ANO 11 • Nº 6 • NOV/DEZ 2026

Pediatra ATUALIZESE

BOLETIM DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

WWW.SPSP.ORG.BR



POR QUE MINHA CRIANÇA NÃO DORME?

Quando o bebê não dorme: ampliando o olhar do pediatra • Página 4

Como emoções, rotina e ambiente interferem no sono infantil • Página 7

Adolescência: quando tudo muda, inclusive o sono • Página 9

SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos eventos da SPSP



www.spspeduca.org.br

EXPEDIENTE

Diretoria da Sociedade de Pediatria de São Paulo
Triênio 2025-2028

Diretoria Executiva
Presidente
Sulim Abramovici
1ª Vice-presidente
Renata Dejtiar Waksman
2º Vice-presidente
Claudio Barsanti
Secretária-geral
Maria Fernanda B. de Almeida
1ª Secretária
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck
2º Secretário
Mario Roberto Hirschheimer
1º Tesoureiro
Paulo Tadeu Falanghe
2ª Tesoureira
Ana Cristina Ribeiro Zollner

Diretoria de Publicações
Diretora
Cléa R. Leone
Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*
Antonio Carlos Pastorino
Mário Cícero Falcão

Núcleo de Estudos colaborador:
Saúde Mental

Informações Técnicas
Produção editorial:
Sociedade de Pediatria de São Paulo
Jornalista responsável:
Paloma Ferraz (MTB 46219)
Revisão: Lucia Fontes
Projeto gráfico e diagramação:
Lucia Fontes

Foto de capa:
pressmaster | depositphotos.com

Periodicidade: bimestral
Versão eletrônica: www.spsp.org.br

Contato comercial:
Karina Aparecida Ribeiro Dias
karina.dias@apm.org.br
Malu Ferreira
malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção:
Paloma Ferraz
paloma@spsp.org.br

ISSN 2448-4466

O SONO AO LONGO DO DESENVOLVIMENTO

O sono é uma necessidade biológica fundamental e um dos pilares do crescimento e do desenvolvimento saudável. Entretanto, sua importância ultrapassa a dimensão fisiológica, envolvendo aspectos emocionais, comportamentais, cognitivos e relacionais que se modificam ao longo da infância e da adolescência. Compreender essas transformações é um desafio permanente para o pediatra, que acompanha a criança desde os primeiros dias de vida até a transição para a idade adulta.

Nesta edição, o Núcleo de Estudos Saúde Mental proporciona aos nossos pediatras e leitores a oportunidade de entender melhor sobre assunto "sono" de uma maneira bastante clara e baseada em conhecimentos científicos.

Nos primeiros meses de vida, o sono representa um processo de maturação progressiva dos ritmos biológicos e da capacidade de auto regulação. Os despertares noturnos são fisiológicos e fazem parte do desenvolvimento, nem sempre interpretados como um distúrbio. A qualidade das interações entre o bebê e seus cuidadores, a disponibilidade emocional dos adultos e as condições familiares podem participar desse processo.

Na infância, o sono adquire novas características, acompanhando o desenvolvimento cognitivo, emocional e social. Medos noturnos, pesadelos, resistência ao momento de dormir e necessidade da presença dos pais podem refletir experiências emocionais ainda não elaboradas.

Na adolescência, o sono passa por uma reorganização neurobiológica importante. O atraso fisiológico do ritmo circadiano favorece horários mais tardios para adormecer e despertar. Essa característica não deve ser confundida com preguiça ou simples resistência às orientações familiares. A utilização prolongada de dispositivos eletrônicos, a exposição noturna às telas, a intensa interação nas redes sociais e o consumo de estimulantes contribuem para agravar a insuficiência de sono.

Cabe ao pediatra incorporar sistematicamente perguntas sobre a qualidade, a duração e a organização do sono nas consultas de puericultura e de acompanhamento do adolescente, não deixando de investigar condições clínicas que podem estar interferindo nessa situação.



