

Febre prolongada e febre de origem indeterminada na criança

Da febre que dura mais que o esperado à FOI, com investigação em etapas no consultório, sinais de alerta para infecção grave, doença inflamatória e câncer, e o que não fazer (antibiótico e corticoide de teste)

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências).  [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

Febre é temperatura **axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$** (SBP 2025). **Febre prolongada** dura mais que o esperado para o quadro; a partir de **5 dias**, pensar em **Kawasaki**. **Febre de origem indeterminada (FOI)**, pelo critério da **SBP (DC nº 206/2025)** adotado pelo site, é febre **$\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ diária por ≥ 14 dias** sem causa após avaliação clínica e laboratorial básica; a AEP usa **$> 38^{\circ}\text{C}$ por > 8 dias** (divergência). A investigação em etapas começa na febre prolongada, sem esperar os 14 dias. A causa mais comum é **infecção** (EBV, CMV, infecção urinária, osteoarticular, tuberculose, bartonelose, leishmaniose visceral), seguida de **doenças inflamatórias** (AIJ sistêmica, Kawasaki incompleto, LES, doença inflamatória intestinal) e **neoplasias** (leucemia e linfoma). A investigação é **em etapas**, guiada pela história (viagens, animais, alimentos, contatos) e pelo exame repetido; criança em **bom estado** é investigada no consultório (🟢). **Toxemia, citopenias, hepatoesplenomegalia, perda de peso, petéquias ou suspeita de Kawasaki** indicam **pronto-socorro ou internação** (🔴). **Não usar antibiótico empírico nem corticoide "de teste"**: atrasam o diagnóstico e podem mascarar leucemia e linfoma.

1. O que é e como se apresenta

Definições usadas neste documento

TERMO	DEFINIÇÃO	FONTE
Febre	Temperatura axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ (equivale a 38°C oral ou retal)	SBP, DC nº 206/2025; padrão do site
Febre prolongada	Febre que se estende além do esperado para o diagnóstico; ≥ 5 dias = mudar a abordagem e avaliar Kawasaki	Como Conduzir uma Criança com Febre; NICE NG143
FOI (critério do site)	Febre $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ diária por ≥ 14 dias , sem causa após avaliação clínica e laboratorial básica	SBP, DC nº 206/2025
FOI (divergência)	$> 38^{\circ}\text{C}$ por > 8 dias, sem causa após anamnese, exame físico e exames iniciais	AEP 2023
"Pseudo-FOI"	Viroses sucessivas, com intervalos sem febre, tomadas por uma febre única	AEP 2023

Causas (quanto mais nova a criança, mais provável a infecção; quanto mais velha e mais longa a febre, mais prováveis as causas inflamatórias e tumorais — AEP 2023)

- **Infecções** (cerca de 30–60% dos casos com diagnóstico — SBP 2025; AEP 2023):

- **EBV e CMV** — as mais frequentes; FOI sem quadro típico de mononucleose, às vezes com neutropenia ou plaquetopenia.
- **Infecção urinária** — frequente e esquecida, sobretudo no lactente.
- **Osteomielite, artrite e discite** — pelve, ossos chatos e coluna na criança pequena; recusa em sentar ou andar.
- **Tuberculose** miliar e extrapulmonar — a prova tuberculínica pode ser negativa em até metade da miliar (AEP 2023).
- **Bartonelose** — pode cursar sem linfonodomegalia, com lesões hipoeoicas no fígado e no baço.
- **Leishmaniose visceral** — febre, esplenomegalia, palidez, citopenias e emagrecimento; em área de transmissão, **febre com esplenomegalia é caso suspeito** (MS).
- Outras: endocardite, abscesso intra-abdominal, HIV, malária, febre tifoide, brucelose, leptospirose, toxoplasmose, rickettsioses.
- **Doenças inflamatórias e autoimunes** (15–20% — SBP 2025):
 - **AIJ sistêmica** — febre diária em pico, exantema evanescente, serosite; a artrite pode vir depois; ferritina muito alta.
 - **Kawasaki incompleto** — sobretudo no lactente, de maior risco coronariano.
 - **LES** (raro antes de 5 anos) e **doença inflamatória intestinal** (perda de peso, desaceleração do crescimento, anemia, aftas, doença perianal, mesmo com poucos sintomas digestivos).
 - Síndromes autoinflamatórias, vasculites, Kikuchi-Fujimoto.
- **Neoplasias** (20–30% — SBP 2025; o grupo menos frequente na AEP): **leucemia e linfoma** (cerca de 80%), neuroblastoma; histiocitoses e **linfo-histiocitose hemofagocítica** (inclusive secundária a EBV e leishmaniose).
- **Miscelânea:** febre por medicamento, **febre factícia**, febre central, hipertireoidismo.

