

Febre em Pediatria: Benefícios Fisiológicos e Manejo Clínico

Compreendendo a Resposta Adaptativa do Organismo

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista
Professor de Pediatria da Unimax

Referências: SBP, AAP, NICE, AEP.



Epidemiologia da Febre

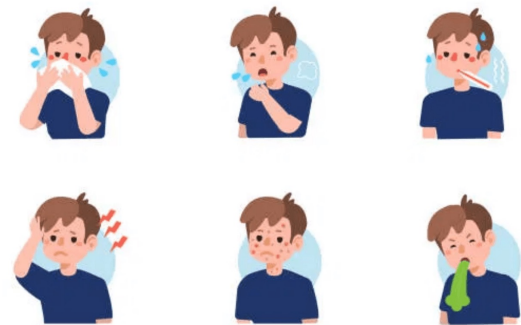
Um Sintoma Prevalente e Frequentemente Mal Interpretado

A febre representa um dos motivos mais comuns de procura por atendimento pediátrico, gerando ansiedade significativa em pais e cuidadores. Compreender sua natureza fisiológica é fundamental para evitar intervenções desnecessárias.

- ✓ Resposta fisiológica adaptativa do organismo
- 👤 Necessidade de educação para pais e cuidadores
- ⚠️ Evitar intervenções que prejudiquem o curso natural

>90%

dos casos de febre em crianças decorrem de infecções virais



Inibição da Replicação Viral

O Ambiente Térmico Desfavorável à Multiplicação Viral

Ambiente Viral Ótimo

33-35°C

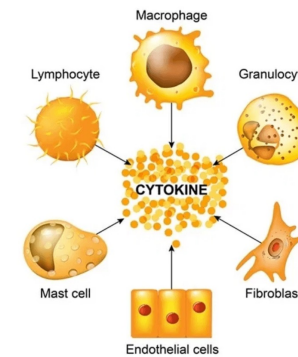
Muitos vírus respiratórios (rinovírus, VSR, influenza) replicam-se com máxima eficiência na temperatura das vias aéreas superiores.

Ambiente Febril (Defesa)

38-40°C

A elevação térmica cria um ambiente hostil que dificulta diretamente a multiplicação viral dentro das células-alvo.

- ✓ **Alteração Conformacional:** Subidas térmicas modificam a estrutura de proteínas virais.
- ✓ **Bloqueio de Entrada:** Receptores celulares tornam-se menos eficazes para endocitose.



Representação esquemática da resposta celular e citocinas

Otimização da Resposta Imunológica

Ativação de Defesas Inatas e Adaptativas



Macrófagos e Neutrófilos

Temperaturas elevadas estimulam a fagocitose e a liberação de espécies reativas de oxigênio (ERO), aumentando a destruição viral.



Citocinas Pró-inflamatórias

Aumento da liberação de IL-1, IL-6 e TNF- α , reforçando o sinal de alerta e recrutando células efectoras.



Apresentação de Antígenos

Maior expressão de MHC I e II em células dendríticas, favorecendo a ativação de linfócitos T CD4+ e CD8+.



Proliferação Linfocitária

Até 39°C, observa-se aumento da divisão de linfócitos T e B e maior produção de anticorpos de alta afinidade.

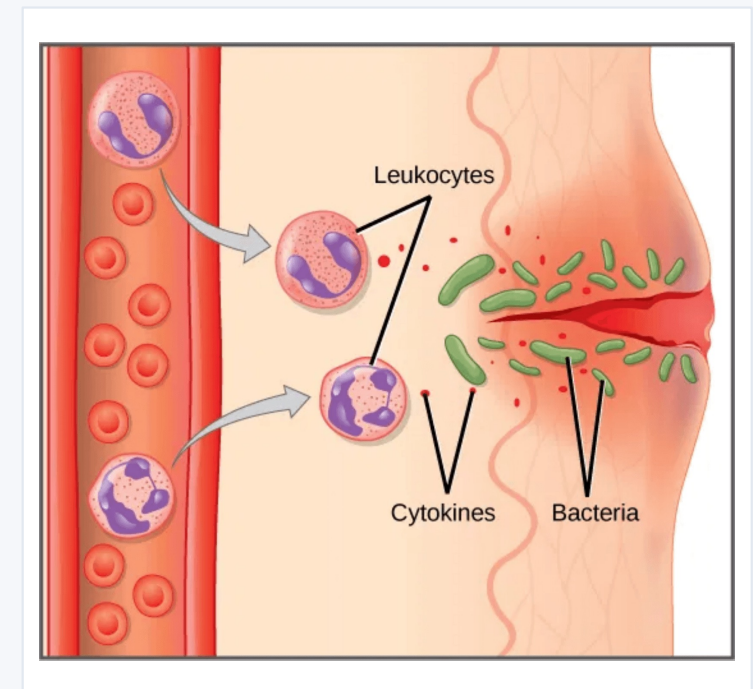


Ilustração da resposta imune inata e ação de leucócitos

Potencialização de Interferons

Produção Aumentada de Interferons em Resposta à Febre

Interferon Tipo I (α/β)

Mecanismo de Ação

Fundamental na inibição da tradução de proteínas virais dentro das células infectadas.

