MEU JEITO DE FUNCIONAR · VOLUME 3

Sono que apoia o dia

TDAH, rotina e descanso sem fórmulas prontas

Um guia para crianças, adolescentes, pessoas adultas e famílias observarem padrões, testarem mudanças de baixo risco e saberem quando procurar ajuda.

Dra. Gabriela Bonissoni Liberali

Médica Psiquiatra · CRM-SC 37.550 · RQE 25717 · RQE 25777



02

COMECE POR AQUI

Sono e TDAH podem se influenciar

Frequente não significa igual para todo mundo.

Dificuldades de sono aparecem com frequência em pessoas com TDAH, mas as estimativas variam conforme idade, definição e método. Algumas revisões situam problemas de sono em cerca de **25% a 50%** de determinados grupos, sobretudo crianças e adolescentes. Essa faixa não prevê o que acontecerá com uma pessoa específica. [1–2]

O TDAH pode participar

Parar uma atividade, perceber que está na hora de dormir, organizar a sequência noturna e reduzir a ativação podem exigir mais apoio. Preferência por horários tardios também aparece em parte das pessoas.

O sono também pode pesar

Sono curto, irregular ou fragmentado pode piorar atenção, irritabilidade, memória e regulação emocional — e às vezes parecer sintomas de TDAH.

A relação é multifatorial

Rotina, ritmo biológico, ansiedade, dor, problemas respiratórios, movimentos das pernas, uso de substâncias e efeitos de medicamentos podem participar de maneiras diferentes. Uma associação não prova uma causa única.

Este material é educativo: não diagnostica, não prescreve medicamentos nem substitui avaliação individual. Não inicie, altere ou suspenda tratamento sem conversar com o profissional que acompanha a pessoa.

Dificuldade parecida, causas diferentes

Os cinco padrões são pistas de conversa — não diagnósticos.

1 · Condição para adormecer

A pessoa pode precisar de presença, contato, TV, objeto ou outra condição para adormecer e solicitá-la novamente após despertares.

2 · Horário naturalmente tardio

O sono e o despertar ocorrem mais tarde do que a rotina exige; quando o horário é livre, a duração pode ser adequada.

3 · Resistência ao deitar

Há pedidos repetidos, protestos ou saídas da cama. O horário pode não coincidir com a sonolência, ou pode existir outra necessidade.

4 · Sinais compatíveis com insônia

Existe oportunidade de dormir, mas iniciar ou manter o sono continua difícil e causa sofrimento ou prejuízo.

5 · Medo ou preocupação noturna

Pensamentos, pesadelos, medo de separação ou sensação de insegurança acompanham a noite.

Perguntas que orientam

Quando acontece? Com que frequência? O que mudou? Como fica o dia seguinte? Há ronco, pausas respiratórias, dor, movimentos, ansiedade ou efeito de medicamento?

Os padrões podem coexistir. A escolha de qualquer estratégia deve considerar possíveis causas, a idade, a segurança e o que é possível para aquela família.

A base antes da técnica

Comece com mudanças simples, observáveis e possíveis.



1 **Acordar**

Busque um horário de despertar relativamente regular, sem reduzir o sono necessário.

2 **Luz e movimento**

A luz do dia e a atividade física durante o dia podem ajudar a sinalizar o ritmo em algumas pessoas.

3 **Desacelerar**

Reduza luz intensa, notificações e atividades muito estimulantes perto da noite.

4 **Preparar**

Use uma sequência curta e previsível, adaptada à idade, cultura e sensibilidade.

Experimento, não prova

Escolha uma mudança por vez e observe por alguns dias. Cochilos podem ser necessários em certas idades; considere ajustá-los apenas se forem longos ou tardios e parecerem dificultar o sono noturno.

Quando dormir depende de uma condição

Reduzir ajuda só faz sentido quando há segurança e tolerância.

Uma associação pode existir quando presença, contato ou outra condição precisa se repetir para a pessoa adormecer. Isso só merece intervenção específica quando é frequente, traz sofrimento ou prejuízo e não é melhor explicado por dor, doença, ansiedade, respiração ou outro fator.

Presença que diminui aos poucos

Para algumas crianças, o adulto pode reduzir gradualmente a ajuda física e a proximidade. O ritmo deve acompanhar a tolerância; não existe prazo obrigatório.

Checagens combinadas

Visitas breves e previsíveis podem funcionar para algumas famílias. Em cada retorno, verifique necessidades, segurança e sofrimento e mantenha uma mensagem calma.

Reforço sem vergonha

Elogie esforço e passos observáveis: seguir parte da rotina, pedir ajuda de modo combinado ou voltar para a cama. Dormir sozinho não é prova de maturidade.

Pause e reavalie se houver doença, dor, dificuldade respiratória, risco, medo intenso, piora persistente ou sofrimento que exija apoio adicional.

