

Dor em membros (dor de crescimento e sinais de alerta)

Como reconhecer a dor de crescimento, a hiper mobilidade e as dores por sobrecarga, e quando a dor nos membros indica artrite, infecção, leucemia ou tumor ósseo

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, Oxford, Cambridge e AEP · Revisão: setembro de 2026

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

CONTEÚDO

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

EM RESUMO

A **dor de crescimento** afeta 10–20% das crianças de 3 a 10 anos (SBP): dor **bilateral**, nas pernas (coxas, panturrilhas, atrás dos joelhos), **no fim do dia ou à noite**, que cede com massagem ou analgésico e **desaparece pela manhã**, com intervalos livres de dias a semanas, **sem claudicação**, sem limitação das atividades e com **exame físico normal**; **pode acordar a criança** (SBP 2019 e 2024), e isso, sozinho, não é sinal de alerta. É diagnóstico clínico de exclusão, sem exames na forma típica; o tratamento é orientação, massagem, calor e analgésico nas crises, em casa (●). São **sinais de alerta** (●/●): dor **unilateral** ou localizada em um osso (mesmo que acorde a criança), dor que **persiste pela manhã ou durante o dia** ou piora progressivamente, **claudicação**, **edema articular**, **rigidez matinal**, febre, perda de peso, sudorese noturna, **massa**, exame físico alterado, **palidez**, **petéquias ou equimoses**, hepatoesplenomegalia, linfonomegalia. Nesses casos, hemograma com esfregaço, VHS e PCR e radiografia da região; palidez com petéquias, equimoses ou hepatoesplenomegalia vão ao **hospital no mesmo dia** (suspeita de leucemia). **Nunca iniciar corticoide** antes de excluir leucemia. Hiper mobilidade e apofisites (Osgood-Schlatter, Sever) são causas benignas comuns, tratadas com orientação e ajuste de atividade.

1. O que é e como se apresenta

Dor de crescimento (SBP 2019; AEPap)

- **Definição:** dor musculoesquelética benigna, recorrente e autolimitada, **sem relação comprovada com o crescimento** (a AAP lembra que nem o estirão puberal é rápido o bastante para doer).
- **Epidemiologia:** 10–20% das crianças; início entre 3 e 10 anos; sem predomínio de sexo; história familiar em 20–47% (SBP).
- **Crítérios de inclusão:** dor bilateral (80%) nos membros inferiores, em coxas, canelas, panturrilhas ou fossa poplíteia, **não articular**; no fim da tarde ou à noite, **podendo acordar a criança** (SBP; ver observação abaixo); episódios de 10–30 minutos a poucas horas; alívio com massagem, calor ou analgésico; **ausência de dor pela manhã**; intervalos livres de dias a semanas; atividades e marcha normais; exame físico normal.
- **Crítérios de exclusão (sinais de alerta):** dor unilateral persistente; dor articular; dor pela manhã ou ao acordar; dor diurna que piora com a atividade; claudicação; edema, calor ou limitação articular; massa palpável; sinais sistêmicos; exame neurológico alterado (SBP).
- **Dor que acorda a criança — o site segue a SBP:** o documento de Reumatologia (DC nº 4/2019) descreve dores à noite ou de madrugada que despertam a criança, às vezes com choro, e que desaparecem na manhã seguinte, e a Diretriz nº 177/2024 (Dores comuns em pediatria) também admite que a dor chegue a despertar. Acordar, **sozinho, não é sinal de alerta**. São alerta: dor **localizada ou unilateral** (inclusive a que acorda — leucemia, osteoma osteoide, tumor ósseo), dor que **persiste pela manhã ou durante o dia**, claudicação, febre, perda de peso, alteração do exame físico e massa. A dor de crescimento continua sendo **diagnóstico de exclusão**.
- Associa-se, com frequência, a hiper mobilidade articular, pé plano e maior atividade física no dia.

