

Risco de suicídio na criança e no adolescente — rastreio e manejo pelo pediatra

Rastreio com o ASQ, avaliação breve de segurança, plano de segurança, restrição de meios letais, conduta no risco iminente e não iminente, posvenção, notificação e sigilo, segundo SBP, Ministério da Saúde, AAP Blueprint 2023 e NICE NG225

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

O suicídio foi a **3ª causa de morte de 15 a 19 anos e a 11ª de 5 a 14 anos no Brasil em 2021**, com taxas em alta (Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico 2024). **Pergunte diretamente**: falar sobre suicídio **não aumenta o risco** (MS; AAP). O site adota **rastreio universal a partir de 12 anos e seletivo de 8 a 11 anos** diante de queixa emocional, preocupação da família, história prévia ou sinal de alerta (AAP Blueprint 2023), com o **ASQ** (4 perguntas, 20 segundos; NIMH), aplicado **a sós**. ASQ positivo exige **avaliação breve de segurança** no mesmo atendimento.  **Risco iminente** (pensamento atual de se matar, plano ou intenção, tentativa recente, incapacidade de garantir a própria segurança): **não deixar sozinho, pronto-socorro ou urgência psiquiátrica, SAMU 192**.  **Risco não iminente**: plano de segurança, **restrição de meios letais** (medicamentos trancados, armas fora de casa), encaminhamento **com prioridade** ao CAPSi/psiquiatria da infância e adolescência e retorno próximo com o pediatra. **CVV 188** para todos. Tentativa e autolesão são de **notificação obrigatória (compulsória)**, que o Conselho Tutelar também recebe (Lei 13.819/2019, art. 6º); o **sigilo é quebrado diante de risco à vida**.

1. O que é e como se apresenta

A **violência autoprovoçada** inclui suicídio, tentativa e automutilação com ou sem ideação suicida (Lei 13.819/2019, art. 6º, § 1º). Use "morreu por suicídio" ou "tirou a própria vida", nunca "cometeu" ou "bem-sucedido" (OMS 2023). A autolesão não suicida é um dos preditores mais fortes de tentativa futura.

Brasil, 2021 (Boletim Epidemiológico v. 55, nº 4, fev. 2024): 224 suicídios de 5 a 14 anos e **1.075 de 15 a 19 anos** (6,9% das mortes da faixa). Meninos morrem mais; entre as mulheres, a maior taxa é a das **adolescentes de 15 a 19 anos**. Foram notificados 10.660 casos de violência autoprovoçada de 5 a 14 anos e 24.515 de 15 a 19, com predomínio feminino; a **intoxicação** é o meio mais notificado.

Como chega ao consultório: raramente como queixa direta. Suspeite diante de humor deprimido ou irritável, isolamento, queda escolar, uso de substâncias, autolesão, bullying, violência, perdas ou frases como "não aguento mais" e "os outros seriam mais felizes sem mim" (MS, Cartilha 2020). A SBP orienta levar a sério **qualquer** aviso do desejo de morrer, mesmo em tom de brincadeira, e investigar violência intrafamiliar diante de toda tentativa (Manual SPSP/SBP/CFM 2018). **Sinais de risco agudo**: falar em se matar, buscar meios, despedir-se, calma súbita após grande sofrimento.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	ASQ negativo com sofrimento ou fatores de risco; ou avaliação breve de baixo risco : ideação passiva, rara, sem plano, intenção nem tentativa, com proteção e supervisão familiar	Seguimento pelo pediatra; orientação sobre meios; CVV 188; tratar a causa; novo rastreio a cada retorno
● Moderada	ASQ positivo não agudo com risco não iminente: ideação ativa sem plano estruturado, tentativa antiga, autolesão, depressão, substâncias, sem intenção atual e com adulto de referência	Plano de segurança; restrição de meios; encaminhar com prioridade ao CAPSi/CAPS IJ ou à psiquiatria da infância e adolescência e à psicologia; retorno em 1–2 semanas ou antes e contato nos dias seguintes
● Grave	ASQ positivo agudo; plano ou intenção; tentativa recente ; preparação ou despedidas; psicose, agitação ou intoxicação; recusa de garantir a própria segurança; família sem condição de supervisão ou violência no domicílio	Não deixar sozinho; pronto-socorro ou urgência psiquiátrica com adulto responsável; SAMU 192 se ingestão, lesão ou risco imediato; acionar o CAPS

Fatores de risco que elevam a gravidade

- **Tentativa prévia** (o mais forte) e autolesão repetida.
- **Acesso a meios letais**: medicamentos em casa (inclusive os dos adultos) e **armas de fogo**.
- Depressão, transtorno bipolar, psicose, transtorno alimentar, impulsividade; álcool e drogas.
- Suicídio na família ou suicídio recente de colega ou ídolo (contágio).
- Violência, abuso sexual, negligência, bullying, cyberbullying, grupos on-line de incentivo à autolesão.
- Jovens LGBTQIA+ sem apoio, indígenas, em acolhimento institucional; perdas e conflitos familiares graves.
- Início ou ajuste de ISRS.

