

PEDIATRIA

Febre sem foco: o cartão que organiza a próxima decisão

CENBRAP EXCELÊNCIA EM PÓS MÉDICA

Guia prático para observar, investigar ou encaminhar crianças menores de cinco anos

A criança está febril, mas história e exame ainda não mostram um foco. Antes de conhecer a etiologia, o médico precisa escolher uma saída segura: encaminhar imediatamente, investigar e observar no serviço ou observar em casa com prazo, destino e safety-net definidos.

Este e-book organiza a decisão por idade exata, aparência, sinais vitais, perfusão, hidratação, antecedentes, epidemiologia e capacidade real de reavaliação. A ferramenta principal é o **Cartão de decisão**, preenchível ao final.

O material não define painel universal de exames, punção lombar, antimicrobiano, dose, via ou internação. Em menores de 90 dias, exames, local de observação e tratamento dependem de protocolo pediátrico que cubra explicitamente a faixa etária e seja compatível com os recursos e tempos de resposta do serviço.[1][2][3][4]

1. Confirme o caso antes de classificar o risco

Febre sem foco é a febre aguda, em geral com menos de sete dias, sem causa identificada após anamnese e exame físico completos.[5] É uma condição temporal. Ao aparecer uma síndrome respiratória, urinária definida, neurológica, osteoarticular, cutânea, gastrointestinal, séptica, compatível com Kawasaki ou epidemiologicamente específica, a criança sai desta árvore.

Registre temperatura máxima, método, local, horário, duração, febre medida ou referida e antitérmico administrado. Não converta automaticamente temperatura axilar em retal. Algoritmos para lactentes jovens usam critérios próprios, frequentemente com 38,0 ºC ou mais por temperatura retal ou medida confiável em ambiente de saúde.[1][2][5]

A resposta ao antitérmico não é teste de benignidade. Reavalie aparência, consciência, frequência cardíaca, frequência respiratória, saturação quando indicada, perfusão, hidratação e diurese.[1][5]

Dados que mudam a decisão

- idade exata em dias nos primeiros 90 dias e em meses completos depois;
- aparência, atividade, choro e despertabilidade;
- frequência cardíaca e respiratória, temperatura e tempo de enchimento capilar;
- saturação quando indicada e pressão arterial quando houver alteração de perfusão ou frequência cardíaca;
- ingesta, vômitos, diurese e sinais de hidratação;
- prematuridade, curso neonatal, comorbidade, imunodeficiência e dependência tecnológica;
- vacinação, antimicrobiano recente, contatos, surtos, viagens e vetores;
- capacidade do cuidador, telefone, transporte, destino e prazo de retorno.

Se um dado crítico estiver ausente, a aparência for incerta ou um sinal vital essencial não puder ser interpretado, a saída é **não classificável**. Complete a avaliação ou encaminhe para nível assistencial capaz de examinar e observar.

2. Primeiro filtro: há emergência agora?

Interrompa a árvore diante de ameaça à via aérea, respiração ou circulação; apneia; gemência; cianose; esforço respiratório intenso; choque; pulso fraco; extremidades frias; oligúria importante; deterioração; alteração relevante da consciência; convulsão em curso ou recorrente sem recuperação; aparência pálida, moteada, cinzentada ou azulada; exantema não branqueável associado a doença sistêmica; sinal meníngeo ou focal; conjunto observável de desidratação grave; ou sepse possível.[1][6][7][8]

SpO_2 abaixo de 90% em ar ambiente é critério de alto risco no contexto de suspeita de sepse do NICE NG254, não limiar universal para toda febre sem foco.[6] Tempo de enchimento capilar de 3 segundos ou mais é anormal e ao menos intermediário no NICE NG143, mas isoladamente não diagnostica choque.[1]

Na suspeita de sepse com alto risco, a criança precisa de avaliação hospitalar imediata e tratamento conforme o protocolo do serviço. Culturas devem anteceder o antimicrobiano quando isso não atrasar o tratamento. Choque séptico ou alto risco não devem aguardar a conclusão da investigação.[6][7][8]

3. Matriz etária: selecione uma única trilha

A data de nascimento precisa ser conferida. Mais de 90 dias não equivale automaticamente a três meses completos.

