



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**“NARRATIVAS ADOLESCENTES SOBRE AS
SUAS EXPERIÊNCIAS DE
COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS”**

BÁRBARA ALEXANDRA CAPELAS TEIXEIRA

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Coorientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA EVA DUARTE

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2021

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

Agradecimentos

Não faria sentido terminar este capítulo sem dar especial importância àqueles que fizeram tudo para que estes anos fossem possíveis. Pai, mãe e mano, obrigada por serem os melhores, pelo apoio incondicional e por me fazerem acreditar que consigo sempre ir mais longe. Se cheguei até aqui foi por vocês e devo-vos o mundo, todos os dias. À minha restante família e à família que os meus pais escolheram- família Borgas-, o maior obrigada a vocês.

À pessoa que estava cá ainda antes destes cinco anos começarem, mas que adotou um papel principal neste último, que passou tardes e madrugadas sentado ao meu lado a tentar ajudar, que foi a objetividade que eu precisei em muitos momentos e que se recusou a largar a minha mão, obrigada. Tens um coração tão bom, e sou grata por te ter, Gui. E sou grata pela irmã que me deste. A ti, Bia, mil obrigadas pelo incentivo e pela amizade. Apareceste no último ano, mas parece que cá estiveste a vida toda. E sei que agora vais ficar.

Ao melhor trio que já passou pelo ISPA e que se formou ainda antes do 1º ano começar, que estiveram ao meu lado todos os dias, que choraram e riram comigo, e que acima de tudo nunca me deixaram ir abaixo. Adriana e Mariana, obrigada por serem as amigadas que se fazem na faculdade e que ficam para o resto da vida. Não vos largo!

Aos meus padrinhos, Adriana e Luís, obrigada por me terem acolhido nos vossos corações há quase 5 anos atrás e por me terem dado um lugar cativo. Ganhei asas, mas sempre debaixo das vossas.

À melhor amiga que a vida me deu, que furaria pneus por minha causa, que chora comigo vezes sem conta, que é casa e que faz da minha casa a segunda casa dela. Sem ti isto teria sido muito mais complicado e muito menos divertido. *“Não sei que bem fiz eu”*.

Hugo, meu companheiro de Erasmus. A vida já nos juntou em tanto, mas sou especialmente grata pela amizade que criámos ao longo deste ano que passou. Obrigada pela tua paciência, carinho e por teres sempre uma palavra amiga disponível para mim.

Rita, Ana, Carolina, Inês e Sara, palavras para quê? Se existe um “feito” do qual me orgulho, são vocês. Obrigada pela vossa amizade em todos os momentos, pelo vosso incentivo, carinho e por me fazerem sempre acreditar que sou capaz de ir mais além. Prometo levar-vos sempre comigo.

Joana S., minha *sis* deste percurso, e Ritinha., a que me faz alinhar nas ideias mais malucas (e trabalhosas), obrigada por terem feito parte deste percurso e por terem feito com que este fosse mais bonito e preenchido. A vida ainda tem muito para nos dar.

Agradeço também às minhas orientadoras pela paciência, disponibilidade e partilha de conhecimentos que me fez chegar até aqui.

Resumo

Ainda que os comportamentos autolesivos sejam um tema cada vez mais investigado, poucas são as investigações que procuram abordar o tema de forma qualitativa atendendo às narrativas dos adolescentes. Desta forma, a presente investigação tem como objetivo principal analisar as narrativas dos adolescentes relativas à vez mais marcante em que realizaram os comportamentos, compreender quais são as narrativas dominantes relativas a essa, e perceber se existe uma severidade do método de comportamento com que estas mais se relacionem. Para isto, utilizou-se o questionário Inventário dos Comportamentos Autolesivos (ICAL) e um breve questionário sociodemográfico. Assim, este estudo contempla uma amostra de 311 adolescentes oriundos de meio comunitário e clínico, tendo todos praticado comportamentos autolesivos pelo menos uma vez na vida. Os resultados demonstram que, ainda que o método mais utilizado pelos adolescentes deste estudo seja o Bater, o método predominante na vez mais marcante são os Cortes. As narrativas dominantes dos adolescentes deste estudo são as narrativas de Conflitos, principalmente Conflitos Familiares, que neste estudo se relaciona com comportamentos autolesivos de severidade leve/moderada. É possível também observar que as narrativas de Conflitos de Familiares e de Conflitos de Pares (*Bullying*) demonstram uma correlação significativa parcial com os comportamentos autolesivos de elevada severidade, enquanto que as narrativas referentes a Conflitos Amorosos demonstram uma proeminência mais elevada nos comportamentos psicoativos do que nos comportamentos de severidade mais elevada. Neste estudo não foram encontradas relações significativas entre as narrativas de Autorregulação Emocional, Baixa Autoestima e Desvalorização Pessoal com os comportamentos de elevada severidade.

Palavras-chave: Comportamentos Autolesivos, Narrativas, Adolescência.

Abstract

Although self-injurious behaviors are an increasingly researched topic, there are few investigations that attempt to address the topic in a qualitative way by taking into account the adolescents' narratives. Thus, the main purpose of this research is to analyze the narratives of adolescents regarding the most significant time when they performed the behaviors, understand which are the dominant narratives regarding this time, and understand if there is a severity of the behavior method with which they are most related. For this, we used the Inventory of Deliberate Self-harm Behaviours questionnaire and a brief sociodemographic questionnaire. Thus, this study included a sample of 311 adolescents from community and clinical settings, all of whom had engaged in self-injurious behavior at least once in their lives. The results show that, although the method most used by the adolescents in this study is hitting, the predominant method is cutting. The dominant narratives of the adolescents in this study are narratives of Conflict, mainly Family Conflict, which in this study relates to mild/moderate severity self-injurious behaviors. It can also be seen that narratives of Family Conflict and Peer Conflict (Bullying) show a partial significant correlation with high severity self-injurious behaviors, while narratives pertaining to Love Conflict show a higher prominence in psychoactive behaviors than in higher severity behaviors. In this study, no significant relationships were found between the narratives of Emotional Self-regulation. Low Self-Esteem and Self-Devaluation narratives with the high severity behaviors.

Keywords: Self harm behaviour; Narratives; Adolescence.

Índice

Enquadramento Teórico.....	1
1. Adolescência	1
2. Comportamentos autolesivos	3
2.1. Definição de Comportamentos Autolesivos	3
2.2. Associação entre Comportamentos Autolesivos e Comportamentos Suicidários	3
2.3. Caracterização dos Comportamentos Autolesivos	5
2.4. Funções dos Comportamentos Autolesivos	7
2.5. Fatores de Risco Associados aos Comportamentos Autolesivos	8
3. Narrativas	10
Objetivo de investigação	14
Método.....	16
1. Participantes	16
2. Procedimento de recolha de dados	17
3. Instrumentos	18
3.1. Inventário dos Comportamentos Autolesivos (ICAL).....	18
3.2. Questionário Sociodemográfico	19
4. Procedimento de análise de dados.....	19
Resultados	20
Discussão	28
Limitações e estudos futuros	34
Referências bibliográficas.....	37
ANEXOS	48
ANEXO A- Inventário dos Comportamentos Autolesivos (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019)	49
ANEXO B- Questionário Sociodemográfico	51
ANEXO C- Tabela de Análise Temática (Versão completa).....	54

Índice de Tabelas

Tabela 1- <i>Frequência de realização de CAL de acordo com o método utilizado, em função do sexo</i>	17
Tabela 2- <i>Tabela de Análise temática e método mais frequente de cada subcategoria</i>	21
Tabela 3- <i>Tabela de frequência da narrativa dominante por severidade do método</i>	22
Tabela 4- <i>Tabela de frequências do método utilizado na vez mais marcante</i>	23
Tabela 5- <i>Teste Exato de Fisher entre o método Cortar e as narrativas de Conflitos de Pares</i>	24
Tabela 6- <i>Teste Exato de Fisher entre o método Ingestão de substâncias perigosas e as narrativas de Conflitos Familiares</i>	25
Tabela 7- <i>Teste Exato de Fisher entre o método Ingestão de medicação com intenção de magoar e as narrativas de Conflitos Familiares</i>	25
Tabela 8- <i>Diferença de médias dos Comportamentos Autolesivos Severos e Psicoativos nos jovens com narrativas de Conflitos Amorosos</i>	26

Enquadramento Teórico

1. Adolescência

A adolescência é um período de transição e desconhecimento marcada pela obrigação de “se tornar crescido”, ao mesmo tempo que se atravessa diversas mudanças físicas e psicossociais que impactam a visão de si mesmos e do mundo. No que toca à sua definição, é possível constatar que existem diversas definições que variam consoante o autor e o contexto sociocultural (Jaworska & MacQueen, 2015). Para Erikson (1968; cit. por Palácios, 1995), a adolescência é um período de transição no qual já não se é criança, mas também ainda não se é adulto, um “compasso de espera que a sociedade oferece aos seus membros jovens, enquanto se preparam para exercer os papéis adultos”. Guerreiro e Sampaio (2013), definem a adolescência como um período de maturação e de desenvolvimento que acontece entre a infância e a idade adulta, e que é distinguida por mudanças físicas e psicossociais.

A adolescência é uma fase assinalada pelo desenvolvimento físico, mental, sexual, social e emocional (Eisenstein, 2005), e por uma tentativa de construção de autonomia e de um *self* que remete para o final da adolescência (Guerreiro & Sampaio, 2013). O sucesso do adolescente em ultrapassar esta etapa leva a um aumento da probabilidade de sucesso nas seguintes fases da sua vida (Gouveia-Pereira, et al., 2014). O limite de idade para definir a adolescência não é consistente na literatura, variando entre os 18 e os 25 anos (Hawton et al., 2012).

Sendo a adolescência uma etapa marcada por fragilidades e onde existe uma elevada probabilidade de mudança e de desequilíbrio (Jorge et al., 2015), e ainda associando a isto a alta reatividade emocional que lhe é característica (Dahl, 2004), é expectável que, no decorrer do desenvolvimento normal do adolescente, este tenha curiosidade em experimentar e praticar comportamentos de risco. No entanto, é importante que esses comportamentos sejam avaliados no que remete para a sua repetição, continuidade e intensidade, pelo risco de se fixarem a um padrão de consequências negativas que podem pôr em causa o desenvolvimento (Guerreiro & Sampaio, 2013; Sampaio et al., 2014). Devido à fragilidade inerente a esta fase e à necessidade do adolescente de representar o caos interno que sente, dispersar a mentalização e ter capacidade de simbolizar (Guerreiro & Sampaio, 2013), dá-se uma tendência de passagem ao ato (*acting*), de forma a expressar um conflito ou alterar uma situação que este sente como insustentável (Jorge et al., 2015).

Tendo em conta as ideias anteriormente explicitadas, podemos afirmar que existem adolescências normais e adolescências patológicas. Para Guerreiro e Sampaio (2013), quando o sujeito se sente pouco capaz de encarar as suas emoções, quando não existe um sentimento de pertença e existe falta de esperança, estamos perante uma adolescência patológica. Neste sentido, os autores Guerreiro e Sampaio (2013) defendem que as autolesões na adolescência são sempre sinal de uma adolescência patológica que, embora possa ter diversos níveis de gravidade, evidencia sempre um mal-estar intenso que não deve ser ignorado. Assim, os comportamentos autolesivos em adolescentes podem ser vistos como um refúgio para o sofrimento que os jovens sentem (Brás et al., 2016; Saraiva et al., 2014).

2. Comportamentos autolesivos

2.1. Definição de Comportamentos Autolesivos

Ainda que os comportamentos autolesivos existam na sociedade há milhares de anos (Guerreiro & Sampaio, 2013), a literatura não é consistente no que diz respeito a uma definição deste conceito (Nock, 2010). Os dois conceitos mais utilizados na literatura são comportamentos autolesivos deliberados (*Deliberate Self-Harm, DSH*) e auto-injúria não-suicida (*Non-Suicidal Self-injury, NSSI*), sendo que a diferença entre estes está no facto de os comportamentos autolesivos deliberados não terem em conta a intencionalidade, não fazendo diferenciação no comportamento como sendo, ou não, tentativa de suicídio, enquanto que a auto-injúria não-suicida se refere a comportamentos sem intenção de morrer (Guerreiro, 2014).

O termo comportamentos autolesivos evita a questão da intencionalidade, não fazendo distinção entre um comportamento com ou sem uma intenção suicida subjacente e abrangendo todos os métodos de autolesão, sejam estes mais leves ou mais graves (Guerreiro & Sampaio, 2013). Tal como podemos observar no estudo de Madge et al. (2008), que envolveu 30.477 adolescentes pertencentes a sete países, com idades entre os 14 e os 17 anos, a definição de comportamentos autolesivos foi explicada como qualquer comportamento com um resultado não fatal, em que o indivíduo realizou propositadamente um dos subseqüentes comportamentos: ingestão de uma substância em dose exagerada em comparação com a dose terapêutica aconselhada; iniciou um comportamento com o objetivo de originar lesões ao próprio (e.g. saltar de alturas, cortes); ingestão de uma substância ou objeto não ingerível; ingestão de drogas ilícitas ou substância recreativa. Nesta definição não existe qualquer referência à intencionalidade suicida, mencionando apenas a intencionalidade autolesiva, abrangendo assim os comportamentos autolesivos sem intenção suicida e as tentativas de suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013). Esta será a definição utilizada a longo deste trabalho, considerando que os comportamentos autolesivos são todos os comportamentos autoagressivos, independentemente da intenção suicida (Duarte et al., 2019).

2.2. Associação entre Comportamentos Autolesivos e Comportamentos Suicidários

Ao abordar o fenómeno dos comportamentos autolesivos, torna-se inevitável enquadrá-los no âmbito dos comportamentos suicidários, uma vez que se tratam de fenómenos que coexistem (Guerreiro & Sampaio, 2013). Os comportamentos suicidários podem ser definidos como qualquer ato através do qual um sujeito causa lesão a si mesmo, sem ter em conta o grau

de intenção letal do mesmo (Ramôa et al., 2017). A literatura sublinha principalmente três formas de comportamentos e pensamentos suicidários, cuja principal diferença reside no grau de intencionalidade. A *Ideação Suicida* caracteriza-se por ruminções, preocupações relativas à morte, pensamentos persistentes ou ocasionais, desejos e planos para pôr fim à vida (Borges et al., 2006; Carvalho, et al., 2013; Saraiva et al., 2014), surge antes da tentativa de suicídio e, segundo Saraiva et al. (2014), quanto mais elevada for a ideação suicida mais elevado será o risco de suicídio. Contudo, a avaliação deste risco não é linear, uma vez que nem todos os sujeitos com ideação suicida tentam pôr fim à vida (Coric et al., 2009; cit por Saraiva et al., 2014). A *Tentativa de suicídio* é vista como um ato cuja finalidade é pôr termo à própria vida, mas em que a finalidade não foi bem-sucedida, independentemente da razão (Gil et al., 2006). Por fim, o *Suicídio consumado* é o ato em que o sujeito provoca a própria morte de forma intencional (Vieira, 2008).

