16.5)	3 (5.5)	50 (30.5)
	2 a 10 vezes	15 (13.8)	6 (10.9)	
	>10 vezes	7 (6.4)	1 (1.8)	
	<i>Total</i>	40 (36.7)	10 (18.2)	
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	1 vez	13 (11.9)	7 (12.7)	41 (25.0)
	2 a 10 vezes	14 (12.8)	3 (5.5)	
	>10 vezes	4 (3.7)	-	
	<i>Total</i>	31 (28.4)	10 (18.2)	

Cravei/Gravei símbolos na minha pele (sem contar com tatuagens)	1 vez	15 (13.8)	2 (3.6)	37 (22.6)
	2 a 10 vezes	8 (7.3)	4 (7.3)	
	>10 vezes	7 (6.4)	1 (1.8)	
	<i>Total</i>	30 (27.5)	7 (12.7)	
Queimei-me	1 vez	9 (8.3)	4 (7.3)	20 (12.2)
	2 a 10 vezes	7 (6.4)	-	
	>10 vezes	-	-	
	<i>Total</i>	16 (14.7)	4 (7.3)	
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	1 vez	7 (6.4)	3 (5.5)	20 (12.2)
	2 a 10 vezes	6 (5.5)	-	
	>10 vezes	4 (3.7)	-	
	<i>Total</i>	17 (15.6)	3 (5.5)	
Consumi drogas com a intenção de me magoar	1 vez	7 (6.4)	-	18 (11.0)
	2 a 10 vezes	5 (4.6)	1 (1.8)	
	>10 vezes	5 (4.6)	-	
	<i>Total</i>	17 (15.6)	1 (1.8)	
Espetei-me com agulhas	1 vez	1 (0.9)	2 (3.6)	11 (6.7)
	2 a 10 vezes	3 (2.8)	3 (5.5)	
	>10 vezes	1 (0.9)	1 (1.8)	
	<i>Total</i>	5 (4.6)	6 (10.9)	
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	1 vez	2 (1.8)	2 (3.6)	10 (6.1)
	2 a 10 vezes	3 (2.8)	-	
	>10 vezes	3 (2.8)	-	
	<i>Total</i>	8 (7.3)	2 (3.6)	
Outros	1 vez	2 (1.8)	-	5 (3.0)
	2 a 10 vezes	-	1 (1.8)	
	>10 vezes	1 (0.9)	1 (1.8)	
	<i>Total</i>	3 (2.8)	2 (3.6)	