

Sono Infantil

Como o sono do bebê realmente funciona, o que é normal a cada idade e como construir noites melhores — com sono seguro, rotina e respeito ao ritmo da criança, sem fórmulas mágicas.

Dr. Diego Schadeck Rodrigues

Pediatra · Neurodesenvolvimento 0–6 anos e TEA
CRM-PR 29.518 · RQE 13.272 · @dr.diegoschadeck

Para quem abre este guia

Nenhum tema tira mais o sono dos pais — literalmente — do que o sono do bebê. E boa parte do sofrimento vem de uma expectativa errada: a de que o bebê deveria dormir como um adulto. Ele não dorme, e não deveria.

O sono infantil é um **processo de neurodesenvolvimento**. O bebê nasce sem relógio biológico, com ciclos curtos e muito sono ativo, e vai **amadurecendo** a capacidade de dormir por períodos longos ao longo do primeiro ano e além. Despertar à noite não é defeito nem manha — é fisiologia. Entender isso muda tudo: em vez de brigar contra a natureza do sono, aprendemos a acompanhá-la e a criar boas condições.

Organizei em **doze decisões**, em quatro partes: como o sono funciona, sono seguro, como construir bom sono, e métodos e alertas. Cada bloco vem em três camadas:

NO DIA A DIA O que fazer na prática, sem jargão e sem cobrança — a parte que acolhe.

A BASE CIENTÍFICA Por que é assim: a evidência e as diretrizes atuais que sustentam a orientação.

PARA LEMBRAR A frase-âncora para as madrugadas difíceis.

Princípio da casa: a prioridade número um é o **sono seguro** — reduzir o risco de morte súbita. A segunda é uma relação saudável com o sono, respeitando o temperamento do bebê e os valores da família. Aqui se separa fato de opinião, e onde há debate legítimo, como nos métodos de sono, os lados são apresentados de igual para igual.

Mapa do guia

COMO O SONO FUNCIONA

- 01** Dormir é neurodesenvolvimento
- 02** Quanto sono por idade
- 03** O relógio biológico e a luz

SONO SEGURO

- 04** Sono seguro e a prevenção da morte súbita
- 05** Onde o bebê dorme: quarto e cama compartilhados

CONSTRUIR BOM SONO

- 06** Despertar à noite é normal
- 07** Higiene do sono e a rotina
- 08** Sonecas e as transições
- 09** O mapa do dia: janelas, sonecas e noite
- 10** As "regressões" do sono

MÉTODOS E ALERTAS

- 11** Métodos de sono: do responsivo ao extinção gradual
- 12** Melatonina e "soluções": cautela
- 13** Sinais de alerta: quando procurar o pediatra

FECHAMENTO

- Kit de partida e referências

PARTE 01

Como o Sono Funciona

A arquitetura do sono do bebê, quanto ele precisa dormir e como o relógio biológico se instala nos primeiros meses.

Dormir é neurodesenvolvimento

O bebê não dorme "mal". Ele dorme como um bebê — e o sono dele é diferente do seu por uma boa razão: está em plena construção, como o resto do cérebro.

Ciclos curtos e muito sono ativo

O sono acontece em ciclos. Nos bebês, cada ciclo dura cerca de **50 a 60 minutos**, bem menos que os 90 minutos do adulto, e entre um ciclo e outro há um **despertar breve**. Além disso, o recém-nascido passa cerca de **metade do tempo em sono ativo**, o equivalente ao sono REM, mais leve e agitado — com movimentos, ruídos e olhos que se mexem. Isso não é sono ruim: o sono ativo tem papel direto na maturação cerebral.

“O bebê acorda entre os ciclos porque o cérebro dele foi programado assim. Consolidar o sono é uma conquista do desenvolvimento, não uma obrigação.”

CONCEITO-ÂNCORA · DEFESA DA INFÂNCIA

Consolidar leva tempo

Dormir muitas horas seguidas é uma **habilidade que amadurece**, não um botão que se liga. Ao longo do primeiro ano, os ciclos se alongam, o sono profundo aumenta e os despertares ficam mais espaçados. Cada bebê tem seu ritmo. Comparar com o filho da vizinha que "dorme a noite toda" quase sempre gera angústia sem motivo.

