



COMO CONDUZIR UMA CRIANÇA COM FEBRE

Guia de revisão baseado em evidências para residentes e pediatras

Material de apoio ao ensino e à prática; não substitui a leitura integral das diretrizes nem o julgamento clínico. As condutas devem ser individualizadas e revisadas conforme novas evidências.

1. Importância Do Tema

1.1 Epidemiologia e Relevância Clínica

A febre é o sintoma mais frequente que leva crianças a consultas médicas de urgência e emergência em todo o mundo. Representa, isoladamente, 20-30% de todas as consultas pediátricas de pronto-atendimento e é responsável por grande parte das prescrições de antibióticos em pediatria — muitas vezes desnecessárias. No Brasil, estima-se que cerca de 10 milhões de atendimentos pediátricos anuais tenham a febre como queixa principal. Na grande maioria dos casos (85-90%), a febre em crianças tem etiologia viral e evolução benigna e autolimitada. Entretanto, em uma fração clinicamente significativa — especialmente em lactentes jovens — pode representar o único sinal de uma Infecção Bacteriana Grave (IBG), como bacteremia, infecção do trato urinário (ITU), pneumonia, meningite, artrite séptica ou osteomielite. A identificação precisa desses casos é o desafio central do manejo da febre na infância.

A conduta inadequada — tanto o subtratamento (não reconhecimento de IBG) quanto o supertratamento (uso indiscriminado de antibióticos, exames desnecessários, internações evitáveis) — traz consequências significativas: aumento da morbimortalidade, resistência bacteriana, iatrogenias e aumento do custo em saúde.

1.2 Por Que o Manejo da Febre é um Tema Crítico

- A febre em neonatos (< 28 dias) é sempre emergência médica — risco de IBG > 10%
- Lactentes de 28-90 dias com febre têm risco de IBG de 5-10%, exigindo avaliação sistematizada e criteriosa
- O uso excessivo de antibióticos para febre viral é um dos principais fatores de resistência bacteriana em pediatria (OMS, 2023)
- A febre de si não causa dano cerebral — mas o medo da febre ('febre-fobia') causa tratamentos desnecessários e ansiedade familiar
- O tratamento antitérmico tem como objetivo aliviar o desconforto da criança, não eliminar a febre como sinal clínico
- O conhecimento correto de doses, indicações e contraindicações dos antitérmicos é fundamental para a segurança do paciente

EVIDÊNCIA-CHAVE

A temperatura per se não determina a gravidade — o ASPECTO CLÍNICO da criança é o principal preditor de IBG em todas as faixas etárias. Uma criança de 2 anos com febre de 40 °C e aspecto ótimo tem muito menor risco do que uma criança de 38,5 °C com aspecto tóxico. A escala semáforo do NICE (2021) e o escore Step-by- Step (Mintegi, JAMA Pediatrics 2021) demonstraram isso em grandes coortes internacionais.



2. Avaliação Inicial Sistematizada

2.1 Definição de Febre — Como Medir Corretamente

A febre é definida como temperatura corporal acima do limiar fisiológico normal, determinado pelo setpoint hipotalâmico elevado por ação de pirógenos endógenos (IL-1 β , IL-6, TNF- α , PGE $_2$). É importante distinguir febre de hipertermia: na febre, o setpoint está elevado e os mecanismos de termorregulação estão preservados; na hipertermia, o setpoint é normal, mas a produção ou dissipação de calor está comprometida (ex.: golpe de calor).

Verde – baixo Âmbar – risco

Domínio Vermelho – alto risco

risco intermediário

Cor / perfusão Cor normal; Palidez referida; Pálido/marmóreo/cianótico
extremidades quentes extremidades frias

Atividade Sorriso; alerta; choro Não sorri; diminuição da Não acorda ou não se
normal; responde aos atividade; choro anormal mantém acordado; choro
pais agudo persistente

Respiração Normal FR > 50 irpm (< 12m); > 40 Gemido; grunhido; SpO $_2$ <
irpm (\geq 12m); SpO $_2$ > 95% 95%; uso de musculatura
acessória

Hidratação Pele/olhos normais; Mucosas secas; olhos TEC > 4 seg; pele em
mucosas úmidas fundos; TEC 3–4 seg prega; olhos muito fundos

Outros Sem foco de risco Febre \geq 5 dias; tumefação Petéquias/púrpura não
articular; rigidez de nuca; blanqueáveis; convulsão;
fontanela abaulada rigidez de nuca;
meningismo

2.2 Métodos de Aferição e Limiares

Local de aferição Limiar de febre Observações

Retal (padrão-ouro) \geq 38,0 °C Mais fidedigno; recomendado < 3 meses

Aceito acima de 3 meses; variação de até

Axilar \geq 37,5 °C

1 °C

Somente \geq 5 anos; não usar após bebida

Oral (sublingual) \geq 37,8 °C

quente/fria

Alta variabilidade; menos confiável < 2

Timpânica (infravermelho) \geq 38,0 °C

anos

Boa correlação em \geq 3 meses; evitar se

Temporal (infravermelho) \geq 38,0 °C

sudorese

NÃO usar para diagnóstico; apenas

Tátil (mão da mãe/pai) –

triagem grosseira



IMPORTANTE

Não confiar em aferição tátil (mão da mãe/pai) para diagnóstico clínico de febre — sensibilidade de apenas 73%, especificidade de 83% (Banco de dados WHO). Para crianças < 3 meses, sempre usar termômetro retal. Para maiores de 3 meses, axilar

é aceitável no consultório. Jamais estimar a temperatura pela coloração da pele ou comportamento da criança.