Quando a hora de deitar vira negociação

Limites claros não precisam transformar necessidade em desafio.

Antes de interpretar

Confira se o horário combina com a sonolência, se houve cochilo, se pode haver um padrão de horário atrasado, ansiedade, dor, fome, sede, necessidade de banheiro, tela, ruído ou mudança na medicação.

Escolhas pequenas

Ofereça duas opções aceitáveis: qual pijama, qual história, qual luz baixa. A escolha preserva participação sem reabrir toda a rotina.

Mensagem breve e acolhedora

Repita o combinado com poucas palavras. Evite debates longos, mas escute uma nova necessidade e verifique a segurança.

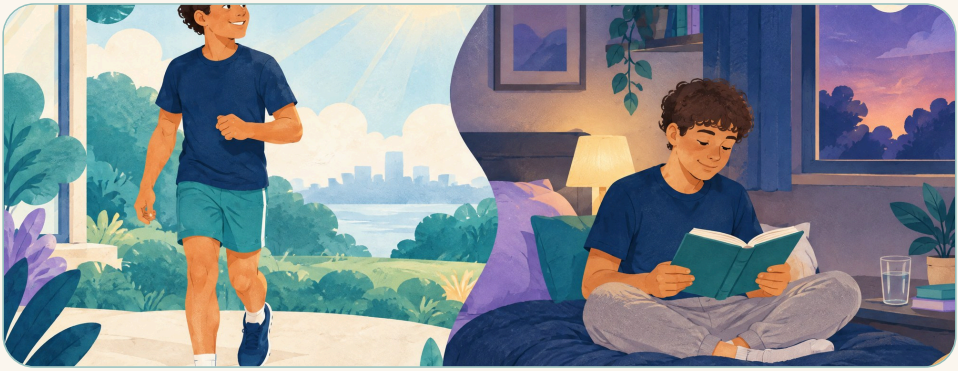
"Passe" é opcional

Um cartão para uma solicitação breve pode ajudar algumas crianças. Sempre permita exceções para banheiro, sede, dor, medo, doença e segurança.

Retirada gradual, checagens e extinção foram estudadas sobretudo com crianças pequenas. Não são obrigatórias, podem ser emocionalmente difíceis e precisam de critérios para pausar e reavaliar. [3–4]

Quando o relógio interno atrasa

Dormir tarde ocasionalmente não é o mesmo que fase atrasada.



O que observar

O padrão é estável? Há dificuldade de acordar no horário necessário? Quando pode seguir o próprio horário, a pessoa dorme e desperta melhor? Há impacto em escola, trabalho ou saúde?

O que pode apoiar

Luz natural pela manhã, menos luz intensa à noite e horários relativamente regulares podem ajudar algumas pessoas. Mudanças devem ser graduais e preservar sono suficiente.

Melatonina não é recomendação geral para TDAH. No Brasil, a Anvisa autoriza suplementos apenas para maiores de 19 anos, e essa autorização não equivale a uma indicação terapêutica. Não inicie nem ajuste por conta própria. [5–7]

Quando há oportunidade, mas o sono não vem

Insônia precisa ser diferenciada de ritmo tardio, ansiedade e outras causas.

Sinais compatíveis incluem dificuldade persistente para iniciar ou manter o sono, apesar de haver oportunidade adequada para dormir, com sofrimento ou prejuízo no dia seguinte. O diagnóstico depende de frequência, duração e avaliação clínica.

Reduzir ativação

Respiração lenta, relaxamento muscular ou imagem segura podem ser testados se forem confortáveis. Pare se aumentarem medo, tontura ou desconforto.

Pensamentos rígidos

Em terapia, é possível examinar ideias como "uma noite ruim destruirá o dia". Não é preciso discutir pensamentos sozinho durante a madrugada.

Cama e vigília

Algumas abordagens orientam sair da cama se a vigília estiver prolongada, fazer algo calmo com pouca luz e voltar quando a sonolência surgir. Em crianças, adapte à idade, supervisão e segurança.

TCC-I

Para adultos com insônia crônica avaliada, a terapia cognitivo-comportamental para insônia é recomendada. Para crianças e adolescentes, não transfira o protocolo adulto.

A restrição formal do tempo na cama é técnica clínica para alguns adultos, com acompanhamento. Não reduza o sono de crianças ou adolescentes nem aplique protocolo adulto sem avaliação especializada. [8–9]

Quando a preocupação acompanha a noite

Validar o medo não significa deixar a ansiedade decidir tudo.



Preocupação programada

Durante o dia, reserve um pequeno período para anotar uma preocupação e o próximo passo possível. É uma estratégia para testar, não uma garantia de dormir melhor.

