

Sintomas somáticos no adolescente — fadiga, dor crônica, cefaleia, tontura e o que investigar

Abordagem biopsicossocial da fadiga, da dor crônica primária e da fibromialgia juvenil, da intolerância ortostática e do transtorno de sintomas somáticos, com sinais de alarme e exames mínimos racionais

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

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

Fadiga, dor musculoesquelética difusa, cefaleia, dor abdominal e tontura são as queixas somáticas mais comuns da adolescência e, na maioria, têm causa benigna ou funcional: sono insuficiente, telas à noite, sedentarismo, ferropenia, quadro pós-viral, ansiedade ou depressão. O pediatra entrevista o adolescente **também a sós** (sigilo conforme ECA e Código de Ética Médica), faz exame completo e pede **uma vez** os exames mínimos. **Sinais de alarme** — perda de peso, febre persistente, sudorese noturna, dor óssea localizada que acorda ou persiste em repouso, artrite, déficit neurológico, síncope ao esforço, palidez ou sangramentos — exigem investigação dirigida e encaminhamento **com prioridade**; déficit neurológico agudo, síncope ao esforço, suspeita de leucemia ou ideação suicida com plano são  **pronto-socorro**. Sem alarme, o tratamento é em casa (): explicar o mecanismo, regularizar o sono, atividade física adaptada, retorno à escola e psicoterapia quando indicada. Na fibromialgia juvenil, o exercício é a base (SBP 2020); na encefalomielite miálgica/síndrome da fadiga crônica, o manejo de energia, sem progressão fixa (NICE NG206). **Não usar opioides**.

1. O que é e como se apresenta

Sintomas somáticos são sintomas físicos reais em que fatores biológicos, psicológicos e sociais se somam; o mecanismo inclui **sensibilização central** (dor nociplástica, no PCDT de Dor Crônica do MS, 2024), desregulação autonômica e do sono.

- **Fadiga** — causas mais frequentes:
 - **Sono insuficiente ou desalinhado** (necessidade de 8–10 h; atraso fisiológico do horário de dormir, telas, aula cedo).
 - **Ferropenia** com ou sem anemia (menstruação abundante, dieta restritiva, esporte de resistência), **hipotireoidismo**, **doença celíaca**, diabetes.
 - **Pós-viral**: mononucleose (fadiga por semanas), covid-19 e outras infecções.
 - **Depressão e ansiedade**; álcool e drogas; medicamentos sedativos; transtorno alimentar; gravidez; sobretreinamento.
- **Encefalomielite miálgica/síndrome da fadiga crônica (EM/SFC)** — o NICE (NG206, 2021) suspeita quando há, **por ≥ 4 semanas no adolescente**, queda importante da participação escolar e social e todos os seguintes: fadiga incapacitante que **piora com a atividade** e não melhora com repouso; **mal-estar pós-esforço** (piora desproporcional, muitas vezes 12–48 h depois, com recuperação prolongada); **sono não reparador**; **dificuldade cognitiva** ("névoa mental"). Diagnóstico com **3 meses** de persistência.

- **Intolerância ortostática e POTS** — tontura, palpitação e fadiga em pé. POTS de 12 a 19 anos: **aumento da FC $\geq$ 40 bpm em 10 minutos em pé, sem hipotensão ortostática** — conduta em "Síncope na Criança e no Adolescente" (seção POTS).
- **Dor crônica primária e fibromialgia juvenil** — dor persistente ou recorrente por **> 3 meses**, com sofrimento ou incapacidade, não explicada por outra doença (NICE NG193). A **fibromialgia juvenil** (SBP 2020) é dor musculoesquelética difusa crônica com fadiga e sono não reparador, muitas vezes com cefaleia, alteração do humor e do hábito intestinal; predomina dos 11 aos 15 anos (1–2%), seis vezes mais no sexo feminino. AAEP (2020) usa dor em $\geq$ 3 áreas por > 3 meses com exames normais ou os critérios do ACR 2016.
- **Cefaleia e dor abdominal crônica**: conduta em "Cefaleia e enxaqueca" e "Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais".
- **Transtorno de sintomas somáticos (DSM-5)** — sintoma somático que causa sofrimento ou prejuízo, com **pensamentos, sentimentos ou comportamentos excessivos** (preocupação desproporcional, ansiedade persistente, tempo e energia excessivos), em geral **por > 6 meses**. **Não exige que o sintoma seja "sem explicação médica"**, e não se diagnostica transtorno mental só porque não se achou causa orgânica. Diferenciar de ansiedade de doença, sintomas neurológicos funcionais (conversivo) e transtorno factício, inclusive imposto a outro.

