



LSPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

NARRATIVAS DE JOVENS ADULTOS SOBRE OS SEUS
COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS
CATARINA INFANTE GONÇALVES PINA GOMES

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2020

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

Aos meus pais, que lutam ao meu lado até hoje—que riram quando eu ri, que se zangaram quando eu me zanguei—que me obrigaram a seguir em frente e a nunca baixar os braços.

À minha irmã, por ser a pessoa mais teimosa que conheço e algum dia virei a conhecer, por ter sido a primeira pessoa a ouvir uma das melhores notícias que recebi na vida, por ser sempre a primeira pessoa a lembrar-me que tenho de stressar menos com o futuro e a focar-me mais no aqui e agora.

À Diana, por ter sido a minha primeira amiga no ISPA e por se ter mantido assim durante tanto tempo, pelas horas de almoço passadas a ler tarot, pelas manhãs passadas no bar aberto a fazer trabalhos, pelos encontros imediatos de terceiro grau no metro, pelas conversas, pelos risos, por tudo.

Aos meus padrinhos, Carlos, Ricardo, e João S., por nunca me terem deixado desistir mesmo quando era a única coisa que me apetecia fazer. Ajudaram-me à vossa maneira, de forma tão caracteristicamente vossa, e sou-vos eternamente grata.

À Paula, à Ana, à Marta, ao João C., ao André, ao Egas, ao Isma, ao Fred, ao Ricardo C., à Carla, e à Gabi por todas as tardes passadas no Horácio. Vocês estiveram sempre disponíveis para me ouvir, para me deixar chorar, para me oferecer um ombro amigo, para me oferecer mais uma cerveja, e isso tornou tudo muito mais suportável.

À professora Maria Gouveia-Pereira, por ter aguentado com os meus dramas (“Catarina, não seja dramática!”), por não me ter deixado ir abaixo, por me ter incentivado a continuar, por tudo o que me ensinou. Nada acabou ali, mesmo que na altura o tenha parecido.

Ao professor Victor Cláudio, por tudo o que me ensinou e pelo “adoraria” aquando do pedido para me orientar, ainda na licenciatura. Enche-me de tristeza que não possa ler e ouvir esta dissertação, mas enche-me de felicidade saber que trabalhei para o deixar orgulhoso.

Ao Doutor Emanuel Pereira, o meu supervisor de estágio, por todos os conselhos, por todas as histórias, por todos os empurrões para a frente, por todos os votos de confiança, e por todos os momentos de reflexão. Foi uma honra trabalhar consigo.

Nada disto seria possível sem cada um de vocês. A todos, um obrigada do tamanho do mundo.

RESUMO

Jovens adultos encontram-se, frequentemente, em situações que prejudicam a sua saúde mental e, se estes problemas não forem tratados adequadamente, podem desenvolver-se problemas mais sérios, como comportamentos autolesivos. Os comportamentos autolesivos são comportamentos utilizados para causar dano ao próprio, constituindo manifestações de um mal-estar interno, contemplando comportamentos como os cortes ou as queimaduras. Sendo assim, torna-se importante permitir aos jovens que partilhem as suas experiências com estes comportamentos para serem compreendidos e receberem tratamento adequado. Neste sentido, esta investigação explora os conteúdos das narrativas dos jovens sobre os comportamentos autolesivos, abordando aspetos como o método utilizado, as motivações, as funções destes e as suas consequências. Este estudo contempla uma amostra de 32 jovens adultos, entre os 18 e os 21, que preencheram o Inventário de Comportamentos Autolesivos, incluindo questões que os permitiram partilhar narrativas. Os resultados da investigação mostram que os métodos mais referidos diferem entre o ICAL e as narrativas, mas com maior incidência sobre o bater-se e o cortar-se. São referidos diversos fatores que conduziram à autolesão, principalmente de carácter interno, como desejo de fugir da dor e emoções negativas, e as funções atribuídas a estes comportamentos, nomeadamente a função de fugir, de escape, e a de regulação emocional, contemplando consequências como a hospitalização. Finalmente, são sugeridas recomendações para investigações futuras, estando reconhecida a importância da intervenção psicológica para mitigar as consequências negativas destes comportamentos.

Palavras-chave: Comportamentos Autolesivos; Jovens Adultos; Narrativas

ABSTRACT

Young adults are, frequently, faced with situations that harm their mental health and, if these problems aren't adequately treated, more serious problems might develop, such as self-harming behaviors. Self-harming behaviors are behaviors used to cause harm to oneself, working as manifestations of internal distress, including behaviors such as cutting or burning one's body. Therefore, it's important to allow these young adults to share their experiences with these behaviors so that they can be understood and receive proper care and treatment. Thus, this investigation explores the contents of their stories about their self-harming behaviors, focusing on aspects like the methods they use, their motivations, the functions of these behaviors, and their consequences. This study followed a sample of 32 young adults, with ages between 18 and 21, who filled out the Inventory of Self-Harming Behaviors, including questions that allowed them to share their stories. The results showed that the most referred to methods differ between the questionnaire and the narratives, but the most prevalent ones across both parts of the instrument are hitting oneself and cutting. There are multiple factors that led to the self-harm, especially those of internal nature, like the desire to escape and as an attempt of regulating one's emotions, facing consequences like hospitalization. Finally, some recommendations for future investigations are suggested, acknowledging just how important a psychological intervention is to lower and prevent the negative consequences of these behaviors.

Keywords: self-harming behaviors; young adults; storytelling

ÍNDICE DE TRABALHO

Introdução	1
A saúde mental em jovens adultos	1
Comportamentos autolesivos (CAL)	2
Narrativas	6
Objetivos	11
Método	12
Participantes	12
Instrumentos	14
Procedimento de recolha de dados	15
Procedimento de análise de dados	15
Resultados	17
ICAL (Inventário de comportamentos autolesivos)	17
Narrativas	22
Discussão	30
Limitações e estudos futuros	36
Referências	38
Anexos	46
Anexo A: Tabela 5 (Versão completa)	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. <i>Distribuição do total de participantes por idade e gênero</i>	12
Tabela 2. <i>Distribuição do total de participantes com comportamentos autolesivos por idade e gênero</i>	12
Tabela 3. <i>Distribuição dos participantes com comportamentos autolesivos pela relação estabelecida com pais, irmãos, amigos e colegas (%)</i>	13
Tabela 4. <i>Distribuição dos participantes com comportamentos autolesivos pelo número de tentativas de suicídio (%)</i>	14
Tabela 5 (Versão Reduzida). <i>Frequência de realização de comportamentos autolesivos de acordo com o método utilizado, em função do gênero (%)</i>	17
Tabela 6. <i>Frequência do número de métodos</i>	18
Tabela 7. <i>Frequência das respostas às questões do ICAL de acordo com o gênero</i> ...	20
Tabela 8. <i>Frequências das categorias e subcategorias relacionadas com as motivações para a auto lesão, em função do gênero</i>	22
Tabela 9. <i>Frequências das categorias e subcategorias relacionadas com o ato de auto lesão, em função do gênero</i>	25
Tabela 10. <i>Frequência das categorias e subcategorias relacionadas com as funções dos comportamentos autolesivos em função do gênero</i>	28

INTRODUÇÃO

“Gritei tão alto, mas ninguém ouviu nada.”

Taylor Swift

A saúde mental em jovens adultos

A entrada na faculdade representa uma transição marcante para a vida adulta, mas também é quase como uma placa de Petri para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, particularmente perturbações depressivas e ansiosas (Keyes et al., 2012). Esta é uma fase da vida caracterizada por uma separação da família, desenvolvimento de novas relações e uma maior responsabilidade (Patton et al., 2016). Os jovens encontram-se particularmente sensíveis a riscos encontrados em ambientes universitários, como consumo excessivo de álcool e perturbações do sono (Chung & Hudziak, 2017). Perturbações da saúde mental em estudantes universitários surgem frequentemente associadas com maiores taxas de uso de tabaco, uso e abuso de substâncias ilícitas, problemas acadêmicos e desistências do curso (Angold & Costello, 1993; Berndt, Koran, Finkelstein et al., 2000; Kessler, Foster, Saunders, & Stang, 1995). Isto não significa que pessoas que não sofrem de qualquer perturbação estejam necessariamente saudáveis do ponto de vista mental (Keyes, 2002; Keyes, 2005; Keyes, 2006; Keyes et al., 2012). Assim, a transição para a universidade é, normalmente, feita num período em que o risco de desenvolvimento de estratégias de *coping* adversas, de psicopatologia e de dificuldades acadêmicas é particularmente alto (Duffy et al., 2019).

Existe uma exigência cada vez maior de serviços de saúde mental nas universidades (Duffy et al., 2019). Os estudantes estão sujeitos a diversos fatores stressantes, como relações sociais, solidão, exigências acadêmicas e financeiras, etc. Outros estudantes, como estudantes de medicina, estão num risco ainda maior por terem de lidar com desafios relacionados com um currículo brutalmente exigente e maior competitividade (Royal College of Psychiatrists, 2011).

Perturbações mentais que não são tratadas ou que não recebem o tratamento adequado estão associadas com o desenvolvimento de perturbações mais complexas, desistência, vícios, e comportamentos autolesivos (McGorry, Purcell, Goldstone, & Amminger, 2011; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012).

Comportamentos autolesivos (CAL)

Tal como o nome indica, os comportamentos autolesivos são comportamentos através dos quais um indivíduo deliberadamente inflige dano a si próprio (Duarte, Gouveia-Pereira, & Gomes, 2019), no entanto, sem provocar a sua morte. Estes comportamentos variam em vários aspetos, incluindo a gravidade, mas é sempre importante lembrar que são manifestações de um mal-estar preocupante que não deve ser ignorado (Guerreiro & Sampaio, 2013). Podem apresentar diversas formas, como cortes, queimaduras, saltar de uma altura elevada, sobredosagem de substâncias como comprimidos, ingestão de substâncias não comestíveis (por exemplo, lixívia) ou consumo de drogas ilícitas de forma a causar dano a si mesmo (Madge et al., 2008).

O DSM-5 propõe o termo *non-suicidal self-injury* (NSSI), referindo-se a comportamentos intencionais que não são vistos como socialmente aceites, conduzindo à destruição de ou a ferimentos nos tecidos corporais sem grandes consequências físicas. Estes comportamentos são utilizados para diminuir o sofrimento psicológico – ou, no mínimo, tentar – e esta definição coloca ênfase no livre arbítrio e na ação não suicida, implicando que houve intenção. (American Psychiatric Association, 2013). Os comportamentos autolesivos incluem este tipo de comportamentos e incluem outros, como ingestão medicamentosa, abuso de drogas, etc. Surge o conceito de deliberate self-harm (DSH), que inclui tanto os comportamentos de automutilação não suicidários (NSSI) e overdoses propositais, referindo-se, portanto, a comportamentos que são intencionais, dirigidos ao próprio indivíduo e socialmente rejeitados que têm como objetivo causar algum tipo de destruição ao corpo, com ou sem intenção suicida consciente (Duarte et al., 2019). Sendo assim, os comportamentos autolesivos serão designados neste estudo como DSH, para contemplar esta intencionalidade de causar dano ao próprio e reconhecer a presença ou ausência de intenção suicida.

Estes comportamentos são muito mais frequentes nos jovens (Muehlenkamp, Claes, Harvertape, & Plener, 2012). De acordo com a literatura, estes comportamentos normalmente surgem no início da adolescência, ocorrem tipicamente com pessoas com algum tipo de diagnóstico psiquiátrico, está associado a um maior risco de suicídio e não aparenta ter diferenças em funções do sexo, do estatuto socioeconómico, ou da etnia (Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Outras investigações sugerem que existem, de facto, diferenças nos comportamentos autolesivos com base no sexo (Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010; Claes, Vandereycken, & Vertommen,

2007; Whitlock et al., 2011), possivelmente relacionados com o método, a função e a severidade dos comportamentos (Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010).

Um estudo de Claes, Vandereycken e Vertommen (2007) encontrou diferenças relacionadas com o número e frequência dos episódios, intensidade da dor, tratamento das feridas, função e emoções precedentes e resultantes. Os homens relataram mais episódios por dia, mais dor sentida durante o ato e menos cuidados com as feridas. Também tendiam a relatar auto-punição e evitação de sentimentos negativos do que as mulheres. Neste mesmo estudo, as frequências dos cortes, arranhões e bater-se eram maiores nas mulheres do que nos homens. No entanto, os resultados relacionados com os métodos utilizados parecem ser consistentes (Beautrais, 2003; Bradvik, 2007), sugerindo que os homens têm tendência a utilizar métodos mais violentos. Assim, as percentagens de comportamentos autolesivos podem ser comparáveis entre rapazes e raparigas, mas diferenças podem existir de qualquer forma (Andover, Primack, Gibb, & Pepper, 2010).