NO DIA A DIA

Não interprete cada despertar como problema a resolver. Muitos são a transição normal entre ciclos. Às vezes, esperar alguns instantes antes de intervir permite que o bebê reencaixe o sono sozinho.

A BASE CIENTÍFICA

A arquitetura do sono infantil, com ciclos curtos e predomínio de sono ativo, é fisiológica e relacionada à neuroplasticidade. A consolidação é um marco maturacional, com ampla variação individual.

PARA LEMBRAR

“Ele não dorme mal. Ele dorme como bebê — e isso muda com o tempo.”

Quanto sono por idade

A pergunta "ele está dormindo o suficiente?" tem resposta em faixas, não em números exatos. E a faixa é larga de propósito: crianças saudáveis variam muito.

As faixas recomendadas

A Academia Americana de Medicina do Sono definiu, por consenso, quanto sono uma criança saudável precisa em 24 horas, somando noite e sonecas:

Idade	Sono total em 24h (com sonecas)
0-3 meses	Faixa ampla, ~14 a 17h; muita variação
4-12 meses	12 a 16 horas
1 a 2 anos	11 a 14 horas
3 a 5 anos	10 a 13 horas

Base científica. Consenso da Academia Americana de Medicina do Sono, respaldado pela Academia Americana de Pediatria: dormir regularmente dentro da faixa associa-se a melhor atenção, comportamento, memória, regulação emocional e saúde. Abaixo de 4 meses não há faixa fechada, pela grande variação normal. Os estudos normativos confirmam a largura da faixa: a média de sono total aos 6 meses é de 14,2 horas com desvio-padrão de 1,9 hora (coorte de Zurique), e a média do lactente na meta-análise global é de 12,8 horas, com faixa normal de 9,7 a 15,9 horas — quase seis horas de diferença entre crianças igualmente saudáveis.

Como usar a tabela

A faixa é um guia, não uma meta a cravar. O que importa é a **tendência**: a criança acorda descansada, tem bom humor na maior parte do dia e cresce bem. Um bebê no limite inferior que está ativo e feliz pode simplesmente precisar de menos sono do que a média.

NO DIA A DIA	Use a faixa para se tranquilizar, não para se cobrar. Olhe o conjunto: humor, energia e crescimento dizem mais do que a soma exata das horas de uma noite.
A BASE CIENTÍFICA	As faixas derivam de revisão sistemática. Tanto o sono insuficiente crônico quanto o excesso persistente associam-se a desfechos desfavoráveis; o alvo é a regularidade dentro da faixa.
PARA LEMBRAR	"A faixa tranquiliza. A criança descansada e feliz confirma."

O relógio biológico e a luz

O recém-nascido não sabe que é noite. Ele nasce sem relógio interno, e é você — com luz, escuro e rotina — quem ajuda esse relógio a se acertar nos primeiros meses.

O ritmo circadiano se instala aos poucos

Ao nascer, o bebê não tem **ritmo circadiano** maduro: dorme e acorda espalhado pelo dia e pela noite. A produção de **melatonina**, o hormônio do sono, e a organização dia-noite começam a se estabelecer por volta das **6 a 12 semanas**, consolidando-se em torno dos 3 a 4 meses. Por isso os primeiros dois meses são de "sono bagunçado" — e não há o que treinar aí, só acompanhar.

Luz de dia, escuro de noite

O principal sincronizador do relógio é a **luz**. Você acelera a maturação do ritmo oferecendo **contraste**: dias claros e movimentados, com luz natural, e noites escuras, silenciosas e sem estímulo. Trocar fralda e amamentar de madrugada na penumbra, sem acender tudo nem conversar, ensina ao cérebro que noite é hora de dormir.

CONEXÃO SUTIL

É o mesmo princípio de todo o desenvolvimento: o ambiente programa o organismo. Aqui, a luz é o sinal que "programa" o relógio biológico. Você não força o bebê a dormir à noite — você dá ao cérebro dele as pistas para aprender que é noite.

