

Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais

Critérios de Roma IV, sinais de alarme que exigem investigação, avaliação mínima e tratamento baseado nas diretrizes ESPGHAN e NASPGHAN 2025

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), tratamento em casa e critérios para encaminhar ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais.

 [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

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

Dor abdominal crônica é a que se repete ou persiste por pelo menos 2 meses. Na grande maioria das crianças e adolescentes é **funcional** — hoje chamada distúrbio da interação intestino-cérebro — e se enquadra nos critérios de Roma IV: dispepsia funcional, síndrome do intestino irritável, enxaqueca abdominal ou dor abdominal funcional sem outra especificação. O diagnóstico é **positivo**, pela história e pelo exame normal, e não por exclusão exaustiva. Investigar quando houver **sinais de alarme**: perda de peso ou desaceleração do crescimento, dor que acorda à noite, sangramento digestivo, disfagia, vômitos persistentes, diarreia noturna, febre inexplicada, doença perianal, artrite, dor fixa em quadrantes direitos, atraso puberal ou história familiar de doença inflamatória intestinal, doença celíaca ou úlcera péptica. A avaliação mínima inclui hemograma, PCR ou VHS, sorologia para doença celíaca, urina tipo I e parasitológico de fezes; calprotectina fecal quando houver diarreia ou suspeita de doença inflamatória. O tratamento começa com **explicação e acolhimento**; a diretriz ESPGHAN/NASPGHAN 2025 recomenda fortemente **terapia cognitivo-comportamental e hipnoterapia dirigida ao intestino** e sugere óleo de hortelã-pimenta, probióticos e, em casos refratários, amitriptilina em dose baixa. Quase sempre o acompanhamento é ambulatorial (●/●); sinais de alarme exigem investigação dirigida ou gastroenterologista, e quadro agudo sobreposto exige avaliação de urgência (●).

1. O que é e como se apresenta

- **Definição:** dor abdominal recorrente ou contínua, com pelo menos 2 meses de evolução (6 meses na enxaqueca abdominal), que interfere nas atividades. Afeta cerca de 1 em cada 10 escolares e adolescentes.
- **Mecanismo:** hipersensibilidade visceral e alteração da comunicação intestino-cérebro, com influência de estresse, ansiedade, experiências dolorosas prévias (gastroenterite), padrão familiar e ganho secundário.
- **Categorias de Roma IV (4–18 anos), resumidas no guia da SBP (2019):**
 - **Dispepsia funcional:** plenitude pós-prandial, saciedade precoce ou dor epigástrica não relacionada à evacuação, pelo menos 4 dias por mês, por 2 meses.
 - **Síndrome do intestino irritável:** dor pelo menos 4 dias por mês associada à evacuação ou a mudança na frequência ou na forma das fezes, por 2 meses; a dor não desaparece com a resolução da constipação.
 - **Enxaqueca abdominal:** crises paroxísticas de dor periumbilical intensa, com duração $\geq$ 1 hora, incapacitantes e estereotipadas, associadas a **pelo menos 2** dos seguintes:

anorexia, náuseas, vômitos, cefaleia, fotofobia, palidez; separadas por semanas a meses de retorno ao estado basal; pelo menos 2 episódios em 6 meses.

- **Dor abdominal funcional sem outra especificação:** dor episódica ou contínua pelo menos 4 dias por mês, por 2 meses, sem critérios para as demais.
- Em todas, "após avaliação apropriada, os sintomas não podem ser atribuídos a outra condição" — avaliação apropriada é a história e o exame, não uma bateria de exames.
- **Quadro típico:** dor periumbilical, vaga, sem relação clara com alimentos, em criança com crescimento normal e exame físico normal; frequentemente associada a cefaleia, ansiedade, faltas escolares e distúrbios do sono.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Critérios de Roma IV, sem sinais de alarme, crescimento e exame normais, pouca interferência nas atividades	Explicação do diagnóstico, exames mínimos, medidas gerais; retorno em 4–8 semanas
● Moderada	Dor funcional com faltas escolares frequentes, ansiedade ou depressão associadas, falha das medidas iniciais; ou presença de sinal de alarme em criança em bom estado	Terapia psicológica, tratamentos da diretriz; investigação dirigida pelo sinal de alarme e encaminhamento eletivo ao gastroenterologista pediátrico
● Grave	Quadro agudo sobreposto (dor intensa, sinais peritoneais, vômitos biliosos, distensão), sangramento digestivo importante, perda de peso acentuada ou desnutrição, desidratação, ideação suicida ou sofrimento psíquico grave	Pronto-socorro (causa orgânica aguda) ou encaminhamento prioritário (gastroenterologia; psiquiatria no risco de suicídio)

