REUMATOPÉDIA

Reumatologia Pediátrica Ampliada

Da Avaliação Clínica ao Tratamento

Carlos Nobre Rabelo Júnior
Marco Felipe Castro da Silva

Atheneu

REUMATOPÉDIA

Reumatologia Pediátrica Ampliada

Da Avaliação Clínica ao Tratamento



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

REUMATOPÉDIA

Reumatologia Pediátrica Ampliada

Da Avaliação Clínica ao Tratamento

Carlos Nobre Rabelo Júnior

Médico Reumatologista Pediatra com Título de Especialista em Pediatria e Reumatologia Pediátrica. Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Coordenador Assistente do Internato do Curso de Medicina da Universidade Christus (Unichristus). Médico Assistente do Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza, CE.

Marco Felipe Castro da Silva

Médico Reumatologista Pediatra com Título de Especialista em Pediatria e Reumatologia Pediátrica. Doutor em Ciências Médicas pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP). Membro da Comissão de Reumatologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR). Coordenador do Internato em Pediatria e da Disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Christus (Unichristus). Médico Assistente e Responsável pelo Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza, CE.

Atheneu

Rio de Janeiro • São Paulo

2026

Editora Atheneu

São Paulo	–	Rua Maria Paula, 123 – 13º andar Conjuntos 133 e 134 Tel.: (11) 2858-8750 E-mail: atheneu@atheneu.com.br
Rio de Janeiro	–	Rua Bambina, 74 – Lojas A e B Tel.: (21) 3094-1295 E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu
Capa: Paulo Verardo
Produção Editorial: Arte & Ideia

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

R345

Reumatologia pediátrica ampliada : da avaliação clínica ao tratamento / [organização] Carlos Nobre Rabelo Júnior, Marco Felipe Castro da Silva. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2026.
il. ; 24 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1242-5

1. Reumatologia pediátrica - Diagnóstico. 2. Reumatologia pediátrica - Tratamento. 3. Reumatismo em crianças. I. Rabelo Júnior, Carlos Nobre. II. Silva, Marco Felipe Castro da.

26-104872.0

CDD: 618.92723
CDU: 616-002.77-053.2

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

29/04/2026 29/04/2026

Rabelo Júnior CN, Silva MFC
Reumatologia Pediátrica Ampliada: Da Avaliação Clínica ao Tratamento

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2026.

Seção 1

Bases para o Diagnóstico em Reumatologia Pediátrica

CAPÍTULO

1 Anamnese e Exame Físico em Reumatologia Pediátrica

Carlos Nobre Rabelo Júnior

Introdução

- As doenças reumáticas podem provocar importante impacto médico, social e econômico, para o paciente e sua família. Na maioria das vezes, são condições crônicas que exigem grande demanda dos sistemas de saúde pelo seu elevado potencial de sequelas e incapacidades a curto e longo prazo.
- Para o diagnóstico é fundamental uma história clínica precisa e detalhada, bem como um exame físico completo e meticuloso, essenciais para confirmar as causas e as consequências das queixas do paciente.
- A história das queixas nas crianças é frequentemente relatada pelos pais ou cuidadores e baseia-se na observação e interpretação da fala e do comportamento. Os problemas relatados nas consultas podem ser bem vagos, como: "minha filha tem dor nas pernas", "ele está com o joelho inchado há muito tempo", "meu filho está mancando", "minha filha tem febre todo mês", "minha filha está perdendo peso e com manchas vermelhas na pele", "ele está caindo muito e não consegue mais correr", "ela não consegue mais subir as escadas e acorda toda travada".
- Lactentes e pré-escolares podem ter dificuldade de descrever e localizar as queixas de forma fidedigna. É comum a criança negar que tem dor quando questionada diretamente e apresentar, por outro lado, mudanças no comportamento (irritabilidade, perda de interesse pelas brincadeiras, absenteísmo escolar, sono agitado) ou regressão dos marcos de desenvolvimento.
- Este capítulo abordará os principais aspectos da anamnese e do exame físico em reumatologia pediátrica.

Identificação

- A maioria das doenças da reumatologia pediátrica apresenta uma relativa predileção por sexo e faixa etária (Quadro 1.1).

