

# recomendações

## Atualização de Condutas em Pediatria

Departamentos Científicos SPSP  
Gestão 2016-2019

87

Abril  
2019



**Grupo de Trabalho  
Saúde Oral**

Aleitamento  
materno e  
desenvolvimento  
orofacial

**Departamento de  
Pediatria Ambulatorial**

Febre não  
é doença,  
é um sinal

**Departamento de  
Saúde Mental**

As violências  
cotidianas: o  
impacto dos  
excessos familiares



Diretoria de Publicações  
**Sociedade de Pediatria de São Paulo**

[www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

## Febre não é doença, é um sinal

A febre é uma das queixas mais comuns nos atendimentos pediátricos, estima-se que 20 a 30% das consultas pediátricas a referem como queixa única preponderante, elevando-se para 65% das consultas em serviços de emergência, onde aparece como um dos sinais da queixa principal,<sup>1</sup> sem contar que 75% das chamadas telefônicas a pediatras fora do horário convencional têm a febre como primeira queixa.<sup>2</sup>

Embora na maioria das vezes seja a primeira manifestação de infecções virais agudas, a presença da febre é temida, pois também pode se apresentar como sinal inicial de doenças graves.<sup>3</sup>

### Definição de febre

Febre é definida como uma elevação da temperatura corpórea em resposta a uma variedade de estímulos, mediada e controlada pelo centro termorregulador localizado no sistema nervoso central (SNC).<sup>4-5</sup> O conceito de febre é firmado para temperatura axilar acima de 37,8°C.<sup>5-6</sup>

### Termômetros

Uma resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), publicada em 22 de março de 2017, proíbe no Brasil a fabricação, importação, comercialização e o uso em serviços de saúde de termômetros e esfigmomanômetros com coluna de mercúrio a partir de janeiro de 2019, alinhando-se à Convenção de Minamata.<sup>7</sup>

### Avaliação da criança febril

A avaliação da criança febril começa por uma anamnese detalhada, passa por um exame físico completo, destacando-se a presença ou ausência de sintomas e sinais que possam ser utilizados para prever o grau de risco:<sup>8</sup>

- Atenção para frequência cardíaca em batimentos por minuto (bpm): <12 meses ( $\geq 160$ bpm), 12 a 24 meses ( $\geq 150$ bpm) e 2 a 5 anos ( $\geq 140$ bpm).
- Observe a frequência respiratória (respirações/minuto):

#### Autor:

Tadeu Fernando Fernandes

**DEPARTAMENTO DE  
PEDIATRIA AMBULATORIAL**  
Gestão 2016-2019

#### Presidente:

Cátia Regina Branco da Fonseca

#### Vice-presidente:

Adriana Monteiro Barros Pires

#### Secretário:

Tadeu Fernando Fernandes

#### Membros:

Ana Cristina R. Zollner, Angélica M. Bícudo Zeferino, Antonio de Azevedo Barros Filho, Denise Ballester, Elisete Miguel José Junqueira, José Gabel, Lygia Mendes dos Santos Border, Lucia Ferro Bricks, Luis Guilherme Araujo Florence, Marco Antonio Barbieri, Maria Wany Louzada Strufaldi, Cristina Helena Lima Delambert Bizzotto, Paulo Tadeu Falanghe, Raquel Quiles, Regis Ricardo Assad, Renata Cavalcante Kuhn dos Santos, Renato Minoru Yamamoto, Rosa Miranda Resegue, Rudolf Wechsler, Yechiel Moises Chencinski.

>50 (6 a 12 meses), >40 mov/minuto para os maiores de 12 meses e saturação de oxigênio  $\leq$  95%.

- Avaliar o tempo de enchimento capilar, alerta se >3 segundos.
- Atenção para o grau de hidratação, avaliar mucosas e turgor da pele.
- Importante analisar a criança quanto ao grau de atividade e responsividade aos estímulos.

