
CENBRAP
EXCELÊNCIA
EM PÓS MÉDICA
PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
Uso de telas, sono
e comportamento
na infância:
como manejar?

Telas na infância: o que perguntar, o que ajustar e quando investigar

Um roteiro clínico para sair da discussão abstrata sobre “tempo de tela” e organizar a avaliação do sono, do comportamento e do funcionamento da criança.

A queixa que chega ao consultório
“Ele fica agressivo quando eu tiro o tablet.” O relato é importante, mas ainda não informa se o problema principal está na transição, no sono, na rotina familiar, no conteúdo, em uma condição clínica ou na combinação desses fatores.

Este material foi construído para apoiar a consulta. Não propõe uma regra única para todas as famílias. O objetivo é mostrar quais perguntas mudam o raciocínio, como transformar a orientação em um plano executável e quando a queixa exige investigação além do uso digital.

1. Antes de falar em limite, defina o problema

A expressão “não larga a tela” costuma agrupar situações diferentes. Há crianças que protestam por alguns minutos e retomam a rotina. Outras passam a dormir tarde, acordam cansadas, abandonam brincadeiras, escondem o aparelho ou mantêm conflitos diários que dominam a vida familiar. O manejo depende dessa diferença.

Comece pedindo um episódio recente. Evite perguntas gerais como “ele usa muito?”. Pergunte onde a criança estava, o que assistia ou jogava, há quanto tempo, o que aconteceu antes, quem anunciou o fim e o que veio depois. A sequência costuma revelar se o aparelho entrou para aliviar tédio, conter choro, preencher uma espera, adiar uma tarefa ou ajudar a criança a adormecer.

O impacto funcional organiza a gravidade. Investigue sono, alimentação, atividade física, brincadeira, escola, convivência, autonomia e humor. O número de horas é um dado, não a formulação do caso.[1,2]

Dimensão	Perguntas úteis na consulta
Uso	Qual aparelho, conteúdo, horário e duração aproximada?
Contexto	Sozinha, com irmãos, com adultos ou como segunda tela?
Função	Para divertir, acalmar, evitar, ocupar, conectar ou adormecer?
Transição	Como o fim é avisado e o que acontece nos minutos seguintes?
Prejuízo	O que deixou de acontecer por causa desse uso?

2. Conteúdo e desenho da plataforma mudam a experiência

Vídeos curtos em sequência, jogos competitivos, chamadas com familiares e tarefas escolares não devem ser tratados como se fossem a mesma exposição. Ritmo, interatividade, recompensa, publicidade, notificações e reprodução automática modificam a dificuldade de interromper. A criança pequena ainda depende muito do adulto para organizar começo, fim e passagem para outra atividade.

Pergunte se o conteúdo é conhecido pelos cuidadores, se há compras ou conversas dentro do aplicativo, se a criança alterna entre vários dispositivos e se existe acesso noturno. Em crianças maiores, privacidade e segurança digital precisam entrar na consulta sem que o diálogo se transforme apenas em fiscalização.

> Uma pergunta que ajuda:
> "O que esse aplicativo oferece à criança naquele momento que a rotina fora da tela não está oferecendo?"

3. Sono: não basta perguntar que horas vai para a cama

A história do sono começa antes de a criança deitar. Registre o horário em que o uso digital termina, a sequência até o quarto, o momento em que as luzes são apagadas e a hora provável em que ela adormece. Diferencie estar na cama de estar dormindo.

Inclua despertares, procura pelos pais, acesso escondido ao aparelho, horário de acordar, dificuldade para levantar,

cochilos, diferença entre dias úteis e fins de semana e funcionamento ao longo do dia. Pergunte sobre ronco, pausas respiratórias, sono inquieto, movimentos de pernas, pesadelos, enurese, dor, refluxo e medicamentos.

A AASM recomenda, em 24 horas, 11 a 14 horas de sono entre 1 e 2 anos; 10 a 13 horas entre 3 e 5 anos; 9 a 12 horas entre 6 e 12 anos; e 8 a 10 horas entre 13 e 18 anos. Os intervalos ajudam, mas não substituem a avaliação de regularidade, qualidade e sintomas de distúrbios do sono.[5]

Campo	O que registrar
Preparação	Fim da tela, jantar, banho, leitura, luz e presença do cuidador
Início	Hora de deitar e latência estimada para adormecer
Continuidade	Despertares, duração e como volta a dormir
Respiração	Ronco, pausas, respiração oral e sono agitado
Dia seguinte	Humor, atenção, sonolência, cefaleia e rendimento escolar

Quando o aparelho fica no quarto, a avaliação deve incluir notificações, checagens noturnas e a possibilidade de o tempo informado pela família subestimar o uso real. A orientação de manter o quarto e a hora anterior ao sono sem telas é um bom ponto de partida, mas precisa ser negociada com uma rotina concreta.[1]

4. Irritabilidade, oposição e desatenção: descreva antes de nomear

“Fica agressivo” pode significar gritar, ameaçar, bater, chutar, lançar objetos ou simplesmente insistir. Registre o comportamento observável, a intensidade, a duração, os gatilhos, quem está presente e como o episódio termina. A descrição evita que uma palavra ampla substitua a avaliação.