Quadro 1.1. Principais doenças reumáticas pediátricas por faixa etária de maior prevalência

Lactente	Pré-escolar	Escolar	Adolescente
Artrite pós-infecciosa Artrite séptica Artrite idiopática juvenil (pauciarticular) Doença de Kawasaki Síndromes autoinflamatórias Lúpus neonatal Edema hemorrágico agudo da infância	Artrite idiopática juvenil (pauci/poliarticular, sistêmica e psoriásica) Dermatomiosite juvenil Artrite séptica Doença de Kawasaki Dor recorrente benigna em membros Vasculite por IgA (VIgA) Artrite pós-infecciosa Síndromes autoinflamatórias (SAI)	Febre reumática Vasculite por IgA Artrite reativa Artrite idiopática juvenil (relacionada à entesite, poliarticular e sistêmica) Esclerodermia localizada e sistêmica juvenil Lúpus eritematoso sistêmico pediátrico Dermatomiosite juvernil Arterite de Takayasu Dor recorrente em membros Doença de Behçet	Lúpus eritematoso sistêmico juvenil Espondiloartrites Artrite reativa Fibromialgia juvenil Esclerodermia sistêmica juvenil Febre reumática Dermatomiosite juvenil Arterite de Takayasu Vasculites associadas ao anticorpo anticitoplasma de neutrófilo (ANCA) Artrite idiopática juvenil (poliarticular e relacionada à entesite) Doença de Behçet

Fonte: Autoria própria.

- No sexo feminino, são mais prevalentes: lúpus eritematoso sistêmico pediátrico (LESP); artrite idiopática juvenil (AIJ), dermatomiosite juvenil (DMJ), síndrome de Sjögren (SS), síndrome antifosfolípide (SAF), esclerodermia sistêmica juvenil (ESJ), doença mista do tecido conjuntivo (DMTC) e fibromialgia juvenil (FMJ).
- No sexo masculino, são mais comuns: AIJ subtipo artrite relacionada à entesite (ARE), espondiloartrites, vasculite por IgA, artrite reativa, artrite séptica e doença de Kawasaki.

Queixa principal

- As principais queixas em consultas médicas ou internações hospitalares no que diz respeito à reumatologia pediátrica podem ser vistas no Quadro 1.2.

Quadro 1.2. Queixas principais mais comuns das doenças reumáticas da infância

Artrite ou artralgia	Dor difusa ou fadiga	Alopecia e fotossensibilidade
Mialgia ou fraqueza muscular	Dor óssea	Anasarca, hematúria, proteinúria
Rigidez matinal	Deformidades articulares	Perda ponderal
Dor recorrente em membros	Febre (recorrente ou prolongada)	Aftas de repetição
Claudicação	Fenômeno de Raynaud	Olho vermelho
Dorsalgia ou lombalgia	Exantema ou outras lesões cutâneas	Alterações de exames laboratoriais

Fonte: Autoria própria.

História da doença atual

- Devem-se detalhar os sinais e sintomas com o paciente e/ou responsáveis, apurando sobre a duração, o modo de início, os possíveis agentes desencadeantes (trauma, infecções prévias recentes, imunizações, uso de medicamentos, viagens), a evolução, a intensidade, os fatores moduladores (melhora e piora) e os sintomas associados.
- É importante lembrar de questionar se já houve busca por auxílio médico anteriormente e qual o tratamento prescrito na ocasião, uma vez que pode haver alteração do curso natural da patologia, além da possibilidade de eventos adversos aos medicamentos. Como não são doenças muito prevalentes quando comparadas com outras especialidades pediátricas, é comum os pacientes chegarem ao reumatologista pediatra com rótulos diagnósticos inapropriados, bem como em uso de medicamentos de forma inadequada.
- É aconselhável que o paciente participe ativamente da consulta, especialmente quando ele já conseguir relatar detalhes dos seus sintomas, no caso de escolares e adolescentes.
- Tratando-se de dor articular, é essencial caracterizar se é de caráter inflamatório, encontrada na maioria das doenças reumáticas, especialmente na AIJ, espondiloartrites e colagenoses. São exemplos de patologias que cursam com dor articular não inflamatória: hipermobilidade articular, condromalácia patelar, doença de Osgood-Schlatter e fibromialgia. A abordagem e classificação do paciente com artrite será detalhada nos Capítulos 5 (Abordagem da Criança e do Adolescente com Artrite Aguda) e 6 (Abordagem da Criança e do Adolescente com Artrite Crônica).
- É fundamental que durante a anamnese seja questionada sobre a presença de sintomas gerais e de acometimento de múltiplos órgãos, uma vez que boa parte das doenças reumáticas tem acometimento multissistêmico, especialmente as doenças do colágeno (LESP, DMJ, ESJ, SS e DMTC) e as vasculites primárias sistêmicas (doença de Kawasaki, vasculite por IgA [VIgA], vasculites associadas ao ANCA [VAA], doença de Behçet, poliarterite nodosa e arterite de Takayasu).
- Deve-se considerar ainda a possibilidade de poliautoimunidade, ou seja, quando o paciente apresenta quadro clínico característico de várias doenças autoimunes (reumáticas ou não) ao mesmo tempo, como, p. ex., a associação de lúpus e tireoidite de Hashimoto.
- Pacientes com dor articular, especialmente de caráter mecânico, sem a presença de manifestações sistêmicas, possivelmente serão diagnosticados com enfermidades não reumáticas.