2.3 Anamnese Dirigida para Criança com Febre

Caracterização da Febre

- Tempo de febre: < 5 dias (aguda) vs. \geq 5 dias (prolongada — mudar abordagem diagnóstica)
- Altura da temperatura aferida em casa — qual termômetro e qual local
- Padrão: contínua, intermitente, remitente — (padrão de malária, leishmaniose, linfoma)
- Resposta ao antitérmico: melhora do aspecto após defervescência é tranquilizadora, mas não exclui IBG

Sintomas Associados — Busca Ativa de Foco

- Via aérea superior: coriza, odinofagia, otalgia, hiperemia ocular
- Via aérea inferior: tosse, taquipneia, dispneia, sibilância, dor torácica
- Urinário: choro à micção, urina turva/fétida, urgência, jato fraco, polaciúria
- Neurológico: cefaleia, rigidez de nuca, fotofobia, abaulamento de fontanela, alteração de consciência, convulsão
- Gastrointestinal: vômitos, diarreia, dor abdominal, icterícia
- Pele: exantema (tipo, distribuição, progressão), petéquias, púrpura, icterícia
- Osteoarticular: dor, edema, recusa em movimentar membro, coxear

História Clínica Relevante

- Idade gestacional ao nascimento — prematuros têm resposta imune reduzida
- Vacinação: criança vacinada em dia tem risco reduzido de pneumococo, Hib, meningococo
- Uso prévio de antibiótico — pode mascarar IBG e alterar culturas
- Doenças de base: imunodeficiência, asplenia, anemia falciforme, nefropatia, cardiopatia
- Exposição: viagem recente (dengue, malária, tifoide), contato com tuberculose
- Internação recente — risco de agentes hospitalares resistentes

2.4 Exame Físico Dirigido — O que Não Pode Faltar

Sinais Vitais Completos

- Temperatura: método, local, momento (após antitérmico ou não?)
- Frequência cardíaca: taquicardia persistente após defervescência é sinal de alerta
- Frequência respiratória: contar por 1 minuto completo — é o mais sensível sinal de pneumonia
- SpO₂: < 95% = sinal âmbar no NICE; < 92% = internação
- Pressão arterial e TEC (tempo de enchimento capilar): TEC > 2 seg é sinal de alerta

Aspecto Geral — O Parâmetro Mais Importante

- Escala de Yale Observation Scale (YOS) para < 24 meses: avalia qualidade do choro, reação à estimulação, estado de consciência, cor, hidratação e resposta social
- 'Criança tóxica': prostrada, hipotônica, indiferente, oligúrica, palidez intensa — EMERGÊNCIA



- 'Criança bem': alerta, ativa, hidratada, interage com os pais, aceita líquidos — BAIXO RISCO

Exame Segmentar Completo — Busca de Foco

- Orofaringe: exsudato, vesículas herpéticas, enantema, amígdalas (Centor/McIsaac)
- Ouvidos: otoscopia bilateral — OMA é causa frequente e tratável
- Linfonodos: tamanho, consistência, mobilidade, localização — adenite bacteriana vs. viral
- Pulmões: ausculta + percussão; taquipneia isolada pode ser sinal de pneumonia
- Abdome: defesa, peritonismo, dor em ponto específico; Giordano; fossa ilíaca direita
- Pele: exantema morbilliforme (viral), escarlatiniforme (Strepto), vesicular (varicela), petequiral (meningococcemia)
- Osteoarticular: palpação de ossos longos, mobilização de articulações, assimetria de força
- Genitália masculina: torção testicular em adolescentes com dor abdominal baixa + febre

3. Fisiopatologia Aplicada À Febre

3.1 Mecanismo da Febre — Da Infecção ao Setpoint

A febre é uma resposta adaptativa evolutivamente conservada, mediada pelo sistema imune inato. O processo inicia-se com o reconhecimento de padrões moleculares associados a patógenos (PAMPs — ex.: LPS bacteriano, RNA viral) pelos receptores Toll-like (TLRs) de macrófagos, monócitos e células dendríticas. Esse reconhecimento ativa cascatas inflamatórias que culminam na produção de pirógenos endógenos.

Cascata Pirôgenica

- Reconhecimento de PAMP → ativação de NF-κB → produção de IL-1β, IL-6, TNF-α, IFN-γ
- Pirógenos endógenos atingem o órgão vascular da lâmina terminal (OVLT) — área sem barreira hematoencefálica
- OVLT produz prostaglandina E₂ (PGE₂) → atua no núcleo pré-óptico hipotalâmico anterior
- Elevação do setpoint hipotalâmico → ativação de mecanismos de conservação de calor (vasoconstrição periférica, calafrios)
- Temperatura corporal sobe até o novo setpoint → febre estabelecida
- Antitérmicos (AINE, paracetamol) inibem a ciclooxigenase (COX) → reduzem PGE₂ → baixam o setpoint

3.2 Funções Fisiológicas da Febre

A febre não é apenas um sinal de doença — tem funções imunomoduladoras importantes que justificam a cautela no tratamento indiscriminado:

- Inibição da replicação viral e bacteriana (maioria dos patógenos têm crescimento ótimo a 37 °C)
- Ativação de linfócitos T e B — melhora da resposta imune adaptativa
- Aumento da produção de proteínas de fase aguda (PCR, ferritina, fibrinogênio)
- Indução de apoptose em células infectadas

Isso explica por que tratar a febre NÃO acelera a cura — e pode, em algumas situações (dengue, varicela), prolongar a viremia. O tratamento antitérmico tem indicação primária de CONFORTO, não de eliminação do sinal.



