

**Entre a dor e a regulação emocional: funções e causas dos
comportamentos autolesivos numa perspetiva qualitativa**

JOÃO LOUREIRO SAMPAIO

Orientador de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ORNELAS

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSOR DOUTOR JOSÉ ORNELAS

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2025

Dissertação de Mestrado realizada sob
orientação de Prof. Doutor José Ornelas
apresentada no Ispa – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na
especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao Professor Doutor José Ornelas pelo apoio na orientação da minha tese, à Professora Doutora Maria Gouveia-Pereira por todo o apoio e imensa disponibilidade para me ajudar neste meu projeto, ao dr. Luís Calado e à dra. Manuela Ferreira pela ajuda na recolha da amostra.

Gostaria ainda de agradecer aos meus pais e avós por toda a ajuda e apoio durante o meu percurso académico e por colocarem o interesse pela psicologia precocemente na minha vida.

Por último, agradeço aos participantes que aceitaram participar, por toda a confiança que depositaram em mim.

Resumo

A presente dissertação, intitulada “*Entre a dor e a regulação emocional: funções e causas dos comportamentos autolesivos numa perspetiva qualitativa*”, tem como objetivo compreender as funções e significados atribuídos aos comportamentos autolesivos (CAL), tendo em conta os sentimentos e emoções associados aos momentos antes e depois da sua ocorrência, bem como a influência de experiências traumáticas, nomeadamente o abuso sexual, na génese e manutenção destes comportamentos.

Partindo de uma abordagem qualitativa, o estudo baseia-se na realização de cinco entrevistas a jovens em acompanhamento psicoterapêutico com histórico de autolesão não suicida. A análise dos dados foi conduzida segundo o método de análise de conteúdo categorial-temática, que permite identificar padrões e dimensões emergentes a partir dos discursos dos participantes.

Os resultados evidenciam a predominância das funções intrapessoais sobre as funções interpessoais, destacando-se a *regulação do afeto*, a *autopunição*, a *substituição do sofrimento* e o *mecanismo de fuga* como as mais frequentes. Estas funções traduzem uma tentativa de lidar com emoções negativas intensas, sentimentos de culpa, frustração e vazio, que atuam como mecanismos disfuncionais de regulação emocional. As funções interpessoais, como a *influência interpessoal*, surgem de forma menos expressiva, mas refletem a dimensão comunicacional e relacional do comportamento autolesivo.

A análise sugere ainda que experiências traumáticas precoces, particularmente abusos físicos ou sexuais e relações familiares disfuncionais, constituem fatores de vulnerabilidade significativos, reforçando a relação entre trauma, desregulação emocional e autoagressão. O comportamento autolesivo emerge assim como uma forma de *substituir a dor emocional por dor física* e de *restabelecer um sentido de controlo sobre o corpo e sobre as emoções*.

O estudo confirma a relevância clínica de compreender as funções psicológicas e comunicacionais dos CAL, sublinhando a necessidade de intervenções terapêuticas que privilegiem a regulação emocional, o reconhecimento do sofrimento subjetivo e a reconstrução da narrativa pessoal do trauma. As conclusões apontam para a importância de uma abordagem multidimensional e preventiva, que integre fatores biológicos, psicológicos e sociais, e para a valorização do papel da psicoterapia como espaço de simbolização e elaboração da dor.

Abstract

This dissertation, entitled “Between Pain and Emotional Regulation: Functions and Causes of Self-Injurious Behaviors from a Qualitative Perspective”, aims to understand the functions and meanings attributed to self-injurious behaviors (SIB), the emotions and feelings associated with them before and after their occurrence, as well as the influence of traumatic experiences, namely sexual abuse, on the genesis and maintenance of these behaviors.

Based on a qualitative and exploratory approach, the study draws on five interviews conducted with young people undergoing psychotherapeutic treatment with a history of non-suicidal self-injury. Data analysis followed the categorical–thematic content analysis method, allowing for the identification of patterns and emerging dimensions within participants’ narratives.

The results reveal the predominance of intrapersonal functions over interpersonal ones, highlighting affect regulation, self-punishment, substitution of suffering, and escape mechanism as the most frequent. These functions represent an attempt to cope with intense negative emotions, such as guilt, frustration, and emptiness, acting as maladaptive mechanisms of emotional regulation. Interpersonal functions, such as interpersonal influence, appeared less frequently but reflected the communicational and relational dimension of self-injurious behavior.

The analysis further suggests that early traumatic experiences — particularly physical or sexual abuse and dysfunctional family relationships — constitute significant vulnerability factors, reinforcing the link between trauma, emotional dysregulation, and self-aggression. Self-injury thus emerges as a way to transform emotional pain into physical pain, restoring a sense of control over one’s body and emotions.

The study confirms the clinical relevance of understanding the psychological and communicational functions of self-injury, emphasizing the need for therapeutic interventions that promote emotional regulation, recognition of subjective suffering, and reconstruction of the personal trauma narrative. The conclusions highlight the importance of a multidimensional and preventive approach, integrating biological, psychological, and social factors, and underscore the value of psychotherapy as a space for the symbolization and elaboration of pain.

Índice

Introdução	01
Enquadramento Teórico	03
O enquadramento dos Comportamentos auto-lesivos na adolescência	03
A definição e causas dos comportamentos auto-lesivos	05
As funções dos comportamentos autolesivos	12
Fatores de predisposição para os comportamentos auto-lesivos	18
O abuso sexual	19
Relação entre o abuso sexual e os comportamentos auto-lesivos	23
A relevância do estudo dos CAL e a perspectiva preventiva	24
Método	26
Desenho do estudo	26
Participantes	27
Instrumento / materiais	27
Procedimento	27
Análise de Dados	27
Resultados e discussão dos resultados	28
Conclusões	43
Referências	47
Anexos	51

Introdução

O reconhecimento dos comportamentos autolesivos (CAL) pela comunidade científica como um problema de saúde pública particularmente evidente na adolescência, com forte visibilidade mediática e relevância clínica, faz com que seja atualmente uma área de constante atenção científica. No entanto, embora a investigação sobre o tema tenha avançado significativamente, a complexidade do fenómeno e a necessidade de uma melhoria nas estratégias de prevenção, justifica um contínuo investimento na sua compreensão.

O estudo de Guerreiro *et al.* (2013b) sustentado numa amostra comunitária de 1713 adolescentes de Lisboa (com idades compreendidas entre os 12 e os 20 anos), verificou-se que 7.3% dos adolescentes refere pelo menos um episódio de comportamentos autolesivos, calculando-se uma prevalência ao longo da vida de 10.5% para raparigas e 3.3% para rapazes. Guerreiro e Sampaio (2013c) referem valores mais elevados na população portuguesa entre 7% e os 33%. As investigações salientam ainda a tendência para apenas uma minoria reportar o comportamento aos cuidados médicos (Guerreiro *et al.*, 2013b; Guerreiro & Sampaio, 2013c).

O estudo colaborativo da OMS ‘Health Behaviour in School-aged Children’ (HBSC) que estuda, em 44 países, os estilos de vida e comportamentos dos adolescentes em diversas dimensões das suas vidas, evidenciou a expressão deste problema. Com uma amostra de 5050 jovens portugueses, com idade média de 14 anos, verificou-se que 15.6% dos adolescentes afirma ter deliberadamente infligido sofrimento a si próprio nos últimos 12 meses (Gaspar *et al.*, 2022). Como podemos verificar a prevalência destes comportamentos têm vindo a aumentar.

Apesar dos avanços, especialmente na primeira década deste século, verifica-se ainda uma escassez de dados empíricos sobre a sua prevalência ou sobre as funções destes comportamentos, nomeadamente no que diz respeito aos ajustes dos instrumentos de medida ao contexto nacional. Também a compreensão deste fenómeno do ponto de vista psicossocial e simbólico regista lacunas, nomeadamente no estudo e abordagem às representações sociais, sendo que a maioria dos estudos tem uma natureza clínico-quantitativa, muito centrada em sintomas, prestando pouca atenção à dimensão relacional, comunicacional e cultural do fenómeno. Da mesma forma a generalidade dos estudos

negligencia as percepções dos familiares, ou seja, aborda apenas a perspectiva dos adolescentes e esquece a família (Duarte, 2018).

A conceptualização dos comportamentos autolesivos como um fenómeno multifatorial, complexo e comunicacional, faz com que este deva ser compreendido de forma biopsicossocial e relacional, e não apenas como um sintoma isolado ou visto apenas como um comportamento suicidário. De facto, a evidência empírica demonstra que os CAL assumem múltiplas funções simultâneas e que o seu significado varia consoante o contexto, o momento e a intenção subjetiva, introduzindo a ideia de que compreender as funções é mais relevante clinicamente do que apenas medir a frequência deste tipo de comportamentos (Klonsky, 2007).

A abordagem às causas e desencadeadores dos CAL, permitem perceber a influência de fatores interpessoais e ambientais (ex: relações familiares conflituosas, negligência emocional, abuso físico/sexual, ou contextos de rejeição social), enquanto predisponentes para este tipo de comportamentos. Klonsky (2007) conclui que o comportamento autolesivo é funcionalmente motivado (tem funções regulatórias), mas é multifatorial, podendo envolver vulnerabilidades emocionais, histórias de trauma e condições relacionais adversas.

É neste contexto que, paralelamente ao aprofundamento das funções dos CAL, esta tese pretende abordar o abuso sexual como desencadeador deste tipo de comportamentos. Um tipo de abuso que se constitui como uma forma grave de trauma infantil e adolescente, com consequências profundas e duradouras sobre a saúde mental e o funcionamento psicossocial. Entre os efeitos mais preocupantes estão os comportamentos autolesivos (CAL), a ideação suicida e as tentativas de suicídio (Roley-Roberts *et al.* 2023)

Compreender a prevalência do abuso sexual e a sua relação com esses comportamentos é crucial para fundamentar intervenções preventivas e políticas de saúde mental baseadas em evidência científica. Apesar da evidência robusta sobre a prevalência, desencadeadores e funções dos CAL, existem ainda lacunas na investigação deste fenómeno: a maioria dos estudos é internacional; relativamente poucos dados se referem a populações portuguesas; as diferenças nas definições de abuso e de autolesão dificultam comparações e generalizações, os estudos longitudinais que analisem aspetos mediadores e moderadores específicos são limitados, tornando essencial explorar mecanismos subjacentes da relação entre abuso sexual e comportamentos autolesivos

Enquadramento Teórico

O enquadramento dos comportamentos autolesivos na adolescência

O estudo sobre os comportamentos autolesivos assume crescente importância pelo sofrimento psicológico e físico, mas também pelos riscos que lhes estão associados. A sua abordagem implica invariavelmente um olhar mais profundo e uma necessária contextualização na adolescência, não só porque os 14 anos são apontados como a idade média em que surgem este tipo de comportamentos, mas também devido à crescente prevalência destes comportamentos nesta fase da vida. Um estudo de 2022, verificou que os comportamentos autolesivos durante os 12 últimos meses desse ano, teria aumentado de 19,6% (2018) para 24,6% (Gaspar *et al.*, 2022). Numa perspetiva da presença destes comportamentos ao longo da vida, o estudo realizado por Guerreiro (2013), refere valores de prevalência cerca de três vezes mais frequente nas mulheres do que nos homens (Guerreiro *et al.*, 2013b). Uma investigação mais recente de Fuschini *et al.* (2024), dão conta de um aumento da prevalência destes comportamentos, evidenciando que, numa amostra de 357 adolescentes e jovens adultos, 50,9% revelava um histórico de CAL.

A adolescência é um período de transição (biológica, psicológica e social) entre a infância e a idade adulta, caracterizado por intensas transformações físicas, cognitivas, emocionais e sociais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, ocorre entre os 10 e os 19 anos de idade, embora atualmente se considere uma extensão até aos 24 anos, por forma a refletir o prolongamento do desenvolvimento psicossocial e da autonomia na sociedade contemporânea. De facto, mudanças sociais observadas nomeadamente, nas alterações nas estruturas familiares e educacionais, bem como no prolongamento da dependência económica dos jovens, determinam a necessidade de expandir a duração da adolescência e reforçam a sua relevância enquanto uma etapa cada vez mais crítica no desenvolvimento da identidade e da autonomia (Sawyer *et al.*, 2018).

A adolescência envolve mudanças biológicas, cognitivas e sociais muito rápidas, que fazem com que seja simultaneamente um período de grande potencial de crescimento, mas também de acentuada vulnerabilidade psicológica e comportamental. No plano biológico, a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal (sistema hormonal que regula a reprodução e a função sexual) desencadeia a puberdade, promovendo o desenvolvimento físico e sexual, mas também uma reorganização significativa do cérebro adolescente, especialmente nas áreas pré-frontais e límbicas, responsáveis pelo controlo inibitório, tomada de decisão e regulação emocional. Este desfasamento entre o

amadurecimento emocional e o controlo executivo contribui para aumento da impulsividade, da procura de sensações novas e da exposição a comportamentos de risco. De salientar que, nesta fase de desenvolvimento, a elevada plasticidade cerebral oferece oportunidades de resiliência e reestruturação positiva, especialmente se existirem contextos de apoio adequados (Sawyer *et al.*, 2018).

Do ponto de vista psicológico a adolescência representa o período no qual ocorre uma maior consciencialização de si próprio e do contexto e ambiente em que o indivíduo está inserido. Esta maior consciência de si e do outro, é determinada pela maturação física e neurobiológica que ocorre nesta fase e conduz à otimização e ao desenvolvimento das capacidades cognitivas, sociais e emocionais do indivíduo (Pais-Ribeiro *et al.*, 2007).

O desenvolvimento emocional permite ao adolescente, determinar o que quer ser e o que não deseja ser como indivíduo, a partir da experimentação um vasto leque de emoções. Por outro lado, o desenvolvimento social garante ao adolescente a aquisição de aptidões relacionais, que lhe permitem interagir quer com o grupo de pares, quer com os adultos que o rodeiam. Neste contexto, a experimentação do erro e do sucesso permite uma aprendizagem e a orientação a um padrão de comportamento adulto (Wyman *et al.*, 2008).

De facto, a dimensão psicossocial assume extrema relevância na adolescência, a ausência de contextos de apoio emocional e social adequados, nomeadamente no confronto com a adversidade e/ou na exposição precoce a trauma, mais facilmente converte a adolescência numa janela de maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações emocionais, autoagressão e comportamentos de risco.

Esta visão da adolescência como uma fase complexa, onde coexistem vulnerabilidade e potencial de adaptação, faz com que seja crucial compreender as interações entre o desenvolvimento neuropsicológico, os contextos sociais e as experiências de vida anteriores, incluindo o trauma infantil, para prevenir consequências negativas a longo prazo. De facto, a vulnerabilidade da adolescência quando combinada com experiências de trauma precoce, pode constituir o terreno fértil para o surgimento de comportamentos autolesivos, enquanto expressão de uma regulação emocional comprometida (Sawyer *et al.*, 2018).

