



Ispas

Instituto Universitário
de Ciências Psicológicas,
Sociais e da Vida

**COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS EM
ADOLESCENTES: NARRATIVAS PESSOAIS E O PEDIDO
DE AJUDA**

MARIA JOÃO ROCHA VIEGAS

Orientador de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

Professor de Seminário de Dissertação:

PROFESSORA DOUTORA MARIA GOUVEIA-PEREIRA

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

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

2024

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

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, primeiramente, à Prof. Dr.^a Maria Gouveia-Pereira, pela paciência, pela compreensão, e por me ter orientado nesta jornada, mesmo no meio de todas as minhas inseguranças e obsessões.

Gostaria também de dar um agradecimento especial à Prof. Dr.^a Eva Duarte, por me ter iluminado o caminho quando estava perdida, e à Beatriz, por todo o encorajamento.

Ao querido pai, por todo o apoio, livros e carinho.

À mãe, por todo o amor.

Ao tio Paulo, ao Pedro, à Teresa, à Jacinta e ao Edgar. À Cláudia e à Patrícia.

A todos vocês, obrigada por terem estado sempre ao meu lado. Obrigada por acreditarem em mim. Obrigada por tudo o que fazem e continuam a fazer. Obrigada por serem quem são.

Por fim, gostaria de me agradecer a mim mesma. Por ter lutado. Por ter persistido. Por me ter levantado mesmo quando tudo parecia impossível.

Resumo

Os comportamentos autolesivos nos adolescentes são um fenómeno crescente. Contudo, apesar da necessidade de intervenção nesses casos, a maior parte dos adolescentes com estes comportamentos raramente pede ajuda. Desta forma, o presente estudo visa explorar as narrativas das experiências subjetivas dos adolescentes em relação aos seus comportamentos autolesivos, identificando os fatores emocionais, sociais e contextuais que contribuem para a prática desses comportamentos e, em simultâneo, investigar as barreiras e facilitadores percebidos pelos adolescentes para procurar ajuda. Para tal, foi construído um guião para uma entrevista semidiretiva aplicada a 10 adolescentes, com idades entre os 13 e os 19 anos, recrutados no meio clínico que praticaram comportamentos autolesivos pelo menos uma vez na vida. As entrevistas foram sujeitas a uma análise de conteúdo. Em termos gerais, a análise das narrativas revelou sobretudo uma grande influência do estigma, tanto social como interno, enquanto uma barreira significativa ao pedido de ajuda. Outros fatores, nomeadamente o ambiente familiar e o contacto com profissionais de saúde influenciam igualmente a abertura dos adolescentes para procurar ajuda. Os resultados, bem como as narrativas, indicam que a promoção da literacia em saúde mental, especialmente em ambientes escolares, pode desempenhar um papel essencial na desconstrução de mitos e preconceitos relativamente aos comportamentos autolesivos, o que pode facilitar e impulsionar os adolescentes a pedir ajuda quando esta é necessária.

Palavras-chave: Comportamentos Autolesivos, Adolescência, Pedido de Ajuda, Narrativas.

Abstract

Self-injurious behaviours in adolescents are an increasing phenomenon. However, despite the need for intervention in these cases, most adolescents with these behaviours rarely seek help. Therefore, the present study aims to explore the narratives of adolescents' subjective experiences related to their self-injurious behaviours, identifying the emotional, social, and contextual factors that contribute to the practice of these behaviours, while also investigating the barriers and facilitators perceived by adolescents in seeking help. To achieve this, a semi-structured interview guide was developed and applied to 10 adolescents, aged between 13 and 19 years, recruited from a clinical setting, who had engaged in self-injurious behaviours at least once in their lives. The interviews were subjected to content analysis. In general, the analysis of the narratives revealed a significant influence of stigma, both social and internal, as a major barrier to seeking help. Other factors, including the family environment and contact with healthcare professionals, also influence the adolescents' openness to seeking help. The results, along with the narratives, suggest that the promotion of mental health literacy, particularly in school environments, can play a key role in deconstructing myths and prejudices regarding self-injurious behaviours, which could facilitate and encourage adolescents to seek help when needed.

Keywords: Self-injurious behaviours; Adolescence; Help-seeking; Narratives.

Índice

Enquadramento teórico	8
1. Adolescência	8
2. Comportamentos autolesivos	9
3. Relação entre comportamentos autolesivos e comportamentos suicidários.....	10
4. Pedido de ajuda para os comportamentos autolesivos	12
5. Barreiras e facilitadores do pedido de ajuda	13
6. Narrativas sobre os comportamentos autolesivos	14
Objetivo de investigação	17
Método.....	18
1. Participantes	18
2. Procedimento de recolha de dados	18
3. Instrumento.....	18
4. Procedimento de análise de dados.....	19
Apresentação e Discussão dos Resultados.....	20
1. Tabela 1 - Caracterização dos Comportamentos Autolesivos (A)	20
2. Tabela 2 - Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Não Pediram Ajuda (B).....	27
3. Tabela 3 - Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Pediram Ajuda (C)	36
4. Tabela 4 - Narrativas das Representações das Barreiras e Facilitadores do Pedido de Ajuda (D) 42	
Conclusão	47
Limitações e proposta de estudos futuros	49
Referências bibliográficas.....	51
ANEXOS	60
ANEXO A – Grelha Categoria da Pré-Categoria: Caracterização Dos Comportamentos Autolesivos (A).....	61
ANEXO B – Grelha Categorical da Pré-Categoria: Barreiras e Facilitadores nos Adolescentes que Não Pediram Ajuda (B)	66
ANEXO C – Grelha Categorical da Pré-Categoria: Barreiras e Facilitadores nos Adolescentes que Pediram Ajuda (C).....	69
ANEXO D – Grelha Categorical da Pré-Categoria: Narrativas das Representações das Barreiras e Facilitadores do Pedido de Ajuda (D)	71

Índice de Tabelas

Tabela 1- Caracterização dos Comportamentos Autolesivos (A)

..... **20**

Tabela 2- Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Não Pediram Ajuda (B)

..... **27**

Tabela 3- Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Pediram Ajuda (C)

..... **36**

Tabela 4- Narrativas das Representações das Barreiras e Facilitadores do Pedido de Ajuda (D)

..... **42**

Enquadramento teórico

1. Adolescência

A adolescência é um período transicional de desenvolvimento após a infância em direção à vida adulta. Esta etapa da vida é marcada por profundas transformações físicas, cognitivas, emocionais e psicossociais fortemente influenciadas pela interação do adolescente com os contextos que o rodeiam (Gaspar et al., 2019; Guerreiro & Sampaio, 2013). Na adolescência os indivíduos são confrontados com uma série de desafios: começam a autonomizar-se da família e a criar novas relações com os pares, ao mesmo tempo que procuram desenvolver uma identidade estável, integrada e coerente (Bonnie et al., 2019; Saraiva et al., 2014). É nesta fase que o adolescente “se pergunta quem é para saber quem chegará a ser” (Saraiva et al., 2014).

Todavia, a adolescência pode também ser marcada por instabilidade emocional, sentimentos de incerteza e ausência de mecanismos de *coping* solidificados, e um falhanço na concretização desses desafios pode dificultar a transição para a idade adulta (Bonnie et al., 2019; Démuthová & Démuth, 2020).

É possível distinguir as adolescências “normais” das adolescências “patológicas”. Guerreiro e Sampaio (2013) definem as adolescências patológicas como sendo caracterizadas por uma falta de esperança e uma incapacidade de lidar com os estados emocionais, estabelecer um sentimento de pertença e preservar uma condição duradoura de bem-estar. Segundo os autores, os comportamentos autolesivos são sempre indicadores de uma adolescência patológica e resultantes de uma disfunção nas vertentes individual, familiar e social. Ainda que estes comportamentos variem em termos de gravidade, consistem numa tentativa de modificar uma situação que o adolescente percebe como sendo insustentável e são, por isso, evidência de um profundo estado de mal-estar que não deve ser negligenciado.

A determinação do fim da adolescência não é rigorosa na literatura científica, com o limite de idade para esta fase variando entre os 18 e os 25 anos (Hawton et al., 2012; Sawyer et al., 2018)

2. Comportamentos autolesivos

Madge et al. (2008) e Gouveia-Pereira et al. (2022) definem os comportamentos autolesivos como se tratando de uma diversidade de comportamentos de autolesão não fatal levados a cabo pelo indivíduo com intenção de causar dano a si mesmo, independente da existência ou não de intencionalidade suicida. Estes comportamentos podem manifestar-se em diversos métodos de autoagressão, sendo que, em Portugal, os métodos mais comumente referidos são os cortes, os arranhões, as mordeduras e bater-se a si mesmo (Duarte, 2018; Duarte et al., 2019).

Estes comportamentos afetam particularmente os adolescentes. Em Portugal, estima-se que a prevalência de comportamentos autolesivos em adolescentes se situe entre os 16% e os 35% (Salvador et al., 2023). As taxas elevadas destes comportamentos entre adolescentes são alarmantes, o que os leva a serem considerados um verdadeiro problema de saúde pública.

Os comportamentos autolesivos desempenham diversas funções psicológicas - i.e. as razões pelas quais o indivíduo realiza estes comportamentos - que podem surgir concomitantemente (Duarte et al., 2019; Nock, 2014). Klonsky e Glenn (2009) propõem a existência de 13 funções, divididas em funções interpessoais e intrapessoais.

De acordo com Duarte et al. (2019) as funções interpessoais incluem dimensões como: Autonomia, Fronteiras Interpessoais, Influência Interpessoal, Ligação aos Pares, Vingança, Autocuidado, Busca de Sensações, e Resistência. Por sua vez, as funções intrapessoais compreendem as seguintes dimensões: Autorregulação dos Afetos, Anti-dissociação, Anti-suicídio, Sinalização do Mal-estar, Autopunição, Mecanismo Introspetivo e Substituição do Sofrimento.

Estudos têm demonstrado que indivíduos com história de comportamentos autolesivos atribuem mais relevância às funções intrapessoais, enquanto aqueles sem história destes comportamentos dão mais ênfase às funções interpessoais (Duarte et al, 2019, 2019b; Klonsky, 2009). Destas, destaca-se em particular a função de Autorregulação dos Afetos como sendo a mais

comumente referida por indivíduos que praticam comportamentos autolesivos e a que tem sido mais alvo de estudo (Duarte et al, 2019, 2019b)

A literatura científica compreende os comportamentos autolesivos como se tratando essencialmente de um mecanismo de *coping* desadaptativo empregado para reduzir e obter alívio de estados emocionais negativos intensos e opressivos (Nock, 2014). Alguns autores propõem que a prática destes comportamentos é tipicamente precedida por um estado de excitação extrema perante acontecimentos *stressantes*, e que a autolesão providencia uma forma de cessar essa excitação, seja através da distração, libertação de endorfinas, ou outros mecanismos ainda não identificados (Duarte, 2018; Nock, 2014).

3. Relação entre comportamentos autolesivos e comportamentos suicidários

Apesar de serem fenómenos distintos, os comportamentos autolesivos são um dos fatores de risco mais significativos para eventuais comportamentos suicidários e frequentemente coocorrem (Chan et al., 2016; Duarte et al., 2020). A Teoria da Porta de Entrada (*Gateway Theory*) propõe que estes comportamentos podem ser vistos como uma antecâmara para os comportamentos suicidários, sugerindo a existência de um espectro ou *continuum* entre os dois (Gouveia-Pereira et al. 2022).

Segundo a literatura, os comportamentos suicidários podem manifestar-se em ideação suicida e atos suicidas, que compreendem tentativas de suicídio e o suicídio consumado (Carvalho et al., 2013; Saraiva et al., 2014). A primeira consiste em pensamentos e cognições sobre terminar com a própria vida, que se podem apresentar sob a forma de desejos e/ou planos para cometer suicídio, sem que haja passagem ao ato (Carvalho et al., 2013; Gouveia-Pereira et al. 2022; Saraiva et al., 2014). Tentativas de suicídio, por sua vez, referem-se a todos os atos levados a cabo pelo indivíduo com a intenção de pôr termo à vida, mas que não resultam no suicídio. Por fim, o suicídio consumado consiste na morte provocada por atos motivados pela intenção de terminar com a vida, incluindo intencionalidade de natureza psicopatológica (Carvalho et al., 2013; Saraiva et al., 2014).

Um estudo de Duarte et al. (2020) sobre os comportamentos autolesivos e suicidários revelou que, numa amostra de 600 adolescentes, mais de metade (56.8%) dos participantes com comportamentos autolesivos estavam em risco de suicídio e a maioria destes revelou querer morrer quando praticavam estes comportamentos. A par disto, 99.1% dos adolescentes que já tiveram tentativas de suicídio reportaram ter ou já ter tido comportamentos autolesivos.

Existe também uma relação entre a diversidade dos comportamentos autolesivos (i.e. a quantidade de métodos empregados) e os comportamentos suicidários (Muehlenkamp et al., 2018). O mesmo estudo acima referido (Duarte et al., 2020), encontrou igualmente que, por cada método diferente de autolesão, a probabilidade de eventuais tentativas de suicídio aumenta em 36.7%.

A literatura científica teoriza que esta relação entre a diversidade dos comportamentos e uma maior propensão para tentativas de suicídio possa dever-se principalmente à habituação do indivíduo à dor física. A exposição a diferentes métodos de autolesão conduz ao aumento da tolerância e dessensibilização à dor e ao medo associado à sua inflição, podendo, assim, contribuir para a capacidade do indivíduo de cometer suicídio (Gouveia-Pereira et al. 2022; Turner et al., 2023). A par disto, a prática recorrente e prolongada destes comportamentos reforça essa dessensibilização e pode facilitar ainda mais a transição para atos suicidas (Chan et al., 2016; Turner et al., 2023).

Além disto, a severidade, o grau de dano físico causado pela autolesão, dos comportamentos contribui também para o aumento do risco de suicídio. Tem-se vindo a demonstrar que a maior parte dos adolescentes que praticam comportamentos autolesivos tendem a evoluir de métodos menos severos para outros de maior severidade (e.g. evoluir de arranhões para cortes) e que aqueles que praticam métodos mais severos demonstram mais comportamentos suicidários quando comparados com outros que participam em métodos de severidade mais reduzida (Gouveia-Pereira et al. 2022).

4. Pedido de ajuda para os comportamentos autolesivos

Apesar da necessidade de intervenção em adolescentes com comportamentos autolesivos, a maior parte destes jovens raramente pede ajuda (Chandler, 2017; Hasking et al., 2015). Um estudo de Guerreiro et al. (2017) encontrou que, numa amostra de 1,713 estudantes portugueses, apenas 19% dos indivíduos que reportaram ter comportamentos autolesivos pediram ajuda ou revelaram-nos a alguém. Além disto, os adolescentes que efetivamente procuram ajuda para os seus comportamentos tendem a fazê-lo mais frequentemente após um episódio de autolesão do que antes de ele ocorrer (Rowe et al., 2014).

O pedido de ajuda refere-se a qualquer ato levado a cabo por alguém que entenda necessitar de assistência ou cuidados pessoais, psicológicos, ou de saúde, no sentido de encontrar ferramentas que o permitam melhor enfrentar os desafios que surgem na sua vida (Cox et al., 2024; Salvador et al., 2023). Esta busca de apoio pode referir-se a fontes formais (e.g. profissionais de saúde) ou informais (e.g. amigos, professores ou familiares).

Os adolescentes que pedem ajuda dirigem-se primeiramente a fontes informais, nomeadamente aos seus amigos (Miettinen et al., 2021; Curtis et al., 2018; Rowe et al., 2014), com uma revisão sistemática de Cox et al. (2024) encontrando que cerca 30% dos jovens que pedem ajuda para os seus comportamentos autolesivos recorrem a fontes informais, enquanto menos de 20% se dirigem a fontes formais.

Contudo, apesar de os amigos serem a fonte preferencial de apoio, os pais são uma porta de entrada para o pedido de ajuda profissional (Curtis et al., 2018; Duarte et al., 2019a; Fortune et al., 2016; Salvador et al., 2023). Todavia, muitos pais não têm conhecimento dos comportamentos dos filhos, justamente porque estes tendem a não lhes pedir ajuda diretamente (Berger et al., 2013).

Independentemente do tipo de ajuda procurada, o número reduzido de adolescentes que buscam ajuda para os seus comportamentos autolesivos é alarmante, pois sugere que estes jovens não estão a receber o apoio e recursos necessários para a sua recuperação. A falta de resposta a estas necessidades pode contribuir para uma intensificação e aumento da frequência destes comportamentos nestas populações.

