

PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA



Autolesão na adolescência:
roteiro para avaliar
e proteger

Da revelação à continuidade do cuidado

A consulta começa pelo acolhimento e segue até uma transição que possa acontecer. O percurso procura compreender o significado do episódio, a proteção disponível naquele momento e a continuidade depois da saída. A vinheta fictícia de Lara reaparece porque cada informação nova pode mudar a formulação.

1. Abrir a conversa

Privacidade, confidencialidade, cuidado físico e relato não gráfico.

2. Formular

Intenção, função, temporalidade, sintomas, contexto e proteção.

3. Decidir urgência

Matriz e fluxo que ligam achados ao ambiente necessário.

4. Construir segurança

Plano aplicável, segurança de meios e participação familiar.

5. Sustentar a transição

Seguimento com responsáveis, prazos e critérios de retorno.

6. Documentar

Registro clínico de divergências, decisão e contingências.

Na situação aguda, o fluxo de decisão vem primeiro. No ambulatório, percorrer toda a sequência evita presumir intenção e tratar episódios diferentes como se tivessem a mesma urgência.

A primeira resposta define o que poderá ser conhecido

Quando um adolescente revela autolesão, o médico precisa manter o diálogo e verificar o que não pode esperar. Uma frase simples abre a conversa: “Obrigado por me contar. Quero entender o que aconteceu e ajudar você a ficar seguro.” Ela reconhece a confiança sem minimizar o comportamento, atribuir intenção antes da avaliação ou exigir promessa de que não se repetirá.

Vergonha, medo de punição e receio de perder privacidade mudam o relato. O acolhimento melhora a informação clínica quando vem acompanhado de perguntas diretas e de uma proteção que seja possível cumprir.

Lara, 15 anos (vinheta fictícia): primeiro contato

Lara, 15 anos, chega com a mãe após a escola perceber lesões recentes. Está clinicamente estável e diz: “Eu não queria morrer. Foi para parar de pensar.” A mãe responde que ela “quer chamar atenção”. O médico cuida da lesão, explica que ouvirá as duas e combina conversa privada com Lara. Informa que dados necessários para protegê-la serão compartilhados, de preferência com sua participação.

Examine extensão, profundidade, sangramento, contaminação, infecção e estruturas profundas. Pergunte sobre ingestão, exposição e outras lesões.

A aparência do ferimento não mede sofrimento ou intenção; cuidado físico e avaliação psicossocial caminham juntos.^{1,6}

Explique os limites da confidencialidade antes da conversa privada. Sigilo absoluto, seguido de quebra, fragiliza a aliança; compartilhamento automático impede o relato. Circule apenas o necessário para proteção, conforme os deveres aplicáveis.^{1,6,7}

Uma abertura possível para a consulta

1. **Acolher:** reconhecer a revelação sem normalizar o dano.
2. **Privacidade e participação:** explicar quem estará presente e quais são os limites da confidencialidade.
3. **Estado clínico:** avaliar a lesão e as necessidades médicas imediatas.
4. **Autolesão e suicídio:** perguntar diretamente, sem solicitar descrição gráfica.

Esses movimentos podem ocorrer em paralelo. Mesmo com uma boa abertura, intenção e urgência ainda precisam ser investigadas. Intoxicação, alteração da consciência, agitação intensa ou instabilidade pedem estabilização e ambiente protegido.

Do episódio à formulação clínica

“Não queria morrer” informa, mas não encerra a avaliação. A intenção pode ser ambivalente ou mudar durante o ato. Entender se a função foi aliviar tensão,

interromper pensamentos, punir-se ou comunicar sofrimento orienta o tratamento. Autolesão e comportamento suicida podem coexistir.^{1,2,6}

Reconstrua precipitante, estado emocional, intenção, interrupção, ajuda e consequências. Pergunte sobre início, frequência, recência e perda de controle; depois investigue diretamente desejo de morrer, ideação, plano, preparação, acesso a meios e tentativas. Inclua desesperança, agitação, intoxicação, psicose e capacidade de pedir ajuda.^{3,8}

Domínio	Investigar	Consequência clínica
Episódio	Precipitante, função, intenção, mudança e alívio.	Mostra a sequência a interromper e possível ambivalência.
Temporalidade	Início, recência, repetição e mudança de padrão.	Aceleração ou perda de controle pede proteção mais próxima.
Suicídio	Ideação, intenção, plano, preparação, acesso e tentativas.	Achados atuais podem tornar inseguro o ambiente habitual.
Estado mental	Humor, agitação, psicose, dissociação, substâncias e sono.	Identifica perda de colaboração e alvos tratáveis.
Contexto	Violência, bullying, perdas, relações e exposição digital.	Pode exigir proteção e mudar quem participa do plano.
Proteção	Adultos, supervisão, meios, ajuda aceita e acesso ao cuidado.	Define se um plano fora do serviço é executável.

A matriz organiza a entrevista sem gerar escore. O mesmo achado muda de peso conforme a combinação. Registre quem informou cada dado. Divergência não prova mentira: pode refletir medo, desconhecimento familiar ou mudança funcional vista apenas pela escola.