História patológica pregressa e queixas associadas

- A avaliação dos antecedentes patológicos e de queixas clínicas associadas pode ser decisiva na formulação de algumas hipóteses diagnósticas, pois podem ser reveladas informações sobre possíveis desencadeantes específicos, bem como de sintomas ou condições prévias que corroborem as hipóteses aventadas (Quadro 1. 3).

Quadro 1.3. Principais queixas associadas e achados na história patológica pregressa das doenças reumáticas pediátricas

Queixa associada ou achado clínico	Suspeita diagnóstica
Aftas recorrentes	Doença de Behçet, PFAPA (febre periódica associada a aftas, faringite e adenomegalia), LESP, doença de Crohn, artrite reativa
Diarreia aguda	Artrite reativa
Faringoamigdalite	Febre reumática (FR), artrite reativa pós-estreptocócica (ARPE), PFAPA, artrite pós-infecciosa (mononucleose), poliarterite nodosa
Fenômeno de Raynaud	DMJ, LESP, ESJ, DMTC, SS, SAF
Impetigo	Osteomielite, artrite séptica, piomiosite, febre reumática
Infecção do trato respiratório superior	Sinovite transitória de quadril, vasculite por IgA, artrite pós-infecciosa
Infecções de repetição	Erros inatos da imunidade, uso de medicações imunossupressoras
Infecção do trato urinário	Artrite reativa
Uretrite e vulvovaginite	Artrite gonocócica, artrite reativa
Anemia crônica com crises de dor óssea e dactilite	Doença falciforme
Pneumopatia crônica	Osteoartropatia hipertrófica secundária, ESJ
Tuberculose	Artrite tuberculosa, arterite de Takayasu, reumatismo de Poncet
Medicações prévias	Lúpus induzido por fármacos, vasculite por hipersensibilidade, eritema nodoso
Crises recorrentes de febre e manifestações sistêmicas	Síndromes autoinflamatórias
Uveíte anterior aguda sintomática	AIJ ARE e espondiloartrites
Uveíte anterior crônica assintomática	AIJ pauciarticular e poliarticular
Diarreia crônica ou hemorragia digestiva	Doença inflamatória intestinal, doença celíaca
Psoríase e alterações ungueais	Artrite psoriásica

Fonte: Autoria própria.

História familiar

❖ Algumas doenças têm forte traço genético, sendo importante a pesquisa de outros membros acometidos na mesma família, especialmente em parentes de primeiro grau. As principais são: doença de Behçet, espondiloartrites e síndromes autoinflamatórias (SAI), além de AIJ, LESP e FR.

- Deve-se levar em conta que o paciente com suspeita de uma determinada doença pode fazer parte de família com doenças autoimunes diferentes da sua, por exemplo: um paciente com LESP pode ser filho de uma mãe com SS, corroborando a agregação familiar de doenças autoimunes distintas.
- Deve-se atentar também para a pesquisa de outras doenças autoimunes familiares não reumáticas, como: doença celíaca, diabetes tipo 1, doença inflamatória intestinal, tireoidite de Hashimoto, hepatite autoimune, colangite esclerosante primária, vitiligo e anemia hemolítica autoimune.

História epidemiológica

- Informações sobre o calendário vacinal são relevantes não só para orientar sua atualização (principalmente se o paciente for usar medicações imunossupressoras), mas também para apurar sobre fatores desencadeantes possíveis de algumas enfermidades reumáticas (vacinas contra rubéola, hepatite B, *influenza*, Covid-19, varicela, caxumba e tétano).
- É fundamental também na avaliação epidemiológica o questionamento sobre a exposição (contato individual ou viagens a áreas endêmicas) a algumas doenças como tuberculose, doenças fúngicas invasivas, hanseníase, arboviroses e outras infecções virais.