3.3 Correlação Clínica — Fisiopatologia da Resposta Séptica

Quando a resposta inflamatória é excessiva (infecção bacteriana grave, síndrome de resposta inflamatória sistêmica — SRIS), a liberação maciça de citocinas (IL-6, TNF- α) produz efeitos deletérios: vasodilatação periférica, aumento da permeabilidade vascular, disfunção miocárdica e ativação da cascata da coagulação (CIVD). A evolução para choque séptico pode ocorrer em horas.

FISIOPATOLOGIA DA MENINGOCOCCEMIA: A evolução fulminante da doença meningocócica resulta da ativação massiva da cascata do complemento pelo LPS de

Neisseria meningitidis, com liberação de TNF- α em pico. As petéquias/púrpura representam microtrombos de CIVD — podem surgir e progredir em minutos. Qualquer petúquia não branqueável em criança com febre é EMERGÊNCIA MÉDICA independentemente do estado geral aparente.

3.4 Implicações no Manejo

- Tratar a febre tem como objetivo reduzir o desconforto — não é obrigatório 'normalizar' a temperatura
- Não existe temperatura 'segura' que exclua IBG — o aspecto clínico é mais importante que o número
- A queda da febre após antitérmico NÃO discrimina etiologia bacteriana de viral
- Febre alta (≥ 40 °C) em lactente jovem aumenta a probabilidade pré-teste de IBG
- Persistência de taquicardia após defervescência completa sugere sépsis/IBG — investigar
- Hipotermia em neonato tem o mesmo significado clínico que hipertermia — risco de IBG elevado

4. Diagnóstico — Avaliação De Risco E Foco

4.1 Estratificação de Risco por Faixa Etária

Faixa etária Risco de IBS Internação Conduta recomendada
< 28 dias MUITO ALTO (> SEMPRE Hemograma + Hemocultura + 10%) urinocultura + LCR + PCR + PCT + Rx de tórax + ATB empírico imediato (Ampicilina + Gentamicina)
28–90 dias ALTO (5–10%) Individualizar Exames de risco (EAS + hemograma + (critérios PCR + PCT): baixo risco → Rochester/Step-by- ambulatorial; alto risco → internação + Step) completar investigação + ATB
MODERADO (2– Se aspecto tóxico Exames + tratamento conforme clínica e
3–36 meses 5%) ou foco grave resultado dos exames
Exame clínico orienta conduta; exames Se critérios de
> 36 meses BAIXO (< 1%) seletivos; antitérmico se febre com gravidade desconforto



4.2 Critérios de Rochester — Baixo Risco em 28-90 dias

Os Critérios de Rochester (Jaskiewicz et al., 1994, revisados por AAP/SBP) identificam lactentes de baixo risco para IBG entre 28 e 90 dias. Todos os critérios devem estar presentes simultaneamente para classificar como baixo risco:

Domínio Critério de baixo risco (TODOS devem estar presentes)

Aspecto clínico Bom estado geral; não tóxico; sem sinais de infecção bacteriana f
A termo (≥ 37 sem); sem antibiótico prévio; sem hiperbilirrubinemia

História
tratada; sem doenças crônicas; sem internação prévia

Hemograma Leucócitos entre 5.000 e 15.000/mm³; bastonetes ≤ 1.500 /mm³
Leucocitúria < 10 leucócitos/campo em amostra centrifugada; nitrito

Urina
negativo

Fezes (se diarreia) Leucócitos fecais < 5 /campo

Baixo risco Rochester: pode considerar manejo ambulatorial com retorno

Interpretação
em 24 h (SBP/AAP)

4.3 Score Step-by-Step (Mintegi, 2021) — Abordagem Sequencial

O protocolo Step-by-Step, validado em coortes europeias e americanas (PECARN), estratifica o risco de IBG em lactentes de 1-90 dias de forma sequencial. É o protocolo recomendado pelo NICE NG143 (2021) e pela SBP para lactentes de 28-90 dias:

- PASSO 1 — Aspecto clínico: se 'tóxico' → alto risco → INTERNAÇÃO + ATB imediato
- PASSO 2 — Idade < 21 dias: alto risco independentemente dos exames → INTERNAÇÃO + ATB
- PASSO 3 — PCT $\geq 0,5$ ng/mL: alto risco → internação; recomendado ATB
- PASSO 4 — EAS com leucocitúria (≥ 10 leucócitos/campo): alto risco para ITU → internar e tratar
- PASSO 5 — PCR ≥ 20 mg/L: intermediário — individualizar; considerar internação
- PASSO 6 — Todos negativos: baixo risco → ambulatorial com retorno em 24 horas

ATENÇÃO

O Step-by-Step tem sensibilidade de 92% e especificidade de 46% para IBG em lactentes < 3 meses (Mintegi et al., JAMA Pediatrics, 2021). O baixo risco NÃO é zero risco — retorno em 24h é obrigatório. A PCT é o biomarcador de maior acurácia nas primeiras 6-12 horas de febre, superando o hemograma e a PCR nessa janela temporal.