Efeito da Febre

A produção destas citocinas é significativamente aumentada em resposta à elevação da temperatura corporal.

Interferon Tipo III (λ)

Local de Ação

Ativo principalmente nas mucosas respiratórias, a porta de entrada da maioria dos vírus.

Benefício Clínico

Temperaturas elevadas favorecem sua liberação, aumentando a resistência local contra a invasão viral.

"Esses mecanismos representam uma defesa específica e potente contra agentes virais."

Aceleração da Migração Celular

Facilitação do Tráfego de Leucócitos e Reparo Tecidual

A febre atua como um catalisador para a movimentação das células de defesa e para a recuperação dos tecidos afetados.



Moléculas de Adesão

Incremento na expressão de **ICAM-1** e **VCAM-1** nos endotélios, preparando os vasos sanguíneos para a passagem das células imunes.



Tráfego de Leucócitos

Facilitação da diapedese e migração de leucócitos diretamente para o **sítio da infecção viral**, onde são mais necessários.



Metabolismo Local

Aumento da taxa metabólica local, fornecendo a energia necessária para uma resposta imune vigorosa e sustentada.



Reparo Tecidual

Promoção de fatores de reparo e **renovação celular rápida**, essencial para a recuperação de lesões na mucosa respiratória.

Sinal de Alerta e Economia de Recursos

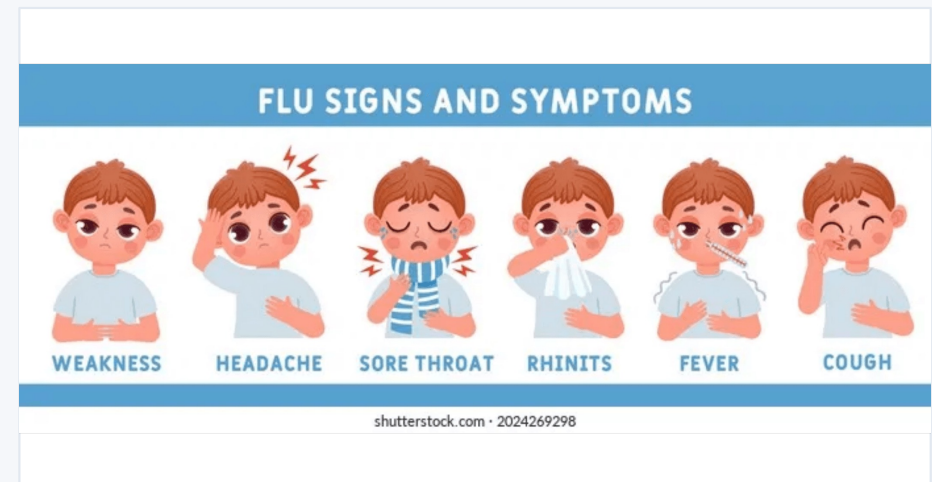
Febre como Marcador Prognóstico e Indutor de Repouso

Economia de Energia

A sensação de mal-estar e a sudorese induzem naturalmente ao repouso. Isso minimiza a demanda energética para atividades físicas e direciona a energia metabólica para as células de defesa combaterem a infecção.

Marcador Prognóstico

Crianças que mantêm febre controlada dentro de limites fisiológicos (38–39°C) geralmente evoluem com menor risco de complicações bacterianas secundárias, indicando uma resposta imune primária preservada.



Insight Clínico

A febre não é apenas um sintoma, mas um mecanismo ativo de priorização metabólica para a sobrevivência.

Mecanismos Imunológicos da Febre

Reconhecimento de Patógeno e Cascata de Citocinas Pirogênicas

01 Reconhecimento Molecular

Proteínas e ácidos nucleicos virais (PAMPs) são detectados por **Toll-like receptors** (TLR3, TLR7, TLR8) presentes em células sentinelas.

02 Liberação de Citocinas

Ativação de macrófagos, células dendríticas e mastócitos gera a liberação de citocinas pirogênicas: **IL-1, IL-6 e TNF- α** .

