

Sono do adolescente — privação, atraso de fase, insônia e sonolência excessiva

Necessidade de sono, atraso de fase, telas, higiene do sono, insônia, sonolência excessiva, cafeína, saúde mental e direção sonolenta, segundo SBP 2021 e 2024, AASM 2016 e AAP 2014

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 adolescente precisa de **8 a 10 horas de sono por noite** (SBP 2021, adaptado da AASM 2016, endossada pela AAP), mas a maioria dorme menos. Na puberdade, o relógio biológico **atrasa 1 a 2 horas** (atraso de fase fisiológico, SBP 2021); somado a **telas à noite, cafeína e energéticos e aulas cedo**, resulta em privação crônica de sono, com pior desempenho escolar, obesidade, acidentes, ansiedade, depressão e ideação suicida. O pediatra pergunta sobre o sono em toda consulta, usa **diário de sono** e orienta a **higiene do sono**: horários regulares também no fim de semana, luz natural pela manhã, **telas desligadas 1–2 h antes de dormir e fora do quarto** (SBP 2024) e nada de cafeína à tarde e à noite. Na insônia crônica, a primeira linha é a **terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I)**; a **melatonina** só com indicação médica, após as medidas de sono, e a Anvisa não autoriza o suplemento abaixo de 19 anos; **hipnóticos não são usados**. Sonolência excessiva apesar de sono suficiente exige investigar **apneia obstrutiva** (sobretudo no obeso), **narcolepsia**, depressão e substâncias. Quase tudo é ambulatorial (🟢 / 🟡); **ideação suicida com plano, mania ou psicose, intoxicação e insuficiência respiratória** vão ao pronto-socorro (🔴).

1. O que é e como se apresenta

Necessidade de sono (SBP 2021; AASM 2016): 8 a 10 horas em 24 horas dos 13 aos 18 anos e 9 a 12 horas dos 6 aos 12 anos, sem cochilos programados. A AAP (2014) falava em 8,5–9,5 h e, desde 2016, endossa a AASM; o site usa a SBP.

Por que o adolescente dorme pouco:

- **Atraso de fase fisiológico:** na puberdade, a melatonina e o sono começam mais tarde e a pressão de sono acumula-se mais devagar (SBP 2021: atraso de 1 a 2 horas, maior nos meninos).
- **Telas à noite:** a luz (rica em azul) suprime a melatonina e atrasa o relógio; o conteúdo ativa e "rouba" sono; notificações fragmentam a noite.
- **Horário escolar:** aulas antes das 8h30 são o principal fator modificável; a AAP (2014) recomenda início às **8h30 ou depois** no fundamental II e no médio.
- **Cafeína e energéticos**, trabalho ou estudo noturno, conflitos, álcool e outras drogas.

Quadros mais frequentes:

- **Sono insuficiente:** dorme pouco nos dias de aula e "compensa" no fim de semana, com sonolência em aula, irritabilidade, desatenção e queda do rendimento.

- **Transtorno do atraso de fase:** adormece sempre de madrugada e não acorda para a escola; no próprio horário (férias), o sono é normal (SEMA 2013).
- **Insônia:** dificuldade para iniciar ou manter o sono **apesar de oportunidade para dormir**, com prejuízo diurno; crônica se ≥ 3 noites por semana por ≥ 3 meses. Associa-se a ansiedade, depressão, dor, TDAH e substâncias.
- **Sonolência excessiva diurna:** a causa mais comum é **sono insuficiente**; se persistir com sono adequado, pensar em:
 - **Apneia obstrutiva do sono (AOS):** ronco, pausas, cefaleia matinal, sobretudo no **adolescente com obesidade**.
 - **Narcolepsia:** ataques de sono, **cataplexia** (perda súbita do tônus com riso ou emoção), paralisia do sono e alucinações ao adormecer; começa com frequência na adolescência.
 - **Pernas inquietas:** urgência de mexer as pernas ao anoitecer, com alívio ao movimento; ligada à deficiência de ferro.
 - Depressão, sedativos, álcool e drogas, hipotireoidismo, anemia.