História psicossocial, hábitos e vícios

- É importante indagar sobre exposição sexual (consentida ou não), principalmente na suspeita de artrite gonocócica, artrite reativa e artrites relacionadas com algumas infecções sexualmente transmissíveis (sífilis, HIV, hepatites).
- Hábitos alimentares também devem ser investigados a fim de pesquisar situações, como raquitismo, hipovitaminoses e anemia ferropriva, causas possíveis de queixas musculoesqueléticas. A seletividade alimentar de pacientes com transtorno do espectro autista (TEA) pode contribuir para deficiências vitamínicas.
- É essencial avaliar o ambiente em que o paciente vive, dada a relevância da qualidade de vida da criança ou adolescente e suas possíveis implicações. Além disso, problemas sociais e psíquicos podem não só gerar dificuldades no decorrer do tratamento, mas até mesmo atuar como fator desencadeante para algumas doenças. Nesse contexto, destaca-se a FMJ e outras síndromes de amplificação dolorosa.
- Para os adolescentes, é fundamental a abordagem de questões relacionadas com a própria faixa etária (transtornos do humor, disforia de gênero, *bullying*, sedentarismo, obesidade, alterações de dinâmicas familiar e escolar, violência doméstica, abuso sexual, uso de drogas ilícitas), pois podem estar completamente implicadas no processo do adoecimento, devendo também ser parte da abordagem terapêutica.

Interrogatório por órgãos e aparelhos e exame físico geral

- **Sistema musculoesquelético**
  - Artrite: AIJ, FR, LESP, DMJ, ESJ, SAI, vasculites, artrite pós-infecciosa, artrite neoplásica, artrite séptica.

- Artralgia: patologias ortopédicas, dor recorrente benigna em membros, FMJ, anisomelia, lesões por esforço de repetição, hipotireoidismo e hipovitaminoses.
- Mialgia: miopatias inflamatórias, dor recorrente em membros, hipovitaminose, hipotireoidismo, síndrome miofascial, FMJ.
- Miosite: miopatias inflamatórias, miosite aguda benigna da infância.
- Dor óssea: osteomielite, neoplasia óssea ou cartilaginosa, neoplasia sistêmica (leucemia, linfoma, neuroblastoma), raquitismo.
- Dor recorrente em membros: dor recorrente benigna em membros, hipermobilidade articular, síndrome das pernas inquietas, transtornos do neurodesenvolvimento, anemia, hipovitaminoses, raquitismo, febre familiar do Mediterrâneo (FFM) e escorbuto.
- Claudicação: anisomelia, displasia de desenvolvimento do quadril, necrose óssea avascular, epifisiólise femural, espondilodiscite, artrite, miopatias.

❖ **Pele e fâneros**

- Alopecia: LESP, DMJ.
- Fotossensibilidade: LESP, DMJ.
- Sinal de Gottron, heliotropo: DMJ, DMTC.
- Esclerodactilia, telangiectasias: ESJ, DMTC.
- Fenômeno de Raynaud: LESP, ESJ, DMTC, SS, DMJ.
- Calcinoses: ESJ, DMJ.
- Placas eritematodescamativas: artrite psoriásica, lúpus cutâneo subagudo.
- Ceratoderma blenorrágico: artrite reativa.
- Exantema: doença de Kawasaki, AIJ sistêmica, SAI, FR, artrite pós-infecciosa.
- Livedo reticular: SAF, poliarterite nodosa (PAN), LESP, DMJ, SAI.
- Nódulos subcutâneos: FR, AIJ poliarticular, eritema nodoso, PAN.
- Púrpura em membros inferiores: vasculite por IgA, síndrome de Sjögren, crioglobulinemia, vasculite por hipersensibilidade.
- Úlceras cutâneas: vasculites primárias (PAN, VAA), pioderma gangrenoso, ESJ.
- Isquemia digital: SAF, PAN, LESP, ESJ.
- Úlcera digital: ESJ, DMTC.
- *Pitting* e distrofia ungueal: artrite psoriásica.

❖ **Olhos**

- Uveíte: AIJ, artrite enteropática, sarcoidose, doença de Behçet, SAI, doença de Kawasaki.
- Ceratoconjuntivite seca, ceratite: SS.
- Conjuntivite: doença de Kawasaki, artrite reativa, SAI.
- Episclerite: AIJ.
- Neurite óptica: LESP, SS.
- Vasculite retiniana: LESP e vasculites primárias.
- Vasculopatia (trombose vascular) retiniana: SAF.