Estas definições permitem conceptualizar os pensamentos e comportamentos suicidários como um *continuum* que se inicia com pensamentos de autodestruição e vai evoluindo para ameaças e tentativas de suicídio, terminando com o suicídio consumado (Freitas et al., 2013; Grandclerc, et al., 2016; Madge, et al., 2008; Sveticic & De Leo, 2012). Esta noção de um *continuum* entre os comportamentos autolesivos e os suicidários é abordado na literatura desde cedo, e corroborada em estudos que demonstram que uma parte significativa dos suicídios consumados foram antecedidos por comportamentos autolesivos (Barata, 2016; James & Stewart, 2017; Plener, et al., 2009; Wilkinson, et al., 2011, citado por Guerreiro & Sampaio, 2013).

Neste âmbito, existem três teorias que podem explicar a conexão entre os comportamentos autolesivos e os comportamentos suicidários. A Teoria da Porta de Entrada (*Gateway Theory*) propõe que os comportamentos autolesivos podem ser encarados como uma porta de entrada para os comportamentos suicidários, uma vez que antecedem o desenvolvimento de comportamentos suicidários com intenção letal (Asarnow et al., 2011; Wilkinson et al., 2011, citado por Hamza, et al., 2012). A teoria da Terceira Variável, que defende que existe uma variável responsável pela coocorrência dos comportamentos autolesivos e suicidários. Por último, a Teoria de Joiner (*Joiner's Theory of Acquired Capability for Suicide*) sublinha o papel dos comportamentos autolesivos na previsão dos comportamentos suicidários uma vez que, segundo o autor, para um sujeito cometer suicídio tem primeiro de superar a dor e o medo de que estão associados a esse comportamento, e isto pode ocorrer através dos comportamentos autolesivos, que fazem com que o individuo se habitue aos

sentimentos (Grandclerc et al., 2016). No entanto, são ainda necessários mais estudos para perceber a relação entre estes comportamentos e para perceber de que forma os comportamentos autolesivos podem impactar o risco de suicídio. Por acréscimo, diversos estudos como Favaro et al. (2008), Nock et al. (2006), Tang et al. (2011) e Whitlock et al. (2007), concluíram que os comportamentos autolesivos são preditores dos comportamentos suicidários, e que a data da primeira tentativa de suicídio se situa geralmente depois da data de início dos comportamentos autolesivos (e.g. Klonsky et al., 2009; Nock et al., 2008; Nock, 2010; Whitlock et al., 2007). A literatura revela também que os adolescentes com uma história de comportamentos autolesivos têm, na sua maioria, mais probabilidade de tentar o suicídio comparativamente a adolescentes que não apresentam historial de comportamentos autolesivos (e.g., Barata, 2016; Klonsky et al., 2009; Paul et al., 2014; Wilcox et al., 2012). Apesar disto, é importante ter em consideração que ainda não existe um consenso na literatura sobre o início deste *continuum*, havendo opiniões divididas sobre se serão os comportamentos autolesivos ou a ideação suicida o maior preditor de comportamentos suicidários.

2.3. Caracterização dos Comportamentos Autolesivos

Os comportamentos autolesivos em adolescentes são uma grande preocupação para a saúde pública (Hawton et al., 2012). No mundo, a taxa de prevalência de comportamentos autolesivos ao longo da vida varia entre 3% e 27.6%, enquanto em Portugal se situa entre os 7.3 e os 30% (Duarte et al., 2019), sendo esta percentagem principalmente constituída por adolescentes do sexo feminino (Guerreiro & Sampaio, 2013). No que é relativo à idade de início dos comportamentos autolesivos, a literatura apresenta algumas inconsistências. Estudos como Nock (2010) e Brunner et al. (2014) indicam os 10 anos como idade de referência do início dos comportamentos autolesivos, enquanto outros estudos referem os 17 anos (e.g. Heath et al., 2008; Lewis et al., 2012). Ainda assim, é possível perceber que o intervalo de faixa etária mais comum acontece entre os 13 e os 15 anos (Klonsky et al., 2009; Plener, et al., 2009).

Um estudo concretizado em 2012 por Gonçalves et al., analisou a incidência dos comportamentos autolesivos em 569 adolescentes. Cerca de 28% dos jovens já tinha tido comportamentos no mínimo uma vez na vida, sendo esta percentagem maioritariamente constituída por adolescentes do sexo feminino. Uma outra investigação também realizada em Portugal com mais de 1.700 jovens com idades entre os 12 e os 20 anos indicou que 7% já tinha praticado comportamentos autolesivos pelo menos uma vez, sendo que, dessa percentagem, 56.2% dos comportamentos tinham ocorrido no último ano (Guerreiro et al., 2017).

Para além destes dados, a literatura considera que existem quatro conceitos fundamentais quando se aborda o tema dos comportamentos autolesivos: método, resultado, letalidade e intencionalidade. O *Método*, que consiste na forma que o indivíduo utiliza para se autolesionar (Guerreiro & Sampaio, 2013) pode incluir arranhões, cortes, enforcamento, ingestão de fármacos em quantidades superiores às recomendadas, ingestão de substâncias ou de objetos não ingeríveis (i.e., lixívia, detergentes, lâminas, plásticos, pregos), ingestão de drogas ilícitas, ou outros comportamentos autoagressivos (Carvalho et al., 2013; Nock, 2010). Os métodos de comportamentos autolesivos mais identificados na literatura são arranhões, morder e bater em si próprio, sobredosagens, cortes e queimaduras (Duarte, 2018; Nock, 2010). Estudos como Carvalho et al. (2017) e Duarte et al. (2019), indicam que os métodos de comportamentos autolesivos mais comuns em Portugal são morder, conforme é corroborado no estudo de Carvalho et al. (2017), onde 61.17% dos participantes identificou ser esse o método utilizado, bater, arranhões (Gonçalves et al., 2012), e cortes, sendo este o terceiro método mais utilizado pelos participantes do estudo conduzido por Duarte et al. (2019).

Existem três tipos de *Resultado* para os comportamentos autolesivos: a sobrevivência sem ferimentos, a sobrevivência com ferimentos e a morte, seja esta acidental ou por suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013). Ligado a este conceito, a *Letalidade* é a probabilidade de morte que se associa ao método que foi utilizado. Por exemplo, os arranhões podem ser considerados como de baixa letalidade, enquanto o enforcamento é visto como de alta letalidade. Este conceito pode ser subjetivo quando avaliado pelo sujeito que pratica o comportamento, e objetivo quando avaliado por um profissional (Guerreiro & Sampaio, 2013). Cerca de 50% dos sujeitos com comportamentos autolesivos avaliam de forma incorreta a letalidade do método que utilizaram (Carvalho et al., 2013).

Por último, a *Intencionalidade*, tal como previamente abordado, é um dos conceitos que gera mais controvérsia na literatura. Pode definir-se como a determinação para atuar de forma a atingir um fim, fim esse que, neste caso, seria o suicídio. A avaliação da intencionalidade é realizada através do autorrelato, que é um método com elevada probabilidade de enviesamento devido à memória que o sujeito tem do comportamento, da sua imprecisão, e até mesmo por causa da ambivalência em relação à morte (Guerreiro & Sampaio, 2013). Sampaio (1991), sugere que este conceito seja observado através da rapidez e da reversibilidade do método utilizado, sendo que a intencionalidade é menor quanto mais reversível e mais lento for o método.

Os comportamentos autolesivos podem também ser classificados de acordo com a sua gravidade. Apesar de não ser consensual na literatura, a gravidade costuma ser definida de acordo com o dano que causa no tecido corporal do sujeito, sendo que existem duas categorizações principais. Croyle and Waltz (2007), dividiram os comportamentos autolesivos sem intenção suicida em dois grupos: os levemente prejudiciais e os comportamentos autolesivos mediamente prejudiciais, enquanto que para Whitlock et al. (2008), a severidade dos comportamentos autolesivos se divide em três categorias: superficiais, moderados e elevada (cit. por (Duarte et al., 2019). No decorrer deste trabalho a categorização a ter em conta será a do estudo de Duarte et al. (2019), de onde resultaram três categorias de gravidade: a *severidade leve/moderada*, que engloba comportamentos como morder, puxar o cabelo, arranhões, espetar agulhas e bater; *abuso de substâncias/ psicoativos*, onde se tem em conta o consumo de drogas e álcool com intenção de causar dano; e por fim, a *categoria de elevada severidade*, onde encontramos comportamentos como cortes, queimaduras, consumo de substâncias e medicação com intenção de causar dano, ingestão de medicação com intenção de morrer e a tentativa de suicídio. Esta divisória dos métodos autolesivos de acordo com a sua gravidade é consistente com a literatura (Duarte et al., 2019).

2.4. Funções dos Comportamentos Autolesivos

Os comportamentos autolesivos apresentam diversas funções psicológicas, sendo que estas podem ser definidas como as motivações que levam os indivíduos a praticar estes comportamentos (Suyemoto, 1998, cit. por Duarte, 2018). Para esquematizar esta variedade de funções, Klonsky e Glenn (2009) criaram um modelo que seguiremos no presente estudo. Neste modelo, as funções estão divididas em dimensões, sendo duas as principais: a interpessoal e a intrapessoal.

Dentro da interpessoal encontram-se oito funções cuja finalidade é influenciar os outros e alargar a rede de suporte (Nock, 2010): (1) *Autocuidado* — o individuo autolesiona-se para depois se focar no tratamento da lesão, o que se pode revelar satisfatório e até mesmo gratificante; (2) *Autonomia* — para se assegurar que não precisa dos outros; (3) *Influência interpessoal* — para fazer com que os outros se preocupem, ou como forma de impedir o abandono; (4) *Ligação aos pares* — para se incluir ou demonstrar amizade com o grupo de pares; (5) *Limites interpessoais* — para gerar um limite entre o sujeito e o outro; (6) *Procura de sensação* — para sentir emoção, excitação ou para ultrapassar os próprios limites; (7)

Resistência — para entender se consegue suportar a dor causada pelas lesões ou para demonstrar a sua resistência; (8) *Vingança* — para magoar alguém significativo ou para se vingar.

No que diz respeito à dimensão intrapessoal, esta engloba cinco funções cujo objetivo seria reduzir os estados afetivos ou aumentar os estados de desejo (Nock, 2010): (1) *Anti dissociação* — uma forma de atenuar a sensação de vazio, permitindo-lhe sentir algo; (2) *Anti suicídio* — uma forma de interromper os pensamentos suicidários sem tentar o suicídio; (3) *Autopunição* — uma forma de exprimir sentimentos negativos sobre si próprio como a raiva, punindo-se a si mesmo; (4) *Autorregulação do afeto* — uma forma de o sujeito se acalmar, reduzir a ansiedade e outras emoções negativas; (5) *Sinalização de mal-estar* — uma forma de o sujeito dar um significado ao sofrimento emocional que sente.

Estas funções podem sobrepor-se, não sendo mutuamente exclusivas (Klonsky, 2009). Uma investigação conduzida por Sadeh et al., (2014) demonstrou que os comportamentos autolesivos englobam um número de funções intrapessoais superior do que de funções interpessoais, uma vez que as intrapessoais são, na sua maioria, empregues como mecanismos de regulação de afetos e as segundas detêm como maior intuito a imposição de limites interpessoais. Este facto é corroborado por diferentes estudos (e.g. Duarte et al., 2019; Duarte et al., 2020; Jorge et al., 2015; Klonsky, 2007; Klonsky, 2009), que demonstram que a função mais referida para os comportamentos autolesivos é a autorregulação do afeto.

Em 2012, uma investigação realizada em Portugal por Gonçalves et al., concluiu que a prática dos comportamentos autolesivos era uma forma de evitar emoções negativas e memórias dolorosas, o que se enquadra na função intrapessoal Autorregulação do Afeto, ou mesmo para punição própria, que corresponde à função intrapessoal Autopunição. Na mesma linha, um estudo conduzido por Guerreiro et al., (2017), tentou perceber as razões pelas quais os adolescentes se autolesionam, e 59% dos 125 jovens participantes no estudo justificaram a sua última autolesão com “Eu quero obter alívio de um terrível estado de espírito”, o que, uma vez mais, se enquadra na função Autorregulação do Afeto.

2.5. Fatores de Risco Associados aos Comportamentos Autolesivos

Os comportamentos autolesivos e suicidários são uma consequência da inter-relação entre diversos fatores como fatores genéticos, sociais, biológicos, psicológicos e culturais (WHO, 2014) - os chamados fatores de risco. Segundo Saraiva et al. (2014), entende-se por

fatores de risco as condições, contextos, acontecimentos de vida ou características de personalidade que aumentem a possibilidade de ocorrência dos comportamentos de risco. Estes fatores podem ser transacionais entre si mesmos, assim como com o próprio comportamento (Douglas & Skeem, 2005).

Os fatores de risco para os comportamentos autolesivos podem ser divididos em três fatores principais: (1) Fatores individuais— estatuto socioeconómico reduzido, dificuldade na resolução de problemas sociais, baixa autoestima, perfeccionismo, impulsividade (Hawton, 2012), ansiedade, depressão (Guerreiro et al., 2017), perturbações alimentares (Guerreiro & Sampaio, 2013), comportamentos aditivos (Figueira et al., 2014), agressividade, pouca resistência à frustração (Madge et al., 2008); (2) Fatores familiares— conflitos familiares, divórcios, mortes, experiências adversas na infância (Hawton, 2012), controlo excessivo, fraca comunicação familiar (Pereira & Sampaio, 2014; Sousa, 2017); e (3) Fatores interpessoais— resultados escolares baixos, *bullying* (Hawton, 2012), violência física ou sexual (Landstedt & Gillander, 2011), integração em grupos de risco, conflitos e pressão social (Carvalho et al., 2013).

Ainda que a lista de potenciais fatores de risco para os comportamentos autolesivos seja extensa, existem alguns fatores que são cruciais para o desenvolvimento da identidade na adolescência. Dessa lista, destacam-se a baixa autoestima e a desvalorização pessoal, que são fatores de risco que afetam os processos físicos e mentais, tendo um impacto negativo nos adolescentes e aumentando o risco da prática de comportamentos autolesivos (Oktan, 2017), conforme sustentado na meta-análise conduzida por Sousa et al. (2018), que identificou que os fatores de risco mais significativos são, entre outras, a baixa autoestima, e os problemas familiares. Para além disto, é também possível afirmar que a níveis baixos de autoestima e a desvalorização pessoal estão relacionados com comportamentos autolesivos severos (Madge, 2011) e a níveis de ideação suicida mais elevada (Brás et al., 2016).