A literatura focada no desenvolvimento destes comportamentos sugere que experiências infantis no contexto familiar têm grande probabilidade de surgirem associados com estes (Palmer, Welsh, & Tiffin, 2016), nomeadamente ambientes familiares disfuncionais, abuso infantil, vinculação insegura ou uma interação de um ou mais destes fatores com vulnerabilidades individuais (Gratz, 2003); para além disto, podem ser também desencadeados por situações de divórcio dos pais, perda de um membro da família, *bullying*, etc. (Miner, Love, & Palk, 2016). Comportamentos autolesivos em jovens adultos podem estar associados à impulsividade (Riley, Combs, Jordan, & Smith, 2015), a sofrimento psicológico e a stressores situacionais (Wilcox et al., 2012), surgindo como uma forma negativa de lidar com estes e não necessariamente como forma de acabar com a vida (Kharsati & Bhola, 2015)

Estes comportamentos nem sempre indicam uma psicopatologia severa; podem ser apenas sinalizadores de sofrimento intenso (Hawton & Rodham, 2006; cit. por Palmer, Welsh, & Tiffin, 2016), com adolescentes com comportamentos autolesivos a apresentarem níveis altos de sintomatologia depressiva mas sem apresentarem uma perturbação depressiva continuada ao longo do tempo (Harrington et al., 1998). No entanto, episódios isolados podem conduzir a repetições (Hawton, Fagg, Simkin, Bale, & Bond, 2000).

Estes comportamentos constituem um problema de saúde pública (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012) e, apesar de, nalguns casos, encontrarem uma resolução

espontânea (Moran et al., 2012), estão associados a uma menor expectativa de vida (Bergen et al., 2012). Surge especialmente em raparigas (Hawton & Rodham, 2006, cit. por O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2010), com perturbações do humor e afetos e perturbações da ansiedade a surgirem frequentemente associadas com estes (Hawton, Rodham, Evans, & Weatherall, 2002). Durante as últimas décadas, a frequência parece ter vindo a aumentar (Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012), surgindo com taxas entre os 7.3% e os 30% na adolescência (Brunner et al., 2014; Calvete, Orue, Aizpuru, & Brotherton, 2015; Carvalho, Motta, Sousa, & Cabral, 2017; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012; Gouveia-Pereira, Gomes, Santos, Frazão, & Sampaio, 2016; Guerreiro et al., 2017; Jacobson & Gould, 2007; Muehlenkamp, Claes, Havertape, & Plener, 2012, cit. por Duarte, Gouveia-Pereira, Gomes, & Sampaio, 2019). Estudos internacionais mostram que aproximadamente 20% dos estudantes universitários relatam já ter recorrido a comportamentos autolesivos pelo menos uma vez (Swannell, Martin, Page, Hasking, & John, 2014) e entre 2 a 14% destes estudantes recorreram a estes comportamentos nos últimos 12 meses (Serras, Saules, Cranford, & Eisenberg, 2010; Wilcox, Arria, Caldeira, Vincent, Pinchevsky, & O'Grady, 2012). Estes comportamentos estão também associados a uma baixa tendência para procurar ajuda (Gollust, Eisenberg, & Golberstein, 2008; Whitlock et al., 2011) e a um pior desempenho académico (Kiekens et al., 2016).

Estudantes universitários que recorrem várias vezes a comportamentos autolesivos podem apresentar um maior risco de sofrer consequências negativas em comparação com aqueles que pararam de os usar ou aqueles que só recorreram uma ou duas vezes (Hamza & Willoughby, 2014; Kiekens et al., 2017; Whitlock, Muehlenkamp, & Eckenrode, 2008).

Tem sido verificado um aumento dramático de relatos de comportamentos autolesivos. De facto, o estudo Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) reportou que 13,5% de raparigas e 4,3% de rapazes entre os 15 e os 16 anos já recorreram a este tipo de comportamentos pelo menos uma vez; foram também encontradas evidências de que pelo menos metade dos adolescentes já teria utilizado comportamentos autolesivos mais de que uma vez. O método mais utilizado foram os cortes, principalmente em casa, e as intenções principais foram de aliviar sentimentos negativos e de morrer. (Madge et al., 2008).

Existem várias funções associadas aos comportamentos autolesivos. Estes podem ser reforçados por ou aliviar punições, podem 'proteger' a pessoa de cometer

suicídio, podem satisfazer necessidades sexuais, podem regular afetos avassaladores, podem servir como um mecanismo de defesa e/ou podem ajudar a estabelecer limites relativamente a terceiros (Soyemoto, 1998). Para Klonsky (2007), os comportamentos autolesivos têm uma função muito importante de regulação de afetos, isto é, surgem como uma forma de aliviar emoções negativas, surgindo sentimentos de alívio e calma. Surgem também com uma função auto-punitiva. O DSM-5 sugere que estes comportamentos são utilizados na expectativa de aliviarem sentimentos ou cognições negativos, dificuldades interpessoais, e de provocarem sentimentos positivos (American Psychiatric Association, 2013).

Hall e Place (2010) falam numa *cultura dos cortes*, que possui regras próprias. Os cortes são a manifestação mais comum dos comportamentos autolesivos, mas esta cultura também inclui outros problemas de saúde mental como perturbações ansiosas e depressivas, perturbações do comportamento alimentar, e abuso de substâncias (Hilt et al., 2008, cit. por Miner, Love, & Paik, 2016). Na adolescência, um período caracterizado por uma crescente procura de autonomia relativamente à família, há também aproximação do grupo de pares, como foi referido na secção anterior. Assim, como os adolescentes se aproximam mais uns dos outros e procuram apoio junto dos seus pares, parece existir uma explicação para que as taxas de comportamentos autolesivos sejam maiores neste período do que na idade adulta (Briere & Gil, 1998, cit. por Miner, Love, & Paik, 2016). Há uma probabilidade acrescida de estes adolescentes terem passado por divórcios, abuso, negligência e múltiplos conflitos na família (Michaelson & Bhugra, 2012; Suyemoto & Macdonald, 1995; Walsh, 2007, cit. por Miner, Love, & Paik, 2016).; isto, juntamente com as comorbilidades psiquiátricas que tipicamente surgem associadas aos comportamentos autolesivos tornam maior esta distância dos jovens das suas famílias e aproximando-os mais dos seus amigos, o que, por sua vez, irá fortalecer a cultura dos cortes.

Um histórico de comportamentos autolesivos, especialmente comportamentos de alto risco, é o fator de risco para suicídio mais consistente (Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014, cit. por Spillane, Matvienko-Sikar, Larkin, & Arensman, 2019). Casos de comportamentos autolesivos de alto risco são atos que só não foram letais por um acaso ou que teriam sido se não tivesse existido qualquer intervenção, incluindo métodos que estão tipicamente associados a uma probabilidade alta de morte, como enforcamento (Marzano, Fazel, Rivlin, & Hawton, 2010), em comparação com métodos menos severos, como cortes auto-infligidos (Spillane et al., 2019)

O comportamento suicidário é determinado por uma multiplicidade de fatores, o que reflete uma interação e convergência de influências ambientais e intrapessoais (Liu & Miller, 2014), sendo que eventos stressantes têm sido um foco considerável da literatura sobre o suicídio (e.g., Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Joiner, 2005; Mann, Waternaux, Haas, & Malone, 1999, Mann et al., 2005; O'Connor, Rasmussen, & Hawton, 2012; Wenzel & Beck, 2008, cit. por Liu & Miller, 2014). Eventos de vida stressantes que são normalmente contemplados pela literatura incluem abuso infantil (Santa Mina & Gallop, 1998, cit. por Liu & Miller, 2014) e abuso sexual em mulheres (Ullman, 2004, cit. por Liu & Miller, 2014).

De forma geral, as taxas de suicídio consumado são mais baixas em mulheres do que nos homens, embora a ideação suicida e as tentativas de suicídio sejam muito mais altas nas mulheres após a puberdade (Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; Grunbaum et al., 2004, cit. por Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). Estas diferenças podem dever-se à maior probabilidade de existirem múltiplos fatores de risco a influenciar estes comportamentos nos homens, como comorbidades psiquiátricas relativas a perturbações do humor e a abuso de álcool, maiores níveis de agressividade, e escolha de métodos de suicídio mais letais (Brent et al., 1999; Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996; Shaffer et al., 1996; Shaffer & Pfeffer, 2001, cit. por Bridge, Goldstein, & Brent, 2006).

As narrativas

As narrativas são histórias que surgem na forma de discursos, seguindo uma ordem, e que permitem aos indivíduos partilhar as suas experiências (Elliott, 2005), sendo cronológicas, repletas de significado, e são sociais, dirigindo-se a uma audiência que elas próprias criaram, por serem dirigidas a alguém (Hinchman & Hinchman, 1997). Para Reissman (2008, cit. por Hill & Dallos, 2011), as narrativas constituem uma forma significativa de expor as experiências dos indivíduos porque estes criam histórias para dar sentido a essas experiências. Existem múltiplas narrativas, com saliências e visibilidades diferentes. Para Skarderud (2007), sem as capacidades de refletir sobre e compreender os eventos, estados emocionais mais intensos tornam-se difíceis de expressar através de meios não-patológicos, surgindo, por exemplo, os comportamentos autolesivos. De qualquer das formas, atribuímos significados àquilo que nos acontece através de narrativas, permitindo uma organização das experiências (Bruner, 1991) e possibilitando a construção de uma identidade (Vieira & Henriques, 2014). A identidade é construída em contexto psicossocial, em que as narrativas vão permitir uma

continuidade temporal e permitir que o indivíduo compreenda as suas experiências de vida passadas, presentes, e futuras (Hill & Dallos, 2011; Vieira & Henriques, 2014).

Assim, face a dificuldades a atribuir significados às experiências de vida, o indivíduo fracassa em construir e manter uma identidade coerente ao longo do tempo, sem sentido de continuidade, e origina-se a psicopatologia e os comportamentos autolesivos como forma de expressão (McAdams, 1993, cit. por Hill & Dallos, 2011). Os sintomas aparentam estar fortemente ligados a narrativas que impactam negativamente o funcionamento, tanto individual como familiar, e o discurso sobre a doença, o problema, os sintomas acaba por dominar o conteúdo destas narrativas. As narrativas dominantes são as narrativas que suportam o problema, restringindo as histórias produzidas a variações dessa narrativa. Por exemplo, na depressão, a narrativa dominante é a da tristeza, do desespero; na ansiedade, a narrativa dominante é a de estar em perigo (Matos, 2006, cit. por Sequeira, 2012). White (2007) fala nestas narrativas como estando saturadas pelo problema, com o conteúdo sintomático sendo tão intenso que não permite discursos alternativos. As narrativas alternativas tiram dominância às histórias focadas no problema.

É importante que os jovens possam contar as suas histórias. Para McAdams (1993, cit. por Hill & Dallos, 2011), os jovens compreendem-se a si mesmos e os eventos importantes nas suas vidas através do desenvolvimento de uma história de vida, na qual são atribuídos significados a esses eventos. Este processo é fundamental para a formação de uma identidade (Pasupathi & Hoyt, 2009).

Existem vários estudos que exploraram os pontos de vista dos jovens e dos seus comportamentos autolesivos através das suas próprias palavras (e.g., Abrams & Gordon, 2003; Hill & Dallos, 2011; Brown & Kimball, 2013; Stănicke, Haavind, & Gullestad, 2017).

Num estudo de Abrams e Gordon (2003) sobre narrativas de mulheres jovens com comportamentos autolesivos, divididas entre mulheres residentes em meios suburbanos e entre mulheres residentes em meios urbanos, foram explorados dados como os métodos utilizados, as motivações (problemas na família, como mortes e divórcios, violência, consumo de drogas, traumas, instabilidade financeira), os significados (sentimentos depressivos, raiva), as funções, as consequências, e estratégias de *coping*. Nas motivações (aquilo que as levou a recorrer aos comportamentos autolesivos), surgiram problemas de saúde mental, incluindo distúrbios alimentares, depressão, baixa

autoestima e abuso de substâncias, e conflitos familiares e amorosos. Os conflitos familiares surgiram aqui como uma fonte de grande sofrimento. Experiências de violência sexual foram também apontadas como uma motivação para se lesionarem e como fatores que contribuíram para tendências autodestrutivas. Os métodos utilizados foram, principalmente, cortes, queimaduras, arranhões, abuso de substâncias (por exemplo, cocaína e/ou álcool), e uma instância em que uma participante deu um soco numa janela durante uma discussão familiar particularmente violenta. Nos significados (aquilo que os comportamentos representam), os comportamentos frequentemente surgiram ligados a sentimentos depressivos, perturbação emocional e ideação suicida e tornaram-se parte de um sentimento geral de desespero e desesperança. Os comportamentos serviram como forma de lidar com sentimentos dolorosos, “transferindo a dor emocional para algo físico”, ou para lidar com a raiva, dirigida a terceiros, uma espécie de regulação emocional. A regulação emocional surgiu, novamente, nas funções. Os comportamentos autolesivos geravam uma sensação de libertação, uma catarse, representada pelo “sangue a escorrer” ou pela “pele a queimar”, permitindo-lhes sentir algum alívio, mesmo que temporário, para o seu sofrimento. Uma das participantes afirmou usar os comportamentos para se punir, como se o “merecesse”. Duas participantes referiram que as suas famílias finalmente reconheceram a raiva e o sofrimento existente nelas após a realização dos comportamentos, servindo estes como uma espécie de pedido de ajuda. Finalmente, no que toca às consequências, todas as participantes foram hospitalizadas subsequentemente a um episódio de comportamentos autolesivos. As três participantes do meio urbano reiteraram que não se tinham tentado matar, mas que foram tratadas no hospital como se tivessem intenção suicida, uma experiência assustadora e pouco familiar para elas. Para as participantes do meio suburbano, esta experiência de hospitalização foi relativamente confortável; pôde ser utilizada como uma experiência de aprendizagem, providenciando um sentimento de ser compreendida pelos outros, e serviu como um refúgio, permitindo estar longe de ambientes tóxicos e da dor emocional.