NO DIA A DIA

De dia, luz e vida normal, mesmo nas sonecas. De noite e nas mamadas da madrugada, penumbra, silêncio e pouco estímulo. O contraste ensina o relógio mais rápido que qualquer método.

A BASE CIENTÍFICA

A maturação circadiana depende de sincronizadores externos, sobretudo a luz. Antes das 6-12 semanas, não há ritmo consolidado a "treinar"; a intervenção é ambiental.

PARA LEMBRAR

"Dia com luz, noite no escuro. O relógio aprende pelo contraste."

PARTE 02

Sono Seguro

A prioridade que vem antes de qualquer discussão sobre noites melhores: reduzir o risco de morte súbita do lactente.

Sono seguro e a prevenção da morte súbita

Antes de falar em dormir bem, é preciso falar em dormir seguro. As recomendações de sono seguro estão entre as intervenções de maior impacto de toda a pediatria — reduziram drasticamente a morte súbita do lactente.

As regras que salvam vidas

- **Sempre de barriga para cima**, em todo sono, até 1 ano — a posição mais importante de todas.
- **Superfície firme e plana**, com inclinação de no máximo 10°, só com o lençol de baixo ajustado.
- **Berço vazio**: nada de travesseiros, protetores, almofadas, cobertores soltos ou bichos de pelúcia.
- **Chupeta** para dormir, após a amamentação estar estabelecida, ajuda a reduzir o risco.
- **Sem superaquecer** e sem cobrir a cabeça; ambiente com temperatura agradável.
- **Amamentação e vacinas em dia**, e ambiente **livre de fumo**, álcool e drogas.

Base científica. Recomendações da Academia Americana de Pediatria (2022): posição supina em todo sono até 1 ano, superfície firme e plana, quarto compartilhado sem cama compartilhada, sem objetos moles no berço, chupeta no sono, aleitamento e ausência de tabagismo. Consenso forte, com queda expressiva da mortalidade onde é aplicado.

NO DIA A DIA

Barriga para cima, colchão firme, berço vazio, quarto sem fumaça. É a lista mais importante deste guia inteiro — vale conferir toda noite, com todo cuidador.

A BASE CIENTÍFICA

Cada item tem base epidemiológica robusta. A posição supina e o berço livre de itens moles são os fatores de maior efeito na redução da morte súbita.

PARA LEMBRAR

“De barriga para cima, colchão firme, berço vazio. Toda noite.”

Onde o bebê dorme: quarto e cama compartilhados

Quarto compartilhado e cama compartilhada não são a mesma coisa — e a diferença é justamente onde mora a segurança. Aqui há consenso claro e também um debate honesto.

O que a recomendação diz

Dividir o **quarto**, com o bebê no próprio berço perto da cama dos pais, é **recomendado** nos primeiros 6 meses, idealmente até 1 ano: reduz o risco de morte súbita em cerca de metade. Já dividir a **cama** não é recomendado, porque aumenta o risco de sufocamento e morte súbita, sobretudo em prematuros, menores de 4 meses, e quando há fumo, álcool, sedativos ou sofá e poltrona envolvidos.

O debate, com honestidade

Parte da comunidade de amamentação argumenta que a cama compartilhada favorece o aleitamento e que, em famílias sem fatores de risco, ela pode ser feita com redução de perigos. A posição oficial das sociedades de pediatria segue contrária à cama compartilhada. Onde as duas visões concordam: **nunca no sofá ou poltrona**, jamais com fumante, com quem bebeu ou tomou sedativo, e nunca em superfície mole.

NO DIA A DIA	Coloque o berço no seu quarto, coladinho à cama, pelos primeiros meses. Se amamentar deitada na cama, retorne o bebê ao berço depois. Nunca adormeça com ele no sofá ou na poltrona.
A BASE CIENTÍFICA	O quarto compartilhado tem forte evidência de proteção. A cama compartilhada é desaconselhada pelas diretrizes; o risco concentra-se em prematuridade, menores de 4 meses, tabagismo, álcool, sedativos e superfícies inadequadas.
PARA LEMBRAR	“Mesmo quarto, sim. Mesma cama, não. E jamais no sofá.”