Febre factícia (simulada ou provocada pelo paciente ou pelo cuidador, Münchausen por procuração) — pistas (AEP 2023): temperatura alta sem pele quente nem taquicardia, criança bem durante a "febre", registros de casa diferentes dos do serviço, melhora quando o cuidador se afasta, **PCR e VHS normais. Medir na frente da equipe**, com termômetro do serviço. Suspeita de maus-tratos: **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado geral entre os picos, brinca e se alimenta; peso preservado ; exame físico normal e repetido; sem citopenias; PCR e VHS normais ou pouco elevadas; ou padrão de viroses sucessivas ("pseudo-FOI")	Consultório: anamnese e exame completos, diário de febre , exames de primeiro nível ambulatoriais, antitérmico só para desconforto, retorno programado com reexame
● Moderada	FOI que persiste com exames de primeiro nível normais ou inconclusivos; PCR ou VHS persistentemente elevadas ; anemia leve, linfonodomegalia persistente, artralgia, dor abdominal vaga, exantema durante os picos; adolescente com fatores de risco para HIV; família sem condição de seguimento próximo	Reavaliação em 24–48 h; exames de segundo nível guiados; encaminhar com prioridade ao infectologista pediátrico (ou ao reumatologista, conforme a pista); considerar internação para observar o padrão da febre e investigar
● Grave	Toxemia , hipotensão, má perfusão, prostração; citopenias (bicitopenia ou pancitopenia, blastos no esfregaço); hepatoesplenomegalia ; perda de peso importante ou progressiva ; petéquias ou sangramento; suspeita de Kawasaki ; sopro novo (endocardite); ferritina muito elevada com queda de plaquetas ou fibrinogênio (ativação macrofágica); febre após viagem à área de malária; dor óssea intensa ou recusa em andar; sinais neurológicos; lactente < 3 meses; imunodeprimido	Pronto-socorro ou internação para investigação e tratamento; neutropenia febril segue o protocolo próprio

Fatores de risco que elevam a gravidade

- Idade < 3 meses; imunodepressão, quimioterapia, asplenia (inclusive doença falciforme); cardiopatia, cateter ou prótese.
- Área de transmissão de leishmaniose visceral ou malária; contato com tuberculose.
- Sudorese noturna, dor óssea noturna, palidez progressiva; uso prévio de corticoide (mascara leucemia e linfoma).
- Febre > 2 semanas em criança maior com provas inflamatórias muito elevadas.

3. Diagnóstico no consultório

1. Confirmar a febre com diário: termômetro digital axilar, **2–3 vezes por dia**, com horário e antitérmico usado; procurar dias sem febre (viroses sucessivas).

2. Anamnese dirigida — a etapa de maior rendimento:

- **Padrão:** picos diários (AIJ sistêmica, abscesso), recorrente em intervalos regulares (febres periódicas), terça ou quarta (malária).
- **Viagens** no último ano, sobretudo nas últimas 4–6 semanas: Amazônia Legal (malária), área de leishmaniose, zona rural, água doce (esquistossomose, leptospirose).
- **Animais:** gato e filhote (Bartonella, toxoplasmose), cão (leishmaniose), roedores (leptospirose), carrapatos (febre maculosa), répteis (Salmonella).
- **Alimentos:** leite e queijo não pasteurizados (brucelose), carne malcozida, água de poço.
- **Contatos** com tuberculose; **medicamentos**, inclusive tópicos e fitoterápicos.
- **Sintomas:** perda de peso, sudorese noturna, dor óssea ou articular, diarreia, aftas, exantema; infecções de repetição; febre periódica na família; no adolescente, vida sexual e drogas.