No estudo de Hill e Dallos (2011), os adolescentes partilharam narrativas sobre a sua história e sobre a experiência dessa primeira narrativa. Todos os envolvidos falaram em tentar esconder os seus comportamentos devido a uma falta de compreensão, o que frequentemente impedia a procura de ajuda e contribuía para um maior isolamento. Esta crença de que os outros não os iriam compreender influenciava a capacidade de compreender e falar sobre os seus próprios comportamentos, que surgiram como uma forma de combater um sofrimento incapaz de ser expresso através de outros meios. Surgiu

também uma dificuldade em comunicar com a família, particularmente com os pais, juntamente com sentimentos de culpa (função de auto-punição) e de uma sensação de controle.

Num estudo de Brown e Kimball (2013), surgiram três categorias principais nas entrevistas com jovens com comportamentos autolesivos: os comportamentos autolesivos são mal compreendidos, estes comportamentos têm uma função, e conselhos para profissionais. Surgiu uma preocupação em distinguir entre comportamentos autolesivos e comportamento suicidário, sendo que alguns jovens relataram sentir que outras pessoas associavam imediatamente os dois fenômenos. Participantes falaram sobre estes comportamentos como sendo um vício, descritos como sendo um mecanismo de defesa que realmente funciona para eles e os ajuda a consertar sentimentos avassaladores, tornando difícil para eles parar. Os sentimentos de isolamento da família e dos amigos surgiu na grande maioria dos participantes; por vezes, o isolamento ocorria em momentos ativos dos comportamentos autolesivos, criando uma barreira, e alguns participantes reportaram sentir que não tinham ninguém com quem falar. Estes sentimentos podem ter surgido antes ou como consequência dos comportamentos. Participantes falaram sobre a progressão dos seus comportamentos, em frequência e/ou em intensidade, e como tinham dificuldade em parar, sentindo-se culpados por isso e recorrendo aos comportamentos para lidar com a culpa. Surgiram traumas como abuso sexual, abuso emocional, abuso físico, e ambientes familiares caóticos. Os comportamentos autolesivos surgiram, aqui, como forma de tentar lidar com estes traumas, com uma aparente dificuldade em expressar emoções. No que toca aos pedidos de ajuda, os participantes não se sentiram compreendidos pelos profissionais de saúde aos quais recorreram, sentindo mais vergonha. Para além disso, os participantes assumiram que estes profissionais não compreendem nem querem entender os comportamentos autolesivos, aumentando os sentimentos de isolamento. Relativamente às funções, surgiram histórias diferentes, mas motivos semelhantes – experiências passadas fizeram-nos recorrer a comportamentos autolesivos, que, por sua vez, começaram a ter uma função específica. Os comportamentos autolesivos surgiram aqui como uma forma de sentir alívio ou como uma forma de se punirem, como uma tentativa de providenciar uma distração da dor emocional através da dor física e como uma necessidade de obter controle. No que toca aos conselhos para profissionais de saúde, os participantes esperam que estes compreendam que comportamentos autolesivos e comportamento suicidário são coisas

diferentes e pedem para não serem julgados, algo que pode ser atingido se os profissionais se educarem.

A meta-síntese de Stănicke, Haavind e Gullestad (2017) propôs-se a analisar relatos em primeira pessoa de jovens com comportamentos autolesivos, para investigar as funções destes comportamentos, tal como vistas pelos próprios jovens, e saber se estas experiências estão relacionadas com os desafios da entrada na idade adulta, da passagem da adolescência para um jovem adulto. Aqui, dez dos estudos sublinharam o alívio como sendo a experiência mais importante/narrativa dominante nos comportamentos autolesivos, seis responsabilizaram o ódio dirigido a eles mesmos e o desejo de desaparecer. Os comportamentos autolesivos surgiram também como uma tentativa de sentir algo, para substituir uma certa dormência, ou para sentir uma ‘avalanche’ de emoções positivas, algo que pode ser viciante. Onze estudos reportaram um recurso aos comportamentos autolesivos como fuga ao desespero e à frustração, uma forma de se livrarem de dor emocional, de pensamentos e sentimentos difíceis resultantes de uma experiência traumática. Assim sendo, estes comportamentos podem ser vistos como uma forma de reduzir a tensão e a frustração, mas podem também contribuir para o surgimento de outros problemas, como a culpa. Nove estudos sublinharam a sensação de controlo providenciada por estes comportamentos. Surgiu, mais uma vez, uma dificuldade em expressar experiências afetivas e sentimentos e controlar a raiva. Em cinco estudos, foi realçada a necessidade de proteger amigos e família de sentimentos negativos ou do facto de que se estavam a magoar, evitando conflitos. Concorrente com a ideia da ‘cultura cortes’ proposta por Hall e Place (2010), os adolescentes viam os comportamentos autolesivos como uma forma de pertencer a um grupo e de construir uma identidade; alguns começaram com estes comportamentos como uma experiência, um teste, e outros usavam os comportamentos como uma forma de se diferenciar. Os sentimentos de isolamento diminuíram através do recurso à Internet, onde puderam perceber que não eram os únicos a sofrer. Finalmente, alguns usaram estes comportamentos como uma forma de pedir ajuda.

Novamente, a prevalência de comportamentos autolesivos varia, mas mostra ser considerável o suficiente para requerer mais investigação, até mesmo para ajudar profissionais de saúde a compreender este fenómeno. A literatura sobre narrativas de adolescentes com comportamentos autolesivos é relativamente escassa, sendo que a investigação focada nas narrativas de jovens ligeiramente mais velhos, em idades características do ensino superior, é ainda menor. Estudos qualitativos providenciam uma

nova forma de olhar para as experiências subjetivas dos jovens, podendo ser utilizados para complementar evidências quantitativas, que se prendem muito a questionários. No entanto, este tipo de estudos apresenta uma desvantagem clara no que toca ao tamanho das amostras e ao número de casos analisados em cada um (Klonksy, 2007).

Objetivos

O objetivo da presente investigação, principalmente qualitativa, é analisar as narrativas de jovens adultos sobre os seus comportamentos autolesivos, através da compreensão das suas narrativas mais marcantes, e em comparação com o seu histórico com estes comportamentos. São analisados aspetos como o método utilizado, o objeto utilizado, a área do corpo afetada, o local onde os comportamentos são realizados, as motivações subjacentes aos comportamentos e as funções que lhes são atribuídas e possíveis consequências.

MÉTODO

Participantes

Participaram neste estudo um total de 100 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 21 anos de idade ($M = 19.61$, $DP = 1.053$), com géneros inseridos no binário de masculino e feminino e um participante não-binário, surgindo como ‘Outro’ (ver Tabela 1). Destes, foram selecionados aqueles que preencheram o Inventário de Comportamentos Autolesivos – começando por responder ‘Sim’ à pergunta *Já recorreste a algum dos comportamentos considerados ou a um outro comportamento com o mesmo propósito?* – comportando, portanto, uma amostra por conveniência constituída por 32 participantes ($M = 19.66$, $DP = 1.260$) (ver Tabela 2).

Tabela 1. *Distribuição do total de participantes por idade e género*

Idade	Género			Total
	Masculino	Feminino	Outro	
18	4	12	1	17
19	9	22	0	31
20	7	19	0	26
21	8	18	0	26
<i>Total</i>	28	71	1	100

Tabela 2. *Distribuição do total de participantes com comportamentos autolesivos por idade e género*

Idade	Género			Total
	Masculino	Feminino	Outro	
18	1	7	1	9
19	2	3	0	5
20	1	5	0	6
21	2	10	0	12
<i>Total</i>	6	25	1	32

Os participantes com comportamentos autolesivos, na sua maioria, frequentam o ensino superior (56.3%), sendo que 28.1% reportaram ter completado, no máximo, o

12º ano ou equivalente (final do ensino médio no Brasil) e um dos participantes não especificou (“Não estudo”).

Relativamente à nacionalidade dos participantes com comportamentos autolesivos, a vasta maioria tem nacionalidade portuguesa (n=26), correspondendo a 81.2% do total da amostra, tendo os restantes nacionalidade brasileira (n=6), representando os restantes 18.8%.

A maioria dos participantes com comportamentos autolesivos (n=26) nunca reprovou um ano (81.3%). Relativamente àqueles que reprovaram, 33% deles reprovaram apenas uma vez (n=2), 33% reprovaram duas vezes (n=2), 16% reprovaram três vezes (n=1) e 16% reprovaram quatro vezes (n=1).

Na maioria dos casos (87.5%), existe, pelo menos, um irmão, onde a maior parte dos jovens é o irmão mais novo (50%). Apenas um é o irmão do meio, sendo que os restantes são o irmão mais velho (46.4%). 34.4% dos pais destes jovens estão, de momento, divorciados, 46.9% estão casados, 9.4% estão em união de facto, 3.1% estão solteiros, e 3.1% estão viúvos.

A maioria dos participantes reporta ter uma boa relação com os pais (34.4%), com as percentagens referentes a ‘Má’ e ‘Muito má’ sendo idênticas (12.5%). A relação com os irmãos é, principalmente, razoável (28.1%) e a relação com os amigos vai de boa a muito boa, maioritariamente (40.6%). A relação dos participantes com os seus colegas é geralmente boa (53.1%) (Tabela 3). É importante realçar que alguns dos participantes não responderam a algumas ou todas as questões relacionadas com a sua relação com estas figuras. Todos responderam à questão sobre a relação com os colegas, 31 responderam à questão sobre a relação com os pais, 29 responderam à questão sobre a relação com os irmãos, e 31 responderam à questão sobre a relação com os amigos.

Tabela 3. *Distribuição dos participantes com comportamentos autolesivos pela relação estabelecida com pais, irmãos, amigos e colegas (%)*

	<i>Relação com</i>			
	<i>Pais</i>	<i>Irmãos</i>	<i>Amigos</i>	<i>Colegas</i>
Muito boa	15.6%	18.8%	40.6%	25%
Boa	34.4%	21.9%	40.6%	53.1%
Razoável	21.9%	28.1%	15.6%	18.8%
Má	12.5%	15.6%	0%	0%

Muito má	12.5%	6.3%	0%	3.1%
<i>Total</i>	96.9%	90.7%	96.8%	100%

A maioria dos jovens nunca tentou suicidar-se (59.4%), mas a percentagem cumulativa de jovens que se tentaram suicidar pelo menos uma vez é de 40.6%, com uma prevalência de casos em que existiram, no mínimo, três tentativas (115.6%) (Tabela 4). É importante realçar que um dos jovens sem comportamentos autolesivos relatou já ter feito uma tentativa de suicídio.

Tabela 4. *Distribuição dos participantes com comportamentos autolesivos pelo número de tentativas de suicídio (%)*

<i>Número de tentativas de suicídio</i>	
Nenhuma	59.4%
1	12.5%
2	12.5%
3 ou mais	15.6%
<i>Total</i>	100%

Finalmente, no que diz respeito a eventos significativos, 50% dos jovens falam em conflitos amorosos, 46.9% sobre conflitos com os pais, 18.8% sobre conflitos com os irmãos, 37.5% sobre o divórcio ou separação dos pais, 43.8% sobre a morte de alguém, entre outros, como o término do ensino secundário, início de namoro, ou uma doença.

Instrumentos

O presente estudo utilizou como instrumentos o Inventário de Comportamentos Autolesivos.

O *Inventário de Comportamentos Autolesivos* (ICAL) é um instrumento desenvolvido por Klonsky e Olinio (2008), tendo sido validado e adaptado para a população portuguesa por Duarte, Gouveia-Pereira e Gomes (2019). Este questionário propõe-se a avaliar comportamentos autolesivos, sendo constituído por 13 itens de resposta “Sim” ou “Não”. Se a resposta for “Sim”, é necessário responder a perguntas

relacionadas com a frequência de ocorrência do(s) comportamento(s) em questão (“1 vez”, “2 a 10 vezes”, “mais de 10 vezes”) e dizer com que idade estes tiveram início. Ainda se a resposta tiver sido “Sim”, é perguntado qual foi o primeiro comportamento a ter sido realizado. Para além disso, surgem quatro perguntas também relacionadas com a frequência dos pensamentos dos participantes, mas desta vez mostram estar associadas à ideação suicida (e.g. “Quando realizas/tens estes comportamentos pensas num plano para acabar com a tua vida?”) ou com os comportamentos em si (e.g. “Sentes dor física quando realizas estes comportamentos?”), numa escala de “Nunca”, “Raramente”, “Algumas Vezes”, “Quase Sempre”, “Sempre”. Seguem-se duas perguntas de resposta longa e aberta, relacionadas com a narrativa dominante (“Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que realizaste um destes comportamentos”) e com a primeira vez em que o participante recorreu a comportamentos autolesivos (“Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a 1ª vez em que realizaste um destes comportamentos”). É perguntado quando foi a última vez que o participante realizou os comportamentos, de onde retirou a ideia para os realizar, onde os costuma realizar, se quer ou já quis parar os comportamentos e porquê, e se já pediu ajuda a um profissional de saúde e, se sim, a quem.