Idade	Saída editorial padrão	Limite
0 a 7 dias	Avaliação hospitalar neonatal	Não aplicar AAP de 8 a 60 dias nem observação domiciliar simplificada.
8 a 21 dias	Avaliação hospitalar protocolizada	Boa aparência não dispensa investigação e monitorização.
22 a 28 dias	Investigar e observar conforme protocolo nominal da faixa	Não combinar seletivamente diretrizes diferentes.
29 a 60 dias	Aplicar regra validada integral em elegíveis	Não usar biomarcador isolado nem misturar pontos de corte.
61 a 90 dias	Usar protocolo que cubra até 90 dias	A AAP de 8 a 60 dias não cobre esta faixa.
Acima de 90 dias e antes de 3 meses completos	Classificar risco e investigar seletivamente	Não importar o corte térmico de 3 a 6 meses.
3 a menos de 6 meses	Classificar risco e investigar seletivamente	No NICE, 39,0 °C ou mais é marcador contextual.
6 a 24 meses	Avaliar urina conforme probabilidade; evitar painel automático na criança verde	A decisão urinária precisa de prazo.[4]
Acima de 24 a 36 meses	Investigar por achados e pergunta clínica	Não herdar rotinas do lactente.
Acima de 36 a 59 meses	Trilha própria por gravidade, foco e epidemiologia	Não extrapolar a árvore brasileira de até 36 meses.

Nos primeiros 90 dias, boa aparência permite entrar em algumas regras, mas não certifica segurança.[2][3][9][10] PECARN e Step-by-Step têm componentes e limiares próprios. Misturá-los cria um algoritmo não validado.[9][10]

Entre 6 e 24 meses, a investigação é mais seletiva. Em populações pós-vacinação conjugada, bacteremia oculta tornou-se menos frequente, e contaminantes de hemocultura podem superar resultados verdadeiramente positivos. Vacinação incompleta aumenta a incerteza, mas não determina isoladamente cultura ou antimicrobiano.[13][14]

Conheça a Pós em Pediatria do CENBRAP

4. Investigue por pergunta clínica

Antes de solicitar um exame, registre: **o que procuro, como o resultado mudará a conduta e o que farei enquanto aguardo**.

Pergunta	Resultado acionável	Limite
Há risco de infecção bacteriana invasiva?	Idade, urina, marcadores, culturas e líquido cefalorraquidiano quando indicado podem mudar destino, tratamento e monitorização.	Use regra integral na população elegível.[2][3][9][10]
Há risco de infecção urinária?	Urinálise modifica probabilidade; cultura adequada confirma ou refuta.	Saco coletor positivo isolado não confirma ITU.[4][11][12]
Há sinal respiratório que justifique imagem?	Radiografia deve responder se há pneumonia ou complicação que muda a conduta.	Não usar como rastreio da criança verde sem sinais respiratórios.[1]
Há indicação de líquido cefalorraquidiano?	O resultado pode mudar tratamento, internação e monitorização.	A indicação depende de idade, clínica e protocolo.[1][2][3]
Um teste viral mudará a decisão?	Pode organizar isolamento, antiviral específico, observação ou retorno.	Resultado positivo não exclui ITU nem neutraliza risco etário.[3]

Pergunta	Resultado acionável	Limite
A epidemiologia abre outro protocolo?	Surto, viagem, contato ou vetor podem mudar exames, hidratação, vigilância e destino.	Defervescência não garante melhora em arboviroses.[5]

Em crianças clinicamente não complexas de 2 a 24 meses com febre sem foco, a AAP 2026 localiza a avaliação médica da possibilidade de ITU dentro de 72 horas do início dos sintomas. Isso não determina coleta universal imediata.[4]

Hemograma, PCR e procalcitonina apoiam decisões em populações definidas, mas não liberam o paciente isoladamente. O desempenho depende da população, do desfecho e do ponto de corte.[15][16][17]

5. Observação ativa é uma intervenção

No serviço

Observe quando houver sinal intermediário que pode normalizar ou se definir, hidratação limítrofe, taquicardia ou taquipneia persistente, exame inicial pouco confiável, espera por resultado que muda o destino, necessidade de confirmar tolerância oral ou incerteza sem instabilidade.

Repita aparência, consciência, frequência cardíaca e respiratória, saturação quando indicada, perfusão, hidratação, ingesta, vômitos, diurese e surgimento de foco. O NICE usa 1 a 2 horas como referência para reavaliar crianças hospitalizadas com sinais intermediários ou altos, sem transformar essa janela em regra universal.[1]

Em casa

Como orientação geral deste material, observação domiciliar é reservada a crianças acima de 90 dias, inequivocamente bem, com exame confiável, sinais vitais adequados ou normalizados, hidratação suficiente, ausência de alarme ou exclusão de baixo risco e seguimento viável.