PARTE 03

Construir Bom Sono

Despertares normais, a rotina que organiza a noite, as sonecas por idade e o que são, de fato, as tais regressões.

Despertar à noite é normal

O mito mais cansativo da parentalidade é o de que um bebê "bom" dorme a noite toda cedo. Despertares noturnos são a regra biológica no primeiro ano — não a exceção.

Por que ele acorda

Ao fim de cada ciclo de sono, todos nós despertamos brevemente. O adulto nem percebe e reencaixa o sono. O bebê, muitas vezes, precisa de ajuda para voltar a dormir — colo, peito, um som. Some a isso a **fome real** dos primeiros meses, quando o estômago é pequeno, e os despertares fazem todo sentido. "Dormir a noite toda" é, no início, mais expectativa dos pais do que fisiologia do bebê.

Base científica. Despertares noturnos e a necessidade de auxílio para retomar o sono são normais no primeiro ano e diminuem com a maturação. A definição de "dormir a noite toda" varia entre estudos, e muitos bebês que "dormem a noite toda" na verdade acordam e se reacomodam sozinhos.

O que muda de verdade

Com o tempo, e com boas condições de sono, o bebê desenvolve a capacidade de **reencaixar o sono sozinho** após os despertares. Isso é o que se chama de "dormir a noite toda" — não a ausência de despertares, mas a capacidade de voltar a dormir sem acordar totalmente.

NO DIA A DIA

Baixe a expectativa: acordar à noite é esperado. Nos primeiros meses, atenda com tranquilidade. Com o tempo, dê a chance de ele se reacomodar antes de intervir na hora.

A BASE CIENTÍFICA

A consolidação noturna é maturacional e favorecida por rotina e pela oportunidade de autorregulação. Cobrar sono contínuo precoce gera ansiedade e intervenções desnecessárias.

PARA LEMBRAR

“Dormir a noite toda é reencaixar o sono sozinho — não deixar de acordar.”

Higiene do sono e a rotina

Não dá para obrigar um bebê a dormir. Mas dá para criar as condições que fazem o sono chegar mais fácil — e isso tem nome: higiene do sono. É a intervenção de maior retorno e menor risco.

A rotina que sinaliza "é hora de dormir"

Uma **sequência curta e previsível**, repetida toda noite na mesma ordem, avisa ao cérebro que o sono se aproxima. Algo simples: banho, pijama, luz baixa, uma história ou canção, e o berço. Três a quatro passos bastam. A previsibilidade acalma e organiza a expectativa.

Colocar no berço sonolento, mas acordado

Sempre que possível, coloque o bebê no berço **sonolento, porém ainda acordado**. Assim ele associa o adormecer ao próprio berço, e não apenas ao colo ou ao peito — o que ajuda a reencaixar o sono nos despertares. Respeite também as **janelas de sono** adequadas à idade: um bebê muito cansado, que passou do ponto, dorme pior, não melhor.

FAÇA

- Mesma sequência curta toda noite, na mesma ordem
- Quarto escuro, fresco e silencioso
- Colocar no berço sonolento e ainda acordado
- Respeitar as janelas de sono da idade

EVITE

- Telas antes de dormir — a luz atrapalha a melatonina
- Brincadeira agitada perto da hora do sono
- Estender demais o tempo acordado até o choro de exaustão
- Rotinas longas e diferentes a cada noite

NO DIA A DIA

Monte uma rotinha de 3 a 4 passos e repita igual toda noite. Quarto escuro, sem tela. Tente o berço com ele sonolento, não apagado. É o que mais ajuda, sem custo nenhum.

A BASE CIENTÍFICA

Rotinas consistentes de sono associam-se a menor latência para dormir e menos despertares. A luz de telas suprime a melatonina e atrasa o início do sono.

PARA LEMBRAR

“Mesma rotina, quarto escuro, berço com sono. Sem tela.”

Sonecas e as transições

As sonecas do dia não competem com a noite — elas a sustentam. Um bebê que não dorme de dia costuma dormir pior à noite, não melhor.

Quantas sonecas por idade

O número de sonecas cai à medida que o bebê cresce e o sono se concentra à noite. As transições — quando ele larga uma soneca — costumam vir com alguns dias de bagunça, e passam.