Procedimento de recolha de dados

Em primeiro lugar, foi organizado um protocolo de instrumentos, constituído por diversos questionários, incluindo um questionário sociodemográfico, de acordo com as questões propostas no estudo. Devido à pandemia, este protocolo foi colocado online através do Google Forms e partilhado nas redes sociais para recolha de dados, sendo apresentado como um estudo que visava avaliar as perceções de jovens adultos sobre a sua identidade e comportamentos de risco. Foi garantida a confidencialidade e a participação voluntária neste estudo.

Foi reforçado no início que não existiam respostas certas ou erradas e que estas seriam completamente anónimas e confidenciais.

Procedimento de análise de dados

Cada protocolo foi codificado pelo próprio Google Forms, atribuindo a cada conjunto de respostas um número e assegurando a confidencialidade da informação registada, e foi possível transferir os dados obtidos para uma folha de Excel e, posteriormente, criar uma base de dados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS 26.0). Para facilidade de análise, principalmente no que toca à

caracterização dos participantes, a folha de Excel foi realçada a várias cores, mas foi igualmente criada uma nova base de dados no SPSS apenas com as respostas da amostra em estudo. As narrativas, que constituíram as respostas às perguntas “*Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a vez que mais te marcou em que realizaste um destes comportamentos*” e “*Por favor descreve, com o máximo de detalhes possíveis, a 1ª vez em que realizaste um destes comportamentos*” foram transcritas e analisadas relativamente ao seu conteúdo (Vala, 1986; Bardin, 2016) e aos seus temas (Braun & Clark, 2006).

Foram identificados os temas principais em cada uma das narrativas, agrupando-as em categorias e subcategorias, onde foram organizadas as unidades de registo, permitindo, assim, a análise das narrativas e dos seus conteúdos.

No que toca aos dados quantitativos pertencentes ao ICAL, estes foram analisados utilizando o SPSS.

RESULTADOS

ICAL (Inventário de Comportamentos Autolesivos)

De entre todos os comportamentos autolesivos contemplados no ICAL, é possível concluir que *Bati com o corpo ou bati em mim próprio* (71.9%), *Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida* (sem ser por comichão) (59.4%), *Mordi-me* (59.4%), *Cortei-me* (53.1%) e *Puxei/Arranquei o cabelo* (59.4%) são os métodos mais utilizados pelos jovens, representando mais de metade do total. Existem diferenças nos géneros, sendo que o mais utilizado pelas raparigas são os cortes (64%) e bater-se (64%) e os rapazes recorrem ao bater (100%). No anexo A, é possível consultar a versão completa da tabela, com todas as opções de frequência do ICAL. Por esta ser bastante extensa, a tabela 5 representa uma versão reduzida, contemplando as frequências totais de cada comportamento em função do género.

Tabela 5 (Versão reduzida). *Frequência de realização de comportamentos autolesivos de acordo com o método utilizado, em função do género*

<i>Método</i>	<i>Género</i>			<i>Total</i> n (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	<i>Outro</i> n (%)	
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	16 (64%)	6 (100%)	1 (3%)	23 (71.9%)
Mordi-me	15 (60%)	3 (50%)	1 (3%)	19 (59.4%)
Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por comichão)	15 (60%)	3 (50%)	1 (3%)	19 (59.4%)
Puxei/Arranquei o cabelo	13 (52%)	5 (83.3%)	1 (3%)	19 (59.4%)
Cortei-me	16 (64%)	1 (16.7%)	-	17 (53.1%)
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	10 (40%)	5 (83.3%)	1 (3%)	16 (50%)
Tentei suicidar-me	12 (48%)	1 (16.7%)	-	13 (40.6%)
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	10 (38.5%)	1 (16.7%)	1 (3%)	12 (37.5%)

Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	10 (38.5%)	1 (16.7%)	1 (3%)	12 (37.5%)
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	8 (32%)	2 (33.3%)	1 (3%)	11 (34.4%)
Consumi drogas com a intenção de me magoar	7 (28%)	3 (50%)	1 (3%)	11 (34.4%)
Queimei-me	7 (28%)	1 (16.7%)	1 (3%)	9 (28.1%)
Outros	5 (20%)	1 (16.7%)	1 (3%)	7 (21.9%)
Espetei-me com agulhas	3 (11.5%)	1 (16.7%)	-	4 (16%)

De entre todos os comportamentos autolesivos contemplados no ICAL, é possível concluir que *Bati com o corpo ou bati em mim próprio* (71.9%), *Cociei/Arranhei-me até fazer uma ferida* (sem ser por comichão) (57.6%), *Mordi-me* (57.6%), *Puxei/Arranquei o cabelo* (57.6%) e *Cortei-me* (54.5%) são os métodos mais utilizados pelos jovens, representando mais de metade do total. Existem diferenças nos gêneros, sendo que o mais utilizado pelas raparigas são os cortes (65.3%) e os rapazes recorrem ao bater (100%). No anexo C, é possível consultar a versão completa da tabela, com todas as opções de frequência do ICAL.

De acordo com a tabela 6, a maioria dos jovens recorre a entre 2 a 6 métodos de comportamentos autolesivos, com 4 a 6 métodos tendo a maior percentagem de 31.3% e 2 a 3 métodos tendo uma percentagem de 28.1%, seguindo-se 10 ou mais métodos (21.9%).

Tabela 6. *Frequência do número de métodos*

<i>Número de métodos</i>	<i>Frequência</i>	<i>Percentagem</i>
1 método	1	3.1%
2 a 3 métodos	9	28.1%
4 a 6 métodos	10	31.3%
7 a 9 métodos	5	15.6%
10 ou mais métodos	7	21.9%
<i>Total</i>	32	100

Apenas 37.5% dos jovens nunca tentaram pedir ajuda. Aqueles que pediram, na sua maioria, pediram ajuda a amigos (55%) e a profissionais de saúde (55%), seguidos dos pais (45%).

A Tabela 7 representa a síntese das respostas às restantes perguntas do ICAL. Desta forma, a realização do primeiro comportamento ocorreu, principalmente, entre os 14 e os 16 anos (53.1%). 50% dos jovens reportam já ter parado de utilizar estes comportamentos, sendo que apenas 6.3% dos participantes realizaram estes comportamentos pela primeira vez antes de completarem 10 anos de idade (6.3%). A maioria dos jovens inspirou-se na Internet (40.6%) e em séries e filmes (34.4%) para realizar estes comportamentos, surgindo uma alta percentagem de outras fontes (37.5%), nomeadamente por vontade própria ou por impulso.

Os jovens relatam querer morrer nalgumas ocasiões em que realizam estes comportamentos (37.5%), com uma prevalência nas raparigas, embora as percentagens relacionadas com as frequências menores sejam idênticas (6%), e raramente pensem num plano para acabar com a vida (40.6%), com a intenção de acabar com a vida sendo geralmente reduzida (25%) ou nula (28.1%). A intenção parece ser mais de se magoar do que se suicidar, com as percentagens do “sempre” e do “sempre” atingindo percentagens idênticas (28.1%), ultrapassadas pela percentagem de “algumas vezes” (31.3%). Quase sempre é sentida dor física (31.3%), particularmente nas raparigas (28%); é importante realçar que 24% das raparigas sentem dor física sempre e nenhum dos rapazes assinalou esta opção. A grande maioria dos jovens está sozinho quando realiza estes comportamentos (59.4%), com incidência maior nas raparigas (68%), sendo que metade dos rapazes (50%) apenas está sozinho algumas vezes. Estes comportamentos são realizados maioritariamente em casa (96.9%), sendo que as percentagens relacionadas com a escola/faculdade e outros locais são idênticas (15.6%).

Na maioria dos casos, passa menos de uma hora desde o momento em que os jovens pensam em realizar estes comportamentos e o momento em que o realizam de facto (40.6%). A grande maioria dos jovens afirma querer parar ou já ter parado de realizar estes comportamentos (87.5%), principalmente por saberem que “não é saudável” e que não lhes “faz bem”, sabendo, também, que não são “uma boa maneira de lidar com os problemas” e que não são comportamentos que resolvam estes problemas. Dos poucos que responderam que não, um dos participantes respondeu desta forma porque ainda quer morrer.

É importante referir que os itens “Quando realizas/tens este(s) comportamento(s) queres morrer?”, “Quando realizas/tens estes comportamentos pensas num plano para acabar com a tua vida?”, “Quando realizas/tens estes comportamentos, quão forte é a tua intenção de acabar com a tua vida?” e “Quando realizas/tens estes comportamentos pensas em magoar-te, mas não em suicidar-te?” dizem respeito à medida de ideação suicida.

Tabela 7. *Frequência das respostas às questões do ICAL de acordo com o género*

		<i>Género</i>			Total N (%)
		<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	<i>Outro</i> n (%)	
Com que idade iniciaste este(s) comportamento(s)?	≤10 anos	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
	11-13 anos	8 (32%)	2 (33.3%)	-	10 (31.3%)
	14-16 anos	14 (56%)	3 (50%)	-	17 (53.1%)
	>16 anos	1 (4%)	1 (16.7)	1 (100%)	3 (9.4%)
Quando realizas/tens este(s) comportamento(s) queres morrer?	Nunca	3 (12%)	2 (33.3%)	1 (100%)	6 (18.8%)
	Raramente	5 (20%)	1 (16.7%)	-	6 (18.8%)
	Algumas vezes	10 (40%)	2 (33.3%)	-	12 (37.5%)
	Quase sempre	5 (20%)	1 (16.7%)	-	6 (18.8%)
	Sempre	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Quando realizas/tens estes comportamentos pensas num plano para acabar com a tua vida?	Nunca	7 (28%)	2 (33.3%)	-	9 (28.1%)
	Raramente	10 (40%)	2 (33.3%)	1 (100%)	13 (40.6%)
	Algumas vezes	4 (16%)	2 (33.3%)	-	6 (18.8%)
	Quase sempre	3 (12%)	-	-	3 (9.4%)
	Sempre	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Quando realizas/tens estes comportamentos quão forte é a tua intenção de acabar com a tua vida?	Nada	7 (28%)	2 (33.3%)	-	9 (28.1%)
	Pouco	6 (24%)	2 (33.3%)	-	8 (25.0%)
	Nem pouco, nem muito	6 (24%)	1 (16.7%)	1 (100%)	8 (25.0%)
	Muito	3 (12%)	1 (16.7%)	-	4 (12.5%)
	Muitíssimo	3 (12%)	-	-	3 (9.4%)
Quando realizas/tens estes	Nunca	-	-	-	-
	Raramente	4 (16%)	-	-	4 (12.5%)

comportamentos	Algumas vezes	8 (32%)	2 (33.3%)	-	10 (31.3%)
pensas em magoar-te, mas não em suicidar-te?	Quase sempre	6 (24%)	2 (33.3%)	1 (100%)	9 (28.1%)
	Sempre	7 (28%)	2 (33.3%)	-	9 (28.1%)
Sentes dor física quando realizas estes comportamentos?	Nunca	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
	Raramente	6 (24%)	1 (16.7%)	-	7 (21.9%)
	Algumas vezes	4 (16%)	2 (33.3%)	-	6 (18.8%)
	Quase sempre	7 (28%)	3 (50%)	-	10 (31.3%)
	Sempre	6 (24%)	-	1 (100%)	7 (21.9%)
Estás sozinho quando realizas estes comportamentos?	Nunca	-	-	-	-
	Raramente	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
	Algumas vezes	3 (12%)	3 (50%)	-	6 (18.8%)
	Quase sempre	3 (12%)	1 (16.7%)	1 (100%)	5 (15.6%)
	Sempre	17 (68%)	2 (33.3%)	-	19 (59.4%)
De onde retiraste a ideia para fazer estes comportamentos?	Livros	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
	Internet	11 (44%)	1 (16.7%)	1 (100%)	13 (40.6%)
	Filmes/Séries	7 (28%)	3 (50%)	1 (100%)	11 (34.4%)
	Amigos/Colegas	6 (24%)	2 (33.3%)	1 (100%)	9 (28.1%)
	Outro	9 (36%)	3 (50%)	-	12 (37.5%)
Onde costumavas realizar este(s) comportamento(s)?	Casa	24 (96%)	6 (100%)	1 (100%)	31 (96.9%)
	Escola	4 (16%)	-	1 (100%)	5 (15.6%)
	Outros	4 (16%)	1 (16.7%)	-	5 (16.6%)
Normalmente, quanto tempo passa desde o momento em que pensas em fazer estes comportamentos até ao momento em que os fazes realmente?	<1 hora	10 (40%)	3 (50%)	-	13 (40.6%)
	1 a 3 horas	5 (20%)	1 (16.7%)	-	6 (18.8%)
	3 a 6 horas	4 (16%)	2 (33.3%)	-	6 (18.8%)
	6 a 12 horas	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
	12 a 24 horas	-	-	-	-
Queres ou já quiseste parar estes comportamentos?	Sim	24 (96%)	4 (66.7%)	-	28 (87.5%)
	Não	1 (4%)	2 (33.3%)	1 (100%)	4 (12.5%)

Narrativas

Foi possível categorizar as narrativas dos jovens em várias categorias e subcategorias. Em primeiro lugar, no que toca às motivações para a auto lesão, surgiram as seguintes 28 (Tabela 8).

