

Pé torto congênito, pé plano e outras alterações dos pés na criança

Variação normal, deformidade estrutural e sinal de doença neurológica nos pés, do recém-nascido ao adolescente

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

Professor do Centro Universitário Max Planck

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

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

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

A pergunta central é **flexível ou rígido**. O **pé torto congênito** (rígido, não redutível) é estrutural: **encaminhar com prioridade ao ortopedista pediátrico já no nascimento** para o **método de Ponseti** (gessos semanais, tenotomia e órtese por anos); a anomalia é registrada na DNV, de **notificação obrigatória (compulsória)** (Portaria GM/MS nº 10.175/2026). O **metatarso aduto flexível** e o **pé calcaneovalgo postural** corrigem sozinhos (o aduto que **persiste após 6 meses** vai ao ortopedista pediátrico — AAP); os diferenciais rígidos (metatarso varo e tálus vertical) vão ao ortopedista com prioridade. O **pé plano flexível** é normal na infância e **não se trata**: palmilhas e sapatos ortopédicos não mudam a evolução. Pé plano **rígido ou doloroso** (coalizão tarsal) e **pé cavo** (pensar em **Charcot-Marie-Tooth** e em doença medular) são encaminhados. A **doença de Sever** é tratada em casa, com ajuste de carga. Na **marcha na ponta dos pés**, a forma idiopática é diagnóstico de exclusão: examinar o neurológico e rastrear **TEA**. Febre com dor no pé, recusa de apoio ou dedos frios ou roxos no gesso: **pronto-socorro (🔴)**.

1. O que é e como se apresenta

Recém-nascido — posicional × estrutural (MS 2014; MS 2022):

ALTERAÇÃO	COMO SE APRESENTA	FLEXIBILIDADE	EVOLUÇÃO
Pé torto congênito (Q66.0)	Equino, varo do retropé, aduto e supinação do antepé, cavo; prega medial, panturrilha fina	Rígido , não corrige com manobra delicada	Ponseti
Metatarso aduto (postural)	Antepé desviado para dentro, borda lateral em "feijão", calcanhar normal	Flexível	85–90% corrigem no 1º ano (Pediatria Integral 2024)
Metatarso varo (Q66.2)	Simula o aduto	Rígido	Manipulação e gesso
Pé calcaneovalgo (postural)	Dorso do pé encostado na perna, eversão	Flexível	Correção espontânea; até 50% dos RN têm algum grau (Pediatria Integral 2024)
Tálus vertical congênito	Simula o calcaneovalgo; planta convexa, retropé em equino	Rígido	Grave; tratamento precoce

Pé torto congênito: cerca de **1 em cada 1.000 nascidos vivos** (AAOS), mais comum em meninos. É **idiopático** na maioria; pode ser **neurogênico** (mielomeningocele) ou **sindrômico**

(artrogripose, trissomias e outras síndromes) — formas mais resistentes ao tratamento (AAOS).

Criança que anda:

- **Pé plano flexível:** o arco longitudinal medial se forma ao longo da infância (dos 2 aos 6 anos ou mais — SBOP; até cerca de 10 anos — POSNA). Presente em cerca de **45% dos pré-escolares** (AAFP 2017). Associa-se a hipermobilidade, obesidade e tendão calcâneo curto.
- **Pé plano rígido:** o arco não aparece na ponta dos pés e a mobilidade subtalar é limitada. No pré-adolescente e no adolescente, a causa típica é a **coalizão tarsal** (ponte entre ossos do tarso), com dor, entorses de repetição e espasmo dos fibulares; também tálus vertical e doença neuromuscular.
- **Pé cavo:** arco alto, retropé varo, dedos em garra; surge progressivamente na idade escolar. No cavo acentuado, cerca de **70% têm causa neurológica**, sobretudo **Charcot-Marie-Tooth**; **cavo unilateral, de início recente**, sugere doença medular (medula presa, tumor, siringomielia) (AAPM&R, PM&R KnowledgeNow).
- **Doença de Sever (apofisite do calcâneo):** dor no calcanhar com a atividade em criança ativa de **8 a 12 anos** (séries de 7 a 16 anos — Nweke, 2025), com **dor à compressão lateral do calcâneo**; causa mais comum de dor no calcanhar nessa idade, autolimitada.
- **Marcha na ponta dos pés:** frequente no início da marcha. A **idiopática** é bilateral, começa com a marcha, a criança apoia o calcanhar quando pedido e o exame neurológico é normal; cerca de **80% param até os 10 anos** (POSNA, em "Variações normais dos membros inferiores"). Pesquisar sinais de **TEA**, como em "Variações normais dos membros inferiores".