A definição e as causas dos Comportamentos Autolesivos

‘Autolesão não suicida’ é o termo proposto no DSM-V, que descreve o comportamento e respetivos critérios de diagnóstico como: *“No último ano, o indivíduo se engajou, em cinco ou mais dias, em dano intencional autoinfligido à superfície do seu corpo provavelmente induzindo sangramento, contusão ou dor (p. ex., cortar, queimar, fincar, bater, esfregar excessivamente), com a expectativa de que a lesão levará somente a um dano físico menor ou moderado (i.e., não há intenção suicida). A ausência de intenção suicida foi declarada pelo indivíduo ou pode ser inferida por seu engajamento repetido em um comportamento que ele sabe, ou aprendeu, que provavelmente não resultará em morte.”* (in DSM-5, Secção III, p. 803). No entanto, este enquadramento dos CAL no contexto mais lato do suicídio permanece até aos dias de hoje como um tema pouco consensual.

A primeira distinção feita entre comportamentos suicidários e comportamentos autolesivos, foi realizada por Menninger em 1935 que, para além de diferenciar estes diferentes comportamentos, atribui aos CAL uma função de evitamento do suicídio, ou seja, esta diferenciação tem por base a noção de que os comportamentos autolesivos são uma expressão não fatal de desejo de morte atenuado (Duarte, 2018).

A estudo CASE (*Child and Adolescent Self-Harm in Europe*), realizado em 2008, com amostras de sete países distintos, representa uma das maiores investigações internacionais sobre comportamentos autolesivos na adolescência, e define este tipo de comportamento como não associado a uma consequência fatal, no qual um indivíduo inicia deliberadamente um ato com um propósito autoagressivo (Madge *et al.*, 2008).

Nesta distinção entre comportamentos autolesivos e comportamentos suicidários a comunidade científica sugere um conjunto de critérios que pretendem dar uma estrutura operacional a esta distinção, ou seja, pretendem orientar a distinção entre, atos orientados para a morte e atos de autorregulação emocional ou comunicacional, clarificando as diferentes expressões da autoagressão no espectro clínico e comportamental, no entanto os critérios levantem, eles próprios, questões quanto à sua objetividade. Assim, e de forma sistemática, os 4 critérios que auxiliam a distinção entre os CAL e os comportamentos suicidários são:

- **método:** corresponde ao meio / método utilizado para produzir auto-lesão, comportamento suicidário ou a tentativa de suicídio, que indica o nível de planeamento e o grau de risco associado ao ato.
- **resultado:** refere-se à consequência imediata do comportamento: morte, sobrevivência com lesões ou sobrevivência sem ferimentos físicos. Este critério ajuda a avaliar a gravidade e impacto real do episódio.
- **letalidade:** diz respeito ao potencial de morte subjacente ao método escolhido. A letalidade pode ser objetiva (avaliada clinicamente) ou subjetiva (como o próprio indivíduo percebe o risco).
- **Intencionalidade:** o conceito que gera mais desacordo entre a comunidade científica, pois refere-se à intenção de cometer suicídio e é obtida tendo por base o relato do indivíduo, um método que necessita de alguma cautela uma vez que pode conter em si enviesamentos e considerações subjetivas do sujeito. De facto, tem em conta ‘a sua’ memória dos factos e pode integrar mesmo ‘a sua’ ambiguidade face à intencionalidade (Guerreiro, 2014).

Assim, a classificação dos comportamentos autolesivos, nomeadamente na sua distinção face aos comportamentos suicidários, revela-se dificultada pela ambiguidade entre intenção, deliberação e do seu significado. A intenção é dos aspetos mais difíceis de descodificar, e embora se relacione com o propósito do ato em si (nomeadamente se visa provocar a morte ou apenas causar dor física/emocional), depende do autorrelato e da interpretação do sentido do comportamento. O comportamento pode ser suicidário, comunicativo ou impulsivo, e a compreensão da sua natureza exige considerar o contexto emocional, relacional e cultural em que ocorre. Ou seja, é difícil definir claramente se a pessoa tem de facto a intenção de morrer, porque nem sempre a escolha do método pode refletir essa intenção, ou seja, alguém sem desejo suicida pode, por falta de conhecimento, escolher um método letal, e alguém com desejo suicida pode escolher uma forma menos letal, pelas mesmas razões. Além disso, o ato pode não ser deliberado ou consciente, podendo ocorrer de forma impulsiva e sem a intenção explícita de se ferir. Muitas tentativas de suicídio podem incluir motivações não suicidas, como expressar sofrimento ou escapar de problemas. Por fim, a intenção é construída na narrativa pessoal, e desta forma influenciada por fatores psicológicos, culturais, religiosos e filosóficos (Duarte, 2018; Guerreiro, 2014).

Desta forma, é difícil determinar com clareza o motivo real e o objetivo que sustentam o ato, a intencionalidade não é necessariamente consciente ou fixa, pode ser ambígua, contraditória, e até moldada depois, quando o indivíduo conta sua história. Este *insight* é importante para a avaliação clínica e para as intervenções junto destes indivíduos, pois mostra que não há uma linha rígida que separa ‘querer morrer’ de ‘não querer morrer’, e que o comportamento em si pode ser impulsivo, multifacetado e influenciado por múltiplos contextos externos e internos. Os CAL, são de facto fenómenos complexos nomeadamente na sua relação / distinção com o suicídio, que deve ser abordado nas suas múltiplas dimensões pelos profissionais no tratamento e na avaliação de risco.

Esta dificuldade na definição dos comportamentos autolesivos, nomeadamente quanto à intencionalidade (ou não) de suicídio, determina divergências na comunidade científica anglo-saxónica, quanto à definição e delimitação destes comportamentos, sendo possível identificar dois grandes grupos: alguns autores delimitam a comportamentos sem intenção suicida, considerando apenas a agressão corporal do próprio na ausência de intenção de morte (Non suicidal self injury / NSSI). Outros definem os comportamentos autolesivos como comportamentos com intenção de fazer mal a si próprio, com ou sem intenção suicida (Deliberate self harm / DSH), não diferenciando desta forma se se trata ou não de tentativa de suicídio e incluindo todos os métodos de autolesão, uma definição que evita a questão da existência ou não de intencionalidade, que é de facto difícil de abordar e isolar (Duarte, 2018; Guerreiro, 2014).

Para além da dificuldade associada à descodificação da intencionalidade, também a classificação da severidade dos comportamentos para que sejam classificados como autolesivos coloca algumas questões. Esta discussão conduz à questão central de saber se estes comportamentos devem ser entendidos como um continuum de severidade, que vai desde formas superficiais até expressões mais severas, ou se, pelo contrário, representam fenómenos distintos, com motivações e significados diferentes. Esta discussão levanta dúvidas sobre se a autolesão deve ser vista como um espectro único de intensidade ou como categorias diferenciadas de comportamento (Duarte, 2018).

Embora os comportamentos suicidários e os comportamentos autolesivos possam ser considerados fenómenos distintos, a investigação tem apontado para a sua presença num continuum, que engloba a ideação suicida, as tentativas de suicídio e o suicídio

consumado, sendo que é difícil indicar o posicionamento exato dos CAL neste espectro. De facto, diversos estudos apontam para uma relação efetiva entre os comportamentos autolesivos e os comportamentos suicidários. Uns autores defendem que estes se constituem como ‘uma porta de entrada’ (*Gateway Theory*), que mais tarde poderão conduzir a formas mais graves de autolesão, e neste sentido, salientam a sua relevância enquanto elemento preditor do suicídio.

Diversos autores têm explorado esta relação entre os comportamentos autolesivos e a ideação suicida. Duarte *et al.* (2024), na investigação *Is suicidal intent present when adolescents engage in non-suicidal self-injury?: A research note*, com jovens portuguesas (com idades entre os 13 aos 22 anos), verificou uma relação entre os CAL e a ideação suicida. Embora não tenham necessariamente subjacente ideação suicida, o estudo conclui que esta está frequentemente presente quando os jovens praticam este tipo de comportamentos. De facto, segundo a mesma autora, grande parte dos participantes que não relataram qualquer comportamento suicidário anteriormente, referem ideação suicida quando se envolvem em comportamentos autolesivos. Da mesma forma, o estudo evidencia que a diversidade e gravidade dos CAL são preditores da presença de ideação durante os comportamentos.

Victor *et al.* (2015) no estudo *Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth*, identifica igualmente uma relação entre os CAL e a ideação suicida. Os resultados demonstram que os indivíduos com comportamentos autolesivos repetidos, que usam diferentes métodos e que revelam motivações / funções intrapessoais, mostram níveis mais elevados de ideação suicida, no entanto, a autora refere ainda que os métodos de autolesão tidos como de menor gravidade podem ter importância clínica maior do que se pensava anteriormente na avaliação do risco suicida. Estes autores, reconhecendo a complexidade do fenómeno e a sua natureza multifatorial, levantam três hipóteses explicativas para esta relação. Sugerem a possibilidade de existirem fatores comuns de vulnerabilidade (como experiências de vida adversas ou stressantes), que predispõe simultaneamente à autolesão e ao pensamento suicida, a primeira como tentativa de lidar com o sofrimento e a segunda como desejo de escapar a ele. A segunda hipótese propõe uma sequência evolutiva, em que os comportamentos autolesivos surgem inicialmente como estratégia de regulação emocional e que quando deixam de aliviar eficazmente o sofrimento, podem intensificar-

se em gravidade e associar-se a um aumento da suicidalidade, salientam deste modo a ideia de uma progressão funcional. Por fim, a terceira hipótese que sugere um uso compensatório dos CAL, ou seja, os indivíduos com ideação suicida podem descobrir que a autolesão reduz temporariamente o mal-estar associado a esses pensamentos, o que leva ao uso repetido e reforçado do comportamento como forma de autorregulação emocional, aumentando o risco de cronicidade e dependência psicológica (Victor *et al.*, 2015).

Quer os resultados de Victor *et al.* (2015), quer os resultados de Duarte *et al.*, (2024), podem ser interpretados à luz da Teoria da Porta de Entrada (*Gateway Theory*), na qual a NSSI é conceitualizada como o ponto de entrada para um espectro mais amplo de comportamentos suicidas.

No mesmo sentido, Gouveia-Pereira *et al.* (2022) conclui que a diversidade e gravidade dos CAL se revelam preditores significativos da ideação suicida e das tentativas de suicídio em adolescentes, sendo que o estudo reforça a ‘força’ da diversidade de métodos utilizados pelo indivíduo, enquanto preditor das tentativas de suicídio comparativamente a outros estudos. Tal como Victor *et al.* (2015), os dados deixam claro que a severidade elevada dos CAL, não prediz, por si só, e de forma consistente a ideação suicida, pelo contrário, CAL de severidade baixa e alta combinadas apresentaram associações fortes tanto com a ideação como com a tentativa de suicídio. Essa evidência sugere que a variedade da autolesão, mais do que a sua intensidade isolada, pode indicar maior desorganização psicológica ou sofrimento intrapessoal, funcionando como marcador de risco acrescido para transição entre comportamentos autolesivos, para comportamentos suicidários.

Tanto Gouveia-Pereira *et al.* (2022) como Victor *et al.* (2015) desafiam a ideia tradicional de que a gravidade física da autolesão é o principal indicador de risco suicidário. Os resultados convergem na noção de que a função psicológica (intrapessoal), a diversidade e a frequência dos CAL são indicadores mais fiáveis do risco de progressão para ideação e tentativa suicida. Em suma, a relação entre os CAL e o suicídio é dinâmica, multifatorial e mediada por mecanismos emocionais e funcionais, mais do que pela intensidade do dano físico em si. Estes resultados sublinham a importância de considerar, de forma integrada, a diversidade e a gravidade dos comportamentos autoagressivos no contexto clínico e da investigação dos CAL, com vista a identificar e intervir precocemente nos perfis de risco (Gouveia-Pereira *et al.*, 2022).

Os comportamentos autolesivos estão associados a diferentes métodos, sendo que a avaliação da severidade dos métodos, levantada nomeadamente pela investigação de Victor *et al.* (2015), na sua relação com a ideação suicida, é um dos aspetos que contribui para a complexidade do seu estudo.

Estas ações deliberadas nas quais o indivíduo causa dano ao próprio corpo e que incluem métodos como: cortes, queimaduras, puxar de cabelos ou outras formas de autoagressão, servem a múltiplas funções e motivações específicas, sempre associadas ao funcionamento emocional e psicológico do indivíduo (Duarte *et al.*, 2020; Klonsky, 2007). Dados relativos à realidade portuguesa, revelam que os comportamentos mais referidos são ‘cortei-me’ (56.4%), ‘mordi-me’ (54.2%) e ‘bati com o corpo ou bati em mim próprio’ (38.9%). Os comportamentos menos referidos relacionavam-se com a ingestão de medicamento ‘com intenção de me magoar’ (7.6%), e ‘consumo de drogas intenção de me magoar’ (8.5%) (Duarte, 2018).

A literatura distingue 3 graus de severidade dos CAL que correspondem a diferentes gravidades: leve, moderado e severo, que se definem consoante o nível de lesão provocada, sendo que a análise à severidade para determinar o seu grau, deve ter em atenção duas perspetivas principais: a letalidade objetiva e subjetiva. A letalidade objetiva refere-se à avaliação feita por profissionais da saúde sobre o risco real de morte associado a um método específico. Essa análise baseia-se em evidências médicas sobre a probabilidade de o método causar a morte ou danos graves e permanentes. Por exemplo, métodos como uso de armas de fogo ou enforcamento são de alta letalidade objetiva, dada a alta probabilidade de provocar a morte. Por outro lado, atitudes como cortes superficiais ou algumas sobredosagens apresentam menor risco de causar morte, sendo, portanto, classificadas como de baixa letalidade objetiva (Duarte, 2018; Guerreiro, 2014).

Já a letalidade subjetiva, por outro lado, representa a perceção individual da pessoa, sobre o perigo que o método que escolhe oferece. Essa avaliação tende a ser mais subjetiva e influenciada por fatores pessoais, tais como o conhecimento sobre o método, a intenção real ou ambivalente de morrer, o estado emocional do momento, entre outros. Muitas vezes, esses indivíduos podem superestimar ou subestimar o risco associado, o que torna essa dimensão complexa e variável, de facto, dados demonstram que cerca de 50% das pessoas com CAL, não fazem uma avaliação correta quanto à letalidade dos métodos utilizados (Guerreiro & Sampaio, 2013c; Guerreiro, 2014).