Hiper mobilidade articular benigna

- Amplitude articular aumentada, comum na infância (25–50% das crianças menores de 8–10 anos, segundo a AEPap), tende a diminuir com a idade. Escore de Beighton ≥ 4 de 9 (AEPap) sugere hiper mobilidade generalizada.
- Dor após atividade, entorses fáceis, dor de crescimento associada. Investigar síndromes de Ehlers-Danlos e Marfan se houver pele hiper extensível, cicatrizes atróficas, estatura alta com envergadura aumentada, luxações, prolapso mitral ou história familiar.

Dores por sobrecarga (apofisites) (AAFP — American Academy of Family Physicians, 2019)

- **Osgood-Schlatter:** apofisite da tuberosidade anterior da tíbia; pré-adolescente e adolescente esportista, durante o estirão; dor, edema e sensibilidade na tuberosidade, pior ao saltar, correr, ajoelhar; bilateral em 30%. Autolimitada até o fim do crescimento.
- **Sever:** apofisite do calcâneo; 8–12 anos; dor no calcanhar com a atividade, às vezes com claudicação após o esporte; **teste de compressão lateral do calcâneo** positivo. Autolimitada.

Causas que não podem passar

- **Leucemia aguda:** câncer mais comum da infância (pico 2–5 anos). Dor óssea ou articular, às vezes intensa e noturna, com claudicação ou recusa a andar, palidez, febre, petéquias, equimoses, hepatoesplenomegalia, linfonodomegalia; pode simular artrite ou dor de crescimento, e o hemograma pode ser pouco alterado no início (documentos de Oncologia desta Biblioteca).
- **Tumores ósseos:** osteossarcoma (adolescente, metáfises do joelho) e sarcoma de Ewing (diáfises, pelve; febre e VHS elevada podem simular osteomielite); dor persistente, noturna, localizada, com ou sem aumento de volume. **Osteoma osteoide:** dor noturna localizada que melhora com anti-inflamatório.
- **Neuroblastoma:** pré-escolar com dor óssea, massa abdominal, equimose periorbital.
- **Artrite idiopática juvenil:** edema articular por ≥ 6 semanas, rigidez matinal, fenômeno do gel, claudicação que melhora ao longo do dia; a criança pequena raramente se queixa de dor (documentos de Reumatologia desta Biblioteca).
- **Infecção:** osteomielite, artrite séptica (febre, dor localizada, recusa de apoio).
- **Outras:** febre reumática, vasculite por IgA, artrites virais, doença falciforme, deficiência de vitamina D, hipotireoidismo, doenças neuromusculares, síndromes de amplificação dolorosa.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Preenche os critérios de dor de crescimento: bilateral, não articular, no fim do dia ou à noite, ausente pela manhã, sem claudicação, bom estado geral, crescimento normal, exame normal; ou hipermobilidade benigna; ou apofisite típica (Osgood-Schlatter, Sever)	Orientação, massagem, calor local, alongamento; analgésico nas crises; reavaliar em 4–8 semanas ou antes se surgirem sinais de alerta
● Moderada	Dor unilateral ou localizada em um osso (mesmo que acorde); dor que persiste pela manhã ou durante o dia, ou progressiva; claudicação; rigidez matinal; edema articular; massa ou aumento de volume ósseo ; dor que cede de forma marcante com anti-inflamatório (osteoma osteoide); perda de peso, sudorese noturna ou febre recorrente sem foco; queixa > 2–3 meses com prejuízo funcional	Investigação ambulatorial com prioridade: hemograma com esfregaço, VHS, PCR, desidrogenase láctica; radiografia da região dolorosa; encaminhar a reumatologia pediátrica (artrite ≥ 6 semanas), ortopedia ou onco-hematologia conforme o achado; massa óssea ou imagem suspeita (ou dor persistente com radiografia normal): com urgência ao centro de referência em oncologia pediátrica, sem biópsia ("Tumores ósseos e sarcomas de partes moles")
● Grave	Palidez com petéquias, equimoses sem trauma, sangramentos ou hepatoesplenomegalia; hemograma com citopenias ou blastos; febre com dor óssea localizada ou articulação quente e edemaciada; fratura com trauma mínimo; massa abdominal; toxemia; dor com fraqueza ou alteração neurológica (compressão medular)	Hospital no mesmo dia (onco-hematologia, ortopedia ou pediatria, conforme o caso); ver "Como encaminhar"