Absenteísmo escolar é o melhor marcador de gravidade funcional; as faltas prejudicam a escolaridade e a saúde a longo prazo (AAP 2019) e alimentam o ciclo de evitação, descondicionamento e isolamento.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Exame normal, sem sinais de alarme , exames mínimos normais ou com alteração tratável (ferropenia, sono insuficiente); frequenta a escola; sem risco de suicídio	Seguimento pelo pediatra: explicação, sono, atividade adaptada, diário de sintomas, tratar a causa; retorno programado
● Moderada	Prejuízo funcional importante (faltas repetidas, abandono de esporte e convívio); suspeita de EM/SFC, fibromialgia juvenil ou transtorno de sintomas somáticos; depressão ou ansiedade sem risco imediato; perda de peso; febre prolongada em bom estado; adenomegalia ou hepatoesplenomegalia persistente; dor óssea localizada persistente	Encaminhamento eletivo ou com prioridade ao hebiatra, à reumatologia pediátrica, à saúde mental (CAPS, psicologia) ou ao especialista do achado; investigação dirigida enquanto isso
● Grave	Déficit neurológico agudo ; cefaleia com alerta agudo; síncope ao esforço , com palpitação, dor torácica ou história familiar de morte súbita; suspeita de leucemia ou tumor (palidez, petéquias, sangramento, citopenia, massa); febre com toxemia; instabilidade por transtorno alimentar ou desidratação; ideação suicida com plano ou tentativa recente ; violência com risco imediato	Pronto-socorro (ver "Quando encaminhar")

Fatores que elevam a gravidade ou perpetuam o quadro: faltas prolongadas; depressão, ansiedade, autolesão, uso de substâncias, transtorno alimentar; bullying, conflito familiar, luto, violência; pais com dor crônica ou ansiedade elevada; exames repetidos sem conclusão; hipermobilidade articular, sobretreinamento.

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico e positivo**, não por exclusão exaustiva; o excesso de exames perpetua os sintomas (AEP 2020).

- **Anamnese:** início (pós-infecção, estresse), padrão, relação com postura e esforço, **mal-estar pós-esforço**; **sono** (horários em dias de aula e no fim de semana, telas na cama, ronco, cafeína e energéticos); **dias de aula perdidos** e atividades abandonadas; alimentação, peso, menstruação, treino; crenças e medos da família.
- **Entrevista a sós** (HEEADSSS) com **pergunta direta sobre suicídio** (ASQ, PHQ-A — ver "Ansiedade e depressão").
- **Exame:** curva de peso e estatura, puberdade, PA e FC **deitado e após 10 minutos em pé**, palidez, linfonodos, fígado e baço, tireoide, articulações (artrite, hipermobilidade), pele, exame neurológico; fundo de olho na cefaleia.

Exames mínimos racionais (NICE NG206; AEP 2020; coerentes com "Dor abdominal crônica"), pedidos **uma vez**:

- Hemograma e **ferritina**; VHS e/ou PCR; TSH e T4 livre; **antitransglutaminase IgA + IgA total** (com glúten na dieta); glicemia ou HbA1c; ureia, creatinina, eletrólitos, cálcio, fósforo; TGO e TGP; **CK**; urina tipo 1.
- Conforme a clínica: sorologia para EBV ou outra infecção recente; vitamina D, B12 e folato; beta-hCG; ECG (palpitação, síncope, dor torácica); radiografia na dor óssea localizada; neuroimagem só nos sinais de alerta da cefaleia; tilt test e Holter conforme "Síncope".
- Exames normais **não precisam ser repetidos** sem sinal novo.

