



Catarina Gonçalves
**Ferimentos autoinfligidos, regulação
emocional e resiliência em adolescentes**

UMinho | 2019

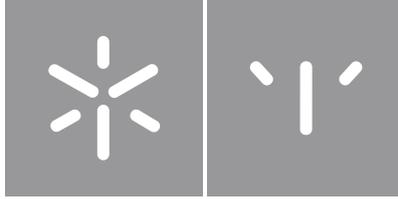


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Catarina Sofia Castro Gonçalves

**Ferimentos autoinfligidos, regulação
emocional e resiliência em adolescentes**

junho de 2019



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Catarina Sofia Castro Gonçalves

Ferimentos autoinfligidos, regulação emocional e resiliência em adolescentes

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Sónia Ferreira Gonçalves

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

A concretização deste trabalho representa o fim de um percurso de cinco anos de muito esforço, muitas aprendizagens, crescimento e superação, e onde participaram várias pessoas a quem gostaria de deixar uma palavra de agradecimento por todo o apoio.

À Professora Doutora Sónia Gonçalves, por ser um modelo exemplar, por todo o apoio, preocupação, simpatia e confiança depositada em mim. Por ter contribuído para o cessar desta etapa, por me transmitir sempre segurança. Agradeço a disponibilidade e orientação durante este processo.

Agradeço à minha família, por todas as palavras de ânimo e apoio durante este longo percurso. Um agradecimento especial à minha tia Áurea, por sempre ter um sorriso no rosto, e uma palavra meiga, mesmo quando os dias se tornam difíceis.

À Ana, pela amizade, por ter sempre uma palavra de alento e por toda a ternura e apoio. Por rir junto comigo de todas as dificuldades, por me lembrar de pensar positivo, e por ser, acima de tudo, um porto seguro.

À Cláudia, à Joana, e à Paula, que me acompanham desde o primeiro dia desta longa jornada.

Ao Filipe, pelo seu jeito particular, meigo e carinhoso, por me incentivar todos os dias a não desistir dos sonhos e por ter sempre um abraço de carinho e um ombro de amor.

À Lara, pela amizade e pelas palavras de ternura que sempre tem para me dar, que tanto me aquecem o coração.

Ao Carlos Castro, por todas as vezes me ajudar e esclarecer. E à Ana Vieira, por toda a ajuda e disponibilidade.

À Dr.^a Virgínia Martins, à Professora Doutora Ana Tomás, assim como a todos os elementos envolvidos neste projeto, por todos os esclarecimentos apoio e disponibilidade durante este processo.

À CPCJ de Guimarães, pela oportunidade de realizar esta investigação e pela facilitação dos meios necessários para tal.

A todos os participantes deste estudo, pela colaboração gratuita e por terem contribuído para o cessar de uma longa jornada de estudos e esforços.

E por fim, quero deixar um agradecimento especial aos meus pais, por serem presentes, carinhosos, por me apoiarem incondicionalmente, me incentivarem a lutar pelos meus sonhos e pelo amor incomensurável que têm por mim. A eles devo tudo que sou.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Catarina Sofia Castro Gonçalves

Ferimentos autoinfligidos, regulação emocional e resiliência em adolescentes

Resumo

Introdução: Os ferimentos autoinfligidos (*NSSI*) são comportamentos relativamente frequentes entre os adolescentes e jovens adultos e parecem, muitas vezes, serem utilizados como forma de regulação das emoções.

Objetivo: Avaliar a frequência de *NSSI* e pensamentos e tentativas de suicídio numa amostra comunitária, identificar os objetivos e as funções associados aos *NSSI*, verificar se existem associações entre os domínios da resiliência e a presença de *NSSI*, e identificar características individuais, familiares e da comunidade associadas aos *NSSI*.

Método: Mil cento e trinta e cinco adolescentes foram avaliados através de instrumentos de autorrelato.

Resultados: Cerca de 16% dos participantes relataram presença de *NSSI*. A maioria destes já desejou não estar vivo ou já se tentou matar. Os *NSSI* estão associados com o envolvimento noutros comportamentos de risco, como consumo de álcool, tabaco, etc. Verificou-se ainda que, os adolescentes com *NSSI* apresentaram menos competências de resiliência

Discussão: Os pensamentos e tentativas suicidas, dificuldades de regulação emocional e o envolvimento em comportamentos multirrisco parecem estar associados à prática de *NSSI*, assim como menores níveis de resiliência sendo que estes podem levar à perpetração e manutenção dos *NSSI*. O foco terapêutico nestas dimensões, poderá ter consequências positivas no tratamento e mesmo na prevenção dos *NSSI*.

Palavras-chave: Adolescentes, comportamentos para-suicidários, ferimentos autoinfligidos, regulação emocional, resiliência.

Self-injury, emotional regulation and resilience in adolescents

Abstract

Introduction: Self-injury behaviors (*NSSI*) are relatively frequent among adolescents and young adults and often appear to be used as a form of regulation of emotions.

Aim: Assess the frequency of *NSSI* and suicidal thoughts and attempts in a community sample, identify the aims and functions associated with *NSSI*, verify if there are associations between the domains of resilience and the presence of *NSSI*. Finally, identify individual, family and community characteristics associated with *NSSI*.

Method: One hundred and thirty-five adolescents, were evaluated through self-report instruments.

Results: About 16% of the participants reported presence of *NSSI*. The majority of this group already wished not to be alive or already tried to kill themselves. *NSSI* are associated with involvement in other risk behaviors, such as alcohol, tobacco, etc. It was also verified that subjects with *NSSI* had less resilience skills.

Discussion: Suicidal thoughts and attempts, difficulties of emotional regulation, and involvement in multi-risk behaviors appear to be associated with *NSSI*, as well as lower levels of resilience, which may lead to *NSSI* perpetration and maintenance. The therapeutic focus in these dimensions may have positive consequences in the treatment and even in the prevention of *NSSI*.

Keywords: adolescents, emotional regulation, resilience, self-injury, suicidal behavior.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução | 8 |
| Método | 11 |
| Participantes | 11 |
| Instrumentos..... | 11 |
| Procedimento..... | 13 |
| Análise Estatística..... | 13 |
| Resultados | 14 |
| Discussão | 21 |
| Referências Bibliográficas | 25 |

Índice de Tabelas

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Data do último <i>NSS</i> /..... | 14 |
| Tabela 2: Quantos dias do último mês ocorreu o comportamento..... | 14 |
| Tabela 3: Porque realizou este comportamento..... | 16 |
| Tabela 4: Funções dos <i>NSS</i> /..... | 17 |
| Tabela 5: Diferenças na resiliência entre os adolescentes com <i>NSS</i> /e sem <i>NSS</i> /..... | 19 |
| Tabela 6: Regressão Logística Binária..... | 19 |

Ferimentos autoinfligidos, regulação emocional e resiliência em adolescentes

Os ferimentos autoinfligidos sem intenção suicida (*NSSI* – *non-suicidal self-injury*) referem-se a um conjunto de comportamentos deliberados para a lesão direta do corpo, levados a cabo sem intenção suicida, não aceites cultural e socialmente (Claes & Vandereycken, 2007b; Favazza & Rosenthal, 1993; Nock, 2009).

A forma mais comum de um sujeito praticar *NSSI* é através do corte da pele, nos antebraços e na parte superior das pernas. Outras formas incluem, ainda, queimar-se, arranhar-se até fazer ferida, bater-se e morder-se, partir ossos, impedir a cicatrização de feridas e arrancar cabelos (Claes & Vandereycken, 2007b; Lang & Sharma-Patel, 2011; McKenzie & Gross, 2014; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013).

