

Distúrbios do sono na infância

Duração do sono por idade, sono seguro do lactente, insônia comportamental, parasomnias, apneia obstrutiva, pernas inquietas e o lugar da melatonina

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento em casa
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

Queixas de sono são frequentes e, na maioria, **comportamentais**: dificuldade para adormecer sozinho, despertares com necessidade do adulto, resistência na hora de deitar. O primeiro passo é comparar o sono com o esperado para a idade (SBP 2021: 12–16 h de 4 a 12 meses; 11–14 h de 1 a 2 anos; 10–13 h de 3 a 5 anos; 9–12 h de 6 a 12 anos; 8–10 h de 13 a 18 anos) e corrigir a higiene do sono: horários regulares, ritual curto (até 30 minutos), adormecer na própria cama e **nenhuma tela 1–2 h antes de dormir**. No lactente, orientar sempre o **sono seguro**: de barriga para cima, superfície firme, quarto compartilhado sem compartilhar a cama. Terror noturno e sonambulismo são benignos e pedem proteção, não intervenção. **Ronco habitual** (≥ 3 noites por semana) com pausas, respiração difícil, sono agitado ou prejuízo diurno sugere apneia obstrutiva: polissonografia ou encaminhamento ao especialista, e adenotonsilectomia como primeira linha quando há hipertrofia (AAP 2012). Na síndrome das pernas inquietas, dosar ferritina e tratar se < 50 ng/mL. A **melatonina não é primeira linha** e não deve ser usada sem orientação médica. Quase tudo é ambulatorial (●/●); vão ao pronto-socorro pausas respiratórias com cianose, desconforto respiratório acordado e eventos noturnos sugestivos de crise epiléptica prolongada (●).

1. O que é e como se apresenta

Duração do sono recomendada (SBP 2021, em 24 h, incluindo cochilos)

IDADE	SONO EM 24 H
4–12 meses	12–16 h
1–2 anos	11–14 h
3–5 anos	10–13 h
6–12 anos	9–12 h
13–18 anos	8–10 h

Nos primeiros meses, o sono é fragmentado, sem ritmo dia-noite definido; a SBP não fixa faixa de duração antes dos 4 meses. Na adolescência, há atraso fisiológico do horário de adormecer, que se soma a telas e escola cedo e leva à privação crônica.

Principais quadros

- **Insônia comportamental da infância**: associação inadequada para adormecer (só dorme mamando, no colo ou com o adulto, e precisa disso a cada despertar) e falta de limites na hora de deitar. Pico de 6 meses a 5 anos.

- **Parasomnias do sono NREM** (primeiro terço da noite): despertar confusional, **terror noturno**, **sonambulismo**. Pico entre 3 e 8 anos; história familiar frequente; desencadeadas por privação de sono, febre, estresse e apneia.
- **Pesadelos** (sono REM, segunda metade da noite).
- **Apneia obstrutiva do sono (AOS)**: cerca de 1 em cada 30 crianças (SBP); pico dos 2 aos 8 anos, pela hipertrofia adenotonsilar; mais frequente na obesidade, síndrome de Down, anomalias craniofaciais e doenças neuromusculares.
- **Síndrome das pernas inquietas (SPI) e movimentos periódicos dos membros**: urgência de mover as pernas ao anoitecer, com alívio ao movimento; associada à deficiência de ferro no sistema nervoso central e ao TDAH.
- **Transtorno do ritmo circadiano (atraso de fase)** do adolescente.
- **Movimentos rítmicos, bruxismo e mioclonia benigna do sono do lactente**: em geral benignos.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Insônia comportamental, resistência para deitar, pesadelos ocasionais, terror noturno ou sonambulismo esporádicos, ronco sem pausas nem repercussão, sem prejuízo diurno	Higiene do sono, técnicas comportamentais, proteção do ambiente; retorno em 4–8 semanas
● Moderada	Ronco habitual (≥ 3 noites por semana) com pausas, esforço respiratório, sono agitado, enurese secundária, desatenção, sonolência ou baixo ganho de peso; parasomnias frequentes ou com risco de lesão; suspeita de SPI; insônia refratária com prejuízo escolar ou familiar	Investigação ambulatorial (polissonografia, ferritina), encaminhamento à otorrinolaringologia ou à medicina do sono; reavaliação em 2–4 semanas
● Grave	Pausas respiratórias longas com cianose ou hipotonia no lactente; desconforto respiratório também acordado; sinais de insuficiência cardíaca direita ou hipertensão pulmonar; eventos noturnos estereotipados com liberação esfinteriana, mordedura de língua ou crise prolongada; parada respiratória ou bebê "mole" e sem resposta	Encaminhar ao pronto-socorro/hospital: posicionar, oxigênio se disponível, SAMU (192)

