

MATERIAL GRATUITO · FAMÍLIAS, ESCOLAS E CLÍNICAS

Quando não há palavra

Sofrimento emocional em crianças e adolescentes — como perceber, como perguntar e o que fazer.

Como perceber

Como perguntar

Onde buscar ajuda

Paula Lins

Fonoaudióloga · CRFa 1-13828 RJ

@paulalinsrj

Na Rota do Afeto

Projeto Social do Instituto Greenspan Floortime Brasil

CNPJ 68.802.225/0001-03



Na Rota do Afeto
capacitando e interagindo pelo mundo

Por que esta cartilha existe

Pedir ajuda é um ato de comunicação. E nem toda criança tem os recursos para fazê-lo.

Boa parte do que se fala sobre prevenção parte de um pressuposto: que a pessoa em sofrimento vai conseguir dizer que está sofrendo. Que vai ter a palavra, a oportunidade, e a confiança de que alguém vai acreditar.

Para muitas crianças e adolescentes — e especialmente para os neurodivergentes — nenhuma dessas três coisas está garantida.

Quem não tem palavra para o que sente não consegue pedir ajuda. Não porque não queira, mas porque o recurso não está disponível. Ampliar essa capacidade não é detalhe terapêutico: é fator de proteção.

O que esta cartilha é

Um material de orientação para adultos que convivem com crianças e adolescentes. **Não substitui atendimento em saúde mental**, não serve para avaliar risco e não habilita ninguém a conduzir situações de crise — isso é competência de profissionais da área. Se a situação for urgente, vá direto à última página.

O que dificulta perceber

Quatro razões pelas quais o sofrimento de uma criança neurodivergente passa despercebido.

Alexitimia

Dificuldade de identificar e nomear o próprio estado emocional. A criança pode estar em sofrimento intenso e não conseguir produzir uma palavra que o descreva. Perguntar “o que você está sentindo?” pode não gerar resposta alguma — e isso não significa que não há nada.

Interocepção

Dificuldade de perceber e localizar sensações internas. “Onde você sente isso no corpo?” funciona para muita gente e não funciona para essas crianças. São necessárias

âncoras externas: escala visual, referência de contexto, descrição do que muda no comportamento.

Masking

Muitos adolescentes neurodivergentes sustentam a aparência de que está tudo bem durante todo o dia — na escola, na terapia, na frente de visitas — e desmontam quando chegam em casa. O adulto que vê só uma parte do dia pode não ver nada.

Ausência de vocabulário emocional

Sistemas de comunicação são construídos, quase sempre, em torno de pedidos: água, banheiro, item preferido, “quero mais”. Raramente incluem **tristeza, medo, cansaço, vergonha, dor, “não aguento”, “me ajuda”**. Sem essas palavras disponíveis, o pedido de ajuda simplesmente não tem por onde sair.

Sinais de que algo mudou

A pergunta não é “ela está assim?”, e sim “ela sempre foi assim?”.

O que indica sofrimento não é um comportamento isolado, e sim **a mudança em relação ao funcionamento habitual daquela criança**. A mesma manifestação pode ser rotina para uma e alarme para outra.

- **Perda de interesse** por atividades, temas ou pessoas de que sempre gostou — inclusive pelo interesse restrito.
- **Mudança no sono**: dificuldade nova para dormir, acordar de madrugada, dormir demais.
- **Mudança na alimentação** que não se explica por seletividade antiga.
- **Isolamento novo**, ou abandono de contatos que mantinha.
- **Irritabilidade ou choro fora do padrão** dela.
- **Queda de rendimento** ou recusa de ir à escola.
- **Autodepreciação**: “sou um peso”, “todo mundo ficaria melhor sem mim”, “eu estrago tudo”.
- **Regressão** de habilidades já consolidadas.
- **Desleixo com coisas que eram importantes** para ela.

- **Despedidas:** dar coisas de estimação, mensagens de agradecimento sem motivo, “se eu não estiver aqui”.

Dois sinais que pedem ação no mesmo dia

Qualquer fala sobre não querer mais estar aqui, sumir ou desaparecer. E qualquer sinal de que a criança possa estar se machucando.

Não espere confirmar. Procure avaliação em saúde mental imediatamente — e veja a última página desta cartilha.

Como perguntar

Perguntar diretamente não coloca a ideia na cabeça de ninguém.

