



ARTIGO DE REVISÃO

Dores recorrentes na infância e adolescência

Recurrent pain in children and adolescents

Rosana F. Puccini¹, Ana Maria B. Bresolin²

Resumo

Objetivo: realizar revisão bibliográfica sobre dores recorrentes na infância e na adolescência, com enfoque no diagnóstico diferencial e manejo desses pacientes.

Fontes de dados: levantamento bibliográfico no Medline e Lilacs, abrangendo os últimos quatro e dez anos, respectivamente, além de estudos e textos clássicos que tratam sobre o tema.

Síntese dos dados: estudos realizados em diferentes partes do mundo demonstram que as dores recorrentes mais freqüentes na infância e adolescência são dor abdominal, cefaléia e dor em membros. A ocorrência de causa orgânica é baixa, observada em 5% a 10% dos casos. Dentre as causas orgânicas bem definidas de dor abdominal recorrente, cefaléia e dor em membros, não se observa nenhuma etiologia predominante. Foram analisados os principais avanços quanto à fisiopatologia das dores recorrentes, nas suas diferentes localizações, apresentando-se uma orientação para abordagem diagnóstica e terapêutica das afecções mais freqüentes em pediatria.

Conclusões: as dores recorrentes na infância e adolescência são muito freqüentes e determinam significativa demanda aos serviços de saúde. A anamnese, o exame físico e o seguimento do paciente constituem a base para abordagem dessas crianças e adolescentes.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(Supl.1):S65-S76: dor, dor abdominal, cefaléia, dor em membros.

Considerações gerais

Várias afecções dolorosas, de evolução aguda ou crônica, podem acometer a criança, gerando sofrimento e importante demanda aos serviços de saúde. Muitos fatores modificam a expressão da dor na criança, como idade, sexo, nível cognitivo – percepção que a criança tem da dor –,

Abstract

Objective: to perform a bibliographic review of recurrent pain in children and adolescents, focusing on differential diagnosis and management of such patients.

Sources of data: search of Medline and Lilacs databases, covering the last four and ten years, respectively. Classical studies and texts related to the matter were also included.

Summary of the findings: studies carried out in different parts of the world demonstrate that the most frequent kinds of recurrent pain in children and adolescents are abdominal pain, headache, and limb pain. The occurrence of organic etiology is low, observed in 5% to 10% of the cases. Among the well defined organic etiology, no predominance is observed. The main advances regarding the pathophysiology of recurrent pain in its main localizations were analyzed. Guidelines for the diagnostic and therapeutic approach of the most common infantile diseases related to recurrent pain are presented.

Conclusions: recurrent pain in children and adolescents is very common and determines significant demand on healthcare services. Defined etiology is only presented by 5% to 10% of patients. Anamnesis, physical examination and follow-up are extremely important instruments for dealing with such patients.

J Pediatr (Rio J) 2003;79(Supl.1):S65-S76: pain, abdominal pain, headache, limb pain.

experiências dolorosas prévias, aprendizado, padrões culturais, relações familiares e comportamento dos pais, além das repercussões da dor na sua rotina, como comparecimento às aulas, participação em atividades esportivas, sociais e tarefas domésticas.

A atenção do profissional deve voltar-se, primeiramente, para o período de tempo de evolução da queixa. A dor de evolução aguda apresenta características bem descritas pela criança e pela família, dada a proximidade do evento, o que não ocorre na dor crônica, na qual a cronologia da

1. Professora Adjunta Livre-docente da Disciplina de Pediatria Geral e Comunitária do Departamento de Pediatria da UNIFESP/EPM. Vice-chefe do Departamento de Pediatria da Unifesp/EPM.

2. Doutora em Medicina pela Faculdade de Medicina da USP/SP. Assistente Técnica em Saúde da Criança - Sec. Municipal de Saúde de São Paulo.

história é pouco clara, e as informações, incompletas e vagas. A dor crônica pode evoluir de modo persistente ou recorrente. A dor persistente é rara em crianças e pode indicar a necessidade de investigar-se uma doença de base; já a queixa de dor recorrente, que evolui em surtos com duração, intensidade e frequência bastante diversificados, separados por períodos assintomáticos, é comum na demanda do consultório, sendo o objeto do presente artigo. Para a definição de dor recorrente, consideram-se os seguintes critérios: pelo menos três episódios durante um período mínimo de três meses, com intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais da criança, lembrando que, mesmo que o período de evolução seja mais curto, o médico deve iniciar a abordagem da queixa e observar sua evolução, visando uma definição do caso com maior segurança¹.

O segundo ponto, fundamental, é caracterizar se existem ou não manifestações sistêmicas e comprometimento do estado geral da criança associados à queixa de dor, que podem auxiliar o profissional na elaboração das possibilidades diagnósticas e na investigação a ser adotada em cada caso. O estudo de Oster e Nielsen², realizado em escolares de 6 a 19 anos de idade, na Dinamarca, constitui uma das principais referências sobre o tema, tendo sido verificadas prevalências de 20,6% para a cefaléia, 15,5% para a dor em membros e 14,4% para a dor abdominal recorrente.

A ocorrência de causa orgânica para dores recorrentes é baixa, sendo observada em 10% a 15% dos casos¹. Como a gênese desses sintomas é complexa e as queixas são geralmente vagas, subjetivas e interpretadas pela criança e pelos familiares, a abordagem das dores recorrentes torna-se uma tarefa árdua para os pediatras, muitas vezes despreparados para enfrentar essa situação, em função de uma formação acadêmica extremamente organicista. O que se observa, mais freqüentemente, é uma postura reducionista e simplista frente ao problema apresentado, não se valorizando adequadamente os sintomas, ou no outro extremo, investigações laboratoriais e encaminhamentos excessivos, pelo receio de não diagnosticar uma “doença orgânica grave”. Essa postura é reforçada pela pressão dos familiares que buscam o diagnóstico e o tratamento de uma doença específica. O medo da doença orgânica centra o modelo de investigação apenas no sintoma e perde-se a visão da criança como um todo. Se não existe doença, a queixa perde a importância, mesmo sendo real e determinando repercussões na vida da criança e da família.

O modelo conceitual de gênese da dor abdominal recorrente proposto por Levine e Rappaport³, no qual múltiplos fatores predisponentes convergem para gerar esse sintoma (Figura 1), pode também ser considerado na abordagem das dores recorrentes em outras localizações – cefaléia e dor em membros. Esse modelo estabelece que a identificação de uma causa orgânica não deve excluir a análise dos aspectos emocionais, sociais, familiares e cognitivos envolvidos na gênese e expressão clínica da dor.

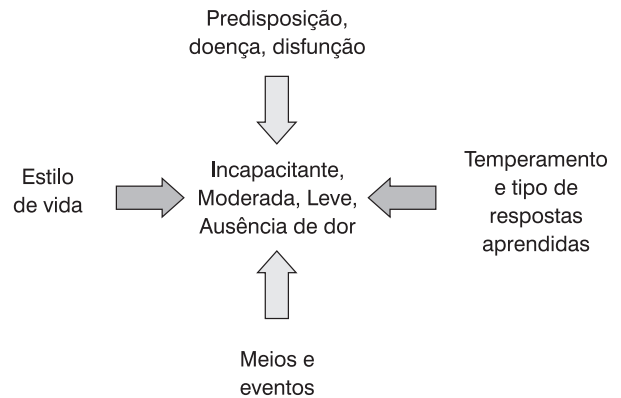


Figura 1 - Modelo conceitual na gênese da dor (Levine/Rappaport, 1984)

Abordagem diagnóstica

A abordagem das crianças com dores recorrentes constitui grande desafio para a equipe de saúde, pois geralmente essas crianças e seus familiares já percorreram diversos serviços e trazem uma grande carga de angústia e de dúvidas. Assim, a avaliação implica na realização de entrevistas abertas que possibilitem a compreensão da queixa de dor, incluindo os aspectos emocionais envolvidos, as dificuldades nas relações familiares e sociais e ainda a habilidade potencial de enfrentamento da dor e dos fatores que a influenciam. Para sistematizar a investigação dos casos de dores recorrentes, é fundamental a vinculação da criança ao serviço, a responsabilização da equipe de saúde, estabelecendo-se uma pactuação entre profissionais, a criança e seus responsáveis, visando ao seu cuidado integral.