Estes comportamentos acontecem em todas as idades, géneros e etnias, no entanto, na adolescência o risco para praticar *NSSI* aumenta (Claes & Vandereycken, 2007b; Hamza, Stewart, & Willoughby, 2012; Victor, Klonsky, & Goldstein, 2018), sendo mais comum entre os 13 e os 15 anos (Hamza et al., 2012). Nos países desenvolvidos estima-se que a percentagem de adolescentes que praticam *NSSI* se situa entre 7 e 18% (Monto, McRee, & Deryck, 2018), subindo estes valores para 60% em amostras clínicas da mesma faixa etária (Sim, Adrian, Zeman, Cassano, & Friedrich, 2009). Curiosamente, um estudo levado a cabo em Portugal, mostra que a prática de *NSSI* apresenta uma frequência em torno dos 28%, em adolescentes de uma amostra comunitária (Gonçalves, Martins, Rosendo, Machado, & Silva, 2012).

Alguns estudos mostram não existirem diferenças de sexo na prática de *NSSI* (e.g., Gonçalves et al., 2012; Jacobson, Muehlenkamp, Miller, & Turner, 2008), no entanto, existem outros que defendem que existe uma maior prevalência destes comportamentos no sexo feminino (e.g., Ross & Heath, 2002; Zetterqvist et al., 2013). Estes diferentes resultados na literatura, podem ser explicados pelo facto dos rapazes se poderem envolver mais em condutas de risco e as suas expressões de raiva são socialmente melhor aceites, enquanto que as raparigas têm mais tendência à interiorização dos sentimentos negativos e praticarem *NSSI* como forma de libertar essas emoções. Assim, estas diferenças de género nos comportamentos podem retratar diferentes estratégias de *coping* em homens e mulheres para lidar com situações de *stress* (Ross & Heath, 2002).

Uma revisão sistemática de Edmondson, Brennan e House (2016) refere que os *NSSI* podem ter várias funções, como a função regulatória, transformando a dor emocional em dor física; a procura de ajuda de outros; a autopunição; e como forma de lidar com a dissociação e com a despersonalização. Pode ainda, funcionar como uma experiência positiva, reconfortante e gratificante, com a procura de

alguma sensação física, ou como forma de proteção do próprio, ou sensação de domínio pessoal. Os *NSS* podem também ser utilizados como uma forma de definição do *self*, delimitando barreiras pessoais; como resposta sexual, criando sensações ou expressões da sexualidade de um modo simbólico; e ainda como forma de validação, pertença a um grupo ou cultura; bem como forma de ter uma linguagem pessoal.

Apesar da definição de *NSS* não envolver a intenção suicida, a prática repetida destes comportamentos são um grande fator de risco para subsequentes pensamentos e comportamentos para-suicidários, uma vez que o sujeito começa a tolerar a dor ou mesmo deixa de senti-la (Hasking, Rees, Martin, & Quigley, 2015; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014). Cerca de 19 a 63% dos sujeitos com *NSS* reportam, também, comportamentos ou pensamentos suicidas (Whitlock & Knox, 2007).

Os adolescentes que praticam *NSS* têm um maior risco de se envolverem em comportamentos disruptivos, como consumo de substâncias, terem resultados escolares mais baixos, desenvolverem doença mental na idade adulta, e pode estar ainda, associado a perturbações do comportamento alimentar, ansiedade e depressão (Mars et al., 2014; Victor et al., 2018). Estes comportamentos estão, igualmente, associados a diversas emoções negativas, como culpa, arrependimento, vergonha e isolamento social. Um dos fatores mais relevantes para a manutenção dos *NSS* é a desregulação emocional (Gratz, 2003, 2007).

A regulação emocional tem sido conceptualizada por Gratz (2007) como o controle de emoções negativas e o comportamento do sujeito ao experienciá-las. No entanto, o esforço do sujeito para controlar essas emoções muitas vezes não é eficaz, podendo ainda ter efeitos contraditórios, fazendo aumentar a frequência, a acessibilidade e a gravidade das experiências negativas. Uma baixa capacidade regulatória é um preditor importante para futuros *NSS*, e a prática desses comportamentos prediz, ainda, uma diminuição na regulação emocional (Robinson et al., 2018). Indivíduos com dificuldades ao nível das competências de regulação emocional podem ser mais vulneráveis à internalização de emoções negativas, o que pode levar a um incremento do recurso a *NSS* como um tentativa mal adaptativa de circunscrever o sofrimento (Kranzler, Fehling, Anestis, & Selby, 2016; Sim et al., 2009).

Na adolescência, existe uma maior necessidade de regular a emocionalidade negativa, sendo este um período extremamente relevante para os jovens aprenderem estas estratégias, no entanto, por vezes estes utilizam comportamentos desadaptativos para o fazer. Nesta faixa etária, a perceção do risco e da recompensa ainda não está completamente formada, o que pode leva-los a envolverem-se em comportamentos considerados desadaptativos ou de risco, uma vez que esta é uma fase de maturação cerebral e da sua personalidade, em que necessitam de perceber aquilo que melhor funciona para

regular as suas emoções, optando, muitas vezes, por ter este tipo comportamentos, como ferir o próprio corpo (Robinson et al., 2018).

A maioria dos sujeitos que praticam *NSSI* relatam que, antes do comportamento, sentem raiva, irritabilidade, ansiedade, tensão, hostilidade e sentimentos de despersonalização. No entanto, imediatamente após, sentem alívio, calma e uma diminuição dessa emocionalidade negativa (Chapman & Dixon-Gordon, 2007; Saraff, Trujillo, & Pepper, 2015). Isto vai de encontro com o Modelo da Regulação Emocional caracterizado na revisão literária de Messer e Fremouw (2008), que relata a presença de vários estados emocionais negativos agudos, precedentes aos *NSSI*. Neste modelo é demonstrado que, o sujeito passa por um processo de regulação emoções negativas após os *NSSI*, passando a ter presente menos emocionalidade negativa e sentir maior alívio. Este modelo refere, assim, que o objetivo principal dos *NSSI* é diminuir a emocionalidade negativa, fazendo aumentar, conseqüentemente, as emoções positivas (Messer & Fremouw, 2008).

Para além das questões da regulação emocional, o envolvimento nos *NSSI* pode estar também relacionado com menores níveis de resiliência. Por exemplo, um estudo de Nagra, Lin e Upthegrove (2016) menciona que níveis mais elevados de resiliência e regulação emocional são fatores protetores contra comportamentos para-suicidários, diminuindo a probabilidade de o sujeito praticar *NSSI*. Os sujeitos que praticam *NSSI* e demonstram ter um maior suporte social, têm mais probabilidade de procurar recursos externos, de forma a diminuir ou terminar com os comportamentos desadaptativos. Assim, familiares, pares, a escola, a comunidade e outros adultos de referência para o adolescente, têm um papel relevante na promoção de fatores protetores, como a resiliência (Nagra et al., 2016; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014).

A resiliência refere-se, assim, a um conjunto intrapsíquico de características que levam a que o sujeito, exposto a situações adversas psicológicas ou ambientais, se adapte positivamente, permanecendo no percurso normativo, incluindo experimentar sentimentos de prazer e bem-estar. Portanto, é um processo dinâmico, de manutenção da adaptação positiva em contextos hostis (Ungar, 2008; Ungar et al., 2008). As autoavaliações positivas, a autoestima e o bem-estar emocional, podem disponibilizar ao sujeito uma fonte de resiliência perante um agente stressor, e isto pode ter um impacto direto na redução dos *NSSI* (Johnson, Gooding, Wood, & Tarrier, 2010).

