

PROTOCOLO SOBRE FEBRE SEM SINAIS DE LOCALIZAÇÃO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL (CID/DRG)

- R50.0 Febre com calafrios
Febre com arrepios
- R50.9 Febre não especificada
Pirexia SOE
- A49.9 Infecção bacteriana não especificada
Bacteremia SOE

DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS

- A49.8 Outras infecções bacterianas de localização não especificada
- R50.1 Febre persistente

CONCEITOS

- **Febre** é definida como elevação da temperatura corpórea em resposta a um estímulo. A medida mais confiável da temperatura corpórea é aquela tomada por via oral ou retal. Não há consenso a respeito da definição exata de febre em crianças. A maioria classifica como febre a temperatura retal acima de 38°C, mas alguns consideram febre temperatura retal acima de 37,7°C ou 38,3°C. A medida da temperatura axilar, timpânica ou por palpação são consideradas menos confiáveis. Apesar disso, em nosso meio a medida axilar com termômetro de mercúrio em vidro é a mais usada. A temperatura axilar é 0,4 a 0,8 °C menor do que a temperatura retal.
- **Febre sem sinais de localização (FSSL)** é a ocorrência de febre numa criança em que história e exame físico cuidadosos não revelam a causa da febre. Conceitualmente essa febre deve ter menos do que 7 dias de duração, mas na prática a grande maioria dos casos tem febre há menos de 2 dias.
- **Infecção na Corrente Sanguínea (Bacteremia Oculta - BO):** refere-se à presença de bactéria em hemocultura numa criança com febre, sem um foco identificável, e que esteja clinicamente bem o suficiente para ser tratada em nível ambulatorial. Hemoculturas positivas em crianças febris com doença focal podem associar-se com bacteremia, como pneumonia ou pielonefrite não deve ser considerada como bacteremia oculta.
- **Agentes etiológicos de BO mais comuns:** *Streptococcus pneumoniae* (70 %); *Haemophilus influenzae* tipo B* (20 %); *Neisseria meningitidis* (5 %) e *Salmonella sp.*(5 %).
* Dados prévios à imunização populacional contra *H. Influenzae* tipo B.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Presença de febre há menos de 7 dias, com história e exame físico que não revelam a causa da febre.
- Temperatura axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ (termômetro de mercúrio mantido por 5 a 6 minutos), o que corresponde a:
Temperatura oral $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ (termômetro de mercúrio mantido por 3 minutos) e Temperatura retal $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$ (termômetro de mercúrio mantido por 2 minutos), raramente utilizadas em nosso meio e requerem termômetro adequado para este uso.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Febre por mais de 7 dias.
- Doenças febris de causa bem definida.
- Crianças febris com doenças bacterianas graves associadas a bacteremia, como meningite bacteriana, diarreia aguda bacteriana, pneumonia, artrite séptica, osteomielite, pielonefrite e celulite, com hemoculturas positivas.
- Doenças febris com duração igual ou superior a 14 dias com história, exame físico e recursos diagnósticos iniciais que não revelam a causa da febre (febre de origem indeterminada).

ANAMNESE

- Idade
- Intensidade da febre
- Presença de outros sintomas
- Atividade e Estado de Humor (a criança sorri?)
- Aceitação de alimentos e líquidos
- Fatores de risco e doenças prévias
- Epidemiologia: contato com doenças infecciosas, vacinas
- Medicamentos: antitérmicos e antibióticos que recebeu ou está recebendo
- **Fatores de risco**

IDADE	Recém-nascidos tem risco maior do que as crianças de 1 a 3 meses de idade, que por sua vez tem risco maior do que as crianças de 3 a 36 meses. Entre 3 a 36 meses de idade as taxas de bacteremia oculta são comparáveis. Acima de três anos de idade a importância da bacteremia oculta é menor.	
INTENSIDADE DA FEBRE	O risco de BO aumenta proporcionalmente com a temperatura.	
	Temperatura	Taxa de bacteremia
	< 38,9 °C	1%
	38,9 a 39,4 °C	4%
	39,4 a 40,5 °C	8%
	> 40,5°C	10,5 %
RESPOSTA AOS ANTITÉRMICOS	Em crianças de 2 meses a 6 anos de idade pode haver associação entre ausência de resposta a antitérmicos e presença de bacteremia. (considera-se resposta adequada uma diminuição da temperatura corpórea $\geq 0,8^{\circ}\text{C}$ duas horas após o uso de antitérmico)	