Diferencial que não pode passar: leucemia e tumores ósseos ou do SNC; doença inflamatória intestinal, doença celíaca, artrite idiopática juvenil, lúpus, dermatomiosite (fraqueza proximal, CK alta); arritmia e cardiomiopatia (síncope ao esforço); diabetes; doença de Addison (hiperpigmentação, hipotensão, hiponatremia); transtorno alimentar; gravidez; uso de substâncias; depressão com risco de suicídio; violência ou abuso.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz

1. **Validar e explicar:** a dor e o cansaço são reais, os exames afastaram doença grave e o sistema nervoso está amplificando sinais. Evitar "não é nada" e "é psicológico".
2. **Meta é a função** (escola, sono, atividade, convívio), não a ausência total de sintomas.
3. **Sono** de 8–10 h, horários regulares também no fim de semana, sem telas 1–2 h antes de dormir e sem celular na cama (SBP).
4. **Atividade física:**
 - **Dor crônica e fibromialgia juvenil:** exercício aeróbico regular e progressivo (caminhada, bicicleta, natação, hidroginástica), com fortalecimento e alongamento, como primeira opção (SBP 2020; AEP 2020; PCDT Dor Crônica 2024, que desaconselha o repouso).
 - **EM/SFC com mal-estar pós-esforço: manejo de energia** — atividade dentro do limite que não piora os sintomas, com ajuste flexível; **sem programa de aumentos fixos** (terapia de exercício gradual) (NICE NG206).
 - **POTS:** hidratação, sal, meias compressivas e exercício progressivo, conforme "Síncope".
5. **Escola:** atestado com **plano de retorno gradual** e adaptações temporárias, não afastamento prolongado; ensino domiciliar só em exceções (AEP 2020).

6. **Terapia cognitivo-comportamental** na dor crônica e na fibromialgia (SBP 2020; AEP 2020); na EM/SFC, para lidar com os sintomas, não como cura (NICE NG206). Tratar depressão e ansiedade associadas.
7. **Retornos programados** com um médico coordenador, evitando a peregrinação por especialistas.

Do especialista: confirmar EM/SFC e o plano de cuidado (hebiatra, reumatologia pediátrica, equipe de dor); reabilitação interdisciplinar; medicamentos de ação central; psicofármacos; POTS refratário (cardiologia).

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose; máx. 75 mg/kg/dia; 1 g/dose a partir de 12 anos; nunca > 4 g/dia	6/6 h, se dor	Intermitente	Padrão do site (SBP; bula). Pouco eficaz na dor nociplástica (PCDT 2024; AEP 2020)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6/6–8/8 h, se dor	Intermitente	Padrão do site (SBP; bula). Não usar de forma contínua na dor difusa (AEP 2020)
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Intermitente	Padrão do site (decisão de 30/09/2026; bula)
Ferro elementar oral (ferropenia)	3–6 mg/kg/dia; no adolescente, até a dose do adulto	1x/dia ou fracionado	3–6 meses ou até repor os estoques	SBP 2026 (Diretriz nº 32), como em "A criança anêmica"
Amitríptilina	Dose baixa ao deitar, definida pelo especialista (PCDT: acima de 12 anos, 25 mg/dia)	1x/dia, à noite	Conforme o especialista	PCDT Dor Crônica 2024; NICE NG193 não recomenda < 18 anos sem especialista
Fluoxetina (depressão associada)	10 mg/dia se < 40 kg; 20 mg/dia se ≥ 40 kg	1x/dia	Conforme o especialista	Padrão do site (Saúde mental); alerta de suicidalidade; não trata a dor (AEP 2020)

Analgésico em **≥ 14 dias por mês** causa cefaleia por uso excessivo (ver "Cefaleia e enxaqueca").