❖ **Nariz e ouvido**

- Úlcera nasal: LESP, VAA.
- Epistaxe, sinusites de repetição, otites: VAA.
- Hipoacusia, surdez neurossensorial: LESP, VAA, SAI, doença de Kawasaki.

❖ **Boca e faringe**
- Língua em framboesa: doença de Kawasaki, escarlatina.
- Aftas recorrentes: LESP, doença de Behçet, PFAPA, doença de Chron.
- Quelite angular, xerostomia, predisposição a cáries: SS.
- Parotidite recorrente ou aumento de parótidas: SS.
- Disfunção temporomandibular, micrognatia: AIJ.

❖ **Tórax (pulmonar/cardíaco) e cardiovascular**
- Doença pulmonar intersticial: LESP, polimiosite, SS, ESJ, DMJ, DMTC.
- Fibrose pulmonar: ESJ, DMTC.
- Derrame pleural e pleurite: LESP, AIJ sistêmica.
- Valvulopatia: FR, LESP, SAF.
- Coronariopatia: doença de Kawasaki, síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIMP), PAN, arterite de Takayasu.
- Pericardite e miocardite: LESP, FR, AIJ sistêmica, ESJ, doença de Kawasaki, SIMP.
- Arritmia: lúpus neonatal, ESJ, FR.
- Tromboembolismo pulmonar: SAF, doença de Behçet.
- Alteração de pulsos periféricos e sopro em grandes vasos: arterite de Takayasu.
- Hipertensão arterial: LESP, vasculites primárias (Takayasu, PAN, VAA, VIgA).
- Trombose venosa profunda e isquemia arterial periférica: LESP, SAF, vasculites primárias.

❖ **Abdome**
- Dor abdominal: vasculites primárias (VIgA, PAN, doença de Kawasaki), doença inflamatória intestinal, FFM.
- Peritonite: AIJ sistêmica, LESP, FFM.
- Disfagia: ESJ, DMJ, DMTC.
- Diarreia crônica: doença inflamatória intestinal, doença de Behçet, doença celíaca.
- Hemorragia digestiva: vasculite por IgA, doença inflamatória intestinal, doença de Behçet.
- Constipação: ESJ, DMJ.

❖ **Sistema geniturinário**
- Hematúria e proteinúria: LESP, vasculites de pequenos vasos (VIgA e VAA).
- Uretrite e balanite circinada: artrite reativa.
- Úlceras genitais: doença de Behçet, doença inflamatória intestinal.
- Orquite: VIgA, PAN.

❖ **Sistema hemolinfopoético**
- Adenomegalia localizada: doença de Kawasaki (cervical), linfomas, tuberculose.
- Adenomegalia generalizada: LESP, AIJ sistêmica, artrites pós-infecciosas, neoplasias.
- Hepatomegalia e esplenomegalia: LESP, AIJ sistêmica, neoplasias, artrites pós-infecciosas.

❖ **Sistema neurológico**
- Cefaleia: LESP, fibromialgia, vasculites primárias, SAF.
- Convulsão: LESP, vasculites primárias, SAF, doença de Behçet.
- Coreia: FR, SAF, LESP.
- Neuropatia periférica: LESP, SS, vasculites primárias.

Exame físico musculoesquelético

- Na reumatologia pediátrica, é essencial o conhecimento sobre as variações normais do exame musculoesquelético da criança e do adolescente, incluindo alinhamento dos membros inferiores, amplitude articular, força muscular e marcha, bem como os marcos de desenvolvimento.
- As etapas fundamentais para avaliação do sistema osteoarticular são: inspeção, palpação, movimentação ativa e passiva. Pode ser necessária a realização de testes ou manobras especiais para identificação de algumas patologias específicas, principalmente nas condições ortopédicas e síndromes dolorosas regionais (tendinite, epicondilite, bursite).
- O exame físico referente a algumas condições clínicas será detalhado nos capítulos específicos.

Inspeção

- Observar marcha, atitude, movimentação espontânea e desvios anormais da coluna (cifose, lordose, escoliose).
- Observar se há proteção a alguma região dolorosa ou posição antálgica.
- Avaliar aumento de volume articular, hiperemia, diferença com o lado contralateral, desvios angulares (valgismo e varismo), hipotrofia ou atrofia muscular e deformidades articulares.