3. Exame físico completo, despido, repetido a cada consulta: peso e curva; pele (petéquias, exantema, lesão de inoculação); olhos e boca; todas as cadeias linfonodais, inclusive supraclavicular; sopro novo; fígado e baço; ossos, articulações e coluna; região perianal; exame neurológico.

4. Exames de primeiro nível (febre prolongada sem causa — AEP 2023; SBP 2025):

EXAME	O QUE PROCURAR
Hemograma com esfregaço	Citopenias, blastos, linfocitose atípica, eosinofilia
PCR ou VHS (sempre a mesma no seguimento)	VHS > 100 mm/h: tuberculose, doença autoimune, neoplasia
Função renal, eletrólitos, transaminases, albumina, LDH e ácido úrico	Hepatite, infiltração, lise tumoral
Urina tipo 1 e urocultura (coleta adequada)	Infecção urinária
Hemoculturas (volume adequado; repetir em dias diferentes)	Bacteriemia, endocardite
Sorologias EBV e CMV	Causas virais mais frequentes
Prova tuberculínica ou IGRA e radiografia de tórax	Tuberculose; massa mediastinal (linfoma)
Gota espessa ou teste rápido no mesmo dia	Se viagem à área de malária (MS: sorologia não serve para o diagnóstico)

Outras sorologias **só com exposição:** Bartonella (gato), HIV (adolescente e risco), toxoplasmose, leishmaniose (rK39), brucelose, leptospirose. Sorologias pedidas sem exposição geram falso-positivo e confundem (AEP 2023).

5. Segundo nível (em geral com o especialista ou na internação): ferritina, triglicerídeos, fibrinogênio; **ultrassonografia abdominal; ecocardiograma;** calprotectina fecal; FAN,

complemento, imunoglobulinas; cintilografia óssea ou ressonância. **Mielograma** (com PCR para Leishmania) precoce se citopenias com hepatoesplenomegalia. Biópsia, tomografias e PET-CT ficam para o fim.

Quando parar o antitérmico para ver o padrão: na criança **estável**, o antitérmico é usado **só para desconforto**, e não para "zerar" a temperatura (SBP 2025). Para documentar o padrão, **evitar o antitérmico "de horário"** e registrar a temperatura antes de cada dose; quando a investigação exige ver a curva sem interferência, a AEP recomenda **retirar todos os medicamentos, inclusive antitérmicos**, um de cada vez (a febre por medicamento cede em 72–96 h após a suspensão). Melhora ou não com o antitérmico **não diferencia** doença grave de não grave (NICE NG143).

Diagnóstico diferencial que não pode passar: leucemia, linfoma, Kawasaki incompleto, endocardite, leishmaniose visceral, tuberculose miliar, malária por *P. falciparum*, linfocitose hemofagocítica, abscesso intra-abdominal.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra confirma a febre, repete história e exame, pede o primeiro nível, reavalia e trata a causa quando definida (infecção urinária; arranhadura do gato conforme **Linfonodomegalias e linfadenites na criança**; tuberculose com o serviço de referência). **O especialista** (infetologista pediátrico, reumatologista, onco-hematologista) conduz o segundo e o terceiro níveis.

Antitérmicos — só para desconforto, sem alternar (padrão do site):

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Dipirona	15 mg/kg/dose	6/6 h (máx. 4 doses/dia)	Enquanto houver desconforto	Não usar < 3 meses ou < 5 kg (bula); "1 gota/kg" leva a superdosagem — padrão do site
Paracetamol	10–15 mg/kg/dose; máx. 75 mg/kg/dia; máx. 500 mg/dose < 12 anos e 1 g/dose ≥ 12 anos; nunca > 4 g/dia	4–6 h (máx. 5 doses/dia)	Não usar por mais de 48–72 h sem reavaliação	Efeito cumulativo: risco de hepatotoxicidade com uso repetido, desidratação, desnutrição, jejum ou soma de produtos (SBP 2025; bula; padrão do site)
Ibuprofeno	5–10 mg/kg/dose; máx. 40 mg/kg/dia ou 2,4 g/dia	6–8 h	Enquanto houver desconforto	A partir de 6 meses; evitar na suspeita de dengue, na desidratação e na varicela (SBP 2025; "Como Conduzir"; padrão do site)