03 Sinalização Central

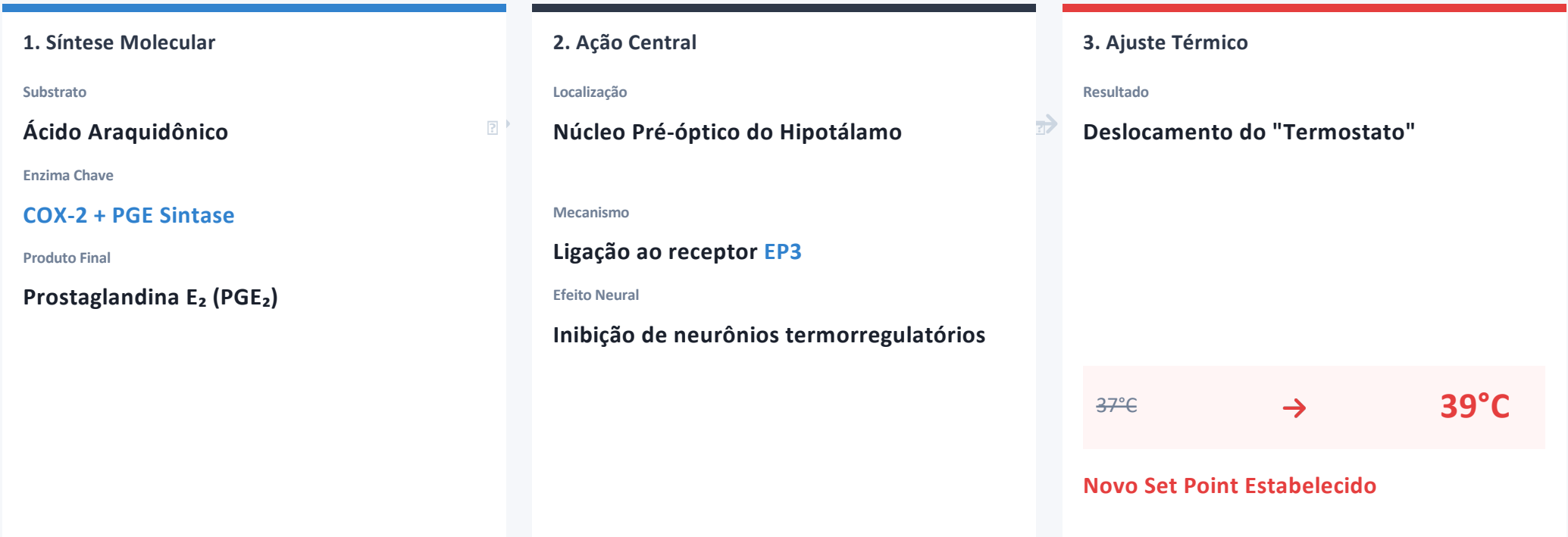
Essas citocinas trafegam pela circulação até o **órgão subfornical**, uma região fora da barreira hematoencefálica.

04 Indução Enzimática

O sinal induz a expressão da enzima **COX-2** em células endoteliais próximas ao hipotálamo, iniciando a síntese de prostaglandinas.

Produção de PGE₂ e Set Point Hipotalâmico

Elevação do Ponto de Ajuste Termorregulador



Por que a criança sente frio?



Com o set point elevado para 39°C, o hipotálamo interpreta a temperatura atual (37°C) como "hipotermia", desencadeando calafrios para gerar calor.

Fases da Resposta Febril

Subida, Platô e Defervescência: Dinâmica da Febre



1. Subida (Indução)

O set point aumenta. O corpo sente "frio" e gera calor.

Calafrios

Tremores

Vasoconstrição



2. Platô (Manutenção)

A temperatura corporal atinge o novo set point e se mantém elevada.

Pele Quente

Mal-estar

Mialgia



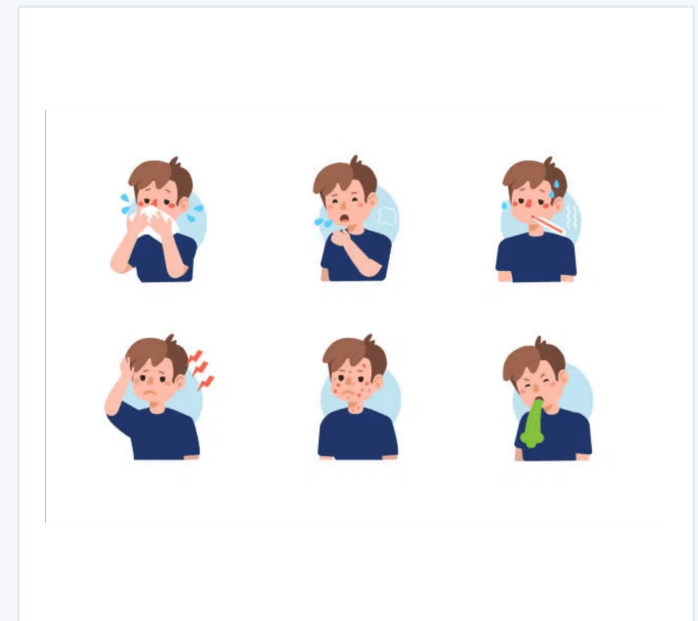
3. Defervescência (Resolução)

O set point volta ao normal. O corpo dissipa o calor excessivo.

Sudorese

Vasodilatação

Alívio



As manifestações clínicas variam significativamente dependendo da fase da curva térmica em que a criança se encontra.

Feedback Imunológico e Resolução

Redução Progressiva de Citocinas e Limitação da Inflamação



Queda do Sinal Pirogênico

- Com a diminuição da carga viral, ocorre menor ativação de receptores de reconhecimento (PRRs).
- Redução progressiva na liberação de citocinas pró-inflamatórias (IL-1, IL-6, TNF- α).



Resposta Anti-inflamatória

- Liberação de citocinas reguladoras como IL-10 e TGF- β .
- Diminuição da expressão de COX-2, promovendo a defervescência.



Homeostase

Esse mecanismo de autorregulação evita o "overdrive" inflamatório, garantindo que a resposta febril seja eficaz sem se tornar prejudicial ao organismo.