Sinais de alarme (SBP 2019, Roma IV)

- Perda de peso involuntária, desaceleração do crescimento linear, atraso puberal.
- Dor que acorda a criança à noite.
- Sangramento digestivo (hematêmese, melena, sangue nas fezes) ou anemia.
- Disfagia, odinofagia; vômitos persistentes.
- Diarreia crônica ou noturna.
- Febre inexplicada; artrite; lesões perianais (fístula, fissura atípica, plicoma).
- Dor persistente em quadrante superior ou inferior direito.
- História familiar de doença inflamatória intestinal, doença celíaca ou doença péptica.

Fatores que agravam o quadro funcional

- Ansiedade, depressão, bullying, conflitos familiares, abuso.

- Pais com dor crônica ou ansiedade; reforço da doença (faltas escolares prolongadas).
- Experiência prévia de gastroenterite ou cirurgia; obesidade.

3. Diagnóstico no consultório

- **História detalhada:** padrão da dor, relação com alimentação e evacuação, hábito intestinal (escala de Bristol), sintomas associados, sono, escola, humor, eventos de vida, medicamentos, dieta (excesso de refrigerantes, sucos, lactose). Pedir diário de dor e de evacuações por 2 semanas.
- **Exame físico completo:** curva de peso e estatura, estadiamento puberal, palpação abdominal, região perianal, pele e articulações.
- **Avaliação mínima sugerida** (sem sinais de alarme, para tranquilizar e rastrear causas comuns):
 - Hemograma, PCR e/ou VHS.
 - Sorologia para doença celíaca (antitransglutaminase IgA com dosagem de IgA total) — recomendada pelo Roma IV e pela SBP.
 - Urina tipo I (e urocultura se houver sintomas urinários).
 - Parasitológico de fezes (SBP; pertinente no Brasil).
 - Calprotectina fecal quando houver diarreia, sintomas de síndrome do intestino irritável ou dúvida quanto a doença inflamatória intestinal.
- **O que não pedir de rotina:** ultrassonografia abdominal, endoscopia, pesquisa de *Helicobacter pylori* sem sintomas dispépticos com sinais de alarme, testes de intolerâncias alimentares por IgG. A SBP (2019) não recomenda imagem de rotina sem indício de doença orgânica.
- **Com sinais de alarme:** exames dirigidos (função hepática, amilase e lipase, função tireoidiana, ultrassonografia) e encaminhamento ao gastroenterologista pediátrico para avaliar endoscopia.

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Constipação funcional (causa mais comum de dor crônica "orgânica" — tratar antes de rotular).
- Doença celíaca, doença inflamatória intestinal (Crohn), doença péptica e esofagite eosinofílica.
- Parasitoses (giardíase), intolerância à lactose.
- Infecção urinária de repetição, uropatia obstrutiva (hidronefrose intermitente).
- Colelitíase (anemia hemolítica), pancreatite recorrente.

- Dismenorreia, doença inflamatória pélvica, gravidez em adolescentes.
- Abuso sexual, depressão, transtornos alimentares.

4. Tratamento em casa

1. Explicação e acolhimento (base do tratamento). Validar que a dor é real, explicar a hipersensibilidade do intestino, dizer claramente o que não é (câncer, apendicite), definir como objetivo a **retomada da vida normal** (escola, esporte, sono) e não a ausência total de dor. Evitar exames repetidos e reforço da doença.