Tabela 8: *Frequências das categorias e subcategorias relacionadas com as motivações para a auto lesão, em função do género*

Categorias e subcategorias	Género			Total N (%)
	Feminino n (%)	Masculino n (%)	Outro n (%)	
Desejo	11 (44%)	1 (16.7%)	-	12 (37.5%)
Desejo de morrer	4 (16%)	-	-	4 (12.5%)
Desejo de acabar com a dor/sofrimento	4 (16%)	-	-	4 (12.5%)
Desejo de desaparecer	2 (4%)	-	-	2 (6.3%)
Desejo de esquecer algo	1 (16.7%)	1 (16.7%)	-	2 (6.3%)
Emoções e sentimentos	10 (40%)	1 (16.7%)	-	11 (34.4%)
Tristeza	3 (12%)	-	-	3 (9.4%)
Desespero/desesperança	3 (12%)	-	-	3 (9.4%)
Culpa	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Raiva	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Preocupação	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Vergonha/humilhação	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Medo	-	1 (16.7%)	-	1 (3.1%)
Conflitos	5 (20%)	3 (50%)	-	8 (25%)
<i>Bullying</i>	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Conflitos amorosos	1 (4%)	1 (16.7%)	-	2 (6.3%)
Conflitos familiares	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Conflitos pessoais	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Conflitos com amigos	-	1 (16.7%)	-	1 (3.1%)
Perturbações do foro psicológico	5 (20%)	2 (33.3%)	-	7 (21.9%)

Ansiedade	2 (8%)	1 (16.7%)	-	3 (9.4%)
Stress	1 (4%)	1 (16.7%)	-	2 (6.3%)
Depressão	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Anorexia Nervosa	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Pedido de ajuda	2 (8%)	1 (16.7%)	-	3 (9.4%)
Abuso	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Morte de alguém	1 (4%)	1 (16.7%)	-	2 (6.3%)
Experimentação	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Distração	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)

Como a Tabela 8 ilustra, é possível encontrar uma variedade de motivações subjacentes aos comportamentos autolesivos destes jovens. A motivação mais frequente está relacionada com Desejos (37.5%), com maior incidência nas raparigas, particularmente o desejo de acabar com a dor e/ou com o sofrimento (e.g. *“Estava mal e queria apagar a minha dor, deixar de pensar na dor”*, *“Eu só queria acabar com aquela dor toda e com os meus pensamentos”*, *“Só queria acabar com o desespero de sentir a depressão a tomar conta de mim, da minha vida”*, *“Para fugir da dor, fugir da negatividade da vida, fugir do mundo”*), o desejo de morrer (e.g. *“Só dizia que me queria suicidar”*, *“Eu queria morrer”*, *“Tentei e queria muito acabar com a minha vida”*), de desaparecer (e.g. *“Não queria morrer, mas não queria ir ao exame, queria desaparecer”*) e de esquecer algo (e.g. *“Embebedar-me para esquecer algo”*, *“Só queria esquecer-me de tudo”*).

Seguem-se as Emoções e Sentimentos (28.1%), nomeadamente emoções e sentimentos negativos, como a tristeza (e.g. *“Estava muito triste e zangada e decidi-me cortar”*, *“Acho que andava triste”*, *“Cortei-me com um x-acto escondida no meu roupeiro por estar muito triste e farta de tudo”*), o desespero/desesperança (e.g. *“Eu só queria acabar com aquela dor toda e com os meus pensamentos”*, *“só queria acabar com o desespero”*, *“estava em um quarto no segundo andar com o homem que abusou de mim, então eu pensei em me jogar pela janela”*), a culpa (e.g. *“Senti-me culpada e fiz o mesmo a mim própria, mas nos pulsos”*, *“Quando me apercebi o que tinha acontecido comigo, a culpa consumiu-me”*), a raiva (e.g. *“Estava com raiva e comecei a morder o meu braço”*), a preocupação (e.g. *“Lembro-me uma vez que estava na ginástica, provavelmente preocupada com um teste ou com a escola”*), a humilhação (e.g. *“Senti-me humilhada por precisar de ajuda”*) e o medo de não ser aceite (e.g. *“Nesse dia peguei um filme com*

temática gay para assistir chamado 'Orações para Bobby', nesse filme acontece algo com protagonista onde eu me identifiquei e acabei chorando a noite. Comecei a arrancar meus cabelos por conta desse sentimento horrível").

Surgem os Conflitos (25%), nomeadamente o *bullying* (e.g. *"Não me recordo o que fiz mas sei que a razão era por sofrer de bullying na escola", "Após uma experiência de bullying, onde gozaram novamente com o meu aspeto físico"*), os conflitos amorosos (e.g. *"Tinha terminado uma relação amorosa, por motivos de desgaste, e essa pessoa enviou-me uma fotografia com marcas de cigarro na barriga. Senti-me culpada e fiz o mesmo a mim própria, mas nos pulsos"*, *"Uma desilusão amorosa na qual a pessoa que eu gostava me magoou profundamente"*), os conflitos familiares (e.g. *"Quando os meus primos me zoaram quando eu era menor, por conta de eu ter orelhas grandes quando eu era pequeno"*, *"Não estava numa boa fase de vida quer a nível pessoal ou familiar"*), os conflitos pessoais (e.g. *"Não estava numa boa fase de vida quer a nível pessoal ou familiar"*) e os conflitos com amigos (e.g. *"Eu só tinha uma pessoa como amiga, e ela disse coisas duras e depois foi embora"*).

Os jovens relatam também Perturbações do Foro Psicológico (21.9%) como sendo uma motivação para se magoarem, particularmente a ansiedade (e.g. *"Num ataque de ansiedade e depressão que passei sozinha, arranhei-me até ter o corpo em ferida"*, *"Tenho costume de arrancar pelos e me bater do corpo quando estou muito ansioso ou magoado com algo"*, *"As vezes em que dei por mim a fazê-lo mais foram quando me sentia mais ansiosa"*), a depressão (e.g. *"Num ataque de ansiedade e depressão que passei sozinha, arranhei-me até ter o corpo em ferida"*), o stress (e.g. *"Estava tão estressado que mordi meu braço até sair sangue"*, *"Acontecia em momentos de stress"*), e uma situação derivada de anorexia nervosa (e.g. *"Cortei-me com tamanha força na barriga. Era a parte que mais odiava em mim (sofri de anorexia nervosa desde os 12 anos)"*).

Estes comportamentos surgem também como um Pedido de Ajuda (9.4%) (e.g. *"Quando ingeri medicamentos em excesso com a intenção de chamar atenção de minha mãe"*, *"Foi com uma lâmina de um afia e era mais para que reparasse em mim e que estava a 'sofrer'"*), como resposta à Morte de Alguém (6.3%) (e.g. *"Quando o meu pai faleceu comecei a dar socos nas paredes"*, *"O mais recente, depois do falecimento da minha mãe"*) ou a um abuso (6.3%) (e.g. *"Foi depois de ganhar consciência do que era abuso sexual"*, *"Foi após ter sido abusada"*), como Experimentação (3.1%) (e.g. *"Lembro-me de procurar uma chave de parafusos para destruir o afia, só para*

experimental”), ou como Distração (3.1%) (e.g. “*Dava por mim a fazer aquilo sem motivo nenhum só para me abstrair*”).

Relativamente ao ato de autolesão, foi igualmente possível elaborar 32 categorias e subcategorias (Tabela 9), relacionadas com questões como o método utilizado, o objeto utilizado, a parte (ou partes) do corpo lesionada e o local onde estes comportamentos foram realizados.

Tabela 9. *Frequências das categorias e subcategorias relacionadas com o ato de auto lesão, em função do género*

<i>Categorias e subcategorias</i>	<i>Género</i>			<i>Total</i>
	<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Outro</i>	
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>N (%)</i>
Método utilizado	29 (116%)	11 (183%)	-	40 (125%)
Cortar	9 (36%)	1 (16.7%)	-	10 (31.3%)
Beber em excesso	5 (20%)	1 (16.7%)	-	6 (18.8%)
Arranhar/coçar	5 (20%)	-	-	5 (15.6%)
Ingestão medicamentosa	4 (16%)	1 (16.7%)	-	5 (15.6%)
Bater	-	4 (66.7%)	-	4 (12.5%)
Arrancar crostas/fazer feridas	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Afogamento	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Defenestração	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Queimar	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Espetar	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Saltar de um lugar alto	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Arrancar cabelos/pelos	-	1 (16.7%)	-	1 (3.1%)
Morder	-	1 (16.7%)	-	1 (3.1%)
Objeto utilizado	21 (4%)	3 (50%)	-	24 (75%)
Objetos cortantes	9 (36%)	1 (16.7%)	-	10 (31.3%)
Medicamentos	4 (16%)	1 (16.7%)	-	5 (15.6%)
Bebidas alcoólicas	4 (16%)	1 (16.7%)	-	5 (15.6%)
Cigarro	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)
Objetos perfurantes	1 (4%)	.	-	1 (3.1%)
Balde	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)

Área do corpo	17 (68%)	6 (100%)	-	23 (71.9%)
Corpo em geral	9 (36%)	2 (33.3%)	-	11 (34.4%)
Braços	3 (12%)	1 (16.7%)	-	4 (12.5%)
Pulsos	1 (4%)	2 (33.3%)	-	3 (9.4%)
Cabeça	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Barriga	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Mãos	-	1 (16.7%)	-	1 (3.1%)
Local	16 (64%)	3 (50%)	-	19 (59.4%)
Casa	9 (36%)	2 (16.7%)	-	11 (34.4%)
Escola	5 (20%)	-	-	5 (15.6%)
Outro	2 (8%)	1 (16.7%)	-	3 (9.4%)

De acordo com a Tabela 9, a categoria mais frequente nas narrativas está relacionada com o Método Utilizado (125%), obtendo frequências superiores a 100% por surgir mais que uma vez em cada narrativa (por exemplo, uma narrativa pode referir dois ou três métodos diferentes, contando por três instâncias). Desta forma, é possível verificar que o método utilizado mais frequente nas narrativas dos jovens é o Cortar (31.3%) (e.g. *“Cortei-me com um x-ato escondida no meu roupeiro”, “Foi com uma lâmina de um afia”*) com predominância nas narrativas das raparigas (36%), enquanto que o método mais frequente nos rapazes é o Bater (66.7%) (e.g. *“Me agredi com tapas e socos”, “Desloquei o pulso e fiquei com as mãos em sangue de bater nas paredes”*). Seguem-se o Beber em Excesso (18.8%) (e.g. *“Com 15 anos embebedei-me e entrei quase em coma porque estava mal e queria apagar a minha dor, deixar de pensar na dor”, “A maneira que encontrei para me esquecer que tinha problemas foi recorrer ao álcool”*), a Ingestão Medicamentosa (15.6%) (e.g. *“Ingeri medicamentos em excesso com a intenção de chamar atenção da minha mãe”, “Tomei uma caixa inteira de comprimidos sozinha em casa”*) e o Arranhar/Coçar (12.5%) (e.g. *“Dava por mim a coçar a cabeça a toda a hora”, “Arranhei-me até ter o corpo em ferida”*), novamente com maior incidência nas raparigas (20%, 16% e 16%, respetivamente). Surgem outros métodos como o Afogamento (3.1%) (e.g. *“Tentei me matar usando um balde, ele era bem grande então poderia mergulhar a cabeça toda, e foi o que eu fiz”*), Defenestração (3.1%), nas raparigas (4%) (e.g. *“Estava em um quarto no segundo andar com o homem que abusou de mim, então eu pensei em me jogar da janela”*), Queimar (3.1%) (e.g. *“Tinha terminado uma relação amorosa, por motivos de desgaste, e essa pessoa enviou-me uma fotografia com marcas de cigarro na*

barriga. Senti-me culpada e fiz o mesmo a mim própria, mas nos pulsos”), Espetar (3.1%), (e.g. “*Quando me espetei*”), Saltar de um lugar alto (3.1%) (e.g. “*Quando fui a uma ponte para saltar*”) e Arrancar Crostas/Fazer Feridas (6.3%) (e.g. “*Sempre a fazer feridas e a arrancar crostas*”, “*Lembro-me de me pôr a coçar e espremer borbulhas de todo o lado até fazer ferida*”), todos exclusivos das raparigas (frequência de 4% em todos os casos, menos no último, em que a frequência é de 8%), e Morder (3.1%) (e.g. “*Estava com raiva e comecei a morder o meu braço*”, “*Estava tão estressado que mordi meu braço, até sair sangue*”), este exclusivo aos rapazes (16.7%).

Referências ao objeto utilizado surgem em 75% das narrativas, particularmente os objetos cortantes (31.3%), em especial nas raparigas (36%), incluindo objetos como lâminas e x-atos. Seguem-se os medicamentos e as bebidas alcoólicas (15.6%), novamente com uma maior incidência nas raparigas (16%), cigarros, objetos perfurantes e baldes (3.1%).