Assim, compreender tanto a letalidade objetiva como a subjetiva é fundamental para uma avaliação clínica completa, pois um método pode ser altamente perigoso do ponto de vista médico, mas o indivíduo pode não ter intenção clara de morrer naquele instante, e vice-versa. Essa distinção também facilita o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais eficazes, tendo em conta tanto os riscos físicos reais quanto as motivações e percepções internas do indivíduo. Em suma, a gravidade dos métodos autolesivos não deve ser avaliada apenas pelo potencial letal do ato, mas também pela interpretação pessoal do indivíduo sobre esse risco, o que contribui para um entendimento mais aprofundado desse complexo comportamento (Guerreiro & Sampaio, 2013c; Guerreiro, 2014).

Os comportamentos autolesivos na adolescência embora possuam diferentes gravidades, nomeadamente consoante a sua severidade e diversidade, evidenciam invariavelmente um intenso malestar que não deve ser negligenciado, e podem ser considerados como um desvio de uma evolução saudável e positiva ou como um sinal de uma adolescência patológica. São um fenómeno atualmente associado uma interação complexa de fatores genéticos, biológicos, psiquiátricos, psicológicos, sociais e culturais (Guerreiro *et al.*, 2017), sendo que a literatura tem vindo a salientar a prevalência de patologia psiquiátrica como perturbações da personalidade (dependente, borderline, esquizotímica e evitativa), sintomas de depressão e ansiedade (Gould *et al.*, 2009a).

Madge *et al* (2011) na dimensão multifatorial que atribui aos CAL, destaca a relevância do ‘bem estar psicológico’. O estudo refere uma relação entre estes comportamentos e o sofrimento emocional severo, identificando motivações complexas que envolvem questões psicológicas. O comportamento surge como uma tentativa de lidar com estados emocionais intensos e como expressão dos conflitos psicológicos dos jovens. O estudo alerta ainda para o potencial preventivo que a atenção sobre a saúde mental dos jovens pode ter neste fenómeno dos CAL.

No mesmo sentido Gonçalves *et al.* (2012) num estudo sobre estes comportamentos nos jovens portugueses, comparou adolescentes com e sem comportamentos autolesivos numa medida de psicopatologia (Brief Symptom Index), e concluiu que os sujeitos com CAL tinham maior probabilidade de apresentar sofrimento emocional, e apresentaram pontuações mais elevadas em somatização, obsessão-compulsão, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade, ansiedade fóbica, ideação paranoide e psicoticíssimo.

A patologia mental na adolescência traduz e reflete frequentemente um sentimento de falta de esperança e desespero, bem como uma dificuldade em lidar com as emoções, aspetos que dificultam a construção de um sentido de pertença e tornam difícil a manutenção de um bem-estar psicológico. Os comportamentos autolesivos, embora intrinsecamente associados a uma dimensão patológica da adolescência, podem manifestar-se com diferentes níveis de gravidade e não devem ser desvalorizados como simples pedidos de atenção, pois expressam invariavelmente um sofrimento profundo que exige reconhecimento e intervenção. Estudos realizados com jovens portugueses têm evidenciado a relação destes comportamentos com fracassos, ao nível individual, familiar e social, resultando como uma tentativa desesperada de modificar uma realidade sentida e vivida pelo sujeito como insustentável (Guerreiro & Sampaio, 2013c).

Funções dos comportamentos autolesivos

Para muitos adolescentes, a autolesão cumpre funções regulatórias adaptativas num contexto de défice de competências emocionais e dificuldades relacionais, sendo um mecanismo de *coping* desajustado, mas funcional na gestão da dor psíquica. A abordagem à sistematização das funções dos CAL destaca as suas múltiplas funções (não se limitam a uma única motivação) e o facto de estas não serem uniformes, ou seja, são distintas entre indivíduos e podem ser múltiplas no mesmo indivíduo, interagindo e modificando-se ao longo do tempo (Guerreiro, 2014).

Aprofundar o conhecimento sobre a função dos CAL assume extrema relevância uma vez que permite não apenas uma compreensão do fenómeno, como também pode contribuir para a sua prevenção e tratamento (Klonsky, 2007).

Klonsky (2007) através da revisão de literatura sobre este tipo de comportamentos, sistematiza 7 funções dos comportamentos autolesivos que prioriza as funções mais consistentemente apoiadas por evidências empíricas. Klonsky e Glenn (2009) validam a integração das funções dos CAL em duas dimensões principais: intrapessoal e interpessoal.

A **dimensão intrapessoal**, integra as motivações mais relevantes destes comportamentos e cumpre o propósito de aliviar ou regular emoções negativas agudas. Está presente em praticamente todas as pessoas que manifestam estes comportamentos. Inclui principalmente a função de ‘regulação do afeto’ (affect-regulation), que é a mais

evidenciada e central neste tipo de comportamentos, além de outras funções como ‘autopunição’ (self-punishment), ‘antidissociação’ (anti-dissociation) e ‘anti-suicídio’ (anti-suicide). A maior relevância atribuída a esta função, é justificada por Klonsky (2007) na revisão da literatura que faz sobre este tema e tem em conta vários fatores: a maior frequência da sua ocorrência nos CAL; a consistência em diferentes populações (adultos e adolescentes; amostras comunitárias e clínicas) e o suporte de evidências de estudos sobre a sua eficácia (nomeadamente estudos laboratoriais que indicam que a autoagressão atua de facto na diminuição de emoções negativas e níveis de excitação fisiológica). (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009).

Desta forma, os comportamentos autolesivos exercem principalmente uma função reguladora das emoções nos adolescentes. Os CAL são frequentemente utilizados como uma estratégia para lidar com sentimentos intensos tristeza, angústia, dor emocional, ansiedade, e outras dificuldades internas que o jovem não consegue expressar ou controlar de outra forma. Eles podem servir para aliviar temporariamente o sofrimento psíquico, funcionando como um mecanismo de coping não adaptativo, especialmente em contextos em que o adolescente se sente incapaz de resolver problemas ou lidar com situações percebidas como impossíveis de superar (Guerreiro & Sampaio, 2013c).

Duarte *et al.*, (2024) ao concluir a relação entre ideação suicida e a diversidade e gravidade dos CAL durante os episódios de autolesão, pode indicar que, por vezes estes comportamentos podem funcionar como um mecanismo de evitamento de impulsos suicidas, ou que, pode funcionar como um regulador de emoções negativas que poderiam levar ao suicídio.

No que diz respeito à **dimensão interpessoal**, esta refere o uso da autolesão como meio de comunicar sofrimento aos outros ou manipular o ambiente social envolvente. Klonsky (2007), refere na revisão bibliográfica que faz destes comportamentos, que a função interpessoal pode estar presente, embora de forma menos expressiva. Esta dimensão contempla 2 funções principais: ‘influência interpessoal’, quando usam a autolesão para influenciar ou obter uma resposta de outras pessoas, como chamar atenção ou manipular comportamentos alheios; e ‘limites interpessoais’, uma motivação que tem como objetivo para estabelecer controle sobre o próprio corpo, definindo limites pessoais que distinguem o indivíduo dos outros.

A revisão de literatura realizada por Klonsky (2007) identifica ainda outras funções, que considera mais secundárias como: a procura de sensações (por exemplo,

sensação de alívio físico, analgesia induzida por estresse), ; expressão de sentimentos internos difíceis de verbalizar (função comunicativa interna); resposta a traumas passados ou dinâmica psicopatológica particular (por exemplo, no transtorno de personalidade borderline); possíveis funções biológicas envolvendo a ativação de opióides endógenos (como a endorfina). Essas funções secundárias ou complementares, segundo o autor enriquecem o entendimento sobre as motivações do comportamento, mas requerem mais investigação (Klonsky, 2007).

Klonsky e Glenn (2009) referem, posteriormente, um maior número de funções, no estudo que teve como propósito avaliar as propriedades psicométricas do *Inventory of Statements About Self-injury* (ISAS). São, deste modo, contempladas 13 funções, selecionadas com base na literatura, mas também a partir de discussões com investigadores e profissionais que lidam com este tipo de comportamentos, bem como conteúdos de websites criados por e para indivíduos com este tipo de comportamentos. Essas funções adicionais foram consideradas importantes para contemplar aspetos da experiência não contemplados nas medidas anteriores, ampliando assim a abrangência e compreensão das motivações para a autolesão. Deste modo, relativamente à **dimensão intrapessoal** (relacionada com a regulação e controle interno), incluem: ‘regulação do afeto’ (affect regulation), ‘anti-dissociação’ (anti-dissociation); ‘anti-suicídio’ (anti-suicide), ‘sinalização de sofrimento’ (marking distress), ‘autopunição’ (self-punishment), ‘autocuidado’ (self-care). No que diz respeito à **dimensão interpessoal** (relacionadas à interação social e influência) referem: ‘autonomia’ (autonomy), ‘limites interpessoais’ (interpersonal boundaries), ‘influência interpessoal’ (interpersonal influence), ‘vinculação ao grupo’ (peer bonding), ‘vingança’ (revenge), ‘procura de sensações’ (sensation seeking), resiliência/dureza (toughness) (Klonsky & Glenn, 2009).

O referido estudo conclui que o ISAS é uma medida confiável e válida para avaliar funções dos CAL, abrangendo uma gama ampla de funções documentadas na literatura, acrescentando ainda outras função.

O estudo das funções dos CAL na população portuguesa, nomeadamente no que diz respeito às suas representações sociais, sugere algumas diferenças, face às evidências internacionais. Duarte *et al.* (2019b), desenvolveu um estudo sobre representações sociais das funções do comportamento autolesivo em Portugal, com o principal objetivo de compreender como diferentes grupos sociais percecionam o significado e as funções dos CAL. O estudo de natureza qualitativa teve por base uma amostra de 41 indivíduos,

distribuídos por 3 grupos: adolescentes com história de CAL; adolescentes sem história de CAL e adultos sem história de CAL, explorando desta forma as diferenças geracionais e a influência do contacto direto ou indireto com este fenómeno.

O estudo identifica funções consonantes com estudos anteriores nas duas dimensões intrapessoais e interpessoais, mas amplia o conjunto de funções atribuídas aos CAL, acrescentando novas funções como: ‘mecanismo introspetivo’, ‘substituição do sofrimento’ e ‘mecanismo de fuga’. O ‘mecanismo introspetivo’, reflete o uso do comportamento autolesivo como forma de lidar com o mundo interior, geralmente por meio da introspeção, organização ou isolamento dos pensamentos, ou seja permite facilitar a reflexão ou o entendimento de si mesmo. Inclui ações como "Isolar-se nos seus pensamentos", "Pôr a cabeça noutros mundos", "Centrar-se no seu mundo interior" e "Arrumar os seus pensamentos". A ‘função de substituição do sofrimento’ refere-se à utilização dos CAL para substituir uma dor psicológica ou emocional por uma dor física, sendo uma forma de externalizar ou materializar o sofrimento interno. Exemplos dessas descrições são "Criar uma dor física para esquecer uma dor psicológica", "Trocar a dor de alma pela dor do corpo", "Responder fisicamente a uma dor emocional" e "Substituir o seu sofrimento psicológico através da dor física". Quanto ao ‘mecanismo de fuga’ caracteriza uma função que tem como intuito escapar ou evitar situações, problemas ou sensações desagradáveis. Exemplos incluem "Fugir aos problemas", "Fugir de alguma coisa que não está bem" e "Tentar escapar a situações desagradáveis". (Duarte, 2018; Duarte, et al., 2019b)

No que respeita às diferenças entre os três grupos estudados por Duarte *et al.* (2019b), emergiram várias disparidades: o grupo de adultos referiu mais frequentemente funções interpessoais, enquanto ambos os grupos de adolescentes enfatizaram predominantemente funções intrapessoais; os adultos foram o único grupo a mencionar todas as funções interpessoais, destacando especialmente a influência interpessoal. Os adolescentes sem histórico de autolesão citaram duas funções interpessoais, Tentativa de Comunicação e Influência Interpessoal, enfatizando esta última à semelhança dos adolescentes com histórico de autolesão que mencionaram apenas a Influência Interpessoal.

Para além destas diferenças, os discursos dos entrevistados sobre esta função de ‘influência’ revelam abordagens distintas: adolescentes com histórico de autolesão associam-lhe uma motivação de procura de ajuda, enquanto os adultos tendem a percebê-

la uma forma negativa, como uma chamada de atenção do adolescente. Por outro lado, adolescentes sem histórico de autolesão expressaram ambas as perspectivas a respeito dessa função. Os autores avançam a possibilidade do estigma e da crença social de que o comportamento de autolesão para estes dois grupos possui uma natureza manipulativa, que pode provavelmente influenciar as representações sociais dos pais dos adolescentes com estes comportamentos.

Por outro lado, a função mais relevante para os adolescentes com comportamentos autolesivos é a regulação afetiva, que se caracteriza como uma forma solitária e autónoma de lidar com estados emocionais negativos. Estes adolescentes percebem os CAL como um mecanismo para controlar emoções negativas, evitar estados dissociativos, escapar de sentimentos desagradáveis, isolando os seus próprios pensamentos. Os jovens que não manifestam comportamentos autolesivos, tendem a referir todas as funções da dimensão intrapessoal (ao contrário dos adultos).

Os resultados sugerem que, no que diz respeito às representações sociais dos CAL, os jovens se aproximam uns dos outros no que diz respeito à dimensão intrapessoal, independentemente de terem ou não comportamentos auto-lesivos. Os autores sugerem que a proximidade etária pode favorecer uma maior compreensão desses comportamentos, até porque muitos desses jovens (que não apresentavam estes comportamentos) conheciam outros adolescentes com CAL, o que sugere que suas representações sociais sobre o fenómeno podem ter sido influenciadas por experiências compartilhadas no grupo de pares.

Por outro lado, o referido estudo aponta maiores diferenças entre quem manifesta CAL e quem não o manifesta, nas representações sociais relacionadas com a dimensão interpessoal. De facto, adultos e adolescentes sem histórico de auto-lesão, associam este comportamento a um maior número de funções interpessoais, enquanto que, os adolescentes com histórico de autolesão focalizam-se apenas numa função relacionada com a dimensão interpessoal, ou seja como uma forma de influenciar outras pessoas ou pedir ajuda (“influência interpessoal”). Ou seja, para estes, a dimensão mais saliente da autolesão no âmbito social é o fato de perceberem esta ação como um “grito de socorro” ou uma mensagem para a família e os amigos de que estão em sofrimento.

Esta diferença evidencia distintas representações sociais dependendo da experiência pessoal com a autolesão, sobretudo na esfera interpessoal. Um conhecimento importante para o trabalho com adolescentes que se autolesionam, pois revela que eles

podem entender e usar a autolesão para tentar influenciar ou comunicar seu sofrimento aos outros, mesmo que essa não seja a única motivação.

Por outro lado, Duarte *et al.*, (2019b) com a descoberta de novas funções psicológicas aponta para uma complexidade maior do fenómeno, onde a dor física assume também um papel cognitivo e reflexivo, além de emocional. Estes resultados reforçam a importância de estratégias de prevenção e intervenção centradas na compreensão subjetiva e relacional do comportamento autolesivo.