Antitérmicos - Paracetamol

Antipirético de Escolha em Pediatria

Mecanismo de Ação

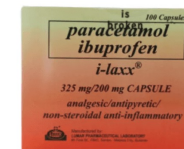
Inibe preferencialmente a **COX-2 no Sistema Nervoso Central**, reduzindo a produção de PGE_2 e ajustando o set point hipotalâmico.

Perfil de Segurança

Apresenta pouco efeito anti-inflamatório periférico, resultando em baixo risco de toxicidade gastrointestinal e sangramento, diferentemente dos AINEs clássicos.

Indicação Clínica

Recomendado para alívio de desconforto significativo ou quando há risco metabólico associado à febre.



Posologia Pediátrica

10–15 mg/kg

por dose, a cada 6 horas

Máximo: 60 mg/kg/dia

Indicações Clínicas de Antipiréticos

Quando Usar Antitérmicos em Virose Pediátrica

🎯 Objetivo Principal

Alívio do desconforto do paciente (mal-estar, mialgias, cefaleia, calafrios), não apenas a redução numérica da temperatura.

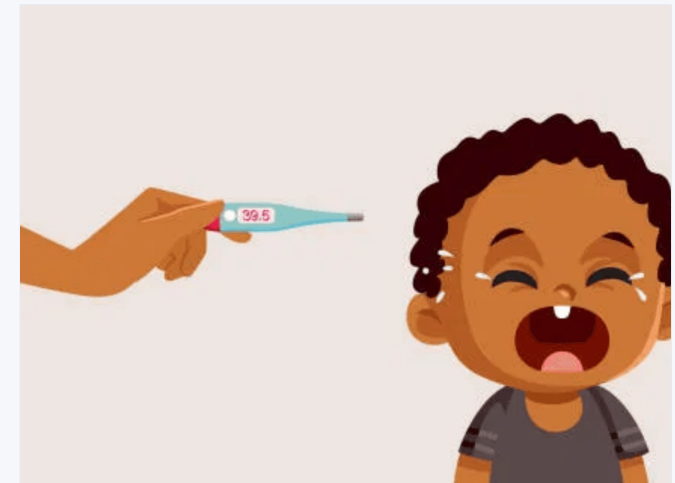
📌 Limiares de Intervenção

Considerar medicar quando:

- Febre ultrapassa **38,5 – 39 °C**
- Sinais de sobrecarga metabólica (taquicardia excessiva, taquipneia)
- Histórico de convulsão febril ou comorbidades

💧 Pré-requisitos

Hidratação e repouso devem sempre preceder ou acompanhar o uso de antitérmicos. Em crianças saudáveis, permitir a evolução até 38,5 °C se o estado geral for bom.



Máxima Clínica

"Tratar a criança e o seu desconforto, não apenas o termômetro."

Riscos do Uso Indiscriminado de Antipiréticos

Máscara à Evolução Natural e Risco de Superdosagem



Mascaramento Clínico

Uso repetido pode ocultar sinais de alarme (taquicardia, hipotensão), dificultando a avaliação médica.



Toxicidade Hepática

Paracetamol: risco de necrose hepática grave se **> 100 mg/kg/dia**. Margem menor em crianças desidratadas.



Efeito Sanfona

Alternar paracetamol e ibuprofeno pode confundir os cuidadores e aumentar o risco de superdosagem.



⚠ Atenção

A alternância de antitérmicos não deve ser rotina; não há evidência robusta de maior segurança.

AINEs em Infecções Virais - Riscos

Efeitos Adversos Sistêmicos e Precauções



Renal

Risco aumentado de **Lesão Renal Aguda**, especialmente em crianças com baixa ingestão hídrica.

Mecanismo

Bloqueio de prostaglandinas vasodilatadoras, causando vasoconstrição da arteríola aferente.



Gastrointestinal

Potencial para **gastrite, erosões e sangramento** digestivo, mesmo em tratamentos de curto prazo.

Mecanismo

Inibição da COX-1 reduz a produção de muco protetor e bicarbonato na mucosa gástrica.



Hematológico

Interferência na hemostasia com risco de **sangramentos** cutâneos ou mucosos.

Mecanismo

Inibição reversível da agregação plaquetária via redução do Tromboxano A2.

Fator Agravante: Desidratação



A febre aumenta as perdas insensíveis de água. O uso de AINEs em uma criança desidratada precipita drasticamente o risco de nefrotoxicidade.

Síndrome de Reye e Ácido Acetilsalicílico

Contraindicação Absoluta em Quadros Virais

Definição Clínica

Uma condição rara, porém potencialmente fatal, caracterizada por **encefalopatia aguda** não inflamatória e **degeneração gordurosa do fígado**.

A mortalidade pode ser elevada se não reconhecida precocemente, evoluindo rapidamente para coma e falência de múltiplos órgãos.

Fisiopatologia

Lesão mitocondrial difusa

Distúrbio no metabolismo de ácidos graxos

Hiperamonemia severa

Edema cerebral citotóxico



Proibição Estrita

O uso de salicilatos (AAS) é formalmente contraindicado em crianças e adolescentes com febre, especialmente em suspeita de Influenza ou Varicella.