Idade aproximada	Sonecas por dia	Duração típica de cada soneca
Recém-nascido a 3 meses	Várias, sem padrão fixo	30 min a 2h, muito variável
4 a 8 meses	2 a 3 sonecas	2 longas de 1-2h + 1 curta de 30-45 min
9 a 15 meses	2 sonecas, caminhando para 1	1 a 1h30 cada
15 a 18 meses até ~3 anos	1 soneca	1h30 a 2h30 (variação de 1 a 3h)
3 a 5 anos	Deixa de tirar soneca, aos poucos	Aos 18 meses, 96% ainda dormem de dia; aos 4 anos, 35%

Base científica. O sono diurno é parte do total de 24h e tem papel na regulação emocional e na consolidação da memória. A soneca curta de 30-45 minutos corresponde a um único ciclo de sono do lactente (50-60 minutos) e é achado normal, sobretudo na soneca do fim da tarde; emendar ciclos é habilidade que amadurece. Privar de soneca para "cansar" e melhorar a noite costuma produzir o oposto: excesso de cansaço piora o adormecer e fragmenta a noite.

NO DIA A DIA	Ofereça as sonecas conforme a idade e observe os sinais de sono. Nas transições, tenha paciência com alguns dias tortos até o novo padrão assentar.
A BASE CIENTÍFICA	Sono diurno adequado reduz o cansaço excessivo, que é fonte de despertares e dificuldade para iniciar o sono. As transições de soneca são maturacionais.
PARA LEMBRAR	“Soneca boa de dia sustenta a noite. Cansaço demais atrapalha.”

O mapa do dia: 0-36 meses

Janela de vigília, sonecas e noite: o dia inteiro numa tabela só, faixa a faixa.

Idade	Janela de vigília	Sonecas	Duração da soneca	Sono de dia	Sono de noite	Total em 24h
0-1 m	40-60 min	4 a 6+, sem padrão	30 min-2h	6-8h	8-9h em blocos de 2-4h, com mamadas	14-17h
1-2 m	45-75 min	4 a 5	30 min-2h	5-7h	8-10h; maior bloco de 3-4h	14-17h
2-3 m	60-90 min	3 a 5	45 min-2h	4-5h	9-10h; maior bloco de 4-6h	14-16h
3-6 m	1h30-2h30	3 a 4	45 min-2h	3-4h	10-11h	12-16h
6-9 m	2-3h	2 a 3	1-2h; a 3ª curta, 30-45 min	2h30-4h	10-12h	12-16h
9-12 m	2h30-3h30	2	1-1h30 cada	2-3h	10-12h	12-16h
12-18 m	3-4h	2 → 1 (transição ~15-18 m)	a única: 1h30-3h	2-3h	10-12h	11-14h
18-24 m	4-5h30	1	1h30-2h30	1h30-2h30	10-12h	11-14h
24-36 m	5-6h	1 (nem todos)	1-2h	1-2h	10-11h30	11-14h

Como ler o mapa

A **janela de vigília** é o tempo que a criança sustenta acordada entre um sono e o próximo. Use-a **combinada aos sinais de sonolência** — bocejo, olhar parado, esfregar os olhos, irritação: eles surgem nos últimos 10-15 minutos da janela, e passar do ponto vira choro e luta contra o sono. Janela é média, não regra. No primeiro trimestre não existe "noite inteira": a noite é uma sequência de blocos de 3-4 horas entre mamadas — o que amadurece, mês a mês, é o bloco mais longo, de 2-4h no recém-nascido a 4-6h perto dos 3 meses.

Base científica. Totais dos consensos da Academia Americana de Medicina do Sono e da National Sleep Foundation; médias e variação dos estudos normativos de Zurique (Iglowstein), da meta-análise de 34 estudos (Galland) e do banco transcultural de Mindell. As **janelas de vigília**, popularizadas pelas consultoras de sono, não são norma de sociedade médica: são ferramenta assistencial derivada desses mesmos dados — régua a favor dos sinais da criança, nunca contra eles.