A partir deste estudo empírico, pretende-se contribuir para um conhecimento mais aprofundado, acerca dos mecanismos envolvidos na prática de ferimentos no próprio corpo e perceber se estes são utilizados como uma estratégia de regulação emocional. Este estudo, permitirá ainda, avaliar os comportamentos de risco, como o risco escolar e comportamental. E os mecanismos protetores nos

FERIMENTOS AUTOINFLIGIDOS, REGULAÇÃO EMOCIONAL E RESILIÊNCIA

adolescentes, nomeadamente os mecanismos de resiliência. A maioria dos estudos prévios retrataram estas variáveis separadamente, então este estudo poderá contribuir para uma melhor compreensão dos fatores de risco e fatores protetores e avaliar os mecanismos e as funcionalidades envolvidas nestes comportamentos desadaptativos numa amostra comunitária representativa de adolescentes. E, tendo em conta que, em Portugal, existem poucos estudos sobre esta problemática, sendo uma temática importante, uma vez que a taxa de envolvimento dos adolescentes, nestes comportamentos é relativamente elevada, torna-se pertinente a realização deste estudo, envolvendo estas variáveis.

Assim, o presente estudo tem como objetivos:

- i. Avaliar frequência de ferimentos autoinfligidos sem intenção suicida, e pensamentos e tentativas prévias de suicídio numa amostra comunitária;
- ii. Identificar os objetivos e as funções associados aos ferimentos autoinfligidos;
- iii. Avaliar a associação entre os diferentes domínios da resiliência (individuais, familiares, comunitários e da rede de apoio) e a presença de *NSSI*;
- iv. Identificar características individuais, familiares e da comunidade associadas aos *NSSI*.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 1135 alunos das escolas públicas e privadas do concelho de Guimarães entre o 7 e o 9º ano de escolaridade. Destes, 33.9% frequenta o 7º ano, 34.1% frequenta o 8º ano e 32% frequenta o 9º ano de escolaridade. Do total de participantes 49.5% (n=562) são do sexo feminino e 50.5% (n=573) são do sexo masculino. As idades variaram entre os 11 e os 18 anos (M=13.70, DP=1.25). A maioria dos participantes (99%), são de nacionalidade portuguesa, e 89.2% são naturais do concelho de Guimarães. A amostra foi recolhida de forma estratificada e aleatória, sendo representativa da população do concelho de Guimarães, no ano letivo 2016/2017.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico e Familiar: foi desenvolvido pela equipa de investigação, onde se pretendeu recolher informação sociodemográfica dos participantes (e.g., idade, género, escolaridade e nacionalidade). Foram ainda colocadas questões relativas à estrutura familiar (e.g., com quem vive; se os pais são divorciados, se o participante respondesse positivamente, questionava-se a idade que tinha a criança aquando a separação; a situação profissional dos pais; a profissão e escolaridade destes; e o número de irmãos).

Questionário de História Escolar e Comportamentos de Risco: Este instrumento foi desenvolvido pela equipa de investigação. Inclui questões relativas à auto perceção das notas pelos

alunos, o número de retenções, faltas às aulas e problemas disciplinares na escola, o consumo de substâncias (e.g., haxixe), consumo de álcool, café, tabaco, frequência de uso de jogos eletrônicos ou que envolvam dinheiro, atividade sexual, e o número de horas de sono.

Questionário para a Avaliação de Comportamentos Suicidários: Este questionário foi desenvolvido pela equipa de investigação, onde se pretendeu recolher informação sobre pensamentos e comportamentos suicidários. É composto por 3 itens (“Já alguma vez desejaste não estar vivo?”; “Já alguma vez te tentaste matar?”; “Se sim, como o fizeste?”).

Escala de Avaliação da Resiliência em crianças e adolescentes (adaptação da *The Child Resilience Measure – CYRM – 28*) (Ungar & Liebenberg, 2013): É um instrumento de autorrelato, com 28 itens, destinado à faixa etária dos 12 aos 23 anos, delineado para ser utilizado como medida de *screening* para explorar os recursos individuais, familiares, comunitários e da rede de apoio dos indivíduos. Este questionário foi construído devido a uma necessidade de adaptação dos instrumentos a diferentes culturas e contextos. É composto por 4 *clusters* de características: individuais (e.g., assertividade, capacidade para resolver problemas, responsabilidade); relacionais (e.g., competências sociais, qualidade de supervisão parental); comunitárias (e.g., rituais de passagem, segurança, integração); e culturais (e.g., integração numa religião, filosofia de vida).

No presente estudo, os coeficientes *alpha* obtidos para a resiliência *da Rede de Apoio/Grupo* foi de .84; para a resiliência *Comunitária* foi de .78; para a resiliência *Familiar* o coeficiente de correlação foi de .83 e para a resiliência *Individual* o coeficiente *alpha* foi de .83. Sendo que os coeficientes de correlação de cada dimensão, demonstram uma boa consistência interna, para cada subescala.

Versão reduzida do Questionário de Ferimentos Autoinfligidos (adaptação do *Self-Injury Questionnaire – Treatment Related – SIQ-TR-VR*) (Claes & Vandereycken, 2007b): Este estudo utilizou uma versão reduzida do questionário original, adaptada pela equipa de investigação. É um questionário de autorrelato, composto por 60 itens. O instrumento avalia a presença de ferimentos autoinfligidos sem intenção suicida. No caso de estarem presentes estes comportamentos, é questionada a data do último ferimento, quantos dias no último mês, e a frequência da dor durante o comportamento. Em seguida, são colocadas três questões numa escala de *Likert* de cinco pontos, onde o participante relata como se sentiu antes do comportamento, logo depois do comportamento e porque realizou esse comportamento, onde 1 corresponde a *nada* e 5 a *muitíssimo*.

Relativamente aos antecedentes e consequentes afetivos dos ferimentos autoinfligidos, a listagem inclui quatro emoções básicas: felicidade (satisfeito, aliviado), tristeza (triste, culpado), raiva

(zangado comigo mesmo e zangado com os outros) e ansiedade (nervoso, aborrecido, ansioso). O participante tem ainda a possibilidade de indicar outra emoção não incluída na lista.

Por fim, o participante deverá assinalar o motivo que o levou a este comportamento, sendo oferecidas 14 opções de resposta e um item de resposta livre, onde o sujeito poderá incluir outra função para este comportamento. Estes itens saturam posteriormente em quatro dimensões: *Reforço Automático Positivo*, *Reforço Automático Negativo*, *Reforço Social Positivo* e *Reforço Social Negativo*.

Procedimento

A presente investigação desenvolve-se a partir de uma colaboração entre a Universidade do Minho e a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens de Guimarães (CPCJ-Guimarães). Para isto, foi solicitada autorização à Comissão de Ética da Universidade do Minho (CEUM) para realização da investigação, assim como à Direção Geral da Educação e à Comissão Nacional de Proteção de dados.

Os participantes foram selecionados de forma estratificada, aleatória e representativa da população. Posteriormente, foram contactados os diretores das escolas onde foram recolhidos os instrumentos utilizados neste estudo. Os encarregados de educação de todos os participantes foram informados, assinaram um consentimento informado para a participação dos menores, o mesmo acontece com os próprios adolescentes. Os participantes, foram ainda informados acerca dos objetivos da investigação, a confidencialidade dos dados e a participação voluntária neste estudo. Foram ainda fornecidas informações sobre o preenchimento dos questionários. De salientar, que os questionários foram preenchidos numa plataforma online, no contexto escolar.

Análise Estatística

A análise estatística foi realizada através do programa estatístico IBM® SPSS® Statistics, versão 24. Em primeiro lugar, foram realizadas análises descritivas dos dados. Posteriormente, para avaliar as associações entre as variáveis (e.g., desejo de não estar vivo, tentativas suicidas, consumo de álcool, drogas e café, retenções escolares, entre outros), e os sujeitos que referem ter praticado *NSSI*, foram realizados *Testes do Qui-Quadrado* (χ^2). Para averiguar diferenças entre os estados emocionais antes e após os *NSSI*, foi utilizado o *Teste de Wilcoxon* (Z).