5. Barreiras e facilitadores do pedido de ajuda

Um estudo conduzido por Fortune et al. (2008), que analisou respostas dadas por 5,293 adolescentes em escolas no Reino Unido, identificou diversas barreiras ao pedido de ajuda. Demonstraram-se que os adolescentes sentem dificuldade em se expressar e falar sobre os seus problemas, especialmente com as suas famílias. Outras barreiras significativas encontradas são o medo de reações negativas por parte de terceiros e de serem estigmatizados. Os adolescentes temem também que os outros não compreendam os seus comportamentos e receiam que pedir ajuda possa criar mais problemas ou que os seus comportamentos sejam vistos apenas como uma “moda” ou uma tentativa de chamar a atenção. Além disto, alguns adolescentes que realizam comportamentos autolesivos minimizam a seriedade dos seus comportamentos e percebem-nos como não sendo problemáticos ou importantes o suficiente para necessitar de ajuda, bem como que são ou devem ser capazes de lidar com os seus comportamentos sozinhos. Encontraram-se também preocupações relacionadas com o anonimato e de que o sigilo seja violado caso revelem os seus comportamentos a alguém. Estes dados têm sido corroborados em diversas investigações (e.g. Cox et al., 2024; Chandler, 2017; Rowe et al., 2014; Salvador et al., 2023).

Os facilitadores do pedido de ajuda não têm recebido tanta atenção na literatura científica como as barreiras. Entre os facilitadores já identificados destacam-se o conforto do indivíduo em revelar os seus comportamentos, e o sentimento de ser compreendido e respeitado (Cox et al., 2024; Curtis et al., 2018; Miettinen et al., 2021). Neste sentido, tem-se demonstrado que um ambiente familiar acolhedor e recetivo que dá espaço à partilha de problemas favorece a recuperação do adolescente (Curtis et al., 2018; Fortune et al., 2016; Salvador et al., 2023). Uma boa relação com a família contribui para mitigar sentimentos de que não é digno ou amado e aliviar a tendência para a autopunição, e promove o apoio percebido, a resiliência, autoestima e a regulação emocional, facilitando a adoção de estratégias de *coping* mais adaptativas e reduzindo o impulso do adolescente de se autolesionar (Salvador et al., 2023).

Em contrapartida, a associação entre comportamentos autolesivos na adolescência e ambientes familiares disfuncionais, conflitos familiares, níveis elevados de criticismo por parte dos pais e má comunicação entre pais e filhos é consistente na literatura (e.g. Halstead et al., 2012; Kelada et al., 2016; Y. Wang et al., 2022). Os adolescentes, quando pertencentes a este tipo de famílias, podem sentir mais dificuldade em regular as suas emoções, o que os pode levar a adotar estratégias de *coping* menos adaptativas que aumentam o risco destes comportamentos (Cheng et al., 2022; Emery, 2017).

Mesmo a família e amigos sendo figuras importantes no pedido de ajuda profissional, é fulcral que os adolescentes sintam que podem confiar nos profissionais de saúde e falar honesta e abertamente sobre os seus problemas (Miettinen et al., 2021).

6. Narrativas sobre os comportamentos autolesivos

O advento da ciência pós-moderna desencadeou uma mudança paradigmática, redefinindo a perceção do indivíduo, não como sendo apenas um processador de informação, mas como um criador ativo de significados (Fonte, 2006).

Segundo Botella (2001), os indivíduos compreendem-se a si e os eventos importantes da sua vida por via da criação de narrativas ou “histórias de vida” que se desenvolvem por meio de conversas que têm acerca das suas experiências. Essas conversas, contudo, não são relatos inequívocos e objetivos da vida, pois passam por um trabalho interpretativo. Recontar a vida tem o poder de estruturar e organizar as memórias e as vivências do indivíduo, atribuindo-lhes significado (Botella, 2001; Bruner, 2004). Esta construção de significado é contínua e moldada pelas experiências e contextos do indivíduo, no sentido de formar uma compreensão mais completa e congruente da sua história (Bruner, 2004; Fonte, 2006; Gargiulo, 2020). A narrativa permite, desta forma, a "organização da diversidade da experiência num mundo de sentidos" (Fonte, 2006).

A linguagem tem um papel central na construção da narrativa. “A linguagem constrói aquilo que narra” (Bruner, 2004), permitindo a expressão e comunicação da experiência humana e

possibilitando a co-construção de significado entre interlocutores (Fonte, 2006; Gargiulo, 2020). Os significados são, assim, moldados pela forma como são contados e interpretados, e as narrativas são produtos das interações, não apenas entre indivíduos, mas também com os seus contextos culturais e sociais (Bruner, 2004; Fonte, 2006; Habermas & De Silveira, 2008). Além disso, fatores emocionais influenciam também a forma como os indivíduos recordam os acontecimentos da sua vida, distorcendo-os ou omitindo-os (Fonte, 2006).

Deste modo, os adolescentes, ao narrar suas vivências, conseguem atribuir sentido e refletir sobre as suas emoções e pensamentos. Este processo é mediado por contextos culturais e pela linguagem, que ajudam a construir significados, além de ocorrer em ambientes sociais, onde as histórias são compartilhadas, promovendo a criação de conexões e redes de apoio mútuo (Habermas & De Silveira, 2008). A par disto, a capacidade de regulação emocional do indivíduo tem também um papel fundamental, pois narrar experiências pode facilitar a compreensão e a expressão dos seus sentimentos (Habermas & De Silveira, 2008; Hill & Dallos; 2011).

Um estudo de Gargiulo (2020), que analisou 97 narrativas de adolescentes que praticaram comportamentos autolesivos pelo menos uma vez na sua vida, destacou as narrativas como sendo uma ferramenta poderosa no estudo da autolesão em adolescentes, pois, estes, ao contarem as suas histórias, podem dar significado às suas experiências. O mesmo estudo revelou também que as narrativas podem igualmente influenciar o pedido de ajuda, dado que oferecem uma ferramenta para consciencializar, dar compreensão e desestigmatizar os seus comportamentos. Assim, através da narrativa, os adolescentes podem obter uma compreensão mais profunda das suas emoções, contribuindo para uma maior autoconsciência que pode incentivá-los a procurar ajuda e apoio.

A mesma investigação sugere igualmente que o processo de construção da narrativa pelos adolescentes pode contribuir para a normalização das suas experiências, reduzindo os sentimentos de isolamento e vergonha comumente associados aos comportamentos autolesivos. Além disso, as construções das narrativas forneceram uma plataforma para os adolescentes contarem as suas histórias e expressarem os seus sentimentos e pensamentos sobre os seus comportamentos. Essa comunicação pode ajudá-los a articular as suas necessidades de forma mais eficaz, o que facilita o

pedido de ajuda aos pais, professores ou profissionais de saúde mental. Além disso, as narrativas podem ajudar os adolescentes a identificar recursos de apoio e intervenções que podem ajudá-los a melhor lidar com os seus comportamentos e aceder aos serviços de saúde mental adequados. Assim, as narrativas podem não apenas capacitar o adolescente para desempenhar um papel ativo na sua recuperação, como podem providenciar um sentido de agência para facilitar a comunicação das suas necessidades e identificar os recursos apropriados. Este sentido de agência pode também aumentar a motivação, a resiliência, e uma atitude proativa quanto ao pedido de ajuda.

Outro estudo de Hill e Dallos (2011), que investigou as narrativas de seis adolescentes com comportamentos autolesivos, salientou que os participantes relataram sentir-se incompreendidos por parte dos profissionais de saúde, colegas e familiares, o que dificultou a construção de narrativas coerentes sobre suas experiências. Essa falta de apoio e subsequente internalização de emoções contribuíram para a relutância em buscar ajuda, pois temiam que as suas experiências não seriam compreendidas. Os resultados destacam, assim, a importância de facilitar conversas abertas e empáticas, através das quais os adolescentes possam processar eventos e experiências difíceis e complexas, bem como desenvolver uma compreensão mais profunda de si mesmos. Os investigadores sugerem que, sem esses diálogos, os adolescentes podem perceber a autolesão como sendo a única alternativa viável para lidar com os estados emocionais intensos. Sumarizando, o estudo enfatiza a necessidade de um ambiente suportivo que encoraje os adolescentes a compartilhar as suas histórias e experiências, e buscar ajuda.

Objetivo de investigação

Como dito anteriormente, apesar da alta taxa de prevalência de comportamentos autolesivos entre adolescentes e as graves consequências que estas práticas podem vir a ter, apenas uma pequena parte dessa população pede ajuda profissional para lidar com os seus comportamentos. Este facto ressalta a necessidade de melhor compreender os fatores que influenciam o pedido de ajuda.

Desta forma, o objetivo deste estudo é justamente explorar as narrativas das experiências subjetivas dos adolescentes em relação aos seus comportamentos autolesivos, identificando os fatores emocionais, sociais e contextuais que contribuem para a prática desses comportamentos e, em simultâneo, investigar as barreiras e facilitadores percebidos pelos adolescentes para procurar ajuda profissional, tais como, por exemplo, o estigma, tanto interno como externo, fatores relacionados com a família e grupo de pares, dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental, ou outros obstáculos identificados durante as entrevistas.

Estas narrativas serão recolhidas por via de uma entrevista semiestruturada aplicada a adolescentes em acompanhamento hospitalar e analisadas segundo uma abordagem qualitativa, através de uma análise de conteúdo. Elegeram-se a análise de conteúdo pois esta será capaz de revelar padrões e significados nas narrativas dos adolescentes, permitindo uma compreensão aprofundada das suas experiências relativas aos seus comportamentos autolesivos e os fatores que impediram ou facilitaram o pedido de ajuda profissional. Esta abordagem qualitativa possibilitará não apenas a identificação de temas recorrentes, mas também a interpretação das interações entre fatores emocionais, sociais e contextuais que influenciam as experiências dos participantes.

Método

1. Participantes

Entrevistaram-se, inicialmente, 12 adolescentes, mas dois destes foram excluídos da amostra por não apresentarem comportamentos autolesivos, sendo a prática atual ou anterior destes o critério de inclusão.

Desta forma, a amostra deste estudo compreende dez adolescentes recolhidos no meio clínico, com idades entre os 13 e os 19 anos ($M=16.5$; $DP=3$), que praticaram comportamentos autolesivos pelo menos uma vez na vida. Todos os participantes identificam-se com o género feminino, à exceção de um que se identifica como não-binária.

2. Procedimento de recolha de dados

O presente estudo foi elaborado em colaboração com um projeto de investigação mais abrangente focado em obter um conhecimento compreensivo sobre os comportamentos autolesivos na adolescência.

Assim, foram conduzidas entrevistas com adolescentes recrutados no meio clínico. As entrevistas foram realizadas no hospital, garantindo um ambiente clínico controlado e apropriado para a recolha de dados sobre os seus comportamentos autolesivos e o pedido de ajuda formal e informal.

As entrevistas foram registadas na íntegra em formato de áudio com o consentimento dos participantes e a garantia de anonimato e de confidencialidade.

3. Instrumento

O objetivo da entrevista é permitir que os participantes falem livremente sobre as suas experiências face aos seus comportamentos autolesivos e o pedido de ajuda. Para este objetivo, foi construído um guião para uma entrevista semiestruturada com diversas questões, nomeadamente “O

que é que te levou a pedir ajuda?”, “Porque é que não pediste ajuda a um profissional de saúde?”, “A quem é que nunca pedirias ajuda?”, e “O que é que seria importante para ti para pedires ajuda?”

Adicionalmente, o guião da entrevista compreende uma questão que remete para as representações das barreiras e facilitadores do pedido de ajuda, perguntando-se aos participantes o que acha que leva os jovens a pedir, ou não, ajuda.

O guião da entrevista permite igualmente espaço para associações livres, incentivando os participantes a se expressarem e partilharem livremente as suas ideias sobre o tema, dando também espaço para a expressão emocional. Isto ajudará a captar as suas ideias e pensamentos que poderiam não surgir das questões mais diretivas e contribuirá uma compreensão mais rica e profunda das suas experiências.

4. Procedimento de análise de dados

As entrevistas foram devidamente transcritas, convertendo os ficheiros de áudio gravados durante a entrevista em texto, e sujeitas a uma análise de conteúdo.

Para tal, seguiram-se os princípios da análise de conteúdo de Bardin (1994), utilizando técnicas sistemáticas e objetivas para examinar as narrativas dos participantes. O objetivo foi identificar os elementos comuns que emergem dos discursos de modo a obter uma visão geral, e também, em simultâneo, realizar uma análise em profundidade dos casos individuais.

Desta forma, foram identificadas unidades de registo (a frequência com que os conteúdos são referidos) e unidades de enumeração (o número de participantes que abordaram um tema), organizadas em subcategorias e agrupadas em categorias gerais. Este processo permitiu aferir conteúdos relevantes sobre os comportamentos autolesivos e o pedido de ajuda, captando tanto padrões comuns como as particularidades de cada narrativa.

Apresentação e Discussão dos Resultados

Nesta secção, optou-se por apresentar os resultados e a sua respetiva discussão conjuntamente.

Da análise de conteúdo foi possível delinear quatro pré-categorias: Caracterização dos Comportamentos Autolesivos (A), Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Não Pediram Ajuda (B), Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Pediram Ajuda (C), e, por fim, as Narrativas sobre as Representações das Barreiras e Facilitadores do Pedido de Ajuda (D). Destas emergiram, no total, 15 categorias e 58 subcategorias, com um total de 532 unidades de registo.

Os dados recolhidos serão apresentados em tabelas correspondentes às pré-categorias, categorias e as suas subcategorias, bem como as unidades de registo e de enumeração (representadas por N). Essa apresentação será seguida de uma análise mais detalhada dos resultados e a sua respetiva discussão. Esta análise será complementada com literatura científica e informações abordadas na revisão da literatura, proporcionando um contexto mais amplo para a interpretação dos dados obtidos.

Segue-se, em primeiro lugar, a caracterização dos comportamentos autolesivos.

1. Tabela 1 - Caracterização dos Comportamentos Autolesivos (A)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N	Exemplos
Método de CAL Total de u.r. 49	Cortes	31	9	“Foi porque tinha os braços todos cortados.” (6) “Eu arranjava de tudo para me conseguir cortar” (7)
	Queimaduras	5	2	“(…) o período em que me queimava” (2) “(…) e... queimaduras...” (4)
	Arranhões	3	2	“Arranhar-me” (2) “Arranhava-me muito” (3)
		2	2	“Sempre foi com medicamentos. Tanto que houve alturas em que tive que ser

	Ingestão de medicamentos			controlada em termos de medicação...” (2) “(...) tinha tomado vários comprimidos (...)” (8)
	Batidas/Pancadas	3	1	“(...) batia, essas coisas assim...” (7) “Ah mãe eu me batia... eu me bati.” (7)
	Mordeduras	1	1	“Às vezes morder-me” (2)
	Arrancar a pele	1	1	“(...) arrancar a pele (...)” (2)
	Furar com o compasso	1	1	“Na escola, com o compasso... furava-me...” (3)
	Banhos muito quentes ou muito frios	1	1	“Às vezes banhos muito quentes (...) ou água que está muito gelada (...)” (2)
Diversidade de métodos (Participantes que praticam mais do que um método de CAL) Total de u.r. 13		13	4	“Arranhar-me” (2) “(...) mordida até arrancar” (2) “(...) arrancar a pele (...)” (2) “(...) o período em que me queimava” (2) “Sempre foi com medicamentos. Tanto que houve alturas em que tive que ser controlada em termos de medicação...” (2) “eu cortava-me...” (7) “(...) de me bater” (7)
Funções Total de u.r. 21	Funções interpessoais	6	4	“Acho que são uma forma de pedir ajuda... quando não sabemos pedir ajuda... de perceberem que não estamos bem...” (8) “As pessoas fazem isso, tipo, para pedir ajuda... Para se preocuparem com elas.” (10)
	Funções intrapessoais	15	5	“No fundo é não conseguir lidar com as próprias emoções e fazer alguma coisa para aliviar essa dor” (1) “Às vezes o vazio, para ver se sentimos” (2)
Fatores interpessoais associados aos CAL	Problemas no grupo de pares	39	7	“(...) as meninas (...) gozavam comigo... Depois se eu me cortava, elas gozavam comigo também...” (7) “Eu tive uma namorada (...) todos dias ela me dizia “fiz não sei quantos cortes.” (...) e eu... eu, na altura... depois também fazia.” (3)

Total de u.r. 96				
	Problemas no seio familiar	37	7	“Os meus pais discutem imenso.” (8) “O meu pai uma vez... partiu o braço, porque o meu pai me batia imenso também” (9)
	Sentimentos de isolamento e exclusão social	11	5	“(…) eu não me dava com ninguém... E eu ficava no banco lá sozinha a chorar (...)” (7) “Sim, sinto-me diferente e as pessoas também acham que sou diferente, que sou esquisita, depressiva e isso...” (8)
	Perdas	9	2	"A morte da minha mãe foi tipo a última gota no copo de água" (1) "Eu tive a experiência de uma amiga minha que se suicidou" (6)
Fatores intrapessoais associados aos CAL Total de u.r. 69	Psicopatologia	45	9	“(…) o 8 ou 80, tipo, dos distúrbios alimentares, tipo, ou não como nada ou como o mundo inteiro... e... e tipo... pronto.” (4) “(…) comecei a ficar nuns episódios depressivos (...)” (5)
	Comportamentos suicidários	15	7	“(…) apesar de quando chega ao ponto mesmo de quero morrer (...)” (6) “tipo tentar suicidar-me...” (4)
	Caráter aditivo dos CAL	9	4	“É demais porque é um vício” (3) “acaba por ser mesmo como uma droga e é tão viciante, tão viciante que nós acabamos por continuar sempre naquela rotina” (6)

O método mais frequentemente referido pelos adolescentes é os cortes, com nove dos dez participantes admitindo cortar-se pelo menos uma vez. Estes seguem-se pelas queimaduras e os arranhões.