Fatores de proteção (MS, Cartilha 2020): vínculo com a família e um adulto de confiança, escola e amigos, habilidade de resolver problemas, cuidado em saúde mental, razões para viver, espiritualidade e **dificuldade de acesso a meios letais**.

3. Diagnóstico no consultório

Entrevista a sós, com sigilo e seus limites. Em toda consulta de adolescente (HEEADSSS), explique antes: "O que você me contar fica entre nós, **exceto se houver risco à sua vida**; aí vou precisar envolver seus pais, e aviso você antes." O Código de Ética Médica (art. 74) protege o sigilo do adolescente com discernimento, **salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente**.

Pergunte diretamente, sem eufemismos: "Você tem pensado em morrer?", "Já pensou em se matar?". A pergunta direta é a melhor forma de descobrir o risco, e falar do tema de forma responsável não o aumenta (MS, Cartilha 2020; AAP); a SBP orienta abrir espaço de escuta em qualquer idade (SBP 2024).

ASQ (Ask Suicide-Screening Questions, NIMH). Quatro perguntas de sim ou não: desejo recente de estar morto; sensação de que a família estaria melhor sem ele; pensamentos de se matar na última semana; tentativa prévia. Havendo qualquer "sim", pergunta-se se tem esses pensamentos **agora**.

RESULTADO	DEFINIÇÃO	CONDUTA
Negativo	"Não" às 4 perguntas	Encerrado; o julgamento clínico pode sobrepor-se
Positivo não agudo	"Sim" a alguma das 4 ou recusa em responder, com "não" à pergunta sobre o momento atual	Avaliação breve de segurança antes de liberar
Positivo agudo	"Sim" à pergunta sobre o momento atual	Risco iminente: manter à vista, retirar objetos perigosos, avaliação de emergência

- Identificou 97% dos jovens de 10 a 21 anos em risco (NIMH); é aplicado a todos os jovens de 10 a 18 anos no pronto-socorro do **Johns Hopkins Children's Center** desde 2017. O NIMH disponibiliza versão em **português** (e em português europeu), mas **não foi localizada validação brasileira publicada** (busca no PubMed): use-o como roteiro de perguntas, com julgamento clínico. Abaixo de 8 anos, rastreio não indicado; perguntar diante de sinais de alerta (AAP).
- O item 9 do PHQ-A também detecta ideação, mas o rastreio de depressão isolado deixa passar cerca de um terço dos jovens em risco (AAP): use ASQ e PHQ-A juntos (ver **Transtornos Depressivos na Adolescência**).

Avaliação breve de segurança (BSSA do NIMH ou Columbia/C-SSRS). A sós e depois com a família: frequência dos pensamentos, **plano, intenção, acesso a meios** (pergunte à família sobre medicamentos e armas), tentativas prévias, sintomas psiquiátricos, estressores atuais (violência, bullying, perdas), razões para viver, rede de apoio e capacidade de supervisão. Três

destinos (AAP): **iminente** → **emergência**; **precisa de avaliação** → **encaminhamento prioritário**; **baixo risco** → **seguimento e recursos**.

Exames: o diagnóstico é clínico. Na suspeita de ingestão, avaliação no pronto-socorro e Disque-Intoxicação (0800-722-6001); na depressão, exames conforme a clínica.

Não pode passar: depressão, bipolaridade, psicose, intoxicação, **violência e abuso** (a SBP lembra que o desejo de morte pode vir da violência intrafamiliar), desafios on-line, causas orgânicas.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz

- **Plano de segurança (Stanley-Brown, 6 etapas)**, escrito com o adolescente e combinado com a família: sinais de alerta; estratégias internas; pessoas e lugares que distraem; pessoas a quem pedir ajuda; profissionais e serviços (pediatra, CAPSi, **CVV 188**, **SAMU 192**); ambiente seguro.
- **Aconselhamento sobre meios letais** (AAP; NICE; MS), sem detalhar métodos:
 - **Medicamentos:** trancar todos os da casa, inclusive os de venda livre; descartar sobras; um adulto guarda e administra; prescrever **pequenas quantidades**.
 - **Armas de fogo: retirar de casa**; se impossível, descarregadas, trancadas e com munição à parte (AAP).
- **Tratar a causa:** depressão, ansiedade, substâncias, violência, bullying.
- **Ponte até o especialista:** retorno próximo e contato nos dias seguintes; contatos breves e repetidos após a crise reduzem o risco (AAP).