Fatores de risco que elevam a preocupação

- Idade < 3 anos (dor de crescimento é incomum; a AEPap considera sinal de alerta).
- Sintomas sistêmicos, perda de peso, sudorese noturna, fadiga.
- Síndromes com maior risco de neoplasia (Down, neurofibromatose, Li-Fraumeni), irradiação prévia; doença falciforme, imunodeficiência.
- História familiar de doença reumática, psoríase ou doença inflamatória intestinal.

3. Diagnóstico no consultório

Anamnese dirigida: localização (muscular, óssea ou articular; uni ou bilateral), horário, relação com atividade, dor pela manhã, rigidez, claudicação, edema, sintomas sistêmicos, sangramentos, impacto funcional e escolar.

Exame físico completo: estado geral, palidez, petéquias e equimoses, linfonodos, fígado e baço, massas abdominais; todas as articulações (inclusive temporomandibulares, coluna e quadris — triagem no modelo pGALS); palpação óssea ponto a ponto; marcha; escore de Beighton; exame neurológico; curva de crescimento.

Escore de Beighton (0 a 9 pontos): dorsiflexão passiva do 5º dedo > 90° (1 ponto por lado); aposição do polegar ao antebraço (1 por lado); hiperextensão do cotovelo > 10° (1 por lado); hiperextensão do joelho > 10° (1 por lado); palmas no chão com joelhos estendidos (1).

Exames

- Dor de crescimento típica com exame normal:** nenhum exame (SBP; AEPap).
- Qualquer sinal de alerta, dúvida ou pais muito angustiados:** hemograma com contagem de plaquetas e **esfregaço** (blastos), VHS, PCR, desidrogenase láctica e ácido úrico; radiografia da região dolorosa. A NICE recomenda **hemograma com urgência** para criança com dor óssea persistente ou sem explicação, palidez, fadiga, febre, infecções persistentes, linfonodomegalia generalizada ou equimoses, e **radiografia com urgência** para dor ou aumento de volume ósseo sem explicação (NG12).
- Artrite:** FAN, fator reumatoide, HLA-B27 conforme o caso — com o reumatologista; o FAN não confirma AIJ.

- **Hemograma normal não exclui leucemia** quando a clínica é sugestiva: repetir, pedir desidrogenase láctica e encaminhar.
- Ressonância, cintilografia e mielograma ficam com o especialista.

4. Tratamento em casa

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Só na crise (em geral 1 dose à noite)	SBP, Manejo da febre aguda, 2021; máx. 75 mg/kg/dia, nunca > 4 g/dia
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose	6–8 h	Na crise; nas apofisites, por poucos dias nos períodos de dor	SBP 2021; a partir de 6 meses; máx. 200 mg/dose e 800 mg/dia (SBP, Diretriz nº 177/2024); evitar em desidratação, suspeita de dengue e varicela
Dipirona	15 mg/kg/dose	6 h (máx. 4 doses/dia)	Só na crise	Padrão do site (SBP, Diretriz nº 177/2024: 15–25 mg/kg); não usar < 3 meses ou < 5 kg; "1 gota/kg" leva a superdosagem

Paracetamol. Atenção ao efeito cumulativo: o uso repetido por 48–72 h, especialmente em doses no limite máximo, em criança desidratada, desnutrida, com jejum prolongado ou somando mais de um produto com paracetamol, aumenta o risco de hepatotoxicidade — não ultrapassar a dose diária, não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação médica e conferir outros medicamentos que contenham paracetamol.