Para perceber as diferenças entre os participantes com e sem *NSSI* quanto à idade, ao *score* total da resiliência e ao nível do risco comportamental e escolar recorreu-se a *Testes T para Amostras Independentes* (*t*). No sentido de aferir diferenças entre os adolescentes com *NSSI* e sem *NSSI* ao nível da resiliência, foram utilizadas *Análises de Variância Multivariadas* (MANOVA). Antes desta análise, foi verificado que cumpria o pressuposto da normalidade multivariada e da homogeneidade das matrizes de covariâncias.

Tendo-se o objetivo de explorar os aspetos que podem levar à prática de *NSSI*, foi realizada uma análise de *Regressão Logística Binária* (método *Enter*), definindo-se, para tal, cinco blocos de variáveis, possivelmente preditoras destes comportamentos mal adaptativos.

Resultados

Frequência de ferimentos autoinfligidos não suicidas

Dos 1135 participantes deste estudo, cerca de 950 participantes (83.7%) relataram nunca se terem ferido intencionalmente (grupo sem *NSSI*), e 185 (16.3%) reportaram a presença de ferimentos autoinfligidos (grupo com *NSSI*). Dos participantes que referiram *NSSI*, 22 (11.9%) participantes realizaram o último ferimento *há uma semana*, 18 (9.7%) *há um mês*, 62 (33.5%) *há vários meses*, e 83 (44.9%) realizaram este comportamento *há mais de um ano* (Tabela 1).

Tabela 1

| <i>Data do último NSSI</i> | | |
|----------------------------|-----|------|
| | n | % |
| Há uma semana | 22 | 11.9 |
| Há um mês | 18 | 9.7 |
| Há vários meses | 62 | 33.5 |
| Há mais de um ano | 83 | 44.9 |
| Total | 185 | 100 |

No que respeita à frequência do comportamento no último mês, 113 participantes (61.8%) relataram não ter este comportamento *nenhum dia*, 38 (20.5%) fizeram-no *de 1 a 5 dias*, 10 (5.4%) *entre 6 a 10 dias*, 9 (4.9%) *entre 11 a 15 dias* e 15 (8.1%) realizaram *NSSI mais de 15 dias* no último mês (Tabela 2).

Tabela 2

| <i>Quantos dias do último mês ocorreu o comportamento</i> | | |
|---|-----|------|
| | n | % |
| Nenhum dia | 113 | 61.1 |
| De 1 a 5 dias | 38 | 20.5 |
| Entre 6 a 10 dias | 10 | 5.4 |
| Entre 11 a 15 dias | 9 | 4.9 |
| Mais de 15 dias | 15 | 8.1 |
| Total | 185 | 100 |

Associação entre ferimentos autoinfligidos não suicidas e intenção suicida

Dos 1135 adolescentes, cerca de 260 (22.9%) referiram que já desejaram não estar vivo em algum momento e 34 (3%) relataram já se terem tentado matar. Dos adolescentes que já tentaram o suicídio, a forma mais frequente utilizada por estes foi através de cortes na pele 20 (71.5%), 4 (14.3%) ingeriram medicamentos, 3 (10.7%) tentaram o suicídio por defenestração, e os restantes utilizaram outros métodos.

Verificou-se uma associação significativa entre a presença de ferimentos autoinfligidos e já ter desejado não estar vivo, $\chi^2 (1) = 214.69, p \leq .001$. A maioria dos sujeitos com *NSSI* (64.3%) á desejaram não estar vivos, sendo que somente 14.8% dos participantes sem *NSSI* já desejaram não estar vivos. Existe também, uma associação positiva significativa entre a presença de *NSSI* e as tentativas suicidas, $\chi^2 (1) = 67.57, p \leq .001$. Cerca de 68% dos participantes com *NSSI* já se tentaram matar, comparativamente com 32.4% dos participantes sem *NSSI*, que já tentaram o suicídio.

Frequência de dor dos ferimentos autoinfligidos não suicidas

Dos participantes que relataram a presença de ferimentos autoinfligidos, 37.3% (n=69) relataram *nunca* sentir dor durante este comportamento, 38.9% (n=72) relataram sentir dor apenas *às vezes*, cerca de 13.5% (n=25) sentiram dor *frequentemente* e 10.3% (n=19) sentiram *sempre* dor durante este comportamento.

Associação entre o sexo e a idade e presença ou ausência de ferimentos autoinfligidos não suicidas

Existe uma associação significativa entre o sexo e a presença de ferimentos autoinfligidos $\chi^2 (1) = 14.14, p \leq .001$. No sexo feminino existe uma maior prevalência de *NSSI* (20.5%), do que no sexo masculino (12.2%). Isto indica que as raparigas têm mais ferimentos no próprio corpo do que os rapazes.

Não existe uma correlação significativa entre a idade e a presença de *NSSI*, $r_{pb} = -.03, p = .308$. Assim, a idade dos participantes não está associada à presença de ferimentos autoinfligidos.

Antecedentes e consequentes afetivos dos ferimentos autoinfligidos não suicidas

No que diz respeito aos antecedentes e consequentes afetivos dos *NSSI*, verificou-se que, existem diferenças entre as emoções positivas e negativas relatadas antes e após os ferimentos autoinfligidos sem intenção suicida. Os Testes de Wilcoxon revelaram diferenças significativas entre as emoções positivas, $Z = -3.27, p \leq .001$, e negativas, $Z = -5.58, p \leq .001$, antes e depois dos *NSSI*. Assim, os

adolescentes relataram significativamente mais emoções positivas (como satisfação e alívio), e menos emoções negativas (como ansiedade, tristeza, culpa, etc.), na sequência dos ferimentos autoinfligidos.

Funções dos ferimentos autoinfligidos não suicidas

A caracterização das funções relatadas pelos adolescentes para a prática de *NSSI*, presente na Tabela 3, demonstra que os adolescentes relataram utilizar estes comportamentos como Reforço Automático Negativo (e.g., evitar sentimentos negativos e memórias dolorosas), posteriormente por razões que se prendem com os processos de Reforço Automático Positivo (e.g., autopunição e evitar pensamentos suicidas), por Reforço Social Negativo (e.g., evitar fazer algo desagradável), e por Reforço Social Positivo (e.g., sentir algum prazer e mostrar a si próprio a sua força).

Tabela 3

Porque realizou este comportamento

| | Nada n (%) | Um pouco ou moderadamente n (%) | Muito ou muitíssimo n (%) |
|-------------------------------------|---------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Reforço Automático Negativo | | | |
| Evitar/travar sentimentos negativos | 79 (42.7) | 66 (35.7) | 49 (21.6) |
| Evitar/travar memórias dolorosas | 85 (45.9) | 59 (31.9) | 41 (22.1) |
| Ficar num estado de alienação | 133 (71.9) | 33 (17.9) | 19 (10.3) |
| Reforço Automático Positivo | | | |
| Escapar a um estado de alienação | 142 (76.8) | 35 (18.9) | 8 (4.3) |
| Autopunição | 94 (50.8) | 53 (28.7) | 38 (20.5) |
| Evitar/travar pensamentos suicidas | 105 (56.8) | 45 (24.3) | 35 (18.9) |
| Tornar-se pouco atraente | 159 (85.9) | 21 (11.3) | 5 (2.7) |
| Reforço Social Negativo | | | |
| Evitar fazer algo desagradável | 114 (61.6) | 36 (19.5) | 35 (18.9) |
| Evitar ir à escola | 155 (83.8) | 19 (10.3) | 11 (6.0) |
| Evitar estar com outras pessoas | 137 (74.1) | 30 (16.2) | 18 (9.7) |
| Reforço Social Positivo | | | |
| Sentir algum prazer | 141 (76.2) | 27 (14.6) | 17 (9.2) |
| Mostrar a si próprio a sua força | 127 (68.6) | 36 (19.5) | 22 (11.9) |
| Mostrar aos outros a sua força | 152 (82.2) | 20 (10.8) | 13 (7.0) |
| Ter atenção dos outros | 155 (83.8) | 22 (11.9) | 8 (4.4) |

A análise descritiva das funções dos *NSSI* mostra que, em média, os adolescentes relataram utilizar os *NSSI* mais por razões relacionadas ao Reforço Automático Negativo, posteriormente por razões

relacionadas com os processos de Reforço Automático Positivo, em seguida, pelos processos de Reforço Social Negativo e finalmente, por razões relacionadas com o Reforço Social Positivo (Tabela 4).