O que é do especialista: diagnóstico psiquiátrico, psicoterapia (TCC, terapia comportamental dialética na autolesão repetida, terapia familiar), internação psiquiátrica e farmacoterapia dos casos graves. No SUS, o **CAPSi/CAPS IJ** atende sofrimento psíquico intenso com **porta aberta** (sem encaminhamento) e acolhimento de crise; onde não houver, CAPS geral e UBS com apoio matricial.

Medicamentos: não há medicamento "antissuicídio"; trata-se o transtorno de base, com psicoterapia (doses já adotadas no site).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Fluoxetina	10 mg/dia (< 40 kg); 20 mg/dia (≥ 40 kg)	1x/dia	6–12 meses após a remissão	1ª escolha na depressão; FDA ≥ 8 anos (documento Ansiedade e depressão; bula)
Sertralina	25 mg/dia no início	1x/dia	Idem	Uso na depressão fora da bula (documento Ansiedade e depressão)
Escitalopram	10 mg/dia no início	1x/dia	Idem	GLAD-PC 2018 (padrão do site); FDA ≥ 12 anos

- O alerta de suicidalidade dos ISRS (tarja preta da FDA) **não é motivo para não tratar**: exige retorno em 1–2 semanas, plano de segurança e restrição de meios. Descarte bipolaridade antes.
- **Não usar**: benzodiazepínicos ou anti-histamínicos sedativos como "calmante"; tricíclicos (tóxicos na superdosagem); grandes quantidades de qualquer medicamento.

Posvenção e contágio. Após o suicídio de colega, familiar ou pessoa pública, **rastreie irmãos, amigos e colegas**, apoie o luto da família (posvenção também é prevenção — MS, Cartilha 2020) e oriente a escola a comunicar com cuidado, sem homenagens que glorifiquem. A OMS (2023) recomenda **não divulgar métodos, locais nem cartas**, evitar sensacionalismo e valorizar histórias de superação; a SBP (2017) alerta para os grupos on-line de incitação e para o cuidado da imprensa.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- ASQ positivo agudo; ideação com **plano ou intenção**, preparação ou despedidas.
- **Tentativa recente** ou **suspeita de ingestão**, mesmo que pareça bem; autolesão que precisa de sutura ou em local de risco.
- Psicose, agitação, intoxicação, alteração de consciência.
- Recusa de garantir a própria segurança; família sem condição de supervisão ou violência no domicílio.

Como encaminhar

1. **Não deixar sozinho** — nem na sala de espera, nem no banheiro; retirar objetos perigosos.
2. Acolher, explicar o que será feito e **comunicar a família**, avisando o adolescente de que o sigilo será quebrado.
3. **SAMU 192** se ingestão, lesão, alteração de consciência, agitação ou risco de fuga; se estável, ao **pronto-socorro ou urgência psiquiátrica** com adulto responsável. Na ingestão, levar embalagens e informar o quê, quanto e quando.
4. Contato prévio com o serviço e com o CAPS de referência.

5. **Relatório:** ASQ, avaliação de segurança, fatores de risco e proteção, medicamentos disponíveis em casa, contatos.
6. **Notificação obrigatória (compulsória)** da violência autoprovocada à autoridade sanitária (ficha do Sinan); com criança ou adolescente, o **Conselho Tutelar** também recebe; a notificação é **sigilosa** (Lei 13.819/2019, art. 6º, §§ 2º e 3º).

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Perguntar sobre suicídio não coloca a ideia na cabeça do seu filho. Pergunte, escute sem julgar e não prometa segredo."
- "Tranque todos os remédios da casa e tire as armas de casa: muitas crises são curtas, e isso salva vidas."
- "Deixe à mão o plano de segurança: CVV 188 (24 h, gratuito) e SAMU 192."
- **SAMU 192 ou pronto-socorro, sem deixar sozinho, se:** falar em se matar com plano, se despedir, procurar meios, ingerir remédios, se ferir com gravidade ou ficar fora da realidade.
- **Antecipar a consulta se:** piora do humor, isolamento, novas autolesões, uso de substâncias ou dificuldade de manter a casa segura.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Perguntar	Escutar e dialogar em qualquer idade	Perguntar diretamente; não aumenta o risco	Não aumenta risco nem sofrimento	Avaliação centrada na pessoa	Deteção precoce	—	Perguntar não induz ideia	Segue o NICE
Rastreio	Investigar ideia; sem instrumento	Sem instrumento definido	Universal ≥ 12; seletivo 8–11; ASQ	Não usar escalas para prever risco	Recomenda; cita a AAP	ASQ no PS a partir de 10 anos	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Após positivo	Avaliar e investigar violência	Acionar a rede	BSSA com três destinos	Não estratificar em baixo, médio, alto	Não especifica	Avaliação e encaminhamento	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Intervenções	Seguimento pediátrico, psicoterapia, família	RAPS, CAPSi, CVV	Plano de segurança; meios letais	Plano de segurança; remover meios	Formar pediatras	—	Trancar remédios; tirar armas	Segue o NICE
Notificação e mídia	Cuidado da imprensa; grupos on-line (2017)	Notificação obrigatória; Conselho Tutelar	Posvenção	—	Evitar imitação	—	—	Segue o NICE