A anamnese e exame físico minuciosos são fundamentais e, muitas vezes, várias consultas são necessárias para uma melhor caracterização do quadro. Durante o período de acompanhamento, auto-relatos podem ser úteis, orientando-se a criança a registrar os episódios dolorosos e a descrever os eventos relacionados, as atitudes dos pais durante a crise de dor, fatores de melhora e de piora, uso de medicamentos^{1,4}.

Na anamnese sugere-se dar espaço ao paciente e à família para informarem sobre qual é a explicação deles sobre a dor e se têm alguma preocupação específica e, muitas vezes, é interessante entrevistar individualmente pais e criança. Devem ser investigados sintomas que indiquem comprometimento do estado geral, como anorexia, perda de peso, fadiga, febre, sudorese noturna e outros. Crianças com dores recorrentes costumam ter dores simultâneas em várias localizações ou migração da dor. O padrão de evolução da dor, até o momento da consulta e no seguimento da criança, sugere a presença de doença grave, quando apresentar uma tendência de piora ou de persistência da dor – maior intensidade, aumento na frequência e duração da crise dolorosa e falta de resposta aos analgésicos.

cos comuns. A identificação de sinais de alerta, para cada tipo de dor, é imprescindível. Apresentam-se, a seguir, alguns tópicos a serem pesquisados nos casos de dores recorrentes.

Características da dor: início do sintoma, propagação, frequência, duração, fatores precipitantes, agravantes e de alívio, tipo e intensidade, sintomas associados, tratamentos anteriores.

Temperamento e tipos de respostas aprendida: as crianças variam muito quanto aos mecanismos que usam para lutar contra o desconforto e/ou problemas. Dentro de uma mesma família, existem modos distintos de refrear, expressar ou desviar seus sentimentos. Famílias nas quais existem muitos casos de dores crônicas podem ser modelos para a ampliação da resposta dolorosa.

O exame físico deve ser sempre completo, mas não se recomenda repeti-lo de forma exaustiva, em todas as consultas subseqüentes, para não focalizar e reforçar os aspectos físicos e, conseqüentemente, aumentar as preocupações e incertezas da criança e da família. O exame do local referido da dor deve ser aprofundado, na busca de possíveis anormalidades. Pode ser valioso um exame adicional durante um episódio doloroso.

Dor abdominal recorrente - DAR

Considerações gerais

O conceito de DAR mais aceito atualmente foi definido por Apley e Naish⁵, em estudo realizado em 1958: *quadro de pelo menos três episódios de dor, de intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais da criança, por um período de pelo menos três meses*. Nesse estudo, os autores encontraram uma prevalência de DAR de 9,5% em meninos e de 12,3% em meninas. Trabalhos subseqüentes, em diferentes países, apresentaram resultados semelhantes, com estimativas que variam de 10% a 15%, observando-se maior frequência na faixa etária do escolar, predomínio de meninas na adolescência e expressiva demanda em serviços de saúde⁶⁻⁸.

Em cerca de 95% dos casos de DAR, não há uma etiologia bem definida, e a importância de fatores emocionais na gênese do sintoma tem sido reconhecida por diferentes autores⁹⁻¹¹. Uma primeira classificação da DAR propunha uma divisão, segundo sua etiologia, em orgânica e não orgânica. Posteriormente, identificou-se um terceiro grupo de DAR disfuncional (decorrente de funções fisiológicas alteradas temporariamente). Essas classificações reforçaram uma abordagem fragmentada do paciente, considerada inadequada para a prática clínica. Na década de 1990, foi sugerida a terminologia Síndrome da Dor Abdominal Recorrente (SDAR) para o conjunto de crianças sem doença orgânica, as quais constituiriam a maioria dos casos de DAR¹¹. Recentemente, foi proposto um sistema de classificação de distúrbios gastrointestinais associados à DAR, conhecido como ROMA II, entretanto, esta classificação

não contempla todos os casos de DAR, à medida que é restrita às afecções do trato gastrointestinal⁹.

Muitos estudos têm sido realizados com o objetivo de compreender sua fisiopatologia. Alguns autores têm procurado estabelecer um perfil de comportamento e de temperamento dessas crianças e adolescentes e suas reações frente às situações de estresse^{12,13}. A ocorrência do sintoma em crianças que haviam sido submetidas a eventos críticos, como hospitalização de familiares, hospitalização da própria criança e fracasso escolar, não tem persistido como uma associação consistente e definitiva. Questiona-se se situações de estresse seriam mais frequentes nessas crianças, ou mais valorizadas por elas, lembrando que está bem descrita a relação de DAR com a presença de sintomatologia semelhante nos familiares, bem como com o padrão de respostas aprendidas^{9,10}. Uma linha de pesquisa mais recente tem buscado identificar alterações de respostas do sistema nervoso autônomo nessas crianças, associadas ou não à ansiedade e depressão, que pudessem explicar a ocorrência do sintoma, entretanto, os resultados ainda não são definitivos¹⁴⁻¹⁶. Assim, considera-se que o modelo proposto por Levine e Rappaport³, citado na introdução deste artigo, na prática clínica, é o que mais contribui para a abordagem dessas crianças e adolescentes, ao estabelecer que, mesmo diante da identificação de uma causa orgânica, deve-se considerar o conjunto de fatores que exercem influência sobre suas vidas.

Dentre as doenças, identificadas em 5% a 10% dos casos, a maioria encontra-se no aparelho gastrointestinal ou geniturinário, sem predomínio de uma ou outra causa, apresentando algumas variações segundo a complexidade do serviço analisado. Dentre os diagnósticos relatados, tem-se constipação intestinal funcional, refluxo gastroesofágico, infecção do trato urinário, nefrolitíase, doença péptica, parasitose intestinal, anormalidades anatómicas dos tratos gastrointestinal e urinário e outras^{11,17,18}. Deve-se lembrar que a lista de doenças relacionadas à DAR é extensa e inclui disfunções gastrointestinais, fenômenos musculofasciais, traumas, malformações congênitas, doenças ginecológicas, inflamatórias, imunológicas, metabólicas e hematológicas, sendo que, nas últimas duas décadas, o aprimoramento dos meios diagnósticos tem permitido maior esclarecimento dos casos de DAR. A seguir algumas considerações sobre as doenças mais importantes e/ou frequentes, aventadas como causa de DAR.

Doença péptica: caracteriza-se pela presença de lesões ulcerosas e não-ulcerosas decorrentes da ação cloridropéptica da secreção gástrica sobre a mucosa do trato gastrointestinal, podendo localizar-se do terço inferior do esôfago ao duodeno distal e no divertículo de Meckel, quando este é sede da mucosa gástrica ectópica. De acordo com a etiologia, a doença péptica pode ser classificada em primária e secundária. Ela é primária quando se apresenta como um distúrbio primário do trato gastrointestinal, e secundária quando está associada a uma situação de estresse, doença crônica e/ou grave, ou devido ao uso de medicamentos¹¹.