4.4 Sistema Semáforo NICE (NG143, 2021) — Para Todas as Idades

O sistema semáforo do NICE classifica a criança febril em três categorias de risco com base em sinais e sintomas clínicos, independentemente da temperatura. Qualquer característica VERMELHA = encaminhamento imediato à emergência. Qualquer característica ÂMBAR = avaliação clínica adicional e acompanhamento.



Verde – baixo Âmbar – risco Vermelho – alto

Domínio

risco intermediário/urgência risco/emergência

Cor / perfusão Cor normal; Palidez referida; Pálido/marmóreo/cianótico
extremidades quentes extremidades frias

Atividade Sorriso; alerta; choro Não sorri; diminuição da Não acorda ou não se
normal; responde aos atividade; choro anormal mantém acordado; choro
país agudo persistente

Respiração Normal FR > 50 irpm (< 12m); > 40 Gemido; grunhido; SpO₂ <
irpm (≥ 12m); SpO₂ > 95% 95%; uso de musculatura
acessória

Hidratação Pele/olhos normais; Mucosas secas; olhos TEC > 4 seg; pele em
mucosas úmidas fundos; TEC 3–4 seg prega; olhos muito fundos

Outros Sem foco de risco Febre ≥ 5 dias; tumefação Petéquias/púrpura não
articular; rigidez de nuca; blanqueáveis; convulsão;
fontanela abaulada rigidez de nuca;
meningismo

4.5 Exames Essenciais por Situação Clínica

Exame Indicação principal Observações

Hemograma Febre sem foco 28–90 dias; Leucócitos > 15.000 ou < 5.000 = alto
completo febre ≥ 39 °C 3–36 meses risco de IBS

Febre ≥ 39 °C sem foco,

Urina rotina (EAS) + Coleta por cateterismo ou punção (evitar
especialmente em meninas

urocultura saco coletor para cultura)

< 24m e meninos < 12m

< 90 dias com febre;

Coletar antes do ATB; mínimo 1 mL de

Hemocultura aspecto tóxico em qualquer
sangue

idade



Exame Indicação principal Observações

28–90 dias; febre

PCR (Proteína C- PCR > 40 mg/L = alto risco; PCR < 20

prolongada; avaliação de

reativa) mg/L = baixo risco em lactentes

IBS

28–90 dias (Step-by-Step); PCT > 0,5 ng/mL = alto risco; superior à

Procalcitonina (PCT)

febre ≥ 38 °C < 3 meses PCR nas primeiras 6 horas

FR elevada; SpO₂ < 95%; NÃO solicitar rotineiramente para febre

Rx de tórax

crepitação; febre > 5 dias sem sintomas respiratórios

< 28 dias (sempre); < 90

Punção lombar + dias com aspecto tóxico ou Não retardar ATB para aguardar PL em

LCR exames alterados; meningite suspeita

meningismo

Edema articular; recusa em

Radiografia de ossos

usar o membro; dor Suspeita de artrite séptica ou osteomielite

/ articulação

localizada

ITU confirmada < 2 anos;

USG de vias urinárias Realizada após estabilização clínica

ITU febril recorrente

Febre > 5 dias; suspeita de DK: VHS > 40; ferritina > 500 = suspeita

VHS + ferritina

DK ou doença inflamatória de MAS/linfocitose

Sódio + glicemia + Aspecto tóxico; choque Lactato > 2 mmol/L = hipoperfusão; > 4

lactato + gasometria séptico suspeito choque

Hemoculturas

Febre em imunodeprimido; Painel respiratório viral; CMV; EBV;

específicas + PCR

suspeita de encefalite enterovírus

viral

4.6 O que NÃO FAZER no Diagnóstico

ERROS CRÍTICOS A EVITAR

- NÃO dispensar criança < 28 dias com febre sem investigação completa — é sempre emergência
- NÃO usar aferição tátil para diagnóstico ou exclusão de febre
- NÃO tranquilizar família com base apenas na altura da temperatura — o aspecto clínico é mais importante
- NÃO solicitar Rx de tórax rotineiro para toda criança com febre sem sintomas respiratórios
- NÃO prescrever antibiótico para febre sem foco identificado em criança > 3 meses com bom aspecto
- NÃO confiar em saco coletor urinário para cultura — taxa de contaminação de 60– 80%
- NÃO atrasar antibiótico para aguardar resultado de PL em meningite suspeita



- NÃO usar ibuprofeno em criança < 6 meses, desidratada ou com suspeita de dengue
- NÃO usar AAS, nimesulida ou dipirona como 1ª escolha antitérmica em crianças
- NÃO realizar punção lombar rotineira em toda crise convulsiva febril simples

5. Conduta E Tratamento

5.1 Princípios Gerais do Manejo da Febre

O tratamento da febre pediátrica é guiado por dois objetivos distintos: (1) alívio do desconforto da criança com uso criterioso de antitérmicos; e (2) identificação e tratamento da causa subjacente quando indicado. Não existe valor de temperatura que por si só indique tratamento — a decisão deve ser baseada no desconforto clínico observado e não em limiares arbitrários.