Corticosteroides em Virose - Supressão Imune

Mecanismos de Comprometimento da Defesa Antiviral

O uso sistêmico de corticosteroides em infecções virais agudas reduz a capacidade de conter a replicação viral.



Bloqueio de Interferons

Inibição da transcrição de genes de **Interferon Tipo I**, comprometendo o estado antiviral celular.



Apoptose Linfocitária

Aumento da apoptose em células T e B, reduzindo as células efetoras da **imunidade adaptativa**.



Aumento da Carga Viral

Como consequência, há **viremia mais intensa e prolongada**, elevando risco de transmissão.



O uso de corticoides pode transformar uma infecção autolimitada em um quadro prolongado ou disseminado.

Complicações Bacterianas Secundárias

O Preço da Supressão Imune em Infecções Virais

Mecanismo de Risco

A inibição da migração de neutrófilos e da função macrofágica cria uma "janela de oportunidade" imunológica, permitindo que bactérias colonizadoras invadam tecidos previamente lesados pelo vírus.



Pneumonia

Aumento da incidência de pneumonia bacteriana secundária após quadros gripais tratados com corticoides.



Otite Média Aguda

Maior persistência bacteriana na orelha média e piora da resolução espontânea de otites virais.



Doença Invasiva

Falha na contenção local, elevando o risco de bacteremia e sepse em crianças vulneráveis.

"O uso de corticoides em viroses respiratórias não complicadas aumenta a morbidade bacteriana."

Efeitos Adversos Sistêmicos

Impacto Metabólico e Endócrino em Pediatria



Supressão do Eixo HHA

O uso sistêmico pode inibir o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal. A retirada abrupta após uso prolongado acarreta risco de **insuficiência adrenal aguda**.



Desregulação Metabólica

Indução de **hiperglicemia**, resistência à insulina e aumento do catabolismo proteico, prejudicando o estado nutricional durante a infecção.



Inibição do Crescimento

Efeito direto na placa de crescimento ósseo e inibição da atividade osteoblástica, podendo comprometer a **estatura final** em tratamentos recorrentes.

"O custo biológico dos corticosteroides sistêmicos supera os benefícios em viroses autolimitadas."

Indicações Restritas de Corticosteroides

Cenários Clínicos Específicos com Evidência de Benefício



Crise de Asma / Sibilância

Indicado para controle da inflamação brônquica e hiperreatividade. O foco é a **função respiratória**, não a febre.



Laringite Estridulosa

Uso de Dexametasona (dose única) para redução rápida do **edema subglótico** e prevenção de obstrução.



Doenças Crônicas

Manutenção terapêutica em pacientes com doenças autoimunes, reumatológicas ou oncológicas pré-existentes.



Choque Séptico Refratário

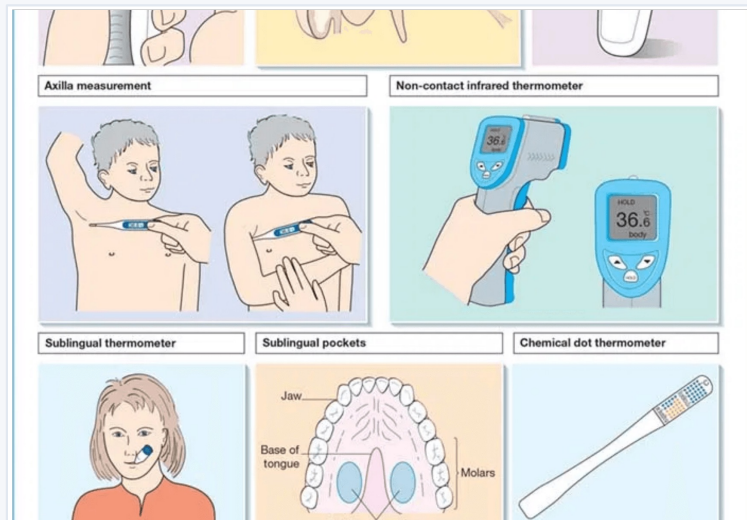
Considerado em UTI para casos de **insuficiência adrenal relativa** e instabilidade hemodinâmica.



Nota: Nestes casos, o corticoide trata a patologia de base ou suas complicações, e não a febre viral isolada.

Avaliação Criteriosa Antes de Medicar

Pré-requisitos para a Prescrição de Antitérmicos



"A temperatura é apenas um dado numérico; o estado clínico da criança é o verdadeiro guia terapêutico."

Estado Geral e Atividade

A criança está ativa, brincando ou interagindo? Se o estado geral for bom, a febre isolada não exige medicação imediata.

Status de Hidratação

Avaliar turgor da pele, mucosas e diurese. A **hidratação oral** deve ser a primeira intervenção antes de qualquer fármaco.

Sinais de Alerta

Buscar ativamente por sinais de gravidade: esforço respiratório, alteração de perfusão, petéquias ou irritabilidade paradoxal.

Foco no Desconforto

A indicação do antitérmico deve ser o alívio da dor e do mal-estar (mialgia, cefaleia), e não a normotermia a qualquer custo.