A *doença péptica não-ulcerosa – gastroduodenite*: embora possa ocorrer isoladamente, em geral acompanha os quadros de úlcera péptica. Está bem demonstrada a associação entre gastrite antral, na presença de *H. Pylori*, e úlcera péptica duodenal em crianças e adultos, entretanto, a presença deste agente em 20% dos adultos sadios e sua ocorrência idade-dependente não permitiram que se estabelecesse uma relação direta com a doença, a qual dependeria da presença de outros fatores – genéticos, tabagismo ou uso de drogas ulcerogênicas. A erradicação do *H. pylori* da mucosa gástrica, em pacientes com úlcera duodenal, traz alívio da sintomatologia e redução da recorrência da úlcera, entretanto, seu papel nos quadros de gastrites ou gastroduodenites sem úlcera péptica não está bem definido e, nestes casos, sua erradicação não está indicada¹¹. A hipótese de que houvesse uma relação entre a colonização por *H. pylori* e DAR não foi comprovada, não se justificando, portanto, sua investigação em todas as crianças e adolescentes com DAR¹⁹.

A úlcera péptica deve ser considerada como uma das causas de DAR na infância, porém estima-se que apresente baixa incidência nesta faixa etária. Há preponderância da úlcera duodenal sobre a gástrica, e os sintomas são variáveis segundo a idade e, embora a dor de longa duração seja quase sempre referida em crianças menores de sete anos, vômitos e náuseas são manifestações mais frequentes, seguidos da hemorragia. Em crianças acima dessa idade, prevalece a dor seguida da hemorragia. Chama a atenção o fato de a dor não ser típica, nem sempre estar relacionada à ingestão de alimentos e não se apresentar com localização característica. Em adolescentes, o quadro costuma ser semelhante ao dos adultos^{11,20}. Em relação ao diagnóstico, a dor abdominal apresenta alta sensibilidade, porém baixa especificidade, ao contrário dos demais sintomas. A história da doença na família é significativa, e a endoscopia é o exame de escolha para o diagnóstico.

A giardíase e a estrongiloidíase, em geral assintomáticas, podem causar dor abdominal recorrente associada a outros sintomas e, evidentemente, devem ser investigadas e tratadas. Em nosso meio, estudos de base populacional sobre prevalência de parasitoses intestinais indicam que há uma redução de sua frequência em áreas urbanas, verificando-se um predomínio de giardíase em crianças menores de cinco anos²¹. Merece crítica, portanto, a conduta usual de se medicar com Mebendazol crianças com DAR. A constipação intestinal funcional pode cursar com DAR, mas a sua relação com o hábito intestinal deverá contribuir para o diagnóstico e orientação do caso. Estudos controlados não demonstraram a associação entre DAR e deficiência de lactase, assim, dietas de exclusão, sem comprovação diagnóstica, devem ser evitadas^{10,11,22}. Da mesma forma, mais recentemente, não foi comprovada a relação entre DAR e doença celíaca²³.

Abordagem diagnóstica

A anamnese e o exame físico seguem o descrito para a

abordagem das dores recorrentes em geral^{10,11}. Nos casos de DAR, é necessário especial atenção no que se refere à relação da dor com a alimentação e hábito intestinal. Quanto ao exame físico, deve-se, ainda, procurar identificar a presença de massas, visceromegalias e regiões dolorosas à palpação. Se a anamnese e o exame físico não indicarem a presença de doença específica, como investigação inicial, recomenda-se hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, exame qualitativo de urina, urocultura e protoparasitológico. Sinais de alerta que sugerem a presença de doença orgânica^{10,11,24} são apresentados na Tabela 1.

Abordagem terapêutica e prognóstico

É frequente a conduta simplista de medicar as crianças com DAR com vermífugos^{11,20}, sem uma abordagem mais detalhada e continuidade no acompanhamento. Ao se identificar uma causa para a DAR, esta deverá ser adequadamente tratada. Considerar, entretanto, a origem multifatorial, a necessidade de uma abordagem abrangente e a continuidade do acompanhamento em todos os casos. O uso de antiespasmódicos no momento da dor pode exercer efeito placebo e medicalização do sintoma, quando ao contrário, a atenção deve ser voltada à criança como um todo. Quanto ao prognóstico, cerca de 30% das crianças e adolescentes com SDAR apresentam remissão da sintomatologia nos primeiros meses de acompanhamento, porém são frequentes recidivas e o surgimento de dores recorrentes com outra localização, sobretudo cefaléia e dores em membros^{11,12}.

Dores recorrentes em membros

Considerações gerais

Síndromes dolorosas em membros, com evolução crônica ou recorrente, têm sido denominadas de reumatismo de partes moles, reumatismo não articular ou reumatismo psicogênico. São mais frequentes em escolares, entre quatro e 10 anos de idade, com discreto predomínio nas meninas. O conceito utilizado no diagnóstico é o mesmo para as dores de outras localizações: pelo menos três episódios de dor, de intensidade suficiente para interferir nas atividades habituais da criança, por um período de pelo menos três meses. A ocorrência de causa orgânica é rara, acontecendo em cerca de 3% a 4% dos casos²⁵. Dessa forma, em mais de 90% dos casos, trata-se de entidade clínica sem fisiopatologia definida. Em geral, as dores são difusas e não-articulares, com acometimento dos membros inferiores, sendo pouco comum a queixa isolada de dor em membros superiores. Estudo realizado por Moysés et al.²⁶, com 71 crianças portadoras de dor recorrente em membros, mostrou predomínio de dores difusas e de associação com outras dores, destacando que cerca de 25% das crianças apresentavam diagnóstico anterior de febre reumática, sem que houvessem critérios adequados para tal diagnóstico. A seguir, serão abordadas algumas doenças que devem ser consideradas no diagnóstico de crianças com dores recorrentes em membros²⁶⁻²⁹.

Tabela 1 - Dores recorrentes na infância e adolescência – sinais de alerta

Dor abdominal	Dor em membros	Cefaléia
– Perda de peso	– Dor localizada e fixa	– Alterações neurológicas
– Dor de localização periférica	– Dor com irradiação para quadril, joelho ou região lombossacra	– Alterações oculares como edema de papila, anisocoria, nistagmo, instalação de estrabismo, diplopia e diminuição da acuidade visual
– Dor que se irradia para as costas, escápula ou em membros inferiores	– Dor acompanhada de parestesias, câimbras ou fraqueza	– Vômitos persistentes com aumento na frequência ou de início recente
– Dor que repetidamente desperta a criança do sono	– Presença de pontos dolorosos à palpação	– Mudança no padrão da cefaléia, com aumento na intensidade e frequência
– Recusa alimentar em função da dor	– Dor à palpação muscular	– Cefaléia recorrente matinal ou repetidamente desperta a criança
– Presença de sinais e/ou sintomas como febre recorrente, artrite, melena, entre outras	– Dor à movimentação passiva	– Crianças com desaceleração da velocidade de crescimento
– História familiar de doença orgânica como anemia falciforme, doença péptica, litíase urinária e biliar	– Alteração na força muscular	– Diabetes insípido
– Alterações nos exames laboratoriais	– Dificuldades ou alterações à marcha como claudicação ou recusa para andar	– Crianças com idade inferior a 5 anos
	– Manifestações sistêmicas associadas como febre, palidez, rash cutâneo, perda de peso, presença de linfadenopatia e visceromegalia	– Pacientes com neurofibromatose
	– Persistência da dor	

Dores recorrentes em membros sem manifestações sistêmicas

As dores difusas são as mais frequentes: dor de crescimento, fibromialgia, hipermobilidade articular e alterações estruturais e posturais.