Sono e saúde mental: relação bidirecional. Dormir menos de 8 horas associa-se a ansiedade, depressão, autolesão e ideação suicida (AAP 2014; AASM 2016); a **redução da necessidade de sono sem cansaço** sugere mania.

Direção sonolenta: a sonolência aumenta o risco de acidente; no jovem, ocorre mais à noite e com o motorista sozinho (AAP 2014). Vale para moto e para quem dirige sem habilitação.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sono insuficiente, horários irregulares, telas e cafeína à noite, atraso de fase leve, insônia curta ligada a estresse; sem prejuízo escolar importante, AOS, narcolepsia ou transtorno mental	Pediatra: diário de sono, higiene do sono, telas (SBP 2024), sem cafeína à tarde e à noite; retorno programado
● Moderada	Insônia crônica sem resposta à higiene do sono; atraso de fase com faltas escolares; sonolência apesar de sono suficiente ; ronco com pausas, sobretudo com obesidade; suspeita de narcolepsia ou pernas inquietas sem resposta ao ferro; insônia com ansiedade, depressão, TDAH ou substâncias; cochilo ao volante	Encaminhar à medicina do sono, neuropediatria, otorrino ou pneumologia conforme o caso, e à saúde mental; com prioridade na narcolepsia, AOS com obesidade grave ou depressão
● Grave	Ideação suicida com plano, tentativa ou autolesão grave ; insônia com mania, psicose ou dias sem dormir; intoxicação (cafeína, energéticos, estimulantes, melatonina); AOS com desconforto respiratório acordado, SpO2 < 92% em vigília ou cor pulmonale ; sonolência súbita com rebaixamento da consciência	Pronto-socorro (ver "Quando encaminhar"); SAMU 192 se instabilidade; CVV 188 como apoio

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Depressão, ansiedade, bipolaridade na família, autolesão, violência, bullying.
- Obesidade, síndrome de Down, doenças neuromusculares (AOS).
- TDAH, TEA, deficiência intelectual; estimulante no fim do dia.
- Álcool, maconha, energéticos, pré-treinos, energético com álcool.
- Adolescente que dirige, trabalha à noite ou tem jornada longa.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico**. Perguntar sobre o sono em toda consulta, também a sós, com sigilo conforme o ECA, o Código de Ética Médica e a SBP (exceto risco à vida).

Anamnese do sono:

- Horários de deitar, adormecer e acordar **nos dias de aula e no fim de semana**; despertares; cochilos.
- Telas: tempo, uso na cama e de madrugada, celular no quarto.
- **Cafeína**: café, chimarrão, chás, cola, energéticos, pré-treinos (avaliar em toda consulta — SBP, DC nº 41/2026).

- Ronco, pausas, cefaleia matinal; cataplexia, paralisia do sono; desconforto nas pernas.
- Humor, ansiedade, autolesão e **ideação suicida** (perguntar diretamente); álcool e drogas; medicamentos (estimulantes, antidepressivos, corticoide).
- Repercussão: faltas, notas, cochilo em aula, **sonolência ao dirigir**.

Diário de sono por 2 semanas, com fins de semana: separa privação (pouco sono nos dias de aula, muito no fim de semana), atraso de fase (horário tardio constante, duração normal quando livre) e insônia (dificuldade mesmo com oportunidade). Actigrafia é do especialista.

Exame físico: IMC em escore-z, PA, amígdalas, obstrução nasal, retrognatia, tireoide, sinais de autolesão, palidez.

Exames — só quando há indicação:

- **Ferritina** (com hemograma) na suspeita de pernas inquietas: tratar se < 50 ng/mL (SBP, DC nº 61/2026).
- TSH e T4 livre, conforme o quadro; exames metabólicos na obesidade.
- **Polissonografia** na suspeita de AOS; polissonografia com **teste de latências múltiplas do sono** na de narcolepsia (especialista).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: depressão e bipolaridade, substâncias, AOS no obeso, narcolepsia (confundida com "preguiça"), crises epiléticas noturnas, violência doméstica ou sexual (medo de dormir).