Escolha do Antipirético e Posologia

Parâmetros de Segurança e Eficácia

Paracetamol

1ª Escolha

Dose	10 – 15 mg/kg/dose
Intervalo	4/4h ou 6/6h
Máximo	60 mg/kg/dia

Ibuprofeno

> 6 meses

Dose	5 – 10 mg/kg/dose
Intervalo	6/6h ou 8/8h
Máximo	40 mg/kg/dia

! Contraindicado em desidratação ou risco renal.



Estratégia Terapêutica

A monoterapia é preferível. A alternância de fármacos aumenta o risco de erros de dosagem sem benefício clínico comprovado.

Quando Evitar AINEs e Corticoides

Recomendações Práticas para Prescrição Segura

Cenário: Desidratação ou Baixa Ingesta

⊘ Evitar AINEs (Ibuprofeno)

Risco elevado de lesão renal aguda pré-renal devido à inibição das prostaglandinas vasodilatadoras.

Cenário: Varicela ou Influenza

⊘ Evitar AINEs e AAS

Risco de fascíte necrosante (Varicela + AINE) e Síndrome de Reye (Influenza/Varicela + AAS).

Cenário: Virose sem Broncoespasmo

⊘ Proibido Corticoide Sistêmico

Não há benefício na redução da febre e causa supressão imune, prolongando a viremia.



FEVER INDICATOR

Measurement Method	Temperature that indicates fever
Rectal (bottom) Temperature	100.4°F (38°C) or higher
Oral (mouth) Temperature	100.4°F (38°C) or higher
Tympanic (ear) Temperature	100.4°F (38°C) or higher
Axillary (underarm) Temperature	99°F (37.2°C) or higher



CHARLES B. WANG
COMMUNITY HEALTH CENTER

Orientações claras aos pais sobre sinais de alerta e hidratação são mais eficazes que a polifarmácia.

Educação de Pais e Cuidadores

Desmistificando a Febre e Orientando o Cuidado

💡 Combate à "Febre Fobia"

Explicar que a febre é um mecanismo de defesa benéfico e não a doença em si. O objetivo não é a normotermia a qualquer custo, mas o conforto.

Medidas de Suporte

Enfatizar a hidratação vigorosa, uso de roupas leves e ambiente ventilado. Evitar banhos frios ou compressas com álcool.

⚠️ Sinais de Alerta (Red Flags)

Buscar atendimento imediato se:

- Dificuldade respiratória ou gemência
- Petéquias (manchas vermelhas na pele)
- Letargia ou irritabilidade excessiva



Mensagem Chave

"O estado geral da criança é o melhor indicador de gravidade, não apenas o número no termômetro."

Convulsão Febril

Definição e Critérios Diagnósticos

Definição

Evento convulsivo ocorrendo em criança febril, na ausência de infecção intracraniana ou distúrbio metabólico agudo.

✓ Faixa Etária

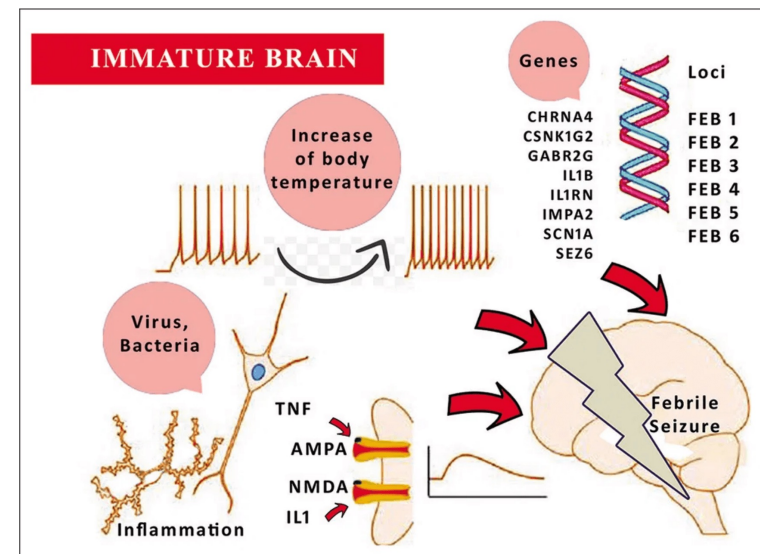
Entre 6 meses e 5 anos (pico aos 18 meses).

✓ Febre Documentada

Temperatura axilar $\geq 38^{\circ}\text{C}$, geralmente na ascensão térmica.

✓ Critérios de Exclusão

Sem história prévia de convulsão afebril ou doença neurológica aguda.



Interação complexa entre suscetibilidade genética, imaturidade cerebral e mediadores inflamatórios (citocinas).