A relevância do estudo das representações sociais é essencial para compreender a forma como este fenómeno é percebido podendo ter um impacto significativo na intervenção clínica e em programas de prevenção. Por exemplo, se amigos e familiares interpretam desadequadamente as funções dos comportamentos autolesivos deliberados, vendo-os como atos de manipulação em vez de pedidos de ajuda, isso pode levar a reações que, sem querer, aumentam a frequência e a gravidade desses comportamentos. Por isso, é muito importante conhecer e entender as percepções sobre as funções dos comportamentos autolesivos, incluindo as opiniões daqueles que não tiveram contacto direto com estas ações (Duarte *et al.*, 2019a).

Aprofundar o conhecimento sobre as funções dos CAL em cada uma das suas funções, permite o desenvolvimento de terapêuticas mais eficazes, dado que a eficácia do tratamento pode diferir de acordo com as funções dominantes em cada indivíduo. De facto, compreender as funções dos CAL pode revelar-se crítico no tratamento, na medida em que, identificar a importância e os significados das funções intrapessoais vs. interpessoais dos CAL pode enriquecer a formulação de casos e facilitar decisões terapêuticas. Por exemplo, indivíduos cujos CAL cumprem mais funções Intrapessoais podem beneficiar de intervenções que se concentram na regulação do afeto e podem exigir tratamento mais intensivo. Da mesma forma, indivíduos cujos CAL respondam a funções Sociais devem ter uma ação terapêutica mais centrada no desenvolvimento de capacidades interpessoais. Seguindo o mesmo construto teórico, indivíduos que conciliem nos CAL ambos os tipos de funções provavelmente exigirão uma abordagem multifacetada (Victor, et al, 2015).

Fatores de predisposição para os comportamentos autolesivos

Mann *et al.*, (1999) aplicam o modelo diátese-stress ao comportamento suicidário e autolesivo, segundo o qual o risco de comportamentos suicidários não é determinado apenas pela presença de uma perturbação psiquiátrica (o fator de stress), mas também por uma diátese (vulnerabilidade inerente do indivíduo). Esta diátese pode manifestar-se através de uma maior propensão para experienciar ideação suicida e de maior impulsividade, o que aumenta a probabilidade de o indivíduo agir com base nesses pensamentos suicidas. Assim, esta abordagem permite compreender os CAL como um processo dinâmico e multifatorial, integrando elementos internos e ambientais.

Este modelo refere que comportamento de autoagressão resulta da interação entre uma vulnerabilidade inerente /interna (diátese), que pode ser genética, biológica, cognitiva, pessoal ou ambiental, e fatores de stress, que atuam como gatilhos para a manifestação desse comportamento e fatores desencadeantes externos (stress).

Entre as vulnerabilidades internas que aumentam a vulnerabilidade à autolesão incluem-se fatores biológicos (ex. desequilíbrios serotogénicos), hereditários, cognitivos, de personalidade; o temperamento afetivo (refere-se a traços de personalidade estáveis e duradouros que influenciam o modo como o indivíduo experimenta e expressa emoções. São modos de resposta afetiva penetrantes que têm uma base biológica e geneticamente determinada, e que predis põem a certos padrões emocionais e comportamentais) e ainda, experiências negativas precoces (na medida em que podem gerar ou agravar traços comportamentais como agressividade e impulsividade que funcionam como parte da diátese).

Por sua vez, o stress pode assumir a forma de crises psicossociais (conflitos, perdas, rejeição) ou perturbações psiquiátricas (nomeadamente transtorno de personalidade borderline, depressão major, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtornos dissociativos, transtorno de estresse pós-traumático e distúrbios alimentares (bulimia e anorexia). A exposição a eventos negativos ou ao suicídio e autolesão de outros também se destaca como fator precipitante importante (Guerreiro *et al.*, 2013b; Mann *et al.*, 1999).

Esta abordagem multifatorial significa que apenas estar vulnerável não basta para a ocorrência da autoagressão, sendo necessário que o indivíduo enfrente situações

estressantes, crises ou transtornos psicológicos para que essa vulnerabilidade se manifeste em comportamento autolesivo.

Neste contexto o temperamento (base biológica da personalidade, que reflete o tipo de resposta emocional predominante, a tendência do humor e o nível de atividade basal) é, dos aspetos menos abordados pela investigação nesta área, embora os estudos efetuados destaquem a relevância das vulnerabilidades inerentes como fatores predisponentes para a manifestação dos CAL, e que entre estes fatores, o temperamento afetivo seja apontado como particularmente significativo (Guerreiro *et al.*, 2013b).

O estudo efetuado por Guerreiro *et al.*, (2013b), sobre a relação entre autoagressão e temperamentos afetivos em adolescentes portugueses (entre os 12 e os 20 anos), destaca precisamente a relevância deste elemento de vulnerabilidade inerente, numa investigação junto de jovens portugueses entre os 12 e os 20 anos. Os resultados sugerem que os temperamentos depressivo, ciclotímico e irritável podem estar associados à vulnerabilidade para a autoagressão em adolescentes, mas, após ajuste de fatores como tipo de família, consumo de tabaco, álcool e drogas apenas o temperamento depressivo permaneceu como um preditor significativo, ou seja apenas o temperamento depressivo se apresenta como preditor independente significativo. Os temperamentos afetivos, especialmente o depressivo, parecem ser marcadores importantes de vulnerabilidade para a autoagressão em adolescentes. Este tipo de evidência científica é particularmente relevante para o desenvolvimento de programas de prevenção, educação e tratamento focalizados em populações jovens (Guerreiro *et al.*, 2013b)

O Abuso Sexual

Considera-se abuso sexual de crianças todo o comportamento sexual entre um menor e um adulto, ou entre um jovem e uma criança em que a diferença de idades seja significativa. Estão englobados nesta definição todas as atividades que proporcionam prazer, estimulação ou gratificação sexual a um indivíduo adulto que usa uma criança com esse fim, tirando vantagem da sua situação de poder ou superioridade.

O indivíduo perpetrador pode ser de sexo diferente ou do mesmo sexo. O comportamento abusivo pode revestir diversas formas, desde toques não consentidos a situações de penetração ou de exibicionismo. Pode acontecer num único episódio, ou prolongar-se durante anos. Também se incluem nos comportamentos abusivos as

situações de exploração sexual de crianças, como por exemplo os atos relacionados com pornografia de crianças ou tráfico com prostituição de menores.

A perspectiva atual reconhece que os atos de abuso sexual de crianças, definidas como menores de 18 anos, envolvem a presença de uma relação de poder, a situação de desigualdade em que a criança se encontra, a exploração da sua vulnerabilidade em seu detrimento e a ausência de um verdadeiro consentimento (Soares, 2022).

Em geral, as crianças do sexo feminino têm duas vezes mais probabilidade de serem vitimizadas, mas em contextos específicos, como os religiosos ou desportivos, os meninos podem ser mais vitimizados do que as meninas.

A idade de início do abuso ocorre aproximadamente aos 9-10 anos da criança e na maioria dos casos antes dos 13 anos. Com mais frequência o abuso sexual é infligido por familiares e conhecidos, ocorrendo em ambientes familiares e em diversas instituições de natureza escolar, religiosa ou desportiva, ou ainda em instituições de residência ou detenção de jovens. Em ambientes institucionais, os abusos são muitas vezes repetidos e contínuos, perpetrados por figuras de autoridade com poder marcado sobre a criança. Os abusadores são na maioria homens, muitas vezes bem inseridos na família e na comunidade, que se aproximam das crianças dos locais que estas frequentam, em casa ou na escola. A psicopatologia destes homens não é muitas vezes detetável, mas um exame mais detalhado revela distorções cognitivas, pouca empatia, uma construção da masculinidade que enfatiza o desempenho e a dominação sexual e uma história de vitimização na infância (Soares, 2022).

A investigação tem demonstrado danos psicológicos, comportamentais e físicos significativos nas crianças vítimas de abuso, que tendem a perdurar ao longo da vida. O grau de perturbação sofrido depende de vários fatores, não só relacionados com o contexto de abuso, mas também com o modo como os vários cuidadores foram capazes de funcionar como figuras de apoio e proteção. As consequências sobre a vítima são de vária ordem, com destaque para a perturbação de stress pós-traumático, a ansiedade, a depressão e os comportamentos suicidários, que incluem os comportamentos autolesivos, as tentativas de suicídio e o suicídio. Uma criança que sofre de abuso sexual na infância tem mais probabilidade de ter comportamentos sexuais de risco e ser vítima de vitimização sexual durante a adolescência e juventude. Também costuma ocorrer nas vítimas acentuada diminuição da perceção do risco, uso de álcool e drogas nos relacionamentos sexuais e mais parceiros sexuais (Castro *et al.*, 2019). De acrescentar

ainda que a percentagem de revitimização é elevada, podendo atingir os 50% (Walker *et al.*, 2017).

De facto, o abuso sexual infantil é um trauma profundo que pode causar impactos duradouros na autoestima, regulação emocional e habilidades interpessoais da vítima. O modelo das dinâmicas traumatogénicas (traumagenic dynamics) destaca que as vítimas podem desenvolver dificuldades emocionais como dissociação, baixa autoeficácia e sensação de falta de controlo, (Castro, *et al.*, 2019), aspetos que se sabem relacionados com os CAL.

As experiências de abuso na infância constituem uma espécie de gatilho para uma cascata de risco cumulativo, ao longo do desenvolvimento, para problemas múltiplos de saúde, associados a um aumento na morbilidade física e mental, assim como a causas de mortalidade em fases posteriores da vida. (Soares, 2022).

Na compreensão deste problema não podemos esquecer como o silêncio e a revelação tardia, tão frequentes no abuso sexual da criança, vêm a ter significativo impacto na vida das vítimas. O poder exercido pelo abusador manifesta-se para além do abuso em si, por ameaças, punições e represálias sobre as vítimas, impondo o seu silêncio e contribuindo, às vezes durante décadas, para sintomas psicopatológicos que se tornam muitas vezes incapacitantes. O abuso sexual das crianças, dada a sua dimensão, é um problema de saúde pública e deve merecer a maior atenção. O foco deve estar na prevenção e na promoção da saúde, através da educação dos mais novos para a identificação das possíveis situações ou tentativas de abuso, e na reflexão sobre as questões promotoras de uma sexualidade saudável. (Castro *et al.*, 2019).

Estudos internacionais indicam que o abuso sexual na infância é um fenómeno relativamente frequente. Meta-análises sugerem uma prevalência global de cerca de 20–25% em raparigas e 8–10% em rapazes, com variações regionais e metodológicas. Estas estimativas derivam maioritariamente do autorrelato, sendo que a prevalência real pode ser subestimada devido à subnotificação ou estigmatização das vítimas (Stoltenborgh *et al.*, 2011; Barth *et al.*, 2013).

Turner *et al.* (2025) analisam as dinâmicas e características associadas a diferentes formas de exploração e abuso sexual de crianças, e revela a maior abrangência das formas de abuso sexual atualmente existentes (vão para além das que integram a definição mais tradicional). Entre as formas estudadas, os autores focalizam especificamente, formas de abuso relacionadas com a internet e difusão de imagens,

como: partilha não consensual de imagens sexuais, captura não consensual de imagens, recrutamento forçado para envio de imagens, ameaças de partilha, partilha voluntária de imagens com adultos mais velhos e exploração sexual comercial envolvendo imagens. Os resultados revelam que a maioria das vítimas conhecia pessoalmente o agressor e que os agressores eram predominantemente do sexo masculino. Cerca de metade dos perpetradores conhecidos eram jovens, com idades entre 14 e 17 anos, e um número significativo eram adultos jovens (18 a 21 anos). Este estudo enfatiza a diversidade e complexidade destas situações específicas, sublinhando a necessidade de estratégias de prevenção mais específicas e eficazes, que reconheçam as diferentes características e contextos destas formas de abuso.

A temática do abuso sexual, tem recebido a maior atenção na investigação empírica e está consistentemente associado a um maior risco de autolesão. Estudos mostram que abusos sexuais na infância têm uma forte correlação com comportamentos autolesivos, frequentemente mais do que outros tipos de traumas na infância (Gratz, 2003).

O abuso sexual infantil constitui-se como um elemento traumático grave que pode levar a dificuldades em regular emoções e impulsos, predispondo o indivíduo a comportamentos autolesivos. A autolesão pode funcionar como um mecanismo para lidar com a dor psíquica associada ao trauma, ajudando temporariamente a controlar sentimentos avassaladores de ansiedade, depressão e dissociação. Esses comportamentos têm um significado comunicativo e psicológico, sendo formas de expressar sofrimento que não conseguem ser verbalizadas (der Kolk *et al.*, 1991).

O abuso sexual infantil é mostrado como uma fonte especialmente potente de perturbação pós-traumática duradoura, respostas dissociativas, afeto negativo e dificuldades na regulação do afeto, em comparação com outros traumas, podendo motivar de forma mais intensa o desenvolvimento de mecanismos compensatórios como a automutilação. Os estudos confirmaram a associação significativa entre comportamento sexual desviante e abuso sexual infantil, existindo menos evidências para outros tipos de abuso, exceto quando combinados com histórias de abuso sexual. O trauma infantil não sexual pode contribuir para a comportamentos sexuais desviantes especialmente quando combinado com um historial de vitimização sexual (Briere & Gil, 1998).

A perspetiva preventiva dos abusos sexuais infantis é amplamente analisada na tese de Silva Maria (2012), que defende a responsabilidade coletiva da comunidade,

assinalando o seu papel na diminuição e eventual eliminação desses abusos, bem como na melhoria das respostas às situações identificadas. A prevenção primária é enfatizada como crucial para corrigir mitos comuns que dificultam a abordagem do tema, tais como a crença de que falar abertamente sobre abusos sexuais traumatiza as crianças, ou que as crianças não têm poder para se proteger. Programas de prevenção defendem que é importante falar sobre abusos com as crianças de forma clara, informativa e fortalecedora, equipando-as com conhecimentos e estratégias que lhes permitam proteger-se, juntamente com o apoio de pais, professores e outros membros da comunidade.

Para além desta dimensão a autora refere ainda que quanto maior a formação específica dos profissionais sobre o tema dos abusos sexuais de crianças, maior é a valorização da problemática e o apoio oferecido às vítimas e sobreviventes, o que reforça a importância da capacitação dos agentes que lidam diretamente com estas situações. Portanto, a prevenção assenta numa combinação de educação adequada às crianças, sensibilização e formação da comunidade e dos profissionais, promovendo uma abordagem realista e empoderadora que contribua para a redução dos abusos sexuais infantis.