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz — higiene do sono (SBP 2021; SBP 2024; AAP 2014):

- **Horários regulares** de deitar e acordar, também no fim de semana.
- **Luz natural pela manhã**; quarto escuro, silencioso e fresco à noite.
- **Telas (SBP 2024):** 11–18 anos, 2–3 h/dia de lazer, **nunca à noite nem "virando a noite"**; **desligar 1–2 h antes de dormir**; **celular e aparelhos fora do quarto**; modo noturno não substitui desligar.
- **Cafeína:** evitar à tarde e à noite e não usar energéticos; a SBP (DC nº 41/2026) cita como limites AAP/AACAP até 100 mg/dia no adolescente e Health Canada 2,5 mg/kg/dia (ver "Uso de cafeína por crianças e adolescentes", Temas SBP).
- **Atividade física** diária, longe da hora de deitar; refeição leve à noite; cama só para dormir.
- **Cochilos:** curtos e no início da tarde, ou nenhum se houver insônia ou atraso de fase (Boston Children's).
- Combinar metas com o adolescente; os pais dão o exemplo. Apoiar horários escolares que respeitem o sono (AAP 2014).

Atraso de fase: se o atraso for de até 3 horas, **antecipar gradualmente** o horário de dormir e de acordar, com luz intensa ao acordar e ausência de luz e telas à noite; manter o horário também no fim de semana. Atrasos maiores (> 3 h) exigem cronoterapia e luminoterapia orientadas pelo especialista (Boston Children's; SEMA 2013).

Insônia — TCC-I é a primeira linha: controle de estímulos (ir para a cama só com sono; levantar se não dormir), restrição do tempo na cama, relaxamento, manejo das preocupações e higiene do sono. O pediatra inicia e encaminha à psicologia com TCC-I se persistir; tratar ansiedade ou depressão associada.

Medicamentos (somente com indicação médica):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Melatonina — insônia de início, após higiene do sono e TCC-I	Iniciar com 0,5–1 mg; raramente > 3–6 mg (AAP, HealthyChildren.org; como em "Distúrbios do sono na infância")	1x/dia, 30–90 min antes de deitar	Curto prazo, com reavaliação e retirada	AAP: não é remédio para dormir; Anvisa: suplemento alimentar autorizado só a partir de 19 anos, até 0,21 mg/dia (2021; reiterado em 2023), sem autorização para crianças e adolescentes
Melatonina — transtorno do atraso de fase (pelo especialista)	1–5 mg (AEP, consenso 2014); usar a menor dose eficaz	1x/dia, 4–6 h antes do horário habitual de adormecer, antecipando de forma progressiva	Até 4 semanas (AEP 2014); 1–3 meses (SEMA 2013)	O efeito depende mais do horário que da dose; sempre com luz matinal e horários regulares; recaída é comum se o horário não for mantido
Sulfato ferroso — pernas inquietas com ferritina < 50 ng/mL	3–6 mg/kg/dia de ferro elementar	1x/dia	3 meses; repetir a ferritina	SBP, DC nº 61/2026; ver "Distúrbios de movimento relacionados ao sono"

- **Não usar para dormir:** benzodiazepínicos, zolpidem, anti-histamínicos sedativos (hidroxizina, dexclorfeniramina, prometazina — padrão do site), antipsicóticos e antidepressivos sedativos sem indicação psiquiátrica: tolerância, sonolência diurna, risco ao dirigir e abuso.
- **Melatonina** é hormônio, não "natural e inofensiva"; não corrige telas, cafeína ou horários. Receita comum (fora da Portaria 344/1998).
- **Narcolepsia:** tratamento do especialista; o pediatra orienta cochilos programados, a escola e **não dirigir** até o controle.

- **AOS com obesidade:** perda de peso, adenotonsilectomia se hipertrofia e CPAP na AOS residual (ver "Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança").
- **TDAH com estimulante:** revisar o horário da última dose antes de medicar o sono.