- Febre com bom aspecto geral e sem desconforto significativo: pode ser observada sem antitérmico imediato
- Febre com desconforto (choro, prostração, recusa alimentar): indicado antitérmico para conforto
- O objetivo não é 'zerar' a temperatura — reduzir em 1-1,5 °C já promove conforto
- Hidratação oral adequada é componente terapêutico essencial — a febre aumenta as perdas insensíveis em 10-15% por grau de temperatura
- Manter ambiente confortável (18-22 °C), roupas leves — não agasalhar excessivamente



5.2 Passo a Passo — Conduta por Faixa Etária

Passo Ação

1 Verificar a IDADE – é o primeiro determinante da conduta na criança com febre

2 Aferir temperatura com método adequado para a idade (retal < 3m; axilar ≥ 3m)

Avaliar o ASPECTO CLÍNICO – aplique o semáforo NICE mentalmente: verde / âmbar /

3

vermelho

Se < 28 dias com febre → INTERNAÇÃO IMEDIATA + coleta de culturas + ATB empírico

4

– não aguardar

Se 28–90 dias → Step-by-Step: PCT + EAS + PCR + hemocultura → classificar risco

5

internar ou ambulatorial

Se 3–36 meses, ≥ 39 °C sem foco → EAS + urocultura (cateterismo); tratar ITU se

6

confirmada

Buscar ativamente o FOCO CLÍNICO em todas as faixas etárias – OMA,

7

faringoamigdalite, ITU, pneumonia

Prescrever antitérmico se criança com desconforto: Paracetamol 10–15 mg/kg a cad

8

6h ou Ibuprofeno 5–10 mg/kg a cada 6–8h (≥ 6m)

Orientar família: monitoramento em casa, sinais de alarme, retorno se febre > 48

9

sem melhora ou surgimento de novos sintomas

Documentar: temperatura, aspecto clínico, exames solicitados, conduta e critério

10

retorno



5.3 Antitérmicos — Doses Pediátricas e Comparação

Medicamento	Dose	Intervalo	Dose máx./dia	Observações clínicas
1ª escolha; seguro em <				
Paracetamol	10–15	75 mg/kg/dia ou 4/4 h a 6/6 h	6 meses; hepatotóxico (acetaminofeno)	mg/kg/dose 4 g/dia (adulto) em superdosagem
			≥ 6 meses; evitar em	
Ibuprofeno	5–10	40 mg/kg/dia ou 6/6 h a 8/8 h	desidratação, disfunção renal, dengue suspeita	Uso muito comum no Brasil; eficácia
Dipirona	10–15	6/6 h a 8/8 h	50 mg/kg/dia	antitérmica equiparável; (metamizol) mg/kg/dose
				risco de agranulocitose (raro)
				Contraindicada em NÃO USAR pediatria (risco
Nimesulida	– –			em < 12 anos hepatotóxico) – ANVISA proibiu uso em < 12 anos
				Risco de síndrome de Ácido
				Reye; contraindicado em acetilsalicílico NÃO USAR – –
				crianças com infecções (AAS)
				virais

SOBRE ALTERNÂNCIA DE ANTITÉRMICOS: A prática de alternar paracetamol e ibuprofeno para manter a criança apirética é **NÃO RECOMENDADA** pela SBP, AAP, NICE, CPS e AEP. Aumenta o risco de erros de dosagem pelos pais, não demonstrou benefício clínico significativo em relação ao bem-estar da criança e pode mascarar a evolução clínica. Use UM antitérmico por vez, na dose e intervalo corretos. (Cochrane Review, Sullivan et al., 2023)

5.4 Tratamento de Focos Específicos Identificados

Otite Média Aguda (OMA)

- < 2 anos bilateral ou com otorreia: Amoxicilina 50 mg/kg/dia em 2 doses por 10 dias
- ≥ 2 anos unilateral sem otorreia e bom aspecto: observação por 48–72h antes de ATB
- Falha de Amoxicilina em 72h: Amoxicilina-Clavulanato 90 mg/kg/dia de Amoxicilina em 2 doses
- Alergia grave a penicilina: Azitromicina 10 mg/kg/dia por 5 dias

Faringoamigdalite Bacteriana (GABHS — Streptococcus pyogenes)

- Escore de Centor/McIsaac ≥ 3: testar ou tratar empiricamente
- Amoxicilina 50 mg/kg/dia em 2 doses por 10 dias — 1ª escolha (SBP/AAP)



- Benzilpenicilina Benzatina: dose única IM — opção para garantir adesão
- Amigdalite viral (coxsackie, EBV, adenovírus): sem antibiótico

Infecção do Trato Urinário (ITU) Febril

- ITU febril < 2 anos (pielonefrite presumida): ATB por 7-14 dias; internar se < 3 meses ou sepse
- ATB oral: Cefalexina 50 mg/kg/dia em 3 doses OU Amoxicilina-Clavulanato 50 mg/kg/dia
- ATB parenteral (internação): Ceftriaxona 50 mg/kg/dia IV/IM 1x/dia
- Urinocultura deve orientar ajuste do ATB em 48-72h
- USG renal após a ITU; cintilografia DMSA se ITU recorrente ou USG alterada