Não existe uma janela única. Pode ser necessário retorno no mesmo dia, em 24 horas ou em 24 a 48 horas nos lactentes jovens selecionados por protocolos específicos. Febre por cinco dias ou mais exige nova avaliação, inclusive para doença de Kawasaki.[1][3]

Seguimento frágil bloqueia alta. Sem cuidador capaz, telefone, transporte, serviço de referência, retorno no prazo e responsável pelos resultados pendentes, mantenha a criança em ambiente assistencial e obtenha avaliação pediátrica no mesmo dia. Transfira se o serviço não puder observar ou intervir.

6. Dois casos para testar a decisão

Lactente de 47 dias com teste viral positivo

Está bem aparente, tem febre de 38,3 ºC documentada e teste viral respiratório positivo, sem taquipneia ou hipoxemia. A urina ainda não foi avaliada.

Escolha: manter em ambiente assistencial e completar a regra integral para 29 a 60 dias antes de definir o destino.
Motivo: o teste viral não exclui ITU nem infecção invasiva.
Limite: se o serviço não executar a regra ou governar resultados, transferir.
Evite: alta baseada apenas no teste viral.[3]

Criança de 14 meses, verde e sem foco

Tem vacinação adequada, febre há 18 horas, temperatura axilar máxima de 38,6 ºC, atividade preservada, sinais vitais adequados, hidratação e exame completo sem foco. Não há sintomas urinários ou antecedentes relevantes, e a família tem acesso fácil ao serviço.

Escolha: observar em casa sem painel sanguíneo, radiografia ou coleta urinária neste atendimento, com reavaliação em 24 horas.
Motivo: o conjunto clínico e o seguimento permitem investigação seletiva.
Limite: reabrir a hipótese urinária se a febre persistir, surgir sintoma urinário ou continuar sem foco.[4]
Evite: deixar a decisão urinária sem prazo.

7. Checklist de saída segura

- [ ] Idade exata, temperatura, método, horário e duração registrados.
- [ ] Aparência, consciência, atividade, sinais vitais, perfusão e hidratação reavaliados.
- [ ] Ausência de instabilidade, critério vermelho e dado crítico ausente.
- [ ] Trilha etária selecionada e exclusões de baixo risco verificadas.
- [ ] Cada exame responde a uma pergunta e muda a conduta.
- [ ] Hipótese urinária tem decisão e prazo.
- [ ] Resultado viral não foi usado como liberação automática.
- [ ] Cuidador compreendeu os sinais de retorno imediato.
- [ ] Telefone, transporte, destino e prazo de reavaliação estão definidos.
- [ ] Há responsável por culturas ou resultados pendentes.
- [ ] A compreensão foi confirmada por repetição do cuidador.

“Retorne se piorar” é insuficiente. A orientação precisa dizer o que é piora, quando agir e para onde ir.

8. Cartão de decisão

A. Entradas obrigatórias

1. **Idade exata:** _____ dias / _____ meses completos
2. **Temperatura máxima, método, local e horário:**
   _____
3. **Duração e antitérmico prévio:**
   _____
4. **Aparência, atividade e consciência:**
   _____
5. **FC:** _____; **FR:** _____; **TEC:** _____; **$SatO_2$ quando indicada:** _____
6. **Hidratação, ingesta e diurese:**
   _____
7. **Sinais observáveis de risco:** não / sim:
   _____
8. **Prematuridade, comorbidade, imunodeficiência, dependência tecnológica ou antimicrobiano recente:** não / sim: _____
9. **Vacinação e epidemiologia:**
   _____
10. **Foco ou síndrome específica:** não / sim:
    _____
11. **Cuidador, telefone, transporte e retorno:** adequados / inadequados
12. **Responsável por resultados pendentes:**
    _____

B. Barreiras de interrupção

- **Dado crítico ausente:** não classificável; complete a avaliação ou encaminhe.
- **Instabilidade, critério vermelho ou sepse possível:** encaminhe imediatamente; estabilize e comunique o receptor.[6][7][8]
- **Foco ou síndrome específica:** saia da árvore e abra o protocolo correspondente.
- **Exclusão de baixo risco:** mantenha em ambiente assistencial e obtenha avaliação pediátrica no mesmo dia.
- **Seguimento não confiável:** bloqueie alta; observe ou transfira conforme a capacidade do serviço.