Relação entre o Abuso Sexual e os Comportamentos Sutolesivos

Mais recentemente Liu *et al* (2018), através de uma revisão sistemática com meta-análise de estudos e dados prévios sobre os CAL, percebendo a sua associação com o abuso infantil (incluindo abuso sexual). A partir desta análise exaustiva a 71 estudos, os autores concluem que o abuso sexual na infância está significativamente associado ao comportamento autolesivo. Além disso, o estudo destaca que, embora o abuso sexual seja um fator importante, o abuso emocional pode ser tão ou mais relevante para o risco CAL, ou seja, sugere que o abuso emocional merece igual atenção devido à sua alta prevalência e impacto potencial, sendo um aspeto geralmente menos valorizado na prática clínica e na pesquisa (Liu *et al.*, 2018).

No mesmo sentido o estudo de Troya, *et al.* (2021) evidenciam uma associação clara entre o abuso sexual infantil e a repetição dos comportamentos de autolesão. Ainda neste estudo os autores revelam que o facto de o abuso ter sido escondido ou não discutido aumenta os sentimentos de vergonha, que por sua vez também contribuem para autolesão.

Podemos também pensar que o abuso sexual ou emocional pode levar ao isolamento e à solidão, fatores que também contribuem para a emergência dos CAL.

Ao longo da recolha bibliográfica, nomeadamente o modelo diátese-stress de Mann *et al.* (1999), fica clara a necessidade de ‘olhar’ para este fenómeno de uma forma multifatorial. Embora o abuso sexual revele contributos em futuros CAL, não o faz de forma exclusiva, outros aspetos concorrem colateralmente. Parte desta associação é mediada por comorbidades psiquiátricas (depressão, ansiedade, transtornos de personalidade) e fatores psicológicos (desregulação emocional, dissociação, vergonha). O efeito do abuso sexual não ocorre isoladamente. Estudos indicam que a gravidade do abuso, a duração, a relação com o agressor, o suporte social e fatores individuais como resiliência emocional podem moderar ou mediar a relação com comportamentos autolesivos. Além disso, diferenças metodológicas entre estudos incluindo definição do abuso, desenho do estudo (retrospectivo vs. prospetivo) e tipo de amostra (clínica vs. comunitária) influenciam a magnitude observada da associação. (Klonsky & Moyer, 2008).

Roley-Roberts (2023) identificam uma relação o abuso sexual infantil e os comportamentos autolesivos nomeadamente na sua função de regulação emocional. Destacam que este tipo de abuso está associado a dificuldades específicas em regular as emoções, como controle de impulsos e aceitação das emoções, aspetos que por sua vez aumentam o risco tanto para a autolesão não suicida.

A relevância do estudo dos comportamentos autolesivos e a perspetiva preventiva

Os comportamentos autolesivos (CAL) em adolescentes têm várias implicações significativas para a saúde pública, que ressaltam a importância de uma abordagem integrada e multidisciplinar, envolvendo profissionais de saúde, educadores e a comunidade em geral (Guerreiro, 2013c).

Gould *et al.* (2009), no estudo que avaliava a utilização de serviços de saúde mental entre estudantes identificados como “em risco” após um rastreio de ideação suicida, revelam que muitos adolescentes com comportamentos autolesivos permanecem invisíveis para o sistema de saúde. Os dados do estudo revelam que muitos adolescentes em risco não recebiam tratamento no momento do rastreamento, e cerca de um terço dos jovens identificados não deu seguimento ao tratamento recomendado (dos 78 estudantes

que não estavam a receber tratamento no momento do rastreio e foram encaminhados, 54 (69%) procuraram tratamento posteriormente, enquanto 24 não o fizeram). Os autores enfatizam a necessidade de intervenções imediatas e acessíveis, especialmente em contextos educativos, para evitar a progressão do comportamento autolesivo para ideação ou tentativa suicida e que estratégias de rastreio em escolas podem desempenhar um papel crucial na deteção precoce e prevenção do suicídio, embora a adesão aos serviços ainda seja limitada. A investigação destaca ainda a importância do acompanhamento dos encaminhamentos, apoio familiar e barreiras relacionadas com a vergonha, autoeficácia e estrutura dos serviços na procura de ajuda.

De facto, dar atenção aos CAL e atuar na prevenção tem benefícios a vários níveis: contornar o isolamento e exclusão associado a este tipo de comportamentos e que pode agravar problemas de saúde mental e dificultar a procura de ajuda; reduzir o risco de suicídio associado a estes comportamentos. A alta prevalência de CAL entre adolescentes destaca a necessidade de desenvolver e implementar estratégias de prevenção eficazes. Isso inclui programas de educação em saúde mental nas escolas, formação de profissionais de saúde e campanhas de conscientização para reduzir o estigma (Guerreiro, 2013c).

O presente estudo

Neste estudo e com base na revisão de literatura apresentada acima sobre os CAL, definimos como objetivos centrais:

1. Compreender os significados e funções atribuídos aos comportamentos autolesivos
2. Identificar os sentimentos e estados emocionais predominantes antes, e após a ocorrência dos comportamentos autolesivos
3. Analisar a presença de experiências traumáticas, nomeadamente abuso sexual, e analisar as emoções associadas e sua relação com os CAL.

Método

Desenho do estudo

O presente estudo adota um desenho qualitativo, centrado na compreensão das experiências subjetivas de indivíduos com comportamentos autolesivos. Com esta metodologia, pretende-se compreender as funções psicológicas subjacentes aos comportamentos autolesivos, bem como os sentimentos e estados emocionais associados antes e após a sua ocorrência. De forma secundária, procura-se ainda identificar a possível influência de experiências traumáticas, nomeadamente de natureza sexual, na génese e manutenção destes comportamentos.

Assumindo uma perspetiva compreensiva e interpretativa do fenómeno dos comportamentos auto-lesivos, este desenho metodológico visa contribuir para a compreensão do fenómeno a partir da perspetiva do próprio sujeito, tendo por base *a voz* dos jovens, as suas narrativas e os significados que atribuem às suas práticas autolesivas. Assim, o foco da investigação recai na interpretação do discurso e na identificação de padrões de sentido e de emoção, sem pretensão de generalização estatística, mas com o objetivo de produzir conhecimento compreensivo e contextualizado.

A escolha deste método de recolha de informação, teve por base o racional de que a entrevista qualitativa, pela sua flexibilidade e carácter exploratório, permite aceder à complexidade emocional e simbólica das experiências relatadas, ou seja permitem o acesso à vivência subjetiva dos participantes (narrativas e significados atribuídos pelos próprios jovens), permitindo explorar as dimensões intrapessoais e interpessoais das suas experiências, bem como os efeitos de eventos traumáticos na expressão desses comportamentos, mais fáceis de aceder através deste tipo de metodologia.

Participantes

A amostra foi obtida por **amostragem de conveniência, de carácter intencional**, é composta por cinco participantes (três mulheres e dois homens), com idades compreendidas entre 14 e 24 anos, todos em contexto de psicoterapia. A seleção foi feita de acordo com critérios de inclusão definidos *à priori*: histórico de comportamentos autolesivos, e disponibilidade para partilhar a experiência em contexto de entrevista. A integração dos indivíduos na amostra, foi feita a partir de convite dos seus psicoterapeutas, sem nunca ter por base a existência (ou não) de episódios de abuso sexual ou de qualquer outro evento traumático na sua história.

Instrumento

Foi elaborado um guião de entrevista semiestruturada (anexo1), que privilegia perguntas abertas, permitindo ao participante narrar livremente as suas experiências. O guião aborda áreas como: história pessoal e familiar; primeiros comportamentos autolesivos e evolução ao longo do tempo; funções atribuídas aos comportamentos; Emoções associadas antes, durante e após o ato; eventos traumáticos e relações interpessoais significativas.

Procedimento

As entrevistas foram realizadas presencialmente (3) e online (2), com uma duração máxima de 40 minutos, gravadas em áudio, com consentimento informado dos participantes (anexo 2). Após a transcrição integral e análise, os áudios foram eliminados, assegurando o cumprimento das normas éticas e de confidencialidade.

Análise de dados

A análise dos dados seguiu os princípios da análise de conteúdo categorial temática, com orientação teórica inspirada nos estudos de Klonsky e Glenn (2009) e Duarte (2019).

A análise de conteúdo é um método sistemático de interpretação e organização do discurso (falado ou escrito), com o objetivo de identificar padrões de sentido, categorias e temas relevantes para os objetivos do estudo. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo refere-se a um conjunto de métodos e procedimentos sistemáticos que permitem analisar e descrever de forma objetiva o conteúdo das mensagens (orais, escritas ou visuais), com o objetivo de identificar significados, padrões e indicadores que possibilitem compreender as condições em que essas mensagens foram produzidas e recebidas.

Neste sentido, a análise temática da informação focou-se em descobrir e organizar temas recorrentes nos discursos, identificando temas / ideias centrais (e respetivo sentido referido) que surgem no discurso dos indivíduos, por exemplo: “*dor emocional*”, “*culpa*”, “*alívio*”. Organizando posteriormente esta informação em categorias amplas previamente estabelecidas através da revisão bibliográfica, por exemplo: “*Funções intrapessoais*”, “*Regulação emocional*”, “*Auto-punição*”

A codificação inicial foi organizada, numa primeira fase, em tabelas de análise de conteúdo, com colunas que sistematizam: dimensão (intra/interpessoal); função; função

mais especificada / sentido atribuído; sentimentos prévios; sentimentos posteriores; observações contextuais (emoções, trauma, etc.); e excerto ilustrativo, integrando nestas categorias cada tema e respetivo sentido referido. Procedendo-se posteriormente à contabilização no total da amostra .

Resultados e discussão dos resultados

Foram apenas contemplados para análise e ilustração desta tese os comportamentos, sentimentos e emoções com $N \geq 1$.

Funções dos Comportamentos Autolesivos

Vamos agora apresentar os resultados relativos ao objetivo 1.

Tal como demonstrado na tabela 1 a presente investigação identificou 7 funções dos comportamentos auto-lesivos, sendo 6 referentes à dimensão intrapessoal e apenas 1 expresse a dimensão intrapessoal.

Tabela 1

Dimensão	Função	Unidades de registo	Total	N
Intrapessoal	Regulação do afeto	Alívio 5 Frustração consigo próprio 4 Reduzir tensão e sobrecarga emocional intensa 5 Tristeza 4 Ansiedade 3	21	5
	Autopunição	Castigo por perceção de falha 5 Castigo por perceção de incapacidade 3 Castigar por sentir culpada 5	13	5
	Mecanismo de fuga	Escape de ansiedade intensa 3 Evita pensar 3 Evitar sentir emoção intensa 2 Cortar os pensamentos em situações de stress 3 Evitar situações de desconforto 1	12	4
	Substituição do sofrimento	Criar uma dor física para esquecer a dor psicológica 2 Transferir a dor emocional para dor física 3 Suspendendo temporariamente o sofrimento psíquico 1	6	3
	Antisuícídio	Função de contenção e sobrevivência 3	3	3
	Antidissociação	Foco 1 Sensação de Controlo corporal 2 Restabelecer a sensação de presença 1	4	2
Interpessoal	Influência interpessoal	Pedido de ajuda a outros 1 Chamar a atenção de figuras significativas 1	2	2

Os resultados obtidos mostram uma predominância clara da dimensão intrapessoal relativamente à dimensão interpessoal, com uma diferença significativa na frequência das unidades de registo (UR) identificadas nas respetivas funções. Todas as

funções mais frequentemente referidas pertencem à dimensão intrapessoal, como podemos verificar na tabela 1 na dimensão intrapessoal, a *regulação do afeto* (UR=21, N=5), foi a função mais saliente, seguida da *autopunição* (UR=13, N=5) e *mecanismo de fuga* (UR=12, N=4), enquanto apenas uma função interpessoal, *influência interpessoal*, foi registada com menor expressão (UR=2, N=2).

Estes resultados são consistentes com a literatura sobre comportamentos autolesivos. De acordo com Klonsky e Glenn (2009), as funções intrapessoais, relacionadas com a regulação e controlo de estados internos, tendem a prevalecer sobre as interpessoais em indivíduos com comportamentos autolesivos. Para estes autores, a autolesão atua frequentemente como um mecanismo de regulação emocional, permitindo aliviar emoções negativas intensas, como tristeza, ansiedade ou raiva, e restaurar um sentimento de equilíbrio momentâneo. No mesmo sentido, os autores, identificam ainda uma maior correlação desta dimensão com variáveis clínicas relevantes, como depressão, ansiedade, perturbação de personalidade borderline, ideação suicida, o que indica que as funções intrapessoais estão mais relacionadas com a psicopatologia subjacente e com a gravidade do comportamento auto-lesivo.

Da mesma forma, Duarte (2019), observou que as funções intrapessoais são as mais frequentemente reportadas, nomeadamente nos adolescentes com comportamentos autolesivos, tal como na nossa amostra, destacando as categorias de *regulação do afeto*, *autopunição* e *substituição do sofrimento*, sublinhando que a autolesão é frequentemente vivida de forma privada e silenciosa, funcionando como uma tentativa de autorregulação e não como uma mensagem dirigida aos outros.

Assim, a prevalência da **dimensão intrapessoal** na amostra do presente estudo reforça a ideia de que os comportamentos autolesivos assumem um carácter predominantemente interno, funcionando como estratégias de *coping* disfuncional para lidar com sofrimento emocional, mais do que para provocar respostas externas a outros. Embora as funções interpessoais, possam coexistir, o seu peso é menor e menos conscientemente reconhecido, o que confirma que, para a maioria dos sujeitos a autolesão não visa comunicar sofrimento, mas sim controlar e regular estados afetivos intoleráveis.

No que respeita às funções identificadas na função intrapessoal, os dados revelam que a regulação do afeto e a autopunição são as mais frequentes, ambas presentes em todos os sujeitos.

Na função de **regulação do afeto (UR=21, N=5)**, amplamente descrita por Klonsky (2007) e confirmada por Klonsky e Glenn (2009), os indivíduos da amostra referem o uso da autolesão como um meio de reduzir a intensidade emocional negativa. O comportamento funciona como uma válvula de escape que proporciona alívio e relaxamento momentâneo, reforçado negativamente pela diminuição da tensão emocional. Este resultado está em linha com a proposta de Duarte (2019), que identifica esta função como a mais prevalente e como um dos principais mecanismos intrapessoais de controlo da dor emocional.

No que diz respeito às UR, a função **‘regulação do afeto’** surge na amostra como a mais expressiva e dominante, com um total de 21 unidades de registo, abrangendo uma grande variedade de estados emocionais: ‘alívio’ (5), ‘redução da tensão e sobrecarga emocional intensa’ (5), ‘frustração consigo próprio’ (4), ‘tristeza’ (4) e ‘ansiedade’ (3). Esta distribuição revela que a autolesão é vivida como uma estratégia de modulação emocional, utilizada para libertar tensão e aliviar o sofrimento psicológico. O elevado número de registos associados ao ‘alívio’ e à ‘redução da sobrecarga emocional’, reforça o carácter imediato e funcional dos CAL na gestão de estados emocionais intensos.

“Ficava com muita raiva e a minha forma de descarregar era em mim mesmo.”