EXAME FÍSICO

ESCALA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA DE YALE			
Item Observado	1 – Normal	3 - Alteração moderada	5 – Alteração severa
• Tipo de Choro	Forte com timbre normal ou criança ativa sem choro.	Choramando ou soluçando	Choro débil ou estridente
• Reações da Criança e Variações aos Estímulos dos Pais	Choro breve e consolável e, se acordado, está alerta Permanece acordado ou desperta rapidamente	Chora, pára e chora de novo Fecha os olhos e acorda de novo ou só acorda com estímulo longo	Choro contínuo ou pouca resposta Difícil de acordar
• Cor	Corado	Palidez de extremidades ou acrocianose	Pálido ou cianótico; pele acinzentada ou marmórea
• Hidratação	Hidratado	Mucosas secas	Desidratado: mucosas secas, sub-cutâneo pastoso, olhos encovados
• Aspecto Geral	Sorridente ou alerta	Sorriso breve e fica alerta por períodos breves	Não sorri, facies inexpressiva, desinteressado e pouco alerta
< 10 = baixa probabilidade de doença grave De 10 a 16 = investigar > 16 = doença infecciosa grave			
Observações: Escore com sensibilidade de 77%, especificidade de 88% e valor preditivo positivo de 56%. Não é aplicável para crianças < 3 meses.			
NA AVALIAÇÃO DAS MANIFESTAÇÕES			
<ul style="list-style-type: none"> • Procure examinar a criança verificando se ela está confortável – é importante a ajuda dos pais. • Inicie pelo segmento que incomode menos a criança, como a ausculta torácica, deixando o exame de orofaringe por último. • Procure evidências iniciais de doença bem definida. • Se necessário, repetir o exame físico uma a duas horas após o uso de antitérmico. • Lembrar que alguns achados clínicos devem ser considerados de acordo com a idade da criança, como sinais meníngeos que não devem ser considerados em crianças < 1 ano. 			

EXAMES SUBSIDIÁRIOS DE DIAGNÓSTICO

CRIANÇAS QUE OBRIGATORIAMENTE DEVEM SER AVALIADAS LABORATORIALMENTE		
<ul style="list-style-type: none"> • Idade < 3 meses. • Temperatura axilar $\geq 39,5$ °C. • Fatores de risco para doença infecciosa grave (corticoterapia, imunodepressão, desnutrição, doença crônica debilitante). • Lactentes com foco infeccioso definido de doença, mas com quadro clínico severo. • Escore pela escala de observação clínica de Yale > 10. 		
Tipo de exame	Indicação	Observações
• Leucograma	• As acima	<ul style="list-style-type: none"> • > 5.000 e $< 10.000/\text{mm}^3 \rightarrow$ baixo risco • $< 5.000/\text{mm}^3$ em crianças < 3 meses \rightarrow alto risco • $> 10.000/\text{mm}^3$ com rel. neutrófilos totais/imaturos $> 0,2 \rightarrow$ alto risco • $> 15.000/\text{mm}^3$ com febre $\geq 38,8^\circ\text{C} \rightarrow$ alto risco • $> 20.000/\text{mm}^3 \rightarrow$ alto risco • Vacuolização e granulações tóxicas nos leucócitos \rightarrow alto risco
• Provas de Fase Aguda	• As acima	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar: VHS $> 30\text{mm/h}$ e PCR $>$ que 4 x o valor máximo de referência
• Hemocultura	• As acima, se hemograma de alto risco [#]	<ul style="list-style-type: none"> • Só é necessária uma amostra (hemocultura falso-negativa pode ser encontrada em crianças sob antibioticoterapia).
• Sedimento urinário	• As acima	<ul style="list-style-type: none"> • Considerar leucocitúria $\geq 5/\text{campo}$ ou $10.000/\text{ml}$ • Sensibilidade e especificidade $> 80\%$ e valor preditivo negativo $> 90\%$ (20% dos lactentes com ITU têm este exame normal).
• Bacterioscópico urina	• As acima	<ul style="list-style-type: none"> • Se negativo, apresenta valor preditivo negativo elevado.
• Urocultura	• As acima	<ul style="list-style-type: none"> • Coleta de urina por punção suprapúbica ou cateterismo em crianças sem controle urinário. • Quando colhida por saco coletor, tem altas taxas de falso-positivo, mas valor preditivo negativo elevado.
• Coprocultura	• Fezes com sangue ou muco ou leucócitos fecais $\geq 5/\text{campo}$.	
• Raio-X de Tórax	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças sem sinais e sintomas respiratórios com leucocitose $> 20.000/\text{mm}^3$. • Presença de sinais e sintomas respiratórios ou toxemia. • Frequência respiratória $> 50/\text{min}$ em crianças < 6 meses de idade ou $> 42/\text{min}$ em crianças entre 6 e 24 meses de idade 	
• Líquor	<ul style="list-style-type: none"> • Lactente < 3 meses. • Sinais meníngeos. • Toxemia: letargia, má perfusão periférica* (> 3 segundos), hipo ou hiperventilação ou cianose. 	