O que não fazer

- **Antibiótico empírico** na criança estável: mascara endocardite, osteomielite, abscessos e tuberculose e negativa as culturas (AEP 2023; NICE NG143). Também não usar doxiciclina ou macrolídeo "para atípicos" sem suspeita e sem exames colhidos. Exceção: criança **grave** (sepse, púrpura febril, neutropenia febril), conforme os documentos próprios do site.
- **Corticoide "de teste"**: mascara **leucemia e linfoma**, piora infecção oculta (tuberculose, leishmaniose) e confunde a avaliação autoimune; só com diagnóstico firmado ou, na suspeita forte de doença inflamatória grave, **após excluir neoplasia**, com o especialista (AEP 2023).
- A **suspeita firme de Kawasaki** é a exceção: imunoglobulina e ácido acetilsalicílico no hospital (ver "Doença de Kawasaki").

Suporte e seguimento: hidratação, roupas leves, sem banho frio; peso a cada consulta; repetir exame e hemograma enquanto a febre durar. A maioria dos casos sem diagnóstico cura sem sequelas (AEP 2023). Febre que **recorre em intervalos regulares**, com a criança bem entre os episódios, sugere febre periódica.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Toxemia, má perfusão, prostração ou desidratação.
- **Citopenias** ou **blastos**; **hepatoesplenomegalia** (o NICE NG12 indica avaliação especializada imediata para petéquias ou hepatoesplenomegalia inexplicadas).
- **Perda de peso** importante ou progressiva; massa mediastinal ou abdominal.
- **Suspeita de Kawasaki**; sopro novo (endocardite); febre após viagem à área de malária sem gota espessa no mesmo dia.
- Dor óssea intensa ou recusa em andar; sinais neurológicos; ferritina muito alta com queda de plaquetas ou fibrinogênio.
- Lactente < 3 meses, imunodeprimido; FOI sem diagnóstico quando o segundo nível não é viável no ambulatório.

Como encaminhar

1. ABC; no choque, seguir "Sepse e choque séptico na criança"; oxigênio para manter **SpO2 ≥ 94%**; acesso venoso se possível.
2. **Sem antibiótico nem corticoide no consultório**, exceto na púrpura febril: ceftriaxona 1ª dose 100 mg/kg IV ou IM (máx. 4 g), se não atrasar a remoção (padrão do site).
3. Contato prévio com o serviço; SAMU (192) se houver instabilidade.
4. **Relatório:** diário de febre, exames, viagens, animais, contatos, medicamentos e peso.
5. Leishmaniose visceral, malária e tuberculose: **notificação obrigatória (compulsória)**.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Meça a temperatura na axila duas ou três vezes por dia e anote horário, valor e remédio dado."
- "O antitérmico é para o conforto, não para zerar o termômetro; não alterne remédios."
- "Não dê antibiótico nem corticoide por conta própria: eles podem esconder a causa da febre."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** criança muito abatida ou difícil de acordar; pontinhos vermelhos ou manchas roxas na pele; sangramento; palidez que aumenta; barriga crescendo; perda de peso; dor nos ossos que acorda ou faz mancar; olhos vermelhos com lábios rachados; falta de ar; convulsão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Febre axilar $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$; FOI $\geq 38,3^{\circ}\text{C}$ diária por ≥ 14 dias (DC 206/2025)	Sem protocolo de FOI; febre + esplenomegalia = suspeita de leishmaniose visceral	Sem diretriz; série da Hosp Pediatr 2018 usa febre > 7 dias	Febre ≥ 5 dias = amarelo; avaliar Kawasaki (NG143)	$> 38^{\circ}\text{C}$ por > 8 dias após investigação inicial (2023)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Causas	Infecção 30–40%, inflamação 15–20%, neoplasia 20–30%	—	Infecção 41%, autoimune 27%, oncológica 18% (Hosp Pediatr 2018)	—	Infecção 50–60%; depois autoimunes e neoplasias	—	—	Segue o NICE
Exames iniciais	Investigação direcionada à clínica	Gota espessa ou teste rápido na suspeita de malária; sorologia não	—	Antitérmico não diferencia gravidade	Hemograma, PCR/VHS, culturas, EBV/CMV, PT, radiografia de tórax	—	—	Segue o NICE
Antibiótico e corticoide	Sem posição específica sobre FOI	—	—	Não prescrever antibiótico oral na febre sem foco	Não usar antibiótico nem corticoide empíricos de rotina	—	—	Segue o NICE
Alerta de câncer	Não dar corticoide antes de investigar (documentos do site)	—	—	Petéquias ou hepatoesplenomegalia: avaliação imediata; febre inexplicada: hemograma muito urgente (NG12)	Citopenias e dor óssea = alarme; mielograma precoce	—	—	Segue o NICE