Quanto à área do corpo mais afetada, a que surge com mais frequência é no Corpo em Geral (34.4%), principalmente em raparigas (36%), em casos em que os jovens relatam ter-se agredido mas sem especificar uma parte do corpo (e.g. “*Arranhei-me e bati em mim própria*”, “*Pedi a uma amiga para me cortar com uma lâmina*”) e nos Braços (12.5%), igualmente com predominância nas raparigas (12%) (e.g. “*Estava a cortar-me no meu quarto, a minha mãe entrou, viu tudo, e passou-se. Senti muita culpa, muita vergonha. Ela perguntou “o que é que fizeste?” e eu só lhe mostrei o braço cheio de sangue*”, “*Estava com raiva e comecei a morder o meu braço*”). Seguem-se os Pulsos (e.g. “*Tenho cicatrizes desse dia nos pulsos*”, “*Desloquei o pulso*”), a Barriga (e.g. “*Cortei-me com tamanha força na barriga*”) e a Cabeça (6.3%) e, finalmente, as Mãos (3.1%) (e.g. “*Fiquei com as mãos em sangue de bater nas paredes*”).

O local da autolesão surge em 59.4% das narrativas, sendo o local predominante a própria casa (34.4%), seguido pela escola (15.6%) e por outros locais, como pontes (9.4%).

Na Tabela 10, estão contempladas as categorias e subcategorias relacionadas com as funções dos comportamentos autolesivos, tendo sido identificadas 7 categorias.

Tabela 10. *Frequência das categorias e subcategorias relacionadas com as funções dos comportamentos autolesivos em função do género*

<i>Categorias e subcategorias</i>	<i>Género</i>			<i>Total</i> N (%)
	<i>Feminino</i> n (%)	<i>Masculino</i> n (%)	<i>Outro</i> n (%)	
Pedido de ajuda	1 (4%)	1 (16.7%)	-	2 (6.3%)
Regulação emocional	6 (24%)	2 (33.3%)	-	8 (25%)
Mecanismo de escape	9 (36%)	-	-	9 (28.1%)
Autopunição	2 (8%)	-	-	2 (6.3%)
Tentativa de suicídio	6 (24%)	-	-	6 (18.8%)
Substituição de dor	2 (8%)	1 (16.7%)	-	2 (6.3%)
Experimentação	1 (4%)	-	-	1 (3.1%)

Assim, a função predominante é a de mecanismo de escape (28.1%), sendo que os comportamentos são utilizados para que os jovens possam “*esquecer de algo*” ou para fugir (e.g. “*fechar-me qualquer visão de um futuro feliz*”, “*fugir da dor, fugir da negatividade da vida, fugir do mundo*”, “*a maneira que encontrei para me esquecer que tinha problemas foi recorrer ao álcool*”).

Segue-se a regulação emocional/de afetos (25%), utilizando os comportamentos para “*apagar a [minha] dor*”, para sentir alívio (“*tenho costume de arrancar pelos e me bater do corpo quando estou muito ansioso ou magoado*”), para responder a uma “*raiva enorme*” ou para responder a sentimentos de culpa.

De seguida, surgem seis relatos de tentativa de suicídio (18.8%) (e.g. “*decidi acabar com a minha vida com medicamentos*”, “*só dizia que me queria suicidar*”, “*eu queria morrer*”, “*tentei e queria muito acabar com a minha vida*”). Houve outras referências a situações que poderiam ser classificadas como tentativas de suicídio, mas a função de intenção suicida não está explícita o suficiente para isto poder ser afirmado com 100% de certeza (e.g. “*tomei uma caixa inteira de comprimidos*”).

Existem também dois relatos de autopunição (e.g. “*o consumo excessivo de álcool desde os 12 anos com o intuito de me magoar*”), dois de pedido de ajuda (e.g. “*chamar atenção de minha mãe*”, “*para que reparasse em mim e que estava a ‘sofrer’*”)

e três de substituição de dor, em que a dor física vem substituir a dor emocional/psicológica (e.g. *“a dor era tão grande que não conseguia parar de chorar, sentia que não tinha como fugir e precisava de sentir algo para além daquela dor”*, *“a dor mental era tão dolorosa que a dor física apenas a conseguia de alguma forma equilibrar”*) e um *“só para experimentar”*.

Duas narrativas relatam episódios de hospitalização em seguimento de ingestão medicamentosa (e.g. *“quando acordei estava no hospital e tinham-me feito uma lavagem ao estômago”*, *“quando tomei 10 Tramal tive convulsões e fui parar ao hospital. Fizeram-me uma lavagem ao estômago e tive bastantes dores”*) e outra em que, apesar de não estar explícito, é possível assumir que aconteceu o mesmo, já que relatam ter entrado *“quase em coma”* após terem bebido em excesso.

Em sete narrativas, está presente pelo menos uma pessoa no ato ou imediatamente após, mesmo que não seja na mesma divisão em que o jovem se encontra. Pode ser na mesma casa (e.g. *“o que me fez parar foi ter ouvido a voz da minha mãe me procurando em casa”*, *“fiquei tão bêbada que o meu namorado teve de ir a minha casa ajudar-me”*) ou na mesma divisão (e.g. *“eu estava em um quarto no segundo andar com o homem que abusou de mim”*, *“na casa de banho do meu liceu antigo, pedi a uma amiga para me cortar com uma lâmina”*, *“quando saí, estava à porta uma amiga minha”*, *“o meu pai encontrou-me sentada na casa de banho em sangue e a chorar”*).

Finalmente, surgiram algumas narrativas que não se incluíram nas categorias criadas. Estas narrativas incluem coisas do tipo *“não me recordo”* ou *“não há nenhuma que me tenha marcado especialmente”*, tanto na questão relacionada com a vez mais marcante como na questão sobre a primeira vez, e a situação de um participante, que não respondeu à pergunta da narrativa mais marcante e cuja resposta à narrativa da primeira vez relatou um comportamento que pareceu em tom de brincadeira, não tendo sido considerado.

DISCUSSÃO

A presente investigação propôs-se a reforçar a literatura já existente sobre comportamentos autolesivos, particularmente sobre narrativas sobre estes comportamentos, e, adicionalmente, permitiu uma melhor compreensão sobre eles, do ponto de vista dos jovens que os realizam. Sendo as narrativas a prioridade, estas serão discutidas em primeiro lugar.

Primeiramente, é importante comentar que as motivações por detrás dos comportamentos autolesivos são tanto internas (p.e. emoções e sentimentos negativos) como externas (p.e. conflitos familiares) (Tabela 8). As motivações que surgiram com maior frequência nas narrativas dos jovens foram de carácter interno, nomeadamente os desejos (37.5%), como o desejo de acabar com a dor, o desejo de acabar com o sofrimento, e o desejo de morrer. Os itens “*Quando realizas/tens este(s) comportamento(s) queres morrer?*”, “*Quando realizas/tens estes comportamentos pensas num plano para acabar com a tua vida?*”, “*Quando realizas/tens estes comportamentos, quão forte é a tua intenção de acabar com a tua vida?*” e “*Quando realizas/tens estes comportamentos pensas em magoar-te, mas não em suicidar-te?*” dizem respeito à medida de ideação suicida. A informação recolhida no ICAL (Tabela 7) sobre a ideação suicida foi ligeiramente contraditória, em que a resposta mais frequente à questão “*Quando realizas/tens estes comportamentos quão forte é a tua intenção de acabar com a tua vida?*” foi ‘Nunca’ (28.1%), embora as respostas à questão “*Quando realizas/tens este (s) comportamento(s) queres morrer?*” recaiam principalmente sobre ‘Algumas vezes’ (37.5%). Apesar desta prevalência de respostas ‘Nunca’, não é possível ignorar as frequências das outras respostas a esta pergunta (25% para ‘Pouco’, 25% para ‘Nem pouco, nem muito’, 12.5% para ‘Muito’ e 9.4% para ‘Muitíssimo’). A percentagem de ‘Algumas vezes’ na primeira destas perguntas (37.5%) é, por si só, um sinal de alerta.

Dados obtidos pelo ICAL (Tabela 5) relatam que 13 jovens já efetuaram, pelo menos, uma tentativa de suicídio (40.6%), sugerindo que estes comportamentos realmente são um fator de risco para e um preditor de suicídio (e.g. Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Wilcox, Arria, Caldeira, Vincent, Pinchevsky, & O’Grady, 2012; Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014), principalmente quando se repetem ao longo do tempo. Indivíduos com históricos longos de comportamentos autolesivos, que usam uma maior variedade de métodos, e que não sentem dor física durante o ato de

auto-lesão parecem estar em maior risco de suicídio (Nock et al., 2006) e os jovens deste estudo podem estar, de facto, em maior risco. A maioria deles iniciou os comportamentos autolesivos entre os 14 e os 16 anos de idade (53.1%), sugerindo um período mínimo de 4 anos de manutenção de comportamentos (tendo em conta a idade mínima da amostra, 18 anos) e, de acordo com a Tabela 6, apenas um jovem utiliza um método, sendo que a vasta maioria utiliza entre 4 a 6 métodos diferentes para se magoar (31.3%). O único dado obtido que contraria esta informação é a questão da dor física, em que 17 jovens sentem dor física pelo menos quase sempre (53.2%, com uma percentagem de 31.3% para ‘Quase sempre’ e uma percentagem de 21.9% para ‘Sempre’), mas, ainda assim, os restantes 15 (47%, com uma percentagem de 6.3% para ‘Nunca’, 21.9% para ‘Raramente’ e 18.8% para ‘Algumas vezes’) poderiam ser considerados jovens de risco seguindo esta abordagem.

Relativamente à categoria de sentimentos e emoções (Tabela 8), os dados obtidos no presente estudo vão de encontro àqueles encontrados na literatura. Os jovens identificaram maioritariamente sentimentos e emoções com valência negativa – tristeza (9.4%), desespero/desesperança (9.4%), culpa (6.3%), raiva (3.1%), preocupação (3.1%), vergonha/humilhação (3.1%) e medo (3.1%) – e parecem não ter dificuldade em identificá-las, mas sim em expressá-las e lidar com elas de forma apropriada. Os comportamentos surgem, então, como estratégias de *coping* mal-adaptativas (e.g. Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello, & Begin, 1996; Kharsati & Bhola, 2015). A falta de estratégias de *coping* adequadas (e desenvolvimento de estratégias de *coping* maladaptativas) é aparente na entrada para a faculdade (Duffy et al., 2019). Esta dificuldade em lidar apropriadamente com as emoções, por falta de estratégias de *coping* adequadas, poderá estar relacionada com a impulsividade, frequentemente associada a comportamentos suicidários (e.g. Madge et al., 2011), e esta parece surgir em várias narrativas, particularmente aquelas que utilizam os comportamentos autolesivos para regular emoções (e.g. recorreram aos comportamentos para lidar com a raiva).

Por dificuldade em lidar apropriadamente com emoções e sentimentos negativos, os jovens recorrem ao *acting out*, podendo, portanto, existir uma relação entre a impulsividade e a dificuldade em lidar com emoções, estendendo-se ao uso de comportamentos autolesivos. Surge a desesperança, associada ao “*desespero de sentir a depressão a tomar conta [de mim]*” e a uma recusa de “*qualquer visão de um futuro feliz*”, também verificada na literatura (e.g. Sinclair & Green, 2005; Pompili et al., 2008). A baixa autoestima surge pelo menos uma vez, associada a um caso de anorexia nervosa

(“*era a parte que mais odiava em mim*”), aparecendo na literatura como um fator importante para a autolesão (e.g. Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Na anorexia, o objeto das emoções negativas é o próprio corpo e, devido a uma incapacidade de lidar com estas, há possibilidade de surgir a autoagressão.

Outro fator motivacional importante são os conflitos, particularmente situações de *bullying*, os conflitos amorosos, os conflitos familiares, os conflitos com amigos e os conflitos pessoais. No grande espectro, a frequência destes conflitos nas narrativas é relativamente baixa (25%), sendo que a frequência maior é apenas de duas narrativas (6.3%), congruente com os dados obtidos relativamente à qualidade da relação que os jovens estabeleceram com os seus pares e com os seus pais (Tabela 3). A maioria dos jovens classificou a sua relação com os seus pais como boa (34.4%) ou razoável (21.9%) e a relação com os irmãos como sendo razoável (28.1%), boa (21.9%), ou até mesmo muito boa (18.8%), sendo que apenas um deles referiu um conflito familiar como motivação subjacente a um episódio de autolesão (foi com os primos, questão não contemplada no questionário sociodemográfico).

Existe uma relação entre conflitos familiares e comportamentos suicidários (e.g. Hill & Dallos, 2011; Madge et al., 2011; Pereira, 2011). Não se pode afirmar que foi verificada uma relação de causalidade entre estes dois fatores no presente estudo, já que apenas um dos jovens referiu um conflito familiar nas narrativas (Tabela 8) (3.1%); por outro lado, também não é possível concluir com certeza que não existe uma relação entre estes dois fenómenos, já que a falta de referência a este tipo de conflitos pode estar relacionada com o tamanho reduzido da amostra ou com o facto de outros fatores terem sido encarados como sendo mais relevantes para os jovens. A maioria destes estudos foi realizada junto de adolescentes e não com jovens adultos, que já estão na faculdade e, possivelmente, estão mais distanciados das famílias (tanto fisicamente como socialmente), com mais autonomia, principalmente nos casos em que os jovens vivem com outras pessoas.