[#] Na prática, colhe-se junto com o hemograma, para “aproveitar” a punção venosa.

* O observador comprime a mão do paciente por 15 segundos e, depois, verifica o tempo de retorno da circulação.

CONDUTA

LACTENTE DE 3 A 36 MESES SEM-TOXEMIA – ABORDAGEM DOMICILIÁRIA	
Temperatura retal ≥ 39 °C	Temperatura retal < 39°C
<ol style="list-style-type: none"> 1. Mediar com antitérmicos: Acetaminofen -15 mg/kg, 4/4 hs, até 5x/d (max = 3 g/dia) ou Dipirona – 10 a 15 mg/kg, 6/6 hs (max = 4g/dia) ou Ibuprofeno – 10 mg/Kg até a cada 6 horas (max = 1,2g/dia) 2. Oferecer líquidos por VO. 3. Colher exames 4. Reavaliar 1 a 2 horas após medicação e frente resultado de exames para verificar se há alto risco para BO 5. Iniciar antibioticoterapia empírica: Ceftriaxona – 50 mg/kg IM Opção1: todas as crianças Opção2: se leucócitos totais ≥ 15.000/mm³ 6. Reavaliação em 24 a 48 horas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sem necessidade de exames ou antibiótico 2. Mediar com antitérmico: Acetaminofen -15 mg/kg até cada 4 horas ou Dipirona – 15 a 20 mg/kg até cada 6 horas ou Ibuprofeno – 10 mg/Kg até a cada 6 horas 3. Oferecer líquidos por VO com frequência. 4. Retorno se febre persistir mais do que 48 horas ou condição clínica deteriorar
<ul style="list-style-type: none"> • Para observação domiciliária, levar em consideração as condições sócio-culturais da família. Se inadequadas, é preferível internar o paciente para observação hospitalar. • Nesta faixa etária a decisão de realizar punção lombar deve basear-se na suspeita clínica. Nenhum outro exame é preditivo de meningite. Os familiares ou responsáveis devem ser esclarecidos, tanto verbalmente quanto por escrito, de quais sintomas e sinais buscar nas crianças durante a observação domiciliária (ver recomendação adiante) • O médico, ou sistema de saúde, deve ter meios de convocar o paciente, caso alguma das culturas se revele positiva. 	
NA REAVALIAÇÃO DO PACIENTE EM 24 A 48 HORAS:	
<ul style="list-style-type: none"> • Se na hemocultura houver crescimento de <i>S. pneumoniae</i>, e a criança estiver bem e afebril, está indicada uma segunda dose de ceftriaxone IM e o restante do tratamento com penicilina ou amoxicilina por via oral. • Se a criança ainda estiver febril, não estiver clinicamente bem ou houver crescimento de <i>N. Meningitidis</i>, <i>H. influenzae</i>, ou qualquer outro germe que não <i>S. pneumoniae</i>, estão indicados hospitalização, coleta de outras culturas e antibioticoterapia ditada pelo antibiograma da culturas positivas. • Se apenas a urocultura for positiva e a criança estiver afebril e bem, a antibioticoterapia poderá ser feita por via oral, no domicílio, de acordo com o resultado do antibiograma.. 	
LACTENTE DE 3 A 36 MESES COM ALTO RISCO PARA DOENÇA INFECCIOSA GRAVE (Escala de Yale > 16) – INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
<ul style="list-style-type: none"> • Hidratar por via oral ou, se não estiver ingerindo, por via parenteral • Mediar com antitérmico. • Colher exames, se ainda não o fez. • Iniciar Ceftriaxona – 100 mg/Kg/dia, EV • Corrigir distúrbios metabólicos, hidro-eletrolíticos e ácido-básicos, se existentes. • Reavaliar frente à evolução clínica e resultado das culturas. 	