NO DIA A DIA	Anote por 3 dias os horários reais de sono e compare com a linha da idade. Ajuste uma coisa por vez, começando pela janela da manhã.
A BASE CIENTÍFICA	Entre crianças saudáveis da mesma idade há até 6 horas de diferença no total de sono. O desvio persistente com criança irritada, ou ronco e má qualidade, é que merece avaliação.
PARA LEMBRAR	“Janela e sinais juntos: o relógio sugere, a criança confirma.”

As "regressões" do sono

De repente, o bebê que dormia bem passa a acordar toda hora. A internet chama de "regressão". Vale entender o que é real, o que é mito, e por que quase sempre passa.

A dos 4 meses é diferente

A chamada **regressão dos 4 meses** é real e tem base biológica: por volta dessa idade, a arquitetura do sono **amadurece de forma permanente** e passa a se parecer mais com a do adulto, com ciclos mais definidos. Ou seja, não é regressão — é **progressão**. O bebê está aprendendo um novo jeito de dormir, e isso temporariamente bagunça as noites.

As outras "regressões"

As demais — atribuídas aos 8-10 meses, 12, 18 e 24 meses — têm base científica bem mais frágil. Costumam coincidir com **saltos do desenvolvimento**: sentar, engatinhar, andar, falar, ansiedade de separação, dentes. O sono se desorganiza porque o cérebro está ocupado com uma conquista nova. Mantida a rotina e o sono seguro, quase sempre volta ao normal em uma a duas semanas.

NO DIA A DIA	Não jogue fora o que funciona quando as noites pioram de repente. Mantenha a rotina e o sono seguro, acolha um pouco mais, e espere: costuma passar em uma ou duas semanas.
A BASE CIENTÍFICA	A mudança dos 4 meses é maturacional e permanente. As demais "regressões" têm evidência fraca e geralmente refletem saltos de desenvolvimento, dentição ou ansiedade de separação.
PARA LEMBRAR	"A dos 4 meses é progressão. As outras, quase sempre, um salto do desenvolvimento."

PARTE 04

Métodos e Alertas

O debate sobre os métodos de sono apresentado de igual para igual, a cautela com a melatonina e os sinais que pedem avaliação.

Métodos de sono: do responsivo ao extinção gradual

Poucos temas dividem tanto os pais. De um lado, o medo de "deixar chorar". De outro, a exaustão de noites intermináveis. Aqui vale separar o que é evidência do que é valor — porque os dois contam.

Um espectro, não dois extremos

Não existe só "deixar chorar" contra "não fazer nada". Há um **espectro** de abordagens, todas legítimas: acalmar no colo e ir dando autonomia, presença dos pais no quarto que se afasta aos poucos, adiantar ou atrasar o horário de dormir para encontrar o ponto do sono, o método de **extinção gradual** com checagens em intervalos crescentes, e a extinção completa. A escolha depende do temperamento do bebê e dos **valores da família**.

Base científica. Ensaio randomizado de Gradisar (2016) com bebês de 6 a 16 meses: extinção gradual e adiamento do horário melhoraram o sono, **sem elevação do cortisol** do bebê e **sem prejuízo ao apego** aos 12 meses. Seguimento de 5 anos de Price (2012): sem efeitos negativos ou positivos duradouros. Até hoje, nenhum estudo revisado por pares demonstrou dano de longo prazo dos métodos comportamentais baseados em evidência.

Evidência e valores juntos

A leitura honesta: os métodos comportamentais **funcionam** e **não há evidência de dano** quando bem aplicados, em geral a partir dos 4 a 6 meses. Isso não obriga ninguém: uma família pode, legitimamente, preferir uma abordagem mais gradual e responsiva por convicção. Responsividade e estrutura não são opostas — dá para ser previsível e afetuoso ao mesmo tempo.

NO DIA A DIA

Escolha no espectro o que cabe no seu bebê e nos seus valores. Seja qual for, aplique com consistência e afeto. Se um método aumentar seu sofrimento, mude — não existe abordagem única obrigatória.

A BASE CIENTÍFICA

Extinção gradual e adiamento do horário têm eficácia demonstrada sem dano ao apego ou ao estresse. A decisão é sensível a valores; ambos os caminhos, responsivo e estruturado, são defensáveis.