“Mal sinto a dor, porque é tão aliviante que não sinto. Nem consigo explicar bem.”

“Eu sentia-me só, cansada psicologicamente, mesmo muito cansada. Eu até já nem tinha vontade de chorar (...) não tinha ninguém para falar da frustração e acabo por descarregar esse sofrimento nos cortes”

“Antes de fazer, eu sinto-me mal, e depois me dá um grande alívio eu me vejo aliviada”

A **autopunição (UR=13, n=5)**, também relatada por todos os participantes, expressa sentimentos de culpa, vergonha e autocrítica. Esta função reflete uma necessidade de “reparação moral”, o indivíduo procura punir-se por percecionar falhas ou incapacidades pessoais e / ou por entender que está a decepcionar outros. Esta dimensão da culpa interna, descrita igualmente por Klonsky e Glenn (2009), reforça a compreensão da autolesão como uma estratégia para gerir a perceção de inadequação e sofrimento psicológico.

Quanto às UR, a função **‘autopunição’** apresenta 13 unidades de registo e expressa ‘sentimentos de culpa’ (5), ‘falha’ (5) e ‘incapacidade’ (3). Estes dados revelam uma dimensão de forte autocrítica, em que o comportamento autolesivo funciona como castigo imposto pelo próprio perante perceções de não adequação ou erro pessoal.

“Eu acho que sempre estive ligado à frustração, ou seja, por exemplo, se eu estivesse a fazer algo que na minha cabeça tinha que ser feito de uma certa maneira e eu não conseguia alcançar isso, eu sentia uma grande frustração comigo mesmo, uma grande raiva. E penso que a minha forma de descarregar era aquela.”

“Quando sinto que fiz algo errado e mereço punir-me a mim mesma”

“É um castigo para mim”

“Tinha uma discussão com a minha mãe e pensava que eu não presto para nada e assim de coisas”

O **mecanismo de fuga** (UR=12, N=4) constitui outra função intrapessoal relevante na amostra. Traduziu a tentativa de evitar pensamentos intrusivos ou estados de ansiedade intensa, sendo a dor física usada como uma forma de interromper ou fugir / desviar a atenção da dor emocional. Tal como sugerido por Klonsky (2007), este tipo de comportamento representa uma tentativa de escapar a estados mentais aversivos, mesmo que temporariamente.

No que diz respeito às UR, a função **‘mecanismo de fuga’** com 12 unidades de registo, surge como outra das dimensões centrais. As expressões mais frequentes, ‘escape de ansiedade intensa’ (3), ‘evitar pensar’ (3) e ‘cortar pensamentos em situações de stress’ (3), evidenciam o papel da autolesão como estratégia de interrupção cognitiva e emocional, utilizada para evitar ou parar pensamentos intrusivos e estados de angústia. As restantes unidades, ‘evitar sentir emoção intensa’ (2) e ‘evitar situações de desconforto’ (1), confirmam a função de evitamento e distanciamento emocional associadas aos CAL.

“No hotel também foi um período da minha vida muito complicado para mim, porque era um trabalho de grande stress (...) apesar de eu tentar evitar, houve alturas de grande stress diário em que eram cortes diários.”

“Estou tão focada na dor que me alivia emocionalmente.”

“Fiquei muito magoada com os meus amigos, so queria esquecer “

“falaram coisas muito más de mim. às vezes, sim, estava-se a falar com uma pessoa e se estava numa situação desconfortável. Muitas vezes, estava aqui a beliscar-me, ficava aqui com um crosta e a pessoa não me reparava”

A função de **substituição do Sofrimento (UR=6, N=3)** menos frequente, reflete a transferência da dor emocional para a dor física, numa tentativa de tornar o sofrimento mais concreto e controlável. Ao “dar corpo” à dor psíquica, os participantes experimentam uma forma de controlo sobre algo que, no plano emocional, lhes parece incontrolável. Duarte (2019) descreve esta função como uma *“materialização do sofrimento invisível”*, e refere-se à criação de uma dor física para expressar ou substituir o sofrimento psicológico que é geralmente invisível ou difícil de comunicar.

A função ‘**substituição do sofrimento**’ apresenta 6 UR, centradas em aspetos como ‘transferir a dor emocional para dor física’ (3) e ‘criar uma dor física para esquecer a dor psicológica’ (2). Estes registos apontam para a tentativa de converter o sofrimento mental em dor corporal, tornando-o tangível e, por isso, mais facilmente suportável. Esta função, embora menos expressiva do que as anteriores, revela uma importante dimensão simbólica e somática do comportamento autolesivo.

“O corte dá-me um alívio momentâneo, esqueço os problemas por um tempo.”

“É também porque eu sei que muda o shift da tensão e da dor.”

“Vou estar focada no braço à arder, na dor, e acabo por me esquecer do porquê que estou a fazê-lo. Foco só naquilo. Acalmava-me porque me focava na dor física e esquecia a dor mental”

Relativamente às restantes funções, apesar das UR serem menores, parece-nos também importante discuti-las.

A função de **antisuicídio (UR=3, N=3)**, referida por alguns participantes como um modo de evitar comportamentos suicidários, funcionando como uma *descarga controlada* que previne atos de maior gravidade, funcionando assim como uma forma de controlar a ideação suicida. Exemplo de expressão por parte de um indivíduo da amostra:

“Às vezes só quero parar a dor, mas não quero mesmo morrer mesmo.”

“Querida mesmo matar-me, mas não o vou fazer... queria magoar-me, porque sentia que era a solução. Às vezes só queria pôr um ponto final sem querer, acabar com tudo.”

Na função de **antidissociação (UR=4, N=2)**, a autolesão e a dor que provoca permite “*sentir-se vivo*” e “*voltar a sentir o corpo*”. Este mecanismo aparece descrito como uma tentativa de reativar a perceção do eu, confirmando achados anteriores (Klonsky, 2007). Exemplo de expressão por parte de um individuo da amostra:

As funções ‘**antidissociação**’ e ‘**antisuicídio**’ surgem com 4 e 3 unidades de registo, respetivamente. A ‘antidissociação’ inclui referências a ‘foco’ (1), ‘controlo corporal’ (2) e ‘restabelecimento da sensação de presença’ (1), demonstrando que, para alguns sujeitos, o CAL é uma forma de reconexão com o corpo e com a realidade física. Já a função antisuicídio, identificada como ‘contenção e sobrevivência’ (3), evidencia o papel paradoxal da auto-lesão, pois é utilizada simultaneamente como um ‘travão’ a comportamentos suicidários.

“Sentia uma impressão nos meus braços, um calor, como se aquilo me chamasse.”

“Quando junto a mistura da música com o corte faz-me sentir que tenho liberdade e controlo sobre tudo.”

Por outro lado, a **dimensão interpessoal**, associada a uma expressão limitada e secundária, apenas surge referida na amostra na sua função de **influência interpessoal (UR=2, N=2)**. Quando presente, surge associada a pedidos indiretos de ajuda ou tentativas de obter reconhecimento do sofrimento por parte de figuras significativas, sem evidência de manipulação intencional. Este achado é coerente com a observação de Duarte (2019), que nota que as funções interpessoais, embora possam estar presentes, tendem a ser menos verbalizadas.

Por fim, quanto às UR, a função ‘**influência interpessoal**’, que tem uma natureza relacional, apresenta 2 unidades de registo, associadas a ‘pedido de ajuda a outros’ (1) e ‘chamar a atenção de figuras significativas’ (1). Apesar da baixa frequência, estas referências sugerem que os CAL podem, em alguns casos, ter uma função comunicativa, ou seja, pode ser usado como forma de expressar o sofrimento ou pedir

atenção e compreensão por parte de outros, que no caso da amostra, era apontado para os pais.

Desta forma, os resultados reforçam a dominância das funções intrapessoais na compreensão dos comportamentos autolesivos, confirmando as conclusões de Klonsky e Glenn (2009) e Eva Duarte (2019). As funções de regulação do afeto, autopunição e mecanismo de fuga emergem como estratégias de regulação emocional, destinadas a aliviar ou transformar o sofrimento interno. Em contraste, as funções interpessoais emergem nos resultados de forma mais marginal, sugerindo que, na amostra em estudo, a autolesão é vivida como um ato de gestão interna da dor e não como uma forma de comunicação interpessoal. Esta prevalência da dimensão intrapessoal confirma o entendimento da autolesão como um mecanismo de *coping* intrapsíquico, utilizado para lidar com emoções intoleráveis e com mecanismos de autocritica, em contextos em que.

De salientar ainda que na amostra, todos os participantes referiram apenas os cortes como método autolesivo mais frequente (ou único), realizado com lâminas / afias de lápis, tesoura, x-ato, facas e pequena serra elétrica. Sendo que alguns referem incursões pontuais (e muitas vezes apenas a título de experimentação) a outras formas de auto-lesão, como por exemplo: queimar; beliscar e ingerir drogas.

De forma geral, a análise das unidades de registo confirma a predominância das funções intrapessoais (uma tendência referida na vasta bibliografia analisada) e os seus conteúdos, permite perceber a sua complexidade e diversidade emocional. As emoções mais recorrentes, alívio, culpa, frustração e ansiedade, evidenciam que o comportamento autolesivo funciona essencialmente como um mecanismo de regulação emocional e controlo interno do sofrimento, sendo raramente dirigido ao outro.

Estes dados devem ainda ser enquadrados nas características da amostra, composta por jovens com histórico de trauma, instabilidade familiar e experiências emocionais de rejeição ou abandono. A grande disparidade entre a dimensão intrapessoal e interpessoal, pode ser um sinal de que estes eventos de vida, acentuam a dificuldade em processar o sofrimento pois, mais do que um gesto impulsivo ou comunicativo, o comportamento autolesivo, na amostra, surge predominantemente associado a uma tentativa solitária de restaurar o equilíbrio e a continuidade do self, evidenciando a vulnerabilidade afetiva e o funcionamento emocional precário e fragmentado destes jovens.

A emergência de Emoções antes e Após a realização dos Comportamentos Autolesivos

Seguidamente iremos abordar a apresentação e discussão relativas ao objetivo 2.

A análise das **emoções que antecedem os comportamentos autolesivos** (tabela 2) revela um padrão emocional negativo intenso, em que predominam experiências de tristeza (N=4), saturação emocional (N=3), autoavaliação negativa (N=3), autodeceção (N=3), descontrolo (N=2) e vazio emocional (N=2). Estes dados indicam que, imediatamente antes do comportamento autolesivo, os sujeitos vivenciam emoções negativas complexas e sobrepostas, frequentemente associadas à perceção de falha pessoal e exaustão emocional.

Emoções prévias aos CAL	UR
Desespero	4
Tristeza	4
Autodepreciação / Autodeceção	4
Saturação emocional	3
Solidão	2
Vazio emocional	2
Ansiedade	2
Raiva	2

Tabela 2

O **desespero (N=4)** surge relacionado com uma carga emocional forte, aliada à perceção de ausência de perspetivas. Este tipo de resposta confirma o papel dos CAL

como uma tentativa de retomar a sensação de controlo perante um corpo e mente saturados.

“Vou acabar por explodir com estes sentimentos todos, ou tenho de fazer alguma coisa e vou ter que fazer estes comportamentos autolesivos.”

“Sinto sentimentos que me excedem de capacidade de aguentar-acabo por encontrar uma solução para todos estes sentimentos no ato de me cortar.”

A **‘tristeza’ (N=4)**, um dos sentimentos mais referidos enquanto precursor direto da autolesão. Este dado é consistente com o modelo funcional de Klonsky e Glenn (2009), segundo o qual as emoções de valência negativa, particularmente tristeza, culpa e vergonha, são os principais *gatilhos* dos comportamentos autolesivos. A tristeza acumulada de forma sistemática, pode gerar uma perceção de impotência e perceção de ausência de alternativas adaptativas, conduzindo ao ato autolesivo como forma de descarga.

“Comecei a desenvolver de forma mais séria problemas com a depressão e isso levou-me à continuação e ao piorar dos comportamentos autolesivos.”

“Sinto uma sensação de abandono e tristeza.”

Os sentimentos de **‘autodepreciação / autodeceção’ (N=4)** reforçam a presença de uma componente autocrítica e de sentimentos de frustração nos CAL. Os indivíduos tendem a atribuir a eles a responsabilidade pelos seus próprios sofrimentos, associando o impulso de se magoar a sentimentos de culpa, vergonha e incapacidade. Estes dados convergem com as conclusões de Klonsky (2007), que associam a autolesão à função de autopunição, motivada por pensamentos de desvalorização pessoal, de não ser capaz de algo. Na amostra percebe-se que esta culpabilização, pode também estar relacionada com o ato em si, com o facto de não serem capazes de resistir aos CAL.

“Sinto que não valho nada”

“Eu fico dececionada comigo própria, porque já não faço com tanta regularidade... fico a pensar: ‘ai..., não faças, não faças’... mas depois acabo sempre por fazer.”

“Se estiver a fazer algo que na minha cabeça tinha que ser feito de uma certa maneira e eu não consigo alcançar isso, eu sinto uma grande frustração e isso dá-me raiva. E penso que a minha forma de descarregar era aquela.”

A **'saturação emocional'** (N=3) está relacionada com a presença de uma carga emocional muito forte em que o indivíduo atinge um colapso, e comporta uma diversidade de sentimentos (cansaço, tristeza, raiva).

“Para nós tomamos iniciativa para nos automutilarmos, a nossa cabeça tem que estar num estado cansativo muito forte”

A **'solidão'** (N=2) surge associada à percepção de incompreensão e isolamento emocional, na amostra referem explicitamente a ausência de uma figura de apoio.

“Eu sentia-me muito só, cansada psicologicamente, mesmo muito cansada. Eu até já nem tinha vontade de chorar.”

“Antes de ter apoio psicológico era assim mais uma solidão, senti-me muito isolado, não desabafava com ninguém”

O **'vazio emocional'** (N=2), reflete uma espécie de 'anestesia afetiva', frequentemente relatada como “não sentir nada”. Este sentimento reflete a função de antidissociação em que a dor física do ato autolesivo é usada para “restituir a sensação de estar vivo” terminando a sensação de dormência.

“Às vezes sinto-me desligada de tudo, só penso nisso, quero dizer, antes de fazer, é como se não sentisse mais nada à volta.”

Os sentimentos de **'ansiedade'** (N=2) associada à uma hiperativação emocional, a autolesão surge como uma estratégia de regulação fisiológica, um modo de transformar a agitação interna numa sensação física controlável.

“Eu ficava acordada a chorar e a tremer na frente do espelho, com uma ansiedade enorme.”

“Eu só estava com ansiedade e queria parar. Eu sei que tomar nove comprimidos é um exagero para parar a ansiedade e a dor de cabeça, mas eu só queria parar a dor de cabeça.”