Não usar: **opioides**, inclusive tramadol e codeína (PCDT 2024; AEP 2020; NICE NG193); benzodiazepínicos, relaxantes musculares, corticoides e gabapentinoides por iniciativa do pediatra (NICE NG193; PCDT 2024); anti-histamínicos sedativos para dormir (padrão do site); dieta sem glúten sem diagnóstico, suplementos sem indicação; **repouso prolongado** e afastamento escolar indefinido; exames repetidos sem sinal novo.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Déficit neurológico agudo** (fraqueza, ataxia, alteração visual ou de consciência, convulsão); cefaleia súbita e intensa, ou progressiva com vômitos ou papiledema.
- **Síncope ao esforço**, com palpitação ou dor torácica, ou com história familiar de morte súbita.
- **Suspeita de leucemia ou tumor**: palidez intensa, petéquias, sangramento, citopenia, hepatoesplenomegalia, massa.
- Febre com toxemia, rigidez de nuca ou púrpura; fraqueza muscular progressiva com urina escura.
- **Transtorno alimentar ou desidratação com instabilidade** (bradicardia, hipotensão, distúrbio eletrolítico).
- **Ideação suicida com plano, tentativa recente, autolesão grave ou psicose**; violência com risco imediato.

Como encaminhar

1. Com risco de suicídio, **não deixar o adolescente sozinho**; SAMU (192), CAPS; CVV 188 para a família.
2. ABC; glicemia capilar se houver alteração de consciência ou síncope.
3. **Oxigênio para manter SpO2 entre 94% e 98%** se necessário (padrão do site); acesso venoso se instável; decúbito lateral se vomitando ou sonolento; na convulsão, protocolo do site (crise ≥ 5 minutos = estado de mal).
4. Transporte acompanhado, com contato prévio; SAMU nos quadros neurológicos, cardiológicos ou instáveis.
5. **Relatório**: sintomas, sinais vitais, exames prévios, medicamentos e substâncias.
6. **Violência, inclusive autoprovocada: notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar, conforme "Risco de suicídio".

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

- "O cansaço e a dor são reais. Os exames afastaram doença grave; o tratamento é recuperar o sono, o movimento e a escola aos poucos."
- "Voltar à escola faz parte do tratamento; ficar muito tempo em casa costuma piorar."
- "Analgésico só de vez em quando; quase todo dia, piora a dor de cabeça."
- **Retornar antes** se houver perda de peso, febre que não passa, suor à noite, dor num ponto do osso que acorda ou não melhora em repouso, junta inchada, manchas roxas, sangramento, palidez, desmaio.

- **Pronto-socorro** se houver fraqueza ou dormência de um lado do corpo, fala enrolada, alteração da visão, confusão, convulsão, desmaio durante exercício, dor de cabeça súbita e muito forte, falas sobre morte ou suicídio, autolesão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento e versão	DC Reumato- logia, Fibromi- algia Juvenil (05/2020); sem documento de EM/SFC	PCDT Dor Crônica (22/08/2024); sem protocolo de fadiga	Relatório AAP/ACEP 2016 (saúde mental com sintomas fisi- cos, PS); ab- senteísmo es- colar 2019	NG206 EM/SFC (10/2021); NG193 dor crônica ≥ 16 anos (04/2021)	Protocolo Fi- bromialgia ju- venil e SFC (2020)	Sem posição específica localizada	Reabilitação da dor, Boston Children's (8– 17 anos)	Seguem o NICE
Diagnóstico	Clínico; critéri- os controver- sos na criança	Dor nociplásti- ca; fibromialgia como protótipo	—	EM/SFC: sus- peita com 4 semanas, di- agnóstico com 3 meses	FMJ: dor > 3 meses em ≥ 3 áreas; SFC: CDC ou NICE	—	Modelo biopsicossocial	Seguem o NICE
Exames	Excluir outras doenças reumáticas	—	—	Painel amplo com ferritina, celíaca e CK	Hemograma, bioquímica com ferritina e CK, urina, tire- oide, celíaca	—	—	Seguem o NICE
Atividade física	Exercício aeró- bico progressi- vo, 1ª opção	Exercício; evi- tar repouso	—	EM/SFC: sem exercício gra- dual fixo; dor: exercício supervisionado	FMJ: aeróbico; SFC: aumento de 10% por semana	—	Reabilitação ativa	Seguem o NICE
Psicoterapia e escola	TCC	Abordagem multiprofissio- nal	Frequência es- colar como meta (2019)	TCC para lidar, não curativa	TCC; retorno escolar	—	Psicologia na equipe	Seguem o NICE
Medicamentos	Eficácia não comprovada; opioides pouco usados	Tricíclico; opi- oides desencoraja- dos	—	Sem antide- pressivo < 18 anos sem es- pecialista; sem opioides	Evitar opioi- des; tricíclico em dose baixa	—	—	Seguem o NICE