3. Narrativas

O ser humano é encarado como contador de histórias com um pensamento essencialmente imaginativo e metafórico (Gonçalves, 1998; cit por Fonte, 2006), sendo que a linguagem e outros simbolismos próprios do homem têm influência no pensamento e nas representações da realidade (Bruner, 1991). O pensamento é manipulado por uma procura constante de atribuição de significado ao mundo (Botella, 2001), em que cada indivíduo organiza as experiências e a memória do que lhe acontece na forma de narrativas (Bruner, 1991). A narrativa surge como algo central na experiência do humano e como um modo de construir um conhecimento que é inseparável daquilo que é a experiência de existir (Gonçalves, 1996; cit. por Fonte, 2006).

Com o surgimento da ciência pós-moderna, o sujeito passou a ser visto como tendo um papel importante e ativo na construção da sua própria realidade (Bruner, 1991) e como um construtor ativo de significados (Fonte, 2006), significados esses que são “iluminados” pelas narrativas (Polkinghorne, 1988). Assim, de acordo com Gonçalves (2000; cit por Fonte, 2006), “organizar narrativamente a experiência é, sobretudo, dar-lhe um sentido”, sendo que esta atribuição de significados pode ser perspectivada como um fenómeno interpessoal e social que se compõe através do uso da linguagem num enquadramento de padrões relacionais (Botella, 2001).

As narrativas podem ser descritas como uma estrutura de significados que permite a organização da experiência do sujeito com o mundo exterior, ou seja, a organização do *self* e do outro (Vieira et al., 2014), atribuindo-lhes significado (Bruner, 1986). Para White e Epston (cit. por Lahm-Vieira et al., 2011) as narrativas são uma consequência da maneira como os indivíduos comunicam, entendem e experienciam o mundo em que vivem, criando histórias sobre as suas vidas e as suas identidades e, para além de permitirem ao indivíduo atribuir um significado à sua realidade, permitem também que o sujeito crie os seus próprios acontecimentos através da interpretação que faz dos mesmos (Bruner, 2004), e atue de acordo com esse significado (Fonte, 2006). É também uma forma de organizar episódios e ações com base em factos reais e ficcionais e situados no tempo e no espaço (Sarbin, 1986), sendo a dimensão temporal essencial às narrativas e necessária para a construção da identidade, visto que esta necessita de um parecer ao longo do tempo, de forma que seja possível relacionar temporalmente os acontecimentos significativos da vida do sujeito (Botella, 2001).

Assim, a organização das experiências do sujeito pode acontecer a níveis como pessoal, social, de construção de identidade, entre outros. Ao contrário do que pode ser expectável, a construção da identidade desenvolve-se em contexto psicossocial, local onde as interações são representadas como uma atividade psicológica e social básica no formato de narrativas que possibilitam compreender o que o sujeito viveu no passado e no presente ou até mesmo antemostrar o futuro, desenvolvendo um sentido de continuidade, ainda que este seja baseado num processo que se encontra permanentemente em construção e em reconstrução (Botella, 2001; Vieira et al., 2014).

Conforme Botella (2001), os comportamentos autolesivos podem surgir quando existem dificuldades em atribuir um significado a uma experiência, fazendo com que o sujeito se depare com “uma sensação subjetiva de descontinuidade biográfica e de ineficácia e impotência na obtenção de um novo sentido de continuidade”. Neste sentido, quando confrontado com a incapacidade em elaborar os acontecimentos da sua vida, o sujeito encara os comportamentos autolesivos como uma alternativa para se conseguir expressar (Saraiva et al., 2014). Assim, uma vez que os adolescentes podem realizar comportamentos autolesivos e suicidários como uma forma de expressão, agindo de acordo com o significado que dão a cada experiência vivida, e sendo este um tema muito importante de ser estudado,- mas algo subjetivo, uma vez que cada individuo cria a sua própria realidade e atribui significados de acordo com as mesmas-, as narrativas permitem aos investigadores um melhor entendimento do significado por trás do comportamento, o que permite aumentar o campo de conhecimento sobre os comportamentos autolesivos e suicidários e sobre a sua diversidade.

A literatura que relaciona os comportamentos autolesivos em adolescentes e as suas narrativas é limitada, existindo poucos estudos sobre o tema. Seguem-se alguns estudos que focaram as narrativas associadas a uma história de comportamentos autolesivos. Em 1999, Marshall e Yazdania realizaram uma investigação onde participarem sete mulheres de nacionalidade asiática (M = 19.14 anos) que comunicaram com os serviços de saúde mental de Londres por se autolesionarem. Nesse estudo teve-se em especial atenção as narrativas que as jovens partilhavam em relação às suas práticas. As conclusões do estudo indicaram quatro significados diferentes para os comportamentos autolesivos: mudança efetiva, estratégia de *coping*, controlo e terminar com tudo. Foi também possível associar aos comportamentos narrativas de abuso.

Abrams e Gordon (2003), conduziram um estudo com três adolescentes do meio suburbano (M = 16 anos) e três adolescente do meio urbano (M= 16.7 anos), em que analisaram as narrativas desses adolescentes sobre os seus comportamentos autolesivos. Os resultados indicam os métodos utilizados para perpetuar a autolesão, tendo sido indicados métodos como queimaduras, cortes com facas ou lâminas, partir uma janela com o braço, cortar os pulsos, fazer desenhos e assinaturas com uma faca no próprio corpo e tentativas de suicídio; as motivações, onde são indicados problemas familiares, traumas e consumo de substâncias; as funções, passando estas pela libertação do sofrimento e da raiva; o significado, destacando-se sentimentos depressivos e de raiva; as consequências, que passaram pelo internamento num hospital psiquiátrico para as seis jovens participantes do estudo; e as estratégias de *coping*.

Um outro estudo, conduzido por Hills et al. (2012), tinha como objetivo principal estudar o relato sobre os comportamentos autolesivos e a forma como este era feito. Foram estudados seis adolescentes selecionados através de uma organização que procura auxiliar jovens com debilidades mentais ou em risco, cujas idades variavam entre os 13 e os 18 anos. Neste estudo foram feitas duas entrevistas, tendo a primeira o objetivo de recolher dados sobre a história de vida e a segunda entrevista feita para refletir sobre os sentimentos associados à primeira entrevista e à partilha da história de vida. Os resultados indicaram que todos os jovens se sentiam incompreendidos e que essa era a maior razão pela qual tentavam esconder os seus comportamentos. As dificuldades em falar e em compreender os seus próprios comportamentos também se mostraram impactantes nas narrativas, tanto pela dificuldade associada ao reviver os eventos que eram percecionados como dolorosos, como pela crença de que não iriam ser compreendidos pelos outros. Os comportamentos autolesivos nestes adolescentes foram também mencionados como uma forma de punição relacionada com emoções de culpa e com uma sensação de controlo sobre eles próprios. Desta forma, neste estudo os comportamentos autolesivos aparecem, mais uma vez, associados a uma forma de lidar com o sofrimento quando não conseguem arranjar maneira de o expressar.

Curtis (2016), concretizou uma pesquisa com o objetivo de perceber que fatores levam as mulheres jovens a recorrer ao suicídio, qual o significado das suas atitudes, e o que está para além do comportamento suicidário. A população amostral deste estudo eram 22 mulheres abaixo dos 25 anos com comportamentos suicidários. No entanto, estes comportamentos teriam de ter sido realizados pela última vez há pelo menos um ano e as participantes teriam de se autoavaliar como recuperadas dos mesmos. Os resultados indicam que os temas principais que surgiram neste estudo se relacionavam com fatores precipitantes como abuso sexual, fatores

relacionais/interpessoais; o *continuum* entre os comportamentos autolesivos e os comportamentos suicidários; e as funções dos comportamentos autolesivos (e.g. autorregulação do afeto).

Um estudo conduzido por Miller et al. em 2021 teve como objetivo aprofundar a compreensão da experiência de comportamentos autolesivos em adolescentes do sexo feminino, em particular explorar a razão para praticarem os comportamentos. Este estudo foi composto por uma população amostral de nove adolescentes do sexo feminino com idades entre os 13 e os 17 anos e todas tinham praticado pelo menos um comportamento autolesivo nos últimos seis meses. Para este estudo a amostra foi totalmente do sexo feminino devido ao programa utilizado, o IPA, que apenas permite a exploração aprofundada em amostras pequenas e homogêneas, e também devido a potenciais diferenças de motivação entre sexos, uma vez que os rapazes tendem a ser mais motivados pela raiva, enquanto as raparigas são mais motivadas pela punição a si mesmas. Este estudo detinha duas questões principais de investigação: (1) como é que uma adolescente do sexo feminino dá significado à sua experiência de comportamentos autolesivos; (2) como é que uma adolescente do sexo feminino dá significado à sua escolha de praticar o comportamento em determinadas ocasiões, enquanto em outras não o faz, sabendo que poderia, e para obter respostas a estas questões foi realizada uma entrevista semiestruturada a cada participante. Os resultados demonstraram que a experiência da autoagressão envolve características físicas, sociais, mentais e emocionais, desenvolvendo assim cinco temas-chave: (1) autorregulação do afeto, (2) impulsos, (3) autoagressão para viver, (4) relações interpessoais como gatilho para o comportamento e (5) relações interpessoais como redutores dos comportamentos autolesivos.

As limitações mais recorrentes neste tipo de investigação focam-se na amostra reduzida, o que se traduz na impossibilidade de generalização de resultados. Ainda assim, estes estudos utilizaram as narrativas para analisar variados aspetos dos comportamentos autolesivos e permitem entender que os indivíduos utilizam fatores como morte, abuso, violência, dificuldades de comunicação, raiva e tristeza para justificar os seus comportamentos.

Objetivo de investigação

Os comportamentos autolesivos na adolescência podem ser encarados como um refúgio para o sofrimento que os jovens sentem (Brás et al., 2006). Desta forma, o principal objetivo do presente estudo consiste em explorar e caracterizar as narrativas dominantes que os adolescentes constroem sobre os comportamentos autolesivos e, mais concretamente, sobre as suas experiências pessoais relativas aos mesmos. Em paralelo, pretende-se analisar se estas narrativas estão relacionadas com a severidade dos comportamentos autolesivos utilizados pelos adolescentes.

Para concretizar estes objetivos será utilizada uma abordagem maioritariamente qualitativa, uma vez que esta permite a interpretação das narrativas através da atribuição de um sentido (Bardin, 2015). Tendo em conta que, como referido anteriormente, as narrativas permitem a atribuição de um significado aos acontecimentos, é importante que os adolescentes utilizem as suas próprias palavras para descrever a sua experiência e o significado que lhe foi atribuído.

A literatura demonstra que os acontecimentos de vida que mais se relacionam com os comportamentos autolesivos e suicidários são conflitos interpessoais (Miller, 2021). Adolescentes que se percebem como vítimas de violência por parte dos pares demonstram um risco acrescido de apresentar comportamentos autolesivos e suicidários (Curtis, 2016; Gould, 2003; Madge, 2008; van Geel et al., 2015). Para além disto, também os conflitos com ou entre os progenitores são dos fatores percebidos como mais relevantes para a prática dos comportamentos (Curtis, 2016; Doyle et al., 2015, Krishnakumar et al., 2011; Madge, 2008). Neste sentido, surge a primeira questão de investigação deste estudo: Estarão as narrativas de Conflitos interpessoais, nomeadamente familiares e de pares, relacionadas com comportamentos autolesivos de elevada severidade?

Uma análise conduzida por Swahn et al. (2009), concluiu que os adolescentes que reportam comportamentos autolesivos psicoativos mais frequentes são aqueles que se encontram em relações amorosas. Comportamentos autolesivos como o abuso de bebidas alcoólicas, tentativa de suicídio e o uso de drogas demonstram ser mais frequentes em jovens comprometidos, principalmente em situações de conflito, agressão, e aquando o seu término (Baker, 2015; DiBello, 2015). De acordo com estes dados, coloca-se a segunda questão de investigação proposta para este estudo: Existirão diferenças entre os comportamentos autolesivos psicoativos e os comportamentos autolesivos severos dos jovens que apresentam

narrativas de conflito amoroso? Espera-se que a média dos comportamentos autolesivos psicoativos seja superior.

Por outro lado, são vários os estudos que demonstram que a autoestima tem o poder de manipular a forma como o indivíduo olha para os acontecimentos e de modelar a forma como se comporta (Madge et al., 2011) e que, por essa razão, um nível de autoestima mais reduzido se relacione com comportamentos autolesivos mais severos (Brás et al., 2016; Claes et al., 2010; Madge et al., 2011; Saraiva & Gil, 2014) como uma forma de reagir ao sentimento de desvalorização ou ao ódio que sentem por si próprios (Nock, 2010). Desta forma, na terceira questão de investigação, procura-se responder a: Estarão as narrativas de baixa autoestima e de desvalorização pessoal relacionadas com comportamentos autolesivos de elevada severidade?

Embora existam diversas funções psicológicas subjacentes aos comportamentos autolesivos, a maioria dos adolescentes realiza estes comportamentos com o intuito de aliviar o estado emocional negativo em que se encontram, o que se insere na função de Autorregulação do Afeto (Duarte et al., 2019; Duarte et al., 2020; Gratz, 2003; Guerreiro et al., 2017; Jorge et al., 2015; Klonsky, 2007; Sousa et al., 2018). Numa pesquisa levada a cabo por Gonçalves et al. (2012), com 569 adolescentes portugueses cuja média de idades era 15.95 anos, os resultados indicaram que grande parte dos indivíduos apresentava como motivo para os comportamentos autolesivos o evitamento de sentimentos negativos, ou seja, um alívio da dor psicológica, o que demonstra que os comportamentos autolesivos podem ser uma estratégia de redução ou de bloqueio das emoções negativas (Laye-Gindhu et al., 2005), desaptativa mas que se demonstra eficaz a curto prazo (Raupp et al., 2018). Assim, surge a última questão de investigação: Estarão as narrativas de autorregulação emocional relacionadas com comportamentos autolesivos mais severos?

Método

1.Participantes

Considerando os objetivos do presente estudo, foi criado um critério de inclusão no estudo que consistia na resposta à pergunta “*Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que fizeste um destes comportamentos*” no Inventário dos Comportamentos Autolesivos. A não resposta a esta questão levou à exclusão do participante da amostra, mesmo que este tivesse uma história de comportamentos autolesivos. Com base neste critério, a amostra foi reduzida de 952 participantes com comportamentos autolesivos para 311 participantes.

Esta amostra inclui 36 (11.58%) participantes recolhidos em meio clínico e 275 participantes (88.42%) pertencentes a uma amostra comunitária. Os participantes têm idades entre os 11 e os 21 anos ($M= 17.89$; $DP=1.737$) e, na sua maioria, são do sexo feminino ($n=240$; 77.17%) (Tabela 1).

Em referência à frequência da prática de comportamentos autolesivos, 31 adolescentes (9.97%) envolveu-se nestes comportamentos apenas uma única vez na vida, enquanto os restantes 280 adolescentes (90.03%) praticaram os comportamentos mais de duas vezes. O método mais utilizado pelos adolescentes é *Bati com o corpo ou bati em mim próprio* (65.6%), *Cortei-me* (61.7%) e *Mordi-me* (57.6%) (Tabela 1).