- **Não alternar** analgésicos. Analgésico diário e contínuo não é necessário na dor de crescimento; dor que exige medicação todos os dias deve ser reavaliada.
- **Dor de crescimento:** explicar a natureza benigna (reduz a ansiedade e as idas ao pronto-socorro); massagem, calor local e alongamento de panturrilhas e isquiotibiais antes de dormir; calçado confortável; não restringir atividades.
- **Hipermobilidade:** fortalecimento muscular e condicionamento (fisioterapia se dor frequente), calçado adequado; atividades físicas mantidas.
- **Osgood-Schlatter e Sever:** repouso relativo e ajuste da carga (reduzir saltos e corridas nas crises, sem afastar do esporte de forma definitiva), gelo após a atividade, alongamento de quadríceps e isquiotibiais (Osgood) ou do tríceps sural (Sever), calcanheira ou elevação do calcanhar no Sever; analgésico ou anti-inflamatório por curto período (AAFP).
- **Não usar: corticoide sistêmico** sem diagnóstico (mascara leucemia e linfoma — documentos de Oncologia desta Biblioteca); suplementos, "vitaminas para crescimento" ou cálcio sem indicação; exames de rotina na dor típica.
- **Vitamina D:** manter a profilaxia da SBP (600 UI/dia de 1 a 18 anos); investigar deficiência apenas se houver fator de risco ou sinais clínicos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Palidez com petéquias, equimoses, sangramentos ou hepatoesplenomegalia** — a NICE orienta encaminhamento imediato diante de petéquias sem explicação ou hepatoesplenomegalia.
- Hemograma com blastos, neutropenia grave, plaquetopenia ou anemia importante.
- Febre (axilar $\geq 37,5$ °C) com dor óssea localizada, articulação quente e edemaciada ou recusa de apoio (osteomielite, artrite séptica).
- Dor lombar ou nos membros com fraqueza, alteração da marcha, da sensibilidade ou de esfíncteres (compressão medular).
- Massa abdominal; fratura com trauma mínimo (patológica). Massa óssea sem esses sinais é 🟡: radiografia sem demora e, se suspeita, encaminhamento com urgência ao centro de referência.
- Dor intensa com toxemia ou prostração.

Como encaminhar

1. Contato prévio com o serviço de referência, de preferência com onco-hematologia pediátrica na suspeita de leucemia.
2. **Não administrar corticoide** antes da avaliação.
3. Analgesia; se febre com neutropenia conhecida ou suspeita, encaminhamento imediato (risco de sepse); oxigênio e acesso venoso se instável; SAMU (192) se choque ou déficit neurológico.
4. Relatório com a evolução, exame físico (fígado, baço, linfonodos, pele) e cópia do hemograma.

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

- "A dor de crescimento é comum, não causa dano e desaparece com o tempo. A massagem e o calor ajudam; o analgésico pode ser usado nas noites de dor."
- "Anote quando a dor aparece, onde dói e o que ajudou."
- "Volte antes se a dor ficar em uma perna só ou em um ponto do osso, se aparecer pela manhã, se a criança mancar, se uma articulação inchar, se surgir um caroço no osso ou se houver febre ou perda de peso. Acordar à noite com dor nas duas pernas, sozinho, não é motivo de alarme."
- "Procure atendimento no mesmo dia se houver febre com dor, palidez, manchas roxas ou pontinhos vermelhos na pele, sangramentos, barriga aumentada, perda de peso ou cansaço fora do comum."
- Retorno programado em 4–8 semanas na dor típica; em poucos dias quando exames foram solicitados.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉRIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAMBRIDGE
Versão consultada	DC Reumatologia nº 4, 2019; Diretriz nº 177, 2024	INCA, Diagnóstico precoce, 2ª ed., 2014 (câncer)	HealthyChildren, 2013	NG12, atualizada em 15/04/2026	Continuum Reumatologia, 2020; AEPap 2005	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Critérios	Bilateral, fim do dia ou noite, pode acordar, ausente de manhã, exame normal; exclusão	Sem posição específica	Ao deitar ou após o sono, ligada à atividade do dia	Sem diretriz específica	3–12 anos, bilateral, assintomática de manhã, sem claudicação, exame normal	—	—	Segue o NICE
Sinais de alerta	Unilateral, dor presente de manhã ou diurna, edema, massa, dor à palpação	Dor óssea com aumento de volume	Dor intensa, edema, febre, claudicação, vermelhidão	Petéquias ou hepatoesplenomegalia: imediato	< 3 anos, sistêmicos, dor noturna que não cede com analgésico, rigidez	—	—	Segue o NICE
Exames	Laboratório e imagem se atípica	Radiografia na dor óssea com aumento de volume	—	Hemograma e radiografia muito urgentes (48 h)	Analítica e imagem só se alerta	—	—	Segue o NICE
Tratamento	Calor, massagem, analgésico simples	—	Massagem, banho morno, paracetamol ou ibuprofeno	—	Tranquilização, calor, massagem, analgésico	—	—	Segue o NICE