Leitura: todas convergem em que perguntar é seguro e em que plano de segurança, restrição de meios e família são centrais. A **divergência** é o rastreio: a **AAP (2023)** recomenda rastreio universal a partir de 12 anos com ASQ e avaliação breve com três destinos; o **USPSTF (2022)**

considera a evidência insuficiente; o **NICE (NG225)** proíbe usar escalas ou estratificação de risco para prever suicídio ou decidir tratamento e alta. A **SBP** manda escutar, levar a sério todo aviso e investigar violência, mas **não define instrumento**, nem o Ministério da Saúde. O site segue a **SBP** nos princípios (perguntar sempre, investigar violência, seguimento com psicoterapia e família), o **Ministério da Saúde** na rede e na notificação e, na falta de instrumento de ambos, o **ASQ e a avaliação breve da AAP/NIMH**, com a ressalva do NICE: o resultado orienta, **mas nunca substitui o julgamento clínico nem basta para liberar o paciente**.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte diretamente sobre suicídio, a sós, a todo adolescente a partir de 12 anos e à criança de 8 a 11 anos com sinal de alerta.
2. ASQ positivo não agudo = avaliação breve antes de liberar; positivo agudo = não deixar sozinho e pronto-socorro.
3. Em todo risco: plano de segurança escrito, remédios trancados, armas fora de casa, prescrições pequenas.
4. Risco não iminente: CAPSi/psiquiatria com prioridade e pediatra por perto, com retorno próximo.
5. Tentativa e autolesão: notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar; sigilo quebrado diante de risco, avisando o adolescente.
6. Após um suicídio próximo, rastreie irmãos e amigos e apoie o luto. CVV 188; SAMU 192.

Veja também, nesta Biblioteca: **Transtornos de ansiedade na criança e no adolescente** (nesta área); **Transtornos Depressivos na Adolescência e Autolesão e Transtorno de Personalidade Borderline** (Saúde mental); **Ansiedade e depressão na infância e adolescência** (Patologias do consultório); **Autolesão no Adolescente — Guia para Pais** (Pais e cuidadores); **Repercussões do isolamento social na aprendizagem e no comportamento** (Temas SBP 2026); **A pele como sinal de doença sistêmica na criança** (Dermatologia).

8. Fontes

- Ministério da Saúde, SVSA. Panorama dos suicídios e lesões autoprovocadas no Brasil de 2010 a 2021. Boletim Epidemiológico v. 55, nº 4, 2024. [PDF](#)
- Brasil. Lei nº 13.819/2019 — Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio. planalto.gov.br

- MS, MEC e MMFDH. Cartilha para prevenção da automutilação e do suicídio — orientações para educadores e profissionais da saúde, 2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. CAPS — Rede de Atenção Psicossocial. [gov.br](#)
- SBP, Departamento Científico de Adolescência. Dúvidas sobre suicídio na infância e adolescência, 2024. [sbp.com.br](#)
- SPSP, SBP e CFM. Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência, 2ª ed., 2018. [PDF](#)
- SBP. Alerta sobre grupos de incitação ao suicídio e à automutilação, 2017. [sbp.com.br](#)
- CFM. Código de Ética Médica, 2018 (art. 74). [PDF](#)
- AAP, AFSP e NIMH. Blueprint for Youth Suicide Prevention, 2023. [Rastreo](#); [Avaliação breve](#); [Intervenções breves](#)
- NIMH. ASQ Toolkit e Information Sheet. [Toolkit](#); [Information Sheet](#)
- USPSTF. Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents, 2022. [uspreventiveservicestaskforce.org](#)
- NICE. Self-harm — assessment, management and preventing recurrence (NG225), 2022. [nice.org.uk](#)
- AEP. Vázquez López P et al. Autolesiones y conducta suicida en niños y adolescentes. An Pediatr, 2023. [analesdepediatria.org](#)
- Johns Hopkins Medicine. Screening tool administered in pediatric ER accurately gauges suicide risk, 2019. [eurekaalert.org](#)
- Boston Children's Hospital. Suicide in Children and Teens. [childrenshospital.org](#)
- OMS. Preventing suicide — a resource for media professionals, update 2023. [who.int](#)
- CVV — 188. [cvv.org.br](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.