

Estudo constata aumento de cinco vezes no uso de melatonina por crianças de até 6 anos em pouco mais de uma década. Pesquisas sobre segurança e eficácia da substância para o público infantil são limitadas, e há poucos dados acerca dos efeitos de longo prazo

# Tendência perigosa

» PALOMA OLIVETO

O uso de melatonina por crianças pequenas cresceu de forma expressiva nos últimos anos, embora não existam evidências consistentes de benefício ou segurança a longo prazo para a maioria dessa população. A conclusão é de uma revisão publicada na revista *Jama Network Open*, que analisou estudos sobre o uso do hormônio do sono em crianças de até 6 anos. O trabalho aponta um cenário considerado preocupante pelos autores: aumento de prescrições, uso prolongado e aumento de casos de ingestão acidental e intoxicação, especialmente em países onde o produto é vendido sem receita.

A revisão reuniu 19 estudos publicados entre 2000 e 2025, incluindo pesquisas observacionais de longo prazo e ensaios clínicos. Os dados observacionais, vindos principalmente de registros da Escandinávia, da Austrália e de centros de toxicologia dos Estados Unidos e de Portugal, indicam crescimento contínuo da prescrição de melatonina para crianças pequenas. Em alguns países, o aumento chegou a ser cinco vezes maior em pouco mais de uma década.

Também chamou a atenção dos autores, do Centro Médico da Universidade de Kansas e da Universidade da Cidade de Kansas, nos Estados Unidos, a duração do uso: entre 40% e 50% das crianças continuavam recebendo melatonina dois a três anos após a primeira prescrição, período superior ao avaliado nos ensaios clínicos. No Brasil, o produto não é indicado para menores de 19 anos (veja quadro), por isso não há dados sobre o consumo entre crianças e adolescentes. Um levantamento da Google divulgado recentemente mostra, porém, a popularidade da substância no país: a procura por “melatonina” no buscador aumentou 150% nos últimos cinco anos.

## Overdose

Segundo a revisão de artigos, a melatonina já é a principal substância envolvida em exposições medicamentosas não supervisionadas e em casos de overdose atendidos em emergências pediátricas nos Estados Unidos. Dados analisados no estudo mostram que o número desses episódios cresceu cinco vezes entre 2009 e 2021, com aceleração recente. Embora a maioria das ocorrências resulte em efeitos leves, há registros de quadros graves e até mortes, o que transformou o tema em um problema de saúde pública.

O artigo também diz que, nos estudos experimentais sobre o uso de melatonina por crianças, os benefícios foram restritos. Os ensaios incluíram apenas crianças com distúrbios neurológicos ou do neurodesenvolvimento, como o transtorno do espectro autista (TEA). Nesses casos, mostraram redução do tempo necessário para adormecer. Os autores, no entanto, não encontram estudos que avaliassem a eficácia do hormônio em crianças com desenvolvimento típico, nem pesquisas robustas sobre efeitos a longo prazo em aspectos como crescimento, puberdade ou saúde metabólica.

“É importante destacar que em bebês e crianças com desenvolvimento típico há poucos estudos de boa qualidade, o que significa que não é possível afirmar com segurança que a melatonina seja eficaz, segura ou até mesmo necessária nesses casos”, afirma a neuropediatra Renata Gobetti, membro da Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil. “Também faltam dados robustos sobre os efeitos do uso prolongado, especialmente em fases críticas do desenvolvimento infantil, quando ocorrem mudanças hormonais e maturação do ritmo biológico”, alerta.