Medos e separação

Chamar um cuidador pode ocorrer em diferentes fases do desenvolvimento. Procure ajuda quando o medo for intenso, persistente, inadequado à idade ou causar muita evitação e prejuízo.

Pesadelos

Um pesadelo ocasional é comum. Observe frequência, medo de voltar a dormir e impacto diurno. Pesadelos recorrentes, pesadelos após trauma ou sofrimento importante pedem avaliação; exercícios de imaginação não devem aumentar o desconforto.

Não force separação nem use silêncio para impedir uma conversa sobre segurança. Mudanças graduais funcionam melhor quando a pessoa entende o plano e sabe como pedir ajuda.

Medicação e outras causas

Registrar ajuda mais do que ajustar sozinho.

No TDAH, a avaliação também deve considerar condições coexistentes e fatores que mudam o sono. [10]

Respiração

Ronco alto, pausas, engasgos ou sono muito agitado.

Pernas e dor

Urgência de mover as pernas, desconforto, dor, refluxo ou constipação.

Humor e trauma

Ansiedade, depressão, pesadelos, estresse ou lembranças traumáticas.

Substâncias

Cafeína, nicotina, álcool, energéticos e outras substâncias.

Ambiente

Ruído, temperatura, luz, telas, interrupções e horários sociais.

Ritmo

Preferência tardia, turnos, jet lag social e sono insuficiente.

Estimulantes e sono

O efeito varia. Em algumas pessoas, estimulantes aumentam a latência ou reduzem o tempo de sono; em outras, o sono pode melhorar quando os sintomas noturnos ou os efeitos de rebote são mais bem controlados. Registre horário, formulação e sintomas.

Não inicie, interrompa nem mude a dose, a formulação ou o horário de estimulantes, melatonina ou outros produtos e medicamentos por conta própria. Leve o registro ao profissional que acompanha o caso.

Diário de sono e sinais de alerta

O registro organiza perguntas; não cria um diagnóstico.

Anote por alguns dias

- Horários de deitar, adormecer, acordar e levantar.
- Despertares, cochilos e sonolência diurna.
- Telas, cafeína, atividade, luz e ambiente.
- Medicamentos, dor, respiração e movimentos.
- Ansiedade, humor e impacto no dia seguinte.

Uma mudança possível para testar:

O que melhorou ou piorou:

Marque avaliação

Ronco frequente, pausas respiratórias, sonolência intensa, urgência ou desconforto nas pernas, dor, medo persistente, prejuízo importante, mudança após iniciar ou ajustar um medicamento ou falta de resposta às medidas tentadas justificam conversar com um profissional.

Procure urgência

Em caso de perigo imediato, tentativa de suicídio, intoxicação, alteração importante da consciência, ferimento grave ou sofrimento intenso com risco, não deixe a pessoa sozinha se isso for seguro; ligue para o **SAMU 192** ou procure uma UPA, um pronto-socorro ou um hospital.

Apoio emocional

Na ausência de perigo imediato, o **CVV 188** oferece apoio emocional; ele não substitui atendimento de urgência.

Para continuar

Observar com cuidado permite decidir com mais apoio.

Um próximo passo possível

Escolha um padrão para observar, defina um objetivo funcional e teste uma mudança de baixo risco. Se houver sinais de alerta, sofrimento ou dúvida clínica, não espere o diário ficar "completo" para pedir ajuda.

Sobre este volume

As cinco categorias são exemplos editoriais de situações observáveis, não uma classificação diagnóstica; foram desenvolvidas com base nas fontes citadas. O ensaio de Sciberras e colaboradores avaliou 244 crianças de 5 a 13 anos e observou pequenas melhorias sustentadas no grupo — não uma receita universal. [4]

Pedir ajuda não é fracasso familiar. É uma forma de proteger sono, funcionamento e segurança.

Dra. Gabriela Bonissoni Liberali

Médica Psiquiatra
CRM-SC 37.550 · RQE 25717 · RQE 25777
(48) 99222-5535
gabrielaliberali.com.br

Referências selecionadas

1. Martins et al. Sleep disturbance in children with ADHD: systematic review.
2. Marten et al. Sleep parameters in adolescents with and without ADHD: review and meta-analysis.
3. Hiscock et al. Impact of a behavioural sleep intervention: randomised trial.
4. Sciberras et al. Sustained impact of a sleep intervention in children with ADHD.
5. Coogan & McGowan. Circadian function, chronotype and chronotherapy in ADHD.
6. AASM. Health Advisory: Melatonin Use in Children and Adolescents.
7. Anvisa. Autorização de melatonina como suplemento alimentar.
8. AASM. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia in adults.
9. Blake et al. Cognitive and behavioral interventions for sleep in young people.
10. Ministério da Saúde. PCDT do TDAH.

Links consultados em setembro de 2026. Conteúdo educativo; recomendações e regras sanitárias podem mudar.