Leitura: as referências concordam no essencial — a FOI da criança é, em geral, apresentação incomum de doença comum, a infecção é a principal causa, a investigação deve ser

sistemática, em etapas e guiada pela clínica, e o tratamento empírico atrapalha. A divergência principal é a **definição**: a SBP (DC nº 206/2025) usa $\geq 38,3$ °C diária por ≥ 14 dias, a AEP > 38 °C por > 8 dias e a série da Hosp Pediatr (AAP), > 7 dias; o NICE não define FOI e trata febre ≥ 5 dias como sinal amarelo (Kawasaki). O MS não tem protocolo de FOI, mas suas definições de vigilância (leishmaniose visceral, malária) pesam no Brasil. **O site adota a SBP**: FOI $\geq 38,3$ °C diária por ≥ 14 dias (AEP como divergência), febre como sinal axilar $\geq 37,5$ °C, investigação direcionada desde a febre prolongada e antitérmico só para desconforto.

PONTOS PRÁTICOS

1. Confirmar a febre com diário (termômetro axilar digital, 2–3 vezes por dia) e excluir viroses sucessivas antes de chamar de FOI.
2. A história faz o diagnóstico: viagens, animais, leite não pasteurizado, contato com tuberculose, medicamentos e perda de peso.
3. Primeiro nível para todos: hemograma com esfregaço, PCR ou VHS, LDH, ácido úrico, urina e urocultura, hemoculturas, EBV e CMV, prova tuberculínica ou IGRA e radiografia de tórax.
4. Citopenias, hepatoesplenomegalia, perda de peso, petéquias, toxemia ou suspeita de Kawasaki: pronto-socorro.
5. Sem antibiótico empírico e sem corticoide de teste na criança estável: mascaram infecção, leucemia e linfoma.
6. Em área de transmissão, febre com esplenomegalia é leishmaniose visceral até prova em contrário — notificação obrigatória (compulsória).

Veja também, nesta Biblioteca: **Como Conduzir uma Criança com Febre** (Pediatria geral); **Síndromes Autoinflamatórias e Febres Periódicas** e **Doença de Kawasaki** (Reumatologia); **Linfonodomegalias e linfadenites na criança** e **Mononucleose infecciosa (vírus Epstein-Barr)** (Patologias do consultório); **Diagnóstico Precoce do Câncer Infantil Salva Vidas** e **Neutropenia febril na criança com câncer** (Oncologia); **Sepse e choque séptico na criança** (Urgências e emergências); **Tuberculose na infância no Brasil — atualização 2026** (Temas atualizados pela SBP); **Doenças endêmicas no Brasil — leishmaniose visceral, doença de Chagas, malária e esquistossomose** (nesta área).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial e de Infectologia. Abordagem da Febre Aguda em Pediatria e Reflexões sobre a febre nas arboviroses — Documento Científico nº 206, 2025. [PDF](#)

- Asociación Española de Pediatría. Rivero Calle I, Dacosta AI, Cervantes Hernández E. Síndrome febril prolongado y fiebre de origen desconocido. Protocolos de Infectología (SEIP), 2023. [PDF](#)
- NICE. Fever in under 5s — assessment and initial management (NG143), 2019, atualizada. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. Suspected cancer — recognition and referral (NG12), seção de cânceres hematológicos. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- Antoon JW et al. Etiology and Resource Use of Fever of Unknown Origin in Hospitalized Children. Hosp Pediatr (AAP), 2018. [PubMed](#)
- Ministério da Saúde. Manual de Vigilância e Controle da Leishmaniose Visceral. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Malária — diagnóstico e tratamento. gov.br

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.