Tabela 1. *Frequência de realização de CAL de acordo com o método utilizado, em função do sexo*

<i>Método</i>	<i>Sexo</i>		<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	159 (66.2)	45 (63.4)	204 (65.6)
Cortei-me	162 (67.5)	30 (42.3)	192 (61.7)
Mordi-me	141 (58.7)	38 (53.5)	179 (57.6)
Puxei/Arranquei o cabelo	122 (50.8)	24 (33.8)	146 (46.9)
Coei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por comichão)	124 (51.7)	18 (25.4)	142 (45.7)
Tentei suicidar-me	88 (36.7)	18 (25.4)	106 (34.1)
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	81 (33.7)	20 (28.2)	101 (32.5)
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	75 (31.2)	5 (7)	80 (25.7)
Consumi drogas com a intenção de me magoar	55 (22.9)	12 (16.9)	67 (21.5)
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	55 (22.9)	3 (4.2)	58 (18.6)
Queimei-me	42 (17.5)	11 (15.5)	53 (17.1)
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	41 (17.1)	4 (5.6)	45 (14.5)
Espetei-me com agulhas	29 (12.1)	3 (4.2)	32 (10.3)
Outros	22 (9.2)	4 (5.6)	26 (8.4)

No que concerne os métodos dos comportamentos autolesivos, a média de métodos dos comportamentos autolesivos dos participantes é de 4.61 métodos, sendo que a maioria dos adolescentes utiliza de 2 a 3 métodos (28.6%). Dos 311 adolescentes deste estudo, 106 (34.1%) tentaram suicidar-se pelo menos uma vez ao longo da vida.

2.Procedimento de recolha de dados

Os dados utilizados no presente estudo integram um projeto que pretende caracterizar os comportamentos autolesivos nos adolescentes portugueses. Desta forma, este estudo inclui dados recolhidos em diferentes contextos: em contexto clínico, num Hospital público situado na área de Lisboa, dados recolhidos através da plataforma *Google Forms* e, por fim, dados recolhidos em escolas.

Antes de se iniciar a recolha de participantes em meio escolar foi necessário obter a autorização da administração das escolas. Após esse parecer positivo, foi entregue um consentimento ao encarregado de educação de cada aluno, e a aplicação dos questionários apenas se iniciou depois do documento de consentimento informado estar assinado. Quanto aos pedidos de preenchimento dos questionários recolhidos através da internet, estes foram divulgados através de redes sociais como o Facebook e o Instagram. Durante a recolha de dados, tanto em meio escolar como via *internet*, foi explicado que não existiria qualquer penalização em caso de abandono do preenchimento do questionário e foi sempre garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

3. Instrumentos

3.1. Inventário dos Comportamentos Autolesivos (ICAL)

O *Inventário dos Comportamentos Autolesivos* (ICAL) é um questionário de autopreenchimento desenvolvido por Duarte, Gouveia-Pereira e Gomes (2019), com o objetivo de avaliar a presença de uma história de comportamentos autolesivos e determinar as situações nas quais os mesmos decorrem. O ICAL apresenta 13 métodos de autolesão divididos em três fatores: Comportamentos Autolesivos Leves/Moderados (e.g. “mordi-me”), Consumo de Substâncias/ Psicoativos (e.g. “bebi em excesso com intenção de me magoar”), e Comportamentos Autolesivos Severos (e.g. “cortei-me”). A prevalência de cada comportamento é avaliada em quatro opções de resposta (“Não”, “Sim- 1 vez”, “Sim- 2 a 10 vezes” e “Sim- mais de 10 vezes”). A escala remete também para duas perguntas de resposta aberta, sendo que para este estudo apenas será analisada a pergunta “*Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que realizaste um destes comportamentos*”. Para além destas perguntas de resposta aberta, existem 12 perguntas de resposta descritiva como “Sentes dor física quando realizas estes comportamentos?” ou “Queres ou já quiseste parar estes comportamentos? Porquê?”, que não serão tidas em conta para este estudo.

No que diz respeito às propriedades psicométricas, todos os fatores apresentaram uma boa consistência interna (Fator Comportamentos Autolesivos Leves/Moderados- $\alpha = 0.720$; $x = 4.56$; $DP = 3.605$; Fator Consumo de Substâncias $\alpha = 0.800$; $x = 1.05$; $DP = 1.725$; Fator Comportamentos Autolesivos Severos $\alpha = 0.823$; $x = 3.12$; $DP = 3.694$).

3.2. Questionário Sociodemográfico

Foi também utilizado um breve *Questionário Sociodemográfico* onde se pedia aos jovens que respondessem a questões como o sexo, a idade, se é ou já foi vítima de *bullying*, com quem vive, entre outras.

4. Procedimento de análise de dados

Todos os inquéritos que cumpriam os critérios deste estudo foram codificados com um número e os respetivos dados introduzidos no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 27.0). As narrativas que correspondiam à questão “*Por favor, descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que fizeste um destes comportamentos*” foram transcritas e analisadas de acordo com a análise temática.

O processo de análise temática pode ser separado em três fases: na primeira, denominada de pré-análise, organiza-se o material através da familiarização com os dados recolhidos. É nesta fase que, através do contacto com o material, começam a surgir temas através do reconhecimento de recortes do texto nos documentos em análise (a que se chama unidade de registo). Na seguinte fase, fase da exploração do material, definem-se os temas, as categorias e subcategorias onde vão ser inseridas as unidades de registo que os originaram. Por último, na fase de tratamento dos resultados, é realizada uma última análise do material que resulta nas interpretações inferenciais e culmina na criação da grelha temática (Bardin, 2006; Braun & Clarke, 2006).

Assim, de forma a respeitar as diferentes fases de análise, num primeiro momento foram selecionados 40 questionários que foram analisados por dois investigadores, de forma a identificar os principais temas de cada narrativa, permitindo a criação de uma grelha base inicial com temas e categorias provisórios. Esta grelha de análise foi posteriormente discutida por um grupo de seis estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica e um docente, a fim de averiguar a sua clareza e pertinência. Após esta fase, procedeu-se à análise temática das restantes respostas.

Resultados

1. Análise Descritiva

Através da análise de conteúdo emergiram 708 unidades de registo, o que se traduz numa média de 2.27 unidades de registo por participante. Como se verifica na Tabela 2, os conteúdos organizam-se em três temas, 13 categorias e 22 subcategorias. No Anexo C encontra-se uma tabela desta mesma análise com alguns exemplos de unidades de registo.

Em termos globais, o tema onde se observam mais unidades de registo consiste nos Métodos Autolesivos, nomeadamente os Cortes, seguido pelo tema Fatores Interpessoais Associados, mais especificamente a categoria Família e a subcategoria Conflitos.

No que concerne o método mais frequente, podemos observar que na categoria Emoções mais Depressivas, os métodos dividem-se de igual forma entre métodos leves/ moderados e severos (i.e. bater e cortar), enquanto que nas Emoções mais agressivas há uma predominância de métodos leves/ moderados, assim como nas subcategorias Baixa Autoestima e Psicopatologia. Já que no diz respeito à categoria das Funções Psicológicas, observa-se uma oscilação entre métodos mais severos e moderados, ainda que se observe uma maior diversidade de métodos moderados. Esta predominância de métodos de reduzida severidade mantém-se na subcategoria Ideação Suicida, enquanto que na subcategoria Procura de Sensações se observam métodos mais severos. De seguida, no tema Fatores Interpessoais Associados, há um predomínio de métodos severos nas categorias Pares, Escola e Intervenção Externa- Meios de Socorro, enquanto que na categoria Família se podem observar tanto métodos de severidade mais reduzida como mais elevada, e na categoria Relações Amorosas os métodos mais frequentes são os psicoativos. Por fim, ainda dentro do mesmo tema, na categoria Intervenção Externa, os métodos de severidade mais leve são aqueles que mais predominam na subcategoria Família e Pares.

Tabela 2. Tabela de Análise temática e método mais frequente de cada subcategoria

Tema	N (%)	Categoria	Subcategoria	n (%)	Método mais frequente	n (%)		
Emoções Negativas	104 (14.5)	Emoções mais depressivas	Arrependimento/ Culpa	8 (7.7)	Bater	6 (75)		
			Desânimo/ Desmotivação	8 (7.7)	Bater	5 (62.5)		
			Desespero	8 (7.7)	Cortar	7 (87.5)		
			Desvalorização Pessoal	17 (16.3)	Bater	11 (64.7)		
			Sofrimento/ Dor	8 (7.7)	Cortar	6 (75)		
			Tristeza	17 (16.3)	Cortar	12 (70.6)		
		Emoções mais agressivas	Desilusão/ Frustração	13 (12.5)	Morder	7 (53.8)		
			Raiva	25 (24.0)	Morder	20 (80.0)		
Fatores Intrapessoais Associados	114 (16.1)		Baixa Autoestima	4 (3.5)	Morder/ Bater/ Puxar cabelo/ Arranhar	3 (75)		
			Psicopatologia	26 (22.8)	Puxar cabelo/ Bater	20 (76.9)		
		Funções Psicológicas dos CAL	Autopunição	9 (7.9)	Bater	7 (77.8)		
			Autorregulação do afeto	34 (29.8)	Morder/ Puxar cabelo	26 (76.5)		
			Substituição do Sofrimento Psicológico por Dor Física	12 (10.5)	Cortar	10 (83.3)		
			Procura de Sensações	8 (7.0)	Cortar	6 (75)		
		Fatores Interpessoais Associados	174 (24.6)	Família	Ideação Suicida	21 (18.4)	Bater	19 (90.5)
					Conflitos	39 (22.4)	Morder	26 (66.7)
					Impacto na família	11 (6.3)	Cortar	10 (90.9)
				Pares	Falta de Apoio/ Isolamento	7 (4.0)	Morder/ Bater	5 (71.4)
Morte/ Luto/ Perda	7 (4.0)				Cortar	6 (85.7)		
Bullying & Cyberbullying	17 (9.8)				Cortar	16 (94.1)		
Relações amorosas	Isolamento social			13 (7.5)	Cortar	9 (69.2)		
	Morte/ Luto/ Perda			4 (2.3)	Cortar	3 (75)		
Escola	Conflitos	27 (15.5)	Beber	16 (59.3)				
	Problemas no contexto escolar	8 (4.6)	Cortar	6 (75)				
	Intervenção Externa	Família	12 (6.9)	Bater	10 (83.3)			
		Pares	4 (2.3)	Bater	4 (100)			
		Meios de Socorro e Urgência Hospitalar	24 (13.8)	Cortar	18 (75)			
Métodos CAL	316 (44.6)		Puxar cabelos	10 (3.2)	-	-		
			Arranhar	41 (13.0)	-	-		
			Morder	10 (3.2)	-	-		
			Bater	36 (11.4)	-	-		
			Consumo de substâncias	31 (9.8)	-	-		
			Cortes	133 (42.1)	-	-		
			Ingestão de substâncias medicamentosas	29 (9.2)	-	-		
			Tentativa de suicídio	20 (6.3)	-	-		
			Outros	6 (1.9)	-	-		

2. Análise dos objetivos e questões de investigação

Na Tabela 2 procurava-se entender qual o método mais frequente para cada uma das narrativas que surgiu na análise temática. Porém, para a presente investigação, era também relevante compreender o inverso, ou seja, qual a narrativa dominante, i.e. mais frequente, para cada um dos métodos/ grupo de severidade dos comportamentos autolesivos (Tabela 3). Assim, relativamente aos métodos autolesivos de elevada severidade, destacam-se as narrativas de Intervenção Externa- Meios de Socorro como dominantes, juntamente com as narrativas de Família- Conflitos. No entanto, esta última também se encontra relacionada com métodos de severidade leve/ moderada. Ainda no que diz respeito a métodos de severidade leve/ moderada, também se observam as narrativas de Psicopatologia como narrativas dominantes. Por fim, no que toca aos métodos psicoativos, podemos observar uma dominância de narrativas referentes a Relações Amorosas- Conflitos e de narrativas relativas a Ideação Suicida.

Tabela 3. Tabela de frequência da narrativa dominante por severidade do método

<i>Narrativa</i>	<i>N (%)</i>	<i>Severidade</i>	<i>Métodos</i>	<i>n (%)</i>
Intervenção Externa- Meios de Socorro (e.g. “ <i>Dei entrada na urgência do hospital D. Estefânia</i> ”, “ <i>depois tive que ser assistida por INEM</i> ”)	24 (13.8)	Elevada	Tentativa de suicídio Ingestão de medicamentos com intenção de magoar Ingestão de medicamentos com intenção de morrer Queimaduras Ingestão de substâncias perigosas	17 (70.8) 16 (66.7) 15 (62.5) 10 (41.7) 10 (41.7)
Família- Conflitos (e.g. “ <i>Quando me chateei à grande com os meus familiares!</i> ”, “ <i>ter de viver todos os dias a ser roubado pelo toxicodependente do meu tio</i> ”)	39 (22.4)	Elevada Leve/Moderada	Cortes Morder Bater Arranhar Espetar com agulhas	20 (51.3) 26 (66.7) 23 (59.0) 16 (41.0) 5 (12.8)
Psicopatologia (e.g. “ <i>Durante um ataque psicótico</i> ”, “ <i>tive um ataque de pânico</i> ”)	26 (22.8)	Leve/ Moderada	Puxar o cabelo	20 (76.9)
Relações amorosas- Conflitos (e.g. “ <i>meu ex namorado gozou comigo</i> ”, “ <i>estava enervado com a minha namorada</i> ”)	27 (15.5)	Psicoativos	Beber em excesso com intenção de magoar	16 (61.5)
Ideação Suicida (e.g. “ <i>Achei que o suicídio seria a saída</i> ”, “ <i>pensei em suicídio, por comprimidos.</i> ”)	21 (18.4)	Psicoativos	Consumir drogas em excesso com a intenção de me magoar	10 (47.6)

Através da análise das narrativas dos participantes à pergunta aberta do ICAL, foi possível observar que métodos se encontravam mais associados à experiência mais marcante (Tabela 4). Assim, observa-se que, ainda que o método mais frequentemente utilizado pelos participantes seja o método Bater (Tabela 1), o método que se encontra mais associado à narrativa relativa à vez mais marcante é os Cortes (25.9%). Dos 311 participantes deste estudo, 101 não mencionaram qualquer método na resposta à questão. Entre os 210 adolescentes que na sua narrativa fazem menção ao método utilizado na vez mais marcante, 178 referem apenas um método, 28 mencionam ter utilizado dois métodos diferentes e quatro participantes mencionaram ter realizado três métodos.