Avalie humor, ansiedade, irritabilidade, sono, alimentação, trauma, neurodesenvolvimento, substâncias, elevação do humor e psicose. Investigue violência, bullying e discriminação sem pedir imagens ou detalhes técnicos. Procure condições que mudem manejo ou proteção.^{1,6,7}

Lara: informações que mudam a formulação

Lara relata três episódios no mês, após humilhações em grupo escolar. O alívio dura minutos. Nega plano atual, mas pensou duas semanas antes que “seria melhor não acordar” e assustou-se por demorar mais a parar no episódio recente. Tem insônia, faltas e isolamento. A mãe desconhecia a repetição.

Instrumentos têm função limitada. Podem padronizar rastreio, mas não predizem quem morrerá por suicídio. Não classifique o indivíduo como risco baixo, médio ou alto para decidir alta, internação ou tratamento. A formulação deve reunir estado atual, trajetória, precipitantes, acesso a meios, proteção e cenários que invalidam o plano.^{1,3}

Decidir urgência sem criar um pseudoprotocolo

A urgência combina necessidade médica, estado mental, comportamento suicida, acesso a meios, colaboração e ambiente. A pergunta prática é se o adolescente atravessará as próximas horas com segurança no contexto que estará realmente disponível.

Recursos de urgência são necessários diante de lesão grave, intoxicação, consciência alterada, intenção atual com preparação ou acesso a meios, agitação intensa, psicose com perda de controle ou falta de supervisão viável. Violência com risco imediato também muda o ambiente de proteção. A avaliação presencial e o fluxo local continuam determinantes.^{1,3,8}

Matriz para relacionar estado atual, ambiente e resposta

Estado atual	Ambiente	Resposta coerente
Instabilidade médica, intoxicação ou lesão relevante.	Qualquer ambiente extra-hospitalar.	Estabilização e recursos de urgência.
Intenção, preparação, acesso, perda de controle ou psicose.	Proteção incerta.	Avaliação urgente em ambiente protegido.

Estado atual	Ambiente	Resposta coerente
Sem emergência, mas repetição, piora ou ambivalência.	Adulto disponível, meios abordáveis e retorno rápido.	Plano robusto e seguimento próximo, conforme formulação.
Colaboração e estado mental preservados.	Supervisão, segurança de meios e continuidade confirmadas.	Manejo ambulatorial pode ser possível, com contingências.

A matriz deve ser confrontada com as condições existentes naquele dia; suas linhas não funcionam como categorias prognósticas. Quando o estado do adolescente e o ambiente disponível apontam direções diferentes, o destino precisa ser revisto antes da saída.

Fluxo para decidir proteção e urgência

- 1 Demanda médica aguda?** Estabilize e trate sem atrasar indevidamente a avaliação psicossocial.
- 2 Perigo atual difícil de conter?** Intenção, preparação, acesso, perda de controle, psicose, agitação ou intoxicação pedem ambiente protegido.

3 **Proteção domiciliar executável?**

Confirme adulto, supervisão, segurança de meios, transporte e reavaliação.

4 **Continuidade confirmada?** Nomeie serviço, profissional, prazo e alternativa se o contato falhar.

5 **O que muda o plano?** Nova autolesão, piora da ideação, intoxicação, acesso, perda de supervisão ou ruptura da rede exigem reavaliação.

O fluxo volta a ser percorrido quando surge informação nova ou quando o estado mental muda. Respostas favoráveis não autorizam alta automática, e uma condição que não foi verificada permanece como lacuna na proteção.

Lara: decisão construída com os dados disponíveis

Após cuidado local, Lara nega ideação e intenção atuais, mantém pensamento organizado e participa do plano. A mãe ficará com ela, assume segurança de meios e aceita reavaliação precoce já confirmada. O manejo fora do hospital pode ser considerado por essas condições concretas, não por um rótulo de “baixo risco”.

Conheça a Pós em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Plano de segurança que cabe na vida real

O plano de segurança transforma promessas genéricas em ações testadas no contexto do jovem. Cada item deve ser reconhecível, executável e atribuído.

Estratégias internas ganham tempo; pessoas, serviços e segurança de meios sustentam o restante.^{1,2,4}

Um plano de segurança aplicável

1. **Sinais pessoais:** pensamentos, sensações e situações que antecedem a crise.
2. **Ações para ganhar tempo:** opções possíveis no local e horário habituais.
3. **Presença segura:** pessoas ou ambientes que reduzem isolamento.
4. **Pedido de ajuda:** nomes, contatos e frase curta para acionar apoio.
5. **Serviços e urgência:** portas do território, transporte e acompanhante.
6. **Segurança de meios:** o que será removido, guardado, controlado ou supervisionado, e por quem.

Peça ao adolescente que explique o plano com as próprias palavras e simule o próximo passo. Intenção atual, ambiente inseguro ou incapacidade de colaborar invalidam seu uso fora de um ambiente protegido. Item sem responsável exige revisão.