Palpação

- Avaliar dor e calor local.
- Em caso de aumento de volume articular, diferenciar entre espessamento sinovial, derrame articular, alargamento ósseo ou a combinação desses fatores.
- Avaliar sensibilidade (alodinia e hiperalgesia)
- Diferenciar entre acometimento articular (dor difusa ou circunferencial) de periarticular (dor localizada ou puntiforme).

Movimentação (ativa e passiva)

- Analisar se há divergência entre as amplitudes ativa e passiva do movimento. O comprometimento isolado da movimentação ativa sugere envolvimento de estruturas periarticulares (tendões, ligamentos), ao passo que o envolvimento articular propriamente dito normalmente compromete a mobilidade ativa e passiva.
- Analisar os planos de movimento, observando simetria. A restrição em apenas um plano indica lesões periarticulares, tenossinovite ou desarranjo interno da articulação; restrição em todo o movimento caracteriza sinovite com derrame articular.
- Analisar dor ao movimento. Se houver dor em um plano, trata-se de problema articular ou periarticular localizado; se em todos os planos, sinovite ou problemas de origem mecânica.
- Analisar se a mobilidade está aumentada (hipermobilidade articular) ou diminuída (processos inflamatórios ou crônico-degenerativos)
- Analisar movimento contra a resistência, explorando força muscular (fraqueza).
- Avaliar presença de crepitações, estalos, falseio e bloqueio articular.

Pediatric Gait (marcha), *Arms* (braços), *Legs* (pernas), *Spine* (coluna vertebral)

❖ O *Pediatric Gait, Arms, Legs and Spine* (pGALS) é um instrumento utilizado para a avaliação do sistema osteoarticular em crianças por alunos de graduação, mas também pode ser incluído nos programas de residência médica em pediatria geral. Trata-se de uma abordagem mínima (perguntas e exame físico) que objetiva avaliar o sistema musculoesquelético e identificar alterações de marcha (***G**ait*), braços (***A**rms*), pernas (***L**egs)* e coluna (***S**pine*). O objetivo final é a triagem e a detecção precoce de condições que acometem o aparelho locomotor da criança (Quadro 1.4).

Quadro 1.4. Manobras avaliadas no *Pediatric Gait, Arms, Legs and Spine*

Manobras de rastreio	O que está sendo avaliado
Observe a criança em pé (de frente, de costas e dos lados).	Postura, lesões de pele, diferença de comprimento de membros, desvios da coluna (escoliose, cifose, lordose), alinhamento das pernas (geno valgo e varo), edema de articulações, hipotrofia muscular, pés planos ou cavos.
Observe a criança andando normalmente, sobre os calcanhares e nas pontas dos pés.	Tornozelos, pés, pequenas articulações dos pés, posição do arco plantar (pés planos, modificação quando nas pontas dos pés).
Coloque os braços e as mãos estendidos à sua frente.	Extensão dos cotovelos, dos punhos e das pequenas articulações dos dedos.
Vire suas mãos e as feche com força.	Supinação dos punhos e cotovelos, flexão das pequenas articulações das mãos.
Encoste os seus dedos indicadores nos polegares.	Coordenação motora, concentração e movimentos das pequenas articulações do primeiro dedo (polegar) e segundo dedo (indicador), capacidade de realizar a pinça.
Toque as pontas de cada um dos seus dedos com o polegar.	Coordenação motora, concentração e movimentos das pequenas articulações do polegar e dos dedos.
Aperte as articulações metacarpofalangeanas para detectar dor ou desconforto.	Articulações metacarpofalangeanas.
Junte as palmas de suas mãos.	Flexão de cotovelos, flexão dorsal de punhos, extensão das pequenas articulações das mãos.
Junte as costas das suas mãos.	Flexão de cotovelos, flexão ventral de punhos, extensão das pequenas articulações das mãos.
Levante seus braços e olhe para o teto.	Extensão dos cotovelos, extensão dos punhos, extensão da coluna cervical, abdução do ombro
Coloque suas mãos atrás do pescoço.	Abdução do ombro, rotação externa dos ombros, flexão dos cotovelos.
Tente encostar sua orelha no ombro.	Lateralização da coluna cervical.

continua

Quadro 1.4. Manobras avaliadas no *Pediatric Gait, Arms, Legs and Spine* (*continuação*)

Manobras de rastreio	O que está sendo avaliado
Abra bem a sua boca e coloque três dedos dentro dela.	Articulação tempomandibular (ATM).
Palpe o joelho e pressione a patela (sinal da tecla).	Derrame articular no joelho.
Flexione e extenda o joelho; palpe durante o movimento para pesquisar crepitações.	Extensão e flexão do joelho.
Com o joelho a 90° rode a perna para fora (rotação interna do quadril) e para dentro (rotação externa do quadril).	Flexão do quadril, rotação interna e externa do quadril.
Dobre sua coluna sem dobrar os joelhos. Até onde consegue ir?	Flexão da coluna toracolombar, pesquisa de escoliose.