ANTÔNIO CARLOS PASTORINO
EDITOR

ÍNDICE

Quando o bebê não dorme: ampliando o olhar do pediatra 4
por Evelin Lino de Pontes, Cristiane da Silva G. Folino e Fernando Lamano

Como emoções, rotina e ambiente interferem no sono infantil 7
por Diego Fontana Siqueira Cunha e Vera Ferrari Rego Barros

Adolescência: quando tudo muda, inclusive o sono 9
por Cleyton Angelelli e Maira Terra Cunha Di Sarno

QUANDO O BEBÊ NÃO DORME: AMPLIANDO O OLHAR DO PEDIATRA

Evelin Lino de Pontes
Médica pela Universidade de Mogi das Cruzes e pediatra neonatologista pela Santa Casa de São Paulo. Clínica pediátrica Tecer Clínica Antroposofica.
Cristiane da Silva G. Folino
Doutora e mestre pelo IPUSP - Instituto de Psicologia da USP - Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano. Membro do Núcleo de Estudos Saúde Mental da SPSP.
Fernando Lamano
Formado pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos - UNILUS. Médico do corpo clínico dos Hospitais Albert Einstein, Sírio Libanês, Santa Catarina, Samaritano, Maternidade Star, Maternidade ProMatre/Santa Joana. Membro do Núcleo de Estudos Desenvolvimento e Aprendizagem da SPSP. Presidente do Núcleo de Estudos Saúde Mental da SPSP.

Quem nunca se deparou, no consultório, com familiares munidos de inúmeras informações sobre o sono de seus bebês? "Autonomia do sono", "janelas de sono", aplicativos, número esperado de despertares, associações "certas" e "erradas", métodos para adormecer e expectativas sobre quando o bebê deveria dormir sozinho. Ainda assim, diante do pediatra estão, muitas vezes, cuidadores visivelmente desgastados e exaustos, fazendo uma pergunta bastante simples: por que não está dando certo?

O primeiro movimento diante de um bebê que não dorme deve ser clínico-pediátrico. É preciso conhecer aquele bebê, sua idade e momento de desenvolvimento, compreender seus ritmos de sono e vigília, mamadas, sonecas, ambiente e condições de adormecimento, além de investigar possíveis causas orgânicas. Também é parte da puericultura ajudar os cuidadores a compreender que despertares fazem parte da fisiologia do sono e que a capacidade de adormecer e voltar a adormecer se transforma progressivamente ao longo do desenvolvimento. Rotinas previsíveis, ambiente adequado e intervenções comportamentais têm seu lugar. O estudo INSIGHT mostrou que uma intervenção de parentalidade responsiva, que incluía rotinas para adormecer, local de sono e formas de responder aos despertares, produziu mudanças favoráveis em comportamentos relacionados ao sono no primeiro ano de vida. Assim, responsividade e organização de rotinas não precisam ocupar lados opostos: podem fazer parte de um mesmo cuidado.[1]

Mas, algumas vezes, mesmo após essas orientações, a dificuldade persiste e a família não consegue incorporá-las à sua rotina. É nesse momento que o pediatra pode precisar ampliar sua lente e considerar, também, os fatores emocionais e relacionais envolvidos.

Ritmo, regulação e sono

Mais do que uma sequência rígida de horários, o ritmo cotidiano pode ser pensado como alternância entre diferentes estados: atividade e repouso, excitação e desaceleração, interação e recolhimento, expansão e contração. A construção do sono envolve, progressivamente, a possibilidade de fazer essas passagens.

Um final de dia excessivamente estimulante pode dificultar a transição da vigília para o repouso. Em outras situações, o bebê adormece facilmente, mas necessita repetidamente de determinada condição ou da intervenção do adulto para reorganizar-se diante dos despertares. Por isso, perguntas simples podem ajudar: a dificuldade está em iniciar o sono ou em mantê-lo? O que pode estar dificultando o sono desse bebê?

Tikotzky propõe compreender o desenvolvimento do sono a partir de um modelo transacional, no qual processos biológicos e maturacionais interagem continuamente com fatores socioambientais. Comportamentos parentais, expectativas sobre o sono, tolerância ao choro, estresse e aspectos da relação entre os cuidadores participam dessa construção, ao mesmo tempo em que temperamento e características regulatórias da criança modificam as respostas dos adultos. A relação, portanto, é bidirecional.[2]

Victor Guerra amplia essa compreensão ao destacar o ritmo como principal organizador da vida psíquica. Na relação com seus cuidadores, o bebê participa da construção de uma temporalidade compartilhada, ao mesmo tempo em que encontra progressivamente um ritmo próprio. A família, portanto, também participa dessa construção rítmica.[3]

Antes de conseguir regular sozinho seus estados internos, o bebê depende intensamente da corregulação oferecida por seus cuidadores. Os adultos reconhecem seus sinais, respondem ao desconforto e lhe emprestam, por assim dizer, seu corpo e sua capacidade emocional para que ele possa passar da excitação ao repouso. Experiências repetidas de ser acolhido e acalmado participam progressivamente da construção de recursos próprios de regulação.