Algo importante a salientar é que quatro dos participantes revelaram praticar mais que um método de comportamentos autolesivos. Entre estes, destaca-se em particular um dos participantes, que expressou uma maior diversidade de métodos (cortes, arranhões, mordeduras, queimaduras, ingestão de medicamentos, arrancar a pele e banhos muito quentes ou muito frios). Além disso, é também o participante que relatou mais instâncias de comportamentos suicidários, nomeadamente intenção de morte e tentativas de suicídio, afirmando ter comportamentos suicidários desde a

infância. Revela que, desde pequeno, “não queria estar aqui”, e, inclusive, relata que, aos 12 anos de idade, pesquisou *online* como se poderia matar e chegou a escrever uma “carta de despedida”, que foi descoberta pela avó. Adicionalmente, mencionou em mais que uma ocasião ter feito diversas tentativas de suicídio (e.g. “Sempre tive tentativas ao longo...”) e que foi justamente uma tentativa de suicídio que se provou um dos fatores mais significativos da busca de ajuda profissional. Isto é consistente com a literatura, que aponta para uma relação estreita entre a diversidade de métodos de autolesão empregados e as tentativas de suicídio, nomeadamente o estudo de Duarte et al. (2020), que encontrou um aumento da probabilidade de tentativas de suicídio em 36.7% para cada método diferente.

No que toca às funções, os participantes enfatizaram mais as funções intrapessoais, em particular a função de Autorregulação do Afeto enquanto forma de obter alívio de emoções negativas intensas (e.g. “No fundo é não conseguir lidar com as próprias emoções e fazer alguma coisa para aliviar essa dor”), sendo esta a função mais estudada e comumente referida na literatura científica e por indivíduos que praticam comportamentos autolesivos, contrariamente aos indivíduos que não praticam estes comportamentos, que atribuem mais importância às funções interpessoais (Duarte et al, 2019, 2019b; Klonsky, 2009)

Relativamente às funções interpessoais, os participantes referiram apenas uma: a Influência Interpessoal, especificamente enquanto comportamento de busca de ajuda. Este é um padrão recorrente na literatura, com um estudo qualitativo de Duarte et al. (2019) sobre as representações sociais das funções dos comportamentos autolesivos em adultos e adolescentes encontrando que os adolescentes com história destes comportamentos descrevem a função de Influência Interpessoal como um comportamento de busca de ajuda, enquanto os adultos sem história de autolesão interpretam-na como uma tentativa de chamar a atenção. Isto chama também atenção para o facto de existir ainda muito estigma e uma crença social de que os comportamentos autolesivos são de natureza inerentemente manipulativa (Duarte et al., 2019b; Simone & Hamza, 2020).

Quanto aos fatores interpessoais associados aos comportamentos autolesivos, os participantes fizeram mais referências a problemas no grupo de pares e no seio familiar.

Dentro dos problemas no grupo de pares, o fator que originou mais unidades de registro refere-se a amizades tóxicas, mais concretamente amizades nas quais o participante recebe mensagens ou comunicações por parte de pares nos quais estes indicam ou até mesmo ameaçam lesionar-se ou cometer suicídio. O participante que fez mais referências a esse tipo de interações relata que lhe causaram aflição e desconcerto ao ponto de “vomitar de nervos que a pessoa fizesse alguma coisa”. O mesmo participante também diz que essas conversas serviam muitas vezes de “gatilho” para os seus comportamentos, que o levavam igualmente a autolesionar-se.

No que toca aos problemas no seio familiar, verificou-se uma maior incidência de unidades de registro que remetem para ambientes familiares marcados por conflitos (e.g. “Tinha alguns conflitos com a minha mãe adotiva”) e ausência de afeto por parte dos pais (e.g. “Às vezes só precisava de um carinho ou de um abraço da parte da minha mãe, e às vezes não tinha porque ela tem aquele lado mais frio e mais distante...”). Isto é largamente congruente com a literatura científica existente à volta deste tema, que encontrou uma relação estreita entre comportamentos autolesivos na adolescência e ambientes familiares disfuncionais, conflitos familiares, níveis elevados de criticismo por parte dos pais e má comunicação entre pais e filhos, que dificultam a capacidade do adolescente de regular as suas emoções de forma adaptativa (e.g. Halstead et al., 2012; Kelada et al., 2016; Wang et al., 2022).

Há que destacar também que, das narrativas, emergiram duas situações de abusos: um participante que sofre abusos físicos e emocionais por parte do pai, e outro que foi vítima de abuso sexual por parte de um parente. A literatura científica tem encontrado que abusos são um fator de risco significativo para a realização de comportamentos autolesivos, especialmente abusos de natureza física, emocional e sexual (Duarte et al., 2020; Klonsky & Moyer, 2008; Wan et al., 2015). Contudo, a maior parte dos estudos que analisam a relação entre abuso sexual e comportamentos autolesivos focam-se sobretudo no abuso sofrido na infância, sendo que, neste caso, a situação de abuso ocorreu quando o participante tinha 15 anos. Um estudo de Gómez (2018) encontrou que, comparativamente a abuso sexual sofrido na infância ou na idade adulta, abuso sexual sofrido na adolescência tem uma relação ainda mais significativa com a realização de comportamentos

autolesivos. Abusos desta natureza na adolescência, um período vulnerável, afeta intensamente o desenvolvimento emocional e psicológico do indivíduo. Além disso, Wang et al. (2024) sugerem que os adolescentes que sofrem experiências adversas nesse período do desenvolvimento são menos propensos a esquecer, suprimir ou distorcer as memórias dos eventos traumáticos, o que intensifica o seu impacto. No caso específico deste participante, embora ele já apresentasse anteriormente comportamentos autolesivos, o trauma do abuso sexual contribuiu para o agravamento dos seus comportamentos e levou ao desenvolvimento de sintomas de perturbação de *stress* pós-traumático, “crises de dissociação” e ataques de pânico recorrentes.

Os sentimentos de isolamento e exclusão social demonstraram-se também relevantes, com cinco dos participantes fazendo referência a sentir-se ignorados, isolados, rejeitados ou até mesmo excluídos pelos pares (e.g. “Porque eu tenho um grupo de três amigas, e elas deixaram-me... porque... porque não sei”), e sentirem dificuldades em se integrar totalmente com os seus pares (e.g. “Sinto-me diferente e as pessoas também acham que sou diferente, que sou esquisita, depressiva e isso...”). Alguns estudos indicam que estes sentimentos de exclusão e ausência de sentimentos de pertença podem tornar as pessoas mais vulneráveis a emoções negativas intensas, que as pode levar a recorrer aos comportamentos autolesivos como forma de obter alívio do sofrimento que sentem, uma vez que não possuem essa rede de apoio que receberiam de amigos (e.g. Grigoryan & Jurcik, 2020; Wang et al., 2024).

Por fim, destaca-se que dois participantes reportaram terem sofrido perdas, com um tendo perdido a mãe, evento que precipitou os seus comportamentos autolesivos (“Magoar-me intencionalmente só começou depois da minha mãe morrer”), e o último experienciando o falecimento de parentes e o suicídio de dois amigos, um dos quais no ano anterior à entrevista. Estes dados são consoantes com alguns estudos que relatam que a probabilidade de o indivíduo desenvolver comportamentos autolesivos é maior no seguimento da perda de um familiar, especialmente um dos pais (Guldin et al., 2017; Steinhoff et al., 2020). O outro participante, como mencionado, experienciou várias perdas no que descreve ser um período relativamente reduzido, o que aumenta ainda mais o risco da realização destes comportamentos. A par disto, é importante

salientar que esse participante relatou diversas instâncias de ideação suicida (e.g. “Apesar de quando chega ao ponto mesmo de quero morrer...”) e revelou ter intenção de morrer na maioria das vezes que se autolesiona (Entrevistador: “Ok. E quando fazes esse comportamento é mesmo com intenção de morrer?” Participante: “Na maioria das vezes, sim”). Isto é de especial importância, uma vez que a literatura aponta para que adolescentes enlutados pelo suicídio estejam em maior risco de desenvolver comportamentos autolesivos e pensamentos suicidas em comparação com aqueles que sofreram perdas por outras causas (Burrell et al., 2020; Del Carpio et al., 2021).

Naquilo que toca aos fatores intrapessoais associados aos comportamentos autolesivos, a análise das narrativas originou mais unidades de registo referentes a psicopatologia, na qual se identificaram maioritariamente referências a perturbações do comportamento alimentar. A literatura científica tem identificado uma associação significativa entre comportamentos autolesivos e perturbações do comportamento alimentar, com um estudo populacional de Warne et al. (2021) encontrando uma taxa de comorbidade de aproximadamente 30%. Adicionalmente, alguns autores têm vindo a sugerir que, em alguns casos, as perturbações do comportamento alimentar podem ser utilizadas como uma forma de autolesão (e.g. Washburn et al., 2022).

Sete dos dez participantes reportaram comportamentos suicidários, com uma maior prevalência de ideação suicida (“Tenho fases que eu vou um bocado muito abaixo e só penso em morrer e fazer-me mal...”). Como exposto no enquadramento teórico, existe uma relação estreita entre comportamentos autolesivos e suicidários e frequentemente coocorrem, com alguns autores sugerindo a existência de um espectro onde os comportamentos autolesivos se encontram num extremo, e os suicidários no outro, e que indivíduos com comportamentos autolesivos tendem a apresentar níveis maiores de ideação suicida (Duarte et al., 2020; Gouveia-Pereira et al., 2022).

Por fim, é interessante notar que alguns dos adolescentes também referiram que os comportamentos autolesivos podem ter um carácter aditivo, com um participante chegando a compará-los a “uma droga”. A literatura científica centrada no aspeto aditivo associado aos comportamentos autolesivos tem obtido resultados variados. Alguns autores referem que o estado emocional que precede a autolesão é comparável aos sintomas de abstinência aversivos

experimentados por indivíduos toxicodependentes, o que leva pessoas com estes comportamentos a sentir fortes impulsos para se autolesionar (e.g. Washburn et al., 2010). Tem-se encontrado também que uma maior perceção dos comportamentos como sendo aditivos tende a estar associada a uma maior duração, frequência e severidade da autolesão (e.g. Wang et al., 2022). Contudo, outros autores atribuem essa perpetuação dos comportamentos autolesivos ao alívio emocional temporário que proporcionam. Com a repetição, essa prática crónica e recorrente deixa de ser suficiente no alívio da dor emocional, o que pode resultar numa escalada de frequência e intensidade (e.g. Victor et al., 2012; Davis & Lewis, 2018).

Seguidamente serão analisadas as narrativas das barreiras e facilitadores do pedido de ajuda por partes dos adolescentes que não pediram ajuda.

2. Tabela 2 - Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Não Pediram Ajuda (B)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N	Exemplos
Barreiras interpessoais Total de u.r. 48	Medo de reações negativas	10	4	“(…) tenho medo da reação.” (8) “Aos meus pais eu não pedi ajuda porque já sabia que eles iam reagir assim.” (9)
	Medo do julgamento e do estigma	10	4	“Porque tinha medo de que me vissem de outra maneira” (5) “Se descobrir (...) fica a falar mal.” (10)
	Medo de não ser compreendido	5	4	“(…) também que não iam perceber...” (9) “Porque não sabia se eles entendiam...” (10)
	Estigma social	8	2	“Entrevistador: Ok. Achas que é há bocado estigma sobre isso? Participante: Acho que sim,” (6) “Porque não é uma coisa considerada “normal”, entre aspas.” (10)
	Desvalorização por parte dos pais e pedidos de ajuda ignorados	7	2	“E o meu pai, por exemplo, acha que eu estou a fingir, que só quero atenção, que sou preguiçosa...” (3) “Disse [aos pais] o que estava a passar... só que eles não levaram isso com seriedade...” (6)

	Medo de incomodar / ser um fardo	4	2	“(…) ou incomodar…” (4) “Porque é aquilo de não querer incomodar o outro …” (5)
	Preocupação com o sigilo/anonimato	2	2	“Tam ficar a saber do meu segredo” (5) “(…) tinha também medo que contassem a outras pessoas (…)” (8)
	Dificuldades em marcar consulta	2	2	“(…) aqui [no hospital] é muito mais complicado do que num hospital privado que é só à marcação (…). Aqui eles é que, entre aspas, “fazem a marcação.”” (6) “O psiquiatra, acho que marcas, ou depois não acontece nada.” (10)
Barreiras intrapessoais Total de u.r. 34	Dificuldade em expressar-se e explicar os seus problemas	14	3	“Não sabia perceber o que é que eu estava a sentir, nem sabia explicar…” (4) “Eu tinha noção, mas ao mesmo tempo não sabia o que se passava e não tinha noção.” (6)
	Vergonha	6	3	“Eu tinha vergonha” (9) “Entrevistador: (…). Que tipo de vergonha? Participante: Dos comportamentos (…).” (10)
	Falta de confiança nos outros	5	3	“Não tenho confiança, essas coisas…” (5) “Não me abro completamente. Não tenho… não tenho essa segurança.” (6)
	Minimização da seriedade dos sintomas	3	3	“(…) só cansada, porque o que eu tinha era principalmente cansaço e tristeza e isso era, tipo, coisa de adolescente normal. Então, não preciso de ajuda, isto é só drama.” (4) “Eu não fui honesta e eles repararam que eu não fui honesta e perguntavam-me se eu queria ajuda (…). e eu disse que podia ver, mas que não estava nada de errado comigo.” (5)
	Estigma interno	2	2	“Eu…dizia que psicólogo é para os maluquinhos, então não queria ir às consultas (…). então os meus pais deixaram de tentar.” (3) “Tinha um bocado a opinião de que isto era para malucos (…). porque era… o estereótipo de ir ao psicólogo era mesmo para alguém que já estava completamente…” (6)

	Achar que consegue lidar com os seus CAL sozinho	2	1	<p>“Então... eu estava naquela “não preciso de ajuda, eu vou conseguir.” Só que por outro lado...” (6)</p> <p>“Entrevistador: Achavas que conseguias parar sozinha. Participante: Sim.” (6)</p>
	Comparação social e minimização do sofrimento	2	1	<p>“Sinto só que não estou tão mal quanto aquela pessoa, portanto, eu não devia estar triste.” (6)</p> <p>“Eu não devia... eu não tenho motivos para estar triste... nada...” (6)</p>
Facilitadores interpessoais Total de u.r. 49	Família	18	6	<p>“A minha mãe notou que eu estava muito isolada, muito sozinha, que andava triste...” (3)</p> <p>“A minha mãe (...) começou a perceber.” (6)</p>
	Profissionais de saúde	10	6	<p>“Depois estive com a psicóloga da escola e ela viu que eu me cortava (...)” (5)</p> <p>“Andava no hospital privado, depois acabei por ser mencionada para o hospital público” (6)</p>
	Grupo de pares	10	3	<p>“E a minha melhor amiga estava disposta a pagar para a minha psicóloga.” (4)</p> <p>“Acho que principalmente a minha amiga me ter dito “olha precisas mesmo de ajuda, não está mesmo... não é uma coisa boa.” (9)</p>
	Escola	8	3	<p>“E os professores repararam e foram falar comigo (...) e perguntavam-me se eu queria ajuda, se queria ajuda psicológica...” (5)</p> <p>“(...) o meu professor já tinha reparado nos cortes, eu tinha-me perguntado se eu precisava de ajuda” (9)</p>
	Intervenção após tentativa de suicídio	3	1	<p>“Hmm... eu tentei... acabar com tudo...” (8)</p> <p>“Entrevistador: Fizeste uma tentativa de suicídio? Participante: Mais do que uma, sim. E depois levaram-me para o hospital.” (8)</p>
Facilitadores intrapessoais Total de u.r. 1	Desespero	1	1	<p>“Porque eu comecei a ficar desesperada...” (3)</p>

Sete dos dez participantes revelaram não ter pedido ajuda. No caso destes adolescentes, as barreiras interpessoais e intrapessoais referidas são amplamente congruentes com aquelas encontradas na literatura (e.g. Cox et al., 2024; Miettinen et al., 2021).