Tabela 4

Medidas Descritivas das Funções dos NSSI

| | Média (DP) | Min-Max |
|-----------------------------|-------------|---------|
| Funções | | |
| Reforço Automático Negativo | 2.00 (1.07) | 1-5 |
| Reforço Automático Positivo | 1.70 (0.84) | 1-5 |
| Reforço Social Negativo | 1.64 (0.92) | 1-5 |
| Reforço Social Positivo | 1.48 (0.79) | 1-4 |

Uso de substâncias e comportamentos de risco e ferimentos autoinfligidos não suicidas

Foram realizados Testes de Qui-Quadrado (χ^2), para verificar as associações entre as variáveis. Estes testes revelaram uma associação significativa entre o consumo de bebidas alcoólicas e os NSSI, $\chi^2 (1) = 12.69, p \leq .001$. Enquanto 40.5% do grupo com *NSSI*, referem consumo de álcool, apenas 27.5% do grupo sem *NSSI* referem consumo de álcool. Há também uma associação positiva significativa entre o consumo de café e os *NSSI*, $(1) = 9.15, p = .002$. Enquanto 42.7% do grupo com *NSSI* referem consumo de café, apenas 31.3% dos participantes do grupo sem *NSSI* referem consumo de café.

Verificou-se ainda, uma associação significativa entre os *NSSI* e o consumo de tabaco $\chi^2 (1) = 23.92, p \leq .001$. Enquanto 13.5% dos participantes que relatam *NSSI* consomem tabaco, apenas 4.3% dos participantes do grupo sem *NSSI* consome tabaco. Existe, uma associação significativa entre os ferimentos autoinfligidos e a dependência de jogos que envolvem dinheiro, $\chi^2 (1) = 17.67, p \leq .001$. Enquanto 34.8% dos sujeitos que relatam *NSSI* têm dependência de jogos que envolvem dinheiro, apenas 4.5% dos participantes do grupo sem *NSSI* relata ser dependente de jogos que envolvem dinheiro. Existe também, uma associação significativa entre o sono e os *NSSI* $\chi^2 (1) = 23.13, p \leq .001$. Cerca de 26.3% dos participantes que praticam ferimentos autoinfligidos, relatam *dormir menos de 8 horas por noite*, enquanto que aqueles que não relatam *NSSI* e dormem menos de 8 horas por noite são somente 19.6%.

Não se verificaram associações significativas entre a presença de *NSSI* e ter tido relações sexuais antes dos 15 anos $\chi^2 (1) = .64, p = .425$, e o consumo de drogas (e.g., haxixe) $\chi^2 (1) = 1.09, p = .297$. Todavia, verificou-se uma associação significativa entre os *NSSI* e relacionar-se com pares que consomem drogas (haxixe ou outras) $\chi^2 (1) = 38.78, p \leq .001$. Enquanto 27.1% dos sujeitos que

praticam *NSS*/relacionam-se com pares que consomem drogas, apenas 24.9% do grupo sem *NSS*/relata relacionar-se com pares que consomem drogas

A partir dos comportamentos descritos anteriormente, foi calculado um compósito de *Risco Comportamental*, que incluiu as seguintes variáveis: consumo de tabaco, álcool, drogas, café, dependência de jogos eletrônicos e jogos que envolvam dinheiro, prática de relações sexuais antes dos 15 anos, e dormir menos de 8h por noite. Os resultados mostraram que os participantes do grupo com *NSS*/apresentaram maior risco comportamental, $t(3.814) = 3.15, p \leq .001$.

Ferimentos autoinfligidos não suicidas e contexto escolar e familiar

Os testes de associação do Qui-Quadrado (χ^2) revelaram existir uma associação significativa entre ter pais separados e praticar *NSS*/ $\chi^2(1) = 6.64, p = .010$, enquanto 24.3% dos sujeitos que praticam *NSS*/têm pais separados, apenas 16.4% dos sujeitos sem *NSS*/têm os pais separados.

Contudo, os testes do Qui-Quadrado (χ^2) revelaram não existirem associações estatisticamente significativas entre a presença de *NSS*/e a auto percepção das notas $\chi^2(1) = .74, p = .388$, as faltas às aulas $\chi^2(1) = .05, p = .823$, os problemas disciplinares $\chi^2(1) = 3.0, p = .088$, o já ter ficado retido $\chi^2(1) = .33, p = .567$. Relativamente ao nível de escolaridade dos pais, também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre este e a prática de *NSS*/, $\chi^2(4) = 3.16, p = .531$.

A partir dos comportamentos descritos anteriormente, foi calculado um compósito de *Risco Escolar*, que incluiu as seguintes variáveis: faltas às aulas, número de retenções, problemas disciplinares e a auto percepção das notas. Os resultados demonstraram não existirem diferenças significativas entre adolescentes com maior *risco escolar* e os que praticam *NSS*/, $t(1.432) = .34, p = .152$.

Diferenças na resiliência entre os participantes com e sem ferimentos autoinfligidos não suicidas

Os resultados mostraram existirem diferenças significativas no *score* total da resiliência do CYRM entre os adolescentes com *NSS*/e os adolescentes sem *NSS*/, $t(1133) = -4.8, p \leq .001$.

Existem diferenças estatisticamente significativas entre os sujeitos com *NSS*/e sem *NSS*/relativamente a três subescalas da resiliência. Os resultados da MANOVA revelam que existem diferenças multivariadas entre os grupos com *NSS*/e sem *NSS*/ para três subescalas do CYRM, Wilks' $\lambda .96, F(4, 1130) = 12.37, p \leq .001$. Os testes univariados demonstraram que o grupo sem *NSS*/relatou maior resiliência em três níveis, ao nível da *rede de apoio/grupo, familiar e individual*, mas não ao nível da resiliência *comunitária*, comparativamente com o grupo com *NSS*/ (Tabela 5).

Tabela 5

Diferenças na resiliência (CYRM) entre os adolescentes com NSSI e sem NSSI

| | Com NSSI (n=185) | | Sem NSSI (n=950) | | F | p |
|---------------------|---------------------|-----|---------------------|-----|-------|------|
| | M | DP | M | DP | | |
| Comunidade | 4.44 | .57 | 4.49 | .57 | 1.59 | .208 |
| Rede de apoio/grupo | 3.99 | .69 | 4.21 | .57 | 21.25 | |
| Familiar | 4.04 | .78 | 4.34 | .58 | 36.81 | .001 |
| Individual | 4.01 | .49 | 4.15 | .46 | 14.96 | |

Variáveis preditoras dos ferimentos autoinfligidos não suicidas

Foi realizada uma Regressão Logística Binária para determinar os potenciais efeitos do sexo, do desejo de não estar vivo e das tentativas de suicídio, do risco comportamental e das competências de resiliência ao nível da rede de apoio/grupo, familiar e individual, na probabilidade de envolvimento em NSSI.

O modelo de regressão logística mostrou-se estatisticamente significativo no bloco 1 $\chi^2(1) = 12.67, p \leq .001$, explicando 1.9% da variância (Nagelkerke R²) os NSSI e classificou corretamente 83.7% dos casos, demonstrando que o sexo feminino está associado a uma maior probabilidade de envolvimento em NSSI ($p \leq .001$). No bloco 2, o modelo também se mostrou estatisticamente significativo $\chi^2(3) = 190.67, p \leq .001$, explicando 26.6% da variância (Nagelkerke R²). Do mesmo modo, os modelos do bloco 3, $\chi^2(4) = 193.60, p \leq .001$, e do bloco 4, $\chi^2(7) = 197.52, p \leq .001$, foram significativos, explicando 27% (Nagelkerke R²) e 27.5% da variância (Nagelkerke R²), respetivamente.