Dor de crescimento: a denominação dor de crescimento, apesar de não ter relação com o processo de crescimento, tem seu uso consagrado na literatura. Acomete crianças entre seis e 13 anos de idade, que referem dor musculoesquelética intensa, não articular, localizada em ambos os membros inferiores – região anterior das coxas, região poplíteia e panturrilhas ou periarticular – com duração de 10 a 15 minutos, ocorrendo, em geral, no final da tarde, ou podendo acordar a criança no meio da noite. A criança não consegue apontar com precisão o ponto doloroso, pois a dor é difusa. A correlação com exercícios nem sempre é referida. Comumente a história tem longa duração, sem referência a traumatismos, não existem outras queixas associadas ou comprometimento do estado geral. Melhora com calor, massagem e analgésicos. O exame físico geral e do aparelho locomotor, em especial, são normais, assim como o exame radiológico e as provas laboratoriais^{28,30}.

Fibromialgia (FM): mais frequente em adolescentes, geralmente do sexo feminino. Estudo feito por Yunus e Masi³¹ mostrou que a média de idade de início do quadro foi de 12,3 anos e a duração era de aproximadamente 30 meses. Liphaut et al.³², em estudo realizado em nosso meio,

também observaram um predomínio da FM em meninas (71%), idade média de início de 10,4 anos e pontos dolorosos mais frequentes nas regiões da escápula, cotovelo e joelho. Trata-se de um quadro de dor musculoesquelética difusa, intermitente, geralmente associada a alterações de humor (depressão, ansiedade), a distúrbios de sono e sensação de fadiga. As queixas de outras dores recorrentes, como irritabilidade, edema subjetivo, parestesias e distúrbios do sono também são comuns. Os fatores de piora e sintomas associados têm relação com o modo de vida da criança e do adolescente e com situações de estresse, fadiga, ansiedade e depressão. Os pacientes com essa doença apresentam dores difusas recorrentes nos quatro quadrantes do corpo e dor à digitopressão em 11 de 18 pontos de inserção dos músculos, segundo critérios estabelecidos pelo Colégio Americano de Reumatologia³³. Os exames laboratoriais são normais, e alguns autores chamam a atenção para o risco do superdiagnóstico da FM. Deve-se considerar, ainda, a possibilidade de sobreposição de doenças, pois a FM pode acompanhar, de forma secundária, outras entidades, como a artrite reumatóide juvenil, o lúpus eritematoso sistêmico, a dermatomiosite, ou coexistir com a hipermobilidade articular e defeitos mecânico-posturais²⁹.

Síndrome da hipermobilidade articular (SHA): acomete crianças maiores de cinco anos de idade e se caracteriza pela presença de hipermobilidade articular generalizada, associada a dores musculoesqueléticas, com características semelhantes às das dores de crescimento. Essas crianças

têm ótimo desempenho em atividades físicas que exigem maior amplitude de movimentos de flexão e extensão, mas têm história de quedas frequentes. As dores costumam ser difusas, mas podem manifestar-se como periarticulares ou como artralgia. Frequentemente, limitam-se a uma ou duas articulações e recorrem no mesmo local. As articulações mais acometidas são a dos quadris, joelhos, cotovelos e tornozelos. A artrite ocorre em 10% a 20% dos casos. O exame físico caracteriza-se por uma frouxidão excessiva das estruturas ligamentares das articulações e maior elasticidade. O diagnóstico é confirmado pela presença de pelo menos cinco dos critérios apresentados na Tabela 2. O diagnóstico diferencial deve ser realizado com a síndrome de Ehlers-Danlos e de Marfan que apresentam, além da hiper mobilidade articular, outros achados característicos que permitem o diagnóstico²⁸.

Tabela 2 - Critérios* diagnósticos na síndrome da hiper mobilidade articular (SHA)

- Oposição dos polegares até a face flexora dos antebraços (2)
- Hiperextensão dos dedos das mãos paralelamente à face extensora dos antebraços (2)
- Hiperextensão dos cotovelos, superior a 10° (2)
- Hiperextensão dos joelhos, superior a 10° (2)
- Apoio das mãos no chão durante a flexão do tronco com os joelhos em extensão (1)

* Cada lado corresponde a um critério.

Alterações estruturais/posturais: é comum a presença de alterações ortopédicas estruturais, como pés planos, *genu varum*, *genu valgum* e anteversão dos colos femorais em crianças com queixa de dores recorrentes em membros. Muitas dessas alterações podem fazer parte do desenvolvimento normal da criança, quando ocorrem variações angulares do eixo longitudinal dos membros inferiores, que tendem ao alinhamento espontâneo. Mas, mesmo quando fora do padrão esperado, não há evidências que sustentem que elas possam ser a causa de dores musculoesqueléticas²⁶.

Nas dores localizadas, a investigação direciona-se para o grupo das osteocondrites, síndromes de superuso e tumores ósseos^{27,28,30,34,35}.

Osteocondrites: definidas como alterações localizadas na cartilagem dos ossos que geralmente afetam apenas um local, predominando nos membros inferiores. Acometem mais frequentemente os meninos, com idade entre 3 e 14 anos. Não se conhece a etiopatogenia, mas supõe-se que traumatismos decorrentes de superuso e, em alguns casos, necrose avascular, não relacionada a traumatismo, possam ser fatores causais. O exame radiológico é fundamental na detecção dessas alterações.

Síndromes dolorosas de superuso: é cada vez mais precoce a participação de crianças e adolescentes em atividades esportivas, muitas vezes competitivas, mas com preparação física insuficiente. A sobrecarga de determinadas estruturas anatômicas, por esforço repetitivo, pode levar a microtraumatismos, causando inflamação e conseqüente dor, edema e incapacidade funcional. Pode levar também a fraturas de estresse. Início recente de uma atividade esportiva ou intensificação de treinamento algumas semanas antes da sintomatologia dolorosa fazem parte da história; no início do quadro, a dor piora aos esforços e melhora com o repouso. Evolutivamente, a dor persiste mesmo em repouso e torna-se constante, com exacerbação durante a atividade física. As radiografias não mostram alterações significativas, mas são úteis para afastar outros diagnósticos, como os tumores^{28,36,37}.

A utilização excessiva de computadores por crianças e adolescentes, em situação de lazer (jogos eletrônicos) ou de trabalho, por várias horas durante o dia, vem determinando dores musculoesqueléticas localizadas ou difusas em vários pontos. Além disso, essa situação afasta a criança de outras atividades físicas, e facilita a ocorrência de obesidade, ansiedade, dor torácica, cefaléia e fadiga. A criança pode apresentar a chamada tenossinovite dos digitadores – LER (lesões por esforços de repetição) ou DORT (distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho). A prevenção se faz com postura correta em frente ao computador, utilização de ergonomia adequada e exercícios de alongamento e relaxamento dos braços, punhos, mãos e coluna, em média dez minutos por hora. A criança e o adolescente devem utilizar no máximo duas horas por dia o computador ou o *videogame* e, no caso de dores e lesões musculoesqueléticas, o seu uso deve ser suspenso. Pode ser necessário o uso de analgésicos ou de antiinflamatório não-hormonal e, em alguns casos, tratamento fisiatrico^{28,35,38}.