Esse é o medo mais comum entre famílias e escolas, e ele atrasa muitos encaminhamentos. A orientação consolidada entre profissionais de saúde mental é a oposta: perguntar de forma direta e acolhedora **abre espaço** para que a pessoa fale, e costuma trazer alívio a quem estava sozinha com aquilo.

Como abrir a conversa

- Escolha um momento sem pressa e sem plateia. Lado a lado costuma funcionar melhor que frente a frente — no carro, caminhando, desenhando junto.
- Comece pela observação, não pela pergunta: **“eu notei que você não tem dormido bem e parou de jogar. Tá acontecendo alguma coisa?”**
- Se vier o silêncio, sustente. Silêncio não é recusa; às vezes é o tempo que a pessoa precisa.
- Ofereça hipótese em vez de pergunta aberta, se ela tiver dificuldade em nomear: **“você tá mais triste, mais cansado, ou mais irritado?”**
- Se a conversa indicar sofrimento grande, pergunte com clareza e sem rodeio se ela tem pensado em não querer mais estar aqui. Sem eufemismo e sem alarme na voz.

Se a resposta for sim

Não se desespere na frente dela — a reação intensa do adulto é o que faz muitas crianças recuarem e não contarem mais. Agradeça por ter contado, diga que vocês vão procurar ajuda juntos, e **não a deixe sozinha**. Procure atendimento no mesmo dia.

O que dizer e o que não dizer

Ajuda

- ✓ “Que bom que você me contou.”
- ✓ “Eu não sei exatamente o que fazer, mas eu vou ficar com você e a gente vai procurar quem sabe.”
- ✓ “Isso que você tá sentindo é grande, e não é frescura.”
- ✓ “Você não precisa resolver isso sozinho.”
- ✓ “Eu tô aqui amanhã também.”

Não ajuda

- ✗ “Isso é bobagem, você tem tudo.”
- ✗ “Tem gente em situação muito pior.”
- ✗ “Você tá fazendo isso pra chamar atenção.”
- ✗ “Isso é falta de Deus” — ou qualquer versão que transforme sofrimento em falha moral.
- ✗ “Não conta isso pra ninguém.”
- ✗ Prometer sigilo. Diga a verdade: você vai precisar envolver quem pode ajudar.

Sobre chamar atenção

Mesmo quando há componente de comunicação no comportamento, isso não o torna menos sério. **Uma criança que precisa chegar a esse ponto para ser ouvida está, ela mesma, pedindo ajuda.** Tratar como manipulação é o caminho mais rápido para que ela pare de pedir.

Se a criança não fala

É aqui que a fonoaudiologia entra na prevenção.

Uma criança sem sistema de comunicação funcional não consegue relatar sofrimento, dor, medo ou desconforto — e, quando chega a um serviço de saúde, frequentemente não consegue responder ao que lhe perguntam.

O que o sistema de comunicação precisa conter

- **Estados internos:** triste, com medo, cansado, com raiva, sozinho, com vergonha, nervoso.
- **Intensidade:** pouco, médio, muito — ou escala visual de três faixas.
- **Dor** e localização.
- **Recusa e limite:** “não”, “para”, “não gostei”, “quero sair”, “me deixa”.
- **Pedido de ajuda:** “me ajuda”, “quero falar com alguém”, “não tô bem”.
- **Pessoas:** quem são os adultos a quem ela pode recorrer.

Acesso independente

O sistema precisa ser usado pela própria criança, **sem apoio físico de terceiros e sem condução da mão**. Comunicação que depende da mão de um adulto não pode ser considerada dela — e, num momento de sofrimento, pode ser exatamente o adulto errado que está por perto.

Construir esse vocabulário leva meses. Por isso ele não pode ser deixado para quando for necessário.

Alimentação e autolesão

Dois territórios em que a leitura costuma errar — e erra nos dois sentidos.

Transtornos alimentares e comportamento autolesivo aparecem com frequência ao lado do sofrimento emocional, e ambos são especialmente mal interpretados quando o adolescente é neurodivergente.

Seletividade não é transtorno alimentar

Muitas crianças autistas comem pouquíssimos alimentos. Isso costuma ter base **sensorial** — textura, cheiro, temperatura, cor, som da mastigação — ou estar ligado a rotina e previsibilidade. Não tem relação com peso, forma do corpo ou desejo de emagrecer.