Bion oferece uma lente para pensar essa experiência ao descrever a capacidade do cuidador de receber estados emocionais ainda pouco organizados do bebê, tolerá-los e ajudá-lo a transformá-los em experiências mais suportáveis. O conceito psicanalítico não substitui a compreensão pediátrica do desenvolvimento; acrescenta uma dimensão possível àquilo que se observa cotidianamente na relação cuidador-bebê.[4]



É aqui que, talvez, seja necessário conhecer melhor esse bebê, capaz de transformar tão profundamente a vida de uma família.

Observar o bebê – e o bebê em relação à família

A consulta pediátrica oferece uma oportunidade privilegiada de observação. Não se examina apenas o corpo do bebê. É possível observar o que acontece quando ele chora, como seus cuidadores reconhecem seus sinais e como aquela família se organiza diante de seu desconforto.

A observação de bebês sistematizada por Esther Bick chama atenção justamente para o valor de observar o bebê em seu ambiente relacional. Na consulta, isso pode significar perceber: quem se movimenta quando o bebê chora? Quem tenta acalmá-lo? Há um cuidador sobrecarregado enquanto o outro permanece à margem? Os cuidadores conseguem construir alguma coerência em suas atitudes?[5]

Não se trata de interpretar cada dificuldade de sono como manifestação de um conflito emocional, muito menos de responsabilizar os pais. Trata-se de permanecer curioso quando fisiologia, desenvolvimento, ambiente e rotina parecem não explicar inteiramente o que está acontecendo.

Algumas vezes, antes de perguntar como fazer esse bebê dormir, é preciso compreender: como esse bebê consegue se acalmar?

Depois de verificadas as necessidades concretas – fome, fralda, temperatura, dor ou doença – pode ser útil interromper, por alguns instantes, a urgência por fazer o choro cessar:

Parem.
Respirem.
Olhem para o bebê.
Olhem mais um pouco.

O bebê fala. Não com palavras, mas com seu corpo, seu choro, olhar, movimentos, tensão e relaxamento. Conhecer essa linguagem exige repetição, disponibilidade e presença. Muitas vezes, diminuir a urgência de encontrar imediatamente uma resposta permite aos cuidadores começar a reconhecer a linguagem particular daquela criança.

Quando a história da família entra no quarto do bebê

Cada pai e cada mãe chegam à parentalidade trazendo sua própria história sobre cuidar, acolher, proteger, separar-se, deixar chorar e colocar limites. Com a chegada de uma criança, diferentes histórias familiares participam da construção de uma terceira: a história daquela nova família.

Fraiberg, Adelson e Shapiro, em *Ghosts in the Nursery*, mostraram como experiências anteriores dos próprios cuidadores podem reaparecer na relação atual com as crianças. Pereira da Silva aproxima esse olhar da clínica pediátrica ao discutir como angústias, fantasias e histórias familiares podem participar das dificuldades do sono.[6,7]

Essas histórias não precisam ser procuradas ativamente. É preciso, sobretudo, estar disponível para escutá-las quando aparecem. Quando não elaboradas, algumas dessas experiências podem reaparecer na relação atual com o bebê.

Ao falar sobre o bebê que não dorme, pode surgir o medo de que algo lhe aconteça durante a noite, a dificuldade de suportar o choro, uma experiência difícil relacionada ao nascimento, uma perda, conflitos conjugais, solidão ou lembranças das próprias experiências de cuidado.

Da mesma forma, um bebê que dorme pouco ou chora intensamente também modifica seus cuidadores. O bebê exausto pode tornar-se mais irritável; os cuidadores exaustos podem ter menos recursos para compreendê-lo; ele se desorganiza ainda mais e a angústia familiar aumenta. Aos poucos, aquilo que começou como uma dificuldade de sono pode passar a organizar grande parte da vida da família.

Estudos sobre cognições parentais, como a revisão de Knappe et al. em crianças pequenas, reforçam que expectativas, preocupações e crenças dos cuidadores se associam às dificuldades de início e manutenção do sono. Esses achados não permitem estabelecer causalidade simples, mas sustentam a importância de incluir os cuidadores na compreensão clínica do problema.[8]

A costura pediátrica

O tempo é um desafio concreto na consulta. Não se trata de fazer consultas intermináveis, mas de reconhecer quando é necessário suspender por alguns minutos o próximo item do checklist e permitir que uma fala se desenvolva. Algumas vezes, é nessa brecha que aparece a informação que faltava.

Uma escuta atenta pode permitir uma costura entre aquilo que surgiu e uma orientação concreta: reorganizar o final do dia, modificar uma associação de sono, redistribuir os cuidados, permitir que outro cuidador participe, rever expectativas ou tornar mais previsível a resposta aos despertares.