Fonte: Foster *et al.* (2013) e Ferriani *et al.*

Pediatric Regional Examination of the Musculoskeletal System

❖ O *Pediatric Regional Examination of the Musculoskeletal System* (pREMS) (Quadro1.5) é uma adaptação para a faixa etária pediátrica do REMs. É um instrumento utilizado para o exame regional mais detalhado das estruturas osteoarticulares. Deve ser realizado em pacientes com queixas anatômicas específicas ou após a identificação de alguma anormalidade no pGALS.

Quadro 1.5. Manobras avaliadas no *Pediatric Regional Examination of the Musculoskeletal System*

Mão e punho	• Observar palma e dorso das mãos: atrofia muscular, edema de articulações, alterações cutâneas e ungueais. • Avaliar o pulso radial, espessamento do tendão, volume de eminências tenares e hipotenares. • Avaliar a temperatura da pele. • Pressionar articulações metacarpofalangeanas. • Palpar as pequenas articulações, incluindo punho, principalmente as relacionadas com queixas (edema, dor, restrição de movimento). • Palpar borda ulnar. • Avaliar a extensão total do dedo e o dedilhado completo. • Avaliar a flexão e extensão do punho, abdução e adução (ativa e passiva). • Avaliar a função: aperto, movimento de pinça, escrita, desenho, pega de objetos pequenos.
Cotovelo	• Observar se há cicatrizes, edema, lesões cutâneas, deformidade. • Avaliar a temperatura da pele. • Palpar cabeça do rádio, linha articular, epicôndilos medial e lateral. • Avaliar a flexão e extensão total, pronação e supinação (ativa e passiva). • Avaliar a função (colocar as mãos atrás da cabeça).

continua

Quadro 1.5. Manobras avaliadas no *Pediatric Regional Examination of the Musculoskeletal System* (*continuação*)

Ombro	• Inspecionar ombros, clavículas e articulações esternoclaviculares (de frente, perfil e costas). • Avaliar a altura do ombro. • Inspecionar axilas e procurar adenomegalia. • Avaliar a temperatura da pele. • Palpar estruturas ósseas e músculos. • Avaliar movimento e função (mãos atrás da cabeça, mãos atrás das costas). • Avaliar (ativa e passivamente) rotação externa, flexão, extensão e abdução (ativa e passiva). • Observar o movimento escapular.
Quadril	**Em decúbito dorsal:** • Analisar deformidade de flexão e discrepância no comprimento dos membros inferiores. • Observar se há cicatrizes, lesões cutâneas. • Avaliar sensibilidade dolorosa do trocanter maior. • Avaliar a flexão total do quadril, rotação interna e externa, abdução e adução. • Realizar teste de Thomas. **Em decúbito ventral:** • Palpação da articulação sacroilíaca. • Rotação interna e externa do quadril. **Em ortostase:** • Avaliar a postura e o alinhamento das pernas. • Avaliar trofismo da musculatura glútea. • Realizar o teste de Trendelenburg. • Avaliar função (marcha com giro e corrida, movimentos auxiliares).
Joelho	**Em ortostase:** • Analisar deformidade em varo ou valgo, hiperextensão e abaulamento poplíteo. • Inspecionar a pele (contusões e erupções cutâneas). • Avaliar a marcha (ver quadril). **Em decúbito dorsal:** • Avaliar deformidade em varo ou valgo, atrofia de musculatura periarticular, cicatrizes e edema. • Avaliar deformidade fixa em flexão. • Analisar hiperextensão passiva. • Inspecionar discrepância no comprimento das pernas (anisomelia). • Avaliar temperatura da pele. • Com o joelho levemente fletido, palpar a linha articular e as margens da patela. • Palpar fossa poplítea. • Avaliar hipermobilidade patelar. • Avaliar a flexão e extensão total (ativa e passiva). • Pode-se ainda avaliar a estabilidade dos ligamentos do joelho (colateral medial e lateral, cruzados anterior e posterior).