Leitura: as referências convergem no diagnóstico clínico e positivo, no painel mínimo de exames, no tratamento centrado na função (sono, atividade, escola), na terapia cognitivo-comportamental e na **ausência de opioides**. A principal divergência é a **atividade física na EM/SFC**: o NICE NG206 (2021) contraindica aumentos fixos (terapia de exercício gradual) e recomenda o manejo de energia, enquanto a AEP (2020, anterior ao NG206) descreve aumentos de 10% por semana. Como **SBP e Ministério da Saúde não têm documento sobre EM/SFC**, o site segue o **NICE NG206**, a diretriz mais recente e com recomendações para adolescentes, apenas no adolescente com mal-estar pós-esforço. Na **dor crônica primária e na fibromialgia juvenil**, o site adota a **posição da SBP (2020)** — exercício aeróbico progressivo como primeira opção —, coerente com o PCDT (2024) e a AEP. Nos

medicamentos, o MS inclui a amitriptilina e o NICE não a recomenda abaixo de 18 anos sem especialista; o site deixa a decisão ao especialista.

PONTOS PRÁTICOS

1. Entreviste o adolescente também a sós e pergunte diretamente sobre humor, drogas, violência e suicídio.
2. Peça o painel mínimo uma vez e não repita sem sinal novo.
3. Perda de peso, febre persistente, dor óssea localizada que acorda ou persiste, artrite, déficit neurológico ou síncope ao esforço mudam a conduta: investigar com prioridade ou pronto-socorro.
4. Meça a FC deitado e após 10 minutos em pé: aumento ≥ 40 bpm sugere POTS.
5. Trate a função: sono de 8–10 h, atividade adaptada, retorno escolar gradual e TCC; na EM/SFC, manejo de energia sem progressão fixa.
6. Sem opioides, sem repouso prolongado e sem afastamento escolar indefinido.

Veja também, nesta Biblioteca: **Síncope na Criança e no Adolescente** (Urgências e Emergências); **Cefaleia e enxaqueca, Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais, Ansiedade e depressão na infância e adolescência e Distúrbios do sono na infância** (Patologias do consultório); **Dismenorreia, endometriose e tensão pré-menstrual na adolescente e Ciclo menstrual normal e sangramento uterino anormal na adolescente** (Ginecologia infanto-puberal); **Risco de suicídio na criança e no adolescente, Transtornos alimentares, Uso de álcool, tabaco, cigarro eletrônico e outras drogas na adolescência e Uso problemático de telas, jogos e redes sociais** (Saúde mental); **Dor óssea e lesões ósseas benignas na criança** (Ortopedia); **A criança anêmica** (Hematologia); **Doença celíaca na criança e no adolescente** (Gastroenterologia); **Consulta de puericultura — 10 anos a 18 anos** (Puericultura).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Síndrome da Fibromialgia Juvenil (Documento Científico), 2020. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. PCDT da Dor Crônica (Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22/08/2024). gov.br/conitec
- NICE. Myalgic encephalomyelitis/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management (NG206), 2021. nice.org.uk
- NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s (NG193), 2021. nice.org.uk

- AEP. Clemente Garulo D. Fibromialgia juvenil y síndrome de fatiga crónica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2020;2:311-323. [PDF](#)
- AAP/ACEP. Chun TH et al. Evaluation and Management of Children With Acute Mental Health or Behavioral Problems. Part II. *Pediatrics*, 2016. [PubMed](#)
- AAP, Council on School Health. Allison MA, Attisha E. The Link Between School Attendance and Good Health. *Pediatrics*, 2019. [PubMed](#)
- American Psychiatric Association. Somatic Symptom Disorder (DSM-5). [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Mayo Family Pediatric Pain Rehabilitation Center. childrenshospital.org

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · 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.