E transtorno alimentar não é seletividade

O erro inverso é mais perigoso e muito comum: um transtorno alimentar real em adolescente autista é dispensado como “é a seletividade dele”. Enquanto isso, ninguém trata.

A pergunta que separa

O que motiva a restrição? Se a resposta tem a ver com textura, cheiro ou rotina, é seletividade. Se tem a ver com peso, forma do corpo, culpa, controle ou compensação depois de comer, é outra coisa — e precisa de avaliação especializada.

Uma segunda pergunta ajuda: **isso é novo?** Seletividade costuma existir desde sempre. Mudança recente na relação com a comida merece atenção.

O que observar

- Deixar de comer junto com a família ou com os colegas.
- Regras novas e rígidas sobre o que pode e o que não pode.
- Culpa, angústia ou irritação depois das refeições.
- Ir ao banheiro logo depois de comer, de forma repetida.
- Esconder o corpo com roupas largas, ou evitar se ver e ser visto.
- Exercício que não pode ser interrompido, mesmo doente ou machucado.
- Preocupação com peso e corpo que passou a ocupar boa parte do dia.
- Mudanças físicas — queda de cabelo, sensação de frio constante, tontura, alteração no ciclo menstrual.

Transtorno alimentar é condição de saúde, não escolha

Não é vaidade, não é fase e não passa com pressão. Está entre as condições psiquiátricas com maior impacto clínico, e o tratamento precoce muda muito o prognóstico. **Não espere “ficar grave o suficiente” para procurar ajuda.**

Autolesão: a diferença que muda tudo

Nem todo comportamento que machuca tem a mesma função.

Em pessoas neurodivergentes existem, com frequência, comportamentos autolesivos ligados a **regulação** — que aparecem em sobrecarga sensorial, frustração ou dor não comunicada, e que costumam existir há muito tempo, sempre com o mesmo padrão.

E existe a autolesão associada a **sofrimento emocional** — geralmente mais recente, feita em privado, escondida, acompanhada de vergonha, e ligada a angústia que a pessoa não consegue nomear nem suportar.

Três perguntas que orientam

É novo? Comportamento de sempre é outra conversa.

É escondido? Ocultação aponta para sofrimento emocional.

Acontece quando? Em sobrecarga sensorial, ou depois de situações de angústia, rejeição, conflito?

As duas situações precisam de cuidado. Mas o encaminhamento é diferente, e tratar uma como se fosse a outra não ajuda.

O que observar

- Marcas ou ferimentos que não têm explicação, ou cuja explicação muda.
- Passar a usar roupa que cobre mais, inclusive no calor.
- Recusa nova de trocar de roupa ou se expor diante de outras pessoas.
- Isolamento que aumentou junto com outras mudanças de comportamento.

O que não fazer

- ✗ **Não revistar o corpo** nem exigir que mostre. Isso rompe a confiança e não protege.
- ✗ **Não reagir com horror, punição ou castigo.** A reação intensa do adulto é o que mais silencia.
- ✗ **Não exigir promessa** de que não vai acontecer de novo. Promessa não é tratamento, e o descumprimento vira mais um motivo para esconder.
- ✗ **Não tratar como chantagem** ou busca de atenção.

✗ **Não policiar comida** nem comentar corpo, peso ou aparência — nem do adolescente, nem o seu próprio na frente dele.

O que fazer

- ✓ **Fale sobre o sofrimento**, não sobre a marca ou sobre o prato. “Parece que você tem passado por algo difícil” abre mais que qualquer pergunta sobre o comportamento.
- ✓ **Procure avaliação especializada** — os dois casos exigem equipe, não conselho.
- ✓ **Converse com a equipe de saúde** sobre como tornar o ambiente mais seguro durante o tratamento.
- ✓ **Mantenha o vínculo**. A relação com um adulto que não se assusta nem desiste é um dos fatores de proteção mais consistentes.
- ✓ **Cuide de você também**. Acompanhar isso é desgastante, e você vai precisar de suporte próprio.

Onde procurar

UBS para encaminhamento, **CAPS-i** para adolescentes, e serviços especializados em transtornos alimentares onde existirem — alguns hospitais universitários mantêm ambulatorios próprios. **CVV 188** a qualquer hora. Em emergência, **SAMU 192**.