Seguimento: retorno com o diário de sono; reavaliar humor, telas, cafeína e escola; acompanhar com o hebiatra, a saúde mental e o especialista em sono.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Ideação suicida com plano, tentativa recente ou autolesão grave** (ver "Risco de suicídio").
- Insônia com **redução da necessidade de sono, agitação, delírios ou alucinações** (mania ou psicose).
- **Intoxicação** por cafeína, energéticos, estimulantes ou melatonina: vômitos, taquicardia, arritmia, convulsão, rebaixamento.
- AOS com **desconforto respiratório acordado, SpO2 < 92% em vigília, sinais de cor pulmonale** ou sonolência com hipercapnia.
- **Sonolência súbita com rebaixamento da consciência**, confusão ou sinais neurológicos (intoxicação, trauma craniano, encefalite).
- Evento noturno com crise convulsiva **≥ 5 minutos** ou pós-ictal arrastado.

Como encaminhar

1. Risco de suicídio: não deixar sozinho, retirar meios letais, acionar a família e transporte acompanhado.
2. Intoxicação: levar a embalagem e o horário; não induzir vômito; SAMU 192 se arritmia, convulsão ou rebaixamento.
3. Desconforto respiratório: posição sentada; **oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** (padrão do site); SAMU 192 se piora.
4. Crise convulsiva: decúbito lateral e protocolo de crise convulsiva do site.
5. **Relatório** com medicamentos, suplementos, substâncias e avaliação de risco; sigilo quebrado só pelo risco à vida. Suspeita de violência: **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar.

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

- "O adolescente precisa de 8 a 10 horas de sono. O relógio dele atrasa nessa fase: não é preguiça."

- "Celular, videogame e computador desligados 1 a 2 horas antes de dormir e fora do quarto — para toda a família."
- "Nada de café, chimarrão, refrigerante de cola ou energético à tarde e à noite. Energético nunca."
- "Remédio para dormir e melatonina por conta própria, não. A melatonina vendida como suplemento não é autorizada abaixo de 19 anos."
- "Com sono, não dirija carro nem moto, nem aceite carona de quem está com sono."
- **Procurar o pronto-socorro se:** falar em se matar, sobretudo com plano; dias sem dormir com agitação ou ideias estranhas; palpitação, vômitos, desmaio ou convulsão após energético ou remédios; falta de ar; sonolência com confusão. **CVV 188; SAMU 192.**

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Necessidade de sono	8–10 h dos 13 aos 18 anos (DC Higiene do Sono 2021)	Sem posição específica localizada	8,5–9,5 h (2014); endossa 8–10 h da AASM (2016)	Sem diretriz pediátrica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Telas	Desligar 1–2 h antes; 11–18 anos 2–3 h/dia, nunca à noite (2024; 2021: ≥ 1 h)	Sem posição específica localizada	Limitar telas à noite (2014)	Sem diretriz pediátrica localizada	Sem eletrônicos após 20 h (SEMA 2013)	Sem posição específica localizada	Sem telas 1 h antes (Boston Children's)	Segue o NICE
Atraso de fase	Fisiológico, 1–2 h (2021)	Sem posição específica localizada	Causa central da privação (2014)	Sem diretriz pediátrica localizada	Luz matinal, cronoterapia, melatonina 4–6 h antes (2013; 2014)	Sem posição específica localizada	Ajuste de horários, luz matinal, melatonina no fim do dia; especialista	Segue o NICE
Insônia e hipnóticos	Higiene do sono primeiro; sem hipnóticos (padrão do site)	Sem posição específica localizada	Medidas comportamentais	Sem diretriz pediátrica localizada	Higiene e medidas comportamentais antes da melatonina (2014)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Melatonina	Sem documento oficial localizado	Anvisa: suplemento só ≥ 19 anos, até 0,21 mg/dia (2021)	Não é remédio para dormir; 0,5–1 mg se indicada	Sem diretriz pediátrica localizada	Adolescente 1–5 mg, até 4 semanas (consenso 2014)	Sem posição específica localizada	Discutir dose e horário com o médico	Segue o NICE