Pexels/Divulgação



Especialistas recomendem que, antes de recorrer à melatonina, os pais invistam em aspectos comportamentais, como a rotina e a higiene do sono

Arquivo pessoal

## Duas perguntas para

**LETÍCIA SOSTER, NEUROLOGISTA INFANTIL, NEUROFISIOLOGISTA CLÍNICA E MÉDICA DO SONO, MEMBRO DA ACADEMIA BRASILEIRA DO SONO (ABS)**

**O que falta saber sobre a indicação de melatonina para bebês, crianças e adolescentes?**

Falta saber muito. Existe um conhecimento bastante baseado em estudos animais, algum conhecimento clínico, mas é algo mais recente. A questão toda é que a melatonina foi classificada como um suplemento alimentar em vários países, incluindo o Brasil. Assim, não existe a exigência de estudos clínicos como se exige, por exemplo, para remédios. Quando nós, médicos, vamos prescrever um remédio, sabemos que, para ele chegar à prateleira, passou por estudos pré-clínicos de segurança, eficácia e de custo-efetividade. Mas, como chegou como suplemento alimentar, a melatonina não passou por tudo isso. A maioria dos estudos de melatonina só investiga se a pessoa dorme mais rápido com ela. A gente sabe que a melatonina tem um potencial, sim, de reduzir a latência de sono. Só que



tem muito buraco. Por exemplo, o que a melatonina causa na glicemia, uma vez que ela é um hormônio? Isso não é adequadamente pesquisado. Tem muitos efeitos, incluindo

de longo prazo, que não são pesquisados. Então, existe muito mais dúvida do que certeza.

**Como os pais devem lidar com a falta e interrupção do sono constante das crianças?**

O mais importante aqui é entender o que está acontecendo. Muitas vezes, o distúrbio do sono é sintoma, e não uma coisa primária. Então, às vezes, é sintoma de uma apnéia obstrutiva do sono ou de um refluxo gastroesofágico. Também pode ser sintoma de uma questão emocional, como, apego e insegurança da criança, que não consegue se separar dos pais ou não consegue compreender essa separação. Também pode ser uma questão sensorial, e a criança não consegue lidar com o escuro. Então, a primeira coisa, o passo inicial é entender qual é a gênese daquela dificuldade de iniciar ou manter o sono. É alguma coisa orgânica? É alguma coisa comportamental? É alguma coisa própria típica ou atípica no neurodesenvolvimento? Sempre falo que o sono é uma questão das 24 horas do dia, não é uma questão somente da noite. Ele começa na hora que a gente acorda, com nossa rotina. (PO)

## Suplemento

O trabalho destaca, ainda, diferenças importantes entre países. Em locais onde a melatonina é vendida como suplemento alimentar, como nos Estados Unidos, os casos de intoxicação cresceram rapidamente, impulsionados, em parte, por apresentações atrativas para crianças, como gomas mastigáveis. Já em países onde o uso é mais regulado, como os nórdicos, o problema central é o uso prolongado além do recomendado, muitas vezes sem reavaliações clínicas regulares.

“Para crianças pequenas, intervenções comportamentais devem ser sempre a primeira abordagem para problemas de sono”, afirmaram os autores. “Rotinas regulares, redução do tempo de tela antes de dormir e orientação familiar têm eficácia comprovada e não envolvem riscos medicamentosos”, escreveram.

Os distúrbios do sono são relativamente comuns entre crianças e adolescentes. “Essa é uma das queixas mais frequentes nos

consultórios de pediatria, especialmente nos primeiros cinco anos de vida”, atesta Renata Gobetti. “Basicamente, todos os distúrbios do sono categorizados e classificados para o adulto podem acontecer na criança, embora com manifestações clínicas diferentes”, esclarece Letícia Soster, neurologista Infantil, neurofisiologista clínica e médica do sono, membro da Academia Brasileira do Sono (ABS).

## Defasagem

Segundo as especialistas, até 30% de meninos e meninas podem apresentar algum transtorno do tipo, embora Soster acredite que o percentual esteja desatualizado. A recomendação das médicas é que se busque a causa primária da dificuldade da criança dormir e/ou permanecer dormindo, além de investir em estratégias que criem uma rotina adequada do sono.

“Muitas possibilidades podem estar inseridas nessa queixa ‘o meu filho não dorme’. Ao compreender essa etiologia e os fatores que

estão impactando o sono, é possível construir um plano terapêutico eficaz, que sempre deve incluir estratégias comportamentais e higiene de sono como pilares do tratamento”, reforça Gobetti. Ela ressalta também a necessidade de buscar conhecimento adequado sobre o sono infantil. “É preciso entender o que é ou não é esperado para cada faixa etária e como o sono se organiza ao longo do desenvolvimento.”