Relativamente às primeiras, duas barreiras em particular originaram o mesmo número de unidades de registo, uma das quais o medo de reações negativas por parte de terceiros, especialmente dos pais.

Tem-se demonstrado que as reações iniciais dos pais face aos comportamentos autolesivos têm um grande impacto nos filhos e influenciam fortemente a sua disposição para partilhar os seus problemas com os pais no futuro e pedir-lhes ajuda (Townsend et al., 2021). Destacam-se aqui dois adolescentes que descreveram reações muito negativas e agressivas por parte dos pais. Um refere que a mãe lhe bateu quando descobriu as suas cicatrizes (“Ela ficou chateada, deu-me uma chapada e foi-se embora.”). Esta resposta não apenas deslegitimou os comportamentos e sofrimento do filho, como também enviou uma mensagem clara de reprovação e falta de apoio. Esta dinâmica pode contribuir para sentimentos de vergonha e alienação, dificultando a comunicação aberta sobre as suas dificuldades emocionais do adolescente. Outro participante descreve ter sofrido uma reação ainda mais extrema, em que o pai, quando o viu a cortar-se, imobilizou-o e pediu uma lâmina, ameaçando cortá-lo ele mesmo. Em resposta a isso, a mãe fez alguns comentários em tom sarcástico sobre “fazer figuras” com as cicatrizes (“Pedi uma lâmina... e depois foi para cima de mim a dizer que... se eu tinha tanto prazer nisso que ele mesmo iria fazer. E... a minha mãe depois chegou... e perguntou-me se eu não queria fazer umas figuras, já que eu fazia aquilo, fazer uns quadrados ou uns triângulos... que sempre ficava mais bonito quando cicatrizasse..”). Esta experiência causou no adolescente um forte sentimento de medo e insegurança que, conjuntamente à resposta sarcástica da mãe, que é mais um exemplo de falta de compreensão e empatia, reforça uma ideia de que o seu sofrimento e as suas experiências emocionais não só são altamente desvalorizados, como são e devem ser punidos. Essas reações, e outras similares, podem resultar numa falta de comunicação com os pais e isolamento, onde os adolescentes, devido justamente ao medo de reações desta natureza, se sentem incapazes de pedir ajuda ou discutir abertamente os seus problemas e emoções

com os pais, que, como referido, são frequentemente uma das figuras centrais no processo de busca de ajuda profissional e tratamento e recuperação do adolescente (Duarte et al., 2019a; Townsend et al., 2021)

A outra barreira que se afigurou igualmente significativa é o medo do julgamento e do estigma. O estigma refere-se essencialmente a estereótipos, preconceitos e discriminações relativas a características, condições e comportamentos considerados socialmente inaceitáveis (Goffman, 1963 citado por Staniland et al., 2022). Condições de saúde mental e sintomas e comportamentos associados são especialmente suscetíveis a serem alvo de estigma, muitas vezes devido a uma perceção social de que essas condições são ou devem ser controláveis e, por isso, o indivíduo é considerado “culpado” pelas suas vivências e dificuldades relativas à sua saúde mental (Banerjee & Meheli, 2022; Staniland et al., 2022). O estigma relativo à saúde mental é sobretudo resultado de desinformação e conceções erróneas e, no caso dos comportamentos autolesivos, essa discriminação, como referido anteriormente, assenta sobretudo numa crença social ainda muito prevalente de que estes comportamentos têm uma intenção ou finalidade puramente manipulativa, ou que são uma “moda” ou tentativa de chamar a atenção, e não como sendo uma forma de lidar com o sofrimento (Banerjee & Meheli, 2022; Burke et al., 2018; Staniland et al., 2022).

Desta forma, o estigma associado aos comportamentos autolesivos revela-se uma barreira significativa no processo de procura de ajuda, sendo frequentemente um fator que desincentiva os indivíduos a buscar ajuda, podendo também levá-lo a não aderir ao tratamento ou até mesmo a rejeitá-lo completamente. Estudos, bem como estes resultados, sugerem que as pessoas que se autolesionam têm conhecimento do estigma em torno dos seus comportamentos, o que contribui para o medo do julgamento e rótulos negativos, como, por exemplo, “malucos” ou “manipuladores” (Banerjee & Meheli, 2022; Staniland et al., 2022). Este receio não só dificulta o pedido de ajuda, como também leva os indivíduos a esconderem os seus comportamentos, mentir sobre a sua origem, ou até mesmo escolher zonas do corpo menos visíveis para se autolesionar (Long, 2017). Por exemplo, um participante mencionou chegar a cortar-se na palma dos pés, de forma que os seus comportamentos não fossem descobertos.

Além disto, indivíduos com comportamentos autolesivos e outras condições de saúde mental podem facilmente internalizar estes estereótipos e percepções negativas e erróneas acerca dos seus comportamentos e desenvolver estigma interno (Long, 2017; Staniland et al., 2022). O estigma interno contribui para sentimentos intensos de vergonha e aumenta o isolamento e a alienação, e contribui ainda mais para que os adolescentes escondam os seus comportamentos e, assim, a evitar procurar ajuda (Long, 2017; Park et al., 2020).

Desta forma, o estigma, tanto interno como externo, pode levar estes jovens a temer que os outros, incluindo familiares, amigos e profissionais de saúde, os vejam de forma negativa, podendo ser vistos como "fracos", como referiu especificamente um participante ("Iam todos rir de mim e achar que estava a ser fraca..."), ou que estão apenas a tentar chamar a atenção, o que resulta num isolamento ainda maior.

Quanto às barreiras intrapessoais, destaca-se, em particular, a dificuldade em articular e expressar os seus problemas e sentimentos. Estudos têm vindo a sugerir que jovens com comportamentos autolesivos tipicamente sentem dificuldade em identificar e distinguir os seus estados emocionais, o que os pode levar a recorrer à autolesão como estratégia de regulação emocional e como forma de exprimir o seu sofrimento (e.g. Cerutti et al., 2018). A par disto, a literatura tem encontrado uma relação entre dificuldades em identificar e exprimir as emoções e as relações familiares. Conforme resumido por Adrian et al. (2010), quando os adolescentes pertencem a ambientes familiares pouco acolhedores, nos quais os pais invalidam as suas expressões emocionais, a sua capacidade de reconhecer, exprimir e regular as emoções é afetada, o que aumenta a sua vulnerabilidade para recorrer a comportamentos autolesivos como forma de regulação emocional. Por exemplo, o participante que fez mais referências a estas dificuldades descreveu ser proveniente de um ambiente familiar onde as suas dificuldades e sofrimento eram frequentemente invalidadas e desvalorizadas. Destaca-se o facto de que, quando pediu aos pais para mudar de escola para escapar ao *bullying* que sofria, bem como a presença de um ex-namorado abusivo, o seu pedido foi rejeitado, o que o obrigou a permanecer num ambiente negativo, que contribuiu para um agravamento do seu estado mental ("Eu não queria continuar ali, não era um

sítio bom, nem para a minha cabeça, nem para nada.”). A par disto, revela ter pedido aos pais para receber ajuda psicológica, mas este pedido foi igualmente rejeitado (“Quando eu pedi ajuda, a minha resposta foi “não.” E eles não perceberam que foi um pedido de ajuda, sendo que eu já lhes tinha dito que estava a sofrer...”).

Conversamente, no que toca aos facilitadores interpessoais, alguns adolescentes identificaram a família, nomeadamente os pais, como sendo um dos principais potenciadores da procura de ajuda profissional para os seus comportamentos autolesivos. Em muitas situações, foram os pais, especialmente as mães, que notaram mudanças significativas no comportamento dos filhos (e.g. “A minha mãe notou que eu estava muito isolada, muito sozinha, que andava triste...”) e tornaram-se agentes ativos na procura de ajuda profissional. Um participante destaca que não queria ajuda para os seus comportamentos, mas, por insistência e imposição da mãe, foi encaminhado para os profissionais de saúde mental (“Não pedi ajuda, fui obrigada pela minha mãe [a ir ao psicólogo.]”), demonstrando um compromisso em priorizar a saúde mental do filho, mesmo que isso envolvesse forçar o adolescente a aderir ao tratamento. Assim, a capacidade dos pais de reconhecerem que “havia alguma coisa ali errada” é vital para a intervenção precoce. As mães, em particular, desempenharam um papel ativo no que toca a abordar as preocupações dos adolescentes.

A ajuda de profissionais de saúde também se demonstrou significativa. As narrativas do contacto prévio com psicólogos, pedopsiquiatras e enfermeiros escolares mostram que estes ajudaram a criar uma rede de apoio que, em muitos destes casos, funcionou como facilitador no reconhecimento e aceitação da necessidade de tratamento. Alguns participantes já usufruíam de acompanhamento psicológico desde cedo. Por exemplo, um adolescente começou a frequentar ao psicólogo aos 5 anos, mas admitiu não gostar nem confiar no psicólogo, por isso os pais retiraram-nos das consultas. Aos 11 anos voltou a ter acompanhamento psicológico, mas abandonou o processo pelas mesmas razões. Aos 13 anos, contudo, a mãe “obrigou-o” a ter consultas de psicoterapia, sendo que foi desta última vez que o adolescente foi dirigido ao internamento hospitalar, que foi instrumental para o ajudar a parar os seus comportamentos, apesar de admitir

ainda sentir vontade de se autolesionar (“Já não me corto há algum tempo, mas eu gostava muito...”).

Por outro lado, os psicólogos e enfermeiros escolares desempenharam também um papel fundamental no processo de encaminhamento dos adolescentes para o hospital, servindo como um elo de ligação crucial entre o acompanhamento na escola e o início do tratamento hospitalar. Essas intervenções precoces, tanto por parte de psicólogos e pedopsiquiatras quanto por enfermeiros, facilitaram o pedido de ajuda, transmitindo a estes adolescentes a noção de que o apoio profissional estava disponível e acessível.

Além disso, salienta-se que, em algumas narrativas, a interação com os profissionais de saúde foi mediada pelos pais. Por exemplo, um participante mencionou que os pais se dirigiram ao médico de família imediatamente após descobrirem os seus comportamentos autolesivos, indicando uma abordagem proativa para garantir que o filho recebesse o apoio necessário. Outro adolescente revelou na sua narrativa que a enfermeira da escola, em colaboração com a mãe, perguntou se o adolescente desejava ver um psicólogo. Este caso demonstra a relevância que a colaboração entre a família e os profissionais de saúde pode ter no processo de tratamento e recuperação do adolescente com comportamentos autolesivos.

Além dos profissionais de saúde no ambiente escolar, alguns adolescentes destacaram também os professores como figuras importantes na procura de ajuda formal. Não é incomum professores e funcionários das escolas referirem sentir dificuldades em intervir e lidar com estudantes com comportamentos autolesivos (Colville et al., 2024), contudo, os adolescentes que receberam intervenção e apoio dos seus professores relataram experiências globalmente positivas, citando a intervenção dos docentes como sendo fulcrais no seu processo de encaminhamento para ajuda profissional. Na maior parte dos casos, os professores foram dos primeiros a reparar nos comportamentos e problemas dos adolescentes e dirigiram-se a eles diretamente (e.g.” E os professores repararam e foram falar comigo e perguntavam-me se eu queria ajuda, se queria ajuda psicológica...”).

Alguns dos adolescentes destacaram também o incentivo e apoio de amigos como um forte facilitador do seu pedido de ajuda para fontes formais. Como mencionado, os amigos são frequentemente as primeiras fontes a que os adolescentes se dirigem quando pedem ajuda para os seus comportamentos. Uma revisão sistemática de Hall e Melia (2022) evidenciou o papel essencial das amizades nos comportamentos autolesivos em adolescentes, especialmente no que toca ao pedido de ajuda, destacando que a presença e a disponibilidade emocional dos amigos criam um ambiente acolhedor e seguro, onde o adolescente se sente mais confortável para partilhar experiências e desafios, incluindo questões relacionadas com os seus comportamentos autolesivos. Além disso, os amigos podem desempenhar um papel ativo ao incentivar o adolescente a cessar os comportamentos autolesivos e a procurar ajuda de adultos e/ou profissionais de saúde mental (e.g. “A minha melhor amiga (...) dizia-me sempre para parar, ou para dizer aos meus pais, ou para ir procurar ajuda...”), com um dos participantes revelando, inclusive, que a sua melhor amiga estava até disposta para contribuir financeiramente para o seu apoio psicológico (“E a minha melhor amiga estava disposta a pagar para a minha psicóloga.”).

Aqui, foi identificado um único facilitador intrapessoal: o desespero. O desespero no contexto dos comportamentos autolesivos tem sido alvo de estudo. Um estudo de Gray et al. (2021) encontrou uma relação estreita entre sentimentos explícitos de desespero e comportamentos autolesivos e suicidários, e que o desespero pode agir como um fator de risco para comportamentos suicidários. Além disto, na sua investigação, Brittlebank et al. (1990, citado por Gray et al., 2021) descobriram que indivíduos que retornaram ao hospital devido a comportamentos autolesivos relataram níveis mais altos de desespero do que na sua visita inicial. Isso sugere que o desespero não só persiste entre aqueles que realizam estes comportamentos, como também pode contribuir para a sua recorrência. Isto é relevante, pois o participante que referiu os sentimentos de desespero como o promotor da sua busca de ajuda é também aquele que tem o maior histórico de internamentos, tendo sido internado em hospital um total de nove vezes, e revelou em mais de uma ocasião ter ideação suicida e intenção de morte (“As partes más... se não forem pessoas a impedir-me [cometeria suicídio]...”)

Segue-se a análise das narrativas acerca das barreiras e facilitadores no caso dos adolescentes que pediram ajuda.

3. Tabela 3 - Barreiras e Facilitadores dos Adolescentes que Pediram Ajuda (C)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N	
Barreiras interpessoais Total de u.r. 42	Problemas no seio familiar	28	2	“A minha irmã é aquele tipo de pessoa de “ahhh problemas psicológicos não existem, tens de tentar ser feliz, pensa nas crianças da África!” (1) “A minha mãe e eu temos uma relação um pouco estrita e difícil.” (2)
	Dificuldades concretas	14	2	“Eu lá no Brasil também tentei pedir ajuda, mas nós vivíamos numa cidade muito rural e muito pequena então...” (1) “A consulta [com a psicóloga] era impossível.” (7)
Facilitadores interpessoais Total de u.r. 52	Profissionais de saúde e entidades de proteção	27	3	“A minha ajuda que eu tinha era a minha psicóloga.” (7) “Eu tinha pedido ajuda para a CPCJ (...)” (7)
	Família	20	3	“Logo a partir daí foi quando a minha mãe realmente tentou fazer pressão ao máximo para ter uma consulta (2)” “E em casa eu tentava ajudar a minha mãe, e ao ajudar ela ficava mal, por ver ela mal... depois ficávamos nós as duas mal...” (7)
	Escola	5	3	“(…) e [os professores] tentavam-me ajudar da melhor maneira.” (2) “(…) senti que tive o apoio necessário da parte dos professores.” (2)
Facilitadores intrapessoais Total de u.r. 31	Psicopatologia	14	3	“(…) por causa da minha doença (...)” (2) “Eu tinha depressão (...)” (7)
	Comportamentos suicidários	15	1	“(…) era porque eu não queria estar aqui.” (2) “Aos 12 anos foi a primeira vez que eu pesquisei online como é que eu me poderia matar porque eu não queria mais estar aqui.” (2)
	Desespero	1	1	“Entrevistador: (...) Foi o desespero que te fez pedir ajuda?... Participante: Hum hum.” (7)

	Medo de piorar	1	1	“Entrevistador: Achas que é um bocado o medo de piorar, se calhar? (...)?” Participante: Sim.” (7)

Os restantes três dos dez participantes deste estudo pediram diretamente ajuda para os seus comportamentos.

No que toca às barreiras interpessoais identificadas, há uma grande prevalência de problemas no seio familiar. Destes, os que se mostraram mais significativas são aqueles referentes ao estigma e desvalorização dos problemas dos filhos por parte dos pais.