continua

Quadro 1.5. Manobras avaliadas no *Pediatric Regional Examination of the Musculoskeletal System* (*continuação*)

Pé e tornozelo	**Em decúbito dorsal:** • Analisar superfícies dorsal e plantar do pé. • Avaliar temperatura da pele. • Palpar pulsos periféricos. • Palpar articulações metatarsofalangeanas. • Palpar o médio pé, a linha articular do tornozelo e a articulação subtalar. • Avaliar movimento (ativo e passivo) da articulação subtalar (inversão e eversão), do hálux (flexão dorsal e plantar), articulação do tornozelo (flexão dorsal e plantar) e articulações do meio do tarso (rotação passiva). • Avaliar calçado do paciente. **Em ortostase:** • Avaliar o antepé, o arco plantar e o retropé. • Avaliar a marcha (calcanhar, postura, ponta do pé) ao correr e girar. • Avaliar o volume muscular das panturrilhas.
Coluna	**Em ortostase:** • Inspecionar coluna (visão lateral e posterior). • Avaliar pele e fenda interglútea. • Avaliar proporções dos membros e tronco. • Inspecionar aspecto da face e da mandíbula. • Palpar os processos espinhais, músculos paraespinhais e ATMs. • Avaliar movimento: flexão lateral, flexão e extensão lombar, rotação, flexão e extensão cervical; rotação torácica. • Avaliar a abertura da ATM. • Teste de Schober. **Sentado:** • Avaliar a rotação torácica. **Em decúbito dorsal:** • Realizar elevação de perna reta e dorsiflexão do primeiro pododáctilo. • Avaliar os reflexos dos membros. • Avaliar comprimento da perna e hipermobilidade. • Avaliação da articulação sacroilíaca (teste de Fabere-Patrick, Mennel, Gaenslen, Lewis).

Fonte: Foster *et al.*, 2011.

❖ A anamnese detalhada e o exame físico minucioso representam pilares fundamentais na avaliação de crianças e adolescentes com queixas musculoesqueléticas. Na reumatologia pediátrica muitas manifestações clínicas são sutis, inespecíficas ou se sobrepõem a outras condições. Por isso, a precisão diagnóstica depende, em grande parte, da capacidade do pediatra e do reumatologista pediatra em integrar dados subjetivos e objetivos de forma crítica e sistemática. A identificação precoce de sinais clínicos relevantes permite não apenas a formulação de hipóteses diagnósticas mais acuradas, mas também o início oportuno de intervenções terapêuticas, impactando diretamente o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes. Assim, investir tempo e rigor na abordagem clínica inicial é essencial para uma prática reumatológica pediátrica eficaz e resolutiva.

Leitura recomendada

- Ferriani VPL. PGALS – Exame de triagem básica para problemas musculoesqueléticos em crianças na idade escolar, modificado. Semiologia Reumatológica em Crianças [Internet]. Ribeirão Preto: Serviço de Imunologia, Alergia e Reumatologia Pediátrica – FMRP USP. Disponível na Internet: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/229642/mod_resource/content/1/PGALS%20Semiologia%20Reumatol%C3%B3gica-15-07.pdf. Acesso em: 19 mar 2026.
- Foster H, Kay L, May C, Rapley T. Pediatric regional examination of the musculoskeletal system: a practice- and consensus-based approach. Arthritis Care Res (Hoboken). 2011;63(11):1503-10.
- Foster HE, Jandial S. pGALS – paediatric Gait Arms Legs and Spine: a simple examination of the musculoskeletal system. Pediatr Rheumatol Online J. 2013;11(1):44.
- Marques R, Duarte F, Marques H, Rodrigues L. Approach to musculoskeletal pain in children. Birth Growth Med J. 2017;26(1):43-8.
- Oliveira SKF. Reumatologia para Pediatras. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2014.
- Petty RE, Laxer RM, Lindsley CB, Wedderburn LR, Mellins ED, Fuhlbrigge RC. Textbook of Pediatric Rheumatology. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2021.
- Sallum AME, Fraga MM, Campos LMA. Da queixa clínica à reumatologia pediátrica. 1. ed. São Paulo: Atheneu; 2019.
- Silva CAA, Campos LMA, Sallum AME. Doenças reumáticas na criança e no adolescente. 3. ed. São Paulo: Manole; 2018.
- Silva HC. O que os médicos precisam saber sobre reumatologia? Diagnóstico e tratamento. Rev Assoc Paul Med. 2019;24(3):126-32.