Tabela 4. Tabela de frequências do método utilizado na vez mais marcante

<i>Método</i>	N	%
Cortei-me	89	25.9
Mordi-me	10	2.9
Puxar/Arrancar cabelos	9	2.6
Cocei/ Arranhei-me até Fazer ferida	15	4.4
Consumo substâncias	28	8.2
Bater	37	10.8
Ingestão de medicamentos	28	8.2
Tentativa de suicídio	20	5.8
Outros	6	1.7
Não refere	101	29.4
Total	343	100.0

Na primeira questão desta investigação, procurava-se perceber se existia uma relação entre as narrativas de Conflitos Familiares (e.g. “nas alturas de discussão com família, em que disseram que devia ser adotada”; “o meu pai bateu-me e vi-o a agredir a minha mãe”) e de Pares (e.g. “quando estava no 8º ano, tive um grupo de pessoas à minha volta a gozar comigo e a insultar-me”; “mais de metade das pessoas que diziam ser meus amigos gozaram comigo para se acharem melhores e me rebaixarem”) e os comportamentos autolesivos severos (i.e. cortes, queimaduras, ingestão de substâncias perigosas, ingestão de medicação com intenção de magoar, ingestão de substâncias com intenção de morrer e tentativa de suicídio). Para responder a esta questão realizou-se o Teste Exato de Fisher, uma vez que os pressupostos necessários para a realização do Qui-quadrado não eram cumpridos (i.e. apenas 20% das frequências esperadas inferiores a 5) (Maroco, 2018). Foi possível observar que, no que diz respeito aos Conflitos de Pares existe uma relação significativa com o método Cortes ($\chi^2=10.085$; $p=.011$),

enquanto que na narrativa Conflitos Familiares se observa uma relação parcialmente significativa ($p < .10$) com o método Ingestão de substâncias Perigosas ($\chi^2 = 5.827$; $p = .081$) e uma relação significativa com o método Ingestão de medicação com intenção de magoar ($\chi^2 = 7.358$; $p = .032$), pelo que esta questão de investigação se encontra parcialmente corroborada.

Tabela 5. *Teste Exato de Fisher entre o método Cortar e as narrativas de Conflitos de Pares*

	Valor	df	Significância Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	8,411 ^a	3	,038	,038	
Razão de verossimilhança	10,466	3	,015	,024	
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	10,085*			,011	
Associação Linear por Linear	4,351	1	,037	,046	,024

^a 3 células (37,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 2,73.

Nota. * = $p < .05$

Tabela 6. *Teste Exato de Fisher entre o método Ingestão de substâncias perigosas e as narrativas de Conflitos Familiares*

	Valor	df	Significância		
			Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	6,044 ^a	3	,109	,104	
Razão de verossimilhança	10,627	3	,014	,015	
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	5,827**			,081	
Associação Linear por Linear	2,919	1	,088	,092	,025

^a 3 células (37,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,00.

Nota. **= p<.10

Tabela 7. *Teste Exato de Fisher entre o método Ingestão de medicamentos com intenção de magoar e as narrativas de Conflitos Familiares*

	Valor	df	Significância		
			Assintótica (Bilateral)	Sig exata (2 lados)	Sig exata (1 lado)
Qui-quadrado de Pearson	7,928 ^a	3	,048	,044	
Razão de verossimilhança	13,459	3	,004	,005	
Teste exato de Fisher-Freeman-Halton	8,215*			,032	
Associação Linear por Linear	7,358	1	,007	,006	,001

^a 3 células (37,5%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 1,88.

Nota. *= p<.05

De seguida, naquela que é a segunda questão deste estudo, procurava-se analisar se existiam diferenças entre os comportamentos autolesivos psicoativos/ consumo de substâncias (i.e. cortes, queimaduras, ingestão de substâncias perigosas, ingestão de medicação com intenção de magoar, ingestão de substâncias com intenção de morrer e tentativa de suicídio) dos jovens que apresentavam narrativas relativas a Conflitos Amorosos (e.g. “quando meu namorado me traiu com minha melhor amiga”; “por causa de uma discussão que tive com o meu ex”). Aqui foi

realizado um teste T-Student e verificaram-se diferenças significativas entre os dois grupos ($t(27)=2.16$; $p=0.04$), sendo que os comportamentos autolesivos psicoativos demonstraram valores superiores ($M=0.89$), o que significa que os jovens com narrativas de Conflitos Amorosos praticam mais comportamentos autolesivos psicoativos do que comportamentos autolesivos de elevada severidade.

Tabela 8. *Diferença de médias dos Comportamentos Autolesivos Psicoativos e Severos nos jovens com narrativas de Conflitos Amorosos*

	Severidade	Média	Desvio-Padrão	T	Valor-p
<i>Conflitos Amorosos</i>	CALP	.89	0.12	2.16	0.04
	CALS	.52	0.19		

Nota. CALP: Comportamentos Autolesivos Psicoativos; CALS: Comportamentos Autolesivos Severos.

No que diz respeito ao terceiro problema de investigação, procurava-se relacionar as narrativas de Baixa Autoestima (e.g. “*estava numa altura má da minha vida em que tudo o que sentia era ódio por mim mesma, quanto ao meu corpo ou mesmo quando à minha pessoa*”) e de Desvalorização Pessoal (e.g. “*senti que naquele momento não tinha valor nenhum estar viva*”) com comportamentos autolesivos de elevada severidade. Para lhe dar resposta, foi mais uma vez utilizado o Teste Exato de Fisher, visto que esta, tal como a primeira questão de investigação deste estudo, não cumpria os pressupostos para a realização do Qui-quadrado. Os resultados demonstraram que não existem relações significativas entre os comportamentos autolesivos de elevada severidade e as narrativas de Baixa Autoestima e de Desvalorização Pessoal, não sendo possível corroborar este problema de investigação.

Por fim, na última questão deste estudo, o objetivo era analisar se existia uma relação entre os comportamentos autolesivos severos e as narrativas de autorregulação emocional. Foi utilizado o Teste Exato de Fisher, tendo sido este executado entre os métodos de alta severidade e as narrativas Autopunição (e.g. “*era o que merecia*”; “*senti-me tão mal que decidi magoar-me também, como um castigo*”), Autorregulação do Afeto (e.g. “*quando me magoava sentia um alívio enorme e sentia-me mais calma*”; “*numa tentativa desesperada de me acalmar*”) e Substituição da Dor Psicológica por Dor Física (e.g. “*queria sentir uma dor diferente para me esquecer que sentia muita solidão*”; “*cortei-me pois prefiro a dor física à psicológica*”). Os resultados do teste demonstraram que não existem relações significativas entre nenhuma das

variáveis em estudo, não existindo assim resultados suficientes para suportar a confirmação da quarta questão de investigação.

Discussão

A presente investigação tinha como objetivo explorar as narrativas dominantes, ou seja, a situação que mais os marcou, construídas pelos adolescentes relativas aos seus comportamentos autolesivos. Em paralelo, pretendia-se compreender de que forma essas narrativas estavam relacionadas com a severidade do método utilizado para a prática desses mesmos comportamentos.

No que diz respeito à frequência dos comportamentos, 28.6% dos participantes deste estudo praticaram comportamentos autolesivos entre duas vezes a três vezes ao longo da vida, resultados consonantes com o estudo conduzido por Muehlenkamp e Gutierrez (2007), estudo em que, como referido anteriormente, 33% dos participantes revelaram ter realizado os comportamentos entre duas a três vezes.

Os resultados demonstram que, quanto à diversidade dos comportamentos, a média dos participantes deste estudo foi de 4.61 métodos, sendo o mais comum a utilização de 2 a 3 métodos (28.6%). A recorrência de comportamentos autolesivos é uma prática comum entre os adolescentes, podendo isto surgir como uma forma de diminuir os estados afetivos negativos (Duarte 2019; Klonsky, 2009). Esta tendência verifica-se também na investigação de Duarte et al. (2020), onde a maioria dos jovens (36.2%) praticaram dois ou mais métodos.

O método mais utilizado pelos adolescentes deste estudo foi o método Bater (65.6%), o que é comum em diversos estudos, como acontece no estudo de Duarte et al. (2019), em que o método mais mencionado foi o bater em si mesmo (57.8%), assim como no estudo de Guerreiro et al. (2017) e Klonsky (2009). Este é o método mais utilizado independentemente do sexo, sendo as percentagens muito semelhantes no sexo feminino (66.2%) e no sexo masculino (63.4%). Sendo este um método de baixa letalidade, é visto como menos censurável pela sociedade, e implica pouca premeditação, pelo que existe a possibilidade de esta ser a causa para a sua predominância (Carvalho, 2017). No segundo método mais praticado deste estudo já se observam diferenças entre os dois sexos. Nas raparigas, o segundo método mais frequente foram os Cortes (67.5%), enquanto que os rapazes apresentam mais o método Morder (53.5%). A predominância dos cortes no sexo feminino é frequente na literatura (Laye-Gindhu et al., 2005; Klonsky, 2011; Barrocas et al., 2012), e esta diferença no segundo método mais utilizado pode dever-se ao facto de os adolescentes do sexo masculino tenderem a adotar comportamentos que sejam socialmente mais aceites e fisicamente mais agressivos (Beautrais,

2003; Crick & Zahn-Waxler, 2003). Em suma, os métodos mais utilizados pelos adolescentes desta investigação foram métodos que infligem dano no tecido corporal.

Nesta investigação, 34.1% dos adolescentes relatam ter tentado o suicídio pelo menos uma vez na vida. Esta percentagem é significativamente superior face a estudos realizados anteriormente em Portugal, como é o exemplo do estudo de Duarte et al. (2019), onde foi observada uma percentagem de tentativas de suicídio de 11.8%, ou estudo conduzido em 2001 por Oliveira et al., em que 17.3% dos jovens relataram já terem tentado suicídio. Todavia, é importante reforçar que 11.58% dos participantes da presente investigação são provenientes de meio clínico, o que se traduz numa maior frequência de tentativas de suicídio, conforme se verifica no estudo de Duarte et al. (2020). Estudos como o de Wester et al. (2016), referem que o possibilidade de tentativa de suicídio aumenta de forma direta com o aumento da diversidade dos comportamentos. Assim, a elevada percentagem de tentativas de suicídio neste estudo pode estar relacionada com a diversidade de métodos apresentada pelos jovens deste estudo, ou até mesmo pela frequência dos comportamentos (Duarte et al., 2020; Joiner's, 2005 cit. por Duarte et al., 2020). Neste estudo, observa-se uma diferença entre os sexos no que toca as tentativas de suicídio, sendo o valor superior no sexo feminino, em que 88 (36.7%) afirmam ter tentado, versus 18 rapazes (25.4%). Kaess et al. (2011) defende que esta diferença entre sexos pode estar relacionada com o facto de jovens do sexo feminino demonstrarem índices de problemas emocionais, psicopatologia e comportamentais mais elevados do que jovens do sexo masculino.

Na pergunta aberta do instrumento, a narrativa mais frequente remeteu para o Método dos Comportamentos Autolesivos, para o método Cortes, de forma mais específica, com um total de 133 unidades de registo. Sendo esta narrativa a mais frequente, este demonstra ser também o método mais utilizado na vez mais marcante que os jovens narram em relação aos seus comportamentos. Os cortes, quando feitos com um objeto externo, são um comportamento deliberado, não podendo ser considerado como uma atitude inconsciente ou uma ação impulsiva (Borrill et al., 2012). Para além disto, podemos encontrar nas marcas uma explicação para este ser o método que mais é recordado, uma vez que, sendo um método de severidade elevada e com tendência a deixar marcar durante um período de tempo que pode ser eterno, a recordação acaba por ser superior do que quando comparada a um método de leve severidade.

Vários estudos relatam que fatores familiares como conflitos, dificuldades interpessoais e uma fraca perceção de suporte familiar são preditores de comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013; Madge et al., 2011; Zhang et al., 2016). Após os cortes como

narrativa dominante, observa-se os Fatores Interpessoais Associados, nomeadamente os Conflitos Familiares (e.g. *“quando a minha mãe soube que não tinha emprestado bateu-me e chamou-me uma data de nomes como egoísta, cabra e mesquinha”*), como a narrativa dominante de 39 jovens, o que vai de encontro com o relatado pela literatura.

A análise de conteúdo das narrativas deste estudo deu origem a quatro temas: Emoções Negativas (N=104), Fatores Intrapessoais Associados (N=114), Fatores Interpessoais Associados (N=174) e Métodos dos Comportamentos Autolesivos (N=316). Estes temas são consistentes com a literatura, que refere as emoções com conotação negativa como as emoções mais frequentes (Gonçalves et al., 2012; Klonsky et al., 2007), e os Fatores Interpessoais como relacionados com os comportamentos autolesivos (Hill et al., 2012; Madge et al., 2011). O surgimento do tema Fatores Intrapessoais é relevante para o estudo, uma vez que autores como Sampaio (1991) referem que só é possível compreender a adolescência quando se tem em conta o intrapsíquico e o sistema interpessoal do jovem.

Neste estudo procurou-se também entender qual era a narrativa dominante para cada grupo de severidade dos comportamentos. Nos métodos de elevada severidade observou-se uma predominância das narrativas relativas à Intervenção Externa dos Meios de Socorro (e.g. *“Só me lembro de acordar numa sala do hospital a ser entubada para me fazerem uma lavagem ao estômago”*). Sendo os métodos de elevada severidade considerados como mais perigosos e com mais probabilidade de ser necessária assistência médica (Gratz, 2001), estes dados não são surpreendentes, principalmente tendo em conta que a necessidade de assistência médica ou até mesmo hospitalização é sempre encarada como algo marcante. Ainda no que diz respeito aos comportamentos mais severos, observam-se também as narrativas de Conflitos Familiares (e.g. *“Tinha problemas familiares e vivia uma crise de entidade, então mutilei -me algumas vezes após uma discussão...”*) como narrativas dominantes, sendo esta dominância também encontrada nos métodos de severidade leve/moderada. Uma vez que os Fatores Familiares, como os conflitos, são considerados um fator de risco para os comportamentos autolesivos (Hawton, 2012) e percecionados como um dos fatores mais relevantes para a prática dos mesmos (Curtis, 2016; Doyle et al., 2015, Krishnakumar et al., 2011; Madge, 2008), a predominância desta narrativa na presente investigação vai de encontro ao mencionado na literatura. Por fim, no que diz respeito aos métodos psicoativos, encontram-se dois tipos de narrativas dominantes: a Ideação Suicida, onde os adolescentes referem narrativas como *“Sentei -me no chão, à espera de sentir o efeito [dos comprimidos], com um profundo desejo de morrer dentro de mim”* e os Conflitos Amorosos *“Porque havia problemas na relação”*.

Estes dados são consistentes com a literatura, uma vez que os comportamentos/ métodos psicoativos são relatados como mais frequentes em adolescentes em relações amorosas do que em adolescentes que não mantêm relações amorosas (Swahn et al., 2019), e a ideação suicida encontra-se frequentemente relacionada com comportamentos de ingestão excessiva de bebidas alcoólicas (Schilling, 2008).