Como referido, o estigma e os preconceitos relativos aos comportamentos autolesivos e outras condições de saúde mental contribuem para que as dificuldades sentidas pelos adolescentes sejam desvalorizadas, e influenciam fortemente a forma como os outros, incluindo os pais, respondem às suas necessidades. Tem-se demonstrado que o estigma relativo a estes comportamentos está relacionado com sentimentos de raiva, reações emocionais negativas, ausência de simpatia e, inclusive, uma menor predisposição para ajudar estes indivíduos (Banerjee & Meheli, 2022; Park et al., 2020; Staniland et al., 2022).

Destaca-se, por exemplo, um estudo de Dawson et al. (2023) que mostrou que as representações das funções dos comportamentos autolesivos influenciam significativamente as respostas dos participantes a esses comportamentos. Especificamente, uma maior perceção de funções de natureza intrapessoal (e.g. como forma de regulação de afetos ou autopunição) suscitam mais simpatia e respostas de ajuda por parte dos participantes, bem como níveis mais reduzidos de zanga e respostas discriminatórias. Conversamente, uma maior perceção de funções interpessoais (e.g. Influência Interpessoal ou Ligação aos Pares) foi associada a níveis mais elevados de culpabilização, raiva, e respostas discriminatórias. Além disso, o estudo demonstrou que, quando o comportamento foi percebido como sendo motivado socialmente, as respostas de ajuda diminuíram bastante quando em comparação àqueles que percebiam os comportamentos autolesivos como sendo motivados por fatores intrapessoais. É importante também destacar que, nesta investigação,

os participantes sem história de autolesão mostraram-se particularmente propensos a ver as funções interpessoais dos comportamentos autolesivos, especialmente a Influência Interpessoal, não como um pedido de ajuda ou forma de comunicar o sofrimento, mas, antes, maioritariamente como tendo intenções negativas, de manipular ou magoar os outros, o que reduz ainda mais a disponibilidade para oferecer apoio e ajuda.

Desta forma, torna-se evidente que as representações sobre as funções dos comportamentos autolesivos nos adolescentes podem afigurar-se como fortes facilitadores ou obstáculos no processo de procura e oferta de ajuda. Quando os comportamentos são vistos numa luz empática, como um recurso intrapessoal para lidar com emoções intensas, há uma maior predisposição para ajudar e promover um ambiente onde o adolescente se sentirá apoiado e acolhido. Por outro lado, conceções erradas acerca das funções da autolesão podem contribuir para reforçar barreiras, desincentivando e dificultando o pedido de ajuda por parte dos adolescentes e reduzindo a capacidade dos pais de compreender e responder de forma adequada às necessidades dos filhos (Staniland et al., 2022). Assim, desmistificar estas conceções e sensibilizar para a complexidade das motivações por trás dos comportamentos autolesivos pode ser crucial para promover respostas de ajuda mais empáticas e eficazes. Neste sentido, há que destacar a falta de literacia em saúde mental enquanto um problema central no que toca ao estigma e a desvalorização destes comportamentos e outras condições de saúde mental. A literacia em saúde mental, como definida por Loureiro et al., 2014, refere-se ao conhecimento sobre perturbações mentais e a compreensão do valor de procurar ajuda, o que pode permitir aos jovens perceber que o pedido de ajuda é uma forma saudável de lidar com os seus comportamentos, em vez de algo que deva ser motivo de vergonha ou visto como “fraqueza”.

Estas respostas estigmatizantes e de desvalorização por parte dos pais são especialmente evidentes no caso de um dos participantes, que, quando pediu à mãe para receber ajuda psicológica, foi recebido com uma reação negativa, que refletiu preconceitos e uma falta de compreensão sobre os seus problemas (“O discurso inicial da minha mãe depois de falar, quando veio-me abordar foi de... o tal primeiro discurso, “vão-te chamar de maluca, tens a certeza que queres isso?”... É aquele típico discurso inicial, porque era o tema de “vão-te chamar de maluca, tens a certeza que queres ir

para isso? Depois vais ter que tomar medicação, vais ser maluca, já sofreste...”). Adiciona-se que, depois de ter sido sinalizado à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), a mãe teve uma resposta similar, na qual, em vez de demonstrar preocupação ou desejo de ajudar o filho, expressou zanga e frustração, dizendo que este era mais um "problema" que precisava de resolver. Outro participante relata também que, quando tentou pedir ajuda à irmã, esta respondeu dizendo que “problemas mentais não existem,” o que desencorajou e dificultou ainda mais o seu acesso a cuidados de saúde mental quando necessitava deles.

Outras barreiras interpessoais relatadas pelos participantes que pediram ou pretendiam pedir ajuda prendem-se por dificuldades concretas. Entre estes, destaca-se a falta de acesso a recursos ou serviços de saúde mental (“Mesmo que fôssemos, tipo, ao hospital da cidade, que era a 30 minutos de lá onde vivíamos, mesmo assim nem sei se eles tinham alguma coisa psiquiátrica ou pedopsiquiátrica...”), e obstáculos e dificuldades sentidas no processo de marcar consultas com profissionais de saúde, como listas de espera muito longas (“Porque eu não tinha psicóloga (...) e para marcar demora meses”), que impedem o início imediato de um acompanhamento que pode ser essencial para as necessidades do adolescente, e que muito frequentemente prolongam e contribuem para o agravamento dos comportamentos autolesivos (Quinlivan et al., 2023).

Algo importante a salientar é que estes participantes não referiam nenhuma barreira intrapessoal. É possível, tendo presente a análise das narrativas destes adolescentes que pediram ajuda, levantar a hipótese de que esta ausência de barreiras intrapessoais poderá dever-se a um grau elevado de autoconsciência e aceitação dos seus estados emocionais, que promoveu e facilitou o desejo de procurar ajuda.

De acordo com Hta et al. (2021), a autoconsciência é crucial para a procura de ajuda, uma vez que o reconhecimento dos próprios problemas e estados emocionais incentiva o desejo de melhorar e superar os seus problemas e dificuldades. Adicionalmente, a perceção dos cuidados de saúde mental como um recurso fundamental para ultrapassar e melhor lidar com os seus problemas contribui para esta predisposição. Assim, a autoconsciência pode contribuir para reduzir barreiras internas como a vergonha ou o medo do julgamento, e uma menor internalização do estigma,

permitindo que os adolescentes se sintam mais confortáveis e dispostos a procurar ajuda para os seus comportamentos e a superar barreiras externas.

Por exemplo, tendo presentes as narrativas destes três adolescentes: um desejava ajuda psicológica desde jovem, o que sugere uma visão favorável sobre o apoio psicológico, e a sua persistência e procura ativa de ajuda profissional, mesmo estando sujeito às barreiras concretas referidas e estigma e desvalorização por parte da família, sugere uma maior disposição para superar essas barreiras externas. Outro, que relatou explicitamente o estigma enquanto barreira ao seu pedido de ajuda, parece ter desenvolvido uma consciência crítica acerca desses temas, que o ajudou a reconhecer a importância do apoio psicológico. O terceiro participante, por outro lado, já beneficiava de acompanhamento psicoterapêutico desde cedo (“Tenho muitos, muitos, muitos, muitos anos que eu tenho [acompanhamento psicológico]”), o que pode ter contribuído para desenvolver uma visão positiva e normalizada sobre a saúde mental e uma menor internalização de estigmas, que o impulsionou a procurar ajuda voluntariamente quando sentiu que esta era necessária.

Neste sentido, verificou-se que o principal facilitador interpessoal para o pedido de ajuda nestes adolescentes foi proveniente do contacto prévio com profissionais de saúde, especialmente os psicólogos e enfermeiros escolares, aos quais dois dos participantes se dirigiram primeiramente (e.g. “[pediu ajuda] imediatamente depois de eu perceber que havia uma psicóloga na escola”) e que desempenharam um papel ativo na identificação da necessidade de ajuda e motivar os adolescentes a avançar com a procura de serviços mais especializados (e.g. “A psicóloga da escola [...] disse que eu precisava de ajuda de um médico e que me ia mandar para um hospital.”).

Além disso, a ajuda institucional, especialmente entidades de proteção como a CPCJ, teve um papel crucial. Ao responder ao pedido de ajuda do adolescente, a CPCJ forneceu orientações e encaminhou-o para uma casa de acolhimento, onde residiu durante um ano. Durante essa estadia, o adolescente parou os comportamentos autolesivos (“Não tenho mais. Eu... última vez que eu me cortei foi quando eu andava na instituição. Depois nunca mais me cortei.”), algo que atribui ao apoio psicológico recebido e ao fortalecimento da sua autoconfiança, que o ajudou a lidar com o

bullying que sofria. A sua determinação para melhorar e a iniciativa de procurar ajuda tonaram-no menos vulnerável a sentimentos negativos e, assim, menos propício a recorrer à autolesão como forma de regulação emocional.

Um participante destaca o apoio e iniciativa da mãe enquanto facilitador do seu acesso a cuidados de saúde mental profissionais, afirmando que esta “realmente tentou fazer pressão ao máximo para ter uma consulta.” Contudo, esta procura de ajuda ativa para o filho tenha sucedido apenas quando a condição do adolescente chegou a um ponto crítico, após ter sido vítima de abuso sexual por parte de um parente, e não quando se verificaram os primeiros sinais de problemas psicológicos, para os quais pediu ajuda (“Sim, eu já queria [acompanhamento psicológico]. Só que no início não era aceite. Só após o trauma é que a minha mãe quis que eu fosse”). É importante referir também que, no seguimento deste evento traumático, o participante não recebeu apoio da família. Antes pelo contrário, foi desincentivado a apresentar queixa do abusador (“Ainda considerei apresentar queixa, mas não tive apoio dos meus avós, como era um familiar...”). Esta falta de apoio por parte dos familiares reflete uma grande desvalorização do sofrimento do adolescente, o que contribuiu, em muito, para o agravamento das suas dificuldades emocionais.

Adicionalmente, um dos participantes relata a depressão da mãe como um dos principais facilitadores do seu pedido de ajuda. Investigações têm vindo a reportar dados mistos no que toca à relação entre depressão e sintomas depressivos por parte dos pais e comportamentos autolesivos nos adolescentes (e.g. Gromatsky et al., 2016). Contudo, este relata que a mãe, estando medicada, não estava totalmente disponível para conversar ou providenciar apoio ao filho (“Depois a minha mãe... ela tomava muitos, muitos, muitos comprimidos para a depressão e ela ficava completamente dopada. Não dava para ter uma conversa normal com a minha mãe”) e que, vendo a mãe neste estado tão negativo, o estado mental do adolescente, que igualmente revelou ter sintomas de ordem depressiva, era agravado ainda mais (“Depois, a minha mãe... ver a minha mãe assim ficava mal...”), o que o motivou a procurar ajuda.

Quanto a psicopatologia, verifica-se uma grande preponderância de depressão e sintomas de ordem depressiva, com dois dos três participantes apontando para a sua depressão como principal

motivador do seu pedido de ajuda. Adicionalmente, o terceiro participante revela ter recebido o diagnóstico formal de perturbação *borderline* da personalidade (PBP). A PBP é uma das poucas psicopatologias na qual comportamentos autolesivos e suicidários são explicitamente indicados como critérios de diagnóstico no DSM-V (American Psychiatric Association, 2013). Além disso, estima-se que entre 60% a 70% dos indivíduos com PBP tentarão cometer suicídio pelo menos uma vez na vida e que cerca de 10% destes morrerão de suicídio (Oldham, 2006; Braz Saraiva et al., 2014). Neste sentido, há que referir que este participante é também o único dos adolescentes que pediram ajuda que reportou ter comportamentos suicidários.

Por fim, um participante identificou sentimentos de desespero e medo de que os seus comportamentos piorassem como facilitadores do seu pedido de ajuda. Estes fatores têm sido alvo de pesquisa, nomeadamente, como referido anteriormente, o desespero. Apesar de se focar em jovens adultos, destaca-se o estudo recente de Salvador et al. (2023), focado em analisar as barreiras e facilitadores do pedido de ajuda para os comportamentos autolesivos, que encontrou que o medo de que os seus comportamentos piorem e sentimentos de desespero estão entre os motivadores mais comumente referidos para a busca de ajuda.

Para finalizar, segue-se a análise das narrativas dos adolescentes relativas às suas representações das barreiras e facilitadores do pedido de ajuda.

4. Tabela 4 - Narrativas das Representações das Barreiras e Facilitadores do Pedido de Ajuda (D)

Categorias	Subcategorias	Unidades de registo	N	
Barreiras interpessoais Total de u.r. 31	Medo do julgamento e de ser estigmatizado	13	5	“Têm medo do que as pessoas possam pensar deles.” (3) “Por medo do julgamento, medo de gozarem com eles...” (10)
	Ambivalência/não querer ajuda	4	4	“É complicado porque nem todos querem ajuda.” (4) “É aquilo que eu disse, ela quer ajuda, mas não quer ajuda.” (5)

	Medo de reações negativas	3	2	“Nós não sabemos como é que as pessoas vão reagir.” (2) “Medo (...)” (9)
	Estigma social e falta de literacia em saúde mental	8	1	“(...) tem a ver com o estigma que a sociedade tem (...)” (2) “O tal estigma, do facto, se calhar, da automutilação, porque eu sou “maluca”, “porque que é que tu fazes isso a ti própria? Isso é simplesmente estúpido.”” (2)
	Medo de incomodar	1	1	“(...) também podem ter medo de incomodar.” (4)
	Preocupação com o sigilo/anonimato	1	1	“Não quererem que alguém conte a outra pessoa.” (8)
Barreiras intrapessoais	Vergonha	1	1	“(...) vergonha (...)” (9)
Total de u.r. 2	Dificuldade em expressar-se	1	1	“Não sabem como pedir ajuda, expressar-se...” (8)
Facilitadores intrapessoais	Medo de piorar	5	1	“Porque eles ao pedirem ajuda evitam de fazer uma coisa pior.” (7) “Uma pessoa que está sozinha, que já está com problemas, e está a enfrentar sozinha, só vai pensar em fazer porcaria.” (7)
Total de u.r. 7	Desespero	2	1	“Porque se sentem desesperados” (3) “Eu acho que ninguém faz isto por atenção. Eu acho que fazem isto porque precisam de ajuda.” (3)

As representações sociais são definidas como se tratando de uma forma de conhecimento partilhado que não só é refletida, mas também influencia ativamente os comportamentos das pessoas, definindo a maneira como interpretamos e respondemos aos estímulos do nosso ambiente — em outras palavras, moldam a nossa compreensão do mundo e a forma como agimos (Moscovici, 1961, citado por Duarte et al., 2020). Desta forma, as representações das barreiras e facilitadores do pedido de ajuda referem-se às perceções partilhadas pelos adolescentes relativas aos obstáculos que inibem, bem como dos fatores que encorajam, a procura de ajuda, desempenhando

um papel crucial na tomada de decisão sobre pedir, ou evitar, ou até mesmo rejeitar ajuda psicológica.

Na análise das narrativas sobre as representações das barreiras e facilitadores do pedido de ajuda, observou-se uma congruência significativa entre as representações dos adolescentes sobre esses fatores e as experiências que descreveram nas seções anteriores. Em muitos casos, os adolescentes identificaram barreiras e facilitadores que não só se alinham com a literatura, mas também com os próprios obstáculos e facilitadores que mencionaram individualmente, ao refletirem sobre as suas experiências do pedido de ajuda.

O medo do julgamento e de ser estigmatizado revela-se novamente como a principal barreira ao pedido de ajuda, afirmando que os jovens podem não pedir ajuda porque “têm medo do que as pessoas possam pensar deles” ou que possam até ser “gozados” ou receberem rótulos negativos (e.g. “Podem dizer “ah, aquele é maluquinho... ele corta-se...”).