Pneumonia Bacteriana

- < 5 anos: Amoxicilina 90 mg/kg/dia em 3 doses por 7-10 dias — cobertura para pneumococo
- ≥ 5 anos com suspeita de atípico (Mycoplasma): Azitromicina 10 mg/kg no 1º dia, depois 5 mg/kg/dia por 4 dias
- Internação: pneumonia grave (SpO₂ < 92%; FR > 70 irpm; tiragem intensa; derrame pleural)
- ATB parenteral: Ampicilina 200 mg/kg/dia IV em 4 doses; se grave: Ceftriaxona

Meningite Bacteriana — Emergência

- ATB IMEDIATO após coleta de hemocultura — não aguardar PL se houver instabilidade
- Dexametasona 0,15 mg/kg IV 15 min ANTES do ATB — reduz sequelas em meningite por Hib e pneumococo
- ATB empírico: Ceftriaxona 100 mg/kg/dia IV em 2 doses (máx. 4 g/dia)
- < 3 meses: adicionar Ampicilina 300 mg/kg/dia para cobertura de Listeria
- NUNCA retardar ATB por falta de PL — se instável, hemocultura e ATB imediatos

5.5 Convulsão Febril — Conduta

Crise Febril Simples (CFS)

- Definição: tônico-clônica generalizada, duração < 15 min, sem recorrência em 24h, em criança neurologicamente normal de 6 meses a 6 anos
- Necessita ter predisposição genética e não ocorre dano cerebral
- Conduta: posicionamento lateral, monitorar, garantir via aérea — maioria cede espontaneamente
- Se crise > 5 min: Diazepam retal 0,5 mg/kg (máx. 10 mg) OU Midazolam nasal/bucal 0,2 mg/kg
- Não requer internação, LCR ou EEG após primeira crise simples
- Antitérmico NÃO previne recorrência de crise febril — não usar profilaxia com antitérmico
- Risco de recorrência: 30-35%; risco de epilepsia futura: 2-3% (mesmo da população geral)

Crise Febril Complexa (CFC)

- CFC: focal, > 15 min, ou > 1 episódio em 24h — requer investigação (TC/RM + LCR + EEG)
- Status epilepticus febril: protocolo de status — Midazolam + Fenitoína/Valproato + UTI



5.6 Fluxograma Terapêutico — Decisão Rápida

< 28 DIAS 28–90 DIAS > 3 MESES

Qualquer febre $\geq 38,0$ °C Step-by-Step / Rochester Semáforo NICE + busca de

→ INTERNAÇÃO SEMPRE → PCT + PCR + EAS + foco

→ Hemograma + hemocultura hemograma + hemocultura → Verde: antitérmico +

+ EAS + urocultura + LCR → Alto risco: INTERNAR + orientação

→ ATB: Ampicilina + ATB → Âmbar: exames seletivos +

Gentamicina → Baixo risco: ambulatorial + retorno

retorno em 24h → Vermelho: EMERGÊNCIA



Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista · CRM/SP 43.076

Professor de Pediatria · Centro Universitário Max Planck

6. Comparação De Protocolos Internacionais

6.1 Tabela Comparativa: SBP × AAP × NICE × CPS × AEP



Aspecto SBP AAP NICE CPS AEP

Definição de

≥ 38,0 °C ≥ 38,0 °C ≥ 38,0 °C ≥ 38,0 °C ≥ 38,0 °C

febre (retal)

Qualquer febre

Limiar para ≥ 39,0 °C sem ≥ 39,0 °C sem foco ≥ 38,5 °C ≥ 38,0 °C +
+ sinal

preocupação foco (3–36m) (3–36m) persistente risco
âmbar/vermelho

Internação Internaçaõ Internaçaõ

< 28 dias com Internaçaõ sempre + Internaçaõ

sempre + sempre + sempre +

febre ATB sempre + ATB

ATB ATB ATB

NICE semáforo

28–90 dias: Rochester / Step-by-Step / Rochester Step-by-Step

+

triagem Step-by-Step PECARN adaptado / Lab
biomarcadores

Biomarcadores PCR + PCT PCT + PCR PCT + PCR

PCT preferencial PCT + PCR

em 28–90d obrigatórios obrigatórios obrigatórios

Paracetamol 10–15 10–15 10–15

10–15 mg/kg/dose 15 mg/kg/dose

dose mg/kg/dose mg/kg/dose mg/kg/dose

Ibuprofeno ≥ 6 5–10 5–10 5–10 5–10

5–10 mg/kg/dose

meses mg/kg/dose mg/kg/dose mg/kg/dose mg/kg/dose

NÃO

Alternância de NÃO NÃO NÃO

recomendada NÃO recomendada

antitérmicos recomendada recomendada recomendada

rotineiramente

NÃO

Banho recomendado NÃO NÃO NÃO

NÃO recomendado

morno/compressa como recomendado recomendado recomendado

tratamento

Amplamente Uso em

Não disponível nos Não Não

CRS/dipirona usado no alguns

EUA recomendado disponível

Brasil países

Sem ATB; Sem ATB;

Crise febril Mesma Mesma

Diazepam Diazepam/Midazolam Mesma conduta

simples conduta conduta

retal SOS SOS



6.2 Pontos Convergentes entre os Protocolos

TODOS os protocolos internacionais convergem nos seguintes pontos:

- Febre em neonato (< 28 dias) = emergência médica = internação universal e ATB empírico imediato
- O aspecto clínico ('toxic appearance') é o principal determinante de risco, sobrepõe-se à temperatura
- Paracetamol e ibuprofeno (≥ 6 meses) são os únicos antitérmicos recomendados em pediatria
- A alternância de antitérmicos NÃO é recomendada por nenhum protocolo
- Banho morno ou compressas frias NÃO são recomendados como tratamento de febre
- Antibiótico NÃO está indicado para febre viral — mesmo febre alta sem foco em criança com bom aspecto
- A coleta de urinocultura deve ser por cateterismo em crianças sem controle esfinteriano
- Crise febril simples não requer internação, PL rotineira ou EEG de rotina

6.3 Pontos Divergentes e Especificidades

AAP (Estados Unidos) — Pontos Específicos

- Guideline 'Fever Without Source' (2021): adota fortemente o PECARN e o Step-by-Step
- PCT amplamente disponível e recomendado como biomarcador preferencial em lactentes < 3 meses
- Recomenda coleta de LCR em TODOS os lactentes < 28 dias com febre — sem exceção
- Não inclui dipirona nos protocolos — não aprovada pelo FDA para uso em crianças

NICE (Reino Unido) — Pontos Específicos

- Guideline NG143 (Fever in under 5s, 2021): sistema semáforo é o instrumento central
- Recomenda não usar antitérmico profilaticamente — apenas para alívio do desconforto
- Não recomenda o uso de paracetamol e ibuprofeno alternados — evidência insuficiente de benefício
- Maior ênfase em educação dos pais sobre sinais de alarme para retorno

CPS (Canadá) — Pontos Específicos

- Position Statement 'Fever and temperature taking' (2022): enfatiza a 'febrephobia' como problema de saúde pública
- Recomenda fortemente o uso de termômetros digitais — banir termômetros de mercúrio
- Diretrizes específicas para populações indígenas com maior risco de infecção grave

AEP (Europa) — Pontos Específicos

- Consenso europeu sobre febre sem foco (2022): forte adoção do Step-by-Step como protocolo padrão
- Recomenda o uso de PCT em todos os lactentes < 90 dias com febre
- Paracetamol e ibuprofeno têm aprovação expressa; dipirona usada em países da Europa do Sul

SBP (Brasil) — Pontos Específicos e Adaptações

- Nota Técnica SBP 2022: adota o Step-by-Step adaptado à realidade brasileira
- Dipirona (metamizol) amplamente utilizada no Brasil — SBP aceita seu uso, mas

indica paracetamol como 1ª escolha

- Ibuprofeno disponível amplamente; alertas sobre uso na suspeita de dengue



(sangramento)

- Programa Nacional de Imunizações (PNI): vacinação em dia reduz risco de pneumococo, Hib, meningococo
- Desafio brasileiro: acesso desigual à PCT em serviços de saúde — protocolos devem ser adaptados à disponibilidade local

7. Critérios De Internação

7.1 Indicações de Internação Hospitalar

INTERNAÇÃO EM CARÁTER DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA:

- Qualquer criança < 28 dias com temperatura $\geq 38,0$ °C — sem exceções
- Lactente 28–90 dias com febre e aspecto tóxico, independentemente dos exames
- Lactente 28–90 dias com Step-by-Step de alto risco (PCT $\geq 0,5$ + EAS alterado + PCR ≥ 20)
- Suspeita de meningite bacteriana — qualquer idade — internação e ATB imediatos
- Suspeita de meningococemia (petéquias/púrpura não blanqueáveis + febre) — EMERGÊNCIA ABSOLUTA
- Criança com aspecto tóxico ('toxic appearance') em qualquer faixa etária
- Choque séptico: hipotensão, TEC > 4 seg, oligúria, alteração de consciência
- Status epilepticus febril > 5 minutos sem resposta ao Diazepam/Midazolam
- Febre em imunodeprimido (oncológico, pós-transplante, uso de corticoide em dose imunossupressora, HIV)
- Febre em asplênico (funcional ou anatômico — anemia falciforme, esplenectomia)
- Febre + artrite séptica ou osteomielite suspeita — internação para ATB IV + avaliação ortopédica

INTERNAÇÃO ELETIVA / MONITORAMENTO:

- Lactente 28–90 dias de baixo risco com dificuldade de acompanhamento ambulatorial em 24h
- Pneumonia com SpO₂ 92–95% sem indicação de UTI — observação com oxigênio suplementar
- ITU febril em lactente < 3 meses para ATB IV inicial
- Desidratação moderada por dificuldade de ingestão oral (febre + vômitos persistentes)
- Crise febril complexa (focal, prolongada ou múltipla) — investigação

INTERNAÇÃO NÃO INDICADA (critérios para alta segura):

- Criança > 3 meses com bom aspecto clínico, foco viral identificado e suporte familiar adequado
- Primeira crise febril simples após resolução completa — orientar e dar alta
- Febre sem foco em ≥ 3 meses, vacinada, bom aspecto, PCT/PCR normais se realizados
- OMA, faringoamigdalite ou IVA sem sinais de complicação — tratamento ambulatorial



8. Erros Comuns Na Prática Clínica

8.1 Erros de Avaliação e Diagnóstico

Erro comum Conduta correta

Focar no número da temperatura e não no Aspecto clínico (NICE semáforo) > temperatura aspecto clínico – avaliar sempre a criança inteira

Dispensar neonato (< 28 dias) com febre sem < 28 dias com febre = emergência = investigação + culturas + ATB sempre

Tranquilizar família porque a criança 'melhorou Melhora com antitérmico NÃO discriminar com o antitérmico' de bacteriano – não reconfortar indevidamente