PARA LEMBRAR

“Os métodos funcionam e não fazem mal. A escolha entre eles é sua.”

Melatonina e "soluções": cautela

Diante de noites difíceis, é tentador buscar uma solução de farmácia. A melatonina virou moda para crianças — e é justamente onde mais convém ter calma e critério.

Por que ter cautela

Melatonina não é vitamina inofensiva: é um **hormônio**. Para a criança típica com sono difícil, ela **não é a primeira linha** — o que resolve, na maioria dos casos, é higiene do sono, rotina e ajuste de horários e sonecas. Houve aumento expressivo de **intoxicações acidentais** por melatonina em crianças, muitas em forma de goma parecida com bala. Dose, formulação e pureza dos produtos vendidos livremente são pouco confiáveis.

Quando pode ter papel

Há situações específicas — alguns quadros de **neurodesenvolvimento**, como transtorno do espectro autista com insônia que não responde a medidas comportamentais — em que a melatonina pode ser considerada, mas sempre **sob indicação e acompanhamento médico**, com dose e tempo definidos pelo profissional, e depois de esgotadas as medidas de rotina.

Base científica. A melatonina é um hormônio e não substitui as medidas comportamentais, que são a primeira linha na insônia infantil. Alertas de saúde registram aumento de intoxicações pediátricas, com produtos de dose e composição inconsistentes. Uso eventual em condições do neurodesenvolvimento deve ser individualizado e conduzido pelo médico.

NO DIA A DIA

Não dê melatonina por conta própria. Primeiro, capriche na rotina, na luz e nas sonecas. Se ainda assim o sono for um problema real, converse com o pediatra antes de qualquer suplemento.

A BASE CIENTÍFICA

Comportamento antes de fármaco. Quando indicada em contextos específicos, a melatonina exige prescrição, dose e monitorização; a automedicação traz risco de intoxicação.

PARA LEMBRAR

“Melatonina é hormônio, não bala. Rotina primeiro; fármaco só com o pediatra.”

Sinais de alerta: quando procurar o pediatra

Quase tudo em sono infantil é variação do normal. Mas alguns sinais fogem disso e pedem avaliação — vale conhecê-los para diferenciar o cansaço esperado do que precisa de olhar clínico.

Procure avaliação se houver

- **Ronco alto e habitual**, respiração pela boca ou **pausas na respiração** durante o sono — podem indicar apneia obstrutiva.
- **Sono muito abaixo** da faixa da idade, de forma persistente, com criança irritada, sem energia ou com prejuízo no desenvolvimento.
- **Sonolência diurna excessiva** numa criança que deveria estar desperta e ativa.
- **Dificuldade extrema e persistente** para dormir, muito além das fases normais, esgotando a família.
- **Movimentos anormais**, engasgos, sudorese intensa ou choro com sinais de dor durante o sono.

Base científica. Ronco habitual e pausas respiratórias são bandeiras para apneia obstrutiva do sono, associada a hipertrofia de amígdalas e adenoides e a repercussões no comportamento e no crescimento. Sono cronicamente insuficiente e sonolência diurna merecem investigação de causas médicas e ambientais.

NO DIA A DIA

Acordar à noite e resistir ao sono é normal. Roncar toda noite, parar de respirar, viver exausto de dia ou ter uma insônia que não cede: leve ao pediatra. Na dúvida, pergunte.

A BASE CIENTÍFICA

A distinção entre variação fisiológica e sinal de alarme evita medicalizar o normal e, ao mesmo tempo, deixar passar apneia, distúrbios do neurodesenvolvimento ou causas clínicas de sono ruim.

PARA LEMBRAR

“Acordar é normal. Roncar, parar de respirar e viver exausto, não.”

Kit de partida: as 13 decisões numa página

Para colar na porta do quarto. Nas madrugadas difíceis, volte a estas treze linhas.