O questionário sociodemográfico permitiu recolher informação sobre acontecimentos significativos na vida dos jovens com comportamentos autolesivos e, embora metade deles tenha falado em conflitos amorosos (50%), quase metade referiu conflitos com os pais (46.9%) e divórcio ou separação destes (37.5%), juntamente com um quinto de relatos de conflitos com os irmãos (18.8%). Embora estes conflitos praticamente não tenham sido referidos nas narrativas (Tabela 8) (não os tendo marcado com maior intensidade como sendo uma motivação subjacente aos comportamentos

autolesivos ou não terem contribuído para a primeira vez que os usaram) corroboram a literatura no sentido em que geraram algum sofrimento nos jovens ao ponto de terem sido marcados como significativos. Estes conflitos surgem na literatura como tendo alguma influência no ato autolesivos (e.g. Pereira, 2011).

Os conflitos amorosos e com amigos, por sua vez, surgem associados a uma perceção de diminuído suporte social (Muehlenkamp et al., 2013), fator influenciador de comportamentos autolesivos. A narrativa associada a um conflito com um amigo poderá, possivelmente, ter sentimentos de culpa e de abandono subjacentes, tendo o jovem recorrido aos comportamentos autolesivos para tentar lidar com a falta de apoio. A narrativa que menciona conflitos amorosos refere igualmente a culpa.

Finalmente, o *bullying* surge nas narrativas como fator motivador para os comportamentos autolesivos. É também referido na literatura como constituindo um fator de risco para comportamentos suicidários (e.g. Madge et al., 2011; Pereira, 2011).

Os jovens com comportamentos autolesivos apresentam mais problemas do foro psicológico (e.g. Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012; Madge et al., 2011) e, de facto, estes problemas surgiram como uma motivação para os comportamentos no presente estudo (Tabela 8) (21.9%), particularmente problemas de ansiedade (9.4%), de *stress* (6.3%), de depressão (3.1%) e de anorexia nervosa (3.1%). Os abusos, particularmente os abusos sexuais, constituem também um fator de risco para os comportamentos suicidários (Fliege, Lee, Grimm, & Klapp, 2009), surgindo nas narrativas deste estudo como fatores precipitantes de tentativas de suicídio (6.3%) e na literatura como algo que pode ser fator precipitante de comportamentos autolesivos (Brown & Kimball, 2013).

Existem diferenças entre rapazes e raparigas relativamente aos métodos utilizados. Os dados obtidos no ICAL (Tabela 5) permitem corroborar a literatura, no sentido em que os rapazes tenderam a usar métodos mais violentos (e.g. Beautrais, 2003; Bradvik, 2007), como o bater-se (100%), sendo também o método mais utilizado pelas raparigas (64%) e por todos os jovens com comportamentos autolesivos (71.9%). Seguiram-se o morder-se (59.4%) e o coçar-se/arranhar-se até fazer ferida (59.4%), com percentagens mais elevadas nas raparigas (60% nos dois casos) do que nos rapazes (50% nos dois casos). Puxar/arrancar o cabelo e beber em excesso com a intenção de se magoar surgem com frequência elevada (59.4% e 50%, respetivamente), sendo as percentagens maiores nos rapazes (83.3% nos dois casos) do que nas raparigas (52% no primeiro caso e 40% no segundo). Os cortes (53.1%) surgiram predominantemente nas raparigas (64%),

com apenas uma incidência nos rapazes (16.7%). As tentativas de suicídio (40.6%) são mais prevalentes nas raparigas (48%) do que nos rapazes (16.7%), corroborando a literatura (e.g. Moscicki, 1994; Fergusson, Woodward, & Horwood, 2000; Grunbaum et al., 2004, cit. por Bridge, Goldstein, & Brent, 2006). A ingestão medicamentosa com intenção de se magoar (37.5%), a ingestão medicamentosa com intenção de morrer (37.5%), as queimaduras (28.1%), outros métodos (21.9%) e espetar-se com agulhas (16%) são todos métodos com maior incidência nas raparigas (38.5%, 38.5%, 32%, 28%, 20% e 11.5%, respetivamente) do que nos rapazes (16.7%, em todos estes métodos). No entanto, no que toca à ingestão de substâncias perigosas (34.4%) e ao consumo de drogas (34.4%), os rapazes utilizam estes comportamentos com maior frequência (33.3% e 50%, respetivamente) do que as raparigas (32% e 28%, respetivamente).

Estes dados apoiam a informação encontrada na literatura sobre os métodos utilizados (e.g. Klonsky, 2009; Klonsky, 2011; Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012; Muehlenkamp et al., 2013; Guerreiro et al., 2017), dando ênfase ao “bater-me e ao “cocei-me/arranhei-me” sendo estes o “bater-me” e “cortei-me”, surgindo igualmente o “cocei/arranhei-me” e o “morder-me”, bem como aquela no que toca ao recurso a mais que um método (e.g. Muehlenkamp et al., 2013; Guerreiro et al., 2017) (Tabela 6). O recurso ao álcool em excesso surge com grande frequência no ICAL (50%), estando, possivelmente, relacionado com uma cultura universitária que promove este tipo de comportamentos, negligenciando o quão perigosos possam ser, e um fácil acesso a bebidas alcoólicas. A literatura sugere a existência de fatores de risco para comportamentos autolesivos particularmente prevalentes nos homens, como o abuso de álcool (Brent et al., 1999; Gould, Fisher, Parides, Flory, & Shaffer, 1996; Shaffer et al., 1996; Shaffer & Pfeffer, 2001, cit. por Bridge, Goldstein, & Brent, 2006).

Por outro lado, nas narrativas (Tabela 9), o método mais utilizado foram os cortes (31.3%), afetando maioritariamente as raparigas (36%). O beber em excesso foi, também, frequentemente referido (18.8%), especialmente pelas raparigas (20%). É interessante referir que, apesar de ter sido o método mais utilizado pelas raparigas de acordo com o ICAL (Tabela 5) (64%), nenhuma delas o referiu nas narrativas, sendo um método exclusivo dos rapazes (66.7%, com uma percentagem total de 12.5%). A literatura encontra referências a estes métodos, principalmente nas raparigas (e.g. Abrams & Gordon, 2003).

No que toca às funções identificadas nas narrativas (Tabela 10), os dados encontrados neste estudo vão também de encontro à literatura, surgindo uma

predominância de tentativa de escape (28.1%), exclusiva das raparigas (36%) (e.g. Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Jorge, Queirós, & Saraiva, 2015; Stänicke, Haavind e Gullestad, 2017) e de regulação afetiva e/ou emocional (25%), também com maior incidência nas raparigas (24%) e sendo aquela mais identificada pelos rapazes (33.3%) (e.g. Klonsky, 2009; Klonsky, 2011; Muehlenkamp et al., 2013; Guerreiro et al., 2017). A função de escape está, então, relacionada com uma tentativa de fuga da dor e do desespero. A função de regulação emocional nas raparigas é referida na literatura, juntamente com a de pedir ajuda (4%) (Abrams & Gordon, 2003). Surge a função de autopunição (6.3%), exclusiva às raparigas, que, na literatura, vem associada à culpa (Hill & Dallos, 2011).

Em suma, é possível concluir que os comportamentos autolesivos são prevalentes mesmo depois da adolescência, encontrados em jovens universitários. Considerando que jovens que recorrem a comportamentos autolesivos, particularmente aqueles que o fazem durante um prolongado período de tempo, se encontram em maior risco de suicídio (e.g. Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006; Wilcox, Arria, Caldeira, Vincent, Pinchevsky, & O'Grady, 2012; Carroll, Metcalfe, & Gunnell, 2014), torna-se importante a intervenção psicológica nestes casos e a desmistificação de crenças prejudiciais à saúde mental (por exemplo: só os “malucos” é que vão ao psicólogo) de forma a prevenir consequências negativas mais sérias.

LIMITAÇÕES E ESTUDOS FUTUROS

Podem ser encontradas diversas limitações neste estudo. A principal limitação consiste no tamanho da amostra ($n = 32$). A quantidade total de participantes foi escassa por si mesma e, apesar da consciência de que o número de participantes com comportamentos autolesivos poderia ser reduzido, dificulta uma possível generalização. A amostra é também bastante exclusiva, restringindo-se a jovens adultos entre os 18 e 21 anos de idade; sendo uma amostra por conveniência, não é realmente possível concluir que se possam generalizar os resultados obtidos para outras idades, mesmo idades próximas, ou para esta população em específico.

Por ser um estudo transversal, mesmo recolhendo informações sobre eventos que possam ser distantes (do início da adolescência, por exemplo), pois os resultados poderiam ser diferentes caso avaliados em diferentes fases da vida – foram recolhidos dados relativos às experiências de vida até àquele momento. Os resultados foram também prejudicados pelas respostas de “não sei” e “não me recordo”, algo que poderia possivelmente ser colmatado com um estudo longitudinal, com avaliações feitas em vários momentos. Por ser um estudo maioritariamente qualitativo e focado em narrativas e autorrelatos, torna-se mais difícil ainda generalizar para a população de forma adequada, devido à subjetividade requerida por este método. Irão sempre surgir questões de deseabilidade social, influenciando as respostas dadas, e, como os temas tratados são de grande intensidade e provavelmente dolorosos, podem surgir bloqueios ou podem desbloquear memórias que causam sofrimento. No entanto, não é possível ignorar as vantagens das narrativas para os participantes, porque, como já foi referido, estas constituem uma forma importante de falar sobre as suas próprias experiências através das suas próprias palavras e não da adaptação a um questionário com respostas fixas.

O próprio protocolo utilizado constituiu uma limitação, que surge parcialmente associada com a pandemia do novo coronavírus. Por ter sido colocado online, não existiu supervisão durante o preenchimento, possibilitando o surgimento de respostas inadequadas, e uma queixa comum recaiu sobre o facto de o protocolo ser demasiado longo e repetitivo, o que desmotivou algumas pessoas para continuar a responder, diminuindo, assim, o número total de participantes que poderia ter sido atingido.

Seria interessante considerar diferenças entre nacionalidades, já que a presente amostra foi constituída por jovens adultos portugueses e brasileiros. Apesar de os dois

países partilharem um idioma, ainda que com algumas diferenças, as culturas são, evidentemente, distintas e os indivíduos são altamente influenciados pelas culturas e pelos contextos em que estão inseridos. A forma como a saúde mental é vista nos dois países pode, também, diferir, e ter algum impacto nos comportamentos autolesivos e nas narrativas criadas.

As narrativas contemplam aspetos relacionados com a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, falando em noites loucas de bebida, incluindo comas alcoólicas e necessidade de ajuda de outros. Poderá ser benéfico investigar mais sobre este aspeto – como a cultura universitária promove o abuso de substâncias nocivas, como o álcool, as drogas, e o tabaco e o seu efeito na saúde mental dos jovens.

Surge uma predominância de respostas relacionadas com a Internet e com filmes e séries no que toca à inspiração para o recurso a comportamentos autolesivos. Poderá ser útil estudar qual a relação entre aquilo que é apresentado aos jovens como glamorizado e o impacto que isto tem neles (por exemplo, séries como 13 Reasons Why estão associadas a um aumento de casos de tentativas de suicídio e de comportamentos autolesivos) (e.g. Bridge et al., 2020; Cooper, Bard, Wallace, Gillaspay, & Deleon, 2020).

REFERÊNCIAS

- Abrams, L. S., & Gordon, A. L. (2003). Self-harm narratives of urban and suburban young women. *Affilia: Journal of Women & Social Work, 18*(4), 429–444. <https://doi.org/10.1177/0886109903257668>
- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics? *Archives of Suicide Research, 14*, 79–88. doi:10.1080/13811110903479086
- Angold, A., & Costello, E. J. (1993). Depressive comorbidity in children and adolescents. *American journal of psychiatry, 150*(12), 1779-91.
- Bardin, L. (2015). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70
- 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.
- Bergen, H., Hawton, K., Waters, K., Ness, J., Cooper, J., Steeg, S., & Kapur, N. (2012). Premature death after self-harm: A multicentre cohort study. *Lancet, 380*, 1568–1574.
- Berndt, E. R., Koran, L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. G., Miller, I. M., ... & Keller, M. B. (2000). Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry, 157*(6), 940-947.
- Bradvik, L. (2007). Violent and nonviolent methods of suicide: Different patterns may be found in men and women with severe depression. *Archives of Suicide Research, 11*, 255–264.
- Bridge, J. A., Goldstein, T. R., & Brent, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology & Psychiatry, 47*(3/4), 372–394. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- Bridge, J. A., Greenhouse, J. B., Ruch, D., Stevens, J., Ackerman, J., Sheftall, A. H., ... & Campo, J. V. (2020). Association between the release of Netflix’s 13 Reasons

Why and suicide rates in the United States: An interrupted time series analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(2), 236-243.