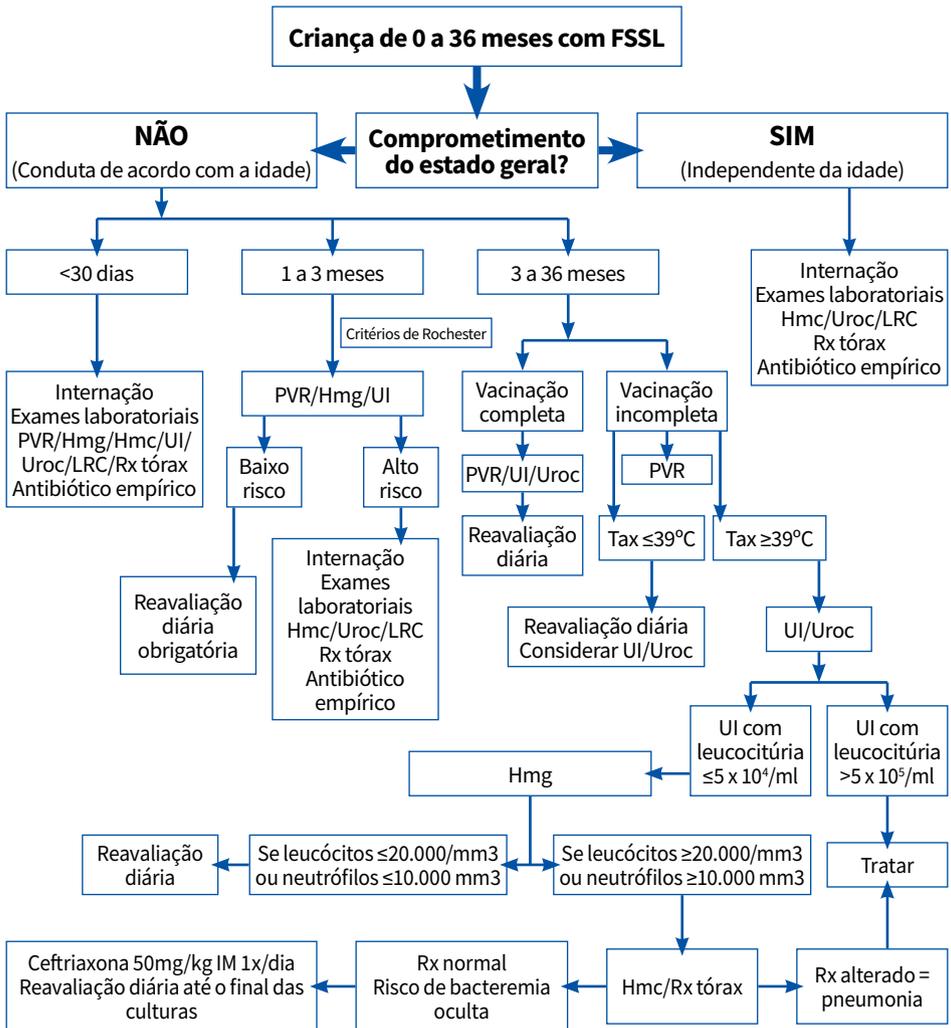
Essa avaliação classificará em verde, amarelo ou vermelho (protocolo semáforo) o grau de risco que direcionará o conjunto de investigações e manejo inicial dessas crianças com febre.<sup>4-8</sup>

Em muitos casos, após toda avaliação clínica, é impossível a identificação do foco febril – essa situação é conhecida como febre sem sinais localizatórios (FSSL), definida como: ocorrência de febre com menos de sete dias de duração em uma criança em que a história clínica e o exame físico não revelaram a causa.<sup>4-8</sup> A maioria dessas crianças apresenta uma doença infecciosa aguda autolimitada ou está no pródomo de uma doença infecciosa benigna; poucos têm uma infecção bacteriana grave ou potencialmente grave.<sup>4</sup>

Com o intuito de padronizar a abordagem e diagnóstico precoce das infecções bacterianas graves, várias estratégias foram elaboradas para avaliar crianças menores de três anos de idade com FSSL,<sup>4</sup> utilizando-se da associação de critérios clínicos e laboratoriais, como exemplo os critérios de Rochester,<sup>9</sup> que procura separar os lactentes de três meses de idade em dois grupos: alto e baixo risco para presença de doença bacteriana grave na vigência de FSSL e, para os maiores de três meses, utiliza-se os critérios de Baraff.<sup>10</sup>

O Hospital Universitário da USP utiliza-se de um protocolo de atendimento para crianças com FSSL baseado nos protocolos de Baraff e Rochester, mas propõe uma intervenção menor. Este protocolo foi validado após um período de 12 meses de uso em crianças com FSSL, onde todos os casos de infecção bacteriana grave conseguiram ser identificados e a utilização de antibióticos empírica foi reduzida.<sup>4-11</sup> Esse protocolo foi publicado no Tratado de Pediatria da SBP em 2017 e apresentamos na Tabela 1 (página 8).<sup>4-11</sup>

**Tabela 1 – Proposta atual para avaliação e seguimento de crianças até 36 meses de idade com febre sem sinais localizatórios<sup>4</sup>**



Tratado de Pediatria SBP 2017 - Estratégia para avaliação e seguimento das crianças até 36 meses com febre sem sinais localizatórios. Proposta atual - Protocolo HU-USP baseado no protocolo Baraff e no critério de Rochester, propondo uma intervenção menor.