A orientação comportamental permanece. O que mudou foi o lugar de onde ela nasceu.

A longitudinalidade é uma vantagem particular da Pediatria. Não é necessário compreender ou "resolver o sono" em uma única consulta. Aquele bebê e aquela família serão reencontrados, permitindo observar transformações, rever hipóteses e modificar intervenções.

Um encontro clínico verdadeiro pode transformar a maneira como os cuidadores compreendem e respondem ao bebê. A escuta realizada durante a própria consulta pode produzir um efeito terapêutico, não porque um único encontro cure ou substitua um tratamento quando indicado, mas porque cuidadores verdadeiramente escutados podem, algumas vezes, conseguir também escutar o bebê de outra maneira.

Há, entretanto, um limite fundamental. Ampliar a escuta não significa ampliar indefinidamente o lugar do pediatra. Quando as angústias parentais transbordam repetidamente a consulta, dificultam recolocar o bebê no centro ou exigem um espaço próprio de elaboração, o encaminhamento para atenção em saúde mental passa a integrar o cuidado.

Mensagem final dos autores

Conhecer fisiologia, reconhecer doenças, orientar sono seguro, compreender ritmos e oferecer intervenções adequadas ao desenvolvimento permanecem tarefas fundamentais do pediatra. A elas pode-se acrescentar a observação cuidadosa do bebê em relação e a escuta de sua família. Diante daquele bebê que ainda apresenta dificuldade de sono, depois de tudo aquilo que a Pediatria sabe fazer, compreender o que ele e seus cuidadores estão precisando naquele momento também faz parte do cuidado pediátrico.

Referências

1. Paul IM, Savage JS, Anzman-Frasca S, Marini ME, Mindell JA, Birch LLet al. INSIGHT Responsive Parenting Intervention and Infant Sleep. Pediatrics. 2016;138(1):e20160762.

2. Tikotzky L. Parenting and sleep in early childhood. Curr Opin Psychol. 2017;15:118-24.

3. Guerra V. O ritmo na vida psíquica: diálogos entre psicanálise e arte. Rev Ide. (São Paulo). 2017;40(64):31-54.

4. Bion WR. Learning from experience. London: Tavistock Publications; 1962.

5. Bick E. Notes on infant observation in psycho-analytic training. Int J Psychoanal. 1964;45(4)::558-66.

6. Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V. Ghosts in the nursery: a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. J Am Acad Child Psychiatry. 1975;14(3):387-421.

7. Pereira da Silva MC. Sono alterado: quando os fantasmas não deixam os bebês dormirem. In: Barros VFR, editor. A saúde mental na atenção à criança e ao adolescente: os desafios da prática pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2016. p. 115-28.

8. Knappe S, Pfarr AL, Petzoldt J, Härtling S, Martini J. Parental cognitions about sleep problems in infants: a systematic review. Front Psychiatry. 2020;11:554221.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).

COMO EMOÇÕES, ROTINA E AMBIENTE INTERFEREM NO SONO INFANTIL

Diego Fontana Siqueira Cunha
Pediatria do Desenvolvimento e do Comportamento. Instituto da Criança da USP.
Vera Ferrari Rego Barros
Psicóloga. Psicanalista. Membro dos Núcleos de Estudos Depressão, Mil Dias e Saúde Mental da SPSP. Coordenadora do Grupo de Trabalho Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Dormir é uma necessidade biológica universal. Para a criança, porém, o sono também envolve um processo subjetivo complexo. O momento de dormir implica afastar-se temporariamente do ambiente externo, das figuras cuidadoras e dos estímulos que organizam a sua experiência cotidiana.

As queixas relacionadas ao sono são muito frequentes no consultório pediátrico, sendo a insônia o transtorno do sono mais comum na infância, manifestada principalmente por dificuldade para adormecer e despertares noturnos.[1] Diante desses quadros, é importante investigar hábitos de rotina e horários de sono, bem como condições clínicas que podem interferir no sono, como asma, rinite alérgica, dermatite atópica, doença do refluxo gastroesofágico e apneia obstrutiva do sono. Embora esses fatores sejam relevantes, nem sempre explicam suficientemente a queixa. Nessas situações, compreender os aspectos emocionais amplia o olhar clínico e favorece abordagens mais eficazes.