C. Registre uma única saída

encaminhar imediatamente / avaliação pediátrica no mesmo dia e manter em ambiente assistencial / investigar e observar em ambiente assistencial / observar em casa com reavaliação / não classificável / sair da árvore

Motivo dominante:

_____

Pergunta de cada exame e consequência:

_____

Conduta enquanto aguarda:

_____

Destino, transporte e monitorização:

_____

Prazo e local da reavaliação:

_____

Sinais de retorno imediato:

_____

Responsável por resultados:

_____

Saída segura em uma frase

Idade e elegibilidade definem a trilha; aparência, sinais vitais, perfusão, hidratação e epidemiologia definem a urgência; exames só entram quando respondem a uma pergunta; observação só é segura com prazo, destino, responsável e sinais de retorno imediato.

Conheça a Pós em Pediatria do CENBRAP

Referências

1. National Institute for Health and Care Excellence. **Fever in under 5s: assessment and initial management. NICE guideline NG143.** 2019; atualização de 2021; revisão de vigilância de 2025.
2. Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, et al. **Evaluation and Management of Well-Appearing Febrile Infants 8 to 60 Days Old.** Pediatrics. 2021;148(2):e2021052228.
3. Burstein B, Lirette MP, Beck C, Chauvin-Kimoff L, Chan K. **Management of well-appearing febrile young infants aged 90 days or less.** Paediatrics & Child Health. 2024;29(1):50-66. Documento atualizado em 2026.
4. American Academy of Pediatrics. **Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Urinary Tract Infection in Children From 8 Days to 5 Years of Age.** Pediatrics. 2026;158(4):e2026078565.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões sobre a febre nas arboviroses.** Documento Científico n. 206. 2025.
6. National Institute for Health and Care Excellence. **Suspected sepsis in under 16s: recognition, diagnosis and early management. NICE guideline NG254. Evaluating risk level.** 2025; revisão de 2026.
7. National Institute for Health and Care Excellence. **Suspected sepsis in under 16s: recognition, diagnosis and early management. NICE guideline NG254. Managing suspected sepsis.** 2025; revisão de 2026.
8. Weiss SL, Peters MJ, Alhazzani W, et al. **Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children.** Intensive Care Med. 2020;46(Suppl 1):10-67.
9. Kuppermann N, Dayan PS, Levine DA, et al. **A Clinical Prediction Rule to Identify Febrile Infants 60 Days and Younger at Low Risk for Serious Bacterial Infections.** JAMA Pediatr. 2019;173(4):342-351.
10. Gomez B, Mintegi S, Bressan S, et al. **Validation of the Step-by-Step Approach in the Management of Young Febrile Infants.** Pediatrics. 2016;138(2):e20154381.
11. National Institute for Health and Care Excellence. **Urinary tract infection in under 16s: diagnosis and management. NICE guideline NG224.** 2022.
12. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Infecção do trato urinário em Pediatria: atualização 2021.** 2021.
13. Wilkinson M, Bulloch B, Smith M. **Prevalence of occult bacteremia in children aged 3 to 36 months presenting to the emergency department with fever in the postpneumococcal conjugate vaccine era.** Acad Emerg Med. 2009;16(3):220-225.
14. Dunnick J, Taft M, Tisherman RT, et al. **Association of Bacteremia with Vaccination Status in Children Aged 2 to 36 Months.** J Pediatr. 2021;232:207-213.e2.
15. Van den Bruel A, Thompson MJ, Haj-Hassan T, et al. **Diagnostic value of laboratory tests in identifying serious infections in febrile children: systematic review.** BMJ. 2011;342:d3082.

16. Yo CH, Hsieh PS, Lee SH, et al. **Comparison of the Test Characteristics of Procalcitonin to C-Reactive Protein and Leukocytosis for the Detection of Serious Bacterial Infections in Children Presenting with Fever Without Source.** Ann Emerg Med. 2012;60(5):591-600.
17. Norman-Bruce H, Umana E, Mills C, et al. **Diagnostic test accuracy of procalcitonin and C-reactive protein for predicting invasive and serious bacterial infections in young febrile infants: a systematic review and meta-analysis.** Lancet Child Adolesc Health. 2024;8(5):358-368.