O sentimento de **'raiva'** (N=2) é associado a uma forte intensidade emocional, e pode estar associado a impulsividade e perda momentânea de domínio sobre o comportamento / perda de controlo. Esta carga forte emocional faz com que esteja presente por exemplo na função de 'mecanismo de fuga'.

“Acontece que eu estava com tanta raiva que fiz com muita força e cheguei mesmo a ficar com o osso da canela exposto.”

“Se estiver a fazer algo que na minha cabeça tinha que ser feito de uma certa maneira e eu não consigo alcançar isso, eu sinto uma grande frustração e isso dá-me raiva. E penso que a minha forma de descarregar era aquela.”

No geral, estes resultados sugerem que os sentimentos que antecedem os CAL são dominados por emoções negativas internalizadas e de difícil regulação, um momento em que coexistem a intensidade afetiva (tristeza, saturação, raiva) e a autocrítica (autoavaliação negativa / autodeceção). A articulação destas emoções evidencia sofrimento e desorganização emocional. Desta forma, os dados reforçam que a autolesão atua como uma estratégia disfuncional de regulação emocional, destinada a aliviar o sofrimento psicológico, punir e lidar com as ‘suas’ incapacidades e retomar controlo.

A análise das **emoções experienciadas após os comportamentos autolesivos** (tabela 3) revela um padrão emocional ambíguo (que envolve emoções de valência oposta, ou seja, negativas e positivas), marcado pela coexistência de ‘culpa’ (N=5) e ‘preocupação’ (N=4), mas que integra ainda respostas de ‘alívio’ (N=5), ‘distanciamento emocional’ (N=3) e, em menor frequência, ‘reafirmação da vontade de viver’ (N=2). Estas emoções aparentemente antagónicas podem ocorrer num mesmo momento, num mesmo indivíduo (Klonsky, 2007).

Emoção após os CAL	UR
Alívio	5
Culpa	5
Preocupação	4
Distanciamento emocional	3
Remorso	2
Euforia / sensação de renascer	2

Tabela 3

O **‘alívio’** (N=5) (também frequentemente relatado durante o comportamento), descreve uma redução imediata da tensão interna e da sobrecarga emocional, e está presente também como uma das principais manifestações da função de regulação do afeto.

A autolesão, ao provocar uma resposta fisiológica intensa, gera uma mudança rápida no estado emocional, interrompendo o ciclo emocional negativo, o que gera alívio (Klonsky, 2007). Trata-se, portanto, de um reforço negativo, vivido como uma emoção breve e temporária, uma vez que na amostra, é frequentemente seguido por emoções mais negativas como culpa, remorso ou distanciamento, aspeto que confirma a ciclicidade emocional típica do padrão auto-lesivo referido por Klonsky.

“Dá-me um alívio momentâneo, eu acho”

“É uma sensação de alívio tão grande que eu não consigo explicar, é mesmo muito, muito grande, às vezes é só isso mesmo”

“Quando me corto, sinto que descarrego tudo... parece que sai tudo de dentro de mim.”

“Estou tão focada na dor que me alivia emocionalmente.”

A **‘culpa’ (N=5)**, presente em todos os participantes, enquadra as emoções mais recorrentes após o comportamento autolesivo. Uma emoção que traduz uma autoavaliação negativa relacionada com a perceção de ter cometido uma transgressão pessoal.

“Eu sei que, depois, (...) Sinto-me culpado (...) À partida, tento esconder. E eu acho que o que sinto é isso é um sentimento de alívio, só que momentâneo. Apenas no pós é mais culpa e o cuidado de esconder, de limpar tudo, aí não é tão agradável, digamos assim”

“Sinto muita culpa, por me ter cortado de novo e tento parar.”

A **‘preocupação’ (N=4)**, sobretudo relacionada com a necessidade de esconder, com a limpeza, com o tratamento das feridas e com o medo de ser descoberto, evidencia uma mudança cognitiva após o ato, em que o foco se desloca da dor emocional para o controlo de danos físicos e sociais. Este padrão sugere a existência de uma reorganização da atenção, que permite ao indivíduo recuperar uma sensação de domínio, mas aparentemente relacionada por medo e vergonha.

“Tenho de estar mais preocupada em limpar os cortes do que com a sensação que sinto depois”

“Mas ao mesmo tempo era uma preocupação, porque, por exemplo, muitas vezes eu tinha que limpar os utensílios, sem querer sujava a roupa com sangue. Era uma preocupação em esconder e em limpar tudo”

O **‘distanciamento emocional’ (N=3)** representa um estado de entorpecimento afetivo ou “desligamento” momentâneo, descrito pelos participantes como uma ausência de emoção ou de reação imediata após o ato. Esta sensação pode estar associada a um mecanismo de defesa que permite ao sujeito tolerar o impacto do ato autolesivo.

“Sinto-me normal tudo normalissimo”

“Parece que já estão tão distantes que simplesmente não existem.”

O sentimento de **‘remorso’ (N=2)**, semelhante a culpa sendo que, representa uma emoção mais moral, que surge a partir de uma reflexão mais elaborada (do que a culpa). Implica consciência do dano e desejo de reparação / de ultrapassar e introduz de forma mais forte a ideia de responsabilização pessoal. Na amostra pode também estar relacionado com o impacto do ato autolesivo nos outros.

“E depois, quando eu tenho uma recaída disso, sinto-me... pessimamente mal porque estou a desiludir não só a mim, como a minha mãe e os meus amigos”

Por fim, a **‘euforia / sensação de renascer’ (N=2)**, embora menos frequente, constitui um dado relevante e positivo. Alguns participantes relataram sentir após o ato, uma consciência renovada, uma sensação de euforia. Uma vez mais uma sensação positiva que reforça o comportamento.

“É uma coisa quase eufórica... dá-me vontade de rir. Sinto-me muito bem.”

“Quando junto a mistura da música com o corte faz-me sentir que tenho liberdade e controlo sobre tudo.”

Desta forma, é possível perceber através dos dados, que as emoções que sucedem os comportamentos autolesivos revelam um processo emocional reativo e autorreflexivo, associado a emoções punitivas (ex: ‘culpa’), defensivas (ex: ‘preocupação’ e ‘distanciamento’) e positivas (ex: ‘alívio’ e ‘euforia’). Sendo que, frequentemente as emoções referidas podem coexistir numa mesma ocasião ou em diferentes momentos num mesmo indivíduo.

Relação entre os Eventos Traumáticos e os Comportamentos Autolesivos

Apresentamos de seguida os resultados e respetiva discussão referentes ao objetivo 3.

A análise da tabela 4 referente aos **eventos traumáticos relatados** pelos sujeitos expressa os eventos traumáticos presentes na amostra. É possível identificar experiências de elevada carga emocional como ‘abuso físico’, ‘emocional’ e ‘sexual’, bem como outras experiências associadas a menor carga emocional e traumática por parte dos indivíduos como ‘situações de humilhação em contexto escolar’.

Eventos Traumáticos	Unidades de registo	Total	N
Abuso Físico	Mãe-1	2	2
	Pai-1		
Abuso/Assédio sexual	Primo-1	2	2
	Não quis referir-1		
Abuso psicológico	Pai-3	7	3
	Mãe-2		
	Tia-1		
	Namorado-1		
Bullying / humilhação em contexto escolar	Colegas- 3	4	3
	Professor- 1		

Tabela 4

Apesar da reduzida dimensão da amostra, salienta-se a menção a 2 casos de abuso de cariz sexual, um deles por parte de um primo e no outro caso a entrevistada não quis referir o interveniente. Para além do abuso sexual, salienta-se que todos os sujeitos referirem pelo menos uma forma de abuso ou adversidade significativa durante a infância ou adolescência, destacando-se o abuso psicológico (UR=7), como a mais saliente. Estes dados sugerem uma ligação estreita entre o trauma precoce e a emergência dos comportamentos autolesivos. De referir uma vez mais, que a recolha da amostra não contemplou *à priori* este elemento como determinante à participação.

Esta tendência é corroborada pela literatura, nomeadamente pelo meta-estudo de Liu *et al.* (2018) realizado a partir da revisão bibliográfica a 71 estudos, que concluiu que todas as formas de maus-tratos infantis (físico, sexual e emocional), estão significativamente associadas à autolesão. Os autores sublinham que o trauma infantil atua como um fator de risco, comprometendo o desenvolvimento da regulação emocional e aumentando a vulnerabilidade a comportamentos autodestrutivos.

Do mesmo modo, Serafini *et al.* (2017) identificaram os maus tratos infantis como um determinante significativo dos CAL, particularmente o abuso sexual e a negligência

emocional, que surgem como os preditores mais consistentes. O estudo evidencia que as experiências traumáticas precoces, sobretudo quando continuadas ou múltiplas, potenciam alterações nos sistemas de stress e de regulação afetiva, facilitando o recurso à autolesão como forma de “gestão” do sofrimento.

Em suma, os dados do presente estudo convergem com a literatura ao evidenciar que a história de traumas interpessoais precoces, em especial o abuso emocional e sexual, são um contexto relevante na compreensão dos comportamentos autolesivos. Estes resultados reforçam a perspectiva de que a autolesão deve ser entendida não apenas como um sintoma isolado, mas como uma resposta funcional ao sofrimento psicológico derivado de experiências traumáticas, implicando intervenções psicoterapêuticas centradas neste aspeto e no desenvolvimento de estratégias de regulação emocional alternativas.

“Com a família, tenho certos medos, mais por já ter sido abusada fisicamente pelo meu pai. Mas de resto, mais nada com a família. Mas sofri de bullying na escola, muito forte.”

“A minha situação familiar não é fácil, os meus pais divorciaram-se quando tinha 9 meses (...) antes era mais semana sim, semana não, em casa de cada um, mas foi ficando difícil. Muitas vezes agora vou para casa de um quando o outro se cansa de mim. (...) noutro dia queria sair de casa da minha mãe, já não aguentava aís e o meu pai disse que não me queria lá... estou sempre aos caídos e tenho sempre esta ideia de que ninguém me quer”

“O meu pai é alcoólico, então tive várias vezes na infância, mesmo desde pequenina, problemas quando ele estava. Ele era muito agressivo comigo, e deixava-me completamente destroçada.”

“O meu primo ter me assediado quando tinha 10 anos e o meu pai levar menores de idade para casa. (...) o meu primo tocou-me sem consentimento”

“Há uma coisa que me aconteceu que não sei se chamaria trauma. Tinha os meus 10, 11 anos e eu estava muito aflito para ir à casa de banho e pedi ao professor para sair que não me deixou ir. Até que aconteceu eu fazer xixi mesmo na sala e, depois, o professor ainda me obrigou a mim a ir buscar uma esfregona e ser eu a limpar. Toda essa situação marcou-me ainda hoje não consigo sair de casa sem ir primeiro à casa de banho.”

“Durante toda a vida fui alvo de bullying. Nunca fui um miúdo normal e os meus colegas metiam-se muito comigo. (...) Mesmo durante a faculdade nunca tive muitos amigos.”

“Tive ainda um episódio, mais de intimidade (...) sim, mais sexual, mas não quero falar disso.”

De salientar ainda que, embora todos refiram eventos traumáticos, os participantes nunca os referem espontaneamente, só quando questionados, e ainda assim, frequentemente relativizam o seu impacto nos CAL e a sua dimensão de trauma. Esta relativização acontece, mesmo quando referem posteriormente um impacto transversal do evento na sua vida. Esta tendência de silêncio e recato é mais evidente no relato de abusos sexual, os participantes que os referem não desenvolvem o tema, nem a sua associação com os CAL. Este tipo de atitude de silêncio e de relativização da importância do trauma é descrita na revisão bibliográfica.

Ou seja, a forma como relatam as situações traumáticas e o facto de não as relacionarem diretamente com os CAL, permite perceber a uma relativização emocional deste tipo de situações (talvez como um mecanismo de defesa), pelo menos neste contexto de entrevista onde não existe, sem relação terapêutica.

Conclusões

O presente estudo permitiu uma compreensão aprofundada dos comportamentos autolesivos enquanto manifestações complexas de sofrimento psicológico e de falhas na regulação emocional.

A opção metodológica pela entrevista qualitativa possibilitou aceder à voz subjetiva dos participantes e compreender o significado que cada um atribui ao ato autolesivo, mais do que o seu enquadramento meramente sintomático.

Os resultados evidenciam uma predominância clara das funções intrapessoais sobre as interpessoais. As narrativas dos jovens mostram que a autolesão funciona essencialmente como um mecanismo de autorregulação emocional, assumindo funções de regulação do afeto, autopunição, fuga emocional e substituição do sofrimento.

Estas funções traduzem tentativas de conter, transformar ou externalizar uma dor psíquica intolerável, convertendo-a numa experiência física delimitada e controlável. O

ato de ferir o corpo surge, assim, como uma estratégia algo paradoxal de sobrevivência emocional: consiste numa forma de manter / estabelecer controlo, de reequilibrar o caos interno e de “sentir algo” quando o sofrimento emocional é difuso ou insuportável.

A análise das ‘unidades de registo’ reforçam o entendimento vigente da autolesão como uma forma complexa de gestão do sofrimento e reconstrução temporária do equilíbrio psíquico, com uma profunda intensidade emocional, que vai para além de um comportamento de procura de atenção ou manipulação interpessoal.

A relação entre o trauma e autolesão emerge como um eixo interpretativo relevante na amostra. As experiências de abuso físico e verbal, negligência emocional e dinâmicas familiares disfuncionais relatados pelos participantes parecem constituir fatores de vulnerabilidade significativos, atuando como matriz relacional e afetiva da desregulação emocional.

Embora os participantes tendam, no discurso manifesto, a minimizar a influência destes eventos e a atribuir responsabilidade pessoal pelo comportamento, o conteúdo implícito das narrativas revela uma ligação profunda entre a experiência traumática e a necessidade de controlo através da dor.

A autolesão pode assumir uma função simbólica de integração do trauma: o corpo torna-se o lugar onde a dor psíquica é tornada visível e passível de ser controlada.

A dimensão interpessoal, ainda que menos frequente, manifesta-se sobretudo em contextos de pedido de ajuda indireto, de procura de reconhecimento do sofrimento. Esta dimensão revela o potencial comunicacional dos comportamentos autolesivos, em que o ato, mais do que chamar a atenção, visa tornar audível uma dor que não encontra palavras ou espaço relacional para ser acolhida.

De forma global, este estudo sublinha que a autolesão não deve ser compreendida apenas como um comportamento disfuncional, mas como uma linguagem do sofrimento emocional, intimamente ligada à história relacional e traumática do sujeito.

A nível clínico, os resultados reforçam a necessidade de intervenções terapêuticas centradas no significado e na função do comportamento, privilegiando a compreensão empática, a regulação emocional e a integração simbólica do trauma, em detrimento de abordagens que visem apenas a sua extinção comportamental.

Conclui-se que compreender a autolesão implica compreender o sujeito como um todo, sendo fundamental promover intervenções integradas, baseadas numa leitura multidimensional (psicológica, relacional e social) do indivíduo e do fenómeno.