Na clínica da infância, alterações do sono podem surgir após acontecimentos que, à primeira vista, parecem não ter relação direta com o repouso, como uma mudança de escola. A criança nem sempre dispõe de recursos para reconhecer e expressar seus conflitos e emoções. O corpo e o comportamento podem, então, tornar-se formas de expressão da vida psíquica. Dessa perspectiva, resistências na hora de dormir nem sempre correspondem apenas à "falta de limites", podendo estar relacionadas a dificuldades transitórias na elaboração de experiências emocionais, mudanças ambientais, inseguranças ou tensões nas relações familiares.

Emoções e elaboração psíquica

Ao longo do dia, brincadeiras, escola e interações sociais ajudam a criança a lidar com experiências emocionais difíceis. Com a chegada da noite e a redução dos estímulos externos, sentimentos ainda pouco elaborados podem emergir com maior intensidade.

Medos noturnos, pesadelos e fantasias envolvendo monstros ou figuras assustadoras fazem parte do desenvolvimento infantil e, na maioria das vezes, não representam patologia. Freud compreendeu os sonhos como uma via privilegiada de elaboração psíquica, pela qual experiências, conflitos e afetos podem encontrar formas simbólicas de expressão durante o sono.[2]

Winnicott,[3] pediatra e psicanalista britânico, propôs o conceito de *holding*, que se refere à sustentação emocional oferecida pelos cuidadores por meio de acolhimento, previsibilidade e proteção. O adormecer implica uma experiência de separação temporária. Quando a criança vivencia relações consistentes e seguras, tende a confiar na continuidade do cuidado mesmo na ausência imediata dos pais. Quando essa separação é difícil de sustentar, podem surgir pedidos repetidos pela presença dos cuidadores, necessidade constante de contato ou recusa em permanecer sozinha no quarto.

Paninhos, cobertores ou bichos de pelúcia, nomeados por Winnicott[3] como "objetos transicionais", podem funcionar como mediadores entre a presença dos cuidadores e a possibilidade de a criança sentir-se segura sozinha. Essa segurança é construída gradualmente na relação com os cuidadores e os rituais que acompanham o momento de dormir podem contribuir para esse processo.

Rotina e ambiente

A Pediatria reconhece a importância de rotinas consistentes para o sono, como horários regulares, redução do uso de telas e rituais de preparação para dormir.[1] Para além de sua função prática, a rotina também organiza a experiência subjetiva da criança, oferecendo previsibilidade e segurança.

Rituais noturnos – como tomar banho, ouvir uma história, conversar sobre o dia, cantar uma canção ou trocar demonstrações de afeto – podem marcar a transição entre a atividade diurna e o recolhimento noturno, preparando gradualmente a criança para o adormecimento.

Para além das rotinas, o ambiente em que o sono acontece também merece atenção, incluindo não apenas condições físicas, como iluminação, temperatura, ruídos e estímulos, mas também aspectos relacionais. Os vínculos familiares e a disponibilidade emocional dos cuidadores podem influenciar o sono da criança.

Quando o sintoma comunica algo mais

A psicanalista Maud Mannoni[4] destaca que determinados sintomas infantis podem expressar aspectos da dinâmica emocional familiar. Nessa perspectiva, algumas dificuldades de sono podem constituir formas indiretas de expressão de tensões, inseguranças ou conflitos que a criança ainda não consegue comunicar de outras maneiras.

A investigação da queixa de sono não deve, portanto, se limitar a "como a criança dorme?", mas incluir também "o que está acontecendo na vida da criança quando ela não consegue dormir?".

Algumas perguntas podem enriquecer a anamnese e revelar elementos importantes para uma compreensão mais ampla da queixa:

• Como a criança e os cuidadores vivenciam o momento de dormir?
• Como ocorrem os momentos de separação durante o dia?
• O problema surgiu após algum acontecimento específico?
• Houve mudanças significativas ou situações de estresse na vida da criança ou da família recentemente?

Impactos das dificuldades de sono para o desenvolvimento infantil

As repercussões das dificuldades de sono não se restringem ao período noturno. Uma meta-análise envolvendo crianças em idade escolar encontrou associações entre menor duração do sono e prejuízos em funções executivas, desempenho em tarefas cognitivas complexas e rendimento escolar, além de alterações comportamentais.[5] Estudos experimentais[6] também reforçam essa relação: pequenas reduções na duração do sono produziram maior labilidade emocional e impulsividade em crianças saudáveis.

Esses achados merecem especial atenção na avaliação de crianças com suspeita de transtornos do neurodesenvolvimento. Alterações do sono podem produzir manifestações diurnas como desatenção, hiperatividade e impulsividade, que se sobrepõem a sintomas característicos do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), dificultando o diagnóstico diferencial.[7,8]

Assim, diante de uma criança com dificuldades no desempenho escolar ou alterações de comportamento, a investigação do sono deve integrar a avaliação clínica, evitando que manifestações relacionadas à privação ou à má qualidade do sono sejam interpretadas isoladamente como expressão de um transtorno do neurodesenvolvimento.