Fatores de risco que elevam a gravidade

- AOS: idade < 3 anos, obesidade, prematuridade, síndrome de Down, anomalias craniofaciais, doenças neuromusculares (AAP 2012).
- Lactente: prematuridade, tabaco, posição prona, superfície macia, cama compartilhada (morte súbita).

- TDAH, TEA e deficiência intelectual (insônia mais persistente); depressão e ansiedade no adolescente (perguntar sobre ideação suicida).

3. Diagnóstico no consultório

- **Anamnese do sono:** horários (semana e fim de semana), onde e como adormece, despertares, ronco, pausas, respiração oral, hiperextensão do pescoço, enurese, sonolência diurna, escola, telas, cafeína (cola, chá, chimarrão, energéticos), medicamentos.
- **Diário de sono** por 1–2 semanas; vídeo caseiro dos eventos noturnos ajuda muito.
- **Exame:** amígdalas, fácies adenoideana, rinite, obesidade ou baixo ganho ponderal, PA.

Terror noturno × pesadelo

CARACTERÍSTICA	TERROR NOTURNO	PESADELO
Fase e horário	NREM profundo, primeiro terço da noite	REM, segunda metade da noite
Comportamento	Grito súbito, olhos abertos, taquicardia, sudorese; não reconhece os pais; consolo não funciona	Acorda assustado, reconhece os pais e busca conforto
Lembrança	Nenhuma (amnésia)	Relata o sonho
Volta a dormir	Rapidamente	Com dificuldade
Conduta	Não acordar; proteger; regularizar o sono; tratar apneia se houver	Acolher; evitar conteúdo assustador; investigar estresse, trauma ou ansiedade se frequentes

Apneia obstrutiva (AAP 2012)

- Perguntar sobre **ronco em todas as consultas de puericultura**.
- Se a criança **ronca regularmente** (a AAP fala em ronco "regular"; na prática, ≥ 3 noites por semana) ou tem sinais de AOS (pausas, engasgos, respiração difícil, sono agitado, problemas de aprendizagem ou de comportamento, sonolência), **pedir polissonografia ou encaminhar ao especialista em sono**.
- Sem polissonografia disponível, testes alternativos (vídeo noturno, oximetria noturna) podem ser usados, com menor sensibilidade.
- No Brasil, em geral, encaminha-se ao otorrinolaringologista, que avalia adenoides e amígdalas e indica a polissonografia.

SPI e sono agitado: diagnóstico clínico, com a criança descrevendo o desconforto com as próprias palavras. Pedir ferritina, ferro sérico, saturação de transferrina e PCR (a ferritina sobe na inflamação). Polissonografia se houver suspeita de movimentos periódicos dos membros ou apneia associada (DC SBP nº 61/2026).

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- **Crises epilépticas noturnas** (epilepsia do lobo frontal: eventos breves, estereotipados, várias vezes na noite, em qualquer horário) × parasomnias.
- **Dor, refluxo, prurido (dermatite atópica), asma noturna** como causa de despertares.
- **Depressão, ansiedade e uso de substâncias** no adolescente.
- **Maus-tratos ou abuso** em mudança súbita do padrão de sono com medo de dormir.
- **Narcolepsia** na sonolência excessiva com cataplexia.