Um outro fator que se também provou significativo nas narrativas é a ambivalência. Os adolescentes afirmaram que outros jovens com comportamentos autolesivos podem sentir ambivalência relativamente ao seu pedido de ajuda (“É aquilo que eu disse, ela quer ajuda, mas não quer ajuda.”). Estudos, como o de Gray et al. (2023) encontraram que muitos indivíduos com estes comportamentos frequentemente reconhecem a necessidade de ajuda, mas, ao mesmo tempo, sentem-se relutantes em procurá-la ou aceitá-la porque temem prescindir da autolesão enquanto um mecanismo de *coping*. A perceção dos comportamentos autolesivos como sendo uma estratégia eficaz de regulação emocional pode gerar uma sensação de “dependência” naqueles que realizam esses comportamentos. Em alguns casos, indivíduos com comportamentos autolesivos relatam preocupações sobre não terem outras estratégias para lidar com os seus estados emocionais negativos e sentem um desejo de preservar a autolesão como uma opção viável (Kelada et al., 2017). Estes sentimentos contraditórios são evidentes na narrativa de um participante que reconhece os seus comportamentos como um mecanismo de *coping*, mas, ao mesmo tempo, admite sentir que os seus comportamentos são irracionais (“Parece que... o que eu sinto no momento... só que depois quando eu olho [para os cortes]... não faz sentido nenhum.”). Paralelamente, alguns participantes

revelaram nas suas narrativas muitas vezes não compreenderem porque é que se autolesionam (e.g. “Não tinha nem porquê eu me cortar...”). Estes sentimentos contraditórios podem ser fomentados ainda mais, dado que, em muitos casos, a autolesão pode ser tanto um meio para obter alívio de emoções intensas como, em simultâneo, uma fonte de vergonha (Kelada et al., 2017). Muitos jovens desejam que o seu sofrimento seja reconhecido, mas, ao mesmo tempo, sentiam uma grande relutância em pedir ajuda, muitas vezes porque sentiam medo de incomodar ou de sofrer reações negativas (e.g. “Também podem ter medo de incomodar.” e “Nós não sabemos como é que as pessoas vão reagir.”) (Gray et al. (2023), Assim, estes sentimentos de ambivalência impactam negativamente o pedido de ajuda pois geram confusão e hesitação nestes indivíduos no que toca a revelar os seus comportamentos autolesivos aos outros, incluindo família, amigos e profissionais de saúde (Kelada et al., 2017). Este conflito interno é, desta forma, um obstáculo ao tratamento e recuperação dos indivíduos com comportamentos autolesivos, ao limitar o acesso à ajuda que necessitam.

Adicionalmente, alguns adolescentes reconheceram que alguns jovens não querem de todo pedir ajuda para parar os seus comportamentos (e.g. “Simplesmente porque não querem pedir ajuda.”). Isto também se encontra na literatura. Por exemplo, o supramencionado estudo de Salvador et. al. (2023) sobre o pedido de ajuda para os comportamentos autolesivos encontrou que 50.5% da sua amostra (30.6% do grupo que não pediu ajuda e 19.8% dos que pediram ajuda) não queria parar de todo os seus comportamentos.

Além disto, um participante destacou em especial o estigma social e a falta de literacia em saúde mental como uma barreira significativa ao pedido de ajuda para os jovens, não só para os comportamentos autolesivos, mas também para questões de saúde mental no geral. O adolescente observa que esses comportamentos são muitas vezes vistos como “moda” ou tentativa de chamar a atenção, o que desvaloriza e deslegitima o sofrimento psicológico dos jovens. Face a isto, o participante menciona sentir-se “revoltado” com a perceção dos familiares e da sociedade em geral, que tratam problemas de saúde mental como um capricho ou exagero, impedindo a possibilidade de os jovens terem discussões abertas sobre os seus problemas e dificuldades, e inibindo o pedido de

ajuda. Este participante reforça adicionalmente que esta percepção social dos problemas de saúde mental como uma “fraqueza” ou como sendo “simplesmente estúpidos” desencoraja ainda mais a busca de ajuda, por receio de serem julgados ou ridicularizados. Este afirma que, para muitos, esses estereótipos e preconceitos resultam em sentimentos de vergonha e medo de serem vistos como “malucos”.

Desta forma, torna-se evidente que obter um melhor entendimento das narrativas dos adolescentes relativas às barreiras e facilitadores do pedido de ajuda é de grande relevância, pois permite compreender como os jovens percebem e decidem procurar apoio e ajuda, o que pode contribuir para o desenvolvimento de intervenções eficazes, reduzir estigma e promover redes de suporte adequadas à sua saúde mental.

Conclusão

Na análise das narrativas, verificou-se que um dos principais fatores que inibem a procura de ajuda por parte dos adolescentes com comportamentos autolesivos é o estigma, tanto social como interno. Estes dados sublinham ainda mais a necessidade de intervenções que não só promovam ambientes onde o adolescente se sentirá apoiado e acolhido, mas que também visam reduzir o estigma e estereótipos associados aos comportamentos autolesivos, de modo a facilitar e promover a procura de ajuda e a adesão ao tratamento.

Neste sentido, os resultados evidenciam a importância de promover a literacia em saúde mental como uma estratégia para desconstruir o estigma e mitos associados aos comportamentos autolesivos e a outras condições de saúde mental. A literacia em saúde mental permite um melhor conhecimento sobre perturbações mentais e a compreensão da importância de procurar ajuda, o que pode ajudar os jovens a reconhecer que o pedido de ajuda é uma resposta saudável para lidar com os seus comportamentos, e não uma fonte de vergonha ou sinal de “fraqueza”. Além disso, educar as comunidades sobre esses temas pode reduzir o preconceito e permitir que, tanto os adolescentes, como os adultos percebam os comportamentos autolesivos como formas de lidar com o sofrimento, e não como um comportamento “manipulativo” ou como forma de chamar a atenção.

Para além de promover atitudes mais abertas e informadas em relação ao tratamento e acompanhamento, a literacia em saúde mental contribui também para uma maior aceitação social de problemas de saúde mental e, desta forma, para a mitigação do estigma, facilitando a partilha de experiências e a procura de ajuda. Neste sentido, alguns adolescente referiram nas suas narrativas que campanhas de sensibilização, especialmente nas escolas, podem ser uma mais-valia no que toca a fomentar a literacia em saúde mental, o que tem sido corroborado em investigações (e.g. Amado-Rodríguez et al., 2022). Assim, incorporar a educação em saúde mental nas escolas e outros contextos comunitários pode ser uma ferramenta importante para capacitar os jovens para que reconheçam os sinais de sofrimento mental, saibam que existem opções de apoio e percebam que pedir ajuda não é um sinal de fragilidade, mas sim de autocuidado e resiliência.

A par disto, as narrativas chamaram também a atenção para o papel dos pais no pedido de ajuda, podendo agir tanto como facilitadores, como barreiras da busca de ajuda profissional. Tem-se mostrado que fomentar a literacia em saúde mental desempenha um papel importante em encorajar os pais a procurar ajuda profissional para os comportamentos autolesivos dos filhos (Townsend et al., 2021, 2022). É, portanto, essencial promover a consciencialização sobre a saúde mental, bem como dos recursos disponíveis para o pedido de ajuda, de modo a facilitar o acesso à assistência necessária. Além disso, evidenciou-se que uma relação positiva entre pais e filhos, na qual estes se sentem compreendidos e acolhidos, é um grande facilitador do pedido de ajuda profissional e promove a recuperação do adolescente (e.g. Curtis et al., 2018). Neste âmbito, a terapia familiar no tratamento de adolescentes com comportamentos autolesivos no sentido de reforçar a comunicação e o apoio emocional entre pais e filhos pode ser uma abordagem eficaz para estes casos (Duarte et al., 2019b).

Assim, a promoção da literacia em saúde mental e o fortalecimento do apoio familiar emergem como estratégias essenciais não apenas para facilitar o pedido de ajuda e a recuperação do adolescente, mas também para reduzir o estigma.

Implicações clínicas

Os resultados destes estudo sublinham a necessidade de criar planos e intervenções focadas na redução do estigma associado aos comportamentos autolesivos, no sentido de eliminar barreiras significativas ao pedido de ajuda. Neste sentido, é relevante integrar programas educativos e de sensibilização para questões de saúde mental, nomeadamente os comportamentos autolesivos, tanto em contextos escolares como comunitários, no sentido de combater mitos e preconceitos e promover uma visão mais empática e informada sobre estes temas, facilitando e encorajando a procura de ajuda por parte dos jovens com comportamentos autolesivos.

A par disto, a inclusão da família no processo terapêutico pode ser uma ferramenta para importante para melhorar a comunicação entre pais e filhos, fortalecendo a rede de suporte social

dos adolescentes. É também essencial que os serviços de saúde mental sejam acessíveis e adaptados às necessidades dos adolescentes, garantindo que as barreiras financeiras, geográficas e sociais não sejam obstáculos para o tratamento.

Em suma, este estudo sugere que as práticas clínicas devem ser ajustadas no sentido de incorporar uma abordagem holística e inclusiva, adaptada tanto os adolescentes, como aos seus contextos familiares e sociais, com o objetivo de fomentar o sentimentos de acolhimento, a adesão ao tratamento e a promoção do bem-estar psicológico.

Limitações e proposta de estudos futuros

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas para interpretar os seus resultados. Primeiramente, há que destacar a ausência de participantes do género masculino, sendo que a amostra se identifica quase totalmente com o género feminino, o que não permite investigar diferenças de género nas narrativas acerca das barreiras e facilitadores do pedido de ajuda para os comportamentos autolesivos.

Não incluir adolescentes sem comportamentos autolesivos limita também a compreensão de como as narrativas relativas às barreiras e facilitadores para o pedido de ajuda para os comportamentos autolesivos diferem das de quem não tem essa experiência. Esta comparação pode oferecer uma visão mais abrangente de como as barreiras e facilitadores para o pedido de ajuda variam de acordo com a experiência, ou não, de comportamentos autolesivos, o que pode permitir uma compreensão mais detalhada dos fatores que influenciam o pedido de ajuda.

Além disso, o facto de o estudo ter usado uma amostra clínica restrita a um contexto hospitalar dificulta a generalização destes resultados para contextos comunitários fora do ambiente clínico.

Por fim, estudos futuros elaborados nesta temática poderão beneficiar de uma análise das narrativas dos pais acerca do pedido de ajuda para os comportamentos dos filhos, permitindo uma comparação direta entre as narrativas dos pais e as dos próprios adolescentes. Esta abordagem

poderá oferecer uma visão mais abrangente sobre as divergências e convergências nas atitudes e crenças de ambos, evidenciando as potenciais barreiras e facilitadores que cada grupo identifica. A compreensão dessas dinâmicas familiares poderá contribuir para intervenções mais adequadas às necessidades dos adolescentes, fomentando uma comunicação mais aberta e encorajando um apoio familiar que reduza o estigma e promova o acesso a cuidados de saúde mental.

Referências bibliográficas

- Berger, E., Hasking, P., & Martin, G. (2013). 'Listen to them': Adolescents' views on helping young people who self-injure. *Journal of Adolescence*, 36(5), 935–945.
<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.07.011>
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70. (Traduzido do original em francês L'Analyse de contenu. Presses Universitaires de France, 1977.)
- Banerjee, D., & Meheli, S. (2022). Revisiting social stigma in non-suicidal self-injury: A Narrative review. *Consortium Psychiatricum*, 3(3), 6–19. <https://doi.org/10.17816/cp196>
- Bruner, J. (2004). The Narrative Creation of Self. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 3–14). Sage Publications, Inc.
- Bonnie, R. J., Backes, E. P., Alegría, M., Díaz, Á., & Brindis, C. D. (2019). Fulfilling the promise of adolescence: realizing opportunity for all youth. *Journal of Adolescent Health*, 65(4), 440–442. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.07.018>
- Botella, L. (2001). *Diálogo, Relaciones y Cambio: Una Aproximación Discursiva a la Constructivista*. FPCEE Blanquerna, Universidade Ramón Llull, Barcelona, España.
- Burke, T. A., Piccirillo, M. L., Moore-Berg, S. L., Alloy, L. B., & Heimberg, R. G. (2018). The stigmatization of nonsuicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 481–498.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22713>
- Cerutti, R., Zuffianò, A., & Spensieri, V. (2018). The role of Difficulty in identifying and describing feelings in Non-Suicidal Self-Injury Behavior (NSSI): associations with perceived attachment quality, stressful life events, and suicidal ideation. *Frontiers in Psychology*, 9.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00318>
- Chan, M., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J. M., O'Connor, R. C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 277–283.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170050>

- Chandler, A. (2017). Seeking Secrecy: A Qualitative Study of Younger Adolescents' Accounts of Self-harm. *Young*, 26(4), 313–331. <https://doi.org/10.1177/1103308817717367>
- Cheng, F. C., Hu, C., Zhang, W., Xie, H., Shen, L., Wang, B., Hu, Z., Wang, Y., & Yu, H. (2022). The influence of parenting style and coping behavior on nonsuicidal self-injury behavior in different genders based on path analysis. *PeerJ*, 10, e14507. <https://doi.org/10.7717/peerj.14507>
- Cox, J. A., Mills, L., Hermens, D. F., Read, G. J. M., & Salmon, P. M. (2024). A Systematic Review of the Facilitators and Barriers to Help-Seeking for Self-Harm in Young People: A Systems Thinking Perspective. *Adolescent Research Review*, 9(3), 411–434. <https://doi.org/10.1007/s40894-024-00241-3>
- Curtis, S., Thorn, P., McRoberts, A., Hetrick, S., Rice, S., & Robinson, J. (2018). Caring for Young People Who Self-Harm: A Review of Perspectives from Families and Young People. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), 950. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050950>
- Dawson, K., Deane, F. P., & Miller, L. M. (2023). Beliefs about the function of self-harm and stigmatizing responses: Testing the attribution model and a novel psychophysical response measure. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05492-2>
- Del Carpio, L., Paul, S., Paterson, A., & Rasmussen, S. (2021). A systematic review of controlled studies of suicidal and self-harming behaviours in adolescents following bereavement by suicide. *PLoS ONE*, 16(7), e0254203. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254203>
- Démuthová, S., & Démuth, A. (2020). Self-Harm in Adolescence as maladaptive coping. *Broad Research in Artificial Intelligence Neuroscience*, 11(2sup1), 37–47. <https://doi.org/10.18662/brain/11.2sup1/92>
- Duarte, E. (2018). Dialectos da Dor: Representações Sociais Sobre as Funções dos Comportamentos Auto-lesivos em Adolescentes [Tese de Doutorado, ISPA - Instituto

Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. Repositório ISPA.

<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6692>

- Duarte, E., Gouveia-Pereira, M., & Gomes, H. S. (2019). Development and factorial validation of the inventory of Deliberate Self-Harm behaviours for Portuguese adolescents. *Psychiatric Quarterly*, *90*(4), 761–776. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09660-1>
- Duarte, E., Pereira, M. D. C., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019a). 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*, *24*(sup1), 173–189. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1545713>
- Duarte, E., Pereira, M. D. C., Gomes, H. S., & Sampaio, D. (2019b). Social representations about the functions of deliberate self-harm: Adolescents and parents. *Journal of Adolescence*, *73*(1), 113–121. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.05.001>
- Duarte, E., Pereira, M. D. C., & Sampaio, D. (2019). Social Representations about the Functions of Deliberate Self-Harm from Adults and Adolescents: A Qualitative Study. DOAJ (DOAJ: Directory of Open Access Journals). <https://doi.org/10.9788/tp2019.4-05>
- Duarte, E., Silva, S., & Gouveia-Pereira, M. (2023). Adolescents' perceptions about Non-Suicidal Self-Injury, suicidal ideation and suicide attempts. *European Journal of Mental Health*, *18*, 1–11. <https://doi.org/10.5708/ejmh.18.2023.0004>
- Duarte, T. A., Paulino, S., Almeida, C., Gomes, H. S., Santos, N., & Gouveia-Pereira, M. (2020). Self-harm as a predisposition for suicide attempts: A study of adolescents' deliberate self-harm, suicidal ideation, and suicide attempts. *Psychiatry Research*, *287*, 112553. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112553>
- Emery, A. A., Heath, N. L., & Rogers, M. (2017). Parents' role in early adolescent self-injury: An application of self-determination theory. *School Psychology Quarterly*, *32*(2), 199–211. <https://doi.org/10.1037/spq0000204>
- Fonte, C. (2006). *A Narrativa no Contexto da Ciência Psicológica sob o Aspecto do Processo de Construção de Significados*. <http://hdl.handle.net/10284/8019>

- Fortune, S., Cottrell, D., & Fife, S. (2016). Family factors associated with adolescent self-harm: a narrative review. *Journal of Family Therapy*, *38*(2), 226–256. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12119>
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, *8*, 369. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-369>
- Gargiulo, A. (2020). Narratives of self-harm at school: Identifying trajectories of intervention in educational contexts. *Europe's Journal of Psychology*, *16*(1), 95–111. <https://doi.org/10.5964/ejop.v16i1.1883>
- Gaspar, S., Reis, M., Sampaio, D., Guerreiro, D. F., & De Matos, M. G. (2019). Non-suicidal Self-Injuries and Adolescents High Risk Behaviours: Highlights from the Portuguese HBSC Study. *Child Indicators Research*, *12*(6), 2137–2149. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09630-w>
- Gouveia-Pereira, M. D. C., Duarte, E., Gomes, H. S., Da Silva, C. T., & Santos, N. (2022). Exploring the suicidal continuum: Deliberate self-harm diversity and severity as predictors of suicidal ideation and suicide attempts. *Psychiatry Research*, *309*, 114400. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114400>
- Gray, N. S., Knowles, J., George, D., Harvey, A., Powell, R., Zadeh, M. V., Wansing, C., & Snowden, R. J. (2021). Explicit and implicit hopelessness and self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *51*(3), 606–615. <https://doi.org/10.1111/sltb.12743>
- Gray, N., Uren, H., Staniland, L., & Boyes, M. (2023). Why am I doing this? Ambivalence in the context of Non-Suicidal Self-Injury. *Deviant Behavior*, *44*(11), 1682–1700. <https://doi.org/10.1080/01639625.2023.2228451>
- Grigoryan, K., & Jurcik, T. (2020). Psychosocial predictors of non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: Literature review. *Mental Health and Family Medicine*, *16*, 905-912.