Na primeira questão de investigação deste estudo interrogou-se se as narrativas de Conflitos Interpessoais, que englobam os conflitos familiares e de pares- mais comumente designado como *bullying*-, se relacionavam com comportamentos/ métodos autolesivos de elevada severidade. Os resultados demonstraram que esta questão é parcialmente corroborada. No que concerne os conflitos familiares, foi encontrada uma relação com o método ingestão de substâncias perigosas e também com o método ingestão de medicação com intenção de magoar. Estes resultados corroboram a literatura, que defende que os conflitos familiares se destacam como preditor dos comportamentos autolesivos (Guerreiro & Sampaio, 2013; Zhang et al., 2016), em especial daqueles com severidade mais elevada (Webb, 2002). Neste estudo, entre os vários métodos de elevada severidade, observa-se uma predominância dos métodos relacionados com ingestão de substâncias, métodos “invisíveis” quando comparados com os cortes, por exemplo, mas que podem levar mais facilmente a um cenário mais drástico e mesmo à hospitalização. Rosenbaum e Richamn (1972) conduziram um estudo onde se conclui que uma das relações mais significativas com as *overdoses* eram os conflitos familiares. Ainda assim, não foram encontradas mais relações significativas entre os métodos de elevada severidade e os Conflitos Familiares, ao contrário do expectável no início desta investigação. No entanto, neste estudo foi realizada uma análise que procurava relacionar os três grupos de severidade dos comportamentos autolesivos e as suas narrativas dominantes (Tabela 4). Nessa tabela podemos observar que, ainda que os Conflitos Familiares sejam uma narrativa dominante para o grupo de elevada severidade, esta também é encontrada como narrativa dominante dos métodos leves/moderados, estando relacionada com quatro dos cinco métodos que englobam o grupo de severidade mais reduzida. Assim, é possível deduzir que, neste estudo, os Conflitos Familiares se relacionam mais com métodos de menor severidade.

Continuando a primeira questão de investigação deste estudo, no que diz respeito aos Conflitos entre Pares observou-se uma relação significativa com o método severo cortes. Os adolescentes que se percebem como vítimas de *bullying* têm uma maior probabilidade de praticar comportamentos autolesivos (Miner et al., 2016; Zhang et al., 2016), nomeadamente comportamentos mais severos (Wagman, 2012). Assim, no que diz respeito aos Conflitos entre

Pares, ainda que não se verifique uma relação com todos os métodos de elevada severidade, é possível constatar que os resultados são suportados pelo defendido na literatura, que menciona que este é um fator de risco para comportamentos mais severos (Curtis, 2016; Taliaferro, 2012).

Uma investigação conduzida por Swahn et al. (2009) concluiu que comportamentos autolesivos como consumo de bebidas alcoólicas, tentativa de suicídio e drogas se encontrava estatisticamente relacionado com relações amorosas em ambos os sexos. Assim, na segunda questão desta investigação procurava-se perceber se existia uma diferença entre os comportamentos autolesivos psicoativos e de elevada severidade entre os jovens com narrativas de Conflitos Amorosos, sendo que era esperado que os comportamentos psicoativos fossem mais frequentes. Este problema de investigação foi corroborado e de encontro ao sustentado pela literatura, demonstrando que, ainda que os conflitos amorosos sejam uma das motivações mais frequentes para a prática de comportamentos autolesivos (Abrams & Gordon, 2003), os comportamentos psicoativos são o tipo de comportamento mais frequente nos jovens que apresentam narrativas de Conflitos Amorosos (Baker, 2017; Bamford et al., 2007; Swahn, 2010).

Abrams et al. (2013), refere que a baixa autoestima é um fator motivador para os comportamentos autolesivos, sendo considerado como um fator de risco individual (Hawton, 2012). Isto, juntamente com a desvalorização pessoal, tem um impacto negativo nos adolescentes e aumenta o risco da prática de comportamentos autolesivos (Oktan, 2017). No terceiro problema de investigação esperava-se que as narrativas de Baixa Autoestima e de Desvalorização Pessoal se relacionassem de forma significativa com os comportamentos autolesivos de elevada severidade. Neste estudo estas relações não se verificaram, no entanto não se pode dizer com rigor que estas não existem, mas sim que estes fatores não foram encarados como os mais marcantes pelos jovens participantes nesta investigação.

A última problemática deste estudo procurava examinar se existia uma relação entre as narrativas de Autorregulação Emocional e os comportamentos autolesivos severos. Para responder a esta questão, correlacionaram-se as três narrativas da categoria Funções Psicológicas dos Comportamentos Autolesivos (i.e. Autopunição, Autorregulação do Afeto e Substituição da Dor Psicológica por Dor Física) com os seis métodos autolesivos de severidade elevada. Não se observou nenhuma correlação significativa, demonstrando que, neste estudo, ao contrário do expectável, as narrativas de Autorregulação Emocional não se relacionam com os comportamentos autolesivos severos. Ainda assim, um estudo levado a cabo em 2016 por

Grandclerc et al., refere que existe uma relação mais forte entre os comportamentos autolesivos de leve/ moderada severidade como autorreguladores do afeto, do que dos comportamentos de elevada severidade, pelo que esta pode ser a explicação para os resultados não terem ido de encontro ao esperado.

Dos quatro problemas de investigação propostos nesta investigação, os últimos dois (i.e. estarão as narrativas de Baixa Autoestima e de Desvalorização Pessoal relacionadas com comportamentos autolesivos de elevada severidade?; estarão as narrativas de Autorregulação Emocional relacionadas com comportamentos autolesivos mais severos?) não foram corroborados. Ainda que não seja possível afirmar em que direção ocorre, sabe-se que existe uma relação entre o *bullying* e a baixa autoestima (McMahon et al., 2012). Assim, no que é relativo à terceira problemática deste estudo, onde se procurava analisar se existe uma relação entre as narrativas de Baixa Autoestima e Desvalorização Pessoal, a não existência de relações significativas pode ser esclarecida através da relação entre estas e o *bullying*. Tendo em conta que as narrativas são subjetivas e que dependem da importância percebida de cada sujeito em relação a determinado fator, e uma vez que neste estudo se encontra uma relação significativa entre o *bullying* e o método cortar, não se pode negar a possibilidade de ter sido dada uma maior importância aos conflitos entre pares do que à baixa autoestima/ desvalorização pessoal, ainda que estas também estejam presentes e possam até ser uma consequência do *bullying*, conforme se verifica no estudo de McMahon et al. (2012), onde os rapazes vítimas de conflitos entre pares reportam níveis de autoestima significativamente mais reduzida do que aqueles que não se percebem como vítimas.

Na quarta questão de investigação, onde era investigada a relação das narrativas de Autorregulação Emocional com os comportamentos autolesivos de elevada severidade, encontra-se como possível hipótese explicativa para a sua não confirmação, o facto de as narrativas de Autorregulação Emocional estarem mais relacionadas com comportamentos de severidade leve/moderada, conforme sucede no estudo de Fonseca et al. (2018). Ainda assim, seria importante compreender a razão pela qual não se verificou a confirmação dos problemas de investigação referidos, uma vez que a literatura demonstra a existência dessa relação. Adicionalmente, seria interessante entender o porquê de as narrativas de Conflitos Familiares deste estudo serem mais frequentes em jovens com comportamentos autolesivos de leve/ moderada severidade, em comparação com jovens com comportamentos de severidade elevada.

Dados os resultados desta investigação é possível afirmar que existe uma propensão para que a autolesão seja o resultado de conflitos interpessoais, demonstrando que os adolescentes deste estudo dão mais importância aos fatores interpessoais do que aos intrapessoais, uma vez que as narrativas dominantes se concentram mais no tema Fatores Interpessoais. Isto pode dever-se à desejabilidade social, ou ao pensamento de que atribuir a responsabilidade aos outros é mais simples e que, de forma direta ou indireta, alivia a própria consciência (de Andrade et al., 2012). Ainda assim, como referido anteriormente, não se pode dizer com certeza de que a relação entre os comportamentos autolesivos e outros tipos de narrativas não existe ou não é tão comum, apenas indica que, neste estudo em específico, os adolescentes atribuem uma maior importância aos fatores interpessoais. Uma vez que, depois das narrativas relativas aos Métodos- Cortes, as narrativas de Conflitos Familiares são as narrativas dominantes desta amostra, a predominância dos fatores interpessoais neste estudo podem estar associadas à função interpessoal Limites interpessoais, que é utilizada para criar um limite entre o sujeito e o outro, ou mesmo à função interpessoal Vingança, que pode servir para magoar o outro ou para se vingar (Duarte et al., 2019).

Limitações e estudos futuros

Tal como acontece em todas as investigações, esta também tem algumas limitações que lhe podem ser apontadas. A principal limitação centra-se na desejabilidade social que pode lhe pode ser inerente por ser um instrumento com secções de autorrelato. A desejabilidade social pode ser caracterizada como uma necessidade de aceitação social associada à expectativa de que existe a possibilidade dessa necessidade poder ser saciada com a adoção de comportamentos que vão de encontro às normas estabelecidas pela sociedade (Crown & Marlowe, 1960), e ocorre principalmente em questionários cujos temas se centram em atitudes, comportamentos ou questões de personalidade (Almiro, 2017). Sendo este um instrumento sobre um tema sensível e as questões de teor bastante pessoal, para além da questão da desejabilidade social, existe o risco de os participantes poderem ter-se sentido constrangidos em alguns momentos do preenchimento ou terem sentido o assunto como algo doloroso, e por isso não terem sido completamente honestos.

Como este estudo é maioritariamente qualitativo e se foca nas narrativas dos adolescentes, há que ter uma atenção especial à subjetividade deste método, tornando muito difícil fazer uma generalização adequada à população em geral. No entanto, ainda que

subjetivas, as narrativas são muito importantes porque são uma forma dos participantes relatarem as suas experiências pelas próprias palavras, dando-lhes a oportunidade de se exprimirem de forma livre, atribuindo à narrativa o significado real sentido.

Por fim, é necessário apontar que a amostra clínica deste estudo é pouco representativa (11.6% da amostra total), o que se deveu às restrições impostas pelo COVID-19, tornando complicado as deslocações a meios clínicos para recolha da amostra. Isto aplica-se também a parte da amostra comunitária, que teve de ser recolhida em meio online, impossibilitando o controlo de variáveis parasitas, e aumentando as possibilidades de *dropout*.

Este estudo analisou apenas um momento temporal, pelo que apenas permite analisar esse tempo em específico, não sendo possível fazer inferências de causalidade (Haro et al., 2016), ou considerar as respostas como fatores de risco. Adicionalmente, uma vez que a questão remete para “a vez mais marcante”, não podemos inferir com certeza que não existem outros fatores importantes, ou até mesmo que a relação com outros fatores não existe (como no caso das questões de investigação), apenas demonstra que os adolescentes atribuem mais importância àquele fator em particular. Em estudos futuros seria pertinente realizar investigações com um delineamento longitudinal, de forma a analisar o desenvolvimento não só dos comportamentos, mas também dos pensamentos relativos aos mesmos. Para além do já mencionado, um estudo que avaliasse os vários momentos dos comportamentos (i.e. antes, durante e depois) e que remetesse para mais do que um momento marcante, podia trazer dados relevantes.

Em estudos futuros sugere-se fazer uma análise mais aprofundada sobre o motivo de, entre os seis métodos classificados como métodos de elevada severidade, os métodos de ingestão de substâncias serem, no presente estudo, aqueles que mais se relacionam com os conflitos familiares. Acrescentando a isto, poderia ser relevante a realização de uma investigação comparativa entre os fatores intra e interpessoais narrados pelos jovens com comportamentos autolesivos, uma vez que a literatura atual se foca essencialmente na comparação das funções intra e interpessoais em jovens com *versus* sem comportamentos, observando-se uma predominância das funções intrapessoais nos jovens com histórico de comportamentos autolesivos, enquanto que nos jovens sem histórico de comportamentos autolesivos se observam mais funções interpessoais (Duarte et al., 2019) mas, no presente estudo, ainda que só tenham sido considerados adolescentes com comportamentos autolesivos, estes demonstraram dar uma maior importância aos fatores interpessoais.

Para finalizar as sugestões para limitações futuras, seria pertinente replicar esta investigação com um foco nas diferenças de narrativas entre sexos, de forma a perceber se as narrativas dominantes diferem entre o sexo feminino e o sexo masculino.

A presente investigação demonstra-se pertinente, uma vez que a prevalência de comportamentos autolesivos em Portugal é elevada. Dados da Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), demonstram que, no ano 2018, 19.6% dos jovens afirmaram ter praticado comportamentos autolesivos no mínimo uma vez no decorrer do ano anterior (Matos & Social, 2018), sendo importante realçar que esta percentagem é apenas face aos adolescentes inquiridos, mas que os comportamentos autolesivos e a sua prevalência são ainda hoje dados incompletos, havendo uma propensão aos números reais serem camuflados por trás dos números de tentativas de suicídio (Guerreiro & Sampaio, 2013). Esta pertinência é reforçada pela escassa quantidade de estudos qualitativos sobre os comportamentos autolesivos realizados em Portugal.