PVR = Pesquisa de vírus respiratório (quando disponível) • Hmg = Hemograma • Hmc = Hemocultura  
UI = sedimento urinário • Uroc = Urocultura

### Tratamento da febre

#### • Métodos físicos

Uma revisão sistemática da Cochrane chama a atenção para o rápido início de ação desses métodos, mas com pequena duração do efeito na redução da temperatura corpórea, de tal modo que seu uso oferece pequena vantagem sobre a terapêutica medicamentosa, mas com aumento no desconforto do paciente destacando-se os calafrios e a irritabilidade aumentada.<sup>12</sup>

#### • Antitérmicos

Não existe um valor “mágico”, teórico, fixado por consensos ou recomendações para administrar antitérmicos. A recomendação para uso de antitérmicos em crianças deve ser feita quando a febre está associada a desconforto evidente (choro intenso, irritabilidade, redução da atividade, redução do apetite, distúrbio do sono) e não baseado em um número predeterminado.<sup>6</sup>

Os antitérmicos estão entre os fármacos mais utilizados em crianças febris, com ou sem prescrição médica, e são comumente causa de intoxicações, em geral por erro na administração de dose ou intervalo, ou por interação medicamentosa.<sup>13-14</sup>

Três antitérmicos estão disponíveis no Brasil: paracetamol, ibuprofeno e dipirona. Todos são eficazes e seguros quando utilizados dentro de sua faixa terapêutica e de modo isolado. Destacamos que, apesar da falta de evidências científicas que justifiquem a alternância de antitérmicos, essa prática está se tornando um hábito na clínica pediátrica.<sup>15</sup>

Várias publicações alertam para o risco dessa prática. Pais e cuidadores frequentemente erram dosagens na ânsia do controle da febre e aumentam o risco de intoxicações.<sup>15</sup>

### Conclusão

O que pode ser dito com bastante clareza é que a ação mais importante na diferenciação das crianças com doença grave, das sem doença grave, não é combater a febre, mas avaliar o quadro clínico de sinais e sintomas com um todo, dar suporte ao paciente com uma boa hidratação e, se necessário, o antitérmico, visando aliviar o mal-estar geral causado pelo sintoma febre, não buscando valores numéricos de temperatura, fato que incentiva a polimedicação, aumentando o risco de confusões e interações com outros medicamentos, além de incrementar a “febre fobia”.

Está claro: febre é um sinal, não uma doença!

#### Referências:

1. SINGER, J.I. et al. Occult bacteremia and septicemia in the febrile child younger than two years. **Emerg Med Clin North Am.** v. 13, n. 2, p. 381-416, 1995.
2. VILLARREAL, S.F. et al. Telephone encounters in a university pediatric group practice. A 2-year analysis of after-hour calls. **Clin Pediatr (Phila).** v.23, n.8, p.456-8, 1984.
3. PURSSELL, E. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. **J Clin Nurs.** v.18, n.2, p.210-8, 2009.
4. MACHADO, M.B. et al. Febre sem sinais localizatórios. In: Burns, D.A.R. et al. **SBP Tratado de Pediatria.** 4ª ed. Editora Manole: p. 899-900, 2017.
5. MURAHOVSKICH, J. A criança com febre no consultório. **J Pediatr (Rio J).** v.79, supl.1, p.555-64, 2003.
6. FERNANDES, T.F. Febre. SBP PRONAP. Available from: <http://www.sbp.com.br/sbp-servicos/ead-educacao-a-distancia/pronap/pronap-ciclo-xvii/>
7. Ministério da Saúde - Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. Resolução da diretoria colegiada - RDC Nº 145, de 21 de março de 2017. Available from: [http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2860907/RDC\\_145\\_2017\\_pdf/36ba6918-cd55-4475-8794-2470a1ae9f9c5](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2860907/RDC_145_2017_pdf/36ba6918-cd55-4475-8794-2470a1ae9f9c5)
8. NICE – National Institute for Health and Care Excellence. Clinical Guideline Fever in under 5s: assessment and initial management. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/sg160/chapter/recommendations#table-1-traffic-light-system-for-identifying-risk-of-serious-illness>
9. MINTEGI, S. et al. Accuracy of a sequential approach to identify young febrile infants at low risk for invasive bacterial infection. **Emerg Med.** v.31, p.e19-24, 2014.
10. BARAFF, L.J. et al. Management of infants and young children with fever without source. **Pediatric annals.** v.37, n.10, p.37, 2008.
11. MACHADO, B.M. et al. Fever without source: evaluation of a guideline. **J Ped (Rio J).** v.85, n.5, p.426-32, 2009.
12. MEREMIKWU, M. et al. Physical methods for treating fever in children. **Cochrane Database Syst Rev.** CD004264, 2003.
13. BRICKS, L.F. Tratamento da febre em crianças. **Pediatria (São Paulo).** v.28, p.155-8, 2006.
14. BRICKS, L.F. et al. Toxicidade dos anti-inflamatórios não hormonais. **Pediatria (São Paulo).** v.27, p.114-25, 2005.
15. SAPHYAKHAJON, P. et al. Alternating acetaminophen and ibuprofen in children may cause parental confusion and is dangerous. **Arch Pediatr Adolesc Med.** v.160, n.7, p.757-8, 2006.