Mensagem final dos autores

O sono infantil não se reduz, portanto, a uma necessidade fisiológica ou a um conjunto de hábitos, constituindo também um espaço de elaboração da vida psíquica. Dificuldades para dormir podem expressar conflitos, angústias e experiências que a criança ainda não consegue reconhecer ou comunicar de outras formas. Ao investigar uma queixa de sono, cabe ao pediatra considerar, além de hábitos de sono e condições clínicas associadas, o contexto emocional e relacional em que a criança está inserida. Ampliar essa escuta permite compreender melhor o sintoma e, a partir do que ele comunica, abrir novas possibilidades de cuidado.

Referências

1. Meneo D, Gavriloff D, Cerolini S, Baldi E, Schlarb A, Nobili L, et al. A closer look at paediatric sleep: sleep health and sleep behavioural disorders in children and adolescents. J Sleep Res. 2025;34(1):e70078.
2. Freud S.FREUD, Sigmund. Análise da fobia de um menino de cinco anos (Caso Hans). In: Freud SFREUD, Sigmund. Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago;, 1996. v. 10., p. 13-154.
3. Winnicott DW.WINNICOTT, Donald Woods. Objetos transicionais e fenômenos transicionais. In: Winnicott DW.WINNICOTT, Donald Woods. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago;, 1975. p. 13-44.
4. Mannoni M.MANNONI, Maud. A criança, sua doença e os outros. 3a3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar;, 1987.
5. Astill RG, Van der Heijden KB, Van IJzendoorn MH, Van Someren EJW. Sleep, cognition, and behavioral problems in school-age children: a century of research meta-analyzed. Psychol Bull. 2012;138(6):1109-38.
6. Gruber R, Cassoff J, Frenette S, Wiebe S, Carrier J. Impact of sleep extension and restriction on children's emotional lability and impulsivity. Pediatrics. 2012;130(5):e1155-61.
7. Arias-Mera C, Paillama-Raiman D, Lucero-Gonzalez N, Leiva-Bianchi M, Avello-Saez D. Relation between sleep disorders and attention deficit disorder with hyperactivity in children and adolescents: a systematic review. Res Dev Disabil. 2023; 137:104500.
8. Cassoff J, Wiebe ST, Gruber R. Sleep patterns and the risk for ADHD: a review. Nat Sci Sleep. 2012; 4:73-80.
Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).



ADOLESCÊNCIA: QUANDO TUDO MUDA, INCLUSIVE O SONO

Cleyton Angelelli
Certificado pelo Curso de Suporte Avançado de Vida em Anafilaxia e Asma da ASBAI (AALS – Anaphylaxis and Asthma Life Support). Integra o Corpo Clinico do Hospital Albert Einstein e Sirio Libanês
Membro dos Departamentos Científicos de Alergia e Imunologia e de Saúde Mental da SPSP.
Maira Terra Cunha Di Sarno
Médica pediatra, hebiatra e psicanalista. Secretária do Departamento Científico de Adolescência da SPSP.

O tema do sono na adolescência é frequentemente abordado nas consultas pediátricas de rotina, o que, não raro, suscita discussões e conflitos familiares. Nesse contexto, é comum que pais estejam preocupados com a dificuldade do adolescente em adormecer, com as horas de sono perdidas e com a sonolência excessiva em horários produtivos, entre outras queixas. Também é comum a solicitação familiar de que o médico indique medicações para melhorar o padrão do sono do paciente.

A adolescência é um período especialmente suscetível à insuficiência e às alterações do sono. Estima-se que até um terço dos jovens apresente queixas relacionadas ao sono e que menos de 40% dos estudantes do ensino médio durmam mais de sete horas por noite. Diante da crescente prevalência desse problema em diferentes países, qual deve ser a atuação do pediatra na promoção de hábitos de sono saudáveis, na identificação de alterações e na orientação dos adolescentes e de suas famílias?

"Meu filho não dorme como antes" – um novo contexto

O desenvolvimento neurobiológico da adolescência está diretamente relacionado a mudanças nos mecanismos de regulação do sono. Nessa fase, alterações endócrinas, como o deslocamento para horários mais tardios da secreção de melatonina e de cortisol, contribuem para uma tendência natural a adormecer e a despertar mais tarde. Isso é fisiológico! Esse padrão, denominado atraso de fase (*eveningness*), representa uma mudança fisiológica do ritmo circadiano em relação à infância e não apenas um hábito ou uma escolha comportamental do adolescente.