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR PREVISTO

- somente consulta (de 20 a 40 minutos);
- coleta de exames, uso de medicação e observação para avaliação dos resultados de exames e dos efeitos da medicação por poucas horas na sala de observação do Pronto Socorro (até 6 horas);
- internação em acomodação privativa ou enfermaria, por um período variável de dias (geralmente ≤ 5 dias);
- internação em UTI, por um número variável de dias, dependendo da intensidade da toxemia e dos distúrbios hidroeletrólíticos, cardiocirculatórios e metabólicos associados.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA HOSPITALAR

ADMISSÃO	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> * Incapacidade de ingerir líquidos. * Suspeita de infecção com toxemia (escala de Yale > 16) * Condição sócio-econômica desfavorável. * Persistência de distúrbios metabólicos, hidro-eletrolíticos e ácido-básicos após abordagem inicial. * Persistência de febre por mais de 24 hs em criança que não estiver clinicamente bem ou houver crescimento de N. meningitidis, H. influenzae, ou qualquer outro germe que não S. pneumoniae. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ausência de febre alta. * Ausência de sinais clínicos de toxemia, desidratação ou distúrbios metabólicos. * Paciente mantém-se clinicamente estável, hidratado por via oral, com boa aceitação alimentar.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO E ALTA EM UTI

ADMISSÃO	ALTA
<ul style="list-style-type: none"> * Sinais de choque. * Desconforto respiratório. * Distúrbios hidro-eletrolíticos ou ácido-básicos e metabólicos de difícil controle. * Quadro clínico de síndrome séptica: letargia, má perfusão periférica (> 3 segundos), hipo ou hiperventilação, ou cianose. 	<ul style="list-style-type: none"> * Estabilidade hemodinâmica. * Ausência de desconforto respiratório * Estabilidade hidroeletrolítica, ácido básica e metabólica * Ausência de toxemia.

RECOMENDAÇÕES DURANTE O TRATAMENTO

- Tranqüilizar os acompanhantes, esclarecendo-os usando linguagem objetiva e acessível a leigos em medicina, quanto à evolução benigna da maioria dos casos de modo que eles transmitam tal segurança e tranqüilidade ao paciente.
- Solicitar aos acompanhantes ajuda na avaliação da variação da temperatura, aceitação alimentar, náuseas, vômitos, fezes (nº, aspecto e volume) e diurese.

RECOMENDAÇÕES PÓS ALTA

TIPO	ORIENTAÇÕES
Instruções	<ol style="list-style-type: none"> 1. Medir temperatura 4 a 6 vezes ao dia. 2. Os sintomas de febre incluem: diminuição da atividade (o paciente fica mais quieto ou calado que o habitual); irritabilidade (o paciente fica mais “manhoso” que o habitual); diminuição da fome; aumento da sede; sensação de calor (podendo sentir que está “queimando”, mesmo quando a temperatura corpórea não estiver tão alta).
Medicamentos	<ol style="list-style-type: none"> 3. Podem ser utilizados medicamentos antitérmicos, como acetaminofeno, ibuprofeno ou dipirona se a temperatura corpórea elevada causar desconforto (geralmente acima de 38°C – ver sintomas abaixo). Não utilize medicamentos que contenham ácido acetil salicílico, cujo uso em algumas doenças virais está associado a uma doença potencialmente fatal chamada de síndrome de Reye. 4. Outros métodos para reduzir a febre são: usar-roupas leves - excesso de roupa conserva o calor do corpo e faz a temperatura do corpo subir; estimule o paciente a tomar líquidos como água, sucos, leite ou refrigerantes; banho morno (não usar álcool) pelo tempo suficiente para baixar a temperatura abaixo de 37,8°C; compressas de água fria em áreas do corpo onde os vasos sanguíneos estão próximos à superfície da pele, como testa, pulsos e virilhas. 5. Tratar a febre não fará com que a causa da febre deixe de existir, apenas aliviará o desconforto associado a ela enquanto tal tratamento estiver fazendo efeito (4 a 8 horas).
Dieta	<ol style="list-style-type: none"> 6. Adequada para idade. 7. Bebês até 6 meses de idade devem receber preferencialmente leite materno. 7. Oferecer líquidos (água, chás, leite, sucos de frutas) com frequência.
Atividade Física	<ol style="list-style-type: none"> 8. Repouso domiciliar até 24 horas sem febre. 9. Retornar às atividades normais e ao convívio com companheiros (creche, escola, etc.) só após 48 horas sem febre.