O presente trabalho contribui, assim, para o enriquecimento do conhecimento clínico e científico sobre os comportamentos autolesivos, e sugere a pertinência de explorar as interrelações entre trauma e os CAL. De facto, os resultados referem um domínio da função reguladora das emoções, tal como Roley-Roberts *et al.* (2023) descrevem no estudo sobre o impacto dos abusos sexuais e os CAL. Os autores identificam nos indivíduos alvo de abusos sexuais particulares dificuldades na regulação das emoções, que por sua vez aumentam o risco tanto para a autolesão não suicida quanto para o pensamento suicida.

Quando às limitações do estudo, do ponto de vista técnico este estudo apresenta algumas limitações inerentes à sua natureza qualitativa e ao formato de recolha e análise de dados. Em primeiro lugar, o número reduzido de participantes (cinco entrevistas) limita a possibilidade de generalização dos resultados, restringindo as conclusões à compreensão aprofundada de casos particulares. A amostragem de conveniência e intencional, mediada pelos terapeutas, embora adequada ao objetivo exploratório, poderá ter introduzido viés de seleção, dado que os participantes foram escolhidos com base na disponibilidade e nas características percebidas pelos profissionais. Adicionalmente, a entrevista semiestruturada, apesar de favorecer a exploração livre das experiências, depende fortemente da capacidade de expressão verbal e reflexiva dos sujeitos, o que pode ter condicionado a profundidade de algumas respostas. Por fim, a análise de conteúdo categorial-temática, embora rigorosa e sistemática, envolve sempre um grau de interpretação subjetiva do investigador, podendo ser influenciada pela sua sensibilidade clínica e pela leitura teórica prévia do fenómeno. Ainda assim, o cuidado metodológico na codificação, a triangulação teórica e a coerência interna da análise conferem robustez e credibilidade aos resultados obtidos.

Tendo em conta as limitações identificadas, recomenda-se que futuras investigações aprofundem o fenómeno dos comportamentos autolesivos recorrendo a amostras mais amplas e heterogéneas, que incluam participantes de diferentes faixas etárias, contextos socioculturais e estágios de acompanhamento terapêutico. Seria igualmente pertinente a integração de metodologias mistas, combinando a análise qualitativa de conteúdo com instrumentos quantitativos validados. Além disso, estudos

longitudinais poderiam contribuir para compreender a evolução das funções e significados da autolesão ao longo do tempo, assim como o impacto das intervenções psicoterapêuticas na sua diminuição ou substituição por estratégias adaptativas. Seria ainda relevante explorar as dimensões interpessoais da autolesão, menos expressivas neste estudo, clarificando em que medida os comportamentos autolesivos funcionam como formas de comunicação do sofrimento ou pedidos indiretos de ajuda.

A investigação respeitou os princípios éticos de confidencialidade, anonimato e consentimento informado. Os participantes foram informados dos objetivos do estudo, da sua liberdade para interromper a entrevista a qualquer momento, e da eliminação dos registos áudio após transcrição.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing
- Barth, J., Bermetz, L., Heim, E., Trelle, S., & Tonia, T. (2013). The current prevalence of child sexual abuse worldwide: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Public Health*, 58(3), 469–483. <https://doi.org/10.1007/s00038-012-0426-1>
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620. <https://doi.org/10.1037/h0080369>
- Castro A, Ibáñez J, Maté B, Esteban J & Barrada J (2019) Childhood Sexual Abuse, Sexual Behavior and revictimization in adolescence and youth: a mini review *Front .Psychol.* 10: 2018, doi: 10. 3389/fpsyg.2019.02018
- der Kolk, van, Christopher, J., & Lewis, J. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665–1671. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.12.1665>
- Duarte, E. (2018). *Dialetos da Dor 2: Representações sociais sobre as funções dos comportamentos autolesivos em dolescentes* (Issue Tese de doutoramento sobre comportamentos autolesivos) [ISPA - Instituto Universitário de ciências psicológicas, Sociais e da Vida]. <http://hdl.handle.net/10400.12/6692>
- Duarte, E., Gomes, H. S., & Gouveia-Pereira, M. (2024). Is suicidal intent present when adolescents engage in non-suicidal self-injury?: A research note. *Psychiatry Research*, 342, 116286. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116286>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019). Development and Factorial Validation of the Inventory of Deliberate Self-Harm Behaviours for Portuguese Adolescents. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019). Social Representations About the Functions of Deliberate Self-Harm: Construction and Validation of a Questionnaire for Portuguese Adults. *Behaviour Change*, 36(1), 12–28. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.22>
- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Sampaio, D. (2019). Social representations about the functions of deliberate self-harm from adults and adolescents: A qualitative study. *Trends in Psychology*, 27(4), 879–894. <https://doi.org/10.9788/TP2019.4-05>
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, 287, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>

- Fuschini, B., Duarte, E., P. Miranda, M., & Gouveia-Pereira, M. (2024). From Family Conflicts to Suicide Risk Through Deliberate Self-Harm Online Content in Adolescents and Young Adults. *European Journal of Mental Health, 19*, 1–14. <https://doi.org/10.5708/EJMH.19.2024.0030>
- Gaspar, T., Guedes, B. F., Cerqueira, A., Gaspar De Matos, M., & Equipa Aventura Social. (2022). *Relatório do estudo: A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES EM CONTEXTO DE PANDEMIA- Dados nacionais do estudo HBSC 2022*.
- Gonçalves, S. F., & Vieira, F. M. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema, 24*(4), 536–541.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009a). Service Use by At-Risk Youths After School-Based Suicide Screening. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(12), 1193–1201. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5>
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Hoagwood, K., Kleinman, M., Amakawa, L., & Altschuler, E. (2009b). Service Use by At-Risk Youths After School-Based Suicide Screening. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(12), 1193–1201. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e3181bef6d5>
- Gouveia-Pereira, M., Duarte, E., Gomes, H. S., da Silva, C. T., & Santos, N. (2022). Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry Research, 309*, 114400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114400>
- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg022>
- Guerreiro, D. F., Cruz, D., Frasquilho, D., Santos, J. C., Figueira, M. L., & Sampaio, D. (2013a). Association Between Deliberate Self-Harm and Coping in Adolescents: A Critical Review of the Last 10 Years' Literature. *Archives of Suicide Research, 17*(2), 91–105. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.776439>
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Rihmer, Z., Gonda, X., & Figueira, M. L. (2013b). Affective temperaments and self-harm in adolescents: A cross-sectional study from a community sample. *Journal of Affective Disorders, 151*(3), 891–898. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.07.034>
- Guerreiro, D. F., & Sampaio, D. (2013c). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública, 31*(2), 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research, 21*(1), 83–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>

- Guerreiro, F. D. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Universidade de Lisboa.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry, 192*(3), 166–170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (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. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Liu, R. T., Scopelliti, K. M., Pittman, S. K., & Zamora, A. S. (2018). Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry, 5*(1), 51–64. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30469-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30469-8)
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. de, Corcoran, P., Fekete, S., Heeringen, K. van, Leo, D. De, & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 49*(6), 667–677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients. *American Journal of Psychiatry, 156*(2), 181–189. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.2.181>
- Maria, S. G. da S. (2012). *Abusos sexuais de crianças: Mudanças resultantes de uma intervenção preventiva (Tese de doutoramento) ISPA – Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida*. ISPA.
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*(2), 225–235; quiz 235–237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>
- Roley-Roberts, M. E., Charak, R., Jeffs, A. J., & Hovey, J. D. (2023). The unique relationship between childhood sexual abuse, self-injury and suicide ideation: The mediating role of emotion dysregulation. *Child Abuse Review, 32*(2). <https://doi.org/10.1002/car.2787>
- Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health, 2*(3), 223–228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)
- Soares, I. (2022, 10 de maio). *Abuso sexual de crianças: conhecer o passado, construir o futuro* [Conferência]. Fundação Calouste Gulbenkian, Lisboa, Portugal. Organização: Comissão Independente para o Estudo de Abusos Sexuais de Crianças na Igreja Católica Portuguesa.

- Stoltenborgh, M., Van IJzendoorn, M. H., Euser, E. M., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment*, 16(2), 79–101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Troya, M. I., Cully, G., Leahy, D., Cassidy, E., Sadath, A., Nicholson, S., Ramos Costa, A. P., Alberdi-Páramo, Í., Jeffers, A., Shiely, F., & Arensman, E. (2021). Investigating the relationship between childhood sexual abuse, self-harm repetition and suicidal intent: Mixed-methods study. *BJPsych Open*, 7(4), e125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.962>
- Turner, H. A., Finkelhor, D., & Colburn, D. (2024). Contexts and Characteristics of Imaged-Based Sexual Exploitation and Abuse of Children: Incident Dynamics in a National Sample. *Child Maltreatment*, 30(1), 68-81. <https://doi.org/10.1177/10775595241233970> (Original work published 2025)
- Victor, S. E., Styer, D., & Washburn, J. J. (2015). Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: Evidence from a clinical sample of youth. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9, 20. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0053-8>
- Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, & Wilson IC (2017) The prevalence of sexual revictimization: a meta-analytic review *Trauma Violence Abuse* 20, 67-80
- Wyman, P. A., Brown, C. H., Inman, J., Cross, W., Schmeelk-Cone, K., Guo, J., & Pena, J. B. (2008). Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 104–115. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.104>

Anexos

Anexo 1 Guião de entrevista

Guião de Entrevista

1. Introdução / explicação sobre o objetivo da entrevista:

O meu nome é João, sou licenciado em psicologia e estou agora a fazer a minha tese de mestrado. É neste contexto que gostava de contar com a sua ajuda. Vou entrevistar algumas pessoas que se encontram em psicoterapia, e é por isso que lhe pedi esta entrevista.

Vou colocando algumas questões, mas pode falar livremente, sempre que quiser.

Queria ainda garantir o total anonimato desta entrevista, nunca serão mencionados nomes e o conteúdo integral desta entrevista não será publicado em nenhum contexto. Assim, pedia-lhe autorização para gravar apenas em áudio, esta gravação funciona como um instrumento de trabalho meu, é muito difícil estar a tirar notas e a conversar ao mesmo tempo, e assim garanto que não me esqueço de nada depois de terminarmos. A gravação será eliminada após análise.

2. 'Aquecimento' / questões relativas à caracterização sociodemográfica do entrevistado

- *que idade tem?*
- *gostaria de perceber o que faz, estuda? trabalha? em quê?...*
- *como vive a vida escolar / o trabalho? Ajude-me a conhecer um bocadinho melhor esta parte da sua vida?...*
- *e relativamente à sua família, com quem vive? como caracterizaria a sua relação com a sua família?...*

3. Comportamentos auto lesivos (CAL)

- *por vezes as pessoas têm momentos em que sentem vontade de se magoar (por exemplo, cortar, queimar...), gostava que partilhasse a sua experiência relativamente a este tipo de comportamentos.*

(deixar o entrevistado falar abordando os seguintes tópicos ao longo da conversa)

- *o que costuma sentir antes destes comportamentos?*
- *e durante, quando ocorrem? o que sente, quais as emoções que estão associadas?*
- *e depois? como caracterizaria as suas emoções, estados de espírito depois de ter este tipo de comportamentos?*

- *qual acha que são as funções destes comportamentos? para que servem?*
- *que fatores ou situações sente mais ligados a esse comportamento... o que os podem desencadear no dia a dia?*
- *pode falar-me sobre o momento em que este tipo de comportamentos começaram? o que acha que desencadeou? tem alguma explicação para eles terem começado? (o que sentia...O que fazia... O que se passava à tua volta?...)*
- *lembra-se o que sentiu nesta primeira vez que tive estes comportamentos? Consegue-me descrever?*

5. Experiências de Abuso

(caso ainda não tenha abordado o tema)

- *temos percebido que estes tipos de comportamentos auto lesivos estão muitas vezes relacionados com experiências traumáticas que podem estar relacionadas com violência e abusos sexuais. A sua experiência também é esta?... quer falar um bocadinho sobre isto?*
 - deixar o entrevistado falar se o desejar e da forma que desejar, e durante esta conversa tentar perceber:
 - como? (circunstâncias da situação)
 - emoções / forma como vivenciou a situação?

7. Encerramento

- perguntar se há algo importante que a pessoa gostaria de acrescentar.
- agradecer a participação.

Anexo 2 Consentimentos informados: pessoal e encarregado de educação

Boa tarde,

O meu nome é João Loureiro Sampaio, sou psicólogo a terminar o mestrado em psicologia clínica no ISPA, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Encontro-me neste momento a realizar uma investigação para a minha tese, no âmbito da saúde mental e adolescência.

A investigação pretende estudar os comportamentos auto lesivos nos jovens e está sob a supervisão e orientação do Professor Doutor José Ornelas, docente do ISPA.

Com os dados desta investigação pretende-se aprofundar o conhecimento sobre este tipo de comportamentos e contribuir no estabelecimento de estratégias de prevenção de comportamentos de risco.

Gostaria de solicitar a sua colaboração neste meu trabalho, sendo que a sua participação se cinge apenas a uma entrevista, com a duração máxima de 45 minutos. Esta entrevista será gravada em áudio apenas, e eliminada após a sua transcrição, sendo que todos os dados recolhidos serão totalmente anónimos, estando desta forma a **proteção de dados individuais assegurada**.

Se concordar com a sua participação, agradeço que preencha o espaço que se segue:

Eu aceito participar neste projeto de investigação.

Assinatura

Agradeço desde já a sua atenção e participação neste meu projeto.

João Sampaio

Exmo. Sr. / Sra. Encarregado de Educação

O meu nome é João Loureiro Sampaio, sou psicólogo a terminar o mestrado em psicologia clínica no ISPA, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Encontro-me neste momento a realizar uma investigação para a minha tese, no âmbito da saúde mental e adolescência.

A investigação pretende estudar os comportamentos auto lesivos na adolescência e está sob a supervisão e orientação do Professor Doutor José Ornelas, docente do ISPA.

Com os dados desta investigação pretende-se aprofundar o conhecimento sobre este tipo de comportamentos e contribuir no estabelecimento de estratégias de prevenção de comportamentos de risco.

Gostaria de solicitar a colaboração do seu filho(a) neste meu trabalho, sendo que a sua participação se cinge apenas a uma entrevista, com a duração máxima de 45 minutos. Esta entrevista será gravada em áudio apenas, e eliminada após a sua transcrição, sendo que todos os dados recolhidos serão totalmente anónimos, estando desta forma a **proteção de dados individuais assegurada**.

Se concordar com a participação do seu filho(a) nesta investigação, agradeço que preencha o espaço que se segue:

Eu, _____, declaro que autorizo o meu filho a participar neste projeto de investigação.

Assinatura

Agradeço desde já a sua atenção e participação neste meu projeto.

João Sampaio