Nessa fase, uma intensa reorganização das estruturas cerebrais, entre as quais a poda sináptica, a reorganização das conexões neurais e a mielinização progressiva, leva a alterações da conectividade entre regiões cerebrais e ao amadurecimento progressivo de áreas como o córtex pré-frontal. O sono regula muitos dos processos necessários ao desenvolvimento do cérebro adolescente e sua disrupção pode acarretar efeitos negativos duradouros.

Ao mesmo tempo, tipicamente, surge no adolescente um maior interesse pela interação com os pares em busca de estímulos e de novos interesses em sua jornada de autonomia e diferenciação. Passa, então, a experimentar uma *intensa atividade social* que, com o advento recente das telas, das mídias digitais e das redes sociais, pode afetar não só o início, mas também a duração do sono. Para alguns indivíduos, cria-se uma discrepância entre o *horário biológico* e o *horário social*, com frequente desalinhamento em relação às demandas de despertar matinal da sociedade adulta, como é o caso do início precoce das aulas.

Nesse contexto, torna-se mais difícil alcançar as 8 a 10 horas diárias de sono recomendadas para essa faixa etária[2]. A privação de sono pode acarretar repercussões importantes, comprometendo o desempenho escolar, a adaptação social e, sobretudo, a saúde física e mental do adolescente.

No campo da saúde mental, há evidências de associação entre a privação crônica de sono e sintomas de ansiedade e depressão. Estudos longitudinais indicam, ainda, que distúrbios do sono ou insuficiência do sono no início da adolescência estão associados ao desenvolvimento de depressão na vida adulta. Alterações do sono também podem estar presentes em outros transtornos mentais, incluindo quadros mais graves, como esquizofrenia e transtorno bipolar, tanto em fases pré-mórbidas — antes da manifestação plena dos sintomas — quanto durante episódios agudos.

Mudanças no psiquismo sob os elementos do nosso tempo

Em seu caminho de maturação, o adolescente se vê diante de desafios e conflitos de grande magnitude, de ordem interna e externa, e passa por vários lutos. Entre esses lutos, podemos citar a perda do corpo e da identidade infantis e o luto pelos pais idealizados, os pais "super-heróis" em que se acreditava na infância. Além disso, há uma mudança na forma como ele é visto pela sociedade; surgem novos papéis e responsabilidades, que vão aumentando à medida que ele se aproxima da vida adulta.

A tecnologia tem desempenhado um papel cada vez mais relevante na vida dos jovens, trazendo oportunidades e riscos, especialmente de ordem psíquica. É relevante frisar que, além dos efeitos diretos já mencionados da luminosidade azul das telas sobre o ritmo natural do sono, há ainda impacto da tecnologia sobre elementos estruturantes da condição do sujeito. São exemplos o *isolamento social* (paradoxal, diante da hiperconectividade!) em detrimento das conexões face a face; a *queda das habilidades de comunicação interpessoal* e de expressão emocional; e os *sentimentos de inadequação e insatisfação* com a própria vida.[3]

Esses são alguns dos ingredientes da contemporaneidade que contribuem para a piora das condições mentais dos adolescentes. A geração dos nativos digitais (ou geração Z, nascida entre 1997 e 2012) enfrenta uma série de novos desafios e incertezas e o sono é um elemento crítico para, entre outras coisas, alcançar maior resiliência.

Estamos dando a devida atenção a essa questão?

Apesar da importância do tema, apenas 15% dos pediatras questionam sempre sobre o sono do paciente nas consultas de rotina, e cerca de 82% relatam nunca ter recebido treinamento específico sobre distúrbios do sono durante sua formação.[4]

Como provedor principal de cuidados de saúde do adolescente, o pediatra desempenha um papel marcante na busca ativa por avaliar a qualidade do sono. É fundamental difundir o conhecimento sobre o que significam as alterações fisiológicas do sono nessa faixa etária, afastando a rotulação de preguiçoso(a) e outros estigmas.

Na anamnese, investigam-se sinais de disrupção do sono, como queda do rendimento escolar, déficit de atenção e problemas de memória; mudanças bruscas de humor e irritabilidade; sonolência diurna excessiva; e ganho de peso. Também são avaliados incrementos na impulsividade e na exposição a riscos, no uso de estimulantes e álcool, nas práticas sexuais sem proteção e na condução imprudente de veículos.