Referências bibliográficas

- Abrams, L., & Gordon, A. (2003). Self-harm Narratives of Urban and Suburban Young Women. *Affilia*, 18(4), 429-444. <https://doi.org/10.1177/0886109903257668>
- Andover, M. S., Morris, B. W., Wren, A., & Bruzese, M. E. (2012). The co-occurrence of nonsuicidal self-injury and attempted suicide among adolescents: distinguishing risk factors and psychosocial correlates. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6 (11). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-11>
- Barata, C. V. (2016). *A Relação entre a Ansiedade, Depressão e Stress e os Comportamentos Autolesivos e a Ideação Suicida nos Adolescentes* (Tese de Mestrado, ISPA - Instituto Universitário). Repositório Institucional do ISPA <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5280/1/20700.pdf>
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- Barrocas, A., Hankin, B., Young, J., & Abela, J. (2012). Rates of Nonsuicidal Self-Injury in Youth: Age, Sex, and Behavioral Methods in a Community Sample. *PEDIATRICS*, 130(1), 39–45. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-2094>
- Beautrais, A. L. (2003). Subsequent mortality in medically serious suicide attempts: A 5-year follow-up. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 595–599. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01236.x>
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 540. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00540>
- Brás, M., Jesus, S., & Carmo, C. (2016). Fatores psicológicos de risco e protetores associados à ideação suicida em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17(2), 132-149. <https://doi.org/10.15309/16psd170203>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 25–32. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Borges, Vivian, & Guevara Werlang, Blanca Susana (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 7(2), 195- 209 <https://doi.org/10.15309/16psd170203>

- Borrill, J., Lorenz, E., & Abbasnejad, A. (2012). Using qualitative methods to explore non-disclosure: the example of self-injury. *International Journal of Qualitative Methods*, 11(4), 384-398. <http://dx.doi.org/10.1177/160940691201100406>
- Botella, L. (2001). *Diálogo, Relaciones y Cambio: Una Aproximación Discursiva a la Constructivista*. FPCEE Blanquerna, Universidade Ramón Llull, Barcelona, España.
- BRUNER, J (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical inquiry*, 18(1), 1-21. <https://doi.org/10.1086/448619>
- Bruner, J. (2004). Life as Narrative. *Social Research*, 71(3), 691-710 <https://muse.jhu.edu/article/527352/summary>
- Carvalho, Á., Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Amaro, F., Santos, J., Santos, J., Santos, J., & Santos, N. (2013). *Plano Nacional de Prevenção do Suicídio*. Lisboa: Direção Geral da Saúde <https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2519>
- Carvalho CB, Motta C, Sousa M, Cabral J. (2017). Biting myself so I don't bite the dust: prevalence and predictors of deliberate self-harm and suicide ideation in Azorean youths. *Rev Bras Psiquiatr*, 39(3):252–62. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2016-1923>
- Chandler, A. (2017). Seeking Secrecy. *YOUNG*, 26(4), 313–331. <https://doi.org/10.1177/110330881771736>
- Claes, L., Klonsky, E. D., Muehlenkamp, J., Kuppens, P., & Vandereycken, W. (2010). The affect-regulation function of nonsuicidal self-injury in eating-disordered patients: which affect states are regulated? *Comprehensive Psychiatry*, 51(4), 386–392. <https://doi.org/10.1016/>
- Crick, N., & Zahn-Waxler, C. (2003). The development of psychopathology in females and males: Current progress and future challenges. *Development and Psychopathology*, 15(03). <https://doi.org/10.1017/s0954579403000035>

- Crowne, D. & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of consulting psychology*, 24 (4), 349. Almiro, 2017 <https://doi.org/10.1037/h0047358>
- Croyle, K. L., & Waltz, J. (2007). Subclinical self-harm: Range of behaviors, extent, and associated characteristics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(2), 332–342. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.2.332>
- Curtis, C. (2016). Young Women's Experiences of Self-harm. *YOUNG*, 24(1), 17–35. <https://doi.org/10.1177/1103308815613680>
- Dahl, R. E. (2004). Adolescent brain development: a period of vulnerabilities and opportunities. Keynote address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 1-22. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.001>
- de Andrade, M. B. T., Felipe, A. O. B., Zanetti, A. C. G., Nogueira, D. A., Resck, Z. M. R., da Cruz Sequeira, C. A., & Vedana, K. G. G. (2021). Atitudes de universitários da área da saúde relacionadas ao comportamento suicida. *Research, Society and Development*, 10(5), <https://doi.org/25210514804-e25210514804>
- de Freitas, M. N. V., Seiwald, M. C. N., Parada, R. A., & von Krakauer Hubner, C. (2013). Suicídio consumado na cidade de Sorocaba-SP: um estudo epidemiológico. *Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba*, 15(3), 53-58. <https://revistas.pucsp.br/rfcms/article/view/9925>
- Douglas K.S, Skeem J.L. (2005). Violence risk assessment—getting specific about being dynamic. *Psychology Public Policy Law* 11(3); 347. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2005-11760-001.html>
- Doyle, L., Treacy, M. P., & Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International journal of mental health nursing*, 24(6), 485-494. <https://doi.org/10.1111/inm.12144>
- Duarte, E. (2018). *Dialectos da Dor: Representações Sociais Sobre as Funções dos Comportamentos Auto-lesivos em Adolescentes* (Tese de Doutoramento, ISPA – Instituto Universitário, Lisboa). Repositório Institucional do ISPA. <https://core.ac.uk/download/pdf/161806934.pdf>

- 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: adolescents and parents. *Journal of adolescence*, 73, 113-121. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
- 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://10.1016/j.psychres.2019.112553>
- Favazza, A. R. (2011). *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Baltimore: JHU:Press.
- Eisenstein, E. (2005). Adolescência: definições, conceitos e critérios. *Adolescência e Saúde*, 2(2), 6-7.
- Fonte, C. (2006). A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspeto do processo de construção de significados. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 123-131. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v8n2/v8n2a09.pdf>
- Gonçalves, S. F., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behaviour in Portuguese adolescents. *Psicothema* 24(4), 536-541. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/9700>
- Gould, M. S., Greenberg, T. E. D., Velting, D. M., & Shaffer, D. (2003). Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(4), 386-405. <https://doi.org/10.1097.01.chi.0000046821.95464.cf>
- Gouveia-Pereira, M., Abreu, S., & Martins, C. (2014). How do families of adolescents with suicidal ideation behave?. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 171-178. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100019>

- 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, D. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 204-213. <https://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., & Moro, M. R. (2016). Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. *PloS one*, 11(4), e0153760. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0153760>
- 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://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bpg022>
- Hamza, C. A., S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal selfinjury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., . . . Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais: guia prático do estudante* (1ª ed.). Lisboa: Pactor.
- Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). *Self-harm and suicide in adolescents*. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Heath, N., Toste, J., Nedecheva, T., & Charlebois, A. (2008). An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137-156. <https://doi.org/10.17744/mehc.30.2.8p879p3443514678>
- Hill, K., & Dallos, R. (2012). Young people's stories of self-harm: A narrative study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 17(3), 459-475. <https://doi.org/10.1177%2F1359104511423364>

- James, K., Samuels, I., Moran, P., & Stewart, D. (2017). Harm reduction as a strategy for supporting people who self-harm on mental health wards: the views and experiences of practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 214, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.002>
- Jaworska, N., & MacQueen, G. (2015). *Adolescence as a unique developmental period*. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 40(5), 291-293. <https://dx.doi.org/10.1503%2Fjpn.150268>
- Jorge, J. C., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 33 (2), 207-219. <https://doi.org/10.14417/ap.991>
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R., & Resch, F. (2011) Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: a population-based study. *BioMed Central Public Health*, 11(1), 597. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-597>
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E., & Glenn, C. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107>
- Krishnakumar, P., Geeta, M. G., & Riyaz, A. (2011). Deliberate self-harm in children. *Indian pediatrics*, 48(5), 367. https://doi.org/10.1007/s13312-011-0084-____z
- Lahm-Vieira, C. R., Boeckel, M. G., & Rava, P. G. (2011). rEVisando intErVEnçõEs narratiVas: FErramEntas Para o ContExto tEraPêutiCo. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 20(40), 99-114. Recuperado de <https://revistanps.com.br/nps/article/view/87>

- Landstedt, E., & Gillander Gådin, K. (2011). Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(1), 17-25. <https://doi.org/10.1177%2F1403494810382941>
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “Whats” and “Whys” of... *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Lewis, S. P., & Arbuthnott, A. E. (2012). Nonsuicidal self-injury: Characteristics, functions, and strategies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 26(3), 185- 200. <https://doi.org/10.1080/87568225.2012.685853>
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., van Heeringen, K., de Leo, D., & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people - Comparative findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Marshall, H., & Yazdani, A. (1999). Locating Culture in Accounting for Self-harm amongst Asian Young Women. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 9(6), 413-433. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1298\(199911/12\)9:6%3C413::AID-CASP543%3E3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1298(199911/12)9:6%3C413::AID-CASP543%3E3.0.CO;2-U)
- Matos, M., & Social, A. (2018). Relatório do estudo HBSC 2018 - A Saúde dos adolescentes portugueses após a recessão - *dados nacionais do estudo HBSC de 2018*. Cruz Quebrada: Equipa Aventura Social.
- McMahon, E. M., Reulbach, U., Keeley, H., Perry, I. J., & Arensman, E. (2012). Reprint of: Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Social Science & Medicine*, 74(4), 490–497. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.0>
- Miller, M., Redley, M., & Wilkinson, P. O. (2021). A Qualitative Study of Understanding Reasons for Self-Harm in Adolescent Girls. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7), 3361. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073361>

- Morey, C., Corcoran, P., Arensman, E., & Perry, I. J. (2008). The prevalence of self-reported deliberate self-harm in Irish adolescents. *BMC public health*, 8(1), 1-7. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-79>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide*, 11 (1). <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Nonsuicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65-72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1) 28-38. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.76.1.28>
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, Correlates, and Treatment of Lifetime Suicidal Behavior Among Adolescents: Results From the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, 70(3), 300-310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>
- Oktan, V. (2017). Self-Harm Behaviour in Adolescents: Body Image and Self-Esteem. *Journal of Psychologists and Counsellors in Schools*, 27(2), 177-189. <https://doi.org/10.1017/jgc.2017.6>
- Orri, M., Paduanello, M., Lachal, J., Falissard, B., Sibeoni, J., & Revah-Levy, A. (2014). Qualitative approach to attempted suicide by adolescents and young adults: the (neglected) role of revenge. *PLoS One*, 9(5), e96716. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096716>
- PALÁCIOS, J. (1995). O que é a adolescência. *Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva*, 1, 263-272.

https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/29562/mod_resource/content/1/O_que_e_adolescencia.pdf

- Paul, E., Tsypes, A., Eidlitz, L., Ernhout, C., & Whitlock, J. (2014). Frequency and functions of non-suicidal self-injury: Associations with suicidal thoughts and behaviors. *Psychiatry Research*, 225(3), 276-282. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.026>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., & Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549– 1558. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>
- Prieto, D., & Tavares, M. (2005). Fatores de risco para suicídio e tentativa de suicídio: incidência, eventos estressores e transtornos mentais. *J. bras. psiquiatr*, 146-154. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-438306>
- POLKINGHORNE, D. P. (1998). *Narrative psychology*. New York: Suny Press.
- Ramôa, A. F. A. D. S., Soares, C., Castanheira, J., Sequeira, J., Fernandes, N., & Azenha, S. (2017). Comportamentos suicidários: caracterização e discussão de fatores de vulnerabilidade. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 33(5), 321- 332. <http://dx.doi.org/10.32385/rpmgf.v33i5.12260>
- RAMOS, R. (2001). *Narrativas contadas, narraciones vividas – Un enfoque sistêmico de la terapia narrativa*. Barcelona: Paidós.
- Raupp, C. S., Marin, A. H., & Mosmann, C. P. (2018). Comportamentos autolesivos e administração das emoções em adolescentes do sexo feminino. *Psicologia Clínica*, 30(2), 287-308. <https://doi.org/10.590/1980-5438300220180287>
- Rosa, L. S., & Mackedanz, L. F. (2021). A Análise Temática como metodologia na pesquisa qualitativa em educação em ciências. *Atos de Pesquisa em Educação*, 16, 8574. <http://dx.doi.org/10.7867/1809-0354202116e8574>
- Sampaio, D. (1991). *Ninguém Morre Sozinho* (14 ed.). Lisboa: Editorial Caminho.
- Sampaio, D., & Guerreiro, D. F. (2014). Comportamentos autolesivos na adolescência. *Psicologia e Psiquiatria da Infância e Adolescência*, 383-392.
- Saraiva, C. B., & Gil, N. P. (2014). *Conceitos e limites em suicidologia*. Lidel–Edições Técnicas Lda. Lisboa.

- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: Lidel.
- SARBIN, T. R. (1986). *Narrative psychology: the storied nature of conduct*. New York: Praeger.
- Schilling, E. A., Aseltine Jr, R. H., Glanovsky, J. L., James, A., & Jacobs, D. (2009). Adolescent alcohol use, suicidal ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health, 44*(4), 335-341. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.08>
- Sousa, B., Fonseca, M., Loureiro, S., Cordeiro, L., & Ribeiro, E. (2018). *Suicídio na infância e adolescência: fatores de risco e prevenção*. Repositório Institucional das Universidades Lusíadas. <http://hdl.handle.net/11067/4792>
- Sveticic, J., & De Leo, D. (2012). The hypothesis of a continuum in suicidality: a discussion on its validity and practical implications. *Mental Illness, 4*(2), 73-78. <https://doi.org/10.4081/mi.2012.e15>
- Swahn, M. H., West, B., & Bossarte, R. M. (2009). Urban girls and boys who date: A closer look at the link between dating and risk for alcohol and drug use, self-harm and suicide attempts. *Vulnerable Children and Youth Studies, 4*(3), 249-254. <https://doi.org/10.1080/17450120902730204>
- Taliaferro, L. A., Muehlenkamp, J. J., Borowsky, I. W., McMorris, B. J., & Kugler, K. C. (2012). Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: A population-based sample. *Academic pediatrics, 12*(3), 205-213. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2012.01.008>
- Tang, J., Yu, Y., Wu, Y., Du, Y., Ma, Y., Zhu, H., ... & Liu, Z. (2011). Association between non-suicidal self-injuries and suicide attempts in Chinese adolescents and college students: a cross-section study. *PloS one, 6*(4), e17977. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0017977>
- Tinti, D. L., da Silva Vosgerau, M. Z., & Kluge, D. C. (2012). Resolução alternativa de conflitos: estratégia curricular para a formação integral do ser. *Divers@!, 5*(1).
- van Geel M, Goemans A, Vedder P. A meta-analysis on the relation between peer victimization and adolescent non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research, 230*(2), 363-368. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.09.017>

- Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(4), 282–297. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.005>
- Vieira, K. F. L., & Coutinho, M. D. P. D. L. (2008). Representações sociais da depressão e do suicídio elaboradas por estudantes de psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 714-727. <https://www.scielo.br/j/pcp/a/RHQHBPf6WZN5N6nXtPYyr7M/?format=pdf&lang=pt>
- Vieira, A., & Henriques, M. (2014). A Construção Narrativa da Identidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1), 163-170 <https://doi.org/10.1590/S0102-79722014000100018>
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 161(7), 634-640. <https://doi.org/1021001/archpedi.161.7.634>
- Wilcox, H. C., Arria, A. M., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Pinchevsky, G. M., & O'Grady, K. E. (2012). Longitudinal predictors of past-year non-suicidal self-injury and motives among college students. *Psychological Medicine*, 42(4), 717–726. <https://doi.org/10.1017/S0033291711001814>
- World Health Organization [WHO]. (2012). Public health action for the prevention of suicide: A framework. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75166/?sequence=1>
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/97892?sequence=1>
- Zhang, J., Song, J., & Wang, J. (2016). Adolescent self-harm and risk factors. *Asia-Pacific Psychiatry* ISSN, pp. 287-295 <https://doi.org/10.1111/appy.12243>

ANEXOS

ANEXO A- Inventário dos Comportamentos Autolesivos (Duarte, Gouveia-Pereira & Gomes, 2019)

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

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

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

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

ANEXO B- Questionário Sociodemográfico

8- Pedimos que, agora, preenchas os seguintes dados (assinala com uma cruz):

- Sexo: _____ Masculino _____ Feminino
- Idade: _____ anos
- Nacionalidade: _____
- Ano de escolaridade: _____ ano
- Área/ curso Escolar: ___ Ciências ___ Artes ___ Economia ___ Humanidades
_____ Ensino profissional? Qual? _____

- Atualmente, ou em algum momento sentiste ter sido **agredido física, verbal ou psicologicamente** por alguém **de uma forma repetida e continuada** no tempo?