Tumores ósseos: determinam dor recorrente em membros, localizada, unilateral e fixa no local da lesão. Dentre os tumores benignos, os mais frequentes são o osteoma osteóide, os osteocondromas e os condromas. O osteoma osteóide é um tumor benigno que acomete a área proximal do fêmur, vértebras e tibia proximal, determinando dor profunda e penetrante, que piora à noite. Existe dor à palpação local, atrofia muscular, fraqueza e claudicação no lado do membro acometido, e a dor melhora com o uso de AAS e de outros antiinflamatórios não-hormonais. O osteocondroma aparece como uma massa indolor que afeta as extremidades dos ossos longos e a região de inserção dos tendões, podendo evoluir com alterações funcionais, relacionadas à sua localização e tamanho, determinando dor por compressão de estruturas vasculares e nervosas. Cerca de metade dos tumores ósseos primários da criança são malignos, constituindo 1% das neoplasias malignas da infância. Os mais frequentes são o osteossarcoma (sarcoma osteogênico) e o sarcoma de Ewing. As alterações radiológicas são sugestivas do tumor, e o diagnóstico definitivo é feito pela biópsia óssea³⁴.

Dores recorrentes em membros com manifestações sistêmicas

Neste grupo, encontram-se as doenças do tecido conjuntivo, disvitaminoses, doenças endócrinas e hemoglobinopatias.

Doenças do tecido conjuntivo: evoluem com dores simétricas em membros, associadas a manifestações sistêmicas e geralmente com comprometimento articular ou muscular. As doenças inflamatórias acompanham-se de rigidez matinal, e os movimentos costumam melhorar com a deambulação.

Disvitaminoses e doenças endócrinas: o escorbuto (carência de vitamina C), a hipervitaminose A e o raquitismo (deficiência de vitamina D) apresentam outros sinais/sintomas que auxiliam o diagnóstico. Doenças endócrinas que evoluem com desmineralização óssea, como o hipotireoidismo, o hiperparatireoidismo e a doença de Cushing podem cursar com dores em membros.

Hemoglobinopatias: a anemia falciforme pode apresentar, como manifestação clínica, dores em ossos longos, durante as crises hemolíticas, apesar de predominarem as artrites e artralguas. Outras hemoglobinopatias, como a talassemia major e a hemoglobinopatia S-C, também determinam dores recorrentes em membros. A presença de anemia e de outros sinais e sintomas orientam o diagnóstico, confirmado pelo hemograma e pela eletroforese de hemoglobina.

Abordagem diagnóstica

A abordagem das dores recorrentes em membros deve seguir a orientação já apresentada para as dores recorrentes em geral. Alguns aspectos da anamnese e do exame físico, entretanto, merecem especial atenção. Na história, quando existem manifestações sistêmicas como febre, anemia, emagrecimento, erupções cutâneas, sangramento, edema, perda de força muscular, fadiga, artrite, adenomegalia, hepatoesplenomegalia, dificuldade à deambulação e outras, a investigação deverá ser mais dirigida à possível etiologia. O exame do aparelho locomotor é fundamental na criança com queixa de dor em membros. Devem ser realizados avaliação da postura e da marcha, semiologia articular (inspeção, palpação, movimentação ativa e passiva de todas as articulações, incluindo a do quadril), palpação de pulsos periféricos, medida do comprimento dos membros inferiores: distância entre a espinha ântero-superior e o maléolo tibial medial (não se valorizam diferenças de até 0,5cm) e avaliação da força muscular.

Na investigação laboratorial das crianças com dores recorrentes em membros, é suficiente, na maioria dos casos, a realização do hemograma completo e de uma prova inflamatória de fase aguda, geralmente a velocidade de hemossedimentação (VHS). Deve-se aprofundar a investigação diagnóstica na presença de sinais de alerta (Tabela 1).

Abordagem terapêutica e prognóstico

Ao se identificar uma causa para a dor, esta deverá ser adequadamente tratada. Nas demais situações, é importante explicitar para os pais que não existe uma doença, mas que a dor é real, e o sintoma pode significar uma forma da criança expressar suas vivências, situações de ansiedade ou de conflito. O prognóstico é benigno, as dores têm curso autolimitado e exercícios de relaxamento podem ser eficazes^{28,39}.

Quanto à síndrome da hiper mobilidade articular, em decorrência da maior possibilidade de microtraumas, ruptura de ligamentos, tendões e artrose precoce, atividades como balé, capoeira e ginástica olímpica devem ser evitadas. O tratamento deve ser realizado com fisioterapia ativa e/ou a prática de esportes aquáticos para fortalecer a musculatura periarticular. Os anti-inflamatórios não esteróides só devem ser indicados nos casos de dor intensa. No que se refere à fibromialgia, não existe consenso quanto ao tratamento, mas tem sido referida melhora após medidas combinadas de aumento de atividade física, diminuição das situações de estresse, relaxamento e uso de antidepressivos. Raramente são indicados analgésicos e anti-inflamatórios.

Cefaléias recorrentes

Considerações gerais

A cefaléia é uma queixa comum em pediatria e, quando esporádica, não costuma interferir no cotidiano da criança; no entanto, quadros recorrentes levam a um comprometimento das atividades habituais, sendo importante causa de absentismo escolar e de procura em serviços de saúde. O estudo de Bo Bille, que incluiu 9.000 crianças e adolescentes na Suécia, em 1955, revelou que 35% das crianças aos sete anos, e 54% dos adolescentes aos 15 anos referiam episódios de cefaléia esporadicamente. O mesmo autor verificou que a queixa de cefaléia recorrente foi relatada por 2,5% das crianças aos sete anos, e por 15,7% dos adolescentes⁴⁰. No trabalho de Oster e Nielsen, realizado na Dinamarca, em escolares e adolescentes, verificou-se uma prevalência de 20,6%, e predomínio em meninas². Outros autores têm encontrado resultados semelhantes^{41,42}.

Em 1988, a Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC) propôs uma classificação de cefaléias, estruturada de acordo com o grau de complexidade diagnóstica (Tabela 3). Os tipos de número um a quatro contêm as cefaléias primárias, isto é, aquelas que não são decorrentes de doenças orgânicas específicas de origem intracraniana ou sistêmica, são as mais frequentes na faixa etária pediátrica e, dentre estas, predominam as enxaquecas e as cefaléias tipo tensional^{43,44}. As dificuldades de as crianças especificarem seus sintomas fazem com que, muitas vezes, a diferenciação entre esses dois diagnósticos seja feita de forma evolutiva, durante o seguimento do paciente.