Finalmente, no bloco 5, o modelo também se mostrou significativo, $\chi^2(8) = 197.88, p \leq .001$, explicando 27,5% da variância (Nagelkerke R²). Considerando todas as variáveis no mesmo modelo, verifica-se que o desejo de não estar vivo ($p \leq .001$) e ter tentado o suicídio ($p = .005$) estão associados a uma maior probabilidade de envolvimento em NSSI. O risco comportamental, os pais separados e as competências de resiliência não tiveram efeitos significativos (Tabela 6).

Tabela 6

Regressão logística binomial para estimar a probabilidade de os adolescentes praticarem NSSI, com base no sexo, desejos de não estar vivo, tentativas de suicídio, ter pais separados, risco comportamental e com a resiliência ao nível da rede de apoio/grupo, familiar e individual.

| Variáveis | 95% CI for Odds Ratio | | | |
|----------------------|-----------------------|------|------------|-------|
| | B (SE) | Wald | Odds Ratio | Upper |
| Bloco 1 ^c | | | | |
| Constante | 1.96 (.13) | | | |

FERIMENTOS AUTOINFLIGIDOS, REGULAÇÃO EMOCIONAL E RESILIÊNCIA

| | | | | |
|----------------------------------|----------------|--------|------|------|
| Sexo | -59*** (.17) | 12.37 | .56 | .77 |
| Bloco 2^d | | | | |
| Constante | 2.60 (.16) | | | |
| Sexo | -2.10 (.19) | 1.19 | .82 | 1.18 |
| Já desejou não estar vivo | -2.15*** (.19) | 130.60 | .12 | .17 |
| Já tentou suicídio | -1.36** (.43) | 9.87 | .26 | .60 |
| Bloco 3^e | | | | |
| Constante | 2.90 (.24) | | | |
| Sexo | -.19 (.19) | 1.06 | .83 | 1.19 |
| Já desejou não estar vivo | -2.13*** (.19) | 126.48 | .12 | .17 |
| Já tentou suicídio | -1.37** (.43) | 10.05 | .25 | .59 |
| Pais separados | -.18 (.22) | .64 | .84 | 1.30 |
| Bloco 4^f | | | | |
| Constante | 2.92 (.24) | | | |
| Sexo | -.30 (.20) | 2.29 | .74 | 1.09 |
| Já desejou não estar vivo | -2.08*** (.19) | 117.51 | .13 | .18 |
| Já tentou suicídio | -1.27** (.44) | 8.26 | .28 | .67 |
| Pais separados | -.17 (.08) | 2.90 | .87 | 1.31 |
| Risco Comportamental | -.14 (.08) | 2.90 | .09 | 1.02 |
| Bloco 5^g | | | | |
| Constante | 1.31 (.87) | | | |
| Sexo | -.32 (.20) | 2.63 | .72 | 1.07 |
| Já desejou não estar vivo | -2.04*** (.20) | 106.52 | .13 | .19 |
| Já tentou suicídio | -1.27** (.45) | 7.93 | .28 | .69 |
| Pais separados | -.135 (.23) | .36 | .87 | 1.36 |
| Risco comportamental | -.114 (.09) | 1.80 | .89 | 1.05 |
| Resiliência: Rede de Apoio/Grupo | -.010 (.19) | .00 | .99 | 1.45 |
| Resiliência: Individual | .367 (.27) | 1.81 | 1.44 | 2.47 |
| Resiliência: Familiar | .021 (.18) | .01 | 1.02 | 1.46 |

Nota: Sexo: 1=Feminino; 0=Masculino. Já desejou não estar vivo: 1=Sim; 0=Não. Já tentou suicídio: 1=Sim; 0=Não; 1= Pais separados, 0=Pais juntos.

^c.011 (Cox & Snell), .019 (Nagelkerke). Modelo $\chi^2(1) = 12.67, p < .001$.

^d.157 (Cox & Snell), .266 (Nagelkerke). Modelo $\chi^2(3) = 190.67, p < .001$.

^e.157 (Cox & Snell), .267 (Nagelkerke). Modelo $\chi^2(4) = 191.30, p < .001$.

^f.159 (Cox & Snell), .271 (Nagelkerke). Modelo $\chi^2(5) = 194.14, p < .001$.

^g.162 (Cox & Snell), .275 (Nagelkerke). Modelo $\chi^2(8) = 197.88, p < .001$.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p \leq .001$

Discussão

O presente estudo teve como principais objetivos avaliar a frequência e função dos *NSS* numa amostra representativa dos adolescentes do concelho de Guimarães. E ainda, verificar as associações entre *NSS* e comportamentos considerados de risco, variáveis familiares e escolares.

Os resultados obtidos a partir deste estudo, revelaram que a dos *NSS*, assim como os pensamentos e comportamentos para-suicidários nos adolescentes são um problema importante neste concelho. Os resultados revelam que cerca de 3% dos adolescentes já se tentaram matar, sendo estes resultados congruentes com estudos anteriores, que mostram frequências semelhantes na mesma faixa etária (4 a 8%) (e.g., Hamza et al., 2012; Nock et al., 2008). Igualmente, a frequência dos *NSS* reportada nos adolescentes que participaram neste estudo (16.3%), vai ao encontro com estudos anteriores, que relataram a frequência destes comportamentos, em populações comunitárias de adolescentes, se situa entre 7 e 18% (e.g., Monto et al., 2018).

Para além da descrição da prevalência dos *NSS* nesta população, este estudo procurou verificar se os *NSS* estavam associados com os comportamentos e pensamentos para-suicidários. Efetivamente, verificou-se que, uma percentagem muito significativa dos participantes que relata *NSS*, já tentou o suicídio no passado (67.6%), e cerca de 64.3% dos sujeitos do grupo com *NSS* já tiveram pensamentos sobre a morte e desejo de não estarem vivos, sendo estes preditores importantes na prática dos *NSS*. Isto vai, igualmente de encontro com estudos anteriores, que referem que adolescentes com *NSS* têm um risco mais elevado para posteriormente tentarem o suicídio e terem pensamentos recorrentes acerca da morte (Fox et al., 2018; Kranzler et al., 2016; Mars et al., 2019; Whitlock & Knox, 2007).

A maioria dos adolescentes (76.2%) que referiram praticar *NSS*, relataram nunca sentir dor, ou sentir dor apenas ocasionalmente durante este comportamento. Estes dados parecem ser congruentes com a hipótese sobre a habituação ao medo e à dor física que os *NSS* podem levar (Fox et al., 2018; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006). Esta habituação à dor, ou a ausência da mesma, pode levar à manutenção ou a um aumento do comportamento mal adaptativo, sendo este um dos fatores de risco associado ao suicídio (Fox et al., 2018; Kranzler et al., 2016; Nock et al., 2006).

Este estudo verificou ainda que existe uma maior frequência dos *NSS* no sexo feminino do que no sexo masculino (20.5% vs. 12.2%). Estes resultados estão em linha com estudos anteriores, que referem que uma parte mais significativa de adolescentes do sexo feminino reportam *NSS*, revelando a possibilidade de estas se envolverem mais neste tipo de comportamentos na adolescência, do que os rapazes, como forma de aliviar a sua emocionalidade negativa, uma vez que o sexo feminino tem uma maior tendência para a internalização das emoções negativas, e para utilizarem os *NSS* como forma

desadaptativa de regular a sua emocionalidade excessiva (Hamza et al., 2012; Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Monto et al., 2018; Ross & Heath, 2002).