O ESSENCIAL DO SONO INFANTIL

- ✓ **Dormir é neurodesenvolvimento.** Ciclos curtos e despertares são fisiologia, não defeito.
- ✓ **Use as faixas por idade** para se tranquilizar: 12-16h dos 4-12 meses, e assim por diante.
- ✓ **Dia com luz, noite no escuro.** O relógio biológico aprende pelo contraste.
- ✓ **Sono seguro primeiro:** de barriga para cima, colchão firme, berço vazio, sem fumo.
- ✓ **Mesmo quarto, sim; mesma cama, não.** E jamais no sofá ou poltrona.
- ✓ **Acordar à noite é normal** no primeiro ano. Dê a chance de ele se reacomodar.
- ✓ **Rotina curta e igual toda noite**, quarto escuro, berço com ele sonolento e sem tela.
- ✓ **Soneca boa de dia sustenta a noite.** Cansaço demais atrapalha.
- ✓ **Janela de vigília + sinais de sono:** o relógio sugere, a criança confirma.
- ✓ **A "regressão" dos 4 meses é progressão.** As outras costumam ser saltos do desenvolvimento.
- ✓ **Métodos de sono funcionam e não fazem mal;** a escolha entre eles é da família.
- ✓ **Melatonina é hormônio, não bala.** Rotina primeiro; fármaco só com o pediatra.
- ✓ **Ronco, pausas e exaustão diurna** vão ao pediatra.

“Não se treina um bebê a dormir contra a natureza dele. Cria-se, com segurança e rotina, as condições para o sono amadurecer.”

DEFESA DA INFÂNCIA · DR. DIEGO SCHADECK

Referências

Seleção de diretrizes e fontes primárias que embasam este guia. A orientação individual é sempre do seu pediatra.

1. Moon RY, Carlin RF, Hand I; AAP Task Force on SIDS. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022;150(1):e2022057990.
2. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, et al. Recommended Amount of Sleep for Pediatric Populations: Consensus Statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(6):785-786.
3. Gradisar M, Jackson K, Spurrier NJ, et al. Behavioral Interventions for Infant Sleep Problems: A Randomized Controlled Trial. *Pediatrics*. 2016;137(6):e20151486.
4. Price AMH, Wake M, Ukoumunne OC, Hiscock H. Five-Year Follow-up of Harms and Benefits of Behavioral Infant Sleep Intervention: Randomized Trial. *Pediatrics*. 2012;130(4):643-651.
5. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40-43.
6. Iglowstein I, Jenni OG, Molinari L, Largo RH. Sleep duration from infancy to adolescence: reference values and generational trends. *Pediatrics*. 2003;111(2):302-307.
7. Galland BC, Taylor BJ, Elder DE, Herbison P. Normal sleep patterns in infants and children: a systematic review of observational studies. *Sleep Med Rev*. 2012;16(3):213-222.
8. Mindell JA, Sadeh A, Wiegand B, How TH, Goh DY. Cross-cultural differences in infant and toddler sleep. *Sleep Med*. 2010;11(3):274-280.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Desenvolvimento e Comportamento. *Guias e manuais sobre sono na infância e sono seguro*. São Paulo: SBP.
10. American Academy of Pediatrics / HealthyChildren.org. *Healthy Sleep Habits and Safe Sleep for Infants and Children*.
11. American Academy of Pediatrics — Health Advisory. *Melatonin use in children: cautions and rising pediatric ingestions*.

Nota de responsabilidade

Este material é **educação em saúde** dirigida a famílias e não substitui a consulta, o exame nem a orientação individualizada de um médico. Nenhum suplemento — inclusive melatonina — deve ser iniciado sem avaliação do pediatra da criança. A escolha de métodos de sono é sensível a valores e ao contexto de cada família, e é apresentada aqui de forma informativa, não prescritiva. Em caso de ronco habitual, pausas respiratórias ou sono cronicamente insuficiente, procure avaliação. O conteúdo segue princípios de comunicação responsável em saúde, sem promessa de resultado e sem sensacionalismo.

Dr. Diego Schadeck Rodrigues · Pediatra · Neurodesenvolvimento 0–6 anos e TEA · CRM-PR 29.518 · RQE 13.272 · Foz do Iguaçu/PR e atendimento on-line · **@dr.diegoschadeck**