Enxaqueca (migrânea): caracteriza-se por manifestação algica de moderada/forte intensidade, freqüentemente

Tabela 3 - Classificação das cefaléias, algias cranianas e dor facial da Sociedade Internacional de Cefaléia – SIC (1988)

-
- 1. Migrânea (enxaqueca)**
 - Migrânea sem aura (enxaqueca comum)
 - Migrânea com aura (enxaqueca clássica)
 - Migrânea oftalmoplégica
 - Migrânea retiniana
 - Síndromes periódicas da infância que podem ser precursoras ou estar associadas à migrânea
 - Complicações da migrânea
 - Distúrbio migranoso que não preenche os critérios acima
 - 2. Cefaléia do tipo tensional**
 - Cefaléia do tipo tensional episódica
 - Cefaléia do tipo tensional crônica
 - Cefaléia do tipo tensional que não preenche os critérios acima
 - 3. Cefaléia em salvas e hemicrania paroxística crônica**
 - Cefaléia em salvas
 - Hemicrania paroxística crônica
 - Distúrbio semelhante à cefaléia em salvas que não preenche os critérios acima
 - 4. Cefaléias diversas não associadas à lesão estrutural**
 - Cefaléia idiopática em facada
 - Cefaléia por compressão externa
 - Cefaléia por estímulo frio
 - Cefaléia benigna de tosse
 - Cefaléia benigna do esforço
 - Cefaléia associada à atividade sexual
 - 5. Cefaléia associada a trauma craniano**
 - 6. Cefaléia associada a distúrbios vasculares**
 - 7. Cefaléia associada a outros distúrbios intracranianos não vasculares**
 - 8. Cefaléia associada à substância ou sua retirada**
 - 9. Cefaléia associada à infecção não cefálica**
 - 10. Cefaléia associada a distúrbio metabólico**
 - 11. Cefaléia ou dor facial associada a distúrbio de crânio, pescoço, olhos, orelhas, seios paranasais, dentes ou outras estruturas**
 - 12. Neuralgias cranianas, dor de tronco nervoso e dor da deaderentação**
 - 13. Cefaléias não classificável**
-

interferindo nas atividades cotidianas, acompanhada por sintomas gastrointestinais (náuseas e vômitos), fotofobia, fonofobia e, ocasionalmente, por manifestações neurológicas transitórias (hemianopsia, parestesia, paresia, ataxia, que caracterizam a aura). Sua prevalência em escolares e adolescentes está estimada em 5% a 10%, sua frequência aumenta com a idade, predomina nos meninos até os sete anos, iguala-se na faixa etária de sete a 11 anos e, posteriormente, acomete meninas em maior proporção⁴⁵⁻⁴⁷. A Sociedade Internacional de Cefaléia (SIC), em 1988, definiu o diagnóstico de enxaqueca para adultos – ocorrência de pelo menos cinco crises, com duração entre quatro (duas horas para menores de 15 anos) e 48 horas, e a presença dos critérios relacionados na Tabela 4. Ainda segundo a SIC, a enxaqueca pode ser classificada em enxaqueca sem aura,

enxaqueca com aura e outros tipos de enxaqueca. Vários autores^{44,46,48} têm questionado os critérios para o diagnóstico da enxaqueca na infância e na adolescência, pois observa-se que, nesta faixa etária, o quadro clínico apresenta algumas diferenças em relação ao do adulto. A duração mínima de duas horas é considerada pouco frequente, em geral o acometimento é bilateral, em região frontal e, raramente, a criança consegue caracterizar a dor como pulsátil, bem como definir a intensidade do sintoma. A fotofobia e a fonofobia, quando presentes, nem sempre estão associadas. As classificações de Vahlkist's e a de Prenskey e Sommer apresentam maior sensibilidade^{44,46} na faixa etária pediátrica, entretanto, é consenso que não há, ainda, uma classificação adequada para a enxaqueca na infância. O Comitê de Cefaléia em Pediatria da Associação

Tabela 4 - Critérios da SIC para o diagnóstico de enxaqueca sem aura em crianças**Presença de pelo menos dois dos seguintes critérios:**

- localização unilateral;
- dor de caráter pulsátil;
- intensidade moderada ou severa (inibem ou impedem atividades diárias);
- agravada por exercícios físicos ou subir escadas.

Presença de pelo menos um dos sintomas, durante a crise dolorosa:

- náusea e/ou vômitos;
- fotofobia e fonofobia.

Pelo menos um dos seguintes critérios:

- história e/ou exame físico geral e/ou neurológico não sugerem outras causas de cefaléias;
- história e/ou exame físico sugerem tais causas, mas foram afastadas pela realização de exames complementares;
- tais alterações estão presentes, mas as crises dolorosas não apresentam relação temporal com as mesmas.

para Estudos de Cefaléia apresentou uma proposta de revisão dos critérios da SIC que incluem: duração de uma a 48 horas, localização bifrontal, biparietal ou unilateral e fotofobia ou fonofobia, não necessariamente associadas^{44,49}

A enxaqueca mais freqüente no paciente pediátrico é a enxaqueca sem aura e, habitualmente, está associada a sintomas neurovegetativos, principalmente náuseas, vômitos e dor abdominal. A enxaqueca com aura ocorre, principalmente, entre adolescentes, são geralmente visuais, precedem ou acompanham o quadro doloroso e duram entre cinco minutos a uma hora. Os demais tipos de enxaqueca são pouco freqüentes na criança^{43,44}.

É significativa a freqüência de enxaqueca nos familiares mais próximos, sendo considerado um importante dado de anamnese^{43,49,50}. Diante desta evidência, vários tipos de herança genética têm sido postulados, entretanto, a única confirmação refere-se à identificação do gen responsável pela enxaqueca hemiplégica familiar^{51,52}. Fatores relacionados ao ambiente familiar e escolar relacionam-se à ocorrência de enxaqueca^{50,51,53}, sendo descritos, com freqüência, alguns distúrbios no período intercrítico – cinetose, sonambulismo, sonilóquio e terror noturno^{52,54}. A identificação de tipos de personalidade e de temperamento da criança com enxaqueca, como ansiedade e depressão, não está bem estabelecida^{50,55}.

Cefaléia tipo tensional: o diagnóstico de cefaléia tipo tensional, segundo critérios da SIC, é feito na presença de dor de caráter contínuo que pode limitar, mas não costuma atrapalhar as atividades da criança; a dor é em aperto ou em pressão, geralmente bilateral, com duração entre 30 minutos e sete dias e ausência de náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia. Há grande dificuldade na abordagem diagnósti-

ca e epidemiológica da cefaléia tipo tensional, devido à imprecisão de sua definição e, na prática clínica, esse diagnóstico é feito por exclusão naquela criança com quadro de cefaléia recorrente que não preenche os critérios estabelecidos para a enxaqueca sem aura. Estudos de acompanhamento clínico de crianças e adolescentes com quadros de enxaqueca sem aura e cefaléia tipo tensional têm demonstrado, com freqüência, a mudança de um para outro diagnóstico, sendo que alguns autores consideram que estes dois tipos de cefaléia poderiam representar diferentes graus de uma mesma enfermidade^{52,56}. Fatores envolvidos no desencadeamento das crises são comuns à enxaqueca – tensões familiares, ocorrência de eventos críticos, dificuldades escolares, dores crônicas em familiares, entre outras^{43,57}.

Cefaléias secundárias – hipertensão intracraniana, hipertensão arterial, sinusite

Apenas 5% das cefaléias recorrentes em crianças são secundárias à doença orgânica, e uma das grandes preocupações do pediatra é a possibilidade de tratar-se de um processo expansivo intracraniano. As neoplasias cerebrais são os tumores sólidos mais freqüentes na infância, entretanto, constituem causa infreqüente de cefaléia na infância, devido à pequena incidência de neoplasia nessa faixa etária. As apresentações clínicas das neoplasias intracranianas dependem de sua localização, da sua velocidade de crescimento, da presença de infiltração e de invasão de estruturas vasculares ou de obstrução das vias de liquor. A localização anatômica, sintomas e sinais clínicos fornecem as bases para a classificação das neoplasias na infância. As neoplasias infratentoriais apresentam-se, geralmente, com hidrocefalia, sintomas e sinais clínicos de hipertensão intracra-

niana (cefaléia e/ou vômitos), sinais cerebelares (ataxia), do tronco cerebral (paralisia de pares cranianos) ou meníngeos. Nas neoplasias do terceiro ventrículo, são comuns a hidrocefalia, os distúrbios neuroendócrinos e os da via óptica. Convulsão, hemiparesias e incoordenação motora são sinais/sintomas de neoplasias hemisféricas⁵⁸. Estudos que analisaram a presença de sinais e sintomas no diagnóstico de tumores cerebrais na infância têm demonstrado que a cefaléia apresenta alta sensibilidade, porém baixa especificidade, enquanto que alterações neurológicas, além da alta especificidade, surgem precocemente, sendo improvável a presença de neoplasia cerebral na ausência dessas alterações^{43,58}. A cefaléia secundária a tumores intracranianos geralmente apresenta evolução crônica e progressiva, acometimento no período matutino e exacerbações relacionadas a mudanças na posição da cabeça, tosse ou manobra de Valsalva⁴³.