Neste estudo, verificou-se também, que os adolescentes podem estar a utilizar os *NSSI* como uma forma de regular as emoções, uma vez que relatam mais emocionalidade negativa antes do comportamento (e.g., ansiedade, tristeza, culpa, raiva) e uma redução desta, após os *NSSI*, e um aumento significativo das emoções positivas (e.g., satisfação, alívio), o que vai ao encontro com o Modelo da Regulação Emocional, descrito por Messer e Fremouw (2008) numa revisão da literatura, onde os autores referem que estes comportamentos desadaptativos são utilizados como forma de regular a emocionalidade excessivamente negativa, reforçando que os sujeitos nesta faixa etária têm dificuldades em lidar com as emoções negativas e utilizam este tipo de estratégias para a redução das mesmas.

Os adolescentes que participaram neste estudo e relataram a presença, atual ou passada de *NSSI*, reportaram que utilizaram estes comportamentos, nomeadamente, por razões relacionadas com os processos de Reforço Automático Negativo, sendo que a maioria dos adolescentes relataram utilizar este comportamento como forma de evitar ou travar sentimentos negativos, e memórias dolorosas. Segundo Jacobson e Gould (2007) e Saraff et al. (2015), os *NSSI* são utilizados para travar, ainda que temporariamente, sentimentos negativos, o que pode ser um preditor importante na prática de *NSSI*, uma vez que são considerados eficazes em cessar estes pensamentos e memórias negativas. Em seguida, verificou-se os *NSSI* foram utilizados, pelos adolescentes, como forma de obter Reforço Automático Positivo, principalmente como forma de autopunição ou para evitar ou travar pensamentos suicidas, o que fortifica a ideia de que, os *NSSI* não são utilizados como finalidade para o suicídio (Claes & Vandereycken, 2007a; Jacobson & Gould, 2007). Todavia, é possível que os adolescentes se envolvam nestes comportamentos, uma vez que são eficazes no alívio das emoções negativas, e sejam igualmente eficientes para obter a atenção ou ajuda de terceiros, ou seja, como reforço social positivo (Jacobson & Gould, 2007; Nock & Prinstein, 2004).

Neste estudo, foram encontradas associações entre os *NSSI* e o consumo de álcool, café, tabaco, ter dependência de jogos que envolvam dinheiro e dormir menos de 8 horas por noite. Contudo, não foram encontradas associações entre os *NSSI* e o consumo de drogas, o que contraria estudos anteriores (e.g., Mars et al., 2019), que referem que adolescentes que praticam *NSSI*, têm uma maior probabilidade de ingressar no consumo de substâncias ilícitas e nos comportamentos de risco descritos acima. Todavia, os adolescentes que relataram a presença de *NSSI*, relataram que se relacionavam com pares que consomem drogas, o que pode sugerir que os mesmos estejam envolvidos em grupos de pares que apresentam comportamentos de risco ao nível do consumo de substâncias, no entanto, uma vez que

estes dados foram recolhidos no contexto escolar, é possível ter existido aqui uma negação, por parte dos adolescentes, talvez por desabilidade social ou receio de serem identificados.

Quando calculado o Risco Comportamental, verificou-se que este foi significativamente superior no grupo com *NSSI*, comparativamente com o grupo sem *NSSI*, sugerindo que os adolescentes com mais comportamentos considerados de risco, têm uma maior probabilidade de praticar *NSSI*. Estes comportamentos tendem a surgir dentro de um espectro multirrisco e não isoladamente. É possível que estes adolescentes utilizem estes comportamentos como estratégia de regulação emocional, no entanto, os resultados deste estudo não nos permitem concluir acerca desta relação. Futuros estudos devem procurar perceber, de forma mais clara, a funcionalidade deste tipo de comportamentos multirrisco, nomeadamente ao nível da regulação de emoções negativas.

Surpreendentemente, o cálculo do Risco Escolar, demonstrou não existirem diferenças significativas entre o grupo com *NSSI* e sem *NSSI*, o que contraria estudos anteriores (e.g., Mars et al., 2014). Uma vez que os *NSSI* são mais comuns no sexo feminino, e estudos referem que o sexo feminino apresenta maiores níveis de internalização (Ross & Heath, 2002), os ferimentos autoinfligidos podem não surgir associados a comportamentos que envolvem risco escolar como faltas às aulas, problemas disciplinares, retenções etc.

Relativamente aos mecanismos de resiliência, foram encontradas diferenças significativas entre grupos com *NSSI* e sem *NSSI* ao nível da resiliência da rede de apoio, familiar e individual, sugerindo que os adolescentes com menores competências de resiliência a estes níveis, têm mais *NSSI*, podendo estes, terem disponíveis um menor número fontes de suporte familiar e do grupo mais próximo e menores qualidade das relações íntimas, assim como menos mecanismos individuais para ultrapassar as situações adversas (Johnson et al., 2010; Nagra et al., 2016; Taliaferro & Muehlenkamp, 2014). Os dados sugerem ainda, que a comunidade pode ter pouco impacto na resiliência dos adolescentes como um fator protetor, o que é um resultado interessante, uma vez que atualmente, os adolescentes podem não se envolver tanto em atividades da comunidade e se a rede de suporte mais próxima não estiver presente como fator de proteção, a comunidade não terá igualmente impacto.

Os resultados deste estudo demonstraram uma associação significativa entre ter pais separados/divorciados e *NSSI*, o que é congruente com estudos anteriores (e.g., Astrup, Pedersen, Mok, Carr, & Webb, 2017). Na mesma linha, os resultados mostraram que o fator da resiliência familiar foi menor nos adolescentes com *NSSI* o que pode significar que, os adolescentes que têm um background familiar mais sólido e mais suporte a este nível, têm uma maior capacidade de resiliência e menos *NSSI* (Yates, 2004).

Para tentar perceber os preditores dos *NSSI*, foi realizada uma análise de regressão logística, que demonstrou que os adolescentes com uma maior probabilidade de praticar *NSSI* são os que já desejaram não estar vivos e já tentaram o suicídio, sendo que estes resultados são consistentes com os de estudos anteriores (e.g., Fox et al., 2018; Nock et al., 2006), referindo que os adolescentes que reportaram pensamentos tentativas de suicídio são um grupo de alto risco para praticar *NSSI*.

Apesar deste estudo apresentar algumas limitações, nomeadamente a sua natureza transversal, não permitindo assumir que as associações encontradas são causais, este foi um projeto com um número de participantes significativo e representativo, e permite-nos perceber algumas das características desta comunidade específica. Apesar de não podermos fazer inferências sobre o comportamento dos adolescentes, é possível ter uma visão mais abrangente sobre o tema em questão. Uma outra limitação encontrada neste estudo, é o facto de serem recolhidos os dados a partir de questionários de autorrelato, e ainda, no contexto escolar, onde existe possibilidade de enviesamento dos resultados, por desejabilidade social, que pode conduzir a um sub relato dos comportamentos, talvez receio de serem identificadas as suas respostas, e punidos caso pratiquem atos ilícitos, como por exemplo, o consumo de substâncias. Apesar de terem sido feitos todos os esforços para ultrapassar esta questão, como ser assegurada a confidencialidade e o anonimato das respostas.

Seria pertinente, para estudos futuros, utilizar metodologias longitudinais e perceber possíveis trajetórias psicopatológicas associadas a este tipo de comportamentos.