Leitura: há convergência quanto ao caráter benigno da dor de crescimento, ao diagnóstico clínico sem exames na forma típica e ao tratamento com orientação, massagem, calor e analgésico nas crises; os sinais de alerta são os mesmos (unilateralidade, dor localizada, dor pela manhã, claudicação, edema, massa, sinais sistêmicos). A diferença está na **dor noturna**: a SBP (2019 e 2024) aceita que a dor de crescimento acorde a criança; a AEP (Continuum 2020) só a trata como alerta se não cede com analgésico e piora com massagem; o NICE e os guias de câncer alertam para a dor óssea **persistente ou localizada**. O NICE é o único a fixar prazo (48 h); o site usa "com prioridade" e "com urgência". A AAP não tem diretriz clínica formal (orientação pelo HealthyChildren); a revisão da **AAFP** (American Academy of Family Physicians, que não é a AAP) é citada como apoio nas apofisites. **Posição do site: a da SBP** — acordar, sozinho, não é alerta; dor localizada ou unilateral, persistente pela manhã ou de dia, claudicação, febre, perda de peso, alteração do exame e massa são.

PONTOS PRÁTICOS

1. Dor de crescimento é diagnóstico de exclusão: bilateral, muscular, no fim do dia ou à noite (pode acordar a criança), some de manhã e não faz mancar; faltou um desses elementos, investigue.
2. Examine sempre fígado, baço, linfonodos, pele e todas as articulações.
3. Dor óssea localizada, persistente ou progressiva: hemograma com esfregaço e radiografia da região.
4. Palidez, petéquias, equimoses ou hepatoesplenomegalia: hospital no mesmo dia.
5. Nunca prescrever corticoide antes de excluir leucemia.
6. Osgood-Schlatter e Sever pedem ajuste de carga, não afastamento definitivo do esporte.

Veja também, nesta Biblioteca: Abordagem da criança com artrite (mono, oligo e poliartrite), Artrite idiopática juvenil (AIJ) e Febre reumática (Reumatologia); Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil, Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA), Câncer na Infância — 10 tipos mais comuns e Tumores ósseos e sarcomas de partes moles (Oncologia); Osteomielite e artrite séptica na criança (Infectologia); A criança que manca (claudicação aguda) e Variações normais dos membros inferiores (Patologias do consultório).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Isso é dor de crescimento ou algo mais sério? (documento científico), 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Reumatologia. Artrite aguda em crianças e adolescentes, 2020. [PDF](#)
- American Academy of Pediatrics (HealthyChildren.org). Growing pains are normal most of the time, 2013. [healthychildren.org](https://www.healthychildren.org)
- Achar S, Yamanaka J. Apophysitis and osteochondrosis: common causes of pain in growing bones. American Family Physician (AAFP), 2019. [aafp.org](https://www.aafp.org)
- NICE. NG12 — Suspected cancer: recognition and referral, atualizada em 15/04/2026. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos. Dores comuns em pediatria: avaliação e abordagem. Diretriz nº 177, 2024. [PDF](#)
- Asociación Española de Pediatría (Continuum). Curso de Reumatología, Unidad 1, 2020. [PDF](#)
- de Inocencio Arocena J. Dolor musculoesquelético en Pediatría de Atención Primaria. AEPap, 2005. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos de Pediatria Ambulatorial e Infectologia. Manejo da febre aguda, 2021 — paracetamol 10–15 mg/kg/dose (máx. 75 mg/kg/dia); ibuprofeno 5–10 mg/kg/dose. [PDF](#)

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.