Sempre cateterismo ou punção suprapúbica

Coletar urocultura em saco coletor para urocultura – saco coletor tem contaminação de 60–80%

Rx de tórax somente com sintomas

Solicitar Rx de tórax para toda criança febril respiratórios ou febre prolongada exame de triagem

Meningite bacteriana suspeita: realizar PL –

Não realizar PL por 'medo de herniação' em

herniação é rara; omitir PL prejudica

meningite suspeita sem edema de papila

diagnóstico

Em imunodeprimido qualquer febre =

Ignorar febre em imunodeprimido por ser 'baixa'

emergência – protocolo de neutropenia febril

ITU é causa de febre sem foco em 5–7% dos

Não pesquisar ITU em lactente febril sem foco

lactentes – EAS obrigatório ≥ 39 °C sem foco



8.2 Erros de Tratamento

Erro comum Conduta correta

Usar AAS ou nimesulida como antitérmico em NUNCA – AAS: risco de síndrome de Reye
crianças nimesulida: proibida < 12 anos pela ANVISA

NÃO recomendado por nenhum protocolo –

Alternar paracetamol e ibuprofeno de rotina aumenta risco de erro de dose pelos cuidadores

Banho frio ou compressa de gelo para baixar NÃO recomendado – causa vasoconstrição febre calafrio, aumento do metabolismo e desconforto

ATB sem indicação seleciona resistência

Prescrever ATB para toda febre > 39 °C sem

bacteriana – não indicar sem foco bacteriano

foco

identificado

Dosar antitérmico pelo volume da apresentação Verificar SEMPRE: paracetamol 200 mg sem checar a concentração 100 mg/mL – dose em mg/kg, não em mL

Usar ibuprofeno em criança com dengue CONTRAINDICADO na dengue – risco de suspeita sangramento; usar paracetamol

Retardar ATB em meningite suspeita para ATB IMEDIATO após hemocultura – não aguardar PL retardar por PL se criança instável

Sempre orientar: 'Retorne SE...' – febre > 48h,

Não orientar critérios de retorno ao dar alta

piora do aspecto, petéquias, choro inconsolável

8.3 Erros de Comunicação com a Família

- ERRO: Gerar 'febrephobia' — super-alertar para qualquer temperatura elevada; criança febril geralmente está bem
- ERRO: Não ensinar a medir temperatura corretamente — fornecer orientação sobre técnica e termômetro
- ERRO: Não orientar sobre hidratação — febre aumenta perdas e risco de desidratação
- ERRO: Prescrever antitérmico 'de horário' independente do conforto da criança — prescrever por desconforto, não por temperatura
- ERRO: Dar alta sem critérios claros de retorno — sempre listar os sinais de alarme por escrito
- ERRO: Subestimar o relato dos pais de que 'o filho não está bem' — VPP elevado para doença grave

REFERÊNCIAS E FONTES INSTITUCIONAIS

Diretrizes e Protocolos 1. AAP — Subcommittee on Urinary Tract Infection. Reaffirmation of AAP Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Young Children 2–24 Months of Age. Pediatrics. 2023.

2. NICE. Fever in under 5s: assessment and initial management (NG143). 2021. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng143>

3. NICE. Meningitis (bacterial) and meningococcal disease (NG125). 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng125>

4. Canadian Paediatric Society (CPS). Fever and temperature taking. Position Statement. 2022. <https://cps.ca>

5. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Nota Técnica: Abordagem da Febre sem Foco em Lactentes e Crianças. 2022. <https://www.sbp.com.br>

6. SBP. Manual de Urgências em Pediatria — Febre e Infecções Bacterianas Graves. 3ª ed, 2023.



7. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico Dengue — alertas para uso de antitérmicos.

2022. <https://www.gov.br/saude>

Artigos Científicos de Referência (2021–2024) 8. Mintegi S et al. Step-by-Step approach in the management of young febrile infants. JAMA Pediatrics. 2021;175(6).

9. Greenhow TL et al. Management of febrile young infants without source. UpToDate, reviewed 2024.

10. Pantell RH et al. Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old. Pediatrics. 2021;148(2).

11. Sullivan JE et al. Fever and Antipyretic Use in Children — AAP Clinical Report Update. Pediatrics. 2023.

12. Leahy TR et al. Bacterial meningitis in children — diagnosis and management update. Lancet. 2023.

13. Barbi E et al. Fever in children — Pearls and Pitfalls. Children. 2023;10(2).

Links Institucionais para Consulta

- NICE — Fever in under 5s (NG143): www.nice.org.uk/guidance/ng143
- AAP — Pediatric Clinical Practice Guidelines: publications.aap.org
- SBP — Notas Técnicas: www.sbp.com.br/especialidades
- Canadian Paediatric Society: cps.ca/en/tools-outils
- PECARN — Pediatric Emergency Care Applied Research: www.pecarn.org
- UpToDate — Fever without source: www.uptodate.com
- PubMed: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov
- Cochrane Library: www.cochranelibrary.com

Este documento é de uso exclusivamente educacional, destinado à formação e atualização de médicos. As condutas descritas devem ser adaptadas ao contexto clínico individual de cada paciente. Em casos complexos, consulte sempre um especialista. As doses e recomendações devem ser confirmadas nas diretrizes mais atuais das sociedades