

RAFAEL GONZAGA NAHOUM

**ESTUDO DE CRIANÇAS COM FEBRE DE 36 MESES DE
IDADE OU MENOS ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA
PEDIÁTRICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

RAFAEL GONZAGA NAHOUM

**ESTUDO DE CRIANÇAS COM FEBRE DE 36 MESES DE
IDADE OU MENOS ATENDIDAS EM EMERGÊNCIA
PEDIÁTRICA.**

**Trabalho apresentado à Universidade
Federal de Santa Catarina, para a conclusão
do Curso de Graduação em Medicina.**

Presidente do Colegiado: Prof. Dr. Maurício José Lopes Pereira

Orientador: Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2006

*Aos meus pais, Roger Nahoum
e Nadine Gonzaga Nahoum,
por toda as portas abertas nessa caminhada.*

AGRADECIMENTOS

À maravilhosa cidade de Florianópolis que me proporcionou a chance de passar seis anos estudando medicina num lugar tranquilo e cheio de belezas naturais.

Aos meus pais, Roger Nahoum e Nadine Gonzaga Nahoum, pela educação, orientação e incentivo dados nesses anos de estudo. Por todo amor, carinho, força e apoio que me deram enquanto estive longe deles.

Aos meus irmãos Carolina Nahoum Wigman e Marcelo Gonzaga Nahoum, por sempre estarem do meu lado, pela companhia, amizade e carinho.

Ao meu orientador, Dr. Aroldo Prohmann de Carvalho, pela oportunidade de trabalharmos juntos em um projeto tão importante para minha formação e pelo exemplo de professor e profissional.

Aos meus grandes amigos Pedro José Tomaselli, João Arthur Lange Neves e Adrian Joseph Ramos Tannouri por terem enfrentado o desafio de criar o banco de dados do trabalho junto comigo. Por toda a amizade que me ofereceram e apoio nas horas em que mais precisei.

Aos meus colegas da Turma Medicina 00.2, em especial ao meu grande amigo e dupla de internato Pedro José Tomaselli, e aos amigos Ana Heloisa Batista Gonçalves, Rafael Reiser, Eduardo Martins Coelho, Juliano Furtado de Aragão, Andrei Alves de Queiroz entre tantos outros que gostaria de homenagear e agradecer, pelo bons e maus momentos que compartilhamos juntos em seis anos de estudo, dedicação, festas, risadas, brigas e discussões. Vocês são inesquecíveis!

RESUMO

Objetivos – Analisar o perfil de crianças com até 36 meses de idade atendidas com queixa de febre na emergência pediátrica do HIJG em Florianópolis.

Método – Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e transversal. A amostra foi constituída por crianças atendidas no serviço com queixa principal de febre, durante os meses de março a agosto de 2005, em dias alternados da semana, através de uma entrevista com os responsáveis da criança e acompanhamento da consulta.

Resultados - Dos 910 atendimentos durante o período, 286 crianças com menos de 36 meses de idade tiveram queixa de febre na anamnese (31,43%). 184 crianças (65,2%) tiveram sua temperatura aferida no hospital, sendo as temperaturas entre 37,5°C e 38,5°C as mais encontradas (n=98, 34,7%). Apenas quatro crianças (1,4%) apresentaram temperatura maior que 40°C. Haviam sido atendidas anteriormente 139 crianças (49,3%) sendo que destas 102 (36,2%) uma única vez. Foram verificados 155 casos de infecções virais (51,84%), 97 de infecções bacterianas (32,44%), 27 (9,03%) de febre sem foco infeccioso e 20 (6,69%) de outras causas prováveis. Foram internadas 11 crianças (3,9%) e três pacientes (1,06%) ficaram em observação. 268 crianças (95,03%) receberam alta hospitalar.

Conclusões – Febre em crianças menores de 36 meses constitui um sinal altamente prevalente nos atendimentos em emergência pediátrica. A grande maioria dos casos são de quadros virais autolimitados necessitando apenas de tratamento sintomático. Grande parte das crianças foi atendida anteriormente por médicos e medicada. O índice de internação é baixo, mostrando o caráter benigno do quadro.

ABSTRACT

Objectives – Analyze the profile of children up to 36 months of age attended with fever in the pediatric emergency of HIJG, Florianópolis.

Methodology – This is a prospective, descriptive and transversal study. The sample is composed of children whose main declared issue was fever, and besides the observed the examination, there was an interview with the responsible person. The observation happened in random days during March to August 2005.

Results – Considering 910 observed cases, 286 children with less than 36 months of age complaint about fever during the clinic history (31,43%). 184 children (65,2%) had the temperature measured at the hospital, and the most common temperatures were between 37,5°C and 38,5°C (n=98, 34,7%). Only four (1,4%) had a temperature higher than 40°C. 139 children (49,3%) had been seen previously by medical services, and among them 102 (36,2%) had only been seen once. There were 155 cases (51,84%) of viral infection, 97 of bacterial infection (32,44%), 27 (9,03%) of fever without source and 20 (6,69%) of other possible causes. 11 children (3,9%) were admitted into the hospital and three patients were admitted only for observation. 268 children (95,03%) were released.