Predisposição Genética

Hereditariedade e Suscetibilidade Individual

3-4x

Maior Risco

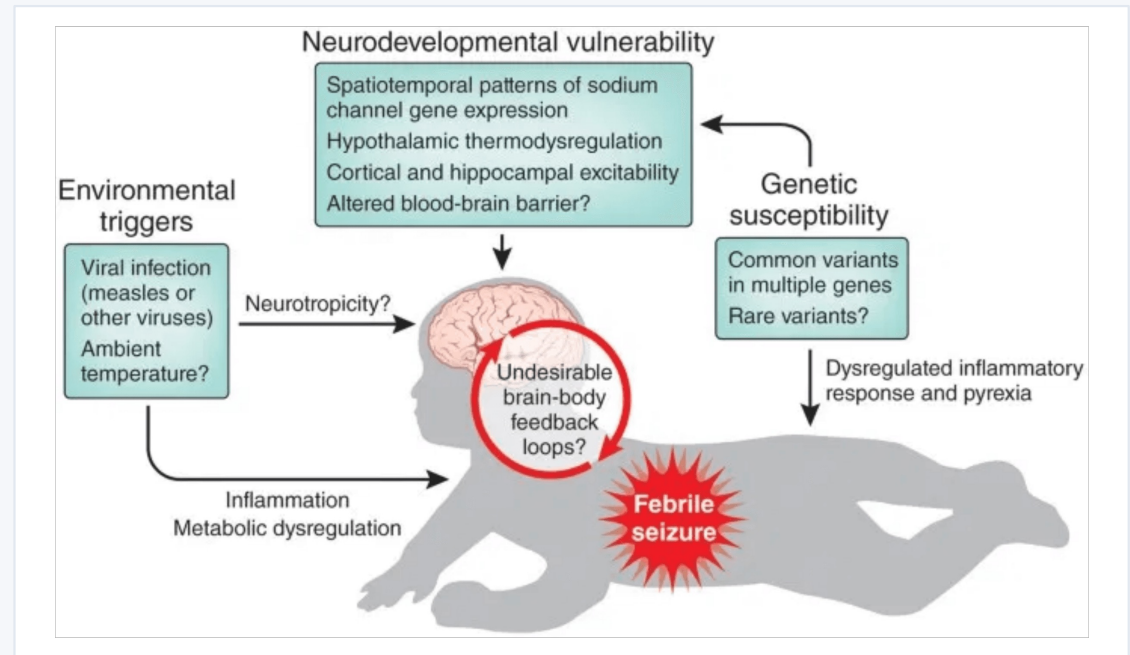
Para crianças com parentes de primeiro grau que tiveram convulsão febril.

Herança Poligênica

Não é um único gene, mas uma interação complexa de múltiplos alelos que definem o limiar convulsivo.

Canalopatias

Mutações em genes de canais de sódio (ex: SCN1A) e GABAérgicos aumentam a excitabilidade neuronal sob febre.



"A convulsão ocorre quando o estresse térmico (febre) supera o limiar de estabilidade neuronal, que é geneticamente determinado."

Mecanismo Fisiopatológico

A Interação entre Febre, Genética e Maturação Cerebral



Gatilho Térmico

A elevação rápida da temperatura induz a liberação de citocinas inflamatórias (IL-1 β) no sistema nervoso central, alterando a termorregulação hipotalâmica.



Cérebro Imaturo

Entre 6 meses e 5 anos, o cérebro possui mielinização incompleta e maior densidade de receptores excitatórios, criando um estado natural de hiperexcitabilidade.



Queda do Limiar

A combinação de febre e predisposição genética causa falha na inibição GABAérgica, resultando em descargas neuronais hypersincrônicas (convulsão).

"A convulsão febril é um fenômeno idade-dependente decorrente da imaturidade cerebral frente ao estresse térmico."

Benignidade da Convulsão Febril Simples

Prognóstico Neurológico e Desenvolvimento a Longo Prazo



Integridade Neural

Não há evidências de que crises febris simples causem **dano estrutural** cerebral ou sequelas motoras permanentes.



Desenvolvimento

O desempenho cognitivo, escolar e comportamental das crianças afetadas é **idêntico** ao da população geral.



Risco Vital

A mortalidade associada diretamente à crise febril simples é **nula**. O evento é autolimitado e benigno.



A crise é um evento assustador para a família, mas biologicamente benigno para o cérebro da criança.

Risco de Epilepsia Futura

Prognóstico a Longo Prazo e Fatores de Risco

População Geral

1%

Risco basal de desenvolver epilepsia até os 7 anos de idade.

Convulsão Febril Simples

2%

Risco apenas marginalmente superior à população geral.

Prognóstico Benigno.

Convulsão Febril Complexa

5-10%

Risco moderado, dependendo do número de fatores de risco associados.

! Fatores que Aumentam o Risco Real

Anormalidade Neurológica

Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou paralisia cerebral prévia.

Histórico Familiar

Parentes de primeiro grau com **Epilepsia** (não apenas convulsão febril).

Características da Crise

Crises focais, prolongadas (>15 min) ou recorrentes em 24h (Complexas).

Manejo Agudo da Convulsão Febril

Protocolo de Atendimento e Segurança



Medidas de Suporte



Proteção de Vias Aéreas

Posicionar a criança em decúbito lateral para prevenir aspiração de secreções.



Cronometrar o Evento

A duração da crise define a necessidade de intervenção medicamentosa.

O que NÃO fazer

- ⊘ Não conter os movimentos à força.
- ⊘ Não introduzir objetos ou dedos na boca.



Intervenção Farmacológica

Benzodiazepínicos

Indicados apenas se a crise persistir por **> 5 minutos** (risco de Status Epilepticus).

Opções: Diazepam (IV/Retal) ou Midazolam (IM/Intranasal).