A principal causa de hipertensão arterial na infância é de etiologia renal, podendo ser decorrente, também, de feocromocitoma e coarctação da aorta. Embora causa rara de cefaléia recorrente, vale ressaltar a importância da medida da pressão arterial em todas as crianças e adolescentes. A sinusite, freqüentemente aventada como causa de cefaléia na prática clínica, acompanha-se de sinais e sintomas do trato respiratório. A cefaléia relacionada aos vícios de refração ocorre devido ao esforço contínuo exercido pelo músculo ciliar após longos períodos de esforço visual. Localiza-se, habitualmente, em região frontal, é bilateral e melhora após curto período de repouso visual⁴³.

Abordagem diagnóstica

A anamnese e o exame físico, assim como nas demais dores recorrentes, são fundamentais. Deve-se ressaltar, entretanto, a importância da medida de pressão arterial e do exame neurológico. Não se recomenda a solicitação de exames subsidiários sistematicamente, se a anamnese e o exame físico não indicarem alterações ou presença de doença específica⁵⁸. É fundamental que seja apresentado à criança e aos seus pais o plano de acompanhamento, esclarecendo a necessidade de várias consultas para um diagnóstico definitivo. Alguns autores sugerem que o pediatra solicite à criança que faça desenhos como uma forma de expressar sua sintomatologia, além do relato sobre as crises de dor, freqüência, fatos e situações que as precederam^{43,59}. A presença de sinais de alerta^{43,52} (Tabela 1) indica necessidade de uma investigação mais dirigida.

Abordagem terapêutica e prognóstico

Uma vez estabelecida a etiologia da cefaléia, o tratamento e/ou os procedimentos adequados deverão ser iniciados. A seguir, serão abordadas as condutas frente aos quadros mais freqüentes.

Na maior parte das vezes, o tratamento da enxaqueca não requer medicamentos, lembrando que este deverá ser sempre individualizado e estabelecido junto à família e ao

paciente^{43,60}. Em relação ao tratamento medicamentoso, existem dois grupos principais de drogas, as sintomáticas e as profiláticas das crises de dor. Crianças costumam responder bem ao sono, sendo indicado no momento da dor a procura de um local calmo, escuro e alguns minutos de repouso^{43,60}. Em caso de não melhora, indica-se um analgésico comum, geralmente suficiente para o tratamento da crise dolorosa. Antiinflamatórios não esteróides ou associações de paracetamol ou ácido acetilsalicílico com cafeína têm sido utilizados com bons resultados. Quando o paciente apresenta aura, orienta-se a utilização de medicação no início da sua manifestação. Quando há náuseas e vômitos associados às crises, está indicada a administração de antieméticos. Dentre as medicações específicas para o tratamento da enxaqueca moderada e grave, as quais não respondem aos analgésicos comuns, tem-se os derivados de ergotamina e os triptanos, com limitações para o uso na criança⁴³. O tratamento profilático é indicado pela maioria dos autores, quando ocorrem mais de duas crises mensais, ou se, ocorrendo um número menor, estas apresentarem um das seguintes características: crises muito intensas ou incapacitantes, associadas a manifestações neurológicas focais, ou quando os processos dolorosos são de duração excessiva. As drogas habitualmente utilizadas na profilaxia são o propranolol, a flunarizina, o divalproato de sódio, o pizotifeno e a ciproheptadina⁶⁰. O tratamento da cefaléia tipo tensional é baseado em medidas profiláticas não medicamentosas. O conhecimento dos fatores precipitantes e a utilização de medidas como relaxamento podem ser úteis.

Conclusões

Finalmente, deve-se destacar a importância do acompanhamento das crianças e adolescentes com dores recorrentes pelo pediatra em ambulatorios, unidades básicas de saúde ou consultórios privados, considerando que esses serviços reúnem melhores condições para que se estabeleça a relação médico-paciente, o vínculo, permitindo uma atenção integral à sua saúde. Deve-se fazer um esforço conjunto no sentido de melhorar a qualidade de vida da criança, sendo fundamental a realização de uma abordagem que apreenda não apenas as características da dor e de suas manifestações, mas que seja capaz de perceber a criança na sua subjetividade e nas suas diversas dimensões sociais.

Referências bibliográficas

1. Zuccolotto SMC, Raíña W, Sucupira ACSL. Dores em geral e principais dores recorrentes: abdominal, cefaléia e em membros. In: Marcondes E, Vaz FAC, Ramos JLA, Okay Y. *Pediatria Básica*. São Paulo: Sarvier; 2002.p.200-6.
2. Oster J. Recurrent abdominal pain, headache and limb pain in children and adolescents. *Pediatrics* 1972;50:429-36.
3. Levine MD, Rappaport LA. Recurrent abdominal pain in school children: the loneliness of the long distance physician. *Pediatr Clin North Am* 1984;31:968-91.