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Metatarso aduto flexível ; calcaneovalgo postural que corrige; pé plano flexível assintomático ; marcha na ponta dos pés com calcanhar que apoia, dorsiflexão e neurológico normais; Sever típico	Seguimento pelo pediatra; orientar; sem palmilha, bota ou sapato ortopédico
● Moderada	Pé torto congênito ; metatarso aduto rígido ou que persiste após 6 meses (AAP; SBP e MS não fixam idade; a AAFP 2017 e a Pediatria Integral 2024 esperam a resolução até 1 ano); suspeita de tálus vertical (com prioridade); pé plano rígido ou doloroso , entorses de repetição; pé cavo ; marcha na ponta dos pés unilateral, persistente após 3 anos, com tendão curto (dorsiflexão < 90°), sinal neurológico, atraso motor ou sinais de TEA; Sever que não melhora	Encaminhar ao ortopedista pediátrico — com prioridade no pé torto (desde a maternidade), no tálus vertical e no cavo unilateral progressivo; neuropediatra se sinal neurológico; rastreio de TEA
● Grave	Dor no pé com febre (axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$), calor, edema, recusa de apoio (osteomielite do calcâneo, artrite séptica); trauma com deformidade; criança em gesso de Ponseti com dedos frios, roxos ou inchados, gesso escorregado ou ferida; pé cavo ou fraqueza de instalação aguda com dor lombar, alteração da marcha ou da micção e evacuação (compressão medular)	Pronto-socorro ; seguir "Osteomielite e artrite séptica" e "A criança que manca"

Fatores que elevam a gravidade

- Pé torto com outras anomalias, artrogripose, mielomeningocele ou síndrome (mais gessos e cirurgias).
- Assimetria, rigidez, dor ou progressão; história familiar de pé cavo ou Charcot-Marie-Tooth; quedas e entorses de repetição.
- Prematuridade, atraso motor, perda de habilidades, sinais de TEA; lesão cutânea lombossacra (disrafismo oculto).

3. Diagnóstico no consultório

O diagnóstico é **clínico**, com a criança despida até a roupa íntima:

1. **Recém-nascido**: tentar a correção com manobra delicada — o pé posicional reduz, o pé torto não (MS 2022). Examinar **quadril** (o calcaneovalgo indica ultrassom de quadril pelo MS — ver "Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ)"), **coluna** e demais articulações (artrogripose).
2. **Metatarso aduto**: a linha que divide o calcanhar ao meio passa normalmente entre o 2º e o 3º dedos; quanto mais lateral, maior o aduto (AAFP 2017). Ver se o antepé chega ao neutro.

3. **Pé plano:** arco na ponta dos pés e **teste de Jack** (estender o hálux faz surgir o arco); calcanhar de valgo a varo na ponta dos pés; **dorsiflexão** com joelho estendido; hipermobilidade e peso.
4. **Pé cavo:** retropé varo, dedos em garra, calosidades, **teste do bloco de Coleman**; **exame neurológico** (força distal, reflexo aquileu, sensibilidade, atrofia de panturrilha e mãos), coluna e história familiar.
5. **Calcanhar:** dor à compressão lateral do calcâneo ligada ao esporte. Dor em repouso, à noite, unilateral com edema ou febre não é Sever.
6. **Ponta dos pés:** apoio do calcanhar, dorsiflexão, tônus, reflexos, clônus, Gowers, marcos motores, **linguagem e interação** (rastreo de TEA).

Quando pedir exames

- **Variações fisiológicas e Sever típico:** nenhum exame; radiografia "para ver os ossos" não está indicada (AAFP 2017).
- **Pé plano rígido ou doloroso:** radiografia dos pés **com carga**; tomografia ou ressonância ficam com o ortopedista (Pediatria Integral 2024).
- **Pé cavo:** o especialista indica eletroneuromiografia, teste genético e **ressonância da coluna** se unilateral ou com sinal neurológico (AAPM&R).
- **Marcha na ponta dos pés com sinais neurológicos:** **CPK** no menino com fraqueza proximal ou sinal de Gowers (Duchenne), como em "Variações normais dos membros inferiores"; avaliação neurológica.
- **Dor com sinais de alerta:** hemograma, VHS, PCR e radiografia, conforme "Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta)".

Diagnóstico diferencial que não pode passar

- Pé torto tratado como posicional; tálus vertical tomado por calcaneovalgo; metatarso varo por aduto flexível.
- Coalizão tarsal no adolescente com "entorses de repetição".
- Charcot-Marie-Tooth, disrafismo oculto, tumor medular, paralisia cerebral leve e distrofia muscular por trás de pé cavo ou marcha na ponta dos pés.
- TEA na criança que anda na ponta dos pés com atraso de linguagem ou de interação.
- Osteomielite do calcâneo, artrite (AIJ, entesite), fratura e tumor na dor do calcanhar.

4. Tratamento e seguimento

O que o pediatra faz

- **Pé torto congênito:** reconhecer ao nascer, **encaminhar com prioridade** ao ortopedista pediátrico com experiência em Ponseti, **descrever a anomalia na DNV** (notificação

obrigatória (compulsória); Portaria GM/MS nº 10.175/2026; ver "Deformidades Posicionais e Estruturais do RN"), examinar quadril e coluna e reforçar a **adesão à órtese**, principal proteção contra recidiva.

- **Metatarso aduto flexível e calcaneovalgo postural:** tranquilizar; ensinar alongamentos e manipulações suaves nos casos mais acentuados (MS 2014); reavaliar nas consultas.
- **Pé plano flexível: não tratar.** Estimular andar descalço em local seguro e atividade física, controlar o peso, alongar o tríceps sural se o tendão for curto. Na dor do arco, palmilha **macia** pode aliviar (POSNA, em "Variações normais dos membros inferiores"; Pediatria Integral 2024), sem mudar a forma do pé.
- **Doença de Sever:** repouso relativo e ajuste da carga sem afastar do esporte de forma definitiva, gelo após a atividade, **alongamento do tríceps sural**, calcanheira, calçado com amortecimento; analgésico nas crises. Com fisioterapia, o retorno ao esporte ocorreu em até 2 meses (Nweke, 2025).
- **Ponta dos pés idiopática:** orientar e alongar; o **encurtamento** vai ao especialista.

O que é do especialista

- **Método de Ponseti:** manipulação e **gesso inguinopodálico trocado semanalmente**, em geral **5 a 8 gessos** (Boston Children's; 6 a 8 semanas na AAOS), com correção em torno de 3 meses (MS 2014); **tenotomia percutânea do tendão calcâneo** em cerca de **90–95%** (AAOS; Boston Children's), com gesso por mais 3 semanas; depois, **órtese de abdução (botas com barra) 23 horas por dia por cerca de 3 meses** e, a seguir, **à noite e nas sonecas até 4 anos ou mais** (AAOS: 3–4 anos no mínimo; Boston Children's: até 4 anos).
- **Metatarso varo:** gessos seriados ou calçado corretivo antes da marcha (AAFP 2017). **Tálus vertical:** gessos em sentido inverso (Dobbs) e cirurgia (Pediatria Integral 2024). **Coalizão:** imobilização; ressecção se a dor persistir. **Cavo:** investigação neurológica, órteses e, no progressivo, cirurgia. **Ponta dos pés com encurtamento:** gessos seriados, órteses, toxina botulínica ou alongamento cirúrgico.

Calçados: o calçado é **proteção**, não tratamento. **Flexível, leve, do tamanho certo**, com sola que não escorregue; desnecessário antes da marcha; andar descalço em local seguro é estimulado (SBOP). **Botas rígidas, sapatos ortopédicos, palmilhas, cunhas não formam o arco nem corrigem o alinhamento** (AAFP 2017; SBOP; HealthyChildren/AAP 2023; Pediatria Integral 2024); botas rígidas podem causar atrofia muscular (SBOP).

Analgesia (apenas na dor — Sever, coalizão, pé plano doloroso):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Nas crises; não mais de 48–72 h sem reavaliação	Máx. 75 mg/kg/dia; teto por dose da apresentação (bulas: gotas 200 mg/mL máx. 35 gotas, suspensão 32 mg/mL máx. 15 mL e 100 mg/mL máx. 2,5 mL abaixo de 12 anos; comprimidos só a partir de 12 anos; nunca > 1 g/dose); nunca > 4 g/dia (padrão do site; bula)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Nas crises	A partir de 6 meses; evitar em desidratação, suspeita de dengue e varicela (padrão do site; bula)
Dipirona	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Nas crises	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (padrão do site; bula)

- **Paracetamol — efeito cumulativo:** uso repetido por 48–72 h, no limite da dose, em criança desidratada, desnutrida, em jejum ou somando produtos com paracetamol aumenta o risco de hepatotoxicidade. Não alternar analgésicos; dor que exige analgesia contínua não é Sever típico.
- **Não usar:** palmilha ou sapato ortopédico no pé plano flexível assintomático, botas rígidas, radiografia de rotina.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Nenhuma alteração estrutural do pé, isolada, exige pronto-socorro. Urgência se houver:

- Dor no pé com **febre** (axilar $\geq 37,5$ °C), calor, edema ou **recusa de apoio** (osteomielite, artrite séptica).
- **Trauma** com deformidade ou sem conseguir apoiar.
- **Gesso de Ponseti** com dedos frios, pálidos ou roxos, edema, choro inconsolável, gesso escorregado, mau cheiro ou ferida.
- **Fraqueza, alteração da marcha ou do controle urinário e fecal agudos** (compressão medular).

Como encaminhar

1. **Analgesia** conforme a tabela; **tala provisória** no trauma.
2. **Gesso com sinal de compressão:** elevar o membro e levar ao serviço que aplicou o gesso ou ao pronto-socorro com ortopedia; não cortar o gesso em casa.
3. **Suspeita de infecção:** sem antibiótico oral antes da avaliação e das culturas ("Osteomielite e artrite séptica na criança").

4. **Sinais neurológicos agudos:** pronto-socorro com neurocirurgia; SAMU (192) se piora rápida; se houver oxigênio, manter **SpO2 entre 94% e 98%** (padrão do site).
5. **Relatório:** início, lado, febre, trauma, tratamento em curso e exames.

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

- "O pé torto tem tratamento muito eficaz: gessos semanais, um pequeno procedimento no tendão e a órtese com barra. **A órtese é a parte mais importante** para o pé não voltar a entortar."
- "Pé chato que forma a curvinha na ponta dos pés é normal. Palmilha e sapato ortopédico não fazem o arco aparecer; deixe andar descalço em lugar seguro."
- "Pé do bebê virado para dentro, que endireita quando você mexe, costuma corrigir sozinho no primeiro ano."
- **Voltar antes da consulta de rotina se:** o pé ficar duro, doer, piorar ou ficar diferente do outro, a criança torcer o pé com frequência, cair muito, não apoiar o calcanhar ou perder força.
- **Pronto-socorro se:** febre com dor ou inchaço no pé, recusa de pisar, trauma com deformidade, dedos frios ou roxos no gesso.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Documento (versão/data)	Sem documen- to específico localizado	Atenção ao RN v. 3, 2014; Guia de ano- malias, 2022; Portaria 10.175, 23/01/2026	HealthyChil- dren: Clubfoot e Pigeon toes, 25/01/2022; Flat feet, 14/03/2023	Sem diretriz localizada	Pediatria Inte- gral (SEPEAP), 06/2024	Sem posição específica localizada	Boston Chil- dren's, Clubfo- ot (10/2026)	Segue o NICE
Pé torto congenito	—	Rígido; gesso semanal pre- coce; notificar na DNV	Ponseti com 1–3 semanas; 5–7 gessos; tenotomia 90%; órtese até 4–5 anos	—	Ponseti, teno- tomia, órtese; sucesso > 90%	—	5–8 gessos; tenotomia 95%; órtese até 4 anos	Segue o NICE
Aduto e calcaneovalgo	—	Posturais: ob- servar; varo e tálus vertical: tratar	Aduto resolve até 1 ano; rígi- do ou > 6 me- ses: ortopedis- ta, gessos	—	Aduto corrige em 85–90% no 1º ano	—	—	Segue o NICE
Pé plano	— (SBOP: sem bota nem palmilha)	—	Flexível sem tratamento; palmilha não forma arco; rí- gido ao ortopedista	—	Palmilha só no sintomático; rí- gido: imagem; cavo: causa neurológica	—	—	Segue o NICE
Ponta dos pés	—	—	—	—	—	—	—	Segue o NICE

"—" = sem posição específica localizada.

Leitura: as referências que se posicionam convergem: a **rigidez** separa o pé posicional (observar) do estrutural (tratar); o **pé torto** é tratado pelo **Ponseti**, iniciado cedo e mantido com órtese por anos (MS 2014; AAP 2022; Pediatria Integral 2024; Boston Children's; AAOS); e **palmilhas e sapatos ortopédicos não mudam a evolução do pé plano flexível** (AAP 2023; Pediatria Integral 2024; SBOP). Divergem em detalhes: número de gessos (5–7 na AAP; 5–8 em Boston), duração da órtese noturna (até 4–5 anos na AAP; 3–4 anos no mínimo na AAOS; até 4 em Boston), encaminhamento do metatarso aduto (o site segue a AAP — persistente após 6 meses —, pois SBP e MS não fixam idade; a AAP 2017 e a Pediatria Integral 2024 esperam a resolução até 1 ano) e palmilha no pé plano sintomático (alívio aceito pela AEP; a AAP alerta que pode trazer mais problemas que o próprio pé plano). SBP e NICE não têm documento sobre o tema; Johns Hopkins, Oxford e Cambridge não puderam ser abertos.

Posição adotada pelo site: sem posição da SBP, a do **Ministério da Saúde** no recém-nascido (rigidez, tratamento precoce do pé torto, do metatarso varo e do tálus vertical, notificação na DNV); no pé plano, no calçado e na criança que anda, a da **AAP** (HealthyChildren 2022–2023), concordante com a SBOP; a AAP (American Academy of Family Physicians, que não é a AAP) é só apoio.

PONTOS PRÁTICOS

1. Flexível ou rígido: a manobra delicada no RN separa o pé posicional do estrutural.
2. Pé torto: encaminhar com prioridade para o Ponseti, descrever na DNV (notificação obrigatória (compulsória)), examinar quadril e coluna.
3. A órtese com barra é o que evita a recidiva: reforçar a adesão em toda consulta.
4. Pé plano que forma arco na ponta dos pés é normal: não prescrever palmilha, bota ou sapato ortopédico.
5. Pé plano rígido ou doloroso pensa em coalizão; pé cavo pensa em Charcot-Marie-Tooth e em medula — exame neurológico e história familiar.
6. Marcha na ponta dos pés: calcanhar que apoia, dorsiflexão, neurológico e rastreio de TEA; CPK no menino com Gowers.

Veja também: **Deformidades Posicionais e Estruturais do RN e Displasia do Desenvolvimento do Quadril (DDQ)** (Neonatologia); **Variações normais dos membros inferiores, A criança que manca (claudicação aguda) e Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta); Osteomielite e artrite séptica na criança; Paralisia cerebral; Doenças neuromusculares — AME e Duchenne; Obesidade e risco cardiometabólico.**

8. Fontes

- Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido, v. 3, 2ª ed., 2014 (cap. 30, Problemas ortopédicos). [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia prático — diagnóstico de anomalias congênitas no pré-natal e ao nascimento, 2022. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 10.175, de 23/01/2026 (anomalias congênitas na Lista Nacional de Notificação Compulsória). bvsms.saude.gov.br
- AAP (HealthyChildren.org). Flat feet and fallen arches: when is treatment needed?, atualizada em 14/03/2023. healthychildren.org
- AAP (HealthyChildren.org). Clubfoot: diagnosis and treatment in babies, 25/01/2022 healthychildren.org; Pigeon toes (intoeing), 25/01/2022 healthychildren.org
- Fonte de apoio (AAFP, não é a AAP): Rerucha CM et al. Lower extremity abnormalities in children. American Family Physician, 2017. aafp.org
- Garlito Díaz H et al. Pie plano y otras alteraciones del pie. Pediatría Integral (SEPEAP), 2024. pediatriaintegral.es

- Boston Children's Hospital. Clubfoot (acesso em 10/2026). childrenshospital.org
- AAOS (OrthoInfo). Clubfoot. orthoinfo.org
- AAPM&R. Pes cavus. PM&R KnowledgeNow. now.aapmr.org
- Nweke TC et al. Conservative management of Sever's disease. Cureus, 2025. pmc.ncbi.nlm.nih.gov

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.