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

- És/ foste vítima de **bullying**?

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

Se sim, Quando começaste a ser vítima de bullying? _____

Durante quanto/ Há quanto tempo és/ foste vítima de bullying? _____

Com que regularidade és/ foste agredido?

___ Pontualmente ___ Esporadicamente ___ Regularmente

- Já reprovaste algum ano?

Sim ___ Quantas vezes? _____ Em que ano(s)? _____

Não ___

- A tua relação com os colegas é:

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito Boa
----------	----	----------	-----	-----------

- Tens algum colega na escola que consideres ser o/a teu/tua melhor amigo/amiga?

___ Sim

___ Não

• **Com quem vives?**

___ Pais ___ Mãe ___ Pai ___ Mãe, pai e irmão(s)

___ Outros. Quais? _____

• **Tens irmãos?**

___ Não

___ Sim. Quantos? _____

És o irmão: ___ Mais novo ___ Mais velho ___ Do meio ___ Gémeo

• **Estado civil dos teus pais?**

___ Solteiros ___ Casados ___ Divorciados ___ Viúvo(a)

___ Em união de facto

• **Profissão Pais:**

Mãe: _____

Pai: _____

• **Habilitações Literárias:**

Mãe: _____

Pai: _____

• **A tua relação com os teus pais é:**

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito Boa
----------	----	----------	-----	-----------

• **A tua relação com os teus irmãos é:**

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito Boa
----------	----	----------	-----	-----------

• **Nos últimos dois anos, aconteceu alguma coisa na tua vida que consideres muito importante?**

___ Não ___ Sim.

Se sim, Quais? ___ Divórcio/ Separação dos pais ___ Conflitos amorosos

___ Conflitos com pais ___ Conflitos com irmãos ___ Morte

___ Início de namoro ___ Outro(s), Qual/quais? _____

- A tua relação com os teus amigos é:

Muito Má	Má	Razoável	Boa	Muito Boa
----------	----	----------	-----	-----------

- Já alguma vez fizeste alguma tentativa de suicídio

Nunca	Uma vez	Duas vezes	Mais de duas vezes
-------	---------	------------	--------------------

- Na tua família alguém fez tentativas de suicídio?

___ Não

___ Sim. Quem? _____

- Conheces mais alguém que se tenha tentado suicidar?

___ Não

___ Sim. Quem? ___ Amigos ___ Vizinhos

___ Outras Pessoas. Quem? _____

Obrigado pela tua participação!

Contactos de Apoio:

- **NES** (Núcleo de Estudos do Suicídio)
 - 21 780 5111 (Urgência geral)
 - 21 780 5000 (Telefone Geral)
 - nesuicidio@gmail.com (Email)
 - Se precisa de ajuda, pode dirigir-se ao NES – Hospital de Santa Maria de Lisboa, Serviço de Psiquiatria, de 2ª, 3ª, 4ª ou 6ª feira entre as 11h e as 13h.
- **Voz Amiga** (diariamente, das 16h às 24h)
 - 213 544 545 (Telefone)
 - 912 802 669/ 963 524660 (Telemóvel)

ANEXO C- Tabela de Análise Temática (Versão completa)

<i>Tema</i>	<i>Categorias</i>	<i>Subcategorias</i>	<i>UR</i>	<i>N</i>		
Emoções Negativas	Emoções mais depressivas	Arrependimento/ Culpa	<p>“Pensando que a culpa era minha”</p> <p>“Senti-me culpada por ele ter acabado comigo”</p> <p>“Vacilas com quem amas, sentes-te culpado por pensares era possível dar muito mais de mim a quem merecia.”</p> <p>“Pois me arrependi bastante.”</p>	8		
		Desânimo/Desmotivação	<p>“Sentia desânimo, desmotivação com a vida e com outras circunstâncias.”</p> <p>“Estava mesmo muito em baixo, bati no fundo”</p> <p>“Com intenção de não querer saber o que vinha amanhã pois nada parecia importar.”</p> <p>“Apenas estava farta de tudo.”</p>	8		
		Desespero	<p>“Desespero”</p> <p>“Desesperada”</p> <p>“Um dia quis desistir. Não aguentei mais”</p> <p>“Senti desespero”</p>	8		
		Desvalorização Pessoal	<p>“Então eu sentia-me inútil”</p> <p>“Estava a chorar imenso e comecei a bater me por me achar inútil/burra.”</p> <p>“Como se não fosse boa o suficiente”</p> <p>“Achei que não era merecedora de todos os privilégios que tinha”</p>	17		
		Sufrimento/Dor	<p>“Era uma dor enorme”</p> <p>“Não aguentava a dor psicológica”</p> <p>“E dor que sentia em mim mesma”</p> <p>“Só queria que aquela dor se acabasse.”</p>	8		
		Tristeza	<p>“Tristeza”</p> <p>“E chorei imenso”</p> <p>“Tive um ataque de choro” “No caminho para lá comecei a chorar”</p>	17		
		Desilusão/ Frustração	<p>“Extrema desilusão”</p> <p>“Senti-me derrotada por ver que ainda estava viva”</p> <p>“Estava frustrada, como sempre”</p> <p>“Achei que era uma desilusão para a minha família”</p>	13		
		Raiva	<p>“Raiva”</p> <p>“Enervei-me”</p> <p>“Lembro-me que estava tão irritada comigo própria”</p> <p>“Sempre que o fiz foi apenas por raiva”</p>	25		

Fatores Intrapessoais Associados	Baixa Autoestima	<p>“Cheguei-me a odiar” “Ódio por mim mesmo” “Sentia -me a pior pessoa do mundo/ sentia -me insuficiente ” “Estava numa altura má da minha vida em que tudo o que sentia era ódio por mim mesma, quanto ao meu corpo ou mesmo quanto à minha pessoa.”</p>	4
	Psicopatologia	<p>“Costumo ter alguns ataques de pânico/ ansiedade” “Ansiedade” “Fiquei em pânico completamente perdida” “Provavelmente um dia em que fui para a faculdade e estava a ter um ataque de ansiedade. ”</p>	26
	Autopunição	<p>“Quando me dei conta do meu comportamento castiguei o meu corpo, magoando-o.” “Estava mesmo irritada comigo própria” “Fez com que eu sentisse ainda mais que merecia o que me estava a fazer.” “Sinto que me devo castigar por não ser suficientemente normal em algumas situações”</p>	9
Fatores Intrapessoais Associados	Funções Psicológicas dos CAL	<p>“Grande parte do prazer no consumo da droga” “Numa tentativa de mudar a minha atitude de maneira que se tornasse mais ativa” “Quando me magoava sentia um alívio enorme e sentia-me mais calma” “Senti um alívio enorme pois achava que finalmente todos os meus problemas e preocupações iriam acabar”</p>	34
	Substituição do Sofrimento Psicológico por Dor Física	<p>“Queria sentir uma dor diferente para me esquecer que sentia muita solidão” “Está muito nervosa por causa de uma conversa com o meu ex-namorado e só pensava em magoar-me fisicamente” “Então decidi cortar-me para centrar a dor que estava a sentir num só local do meu corpo, apesar de estar cheia de dores devido aos hematomas nada daquilo me doía mais do que o que estava a sentir.” “Cortei-me pois prefiro a dor física à psicológica.”</p>	12

		Procura de Sensações	<p>“Tinha como objetivo ‘magoar-me’”</p> <p>“Era uma dor insuportável”</p> <p>“Só paro de morder quando sinto dor.”</p> <p>“Até ter feridas suficientes para sentir a dor.”</p>	8
		Ideação Suicida	<p>“Dei por mim deitada a pensar qual seria a melhor forma de me suicidar e/ou o que escreveria aos meus amigos e familiares”</p> <p>“Achei que o suicídio seria a saída”</p> <p>“Queria apenas que me deixassem morrer”</p> <p>“No dia anterior a esse jogo só pensava em morrer”</p>	21
Fatores Interpessoais Associados	Família	Conflitos	<p>“A relação com a família também era péssima”</p> <p>“Quando me chateei à grande com os meus familiares!”</p> <p>“Já não aguentava os abusos que sofria há meses e principalmente que sofri naquele dia”</p> <p>“Discussões em casa. ”</p>	39
		Impacto na família	<p>“Nunca pensei que o que eu estava a fazer a afetasse tanto” (referindo-se à irmã)</p> <p>“O que mais me marcou foi ter desiludido a minha mãe.”</p> <p>“Vi que ela tinha dormido no chão para eu não ficar sozinha” (referindo-se à mãe)</p> <p>“Os meus pais perceberam que algo não estava bem e quando viram também ficaram muito preocupados”</p>	11
	Família	Falta de Apoio/ Isolamento	<p>“Ou qualquer tipo de apoio familiar”</p> <p>“Tentei falar com os meus pais e eles não me conseguiram ajudar muito”</p> <p>“Senti-me só e abandonada”</p> <p>“Sentia-me sozinha”</p>	7
		Morte/Luto/Perda	<p>“Suicídios na família”</p> <p>Quando tinha 14 anos decidi que como o meu pai tinha morrido de fumar eu devia fazer o mesmo para ver se morria mais depressa”</p> <p>“Há 2 anos a minha prima de 5 anos morreu, algo repentino”</p> <p>“Quando o meu cão morreu”</p>	7
	Pares	Bullying & Cyberbullying	<p>“Fui exposta pela via internet”</p> <p>“Todos gozavam comigo, chamavam-me nomes, faziam tudo para eu me sentir a pior pessoa do mundo”</p> <p>muito de bullying físico e verbal”</p> <p>“Sofri de bullying dos 10 aos 17 anos”</p>	17

Fatores Interpessoais Associados			“Sofria de bullying físico, psicológico e etc.”	
		Isolamento social	“Sem amigos” “Eu sentia-me muito sozinha” “Não me senti amado.” “Era sempre posto de lado.”	13
		Morte/Luto/Perda	“Uma amiga tinha falecido” “A rapariga de quem eu gosto se tentou suicidar, a minha melhor amiga se tentou suicidar.” “Morte de entes queridos” “Foi a seguir à minha melhor amiga morrer”	4
	Relações amorosas	Conflitos	“Quando acabei um relacionamento” “Minha namorada mete-me maluco” “Quando tivemos uma longa discussão no carro” “Porque o meu ex namorado estava a ameaçar que me ia deixar depois de ele ter me feito mal psicologicamente (mais uma vez)”	27
	Escola	Problemas no contexto escolar	“Eu fiz isto por causa dos estúpidos dos professores e na organização na sala e tenho a queixar-se do mesmo e também os professores do ensino especial queriam o meu ‘mal’” “Tinha recebido um nota péssima (negativa) a uma das disciplinas” “Não ser aceite na escola” “Um dia tinha tido uma discussão horrível com um profes	8
Fatores Interpessoais Associados	Intervenção Externa	Família	“A vez que a minha irmã me viu a bater em mim própria e pegou em mim e disse para parar” “A minha mãe viu-me deitada no chão com sangue e levou-me numa ambulância” “Quando a minha mãe decidiu chamar o INEM e a polícia a casa” “Vi a minha mãe em pânico a tentar socorrer-me”	12
	Intervenção Externa	Pares	“Não fosse um colega meu conhecer me e vir impedir que algo mais acontecesse...” “E uma pessoa entrou no meu quarto a gritar comigo (escondi)” “E a professora perguntou me se estava bem.” “Isso chegou aos ouvidos das professoras, que falaram com os meus pais”	4

Métodos dos Comportamentos Autolesivos	Meios de Socorro & Urgência Hospitalar	<p>“Dei entrada na urgência do hospital D. Estefânia”</p> <p>“Levou-me numa ambulância”</p> <p>“Fui hospitalizada”</p> <p>“Levou-me para o hospital onde fui internada na psiquiatria.”</p>	24
	Puxar Cabelos	<p>“Puxei os meus cabelos”</p> <p>“Puxei os cabelos”</p> <p>“Uma vez puxei/arranquei cabelo a meio de um teste”</p> <p>“Arranquei o cabelo”</p>	10
	Arranhar	<p>“Arranhei os braços”</p> <p>“Fez com que eu me arranhasse nas pernas de tal forma que o sangue caiu no chão”</p> <p>“Comecei -me a arranhar e a beliscar -me com a intenção de me aleijar”</p> <p>“Arranhei -me”</p>	41
	Morder	<p>“Por isso assim que cheguei a casa enrolei -me nos edredons e mordi os braços com o máximo de força possível”</p> <p>“A primeira vez que me mordi foi quando tomei uma atitude que sabia que teria graves consequências no futuro.”</p> <p>“Estava irritado e mordi -me pois não queria partir nada nem magoar ninguém, nada demais”</p> <p>“Mordi -me a mim própria”</p>	10
	Bater	<p>“Uma vez em que estava ansiosa e comecei a coçar os braços sem dar conta e só quando fiz ferida é que reparei no que estava a fazer”</p> <p>“Ter dado mais de 15 cabeçadas numa parede até ferir”</p> <p>“Dar estalos a mim própria e dizer que me odiava”</p> <p>“Que comecei a bater em mim próprio durante algum tempo, para que não descarregasse em ninguém”</p>	36
	Consumo de substâncias	<p>“Bebi muito e quase entrei em coma alcoólico “</p> <p>“Drogas pesadas em que continuei até não aguentar sem querer saber se morria ou não nessa noite.”</p> <p>“Na bebida foi quando quase entrei em coma alcoólico”</p> <p>“Bebi imenso numa festa”</p>	31
	Cortes	<p>Cortei-me nos pulsos”</p> <p>“Foi a cozinhar usando facas deu a tentação de me cortar todo”</p>	133

		<p>“Quando me cortei pela primeira vez”</p> <p>“As vezes em que tinha o braço todo cortado/ quando os cortes eram bastantes profundos”</p>	
	Ingestão de Substâncias Medicamentosas	<p>“Tentei suicidar -me tomando 15 comprimidos”</p> <p>“Quando tomei muitos comprimidos”</p> <p>“Após ter ingerido os medicamentos com álcool”</p> <p>“Através da ingestão de medicamentos ”</p>	29
Métodos dos Comportamentos Autolesivos	Tentativa de suicídio	<p>“1º vez que me tentei suicidar”</p> <p>“A vez que mais me marcou foi quando estava na berma da janela, quase prestes de me atirar”</p> <p>“Tinha 14 anos (não tenho bem a certeza) é foi quando me tentei acabar com a minha vida”</p> <p>“Com a intenção de acabar com a minha vida”</p>	20
	Outros	<p>“Mandei-me das escadas do prédio”</p> <p>“Então naquele momento simplesmente queimei a mão com o cigarro sem pensar”</p> <p>“Quando me tentei atirar numa janela do 6º andar”</p> <p>“Quando quis saltar se uma janela porque sentia que tudo na minha vida estava a correr mal”</p>	6