4. Tratamento em casa

Higiene do sono (SBP 2021; AEP 2022)

- Horários regulares para deitar e acordar, também no fim de semana.
- Ritual breve e prazeroso (até 30 minutos): banho, escovação, história, luz baixa.
- Colocar o bebê no berço sonolento, mas acordado, para que aprenda a adormecer sozinho.
- Quarto escuro, silencioso e com temperatura agradável; cama só para dormir.
- **Telas (SBP 2024):** < 2 anos nenhuma exposição; 2–5 anos até 1 h/dia com supervisão; 6–10 anos 1–2 h/dia; 11–18 anos 2–3 h/dia, nunca à noite ou "virando a noite"; **sem telas nas refeições e 1–2 h antes de dormir**; aparelhos fora do quarto à noite.
- Evitar cafeína (refrigerantes de cola, chá mate e preto, chimarrão, energéticos) e refeições pesadas perto da hora de dormir; atividade física diária, longe da noite.

Sono seguro do lactente (AAP e SBP; documento da Biblioteca)

- Sempre **de barriga para cima**, no sono noturno e nas sonecas, até 12 meses.
- **Superfície firme e plana**, berço próprio, sem travesseiros, almofadas, protetores, pelúcias ou edredons.
- **Quarto compartilhado, cama não:** berço no quarto dos pais pelo menos nos primeiros 6 meses.
- Evitar superaquecimento; ambiente livre de tabaco, álcool e drogas.
- Chupeta na hora de dormir depois que o aleitamento estiver estabelecido; manter o aleitamento materno.

Insônia comportamental: extinção gradual (esperar intervalos progressivamente maiores antes de ir ao quarto, com consolo breve e sem retirar do berço), afastamento gradual do adulto (a cadeira vai se afastando da cama a cada poucas noites), reforço positivo nos maiores. Consistência entre os cuidadores é o que define o sucesso; resultados em 1–3 semanas.

Parasomnias NREM: não tentar acordar a criança; proteger o ambiente (portas e janelas trancadas, sem beliches, portão na escada); evitar privação de sono. Se o horário dos

episódios for previsível, **despertares programados** 15–30 minutos antes, por 2–4 semanas, podem interromper o ciclo.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Sulfato ferroso (SPI ou sono agitado com ferritina < 50 ng/mL)	3 mg/kg/dia de ferro elementar (até 6 mg/kg/dia; teto ~130 mg/dia)	1x/dia, longe das refeições, com vitamina C	3 meses; repetir ferritina; manter até ≥ 50 ng/mL	DC SBP nº 61/2026, AASM 2025, IRLSSG; ferro EV no serviço de referência se o oral falhar
Corticoide intranasal (AOS leve, IAH < 5/h, ou residual)	Conforme bula e idade	1x/dia	Semanas, com reavaliação	AAP 2012; útil também se houver rinite alérgica
Melatonina (somente com indicação médica, após medidas comportamentais)	AAP: iniciar com 0,5–1 mg; raramente > 3–6 mg	30–90 min antes de deitar	Curto prazo, com reavaliação	Não é primeira linha; papel maior no atraso de fase e em TDAH/TEA; a Anvisa não autoriza suplementos de melatonina para crianças e adolescentes