Converse sobre segurança de meios com objetividade, sem detalhe desnecessário. Não delegue ao adolescente a responsabilidade de tornar o domicílio seguro. Oriente o cuidador sobre sua tarefa e confirme quando será executada. Supervisão deve proteger, não punir. Se a família não consegue proteger ou é fonte de violência, acione outros responsáveis e a rede.^{1,4,5}

Lara: o plano testado no contexto real

Lara reconhece como sinais apagar conversas, isolar-se e pensar “não vou aguentar amanhã”. Caminhar com a cadela ajuda, mas não seria viável sozinha à noite. Combina enviar uma palavra curta à mãe; uma tia entra como apoio alternativo. A mãe assume segurança de meios e acompanhamento. Serviço local, urgência e transporte ficam registrados.

O plano imediato não substitui tratamento. O seguimento responde à formulação e pode envolver humor, trauma, relações familiares, escola, neurodesenvolvimento, sono ou substâncias. A escola recebe apenas o necessário para proteção e resposta ao bullying.

Transição, seguimento e registro

Antes da saída, registre quando, onde e com quem ocorrerá o próximo contato, além da alternativa se a vaga falhar. Confirme local seguro, acompanhante, transporte, segurança de meios e porta de reavaliação. O prazo acompanha a necessidade clínica.^{1,4}

Conferência antes da transição

- ☐ Condição médica cuidada.
- ☐ Suicídio perguntado diretamente.
- ☐ Estado mental reavaliado.
- ☐ Adulto responsável disponível.
- ☐ Segurança de meios atribuída.
- ☐ Plano acessível ao jovem.
- ☐ Serviço, profissional e prazo confirmados.
- ☐ Transporte e local combinados.
- ☐ Critérios de retorno explicados.
- ☐ Alternativa para falha do seguimento.
- ☐ Rede informada com privacidade.
- ☐ Responsáveis registrados.

Converse com o jovem e o cuidador para confirmar a transição. Marcar caixas no prontuário não resolve supervisão ausente nem retorno indefinido; essas lacunas precisam ser corrigidas antes da saída ou exigem outro destino.

Explique critérios observáveis de retorno: nova autolesão, piora de ideação, intenção ou preparação, intoxicação, maior acesso a meios, agitação, psicose, perda de supervisão ou ruptura da rede. “Retorne se piorar” é vago demais.

O que precisa constar no registro clínico

Apresentação e cuidado físico: descrição não gráfica, recência, repetição, exame e tratamento.

Comportamento suicida: ideação, intenção, plano, preparação, acesso, tentativas e interrupções.

Estado e contexto: exame mental, sintomas, substâncias, violência, bullying e funcionamento.

Fontes e divergências: adolescente, cuidadores e outras fontes.

Formulação: trajetória, precipitantes, perpetuadores, proteção e cenários de piora.

Decisão: destino justificado, segurança de meios, responsáveis, contatos, prazo e contingências.

Cada conduta deve estar ligada ao achado que a sustenta, sem transformar o modelo em texto padronizado. Outro profissional precisa compreender por que a saída foi considerada segura, o que já foi combinado e quais mudanças exigem reavaliação.

Lara: síntese para a continuidade do cuidado

O registro de Lara reúne repetição, perda de controle, pensamento passivo de morte, ausência de intenção atual, insônia, prejuízo escolar e cyberbullying. Também descreve supervisão, segurança de meios, apoio da tia e contato precoce. Nova intenção, perda de supervisão ou falha no seguimento exigem reavaliação.

O que precisa estar claro ao fim da consulta

Uma conversa acolhedora melhora a informação e permite abordar intenção, urgência e proteção. Na saída, destino, responsáveis e critérios de reavaliação precisam estar claros para quem continuará o cuidado.

Não substitui protocolos institucionais, deveres legais ou avaliação presencial individualizada.

Conheça a Pós em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Referências

1. National Institute for Health and Care Excellence. Self-harm: assessment, management and preventing recurrence. NG225. 2022. [nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations](https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/recommendations)
2. National Institute for Health and Care Excellence. Terms used in this guideline: Self-harm NG225. 2022. [nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/terms-used-in-this-guideline](https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/chapter/terms-used-in-this-guideline)
3. American Academy of Pediatrics. Clinical Pathways for Suicide Prevention. [aap.org/.../clinical-pathways-for-suicide-prevention](https://www.aap.org/.../clinical-pathways-for-suicide-prevention)
4. American Academy of Pediatrics. Brief Interventions that Can Make a Difference in Suicide Prevention. [aap.org/.../brief-interventions](https://www.aap.org/.../brief-interventions)
5. World Health Organization. Suicide. Updated 28 August 2026. [who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide)

6. Sociedade Brasileira de Pediatria. Autolesão na adolescência: como avaliar e tratar. Guia Prático de Atualização nº 12. Julho de 2019. sbp.com.br/.../Autolesao_na_adolescencia
7. Brasil. Ministério da Saúde. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio. 2020. bvsms.saude.gov.br/.../cartilha_prevencao
8. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. JAACAP. 2001;40(7 Suppl):24S-51S. aacap.org/.../suicidal_behavior_practice_parameter.pdf

A referência 8 é complementar e histórica. As recomendações operacionais atuais foram ancoradas prioritariamente em NICE, AAP e OMS.