O que protege

Fatores de proteção não são frases motivacionais. São coisas concretas que se constroem.

- **Pelo menos um adulto de confiança** identificável pela criança — e, idealmente, três. Criança que não consegue nomear nenhum é prioridade de acompanhamento.
- **Vocabulário emocional disponível**, seja falado, em prancha, em aplicativo ou em sinais.
- **Rotina previsível** e senso de pertencimento a algum grupo.
- **Experiência de ser levada a sério** quando fala de algo pequeno. É o que a faz acreditar que será ouvida quando o assunto for grande.
- **Acesso a cuidado em saúde mental** quando necessário, sem que isso seja tratado como vergonha.

- **Ambiente onde ela não precise se mascarar o tempo todo** para ser aceita.
- **Convivência que não dependa apenas de adultos** — amizade é fator de proteção.

O menor gesto que mais protege

Levar a sério o que parece pequeno. A criança que é ouvida quando reclama de algo banal aprende que vale a pena falar — e é ela que vai conseguir falar quando o assunto for sério.

Para a escola

- **Tenha protocolo escrito:** quem aciona, quem comunica a família, em quanto tempo, e quem acompanha depois.
- **Não faça campanha isolada.** Palestra única não previne. O que funciona é trabalho continuado de habilidades socioemocionais dentro do currículo.
- **Em oficinas com crianças e adolescentes,** trabalhe habilidades — nomear emoções, pedir ajuda, o que fazer quando um amigo conta — e não o tema em formato expositivo.
- **Nunca prometa sigilo** a um aluno. Avise desde o começo o que você fará se souber de risco.
- **Nunca deixe sozinho** um aluno que revelou risco. Acione a referência no mesmo momento.
- **Registre de forma objetiva:** data, horário, e as palavras exatas do aluno.
- **Tenha a rede de saúde mental mapeada** antes de precisar dela.
- **Cuide da equipe.** Professor que acolhe esse tipo de relato também precisa de suporte.

Cuidar de quem cuida

Adultos que sustentam esse tipo de situação adoecem em silêncio.

Mãe, pai, professor, terapeuta — quem acompanha uma criança em sofrimento carrega medo constante, culpa e a sensação de estar sempre prestes a falhar. Isso tem custo real e costuma ser ignorado.

- **Você não precisa dar conta sozinho.** Dividir com outro adulto não é fraqueza nem exposição indevida.

- **Busque acompanhamento próprio.** A capacidade da criança de se recuperar depende, em boa medida, de ter perto dela um adulto minimamente inteiro.
- **Culpa não é diagnóstico.** Sentir que falhou não significa que falhou.
- **Se você mesmo estiver em sofrimento,** os contatos da próxima página também são para você.

Onde buscar ajuda

CVV — 188

Centro de Valorização da Vida. Ligação gratuita, 24 horas, todos os dias. Também por chat e e-mail em [cvv.org.br](https://www.cvv.org.br). Atende qualquer pessoa em sofrimento emocional — inclusive quem está cuidando de alguém.

CAPS / CAPS-i

Centros de Atenção Psicossocial do SUS. O CAPS-i atende crianças e adolescentes. Procure o da sua região; o encaminhamento pode partir da UBS.

UBS — Unidade Básica de Saúde

Porta de entrada do SUS e caminho para o encaminhamento em saúde mental.

SAMU — 192

Emergência. Em risco imediato, acione e permaneça com a pessoa.

Conselho Tutelar e Disque 100

Quando houver situação de violência ou negligência envolvida.

Se for agora

Não deixe a criança ou o adolescente sozinho. Procure atendimento no mesmo dia – UBS, CAPS, pronto-socorro ou SAMU 192. E converse com a equipe de saúde sobre como tornar o ambiente mais seguro enquanto o acompanhamento começa.

Este material segue orientações de comunicação responsável sobre saúde mental: não descreve métodos, não apresenta dados de impacto e não substitui atendimento profissional. Ele é material educativo de apoio a famílias, escolas e profissionais.

Material gratuito, produzido por Paula Lins · Fonoaudióloga · CRFa 1-13828 RJ.

Na Rota do Afeto — Projeto Social do Instituto Greenspan Floortime Brasil · CNPJ 68.802.225/0001-03. Todos os direitos reservados. Autorizada a reprodução integral, sem alterações, para fins não comerciais.