Leitura: há convergência ampla sobre a necessidade de 8–10 horas de sono (a SBP adapta a AASM 2016, endossada pela AAP), o atraso de fase fisiológico da puberdade, o papel das telas e da cafeína e a primazia da higiene do sono e das medidas comportamentais. Só a AAP se posiciona sobre o horário escolar (8h30 ou depois) e a direção sonolenta. A divergência principal está na **melatonina**: a AEP (consenso de 2014) e a SEMA a admitem no adolescente com doses de 1–5 mg, sobretudo no atraso de fase; a AAP a trata como exceção de curto prazo em dose baixa; no Brasil, a Anvisa só autoriza o suplemento a partir de 19 anos, e a SBP

não tem documento oficial localizado sobre o tema. Na antecedência das telas, a SBP passou de pelo menos 1 hora (2021) para 1–2 horas (2024), mais estrita que o Boston Children's (1 hora). **O site adota a posição da SBP:** 8–10 h, telas desligadas 1–2 h antes de dormir, higiene do sono e TCC-I antes de qualquer medicamento, melatonina apenas com indicação médica (AAP; Anvisa) e nenhum hipnótico; na dose da melatonina, sem posição da SBP nem do MS, segue a AAP (dose baixa) e, no atraso de fase, a AEP, referências pediátricas com doses explícitas.

PONTOS PRÁTICOS

1. Pergunte sobre o sono em toda consulta do adolescente, com diário de sono de 2 semanas, incluindo os fins de semana.
2. A causa mais comum de sonolência é dormir pouco: atraso de fase + telas + cafeína + aula cedo.
3. Telas desligadas 1–2 h antes de dormir e fora do quarto; luz natural pela manhã; mesmo horário de acordar todos os dias.
4. Insônia crônica: TCC-I primeiro; melatonina só com indicação, em dose baixa e por pouco tempo; nunca hipnóticos ou anti-histamínicos sedativos.
5. Sonolência com sono suficiente: pense em AOS (obesidade), narcolepsia (cataplexia), depressão e substâncias.
6. Insônia com ideação suicida, mania ou psicose é pronto-socorro; e quem está com sono não dirige.

Veja também, nesta Biblioteca: **Distúrbios do sono na infância** (Patologias do consultório e Doenças da criança); **Distúrbios de movimento relacionados ao sono e Uso de cafeína por crianças e adolescentes** (Temas SBP); **Ronco e apneia obstrutiva do sono na criança** (Pneumologia); **Uso problemático de telas, jogos e redes sociais, Risco de suicídio na criança e no adolescente e Uso de álcool, tabaco, cigarro eletrônico e outras drogas na adolescência** (Saúde mental); **Ansiedade e depressão na infância e adolescência e Obesidade e risco cardiometabólico** (Patologias do consultório); **Erros de refração e epidemia de miopia** (Oftalmologia); **Consulta de puericultura — 10 anos a 18 anos** (Puericultura).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico do Sono. Higiene do Sono — Atualização 2021. [PDF](#)

- American Academy of Pediatrics, Adolescent Sleep Working Group. School Start Times for Adolescents (Policy Statement). Pediatrics, 2014;134:642–649. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics. Owens J et al. Insufficient Sleep in Adolescents and Young Adults — An Update on Causes and Consequences (Technical Report). Pediatrics, 2014;134:e921–e932. [PDF](#)
- American Academy of Sleep Medicine. Teen Sleep Duration Health Advisory, 2014, atualizado em 2016. aasm.org
- AEP. Pin Arboledas G et al. Consenso sobre el uso de melatonina en niños y adolescentes con dificultades para iniciar el sueño. Anales de Pediatría, 2014;81(5):328.e1–e9. analesdepediatria.org
- SEMA. Merino Andreu M, Martínez Bermejo A. Trastornos de sueño — Síndrome de Retraso de Fase. Adolescere, 2013. adolescere.es
- Boston Children's Hospital (Harvard). Delayed Sleep-Wake Phase Disorder. childrenshospital.org
- Anvisa. Melatonina só em suplementos para maiores de 19 anos, até 0,21 mg/dia (notícia de 24/08/2023). gov.br/anvisa
- AAP, HealthyChildren.org. Melatonin for Kids. healthychildren.org

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.