2. Recomendações da diretriz ESPGHAN/NASPGHAN 2025 (síndrome do intestino irritável e dor abdominal funcional sem outra especificação, 4–18 anos):

INTERVENÇÃO	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Terapia cognitivo-comportamental	Recomendação forte	Primeira linha psicológica; inclui a família
Hipnoterapia dirigida ao intestino	Recomendação forte (certeza moderada)	Reduz intensidade da dor e falha terapêutica; existem versões gravadas para uso em casa
Óleo de hortelã-pimenta em cápsulas com revestimento entérico	Sugerida (condicional)	Dose conforme bula do produto
Probióticos multicepas e simbióticos	Sugeridos (condicional)	<i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG na síndrome do intestino irritável; SBP também cita <i>L. reuteri</i> DSM 17938
Fibra solúvel	Sugerida na síndrome do intestino irritável	—
Amitriptilina em dose baixa	Sugerida apenas nos refratários	Idealmente com gastroenterologista; atenção a ECG e risco de intoxicação
Estimulação elétrica percutânea de campo nervoso	Sugerida (condicional)	Disponibilidade restrita
Domperidona, ciproheptadina	Sugeridas (condicional)	Dispepsia funcional e enxaqueca abdominal (SBP); prescrição especializada
Antiespasmódicos	Evidência insuficiente	Mebeverina e drotaverina não sugeridas
Buspirona, citalopram, ioga	Não sugeridos	—
Canabidiol, cirurgia	Fortemente contra	—

3. Por subtipo (SBP 2019):

- **Dispepsia funcional:** evitar cafeína, alimentos gordurosos e condimentados que desencadeiem sintomas; inibidor de bomba de prótons ou antagonista H2 por 4 semanas pode ser tentado, com reavaliação e suspensão se não houver resposta.
- **Síndrome do intestino irritável:** tratar a constipação ou a diarreia predominante; dieta pobre em FODMAP apenas com nutricionista e por tempo limitado (evidência pediátrica limitada); teste terapêutico de exclusão de lactose se houver suspeita, com reintrodução.
- **Enxaqueca abdominal:** identificar e evitar desencadeantes (jejum, sono irregular, estresse); na crise, repouso e analgesia; profilaxia (ciproheptadina, amitriptilina, propranolol, pizotifeno, flunarizina) com o especialista quando as crises são frequentes.

4. Analgesia pontual. Paracetamol 10–15 mg/kg/dose a cada 4–6 h (máx. 5 doses/dia; máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia) nos episódios mais intensos, sem uso contínuo. Evitar anti-inflamatórios repetidos (dispepsia) e **nunca opioides** na dor funcional. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

5. Não usar: dietas restritivas amplas sem indicação, exclusão de glúten sem confirmação de doença celíaca (a sorologia deve ser feita **antes**), antiparasitário empírico repetido, exames seriados para "garantir".

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Raramente a dor funcional exige urgência; o que exige é a **mudança de padrão**:

- Dor aguda intensa, contínua ou localizada, com sinais peritoneais ou dor à percussão.
- Vômitos biliosos ou persistentes, distensão, parada de eliminação de fezes e gases.
- Hematêmese, melena ou enterorragia importante; palidez intensa.
- Desidratação, perda de peso rápida, desnutrição.
- Febre alta com toxemia ou com dor em flanco (pielonefrite).
- Ideação suicida, autoagressão ou sofrimento psíquico grave — encaminhamento psiquiátrico urgente.

Encaminhamento eletivo (gastroenterologia pediátrica): sinais de alarme com exames alterados (anemia, PCR elevada, calprotectina elevada, sorologia celíaca positiva), suspeita de doença inflamatória intestinal ou doença péptica, falha do tratamento de primeira linha após 3 meses, necessidade de amitriptilina ou de hipnoterapia/terapia não disponíveis na atenção primária. **Psicologia:** sempre que houver ansiedade, depressão, faltas escolares ou incapacidade funcional.

Como encaminhar (urgência)

1. Jejum na suspeita de quadro cirúrgico; analgesia antes da saída.
2. Acesso venoso e expansão se houver desidratação ou sangramento com instabilidade.
3. Contato com o serviço de destino; SAMU (192) se houver instabilidade.
4. Relatório com história da dor crônica, exames prévios e o que mudou no quadro.