As principais contribuições deste estudo são, uma compreensão mais aprofundada dos mecanismos envolvidos na problemática dos *NSSI*, nesta população específica. Em suma, este estudo demonstrou que, os ferimentos autoinfligidos estão presentes de uma forma significativa nesta população, nomeadamente no sexo feminino, estando fortemente associados a pensamentos suicidas e tentativas de suicídio prévias. Os resultados deste estudo, demonstraram ainda, que estes comportamentos surgem, muito provavelmente como uma forma de regulação emocional uma vez que os *NSSI* são utilizados como forma de diminuição das emoções negativas e aumento da emocionalidade positiva. Por outro lado, os *NSSI* surgem associados a outros comportamentos de risco como consumo de álcool, café, tabaco e a participação em grupos de pares associado ao consumo de drogas. Adicionalmente, os adolescentes com *NSSI* apresentam menores níveis de resiliência ao nível familiar, individual e da rede de apoio.

Os pensamentos e tentativas suicidas, as dificuldades de regulação emocional e o envolvimento em comportamentos de risco parecem estar associados com a prática de *NSSI*, nesta população, assim como menores níveis de resiliência. O foco terapêutico nestas dimensões, nomeadamente nos fatores

protetores, como os mecanismos de resiliência, com a facilitação da procura de suporte social (e.g., familiares, pares e outros significativos), a implementação de medidas que promovam estratégias de coping emocional para lidar com os sentimentos negativos (Brausch & Woods, 2018; Guerreiro, 2014), e ainda, uma intervenção nos comportamentos de risco, com a monitorização e redução dos comportamentos adictos, poderá ter um impacto positivo no tratamento e mesmo na prevenção dos ferimentos autoinfligidos sem intenção suicida, assim como dos pensamentos e comportamentos suicidários, nos adolescentes e jovens adultos. Portanto, uma identificação e intervenção precoces neste grupo, demonstra-se essencial para a diminuição dos comportamentos mal adaptativos.

Referências Bibliográficas

- Astrup, A., Pedersen, C. B., Mok, P. L. H., Carr, M. J., & Webb, R. T. (2017). Self-harm risk between adolescence and midlife in people who experienced separation from one or both parents during childhood. *Journal of Affective Disorders*, *208*(September 2016), 582–589. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.10.023>
- Brausch, A. M., & Woods, S. E. (2018). Emotion Regulation Deficits and Nonsuicidal Self-Injury Prospectively Predict Suicide Ideation in Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.12478>
- Chapman, A. L., & Dixon-Gordon, K. L. (2007). Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *37*(5), 543–552. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.5.543>
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007a). Self-injurious behavior: differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, *48*(2), 137–144. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.10.009>
- Claes, L., & Vandereycken, W. (2007b). The Self-Injury Questionnaire-Treatment Related (SIQ-TR): Construction, reliability, and validity in a sample of female eating disorder patients. *Psychological Tests and Testing Research Trends*, 111–139. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc5&NEWS=N&AN=2013-42708-009>
- Edmondson, A. J., Brennan, C. A., & House, A. O. (2016). Non-suicidal reasons for self-harm: A systematic review of self-reported accounts. *Journal of Affective Disorders*, *191*, 109–117. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.043>
- Favazza, a. R., & Rosenthal, R. J. (1993). Diagnostic in Self-Mutilation. *Psychiatric Services*, *44*(2), 134–

140.

- Fox, K. R., Ribeiro, J. D., Kleiman, E. M., Hooley, J. M., Nock, M. K., & Franklin, J. C. (2018). Affect toward the self and self-injury stimuli as potential risk factors for nonsuicidal self-injury. *Psychiatry Research, 260*, 279–285. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.11.083>
- Gonçalves, S., Martins, C., Rosendo, A. P., Machado, B. C., & Silva, E. (2012). Self-injurious behavior in Portuguese adolescents. *Psicothema, 24*, 536–541. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23079348>
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192–205. <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg022>
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 63*(11), 1091–1103. <https://doi.org/10.1002/jclp.20417>
- Guerreiro, D. F. (2014). *Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicológicos, temperamento afetivo e estratégias de coping*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., & Willoughby, T. (2012). Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review, 32*(6), 482–495. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.05.003>
- 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), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2383-0>
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*(2), 129–147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(2), 363–375. <https://doi.org/10.1080/15374410801955771>
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy, 48*(3), 179–186. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.10.007>
- Kranzler, A., Fehling, K. B., Anestis, M. D., & Selby, E. A. (2016). Emotional dysregulation, internalizing symptoms, and self-injurious and suicidal behavior: Structural equation modeling analysis. *Death*

- Studies*, 40(6), 358–366. <https://doi.org/10.1080/07481187.2016.1145156>
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(1), 23–37. <https://doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: Understanding the “whats” and “whys” of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34(5), 447–457. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-7262-z>
- Mars, B., Heron, J., Crane, C., Hawton, K., Lewis, G., Macleod, J., ... Gunnell, D. (2014). Clinical and social outcomes of adolescent self harm: Population based birth cohort study. *The BMJ*, 349, 1–13. <https://doi.org/10.1136/bmj.g5954>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O’Connor, R. C., Tilling, K., ... Gunnell, D. (2019). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: a population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- Mckenzie, K. C., & Gross, J. J. (2014). Nonsuicidal self-injury: An emotion regulation perspective. *Psychopathology*, 47(4), 207–219. <https://doi.org/10.1159/000358097>
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 162–178. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.04.006>
- Monto, M. A., McRee, N., & Deryck, F. S. (2018). Nonsuicidal self-Injury among a representative sample of US adolescents, 2015. *American Journal of Public Health*, 108(8), 1042–1048. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304470>
- Nagra, G. S., Lin, A., & Uptegrove, R. (2016). What bridges the gap between self-harm and suicidality? The role of forgiveness, resilience and attachment. *Psychiatry Research*, 241, 78–82. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.103>
- Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M., Borges, G., Bromet, E., Cha, C., Kessler, R., & Lee, S. (2008). Suicide and suicidal behaviour. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133–154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00234-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00234-2)
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves?: New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467->

8721.2009.01613.x

- Nock, & Prinstein. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>
- Robinson, K., Garisch, J. A., Kingi, T., Brocklesby, M., O’Connell, A., Langlands, R. L., ... Wilson, M. S. (2018). Reciprocal Risk: the Longitudinal Relationship between Emotion Regulation and Non-suicidal Self-Injury in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 1–8*. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0450-6>
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence, 31*(1), 67–77. <https://doi.org/10.1023/A:1014089117419>
- Saraff, P. D., Trujillo, N., & Pepper, C. M. (2015). Functions, Consequences, and Frequency of Non-suicidal Self-Injury. *Psychiatric Quarterly, 86*(3), 385–393. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9338-6>
- Sim, L., Adrian, M., Zeman, J., Cassano, M., & Friedrich, W. N. (2009). Adolescent Deliberate Self-Harm: Linkages to Emotion Regulation and Family Emotional Climate. *Journal of Research on Adolescence, 19*(1), 75–91. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2009.00582.x>
- Taliaferro, L. A., & Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk and protective factors that distinguish adolescents who attempt suicide from those who only consider suicide in the past year. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/sltb.12046>
- Ungar, M. (2008). Resilience across cultures. *British Journal of Social Work, 38*(2), 218–235. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcl343>
- Ungar, M., & Liebenberg, L. (2013). *The Child and Youth Resilience Measure (CYRM) Youth Version USER’S MANUAL* :
- Ungar, M., Liebenberg, L., Kwong, W. M., Lee, T. Y., Leblanc, J., Duque, L., & Makhnach, A. (2008). The Study of Youth Resilience Across Cultures: Lessons From a Pilot Study of Measurement Development. *Research in Human Development, 5*(3), 166–180. <https://doi.org/10.1080/15427600802274019>
- Victor, S. E., Klonsky, E. D., & Goldstein, T. R. (2018). Understanding the social context of adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Clinical Psychology, 1–10*. <https://doi.org/10.1002/jclp.22657>
- Whitlock, J., & Knox, K. L. (2007). The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 161*(7), 634–640.

<https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.634>

Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review, 24*(1), 35–74.

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2003.10.001>

Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 41*(5), 759–773.

<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>