## Autismo

Nos pacientes pediátricos, o uso da melatonina pode ser indicado para crianças com transtorno do espectro autista (TEA). “Estima-se que entre 50% e 80% das crianças com TEA tenham algum tipo de insônia. Um dos fatores que levam a essa dificuldade com o sono é a produção de melatonina, que tende a se encontrar deficitária nesses casos”, esclarece o psicólogo clínico Miguel Bunge, autor do livro *Criação Consciente*.

Quando há deficiência na produção do hormônio, é mais difícil

iniciar o sono. Segundo Bunge, no caso de crianças com TEA, um estudo constatou a redução de quase 50% nos minutos para adormecer após um ano de tratamento com a melatonina. Também houve melhoras em outros parâmetros como redução dos despertares noturnos. “Dessa forma, o uso de melatonina com o devido acompanhamento médico pode ser uma estratégia importante para a qualidade de vida da criança com autismo e de seus familiares. O sono é um dos mais importantes reguladores de humor.”

O psicólogo clínico diz que, assim como o recomendado para crianças com desenvolvimento típico, no caso daquelas com TEA, as medidas comportamentais são fundamentais na regulação do sono. “Entre elas, destaca-se a rotina: mesmo horário para acordar e para dormir, incluindo aos finais de semana e férias.” Outras providências são a redução da iluminação e o controle de estímulos como jogos, sons e brincadeiras horas antes da hora de dormir.

## Palavra do especialista

### Casos específicos

*O hormônio pode ser indicado para crianças em casos claros de comprometimento cognitivo pelas más condições de sono, a exemplo do autismo com alto grau de suporte, insônia grave em investigação e coadjuvante em transtornos psiquiátricos de caráter transitório, como luto intenso, transtorno pós-traumático, entre outros. Mas é contraindicado em todos os casos em que não se tentou antes as estratégias não farmacológicas e quando há distúrbios diversos que devem ser tratados antes. Antes do uso de medicamentos, o correto é adotar todas estratégias não farmacológicas, como higiene do sono, criação e manutenção de uma rotina de sono familiar e não só da criança, tratamento de condições alérgicas como rinites e asma, abandono total ou o máximo possível do uso de telas e combinação de fitoterápicos com evidência de segurança.*

**Vera Meister, pediatra e coordenadora da UTI Pediátrica do Hospital Brasília, da Rede Américas**

## Indicação no Brasil

**A melatonina é uma substância produzida naturalmente pelo organismo humano, principalmente pela glândula pineal, e está associada à regulação do ritmo circadiano, o ciclo biológico que controla sono e vigília. No Brasil, seu uso é permitido exclusivamente como suplemento alimentar, com dosagem máxima de 0,21 mg por dia. A segurança está comprovada apenas para pessoas com 19 anos ou mais.**

O Ministério da Saúde (MS) não recomenda o uso por:

- » crianças;
- » gestantes;
- » lactantes.

**Não há comprovação de segurança para esses grupos, mesmo na dosagem autorizada pela Anvisa (0,21 mg/dia). O MS também recomenda evitar o uso, sem orientação profissional:**

- » Pessoas com epilepsia;
- » Pessoas com asma;
- » Pessoas com doenças inflamatórias ou autoimunes;
- » Indivíduos com transtornos de humor ou personalidade;
- » Pessoas que dirigem, operam máquinas ou exercem atividades que exigem atenção contínua.

**São considerados irregulares no Brasil:**

- » Suplementos com dosagens superiores a 0,21 mg/dia;
- » Produtos que façam alegações terapêuticas, como “auxilia no sono”, “trata insônia” ou similares;
- » Propagandas que atribuam propriedades medicinais à melatonina.

**Eventos adversos relatados à Anvisa:**

- » Gerais: dor de cabeça, tontura, sonolência;
- » Neurológicos: tremores, enxaqueca;
- » Digestivos: náusea, vômito, dor abdominal;
- » Psicológicos: pesadelos, irritabilidade;
- » Dermatológicos: erupções cutâneas.

Fonte: Ministério da Saúde