- **Melatonina — cautela.** A SBP (Departamento de Medicina do Sono, 2020) alerta que não deve ser usada de forma indiscriminada e sem orientação médica; a SPSP (2022) lembra que é medicamento e deve ficar fora do alcance das crianças — nos EUA, as intoxicações pediátricas por melatonina aumentaram 530% entre 2012 e 2021. A AAP afirma que "não é remédio para dormir" e que bons hábitos de sono são o melhor tratamento. A AEP admite a melatonina na insônia de início e no atraso de fase a partir de 6 meses (1–3 mg em lactentes e pré-escolares; 2,5–5 mg nos maiores), após medidas de higiene.
- **Não usar:** anti-histamínicos sedativos (hidroxizina, dexclorfeniramina, prometazina) para "fazer dormir" — pioram a SPI e a qualidade do sono; exceção apenas por problema social, como prurido noturno que impede o sono da família, por curto período e fora da faixa de contraindicação; benzodiazepínicos; chás e fitoterápicos sem evidência; agonistas dopaminérgicos na SPI.
- **AOS:** adenotonsilectomia é o tratamento de primeira linha quando há hipertrofia adenotonsilar e não há contraindicação; perda de peso na obesidade; CPAP se a AOS persistir após a cirurgia ou se a cirurgia não for indicada (AAP 2012).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Lactente com pausa respiratória de mais de 20 segundos, cianose, hipotonia ("bebê mole") ou sem resposta a estímulos (documento da Biblioteca sobre morte súbita do lactente).
- Desconforto respiratório também acordado, estridor, dessaturação, sonolência excessiva com hipercapnia ou sinais de insuficiência cardíaca direita em criança com AOS.

- Amigdalite ou abscesso com obstrução aguda da via aérea.
- Evento noturno com crise convulsiva prolongada ou pós-ictal arrastado.
- Adolescente com insônia e ideação suicida com plano.

A AAP recomenda que crianças de alto risco (menores de 3 anos, AOS grave, complicações cardíacas, déficit de crescimento, obesidade, anomalias craniofaciais, doenças neuromusculares, infecção respiratória atual) sejam **monitorizadas internadas após a adenotonsilectomia**.

Como encaminhar

1. Posicionar a criança (lactente em decúbito lateral após o evento; criança maior sentada, se tiver desconforto respiratório).
2. Oxigênio, se disponível; aspirar secreções.
3. Na crise convulsiva, posição lateral de segurança e conduta conforme o protocolo de crise.
4. Acionar o SAMU (192) nos casos ; contatar o serviço de destino.
5. Relatório com descrição do evento (idealmente vídeo), comorbidades e medicamentos.

Encaminhamento ambulatorial: otorrinolaringologia (ronco habitual com hipertrofia adenotonsilar); medicina do sono ou neuropediatria (parasomnias atípicas ou perigosas, suspeita de epilepsia noturna, narcolepsia, SPI sem resposta ao ferro, insônia refratária às medidas comportamentais); saúde mental (insônia com ansiedade, depressão ou trauma).

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

- "Rotina é o melhor remédio: mesmo horário todos os dias, ritual curto e nada de telas 1 a 2 horas antes de dormir."
- "Coloque o bebê no berço sonolento, mas acordado. Todos os cuidadores precisam agir do mesmo jeito."
- "No terror noturno, não acorde a criança: fique por perto e proteja para que não se machuque. De manhã ela não lembra de nada."
- "Melatonina não é remédio para dormir e não deve ser comprada por conta própria."
- "Bebê dorme sempre de barriga para cima, no berço dele, no quarto dos pais, sem travesseiros nem bichinhos."
- Retorno em 4–8 semanas com o diário de sono; antes, se ronco com pausas, sonolência de dia, queda no rendimento escolar ou xixi na cama que voltou.
- Ir ao pronto-socorro se: bebê com pausa na respiração de mais de 20 segundos, lábios roxos, muito mole ou sem reagir; dificuldade para respirar também acordado; convulsão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Duração do sono	12–16 h (4–12 m) a 8–10 h (13–18 anos), SBP 2021	Mesmas faixas (endossa a AASM)	Sem diretriz pediátrica específica	Segue o NICE	Tabela própria (16 h no RN a 8–9 h aos 14 anos)
Higiene e telas	Ritual até 30 min; sem telas 1–2 h antes (SBP 2024)	Rotina; sem telas pelo menos 1 h antes	—	Segue o NICE	Ritual de 20–30 min; sem telas 1–2 h antes
Ronco / AOS	Perguntar sobre ronco frequente; investigar	Rastrear ronco; polissonografia; adenotonsilectomia 1ª linha	Diretriz de AOS apenas para ≥ 16 anos	Segue o NICE	Polissonografia na suspeita; adenotonsilectomia de escolha
Melatonina	Não usar sem orientação médica (SBP 2020); Anvisa proíbe suplemento infantil	Não é remédio para dormir; 0,5–1 mg se indicada	—	Segue o NICE	Insônia de início e atraso de fase (≥ 6 meses), 1–5 mg
SPI	Ferritina ≥ 50 ng/mL; ferro oral 3–6 mg/kg/dia por 3 meses (DC nº 61/2026)	AASM 2025: sulfato ferroso se ferritina < 50	CKS: encaminhar crianças	Segue o NICE	Ferro se ferritina < 50–75; 3 mg/kg/dia
Sono seguro	Barriga para cima; quarto sim, cama não	Mesmas recomendações	Mesmas recomendações	Segue o NICE	Mesmas recomendações