Privação de sono pode piorar irritabilidade, impulsividade, oposição e desatenção. Também é necessário considerar TDAH, ansiedade, alterações do humor, transtornos do neurodesenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, dor, estresse familiar, bullying e conflitos escolares. Em alguns casos, a tela amplia um problema já existente; em outros, tornou-se a principal estratégia familiar para contê-lo.

Observe o comportamento fora da transição digital. A criança apresenta a mesma desregulação para interromper brincadeiras, sair de casa, encerrar visitas ou iniciar tarefas? Há rigidez mais ampla? O prejuízo aparece em mais de um ambiente? Essas respostas ajudam a separar uma disputa específica de dificuldades persistentes de regulação e flexibilidade.

Evite concluir	Pergunte também
“É vício”	Há perda persistente de controle e prejuízo funcional?
“É birra”	Qual habilidade de transição e tolerância à frustração está em desenvolvimento?
“É falta de limite”	As regras são previsíveis, possíveis e sustentadas pelos adultos?
“É TDAH”	Os sintomas aparecem em outros contextos e antecedem essa rotina digital?

5. O papel da tela na regulação emocional

O aparelho pode funcionar como recompensa, anestesia para o tédio, proteção contra conflitos, meio de conexão ou recurso para o adulto conseguir concluir tarefas. Reconhecer essa função não significa culpabilizar a família. Significa entender por que uma proibição isolada tende a falhar.

Pergunte quais estratégias existiam antes e quais ainda são possíveis. Crianças menores podem precisar de presença, previsibilidade, movimento, brincadeira ou ajuda para nomear o que sentem. Crianças maiores podem participar da construção dos horários e das consequências. O plano precisa criar alternativas reais; retirar o aparelho sem reorganizar o ambiente apenas desloca o conflito.

Conheça a Pós em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

6. Manejo: comece pelo que precisa ser protegido

Escolha prioridades clínicas, não uma lista extensa de regras. Quando sono e funcionamento diurno estão comprometidos, proteger a noite costuma ser o primeiro objetivo. Quando há exposição inadequada ou contato de risco, segurança vem antes da negociação de tempo. Quando o aparelho substituiu todas as atividades, será necessário reconstruir a rotina de forma gradual.

A mudança funciona melhor quando o adulto informa o começo e o fim, usa sinais previsíveis e mantém a mesma regra na maior parte dos dias. Avisar a transição, encerrar

em um ponto combinado e oferecer uma atividade seguinte reduz a sensação de retirada arbitrária. Para crianças pequenas, a alternativa precisa estar disponível e envolver o adulto; apenas dizer “vá brincar” pode não ser suficiente.

Prioridade	Primeira intervenção
Sono	Carregar aparelhos fora do quarto e encerrar antes da rotina de deitar
Transição	Aviso prévio, marcador de término e atividade seguinte definida
Aplicativo	Desativar reprodução automática, notificações e compras
Regulação	Ampliar estratégias para tédio, espera, frustração e acalmar
Modelo familiar	Criar momentos em que os adultos também deixam o aparelho

Controles parentais podem apoiar o plano, mas não substituem supervisão, conversa e coerência. O exemplo dos adultos precisa ser abordado com respeito. Se o telefone permanece na mesa, no quarto e em todas as pausas, a regra dirigida apenas à criança perde força.

7. Recomendações por idade: referência, não diagnóstico

Na primeira infância, as recomendações populacionais ajudam a proteger sono, movimento, interação e aprendizagem. A OMS orienta evitar tempo sedentário de tela no primeiro ano; aos 2 anos, limitar a no máximo uma hora, sendo menos melhor; e, entre 3 e 4 anos, manter no máximo uma hora de tempo sedentário de tela.[6]

Na consulta, idade cronológica não é o único elemento. Desenvolvimento, linguagem, capacidade de autorregulação, conteúdo, companhia e função do uso mudam a orientação. Uma criança pode estar dentro de um limite de tempo e ainda ter conteúdo inadequado, acesso noturno ou prejuízo importante. Outra pode ultrapassar a referência em uma situação pontual sem apresentar perda persistente de funcionamento.

O objetivo não é transformar a família em contadora de minutos. É garantir que sono, movimento, convivência, aprendizagem e brincadeira tenham espaço real na semana.