Brown, T. B., & Kimball, T. (2013). Cutting to live: A phenomenology of self-harm. *Journal of Marital and Family Therapy*, 39(2), 195-208. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00270.x>

Bruner, J. (1991). The narrative construction of reality. *Critical inquiry*, 18(1), 1-21. <https://doi.org/10.1086/448619>

Carroll, R., Metcalfe, C., & Gunnell, D. (2014). Hospital management of self-harm patients and risk of repetition: systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 168, 476-483.

Chung, W. W., & Hudziak, J. J. (2017). The transitional age brain: “the best of times and the worst of times”. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 26(2), 157-175.

Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology, and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611–621.

Cooper Jr, M. T., Bard, D., Wallace, R., Gillasp, S., & Deleon, S. (2018). Suicide attempt admissions from a single children's hospital before and after the introduction of Netflix series 13 Reasons Why. *Journal of Adolescent Health*, 63(6), 688-693.

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*, 1-16. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>

Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019). How do families represent the functions of deliberate self-harm? A comparison between the social representations from adolescents and their parents. *Archives of suicide research*, 1-17. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1545713>

Duffy, A., Saunders, K. E., Malhi, G. S., Patten, S., Cipriani, A., McNevin, S. H., ... & Geddes, J. (2019). Mental health care for university students: a way forward?. *The Lancet Psychiatry*, 6(11), 885-887. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30275-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30275-5)

Elliott, J. (2005). *Using narrative in social research: Qualitative and quantitative approaches*. Sage Publications.

Fliege, H., Lee, J. R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of psychosomatic research*, 66(6), 477-493.

Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A., Machado, B., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in portuguese adolescents. *Psicothema*, 24(4), 536-541

Gratz, K. L. (2003) Risk factors for and functions of deliberate self-harm: an empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192–205.

Guerreiro, D. F., & 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. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>

Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). Self-harm in adolescents: A self-report survey in schools from Lisbon, Portugal. *Archives of suicide research*, 21(1), 83-99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>

Hall, B., & Place, M. (2010). Cutting to cope – a modern adolescent phenomenon. *Child: Care, Health, and Development*, 36(5), 623–629. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01095.x>

Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., McNiven, F., Gill, J., Harrington, V. et al. (1998) Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 512–518.

Hawton, K., Fagg, J., Simkin, S., Bale, E. and Bond, A. (2000) Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985–1995. *Journal of Adolescence*, 23, 47–55.

Hawton, K., Rodham, K., Evans, E., & Weatherall, R. (2002). Deliberate self-harm in adolescents: self-report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207–1211.

Hawton, K., Saunders, K. E., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379, 2373–2382.

Hill, K., & Dallos, R. (2012). Young people's stories of self-harm: A narrative study. *Clinical child psychology and psychiatry*, 17(3), 459-475. <http://doi.org/10.1177/1359104511423364>

Jorge, J., Queirós, O., & Saraiva, J. (2015). Descodificação dos comportamentos autolesivos sem intenção suicida – Estudo qualitativo das funções e significados na adolescência. *Análise Psicológica*, 2 (XXXIII), 207-219. doi: 10.14417/ap.991

Kessler, R. C., Foster, C. L., Saunders, W. B., & Stang, P. E. (1995). Social consequences of psychiatric disorders, I: Educational attainment. *American journal of psychiatry*, 152(7), 1026-1032.

Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 207-222.

Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.

Keyes, C. L. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 395-402.

Keyes, C. L. M., Eisenberg, D., Perry, G. S., Dube, S. R., Kroenke, K., & Dhingra, S. S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60(2), 126-133. <https://doi.org/10.1080/07448481.2011.608393>

Kharsati, N., & Bhola, P. (2015). Patterns of non-suicidal self-injurious behaviours among college students in India. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 39-49.

Kiekens, G., Hasking, P., Claes, L., Mortier, P., Auerbach, R. P., Boyes, M., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J. G., Kessler, R. C., Nock, M. K., & Bruffaerts, R. (2018). The DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder among incoming college students: Prevalence and associations with 12-month mental disorders and suicidal thoughts and behaviors. *Depression & Anxiety* (1091-4269), 35(7), 629-637. <https://doi.org/10.1002/da.22754>

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>.

Klonsky, E. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41(09), 1981–1986. doi: 10.1017/s0033291710002497

Klonsky, E., & Glenn, C. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215-219.

Klonsky, E., & Muehlenkamp, J. (2007). Self-Injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. doi: 10.1002/jclp.20412

Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447-457.

Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 34(3), 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.006>

Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., Wilde, E. J. D., Corcoran, P., Fekete, S., ... & Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x>

Madge, N., Hawton, K., McMahon, E., Corcoran, P., De Leo, D., de Wilde, E., Fekete, S., van Heeringen, K., Ystgaard, M., & Arensman, E. (2011). Psychological characteristics, stressful life events and deliberate self-harm: findings from the Child and Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*.

McGorry, P. D., Purcell, R., Goldstone, S., & Amminger, G. P. (2011). Age of onset and timing of treatment for mental and substance use disorders: implications for preventive intervention strategies and models of care. *Current opinion in psychiatry*, 24(4), 301-306.

Miner, C. L., Love, H. A., & Paik, S. E. (2016). Non-suicidal self-injury in adolescents: addressing the function and the family from the perspective of systemic family therapies. *The American Journal of Family Therapy*, 44(4), 211-220. <https://doi.org/10.1080/01926187.2016.1150798>

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population based cohort study. *Lancet*, 379, 236–243.

Moscicki, E. K. (1994). Gender differences in completed and attempted suicides. *Annals of Epidemiology*, 4, 152–158.

Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 6(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>

Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K., & Whitlock, J. (2013). Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67-80. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x

Nock, M., Joiner, T., Gordon, K., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72.

O'Connor, R. C., Rasmussen, S., & Hawton, K. (2010). Predicting depression, anxiety and self-harm in adolescents: The role of perfectionism and acute life stress. *Behaviour research and therapy*, 48(1), 52-59. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.09.008>

Palmer, E., Welsh, P., & Tiffin, P. A. (2016). Perceptions of family functioning in adolescents who self-harm. *Journal of family therapy*, 38(2), 257-273. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12069>

Pasupathi, M., & Hoyt, T. (2009). The development of narrative identity in late adolescence and emergent adulthood: the continued importance of listeners. *Developmental psychology*, 45(2), 558-574. <https://doi.org/10.1037/a0014431>

Patton, G. C., Sawyer, S. M., Santelli, J. S., Ross, D. A., Afifi, R., Allen, N. B., ... & Kakuma, R. (2016). Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *The Lancet*, 387(10036), 2423-2478.

Pereira, C. (2011). Risco suicidário em jovens: avaliação e intervenção em crise. *Psilogos*, 9(1), 11-23.

Pompili, M., Rihmer, Z., Akiskal, H. S., Innamorati, M., Iliceto, P., Akiskal, K. K., ... & De Pisa, E. (2008). Temperament and personality dimensions in suicidal and nonsuicidal psychiatric inpatients. *Psychopathology*, 41(5), 313-321.

Royal College of Psychiatrists (2011). *The mental health of students in higher education*. Recuperado de: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/defaultsource/improving-care/better-mh-policy/college-reports/college-reportcr166.pdf?sfvrsn=d5fa2c24_2

Sampaio, D. (2001). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. Lisboa: Editorial Caminho.

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

Shaffer, D. D. R., & Kipp, K. (2002). *Developmental psychology: Childhood & adolescence*. Cengage Learning.

Sequeira, J. (2012). *Narrativa, mudança e processo terapêutico – contributos para a clínica e para a investigação sistémicas*. Tese de doutoramento, Instituto Politécnico de Santarém, Portugal.

Sinclair, J., & Green, J. (2005). Understanding resolution of deliberate self harm: Qualitative interview study of patients' experiences. *BMJ: British Medical Journal*, 1112-1115. <https://doi.org/10.1136/bmj.38441.503333.8F>

Skårderud, F. (2007c). Eating one's words: Part III. Mentalization-based psychotherapy for anorexia nervosa- an outline for a treatment and training manual. *European Eating Disorders Review*, 15, 323-339.

Soyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00105-0](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00105-0).

Spillane, A., Matvienko-Sikar, K., Larkin, C., Corcoran, P., & Arensman, E. (2019). How suicide-bereaved family members experience the inquest process: a qualitative study using thematic analysis. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, *14*(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1563430>

Stänicke, L. I., Haavind, H., & Gullestad, S. E. (2018). How do young people understand their own self-harm? A meta-synthesis of adolescents' subjective experience of self-harm. *Adolescent Research Review*, 1–19. <https://doi.org/10.1007/s40894-018-0080-9>

Valas, J. (1986). *A análise de conteúdo*. In A. Silva & J. Pinto, *Metodologia das Ciências Sociais* (pp.101-128). Porto: Afrontamento

Vieira, A., & Henriques, M. (2014). A construção narrativa da identidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *27*(1), 163-170. ISSN: 0102-7972

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.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *37*, 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive psychiatry*, *37*(1), 12-16.

ANEXOS

ANEXO A – Tabela 5 (Versão completa)

Tabela 5. *Frequência de realização de comportamentos autolesivos de acordo com o método utilizado, em função do gênero*

		<i>Género</i>			<i>Total</i>
		<i>Feminino</i>	<i>Masculino</i>	<i>Não binário</i>	
<i>Método</i>		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Cortei-me	1 vez	2 (8%)	0 (0%)	0 (%)	17 (53.1%)
	2 a 10 vezes	5 (20%)	0 (0%)	0 (%)	
	>10 vezes	9 (36%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	Total	16 (64%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
Mordi-me	1 vez	2 (8%)	0 (0%)	1 (3%)	19 (59.4%)
	2 a 10 vezes	9 (36%)	2 (33.3%)	0 (0%)	
	>10 vezes	4 (16%)	1 (16.6%)	0 (0%)	
	Total	15 (60%)	3 (50%)	1 (3%)	
Queimei-me	1 vez	4 (16%)	1 (16.7%)	0 (0%)	9 (28.1%)
	2 a 10 vezes	1 (4%)	0 (0%)	1 (3%)	
	>10 vezes	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	7 (28%)	1 (16.7%)	1 (3%)	
Puxei/Arranquei o cabelo	1 vez	1 (4%)	1 (16.7%)	0 (0%)	19 (59.4%)
	2 a 10 vezes	8 (32%)	2 (33.3%)	0 (0%)	
	>10 vezes	4 (16%)	2 (33.3%)	1 (3%)	
	Total	13 (52%)	5 (83.3%)	1 (3%)	
	1 vez	4 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	19 (59.4%)

Cocei/Arranhei-me até fazer uma ferida (sem ser por causa de comichão)	2 a 10 vezes	7 (28%)	2 (33.3%)	1 (3%)	
	>10 vezes	4 (16%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	Total	15 (60%)	3 (50%)	1 (3%)	
Consumi drogas com a intenção de me magoar	1 vez	3 (12%)	0 (0%)	1 (3%)	11 (44%)
	2 a 10 vezes	2 (8%)	3 (33.3%)	0 (0%)	
	>10 vezes	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	7 (28%)	3 (50%)	1 (3%)	
Espetei-me com agulhas	1 vez	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (16%)
	2 a 10 vezes	1 (4%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	>10 vezes	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	3 (11.5%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
Engoli substâncias perigosas com a intenção de me magoar	1 vez	5 (20%)	1 (16.7%)	1 (3%)	11 (34.4%)
	2 a 10 vezes	2 (8%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	>10 vezes	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	8 (32%)	2 (33.3%)	1 (3%)	
Bebi em excesso com a intenção de me magoar	1 vez	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	16 (50%)
	2 a 10 vezes	5 (20%)	4 (66.7%)	1	
	>10 vezes	3 (12%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	Total	10 (40%)	5 (83.3%)	1 (3%)	
Bati com o corpo ou bati em mim próprio	1 vez	4 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (71.9%)
	2 a 10 vezes	7 (28%)	4 (66.7%)	0 (0%)	

	>10 vezes	5 (20%)	2 (33.3%)	1 (3%)	
	Total	16 (64%)	6 (100%)	1 (3%)	
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de me magoar	1 vez	4 (16%)	1 (16.7%)	0 (0%)	14 (43.8%)
	2 a 10 vezes	4 (16%)	0 (0%)	1 (3%)	
	>10 vezes	3 (12%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	Total	11 (44%)	2 (33.3%)	1 (3%)	
Ingeri em demasia um medicamento com a intenção de morrer	1 vez	5 (20%)	0 (0%)	1 (3%)	12 (37.5%)
	2 a 10 vezes	4 (16%)	0 (0%)	0 (0%)	
	>10 vezes	1 (4%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	Total	10 (40%)	1 (16.7%)	1 (3%)	
Tentei suicidar-me	1 vez	6 (24%)	1 (16.7%)	0 (0%)	13 (40.6%)
	2 a 10 vezes	5 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	
	>10 vezes	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	12 (48%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
Outros	1 vez	1 (4%)	0 (0%)	1 (3%)	7 (21.9%)
	2 a 10 vezes	2 (8%)	1 (16.7%)	0 (0%)	
	>10 vezes	2 (8%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Total	5 (20%)	1 (16.7%)	1 (3%)	