Leitura: há convergência sobre a origem comportamental da maioria das queixas, a primazia da higiene do sono e das técnicas comportamentais, o rastreamento do ronco e a adenotonsilectomia como primeira linha na AOS com hipertrofia adenotonsilar, e o ferro na SPI. As divergências estão na melatonina — a AEP a admite desde os 6 meses na insônia de início, a AAP a trata como exceção de curto prazo e, no Brasil, a Anvisa não autoriza suplementos para crianças e

adolescentes — e no acesso à polissonografia, que a AAP coloca como padrão diagnóstico e que no Brasil costuma ser indicada pelo otorrinolaringologista. O NICE não tem diretriz pediátrica de sono; a de AOS aplica-se a partir de 16 anos.

PONTOS PRÁTICOS

1. Compare o sono com a faixa da SBP para a idade e peça um diário de sono antes de qualquer remédio.
2. Higiene do sono e extinção gradual resolvem a maior parte da insônia comportamental; consistência entre cuidadores é essencial.
3. Terror noturno: não acordar, proteger, regularizar o sono; pesadelos frequentes pedem investigar ansiedade ou trauma.
4. Ronco habitual com pausas, respiração difícil ou prejuízo diurno: polissonografia ou otorrinolaringologia; adenotonsilectomia é a primeira linha.
5. Pernas inquietas e sono agitado: ferritina com PCR; ferro oral se ferritina < 50 ng/mL.
6. Melatonina e anti-histamínicos sedativos não são primeira linha; sono seguro do lactente em toda consulta do primeiro ano.

Veja também, nesta Biblioteca: Prevenção da Morte Súbita do Lactente; Distúrbios de movimento relacionados ao sono (SBP 2026); Uso de cafeína por crianças e adolescentes (SBP 2026); Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH); Enurese noturna.

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Medicina do Sono. Higiene do sono — atualização 2021. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Medicina do Sono. A apneia do sono na população pediátrica (Pediatria para Famílias), 2024. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Pesquisa aponta alta no uso de melatonina para crianças dormirem, 2020. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Distúrbios de movimento relacionados ao sono em Pediatria, DC nº 61, 2026 (análise na Biblioteca).
- Sociedade de Pediatria de São Paulo. Uso de melatonina em crianças, 2022. spsp.org.br
- Anvisa. Anvisa proíbe o suplemento alimentar Soninho Perfeito Melatonina Kids, 2023. gov.br

- American Academy of Pediatrics. Diagnosis and Management of Childhood Obstructive Sleep Apnea Syndrome (Marcus et al.), 2012 — resumo AAFP. aafp.org; AASM. aasm.org
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Melatonin and children's sleep, 2026. healthychildren.org
- AEP. Protocolos de Neurología Pediátrica — Trastornos de sueño en niños (Carmona Belda et al.), 2022. [PDF](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.