- 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), 213–222. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.05.001>
- Guerreiro, D. F., Sampaio, D., Figueira, M. L., & Madge, N. (2017). Self-Harm in Adolescents: A Self-Report Survey in Schools from Lisbon, Portugal. *Archives of Suicide Research, 21*(1), 83–99. <https://doi.org/10.1080/13811118.2015.1004480>
- Habermas, T., & De Silveira, C. (2008). The development of global coherence in life narratives across adolescence: Temporal, causal, and thematic aspects. *Developmental Psychology, 44*(3), 707–721. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.3.707>
- Hall, S., & Melia, Y. (2022). What is Known About the Role of Friendship in Adolescent Self-Harm? A Review and Thematic Synthesis. *Child & Youth Care Forum, 52*(2), 285–310. <https://doi.org/10.1007/s10566-022-09686-w>
- Halstead, R. O., Pavkov, T. W., Hecker, L. L., & Seliner, M. M. (2012). Family Dynamics and Self-Injury Behaviors: A Correlation analysis. *Journal of Marital and Family Therapy, 40*(2), 246–259. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2012.00336.x>
- Hasking, P., Rees, C. S., Martin, G., & Quigley, J. (2015). What happens when you tell someone you self-injure? The effects of disclosing NSSI to adults and peers. *BMC Public Health, 15*(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2383-0>
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet, 379*(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60322-5)
- Heeringen, K., De Leo, D., & 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>
- Hill, K. L., & Dallos, R. (2011). Young people's stories of self-harm: A narrative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 17*(3), 459–475. <https://doi.org/10.1177/1359104511423364>

- Kelada, L., Hasking, P., Melvin, G., Whitlock, J., & Baetens, I. (2017). "I do want to stop, at least I think I do": An International Comparison of Recovery from Nonsuicidal Self-Injury among Young People. *Journal of Adolescent Research*, 33(4), 416–441.
<https://doi.org/10.1177/0743558416684954>
- Kelada, L., Whitlock, J., Hasking, P., & Melvin, G. (2016). Parents' experiences of Nonsuicidal Self-Injury among Adolescents and Young Adults. *Journal of Child and Family Studies*, 25(11), 3403–3416. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0496-4>
- Klonsky, E. D., & Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements about Self-injury (ISAS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 215–219.
<https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
- Long, M. (2017b). 'We're not monsters . . . we're just really sad sometimes:' hidden self-injury, stigma and help-seeking. *Health Sociology Review*, 27(1), 89–103.
<https://doi.org/10.1080/14461242.2017.1375862>
- Miettinen, T. M., Kaunonen, M., Kylmä, J., Rissanen, M., & Aho, A. L. (2021). Experiences of help from the perspective of Finnish people who Self-Harmed during Adolescence. *Issues in Mental Health Nursing*, 42(10), 917–928. <https://doi.org/10.1080/01612840.2021.1904468>
- Morgan, S., Rickard, E., Noone, M., Boylan, C., Carthy, A., Crowley, S., Butler, J., Guérin, S., & Fitzpatrick, C. (2013). Parents of young people with self-harm or suicidal behaviour who seek help – a psychosocial profile. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 7(1).
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-13>
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2018). Self-injury age of Onset: a risk factor for NSSI severity and suicidal behavior. *Archives of Suicide Research*, 23(4), 551–563.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1486252>

- Nock, M. K. (2014). The Oxford Handbook of Suicide and Self-Injury. In *Oxford University Press eBooks*. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001>
- Park, Y., Mahdy, J. C., & Ammerman, B. A. (2020). How others respond to non-suicidal self-injury disclosure: A systematic review. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 31*(1), 107–119. <https://doi.org/10.1002/casp.2478>
- Rowe, S., French, R., Henderson, C., Ougrin, D., Slade, M., & Moran, P. (2014). Help-seeking behaviour and adolescent self-harm: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(12), 1083–1095. <https://doi.org/10.1177/0004867414555718>
- Saraiva, C. B., Peixoto, B., & Sampaio, D. (2014). *Suicídio e Comportamentos Autolesivos*. Lisboa: Lidel.
- Salvador, V. F., Pereira, M. D. C., Simões, B., & Duarte, E. (2023). Young adults who self-harm: Barriers to and facilitators of seeking help. *Psychiatry Research, 327*, 115390. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115390>
- 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.
- Simone, A. C., & Hamza, C. A. (2020). Examining the disclosure of nonsuicidal self-injury to informal and formal sources: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 82*, 101907. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101907>
- Staniland, L., Hasking, P., Lewis, S. P., Boyes, M., & Mirichlis, S. (2022). Crazy, Weak, and Incompetent: A Directed Content Analysis of Self-Injury Stigma Experiences. *Deviant Behavior, 44*(2), 278–295. <https://doi.org/10.1080/01639625.2022.2038022>
- Townsend, M. L., Miller, C. E., Matthews, E. L., & Grenyer, B. F. S. (2021). Parental Response Style to adolescent Self-Harm: Psychological, social and functional impacts. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(24), 13407. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413407>

- Townsend, M. L., Matthews, E. L., Miller, C., & Grenyer, B. F. S. (2022). Adolescent self-harm: Parents' experiences of supporting their child and help-seeking. *Journal of Child Health Care*, 27(4), 516–530. <https://doi.org/10.1177/13674935211062334>
- Turner, B., Miller, L., & Deane, F. (2023). Social comparison of mental health, deliberate self-injury and Help-Negation. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01053-7>
- Victor, S. E., Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2012). Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, 197(1–2), 73–77. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.011>
- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., & Tao, F. (2015). Impact of childhood abuse on the risk of Non-Suicidal Self-Injury in mainland Chinese Adolescents. *PLoS ONE*, 10(6), e0131239. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131239>
- Wang, X., Huang, X., Huang, X., & Zhao, W. (2022). Parents' lived experience of adolescents' repeated non-suicidal self-injury in China: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03715-7>
- Wang, Y., Luo, B., Hong, B., Yang, M., Zhao, L., & Jia, P. (2022). The relationship between family functioning and non-suicidal self-injury in adolescents: A structural equation modeling analysis. *Journal of Affective Disorders*, 309, 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.124>
- Wang, H., Yu, P., Sun, H., Zhang, Z., & Zhu, Y. (2024). The relationship between social exclusion and non-suicidal self-injury (NSSI) of college students: The mediating effect of rumination. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-06206-y>
- Warne, N., Heron, J., Mars, B., Moran, P., Stewart, A., Munafò, M., Biddle, L., Skinner, A., Gunnell, D., & Bould, H. (2021). Comorbidity of self-harm and disordered eating in young people: Evidence from a UK population-based cohort. *Journal of Affective Disorders*, 282, 386–390. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.053>

Washburn, J. J., Juzwin, K., Styer, D. M., & Aldridge, D. (2010). Measuring the urge to self-injure: Preliminary data from a clinical sample. *Psychiatry Research*, *178*(3), 540–544.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.05.018>

Washburn, J. J., Soto, D., Osorio, C. A., & Slesinger, N. C. (2022). Eating disorder behaviors as a form of non-suicidal self-injury. *Psychiatry Research*, *319*, 115002. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.115002>

ANEXOS

ANEXO A – Grelha Categoria da Pré-Categoria: Caracterização Dos Comportamentos Autolesivos (A)

Categoria	Subcategoria	Componentes da Subcategoria	Exemplos de unidades de registo
Métodos dos CAL	Cortes	Prática de cortes	“(…) prontos, já me cortava...” (2) “(…) eu por exemplo cortava-me.” (5) “(…) quando eles descobriram que eu me cortava (...)” (9)
		Local do corpo (participante menciona o local do corpo onde se se cortou)	“Já me cortei na palma dos pés” (3) “Foi porque tinha os braços todos cortados.” (6)
		Frequência (participante menciona a frequência com que se corta)	“Cortes, tipo, às vezes quando tenho recaídas.” (4) “(…) quando eu cheguei lá, eu cortava-me toda a semana” (7) “Participante: (...) mas passei a fazer mais vezes. Entrevistador: Cortes? Participante: Sim.” (8)
		Aumento da severidade (Participante expressa um aumento da severidade dos corte)	“Os cortes que eram pequeninos começaram a ser muito maiores.” (2) “Depois foi a Gillette... depois ia mais fundo, ia mais fundo, ia mais fundo...” (3) “Depois teve um corte que foi o pior.” (7)
	Queimaduras		“Mais tarde depois também me queimei” (2) “(…) e... queimaduras...” (4)
	Arranhões		“(…) tenho esse tique nervoso de me ir arranhando às vezes” (2) “Arranhava-me muito” (3)
	Batidas/pancadas		“(…) batia, essas coisas assim...” (7)
	Ingestão de medicamentos		“Sempre foi com medicamentos. Tanto que houve alturas em que tive que ser controlada em termos de medicação...” (2) “(…) tinha tomado vários comprimidos (...)” (8)
	Mordeduras		“Às vezes morder-me” (2)

	Arrancar a pele		“(…) arrancar a pele (…)” (2)
	Furar com o compasso		“Na escola, com o compasso... furava-me...” (3)
	Banhos muito quentes ou muito frios		“Às vezes banhos muito quentes (…)
Diversidade de métodos (Participantes que praticam mais de um método de CAL)			ou água que está muito gelada (…)” (2) “Arranhar-me” (2) “(…) mordida até arrancar” (2) “(…) arrancar a pele (…)” (2) “(…) o período em que me queimava” (2) “Sempre foi com medicamentos. Tanto que houve alturas em que tive que ser controlada em termos de medicação...” (2) “Na escola, com o compasso... furava-me...” (3) “E cortar-me...” (3) “Arranhava-me muito” (3) “Era cortes (…)” (4) “Queimaduras... melhorou...” (4) “eu cortava-me...” (7) “(…) de me bater” (7)
Funções	Funções interpessoais	Influência interpessoal: pedido de ajuda	“Talvez seja um pedido de ajuda que passa discreto.” (2) "Eu acho que isto reflete um pouco de pedir ajuda, mas não querendo mostrar que querem pedir ajuda.” (5) “Acho que são uma forma de pedir ajuda... quando não sabemos pedir ajuda... de perceberem que não estamos bem...” (8) "As pessoas fazem isso, tipo, para pedir ajuda... Para se preocuparem com elas." (10)
	Funções intrapessoais	Autorregulação dos afetos	“No fundo é não conseguir lidar com as próprias emoções e fazer alguma coisa para aliviar essa dor” (1) “(…) nós fazemos no momento para ter um alívio” (2) “Sinto que tenho de o fazer, porque senão não vai, tipo... não me vou acalmar.” (4) “Não sei, aquilo que eu tinha dentro de mim, acalmava-me um bocadinho.” (9)
		Substituição do sofrimento	“A cabeça está tão lixada que tu transformas isso numa coisa física e fica um pouquinho mais fácil de lidar...” (1) “(…) trocar a dor emocional pela dor física, a dor psicológica pela dor física.” (2)

		Mecanismo introspectivo	“Entrevistador: Ok. Achas que ajuda a pensar de algum de alguma forma, ou, tipo, para entrar para dentro? Participante: Acho que sim. Algumas vezes” (4)
		Mecanismo de fuga	“Para tentar fugir dos problemas...” (1)
		Busca de sensações	“Às vezes o vazio, para ver se sentimos” (2)
Fatores interpessoais associados aos CAL	Problemas no seio familiar	Conflitos	"(...) tinha alguns conflitos com a minha mãe adotiva" (1) “Eu estava receosa da conversa que ia ter com a minha mãe, porque é uma coisa que a minha mãe é sempre muito imprevisível.” (2) “Os meus pais discutem imenso.” (8)
		Ausência de afeto	“A minha mãe e eu temos uma relação um pouco estrita e difícil.” (2) “A minha mãe é um pouco mais distante e fria” (2) “Às vezes só precisava de um carinho ou de um abraço da parte da minha mãe, e às vezes não tinha porque ela tem aquele lado mais frio e mais distante (...)” (2)
		Ausência paterna	“O meu pai era ausente desde muito cedo (...)” (2) “Uma das coisas que mais me influenciou foi o facto de eu não viver com o meu pai” (6) “O meu pai já foi muito ausente” (7)
		Abuso físico e emocional	“O meu pai uma vez... partiu o braço, porque o meu pai me batia imenso também” (9) “Até me lembro que houve uma vez que o meu pai disse “Ai, eu acho bem que ela tenha medo de mim,” porque eu estava assustada, estava atrás da minha mãe,” (9) ”Houve uma vez que até a gente teve que chamar a polícia porque o meu pai não se estava a conseguir controlar” (9) “E o meu pai viu e passou-se (...) pediu uma lâmina... depois foi para cima de mim a dizer que... se eu tinha tanto prazer nisso que ele mesmo iria fazer” (9)
		Abuso sexual	“(...) fui vítima de abuso sexual (...)” (2) “(...) ainda considere apresentar queixa [do abuso], mas não tive apoio dos meus avós, como era um familiar (...)” (2)
		Bullying/conflitos	“Muitas vezes [os colegas] diziam que era porque eu queria chamar a atenção.” (2)

	Problemas no grupo de pares	<p>“Algo que aconteceu foi o bullying na escola” (6)</p> <p>“(…) as meninas (…) gozavam comigo... Depois se eu me cortava, elas gozavam comigo também...” (7)</p> <p>“Nas apresentações, eu chorava sempre. Eles diziam que era eu a me fazer de vítima...” (10)</p>
	Amizades tóxicas/gestos e ameaças de outros	<p>“Eu já tive muitos amigos dos internamentos e a acabei por cortar relações com todos porque... me magoavam...” (3)</p> <p>“Era uma pessoa manipuladora e que fazia aquilo por prazer.” (5)</p>
	Comunicação online sobre os CAL/gestos e ameaças de outros	<p>“A pessoa por mensagem dizer “eu vou-me cortar” e eu estar longe e não poder fazer nada, ou a pessoa dizer “vou-me matar,” e eu ter de ligar para os pais da pessoa para estarem de olho nela” (3)</p> <p>“Mas também dizia [por mensagem] aquelas coisas do tipo “eu acho que me vou matar daqui a 5 dias. Se as coisas não melhorarem até lá...” (5)</p> <p>“(…) ele mandava fotos tipo a dizer “fiz uma coisa má...”, “esta já é a minha segunda tentativa...” (5)</p> <p>“Ela começou a mandar-me fotos todos os dias para comparar (...) ou ela mandar-me tipo “cortei-me hoje, cortei-me ontem”.” (5)</p>
	Competição e comparação social	<p>“(…) quem fazia pior era a melhor.” (3)</p> <p>“É sempre uma comparação, mesmo que disfarçada, dizer-me “olha cortei-me hoje, cortei-me ontem, cortei-me terça...”” (5)</p> <p>“E eu penso que se calhar se estivesse pior isso não seria assim... e então às vezes quero ficar pior...” (8)</p>
	Problemas no namoro	<p>“(…) namoro muito cedo na adolescência. Eu lembro-me de ter 12 anos e de começar a namorar com um rapaz que estava a entrar no 10º ano.” (6)</p> <p>"A pessoa tinha mesmo um problema e era obcecada e eu comecei a levar com ameaças em cima e tudo mais" (6)</p>
Sentimentos de isolamento e exclusão social	Isolamento	<p>“Eu tinha problemas em socializar com as pessoas, eu não queria estar ao pé das pessoas e queria estar sozinha (...)” (2)</p> <p>“(…) tinha um bocado dificuldade em fazer amigos (...)” (6)</p> <p>“(…) eu não me dava com ninguém... E eu ficava no banco lá sozinha a chorar (...)” (7)</p>