8. Um plano de duas semanas

Para muitas famílias, duas mudanças bem definidas são mais úteis do que dez recomendações. Escolha o alvo, descreva quem fará o quê e combine como a resposta será observada. O período de uma ou duas semanas costuma ser suficiente para verificar adesão e perceber tendências, sem prometer que todo comportamento mudará nesse intervalo.

Registrar	Comparar no retorno
Hora em que a tela termina	Se a transição ficou menos conflituosa
Hora em que adormece	Se a latência diminuiu
Despertares e horário de acordar	Se o sono ficou mais contínuo e regular
Disposição pela manhã	Se houve menos cansaço e irritabilidade
Brincadeira, estudo e convivência	Se outras atividades voltaram a aparecer

Se não houver melhora, confira se o plano era viável, se os adultos conseguiram aplicá-lo e se o problema foi corretamente formulado. A resposta não deve ser apenas aumentar a proibição. Falha de resposta pode indicar que o uso digital é consequência, e não núcleo, do quadro.

Registre também o que melhorou. Às vezes, o sono se organiza antes de a oposição diminuir. Em outras situações, a redução do conflito aparece quando a transição fica previsível, mesmo sem grande mudança no tempo total de uso.

9. Quando ampliar a investigação

Alguns achados pedem avaliação dirigida porque não devem ser explicados apenas por "excesso de tela". Ronco habitual, pausas respiratórias, sonolência importante e cefaleia matinal levantam a hipótese de sono não reparador. Regressão, perda de autonomia, queda escolar persistente, isolamento ou mudança marcante de humor exigem revisão do desenvolvimento, da saúde mental e do contexto escolar.

Sinal	Conduta clínica
Ronco habitual, pausas ou sonolência importante	Investigar distúrbio respiratório e outras causas de sono não reparador
Queda escolar ou regressão	Rever desenvolvimento, aprendizagem, sono e saúde mental
Agressividade grave ou autoagressão	Avaliar risco e necessidade de intervenção imediata

Sinal	Conduta clínica
Uso noturno escondido e perda persistente de controle	Investigar funcionamento, comorbidades e segurança digital
Conteúdo sexual, violento ou contato com desconhecidos	Intervir em proteção e avaliar repercussões

Agressividade grave, autoagressão, ameaça a terceiros, exposição sexual, extorsão, contato com desconhecidos ou risco imediato de violência exigem ação no mesmo dia. Nessas situações, a discussão sobre tempo de tela é secundária diante da proteção.

10. Como fechar a consulta

Retome a formulação em linguagem simples: qual função a tela cumpre, o que está sendo prejudicado, que fatores mantêm a rotina e quais hipóteses precisam ser investigadas. Explique por que foram escolhidas poucas mudanças e qual resposta será observada.

Combine um retorno. Sem acompanhamento, a família pode entender qualquer conflito inicial como prova de que o plano falhou. O retorno também permite diferenciar resistência esperada à mudança de um quadro que exige avaliação específica.

Conheça a Pós em Psiquiatria da Infância e Adolescência do CENBRAP

Referências

1. American Academy of Pediatrics. Digital Ecosystems, Children, and Adolescents: Policy Statement. Pediatrics. 2026;157(2):e2025075320.

https://publications.aap.org/pediatrics/article/157/2/e2025075320/199996/Digital-Ecosystems-Children-and-Adolescents

2. American Academy of Pediatrics. Digital Ecosystems, Children, and Adolescents: Technical Report. Pediatrics. 2026;157(2):e2025075321.

https://publications.aap.org/pediatrics/article/157/2/e2025075321/206128/Digital-Ecosystems-Children-and-Adolescents

3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Uso saudável de telas, tecnologias e mídias nas creches, berçários e escolas. Atualização 2026.

https://www.sbp.com.br/uso-saudavel-de-telas-tecnologias-e-midias-nas-creches-bercarios-e-escolas-atualizacao-2026/

4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Orientação #MenosTelas #MaisSaúde. 2019.

https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/_22246c-ManOrient_-__MenosTelas__MaisSaude.pdf

5. Paruthi S 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):785-786.

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4877308/

6. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. 2019.

https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536

7. Sociedade Brasileira de Pediatria. Questões sobre Saúde Mental na Infância.

https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/comportamento/questoes-sobre-saude-mental-na-infancia/

8. CENBRAP. Pós-Graduação EAD em Psiquiatria da Infância e Adolescência.

https://cenbrap.edu.br/PosGraduacoesEaD/PIEAD/

Conteúdo destinado a médicos. As orientações precisam ser adaptadas à idade, ao desenvolvimento, à rotina familiar e à avaliação individual.