4. Okada M, Teixeira MJ, Tengan SK. Dor em Pediatria. In: Teixeira MJ, Figueiró JAB. Dor. Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr; 2001.p.376-96.
5. Apley J, Naish N. Recurrent abdominal pains: a field survey of 1000 school children. Arch Dis Child 1958;33:165-70.
6. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andrulonis PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. J Pediatr 1996;129:220-6.
7. Boey CC, Goh KL. Predictors of recurrent abdominal pain among 9 to 15-year-old urban school-children in Malaysia. Acta Paediatr 2001;90:353-5.
8. Huang RC, Palmer LJ, Forbes DA. Prevalence and pattern of childhood abdominal pain in an Australian general practice. J Paediatr Child Health 2000;36:349-53.
9. Zeiter DK, Hyams JS. Recurrent abdominal pain in children. Pediatr Clin North Am 2002;49:53-71.
10. Thiessen PN. Recurrent abdominal pain. Pediatr Rev 2002; 23:39-46.
11. Zuccolotto SMC. Dor abdominal recorrente. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. Pediatria em consultório. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000. p.483-91.
12. Walker LS, Garber J, Smith CA, Slyke DAV, Claar RL. The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. J Consult Clin Psychol 2001;69:85-91.
13. Campo JV, Lorenzo C, Chiappeta L, Bridge J, Colborn K, Gartner C Jr, et al. Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: do they just grow out of it? Pediatrics 2001; 108:1-7.
14. Olafsdottir E, Ellertsen B, Berstad A, Fluge G. Personality profiles and heart rate variability (vagal tone) in children with recurrent abdominal pain. Acta Paediatr 2001;90:632-7.
15. Chelimsky G, Boyle JT, Tusing L, Chelimsky TC. Autonomic abnormalities in children with functional abdominal pain: coincidence or etiology? J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001; 33:47-53.
16. Lorenzo C, Youssef NN, Sigurdsson L, Scharff L, Griffiths J, Wald A. Visceral hyperalgia in children with functional abdominal pain. J Pediatr 2001;139:838-43.
17. Stordal K. Organic abnormalities in recurrent abdominal pain in children. Acta Paediatr 2001;90:638-42.
18. Lunardi CA, Azevedo LA, Azevedo LCP. Dor abdominal crônica recorrente no ambulatório de gastropediatria. J Pediatr (Rio J) 1997;73:180-8.
19. Wewer V, Andersen LP, Paerregard A, Gernow AB, Hart Hansen JP, Matzen P, et al. The prevalence and related symptomatology of Helicobacter pylori in children with recurrent abdominal pain. Acta Paediatr 1998;87:830-5.
20. Toporovski MS, Neufeld CB, Chiara AMM, Françoise LA, Beznos GW, Coates V. Doença péptica: estudo comparativo entre crianças e adolescentes. J Pediatr (Rio J) 1998;74:233-8.
21. Ferreira UM, Ferreira CS, Monteiro CA. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública 2000;34:73-82.
22. Boey CCM. Lactase deficiency among Malaysian children with recurrent abdominal pain. J Paediatr Child Health 2001;37: 157-60.
23. Fitzpatrick KP, Sherman PM, Ipp M, Saunders N, MacCarthur C. Screening for celiac disease in children with recurrent abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2001;33:250-2.
24. Zeiter DK, Hyams JS. Clinical aspects of recurrent abdominal pain. Pediatr Ann 2001;30:17-21.
25. Naish JM, Apley J. "Growing pains": a clinical study of non arthritic limb pains in children. Arch Dis Child 1951;26:134-40.
26. Moysés MAA, Kiss MHK, Bresolin AMB. Dores em membros na infância: resultados preliminares em 71 crianças. Pediatria (São Paulo) 1986;8:50-4.
27. Cassidy JT, Petty RE. Musculoskeletal pain syndromes of nonrheumatic origin. In: Cassidy JT, Petty RE, editores. Textbook of Rheumatology. 3ª ed. Philadelphia: WB Saunders; 1995. p.108-132.
28. Zuccolotto SMC, Sucupira ACSL, Silva CAA. Dores recorrentes em membros. In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. Pediatria em consultório. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.p.468-82.
29. Pereira BAF. Seria a fibromialgia juvenil a solução definitiva para o complexo diagnóstico das síndromes dolorosas em crianças? Rev Bras Reumatol 1998;38:1-4.
30. Rocha EST, Pedreira ACS. Problemas ortopédicos comuns na adolescência. J Pediatr (Rio J) 2001;77:225-33.
31. Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty three patients and matched normal controls. Arthritis Rheum 1985;28:138-45.
32. Liphaut BL, Campos LMMA, Silva CAA, Kiss MHB. Síndrome da fibromialgia em crianças e adolescentes. Estudo clínico de 34 casos. Rev Bras Reumatol 2001;41:71-4.
33. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. Arthritis Rheum 1990; 33:160-172.
34. Bresolin AMB, Sucupira ACSL, Kiss MHB, Moysés MA, Suzuki I. Dor em membros. In: Marcondes E, editor. Roteiros diagnósticos em Pediatria. São Paulo: Sarvier; 1987.p.154.
35. Silva CAC. Dores e lesões musculoesqueléticas associadas a computadores e vídeo-games em crianças e adolescentes. Pediatria (São Paulo) 1999;21:298-307.
36. Maffulli N, Bruns W. Injuries in young athletes. Eur J Pediatr 2000;159:59-63.
37. Sullivan JA. Recurring pain in the pediatric athlete. Pediatr Clin North Am 1984;31:1097-112.
38. Barros CMMCC. Jogos eletrônicos: qual a dose certa? Pediatr Moderna 1999;32:59-60.
39. Mata Sandoval A, Frias Áustria R. Dolores de crecimiento. Tratamiento com ejercicios de relajación. Bol Méd Hosp Infant Méx 1988;55:194-200.
40. Bille B. Migraine in school children. Acta Paediatr 1962;51 Suppl 136:1-151.
41. Silampää M. Changes in the prevalence of migraine and other headaches during the first seven school years. Headache 1983;23:15-9.
42. Barea LM, Tannhauser M, Rotta NT. An epidemiology study of headache among children and adolescents of southern Brazil. Cephalalgia 1996;16:545-9.
43. Resegue R, Zuccolotto SMC. Cefaléia recorrente In: Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zuccolotto SMC. Pediatria em consultório. 4ª ed. São Paulo: Sarvier; 2000.p.458-67.
44. Linder SL, Winner P. Pediatric Headache. Med Clin North Am 2001;85:1037-53.
45. Martin S. Prevalence of migraine headache in Canada. CMAJ 2001;164:1481.
46. Gherpelli JL, Nagae Poetscher LM, Souza AM, Bosse EM, Rabello GD, Diament A, et al. Migraine in childhood and adolescence. A critical study of the diagnostic and of the influence of age on clinical findings. Cephalalgia 1998;18:333-41.
47. Al Jumah, Awada A, Al Azzan S. Headache syndromes amongst schoolchildren in Riyadh, Saud Arábia. Headache 2002;42:281-6.

48. Cano A, Palomeras E, Alfonso S, Ortega D, Sanz P, Fossas P. Migraine without aura and migrainous disorder in children; International Headache Society (IUS) and revised HIS criteria. *Cephalalgia* 2000;20:617-20.
49. Winner P, Wasieswski W, Gladstein J. Multicenter prospective evaluation of proposed pediatric migraine revisions to the ISH criteria. *Headache* 1997;37:545-8.
50. Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P, Helenius H. Pain experience of children with headache and their families: a controlled study. *Pediatrics* 2000;106:270-5.
51. Guidetti V, Galli F. Recent development in paediatric headache. *Curr Opin Neurol* 2001;14:335-40.
52. Arruda MA. Abordaje de las cefaleas em la infância. *Neuroeje* 1998;12:27-31.
53. Nodari E, Battstella PA, Naccarella C, Vidi M. Quality of life in young Italian patients with primary headache. *Headache* 2002;42:268-74.
54. Anttila P, Metsahonkala L, Mikkelsen M, Helenius H, Sillanpää M. Comorbidity of other pains in schoolchildren with migraine or nonmigrainous headache. *J Pediatr* 2001;138:176-80.
55. Fearon P. Relation between headache in childhood and physical and psychiatric symptoms in adulthood: national birth cohort study. *BMJ* 2001;322:1145-8.
56. Zebenholzer K, Wöber C, Kienbacher C, Wöber-Bingöl C. Migrainous disorder and headache of the tension-type not fulfilling the criteria: a follow-up study in children and adolescents. *Cephalalgia* 2000;20:611-6.
57. Virtanen R, Aromaa M, Rautava P, Metsähonkala L, Anttila P, Helenius H, et al. Changes in headache prevalence between pre-school and pre-puberal ages. *Cephalalgia* 2002;22:179-85.
58. Argollo N, Lessa I. Associação de sinais e sintomas com neoplasias cerebrais na infância. *J Pediatr (Rio J)* 2000;76:361-7.
59. Stafstrom CE, Rostasy K, Minster A. The usefulness of children's drawings in the diagnosis of headache. *Pediatrics* 2002;109:460-72.
60. Gherpelli JLD. Tratamento das cefaléias. *J Pediatr (Rio J)* 2002;78 Supl 1:3-8.

Endereço para correspondência:

Dra. Rosana Fiorini Puccini
Rua Botucatu, 598 – Vila Clementino
CEP 04023-062 – São Paulo, SP
Fone/Fax: (11) 5549.6124
E-mail: rfpuccini@terra.com.br