Ao conhecer a rotina de sono do adolescente, seu contexto familiar e social e as dificuldades que interferem no repouso adequado, o pediatra pode identificar fatores modificáveis, acolher suas angústias e, em conjunto com o paciente, construir estratégias compatíveis com sua realidade.

Nesse sentido, as medidas de higiene do sono constituem uma importante primeira abordagem. Entre elas estão a redução do uso de telas nas horas que antecedem o sono, preferencialmente com sua suspensão pelo menos uma hora antes de dormir, e a manutenção do aparelho celular fora do quarto durante a noite, idealmente carregando em outro cômodo; a manutenção de horários regulares para dormir e acordar, inclusive nos finais de semana e nas férias; e a redução do consumo de estimulantes, como cafeína e bebidas energéticas.

Considerando as particularidades do atendimento ao adolescente, essas orientações tendem a ser mais eficazes quando elaboradas de forma colaborativa, favorecendo sua participação nas mudanças de hábitos e de estilo de vida. Ao mesmo tempo, é importante evitar a medicalização de manifestações próprias da adolescência, período marcado por intensas transformações e reorganizações subjetivas. Isso não afasta, contudo, a necessidade de reconhecer situações que ultrapassam as variações fisiológicas esperadas. No transtorno do atraso de fase do sono-vigília (TAFSV), por exemplo, o atraso persistente do horário de sono está associado a prejuízo funcional significativo e requer avaliação e manejo adequados, especialmente quando há suspeita de comorbidades psiquiátricas.

A melatonina pode ser considerada em situações clínicas específicas, particularmente na insônia de início do sono persistente e no TAFSV, quando associados à repercussão funcional. Sua indicação deve ser precedida pela avaliação do padrão e dos horários de sono, pela investigação de outros transtornos do sono e de possíveis comorbidades clínicas ou psiquiátricas, e pela implementação adequada de medidas de higiene do sono e de intervenções comportamentais. Nos casos em que essas estratégias são insuficientes, a melatonina pode ser utilizada de forma individualizada e sob acompanhamento médico. Além da dose, o horário de administração é determinante, sobretudo nos transtornos do ritmo circadiano, em que seu efeito é predominantemente cronobiológico.



dlego_cervo | depositphotos.com

Mensagem final dos autores

O sono do adolescente deve ser compreendido à luz das transformações próprias dessa fase e do contexto contemporâneo, marcado pela presença constante das telas. Cabe ao pediatra distinguir mudanças fisiológicas de situações que exigem intervenção e favorecer o diálogo entre o adolescente e sua família, promovendo hábitos mais saudáveis sem banalizar ou medicalizar suas dificuldades.

Referências

1. Anastasiades PG, de Vivo L, Bellesi M, Jones MW. Adolescent sleep and the foundations of prefrontal cortical development and dysfunction. Prog Neurobiol. 2022;218:102338.

2. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: A Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. J Clin Sleep Med. 2016;12(6):785-6.

3. Mossini ACC, Kobori ET. Novos modos de subjetivação e a repercussão no adolescer. Soc Hum. 2025;38:e85718.

4. Faruqui F, Khubchandani J, Price JH, Bolyard D, Reddy R. Sleep disorders in children: a national assessment of primary care pediatrician practices and perceptions. Pediatrics. 2011;128(3):539-46.

5. Saxvig IW, Wilhelmsen-Langeland A, Pallesen S, Vedaa Ø, Nordhus IH, Bjorvatn B. A randomized controlled trial with bright light and melatonin for delayed sleep phase disorder: effects on subjective and objective sleep. Chronobiol Int. 2014;31(1):72-86.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).



O maior encontro científico da Pediatria Paulista. Ciência e inovação em um só lugar.

15 de dezembro vence o primeiro prazo de inscrições com desconto!

Temário

Fique por dentro da programação do evento

Clique aqui e saiba mais

Trabalhos Científicos

Data limite para envio de trabalhos: 11 de janeiro de 2027

Clique aqui e saiba mais

Acesse o site e faça sua inscrição!

paulistapediatria.org.br

Realização:
Sociedade de Pediatria de São Paulo

Secretaria executiva: Ekipe de Eventos
ekipe@ekipedeeventos.com.br



A Revista Paulista de Pediatria destina-se à publicação de artigos originais, de revisão e relatos de casos clínicos de investigação metodológica com abordagem na área da saúde e pesquisa de doenças dos recém-nascidos, lactantes, crianças e adolescentes.

Para submeter novos manuscritos clique aqui.

Normas de publicação da revista estão disponíveis em formato PDF. Baixe agora.

RPPED

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO