

Abordagem da criança com artrite (mono, oligo e poliartrite)

Diferencial pelo número de articulações e pelo tempo de evolução, exame articular, exames iniciais, o que não pedir de rotina e quando encaminhar ao pronto-socorro ou ao reumatologista pediátrico, segundo a SBP 2020 e o PCDT da AIJ 2026

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

Artrite é derrame articular ou, sem derrame, pelo menos dois de: dor à mobilização, limitação, dor à palpação e calor; **artralgia** é dor sem esses sinais. O raciocínio segue dois eixos: **número de articulações** (mono, oligo até 4, poli ≥ 5) e **tempo** (**aguda** < 6 semanas, em geral infecciosa, reativa ou pós-viral; **crônica** ≥ 6 semanas, que sugere artrite idiopática juvenil — AIJ). **Monoartrite aguda com febre é artrite séptica até prova em contrário (●)**; **dor intensa, noturna e desproporcional, com palidez, petéquias, visceromegalias ou citopenias, é leucemia até prova em contrário (●)**. Ficam em casa, com reavaliação garantida, a **sinovite transitória do quadril** típica e a artrite pós-viral ou reativa leve em bom estado geral. Exames iniciais: **hemograma com esfregaço, VHS, PCR e radiografia comparativa; FAN e fator reumatoide não são exames de triagem**. Artrite de 6 semanas ou mais, recorrente ou com sinais sistêmicos vai ao **reumatologista pediátrico, e corticoide só depois de excluir leucemia** (SBP 2020).

1. O que é e como se apresenta

Definições (SBP, Reumatologia, 2020; AEP 2020; PCDT da AIJ, 2026):

- **Artrite:** derrame, ou pelo menos dois de limitação, dor à mobilização, dor à palpação e calor. Hiperemia da pele sugere celulite, e não artrite (AEP).
- **Número:** monoartrite (1), oligoartrite (2–4), poliartrite (≥ 5), como na classificação da AIJ (ILAR, adotada pelo PCDT). A AEP chama de poliartrite 2 ou mais articulações.
- **Tempo:** aguda < 6 semanas, contínua ou intermitente; crônica ≥ 6 semanas, limiar que define a AIJ.
- **Padrão:** simultâneo (virais), migratório (febre reumática), aditivo (AIJ) (AEP).

Na criança, a artrite chega como claudicação, recusa a andar, rigidez matinal ou choro à troca de fralda, mais que como queixa de dor.

PADRÃO	PENSAR PRIMEIRO	NÃO PODE PASSAR
Monoartrite aguda	Sinovite transitória do quadril, trauma, artrite reativa, <i>Kingella kingae</i> em < 4 anos (quadro brando, PCR baixa)	Artrite séptica e osteomielite  ; hemartrose; leucemia; gonococo
Oligo ou poliartrite aguda	Pós-viral (parvovírus B19, rubéola, hepatite B, arbovírus — chikungunya pode se prolongar); reativa ; pós-estreptocócica; vasculite por IgA	Febre reumática ; leucemia e linfoma; lúpus; AIJ sistêmica e síndrome de ativação macrofágica
Artrite ≥ 6 semanas	AIJ (exclusão), doença inflamatória intestinal, psoríase	Tuberculose; leucemia; doenças do tecido conjuntivo
"Falsas artrites"	Urticária, celulite, edema da vasculite por IgA	—

Entidades principais:

- **Artrite séptica:** monoartrite aguda, febre, dor intensa, recusa de mobilizar; 50% antes dos 2 anos; quadril, joelho e tornozelo em 75%; o lactente pode não ter febre (SBP 2020). Ver **Osteomielite e artrite séptica na criança**.
- **Sinovite transitória do quadril:** 3 a 8–9 anos, após virose, bom estado, afebril, dor na virilha, coxa ou joelho; resolve em dias. **Abaixo de 3 anos quase nunca é sinovite** (AEP 2020).
- **Pós-viral:** poliartrite simétrica com febre baixa, exantema ou coriza, autolimitada; prolongada na hepatite C e no chikungunya (SBP 2020).
- **Reativa:** asséptica, 7–10 dias após diarreia (*Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*) ou infecção geniturinária (*Chlamydia*, gonococo), assimétrica, de membros inferiores, ligada ao HLA-B27 (SBP 2020). **Pós-estreptocócica:** até 10 dias após a faringite, não migratória, sem critérios de febre reumática, resposta fraca ao anti-inflamatório (AEP 2020).
- **Febre reumática:** poliartrite migratória de grandes articulações que cede ao anti-inflamatório em horas a 3 dias. **O Brasil é população de risco moderado a alto:** a monoartrite conta como critério maior e a mono ou poliartralgia como menor (Jones 2015, na SBP 2020). Procurar cardite. Ver **Febre reumática**.
- **Leucemia:** artralgia ou artrite pode ser o primeiro sintoma; dor **noturna, intensa, intermitente e desproporcional ao edema** (joelhos, tornozelos, cotovelos), com adenomegalias, hepatoesplenomegalia, anemia ou febre (SBP 2020); o hemograma pode ser pouco alterado no início. Ver **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)**.
- **Doença de Lyme:** não é endêmica no Brasil; considerar após viagem à América do Norte ou à Europa (SBP 2020). A **síndrome de Baggio-Yoshinari** (Lyme-símile brasileira) é rara e de diagnóstico especializado.
- **AIJ:** artrite de causa desconhecida, início antes dos 16 anos, **≥ 6 semanas**, após excluir outras causas. Ver **Artrite idiopática juvenil (AIJ)**.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Sinovite transitória típica: ≥ 3 anos, afebril (axilar < 37,5 °C), bom estado, apoia o membro, nenhum critério de Kocher. Artrite pós-viral ou reativa em bom estado, com apoio, sem sinais de alarme	Ibuprofeno e repouso relativo em casa; reavaliação em 24–72 h na sinovite e próxima nas demais; se não melhorar ou surgir febre, investigar
● Moderada	Artrite ≥ 6 semanas ou recorrente; rigidez matinal, dactilite, entesite; suspeita de febre reumática sem insuficiência cardíaca; diagnóstico incerto em bom estado; monoartrite afebril em < 4 anos (Kingella); sinovite sem melhora em 48–72 h	Hemograma com esfregaço, VHS, PCR, radiografia. Monoartrite < 4 anos e sinovite sem melhora: avaliação no mesmo dia com ortopedia. Febre reumática: ASLO, ECG, ecocardiograma. Artrite ≥ 6 semanas: encaminhar ao reumatologista pediátrico (prioridade se poliartrite ou queixa ocular)
● Grave	Febre com monoartrite; ≥ 2 critérios de Kocher ou PCR > 2 mg/dL com derrame; recusa total de apoio; < 3 meses; doença falciforme com febre; sepse. Sinais de leucemia (palidez, petéquias, equimoses, visceromegalias, linfonodomegalia, citopenias, blastos). Cardite (sopro novo, insuficiência cardíaca). Febre diária com exantema e serosite ou febre persistente com citopenias (AIJ sistêmica, SAM). Hemartrose em hemofílico. Púrpura febril	Pronto-socorro no mesmo momento; artrite séptica é urgência ortopédica; leucemia vai à onco-hematologia; sem antibiótico oral e sem corticoide antes da avaliação

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 anos; quadril ou ombro acometidos.
- Doença falciforme, imunossupressão, cateter central; varicela ou lesão de pele recentes.
- Adolescente com exposição sexual (gonococo) ou suspeita de violência sexual.
- Hemofilia; antibiótico ou corticoide prévios, que mascaram o quadro.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese: início, duração, número e padrão; febre (axilar ≥ 37,5 °C), exantema, diarreia, uretrite ou faringite recentes; dor noturna (a dor que só acorda a criança não é, sozinha, sinal de alerta — a SBP aceita que a dor de crescimento acorde, DC Reumatologia nº 4/2019 e Diretriz nº 177/2024; são alerta a dor localizada ou unilateral, a que persiste de manhã ou durante o dia, claudicação, febre, perda de peso, exame alterado e massa); rigidez matinal que

melhora com o movimento; perda de peso, sangramentos; viagem e carrapato; história familiar de psoríase, doença inflamatória intestinal e espondiloartrite.

Exame articular: criança despida; observar a marcha, pedir que pule, agache e ande na ponta dos pés e nos calcanhares; examinar **todas as articulações**, as dolorosas por último, comparando com o lado oposto. Incluir **quadris** (rotação interna comparada; dor no joelho pode vir do quadril), coluna cervical, temporomandibulares, sacroilíacas, mãos, pés, enteses. Hipotrofia muscular e diferença de comprimento sugerem cronicidade (AEP 2020). O **pGALS** examina o sistema musculoesquelético em poucos minutos. **Exame geral:** pele (petéquias, psoríase, eritema marginado), olhos, linfonodos, fígado e baço, **ausculta cardíaca**.

Critérios de Kocher (quadril; SBP 2020): febre $> 38,5^{\circ}\text{C}$ (critério do estudo; na conduta, febre axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ com artrite já pede avaliação no mesmo dia); dor com limitação do movimento passivo e do apoio; VHS $> 40\text{ mm}/1^{\text{a}}\text{ hora}$; leucócitos $> 12.000/\text{mm}^3$. Probabilidade de artrite séptica: 0 critério $< 0,2\%$; 1 = 3% ; 2 = 40% ; 3 = $93,1\%$; 4 = $99,6\%$. Não se aplicam bem ao joelho nem à *Kingella*.

Exames:

- **Sinovite transitória típica (●):** nenhum exame; é a única monoartrite que dispensa sangue e punção (AEP 2020).
- **Demais — iniciais:** hemograma com esfregaço, VHS e PCR; DHL e ácido úrico se houver suspeita de neoplasia (SBP 2020); função renal e hepática na poliartrite (AEP 2020).
- **Imagem:** radiografia com **incidências bilaterais comparativas** (fratura, lesão óssea, Perthes, desmineralização da leucemia); **ultrassonografia** para derrame e punção guiada; ressonância na suspeita de osteomielite (SBP 2020).
- **Punção articular** (ortopedista, no serviço): suspeita de artrite séptica e monoartrite sem causa clara — citologia, Gram, cultura em frasco de hemocultura, PCR para *Kingella* (SBP 2020; AEP 2020).
- **Conforme a suspeita:** **ASLO** só se houver suspeita de febre reumática ou pós-estreptocócica ($> 640\text{ U/mL}$ ou curva ascendente; SBP 2020); sorologias virais (parvovírus, chikungunya, dengue, hepatites); coprocultura e pesquisa de *Chlamydia* e gonococo na reativa; prova tuberculínica ou IGRA na monoartrite persistente.
- **Mielograma:** na dúvida com leucemia e **antes de qualquer corticoide** (SBP 2020), na onco-hematologia.

Quando NÃO pedir FAN e fator reumatoide:

- **Não confirmam nem excluem AIJ** e aparecem em crianças saudáveis; com HLA-B27, servem para **classificar** a AIJ já diagnosticada e estimar o risco de uveíte (FAN) (PCDT 2026; AEP 2020).
- **Não pedir de rotina** em dor musculoesquelética, artralgia sem artrite, dor de crescimento ou artrite aguda pós-viral ou reativa: sem sinais objetivos de doença reumática, têm pouca

utilidade e geram exames desnecessários (lista Choosing Wisely pediátrica do ACR, 2014).

- **Pedir com critério:** artrite ≥ 6 semanas, de preferência junto ao encaminhamento, ou suspeita de doença sistêmica (lúpus: poliartrite com citopenias, nefrite, serosite, lesões de pele).

4. Tratamento e seguimento

O **pediatra** exclui o urgente, trata as formas autolimitadas e acompanha **até a resolução completa, sem sequelas nem recorrências** (SBP 2020); punção, corticoide intra-articular, metotrexato e imunobiológicos são do especialista.

- **Virais, reativas e sinovite transitória:** analgésico ou **curso limitado de anti-inflamatório**; fisioterapia supervisionada se necessário (SBP 2020; AEP 2020).
- **Artrite séptica:** drenagem e antibiótico intravenoso no hospital, **pelo menos 3 semanas IV e mais 3 VO** (SBP 2020) (ver o documento de Infectologia).
- **Febre reumática:** erradicação do estreptococo, anti-inflamatório e profilaxia secundária com penicilina G benzatina (< 20 kg **600.000 UI**; ≥ 20 kg **1.200.000 UI**), conforme **Febre reumática**.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ibuprofeno (1ª escolha)	5–10 mg/kg/dose (analgésica e antitérmica)	6–8 h	Enquanto houver dor e sinovite, com reavaliação	Padrão do site; a dose anti-inflamatória (AIJ, febre reumática) é do especialista; ≥ 6 meses; evitar na suspeita de dengue , desidratação e varicela
Naproxeno	10–20 mg/kg/dia	12/12 h	Curso limitado	PCDT da AIJ 2026; dose máxima conforme bula; não usar na suspeita de dengue
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Até 48–72 h sem reavaliação	Padrão do site; máx. 75 mg/kg/dia e 4 g/dia; opção na suspeita de arbovirose
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver dor	Padrão do site; não usar < 3 meses ou < 5 kg

- **Paracetamol:** uso repetido por 48–72 h, no limite de dose, em criança desidratada, desnutrida, em jejum ou somando produtos, aumenta o risco de hepatotoxicidade. **Não alternar** analgésicos.
- **Anti-inflamatório não modifica o curso da AIJ** nem deve ser monoterapia por mais de 2 meses (PCDT 2026): artrite que não cede vai ao reumatologista.

O que não usar: corticoide (oral, intramuscular ou intra-articular) antes de excluir leucemia e artrite séptica (SBP 2020); **antibiótico oral "por via das dúvidas"** na monoartrite febril; anti-inflamatório na suspeita de dengue; **painel de autoanticorpos** e ASLO de rotina; imobilização prolongada.

Seguimento: pós-viral e reativa resolvem em dias a semanas (chikungunya, meses); **artrite que passa de 6 semanas é crônica** e vai ao reumatologista.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

Pronto-socorro no mesmo momento (🔴):

- Febre (axilar $\geq 37,5$ °C) com monoartrite, recusa de apoio ou dor óssea localizada; ≥ 2 critérios de Kocher; lactente < 3 meses com membro parado.
- Dor articular ou óssea com palidez, petéquias, equimoses, visceromegalias, linfonodomegalia ou citopenias.
- Sopro novo, taquicardia, dispneia ou edema na suspeita de febre reumática.
- Febre diária com exantema evanescente ou serosite, ou febre persistente com citopenias ou alteração neurológica (AIJ sistêmica, SAM).
- Hemartrose em hemofílico; artrite com púrpura febril ou sepse.

Reumatologista pediátrico (🟡): artrite ≥ 6 semanas ou recorrente; poliartrite sem causa; rigidez matinal, dactilite, entesite, dor lombar inflamatória; suspeita de lúpus, dermatomiosite ou vasculite; dúvida depois de afastados os sinais de alarme. **Com prioridade:** poliartrite, limitação funcional, olho vermelho ou fotofobia, perda de peso. Enviar hemograma, VHS, PCR e radiografias.

Como encaminhar:

1. **Contato prévio** com serviço com ortopedia pediátrica e ultrassonografia, ou onco-hematologia.
2. **Analgesia** (dipirona ou paracetamol); membro em posição de conforto, sem carga.
3. **Sem antibiótico oral e sem corticoide** antes das culturas, da punção e do hemograma com esfregaço; antibiótico antes da remoção só na sepse ou em grande demora, após contato com o serviço.
4. **Sepse, púrpura febril ou insuficiência cardíaca:** SAMU (192); oxigênio para **SpO2 entre 94% e 98%**; acesso venoso; na púrpura febril, ceftriaxona 100 mg/kg (máx. 4 g) se não atrasar a remoção (padrão do site).
5. **Relatório:** tempo de evolução, articulações, temperatura, medicamentos já usados e exames.

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

- "Na sinovite do quadril, a dor melhora em 1 a 3 dias com o anti-inflamatório; se não melhorar, volte."
- "Inchaço que dura semanas ou rigidez de manhã precisam de avaliação, mesmo sem dor forte."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** febre com articulação inchada, quente ou muito dolorida; criança que não deixa mexer ou não apoia; dor sempre no mesmo lugar ou que continua de manhã e durante o dia; palidez, manchas roxas ou pontinhos vermelhos, sangramentos, barriga aumentada; falta de ar ou inchaço; febre alta diária com manchas na pele; olho vermelho com dor ou sensibilidade à luz.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Documento (versão/data)	DC nº 12, Artrite aguda, Reumatologia, 11/2020	PCDT da AIJ, Portaria Conjunta nº 34, 19/01/2026	Sem diretriz específica localizada	NG143 (2019, atualizada 11/2021); NG95 Lyme (2018)	Artritis. Diagnóstico diferencial, 2020	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Definição e tempo	Aguda < 6 semanas	Crônica > 6 semanas	Sem diretriz específica localizada	Edema articular ou não apoiar: risco intermediário na febre	Poli = ≥ 2 articulações	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Exames iniciais	Hemograma, VHS, PCR, culturas; DHL se neoplasia	Hemograma, VHS, PCR	Sem diretriz específica localizada	Sem posição	Hemograma, bioquímica, VHS, PCR, dirigidos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
FAN e FR	Fora da artrite aguda	Classificação e risco de uveíte	Sem diretriz específica localizada	Sem posição	Só se artrite crônica; presentes em sadios	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Artrite séptica	Punção, drenagem; IV ≥ 3 + VO 3 semanas	Sem posição	Sem diretriz específica localizada	Sem posição	Punção em toda monoartrite exceto sinovite típica; esquemas curtos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: SBP (2020), Ministério da Saúde (PCDT da AIJ, 2026) e AEP (2020) concordam na definição de artrite, no limiar de **6 semanas**, na AIJ como diagnóstico de exclusão, nos exames iniciais e em excluir **artrite séptica e leucemia** antes de corticoide. Divergem em detalhes: a **AEP** chama de poliartrite 2 ou mais articulações (o site usa a contagem da ILAR, adotada pelo PCDT), pede punção em toda monoartrite que não seja sinovite típica e aponta esquemas antibióticos mais curtos, enquanto a SBP mantém 3 semanas IV e 3 VO. O **PCDT** reserva FAN, fator reumatoide e HLA-B27 à classificação da AIJ, e a AEP lembra que aparecem em sadios —

como a lista Choosing Wisely pediátrica do ACR (2014). O **NICE** não tem diretriz de artrite na criança. **Posição adotada pelo site:** a da SBP (2020) — 6 semanas, Kocher no quadril, hemograma, VHS e PCR iniciais, mielograma antes de corticoide, artrite séptica como emergência com a duração da SBP; e, como a SBP não trata do tema, FAN e fator reumatoide fora da triagem pelo PCDT do Ministério da Saúde.

PONTOS PRÁTICOS

1. Conte articulações e tempo: aguda (< 6 semanas) é quase sempre infecciosa, reativa ou pós-viral; crônica (≥ 6 semanas) é AIJ até prova em contrário.
2. Monoartrite com febre é artrite séptica: pronto-socorro, sem antibiótico oral antes da punção.
3. Dor noturna desproporcional, palidez, petéquias ou visceromegalia: hemograma com esfregaço e onco-hematologia; nunca corticoide antes de excluir leucemia.
4. Sinovite transitória só acima de 3 anos, afebril, em bom estado e com apoio: ibuprofeno e reavaliação em 24–72 h.
5. FAN e fator reumatoide não diagnosticam AIJ e não são triagem de dor articular.
6. No Brasil, monoartrite com estreptococo recente pode ser febre reumática: ausculte o coração.

Veja também, nesta Biblioteca: **Artrite idiopática juvenil (AIJ)**, **Febre reumática**, **Lúpus eritematoso sistêmico juvenil** e **Síndrome de ativação macrófaga e linfo-histiocitose hemofagocítica (HLH)** (nesta área); **Osteomielite e artrite séptica na criança** (Infectologia); **Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta)** e **A criança que manca (claudicação aguda)** (Patologias do consultório); **Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA)** (Oncologia); **A criança que sangra — hemofilia, doença de von Willebrand e outras coagulopatias** (Hematologia).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Isso é dor de crescimento ou algo mais sério? (documento científico nº 4), 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Dores comuns em pediatria: avaliação e abordagem. Diretriz nº 177, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Artrite aguda em crianças e adolescentes. Documento Científico nº 12, 2020. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Artrite Idiopática Juvenil. Portaria Conjunta SAES/SCTIE nº 34, 2026. gov.br/conitec

- AEP. Murias Loza S et al. Artritis. Diagnóstico diferencial. Protoc diagn ter pediatr, 2020;2:17-26. [PDF](#)
- NICE. Fever in under 5s (NG143), 2019, atualizada em 2021. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. Lyme disease (NG95), 2018. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Trapani S et al. Choosing Wisely in pediatric healthcare: a narrative review (lista pediátrica do ACR, 2014). Front Pediatr, 2023. [PMC](#)
- Síndrome Baggio-Yoshinari (doença de Lyme-símile brasileira). Rev Assoc Med Bras, 2010. [SciELO](#)

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.