Antitérmicos

Não abortam a crise convulsiva e não previnem recorrência imediata.

Devem ser administrados após a estabilização para conforto e controle da temperatura.

"A maioria das crises febris simples cessa espontaneamente em menos de 2 a 3 minutos."

Exames Complementares

Racionalidade na Investigação Diagnóstica

✓ Convulsão Febril Simples

🔬 Laboratório

Não indicado de rotina. Solicitar apenas se necessário para identificar o **foco infeccioso** da febre (ex: urina, hemograma), não pela convulsão em si.

🧠 Neuroimagem

Não indicada. O risco de radiação (TC) ou necessidade de sedação (RM) supera qualquer benefício diagnóstico em crianças neurologicamente normais.

📡 Eletroencefalograma (EEG)

Não indicado na fase aguda. Não prediz recorrência da convulsão febril nem o desenvolvimento futuro de epilepsia.

+ Indicações de Investigação

🩸 Punção Lombar (Líquor)

Obrigatória: Sinais meníngeos ou recuperação lenta do sensório.

Considerar fortemente: Lactentes < 6-12 meses com vacinação incompleta (Haemophilus/Pneumococo) ou em uso prévio de antibióticos (mascara meningite).

📺 Neuroimagem

Indicada se houver sinais focais no exame neurológico, sinais de hipertensão intracraniana, ou em casos de **Convulsão Febril Complexa**.

🧪 Distúrbios Metabólicos

Glicemia, eletrólitos e gasometria indicados apenas se houver história de vômitos intensos, diarreia, desidratação ou alteração prolongada da consciência.

Reassurance e Orientações ao Lar

Empoderando a Família com Informação e Calma



"A crise convulsiva febril é o evento mais assustador da vida dos pais, mas biologicamente benigno para a criança."



Risco de Recorrência

Existe uma chance de **30% a 50%** de novos episódios em febres futuras. Isso é esperado e não significa agravamento.



Plano de Ação

Em caso de nova crise: manter a calma, posicionar em **decúbito lateral**, proteger a cabeça e aguardar. A maioria cessa em minutos.



Vida Normal

Não há necessidade de restringir brincadeiras, escola ou vacinação. A criança deve levar uma vida **plena e ativa**.

O papel do pediatra é transformar o medo da família em confiança através da educação.

Conclusão: A Febre como Aliada

Síntese dos Mecanismos de Defesa Fisiológica



Otimização Imune

A temperatura elevada aumenta a mobilidade, a quimiotaxia e a atividade bactericida de neutrófilos e macrófagos, acelerando a resposta inata.



Defesa Antiviral

Estímulo robusto à produção de Interferons do tipo I, proteínas essenciais que bloqueiam a replicação viral e protegem células vizinhas.



Ambiente Hostil

A febre cria condições térmicas desfavoráveis para a multiplicação de diversos patógenos (vírus e bactérias), limitando a carga infecciosa.



Resposta Controlada

Diferente da hipertermia passiva, a febre é uma resposta fisiológica regulada pelo hipotálamo, com mecanismos de segurança intrínsecos.

"A febre é uma vantagem evolutiva conservada, não um erro biológico a ser corrigido."

Conclusão - Riscos do Uso Indiscriminado

O Custo da Intervenção Desnecessária



Antitérmicos

Toxicidade Cumulativa

Risco de hepatotoxicidade (Paracetamol) por erros de dosagem ou intervalos curtos.

Febre Fobia

O tratamento agressivo da febre reforça a ansiedade parental e leva à polifarmácia.



AINEs

Lesão Renal

Alto risco em crianças desidratadas ou com baixa ingestão hídrica.

Complicações Graves

Síndrome de Reye (AAS) e Fascíte Necrosante (Varicela).



Corticoides

Supressão Imune

Bloqueio da resposta antiviral (Interferons) e aumento da replicação viral.

Infecção Secundária

Maior incidência de pneumonia e otite bacteriana pós-virose.

"Primum non nocere: A febre é autolimitada, mas os efeitos adversos dos medicamentos podem ser fatais."

Recomendações Finais para o Pediatra

Abordagem Equilibrada e Baseada em Evidências

01 Trate a Criança, Não o Termômetro

O objetivo primário é o alívio do desconforto (dor, mal-estar). Se a criança está ativa e hidratada, a observação é a melhor conduta.

03 Prescrição Racional

Prefira monoterapia e evite o uso rotineiro de AINEs e proíba corticoides sistêmicos em viroses não complicadas.

02 Educação como Terapêutica

Explicando o papel fisiológico da febre os Pais administram menos medicamentos e identificam melhor os sinais de gravidade.

04 Vigilância de Sinais de Alerta

Ensine a família a vigiar o **estado geral**, a respiração e a hidratação, em vez de vigiar obsessivamente a curva térmica.

"A melhor prescrição é aquela que alia segurança, eficácia e educação."

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra e Neonatologista

Professor de Pediatria da Unimax

Diretrizes e Protocolos Utilizados



SBPSociedade Brasileira de Pediatria



AAPAmerican Academy of Pediatrics



NICENational Institute for Health and Care Excellence



AEPAsociación Española de Pediatría