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

- "A dor é real, mas o intestino está saudável: ele está mais sensível e reage ao estresse e às emoções. Não é uma doença grave."
- "O objetivo é que ele volte à escola e às atividades mesmo com um pouco de dor; ficar em casa costuma piorar o quadro."
- "Anote no diário quando a dor aparece, quanto dura e o que estava acontecendo."
- Retorno em 4–8 semanas para avaliar resposta e resultados de exames.
- Voltar antes ou procurar o pronto-socorro se: dor muito forte e diferente da habitual; dor que acorda à noite com frequência; sangue nas fezes ou fezes pretas; vômitos repetidos ou esverdeados; perda de peso; febre persistente; diarreia noturna; dificuldade para engolir; tristeza intensa ou falas sobre não querer viver.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP / MS	AAP	NICE	OXFORD / CAMBRIDGE	AEP
Definição	Roma IV (SBP, Guia Prático 2019)	Relatório técnico AAP/NASPGHAN (2005); adota Roma	Sem diretriz pediátrica específica (a diretriz de síndrome do intestino irritável é para adultos)	Segue o NICE	Roma IV (protocolos SEGHNPAEP 2023)
Sinais de alarme	Lista ampla, incluindo história familiar, disfagia, doença perianal, atraso puberal	Sinais de alarme orientam a investigação	—	Segue o NICE	Dor que acorda, perda de peso, sangue nas fezes, vômitos, febre, sintomas urinários
Exames iniciais	Hemograma, urina, parasitológico, sorologia celíaca; VHS/PCR se indicado; sem imagem de rotina	Exames mínimos; evitar investigação extensa	—	Segue o NICE	Protocolo AEP mais antigo propunha exames de primeiro nível amplos (incluindo imagem e sorologia de <i>H. pylori</i>)
Tratamento psicológico	Terapia cognitivo-comportamental é a mais eficaz	ESPGHAN/NASPGHAN 2025: terapia cognitivo-comportamental e hipnoterapia (recomendação forte)	—	Segue o NICE	Abordagem biopsicossocial
Fármacos	Probióticos (LGG, <i>L. reuteri</i>), IBP/anti-H2 na dispepsia, ciproheptadina, tricíclicos nos refratários	Hortelã-pimenta, probióticos, amitriptilina em dose baixa (condicionais); contra canabidiol e cirurgia	—	Segue o NICE	Uso criterioso, conforme subtipo

Leitura: há convergência sobre o diagnóstico positivo pelos critérios de Roma IV, a busca ativa de sinais de alarme e a abordagem biopsicossocial. A diretriz ESPGHAN/NASPGHAN 2025, a primeira baseada em revisão sistemática formal, dá o maior peso às terapias psicológicas (terapia cognitivo-comportamental e hipnoterapia) e apenas recomendação condicional aos medicamentos, destacando a baixa qualidade geral da evidência. A SBP (2019) inclui o parasitológico de fezes entre os exames iniciais, reflexo da realidade brasileira, e detalha opções por subtipo. O protocolo mais antigo da AEP era mais investigativo que as recomendações atuais. O NICE não tem diretriz pediátrica sobre o tema.

PONTOS PRÁTICOS

1. O diagnóstico de dor funcional é positivo: história típica, exame e crescimento normais e ausência de sinais de alarme.
2. Pergunte sempre por dor que acorda, perda de peso, sangue nas fezes, diarreia noturna, lesão perianal e história familiar de doença inflamatória ou celíaca.
3. Faça a sorologia para doença celíaca antes de qualquer retirada de glúten.
4. Trate a constipação antes de rotular a dor como funcional.
5. Terapia cognitivo-comportamental e hipnoterapia têm a melhor evidência; ofereça-as cedo, junto com a explicação do diagnóstico.
6. Nunca prescreva opioide para dor funcional; mudança de padrão da dor exige reavaliação.

8. Fontes

- Groen J, Gordon M, Chogle A et al. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4–18 years. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2025. [Wiley](#)
- Resumos da diretriz ESPGHAN/NASPGHAN 2025. [JournalFeed](#); [MDSpire](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Gastroenterologia. Dor abdominal crônica na infância e adolescência, Guia Prático de Atualização, 2019. [PDF](#)
- AEP/SEGHNP. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023 (capítulos de trastornos funcionales gastrointestinales). [PDF](#)
- AEP. Dolor abdominal crónico (protocolo). [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics e NASPGHAN. Chronic abdominal pain in children — relatório técnico, Pediatrics, 2005.
- Oxford Handbook of Paediatrics, 3ª ed., 2021 (obra de referência).

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · 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.