Reavaliação	<p>10. Imediata se a criança tiver menos de 3 meses de idade ou se apresentar: febre for maior que 39,5°C; choro inconsolável; sonolência excessiva (criança difícil de acordar); dor de cabeça que não cede com antitérmico; vômitos; pescoço estiver rígido (não flete a cabeça para frente e para trás com facilidade); “moleira” elevada (se for bebê); convulsão; mancha roxa na pele; respiração difícil que não melhora mesmo depois de limpar ou assoar bem o nariz; dificuldade para engolir qualquer coisa (até líquidos) e estiver babando saliva; aspecto muito doente (se possível, avalie esta condição uma hora após o uso adequado de medicação antitérmica);</p> <p>11. Nas próximas 24 horas se a criança tiver entre 3 e 6 meses de idade ou se apresentar: febre entre 38,5°C e 39,5°C (particularmente se tiver menor de 2 anos de idade); dor ou sensação de queimação ao urinar; febre maior que 38°C por mais de 24 horas; novos sintomas ou sinais, mas sem piora do estado geral.</p> <p>12. Durante o horário de expediente o médico se: a temperatura axilar for maior que 37,5°C e menor que 38,5°C e durar mais de 72 horas; a febre desaparecer por mais de 24 horas, mas voltar; precisar de qualquer outro esclarecimento.</p>
Exames controle	<p>13. É possível que haja necessidade de novos exames conforme evolução clínica e resultado dos exames iniciais.</p>

PARTICULARIDADES DA FEBRE SEM SINAIS DE LOCALIZAÇÃO EM CRIANÇAS ATÉ 3 MESES

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

P81.9 Distúrbio não especificado da regulação térmica do recém-nascido
Febre do recém-nascido SOE

DIAGNÓSTICOS ASSOCIADOS

P81.0 Hipertermia ambiental do recém-nascido

P81.8 Outros distúrbios especificados da regulação térmica do recém-nascido

CONCEITOS

- **Infecção em Corrente Sanguínea ou bacteremia oculta (BO):** Os agentes etiológicos mais comuns são: Streptococcus do grupo B (36 %); Escherichia coli (34%); Staphylococcus aureus (8 %); Streptococcus pneumoniae (7 %); outros (15 %).

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

- **Fatores de risco:**

IDADE	<ul style="list-style-type: none">• Risco aumentado de doença bacteriana grave ou bacteremia em crianças menores que 3 meses de idade (6 a 10%). O risco ainda é maior em recém-nascidos (13%).
INTENSIDADE DA FEBRE	<ul style="list-style-type: none">• Nos menores de 3 meses não há correlação nítida entre magnitude da febre e infecção. No período neonatal a hipotermia pode ter significado maior do que a febre. De maneira geral o risco de bacteremia oculta aumenta proporcionalmente com a temperatura. A resposta ao antitérmico pode ser utilizada na prática clínica, sem diferenciar as causas de febre.
ESTADO GERAL	<ul style="list-style-type: none">• A maioria das crianças com FSSL não encontra-se toxemiada. O exame físico acaba sendo limitado em menores de 3 meses, daí que ferramentas que auxiliem na avaliação das crianças de risco de doença bacteriana grave tornam-se extremamente importantes. Para uma avaliação mais objetiva, foram criadas escalas de observação clínica, como o critério de Rochester

• **Critério de Rochester* para avaliar baixo risco de doença infecciosa grave em lactente febril < 60 dias.**

Criança aparenta estar bem
Anamnese: Previamente sadia e teve parto a termo Não recebeu nem está recebendo antibioticoterapia. Não ficou hospitalizada após a alta materna nem teve hospitalização prévia Não apresentou hiperbilirrubinemia inexplicada Não tem doença crônica
Exame físico: Não tem evidencia de infecções localizadas em ossos, partes moles, articulações ou ouvido médio.
Exames laboratoriais: Hemograma com leucócitos entre 5.000 e 15.000 céls/mm ³ Contagem absoluta de bastonetes e formas mais jovens de neutrófilos < 1500 céls/mm ³ Sedimento urinário: < 10 leucócitos por campo

* Valor preditivo negativo (VPN) de 99,1%. Acrescentando líquido com menos de 8 leucócitos/mm³, radiografia torácica normal e relação neutrófilos totais/bastonetes < 0,2, a sensibilidade é de 92% e VPN de 100%.