			<p>“Não tenho amigos.” (8)</p> <p>“Porque eu tenho um grupo de 3 amigas, e elas deixaram-me... porque... porque não sei. Deixavam-me de parte.” (10)</p>
		Dificuldades de integração	<p>“Sim, sinto-me diferente e as pessoas também acham que sou diferente, que sou esquisita, depressiva e isso...” (8)</p> <p>“Por ser diferente...” (10)</p>
	Perdas		<p>“Magoar-me intencionalmente só começou depois da minha mãe morrer” (1)</p> <p>“(...) já são várias pessoas [que cometeram suicídio]” (6)</p>
Fatores intrapessoais associados aos CAL	Psicopatologia	Perturbação do comportamento alimentar	<p>“(...) o 8 ou 80, tipo, dos distúrbios alimentares, tipo, ou não como nada ou como o mundo inteiro... e... e tipo... pronto.” (4)</p> <p>“Depois eu vejo que comi mais do que elas e fico com aquele nó na garganta...” (5)</p>
		Depressão e sintomas depressivos	<p>“Era mais de depressão (...)” (1)</p> <p>“Estava sempre a faltar às aulas, estava sempre cansada, triste, sem energia para nada...” (4)</p>
		Perturbação <i>borderline</i> da personalidade (PBP) e sintomas associados	<p>“Tanto que eu agora recebi o meu diagnóstico de transtorno de personalidade <i>borderline</i>” (2)</p> <p>“(...) <i>borderline</i>, nós temos, sentimos... é 8 ou 80, é tudo muito intenso.” (2)</p>
		Psicopatologia não especificada	<p>“(...) a mãe já está muito familiarizada com a minha doença (...)” (3)</p> <p>“(...) só pela minha doença (...)” (3)</p>
		Comportamentos suicidários	Ideação suicida/pensamentos de morte
		Intenção de morte	<p>“Eu queria morrer. Eu ia fazer de tudo para morrer.” (2)</p> <p>“(...) e eu ia fazê-lo [tentativa de suicídio], mas depois já não fiz.” (3)</p> <p>“Entrevistador: Ok. E quando fazes esse comportamento é mesmo com intenção de morrer? Participante: Na maioria das vezes sim” (6)</p>
			<p>“(...) por exemplo, nas minhas tentativas [de suicídio]...” (2)</p>

		Tentativa de suicídio	“tipo tentar suicidar-me...” (4) “eu tentei... acabar com tudo... (8)
	Caráter aditivo dos CAL		“É demais porque é um vício” (3) “Porque tínhamos o vício... temos aquela parte em que ficamos tipo “eu quero, eu quero, eu quero”” (5) “É mesmo pela parte de acabar por ser algo viciante, acaba por ser quase como uma droga” (6)

ANEXO B – Grelha Categorial da Pré-Categoria: Barreiras e Facilitadores nos Adolescentes que Não Pediram Ajuda (B)

Categoria	Subcategoria	Componentes da Subcategoria	Exemplos de unidades de registo
Barreiras interpessoais	Medo do julgamento e do estigma		“[se descobrissem os CAL] iam todos rir de mim e achar que estava a ser fraca...” (5) “E de pensar o que é que os outros vão pensar, ou que vão julgar” (5) “Acho que era mais o olhar dos outros... acho que eu tinha medo...” (6)
	Medo de reações negativas		“(…) não sei como é que as pessoas vão reagir.” (8) “O meu medo era mesmo que eles descobrissem.” (9) “(…) não sabia como é que ia ser a reação [dos pais].” (10)
	Medo de não ser compreendido		“(…) achava que ninguém ia perceber (...)” (5) “E também acho que as pessoas não percebem, não me entendem.” (8)
	Desvalorização por parte dos pais/pedidos de ajuda ignorados		“E o meu pai, por exemplo, acha que eu estou a fingir, que só quero atenção, que sou preguiçosa...” (3) “Quando eu pedi ajuda, a minha resposta foi “não.” E eles não perceberam que foi um pedido de ajuda, sendo que eu já lhes tinha dito que estava a sofrer” (6)
	Estigma da sociedade e		“Entrevistador: Ok. Achas que é há bocado estigma sobre isso? Participante: Acho que sim,” (6)

	banalização da saúde mental		<p>“E eu acho que o que acaba por acontecer (...) é... “somos todos depressivos.” Somos todos depressivos, todos temos ansiedade...” (6)</p> <p>“Porque não é uma coisa considerada “normal”, entre aspas.” (10)</p>
	Medo de incomodar / ser um fardo		<p>“(…) ou incomodar...” (4)</p> <p>“Não conseguia falar porque tinha medo de incomodá-los” (5)</p>
	Preocupação com o sigilo/anonimato		<p>“Tm ficar a saber do meu segredo...” (5)</p> <p>“(…) tinha também medo que contassem a outras pessoas (...)” (8)</p>
	Dificuldades em marcar consulta		<p>“(…) aqui [no hospital] é muito mais complicado do que num hospital privado que é só à marcação (...) Aqui eles é que, entre aspas, “fazem a marcação.”” (6)</p> <p>“O psiquiatra, acho que marcas, ou depois não acontece nada.” (10)</p>
Barreiras intrapessoais	Vergonha		<p>“É a vergonha de estarmos num estado pior” (5)</p> <p>“Eu tinha vergonha” (9)</p>
	Dificuldade em expressar-se e explicar os seus problemas		<p>“Não sabia perceber o que é que eu estava a sentir, nem sabia explicar...” (4)</p> <p>“Eu tinha noção, mas ao mesmo tempo não sabia o que se passava e não tinha noção.” (6)</p>
	Falta de confiança nos outros		<p>“É como se visse as outras pessoas como um inimigo” (5)</p> <p>“Não me abro completamente. Não tenho... não tenho essa segurança.” (6)</p>
	Estigma interno		<p>“Eu... dizia que psicólogo é para os maluquinhos, então não queria ir às consultas (...) então os meus pais deixaram de tentar.” (3)</p> <p>“Tinha um bocado a opinião de que isto era para malucos (...) porque era... o estereótipo de ir ao psicólogo era mesmo para alguém que já estava completamente...” (6)</p>
	Minimização da seriedade dos sintomas		<p>“(…) só cansada, porque o que eu tinha era principalmente cansaço e tristeza e isso era, tipo, coisa de adolescente normal. Então, não preciso de ajuda, isto é só drama.” (4)</p> <p>“Eu não fui honesta e eles repararam que eu não fui honesta e perguntavam-me se eu queria ajuda (...) e eu disse que podia</p>

			ver, mas que não estava nada de errado comigo.” (5)
	Achar que consegue lidar com os seus CAL sozinho		“Então... eu estava naquela “não preciso de ajuda, eu vou conseguir.” Só que por outro lado...” (6) “Entrevistador: Achavas que conseguias parar sozinha. Participante: Sim.” (6)
	Comparação Social e Minimização do Sofrimento		“Sinto só que não estou tão mal quanto aquela pessoa, portanto, eu não devia estar triste.” (6) “Eu não devia... eu não tenho motivos para estar triste... nada...” (6)
Facilitadores interpessoais	Família		“Entrevistador: E tu alguma vez já tinha falado que querias ter ajuda psicológica ou foi sempre?... Participante: Não, foi [a mãe].” (3) “Não pedi ajuda, fui obrigada pela minha mãe” (6)
	Grupo de pares		“E a minha melhor amiga estava disposta a pagar para a minha psicóloga.” (4) “(...) a minha melhor amiga (...) dizia-me sempre para parar, ou para dizer aos meus pais, ou para ir procurar ajuda...” (9) “Entrevistador: E a eles alguma vez pediste ajuda? Participante: Só à minha melhor amiga” (10)
	Escola		“[O diretor de turma] falou com [a psicóloga da escola] e ela começou a fazer esse acompanhamento.” (4) “(...) o meu professor já tinha reparado nos cortes, eu tinha-me perguntado se eu precisava de ajuda” (9)
	Profissionais de saúde		“Eu andava, tipo, no psicólogo da escola (...) então... pediram-me para ter psicóloga aqui [no hospital]” (4) “Andava no hospital privado, depois acabei por ser mencionada para o hospital público” (6)
	Intervenção após tentativa de suicídio		“Entrevistador: Fizeste uma tentativa de suicídio? Participante: Mais do que uma, sim. E depois levaram-me para o hospital.” (8) “Mas estava na escola, tinha tomado vários comprimidos, e uma amiga minha da altura reparou, apanhou-me e foi dizer aos professores. Acho que eles chamaram o INEM e depois fizeram a ligação com o hospital. Acho que foi isso.” (8)

Facilitadores intrapessoais	Desespero		“Porque eu comecei a ficar desesperada...” (3)

ANEXO C – Grelha Categorial da Pré-Categoria: Barreiras e Facilitadores nos Adolescentes que Pediram Ajuda (C)

Categoria	Subcategoria	Componentes da Subcategoria	Exemplos de unidades de registo
Barreiras interpessoais	Problemas no seio familiar	Conflitos	“(…) tinha alguns conflitos com a minha mãe adotiva” (1) “Eu estava receosa da conversa que ia ter com a minha mãe, porque é uma coisa que a minha mãe é sempre muito imprevisível.” (2)
		Relação distante e ausência de afeto	“A minha mãe e eu temos uma relação um pouco estrita e difícil.” (2) “Não consigo falar abertamente com a minha mãe sobre os meus problemas, pela nossa relação em si.” (2)
		Desvalorização e estigma	“A minha irmã é aquele tipo de pessoa de “ahhh problemas psicológicos não existem, tens de tentar ser feliz, pensa nas crianças da África!”” (1) “É aquele típico discurso inicial, porque era o tema de “vão-te chamar de maluca, tens a certeza que queres ir para isso? Depois vais ter que tomar medicação, vais ser maluca, já sofreste...”” (2)
		Pedidos de ajuda rejeitados/ignorados	“Só que como era tão jovem o meu pai não acreditou” (1) “Realmente tentei pedir ajuda, tentei que alguém me ouvisse, ninguém me ouviu, ninguém me ajudou.” (2) “Entrevistador: E foi por tua iniciativa? (...) O início do acompanhamento? Participante: Sim, eu já queria. Só que no início não era aceite [pela mãe].” (2)
	Dificuldades concretas	Dificuldades de acesso a cuidados de saúde mental	“Eu lá no Brasil também tentei pedir ajuda, mas nós vivíamos numa cidade muito rural e muito pequena então...” (1)

			<p>“Mesmo que fossemos tipo ao hospital da cidade, que era a 30m de lá onde vivíamos...” (1)</p> <p>“No Brasil também não havia muito essa ideia de psicólogos nas escolas” (1)</p>
		Dificuldades em marcar consultas	<p>“Porque eu não tinha psicóloga (...) e para marcar demora meses.” (7)</p> <p>“Mande e-mail para a minha psicóloga. Ninguém me respondeu.” (7)</p>
Facilitadores interpessoais	Família	Intervenção familiar após agravamento da saúde mental	<p>“Logo a partir daí foi quando a minha mãe realmente tentou fazer pressão ao máximo para ter uma consulta (2)”</p> <p>“(...) a minha mãe quis que eu fosse, porque havia ali... ela realmente viu que eu não estava a dar bem (...)” (2)</p>
		Depressão da mãe	<p>“(...) a minha mãe também tinha depressão” (7)</p> <p>“E isso me deixava mal, porque às vezes eu queria falar alguma coisa para ela e... não estava a falar com ela, que ela estava a dormir em pé.” (7)</p>
		Abuso sexual	<p>“(...) fui vítima de abuso sexual (...)” (2)</p> <p>“(...) ainda considere apresentar queixa [do abuso], mas não tive apoio dos meus avós, como era um familiar (...)” (2)</p>
	Escola		<p>“[Os professores] eram muito mais compreensivos, eles tentavam sempre ajudar ao máximo.” (2)</p> <p>“(...) senti que tive o apoio necessário da parte dos professores.” (2)</p>
	Profissionais de saúde e entidades de proteção	Profissionais de saúde (contacto prévio no âmbito da saúde mental)	<p>“(...) ter sido acompanhada pela psiquiatria, eu tinha relatórios (...)” (2)</p> <p>“Tenho muitos, muitos, muitos, muitos anos que eu tenho [acompanhamento psicológico].” (7)</p>
		Psicólogos e enfermeiros escolares	<p>“Acabei por pedir à psicóloga da escola para ver se eu conseguia alguma ajuda, tive algumas sessões com ela e ela disse que eu precisava de ajuda de um médico e que me ia mandar para um hospital, e conseguiu trazer-me para o hospital e eu comecei a ter acompanhamento aqui...” (1)</p> <p>“(...) e eu falei com a enfermeira e a enfermeira da escola chamou a minha mãe à escola, e daí depois meteram o processo para cá” (2)</p>

		Instituições e entidades de proteção (CPCJ)	“(…) quando eu andava na instituição.” (7) “Eu tinha pedido ajuda para a CPCJ (…)” (7)
Facilitadores intrapessoais	Psicopatologia	Depressão	“Hey, eu estou meio na depressão, acho que preciso de alguma ajuda” (1) “Foi porque eu tinha depressão (…)” (7)
		Perturbação <i>borderline</i> da personalidade (PBP) e sintomas associados	“Sim, a personalidade <i>borderline</i> .” (2) “(…) tinha crises de dissociação em que eu não estava presente. Obviamente eu ficava ausente.” (2) “(…) <i>borderline</i> , nós temos, sentimos... é 8 ou 80, é tudo muito intenso.” (2) “(…) eu começava a ter muitos ataques de pânico (…)” (2)
	Comportamentos suicidários	Intenção de morte	“Eu queria morrer. Eu ia fazer de tudo para morrer.” (2) “(…) eu apenas queria deixar de existir. Eu não queria estar cá.” (2) “Um adolescente 12 anos não deve estar a pensar nem a procurar maneiras de se matar e morrer.” (2)
		Tentativas de suicídio	“Então tentei uma tentativa [de suicídio] e resultou.” (2) “Eu sempre tive tentativas [de suicídio] ao longo (…)” (2)
		Pesquisa <i>online</i>	“Aos 12 anos foi a primeira vez que eu pesquisei online como é que eu me poderia matar porque eu não queria mais estar aqui.” (2)
	Desespero		“Entrevistador: (...) Foi o desespero que te fez pedir ajuda?... Participante: Hum hum.” (7)
	Medo de piorar		“Entrevistador: Achas que é um bocado o medo de piorar, se calhar? (...) ? Participante: Sim.” (7)

ANEXO D – Grelha Categorical da Pré-Categoria: Narrativas das Representações das Barreiras e Facilitadores do Pedido de Ajuda (D)

Categoria	Subcategoria	Componentes	Exemplos de unidades de registo
------------------	---------------------	--------------------	--

Barreiras interpessoais	Medo do julgamento e de ser estigmatizado		<p>“As vezes eu acho que seja por receio [do estigma] que não se pede essa ajuda.” (2)</p> <p>“Podem dizer que... a pessoa está a inventar, ou está a exagerar...” (4)</p> <p>“Por medo do julgamento, medo de gozarem com eles...” (10)</p>
	Estigma da sociedade e falta de literacia em saúde mental		<p>“Entrevistador: (...) porque é que achas que os jovens não pedem ajuda? Participante: Pelo estigma da sociedade.” (2)</p> <p>“(…) fica a dita “moda”, entre aspas, porque eu estou farta de, no dia-a-dia, de ouvir a expressão que as doenças mentais estão na moda.” (2)</p>
	Medo de reações negativas		<p>“Nós não sabemos como é que as pessoas vão reagir.” (2)</p> <p>“Medo (...)” (9)</p>
	Ambivalência/não querer ajuda		<p>“É complicado porque nem todos querem ajuda.” (4)</p> <p>“É aquilo que eu disse, ela quer ajuda, mas não quer ajuda.” (5)</p>
	Medo de incomodar		<p>“(…) também podem ter medo de incomodar.” (4)</p>
	Preocupação com o sigilo/anonimato		<p>“Não quererem que alguém conte a outra pessoa.” (8)</p>
Barreiras intrapessoais	Vergonha		<p>“(…) vergonha (...)” (9)</p>
	Dificuldade em expressar-se		<p>“Não sabem como pedir ajuda, expressar-se...” (8)</p>
Facilitadores intrapessoais	Medo de piorar		<p>“Porque eles ao pedirem ajuda evitam de fazer uma coisa pior.” (7)</p> <p>“Entrevistador.: Achas que é um bocado o medo de piorar, se calhar? (...) Participante: Sim.” (7)</p>
	Desespero		<p>"Porque se sentem desesperados" (3)</p> <p>“Eu acho que ninguém faz isto por atenção. Eu acho que fazem isto porque precisam de ajuda.” (3)</p>