CONDUTA

Abordagem de lactente com febre sem sinais de localização, previamente sadio, de **baixo risco**, de 1 a 3 meses de idade

BOAS CONDIÇÕES SÓCIO-CULTURAIS DA FAMÍLIA		
↓	↓	↓
NÃO	SIM	
↓	↓	↓
Abordagem hospitalar	Abordagem domiciliária*	
↓	↓	↓
1.Hemograma e Hemocultura 2.Urina I e Urocultura ^a 3.Coleta de líquido 4. Ceftriaxone 50 mg/Kg IM ^{b-c-d}	Opção 1	Opção 2
	1.Hemograma e Hemocultura 2.Urina I e Urocultura ^a 3.Coleta de líquido 4.Ceftriaxone 50 mg/kg IM ^{b-c-d} 5.Retorno em até 24 h	1.Urina I e Urocultura ^a 2.Retorno em até 24 horas

* Opção de observação e tratamento domiciliário se os pais ou responsáveis apresentarem com condições sócio-culturais para tal: grau de ansiedade, maturidade, termômetro e telefone em casa, transporte disponível, moradia a uma distância do hospital de no máximo 30 minutos e possibilidade de retorno em até 24 horas.

^a Coletar por punção suprapúbica ou cateterismo

^b Administrar ceftriaxone após coleta de hemocultura, urocultura e líquido

^c Se líquido for normal: Amicacina: RN = 10 mg/Kg, IM ou EV, na 1ª dose e depois 15 mg/Kg/dia, IM ou IV, 12/12 hs > 28 dias: 15 mg/Kg/dia, IM ou IV, 1x/dia, 12/12 hs ou 8/8 hs

+

Ampicilina : < 7 dias e < 2 Kg = 50 a 100 mg/Kg/dia, IM ou EV, 12/12 hs

< 7 dias e > 2 Kg = 75 a 150 mg/Kg/dia, IM ou EV, 8/8 hs

> 7 dias e < 1,2 Kg = 50 a 100 mg/Kg/dia, IM ou EV, 12/12 hs

> 7 dias e de 1,2 a 2 Kg = 75 a 150 mg/Kg/dia, IM ou EV, 8/8 hs

> 28 dias = 200 a 400 mg/Kg/dia, IM ou IV, 4/4 ou 6/6 hs.

^d Se líquido sugestivo de meningite: associar Ampicilina à Ceftriaxona

TEMPO DE PERMANÊNCIA HOSPITALAR PREVISTO

Está indicada internação de doença febril em criança toxemiada < 3 meses ou em recém-nascido, enquanto se aguarda resultados de exames.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Berezin EN, Carvalho ES: Febre sem sinais de localização. In: Bricks LF, Cervi MC (Eds): Atualidades em Doenças Infecciosas: Manejo e Prevenção. Série Atualizações Pediátricas da SPSP. Ed.Atheneu, 2002: 133-42.

2. Brayden RM, Headley RM. Ambulatory pediatrics. In: Hay Jr WW, Hayward AR, Levin MJ, Sondheimer JM (Eds.): Current Pediatric Diagnosis and Treatment, 14th ed. Appleton & Lange, 1999: 215-17.
3. Figueiredo Jr I, Azevedo ALA, Gomes CS, Souza DC. Febre na Infância – roteiro de investigação diagnóstica. Ped.Mod. XXXIII (3): 79-90, 1997.
4. McCarthy PL, Sharpe MR, Spiesel SZ et al. Observation Scales to Identify Serious Illness in Febrile Children. Pediatrics 70: 802-9, 1982.
5. McCarthy PL. The Febrile Infant. Pediatrics 94: 337-9, 1995.
6. Prince A. Doenças infecciosas. In: Behrman & Kliegman. Princípios de Pediatria 2^a ed. Guanabara Koogan, 1996: 243-318.
7. Rehm KP. Fever in infants and children. Curr.Op.Pediatr. 13: 83-8, 2001.
8. Trotta EA, Giglio AE. Febre aguda sem sinais de localização em crianças menores de 36 meses de idade. JPed. SBP 75 (supl 2): S214-22, 1999.

RESPONSÁVEL POR ESTE PROTOCOLO

Mário Roberto Hirschheimer