Conclusions – Fever in children under 36 months of age is a highly common symptom among patients in the pediatric emergency. Most of the cases are self-limited viral illness, and need only symptomatic treatment. Majority of the children comes already under medication and after previous medical assistance. The admittance level is low, which also supports the benign illness for most of the cases.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** – Distribuição por faixa de idade de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....09
- Figura 2** – Frequência de atendimentos prévio de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....12
- Figura 3** – Diagnóstico registrado na ficha de atendimento de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....13
- Figura 4** – Exames complementares solicitados ou não para 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....15
- Figura 5** – Frequência de solicitação de exames complementares em relação à intensidade da febre aferida em casa ou no hospital, para 110 de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....16
- Figura 6** – Frequência de solicitação de exames complementares em relação à faixa etária para 110 de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....17
- Figura 7** – Frequência de prescrição de anti-térmicos em casa ou no hospital conforme o tipo utilizado em 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.....18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

GEA – Gastroenterite Aguda

HU – Hospital Universitário

HIJG – Hospital Infantil Joana de Gusmão

ITU – Infecção do Trato Urinário

IVAS – Infecção das Vias Aéreas Superiores

LCR – Líquido Céfalo-raquidiano

OEA – Otite Externa Aguda

OMA – Otite Média Aguda

SC – Santa Catarina

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

FALSA FOLHA DE ROSTO.....	i
FOLHA DE ROSTO.....	ii
HOMENAGEM.....	iii
AGRADECIMENTOS.....	iv
RESUMO.....	v
ABSTRACT.....	vi
LISTA DE FIGURAS.....	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	viii
SUMÁRIO.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVO.....	04
2.1 Objetivo Geral.....	04
2.2 Objetivo Específico.....	04
3 METODOS.....	05
3.1 Deliniamento do Estudo.....	05
3.2 População e Amostra.....	05
3.3 Técnica da Aferição da Febre.....	06
3.4 Definição de Critérios.....	06
3.4.1 Critérios de Inclusão.....	06
3.4.2 Critérios de Exclusão.....	06
3.5 Metodologia.....	06
3.5.1 Entrevista Simples.....	07
3.5.2 Histórico da Febre Antes da Chegada no Hospital.....	07
3.5.3 Verificação da Temperatura do HIJG.....	07
3.5.4 Dados Obtidos Após o Atendimento da Seleção dos Pacientes	07
3.6 Análise Estatística.....	08
3.7 Aspectos Éticos e Legais.....	08
4 RESULTADOS.....	09
5 DISCUSSÃO.....	20

6 CONCLUSÃO.....	25
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	26
NORMAS ADOTADAS.....	28
APÊNDICES.....	29
ANEXOS.....	30

1 INTRODUÇÃO

A febre é definida como um aumento da temperatura corporal acima da variação normal diurna, comandada pelo centro termorregulador hipotalâmico, como resposta a diferentes estímulos.^{1,2} O estado febril é um sinal semiológico de alerta, encarado muitas vezes como uma condição clínica isolada.³

A febre também desempenha um importante papel de proteção pois sabe-se que o aumento da temperatura pode, por exemplo, levar à morte de alguns microorganismos.^{2,4,5,6}

Febre sem foco definido é um quadro febril agudo cuja etiologia da febre não está aparente, após história clínica e exame físico minucioso.^{3,7} Dessas, uma pequena proporção pode ser uma infecção bacteriana oculta, uma bacteremia, infecção do trato urinário, pneumonia ou, mais raramente, meningite bacteriana.⁷

A elevação da temperatura corporal pode ser desencadeada pela ação de agentes exógenos infecciosos como vírus e bactérias ou não infecciosos, como nas inflamações, neoplasias e até mesmo em traumatismos.^{1,2}

Esses estímulos agem sobre as células responsáveis pela resposta imune inata (principalmente macrófagos e monócitos), fazendo com que passem a liberar pirógenos endógenos, principalmente prostaglandina E₂ – PGE₂. A PGE₂ age sobre o centro termorregulador, localizado na área pré-óptica do hipotálamo, estimulando a produção de AMPc e a ativação de neurônios sensíveis às variações térmicas, elevando, dessa forma, o limiar térmico.²

A temperatura do corpo varia com a idade, atividade física e ao longo do dia. O valor aceito como limite superior, para temperatura aferida por via retal, é o de 37,8 °C.² A temperatura axilar apresenta valores mais baixos, cerca 0,5°C em relação à oral e 0,8°C em relação à retal.^{8,9}

A medição via retal é a que mais se aproxima da verdadeira temperatura corpórea. A temperatura retal igual ou maior a 38°C geralmente é indicativa de anormalidades como febre ou hipertermia.⁹

Uma substancial parte dos atendimentos pediátricos devem-se às queixas de febre, sendo a maioria por crianças com menos de três anos.³ Cerca de 19% a 30% de todos os atendimentos nas emergências devem-se a um episódio agudo de febre.^{8,10,11}

Nos dois primeiros anos de vida as crianças têm de quatro a seis episódios anuais de febre.⁸ Estima-se também que em 20% a 30% dos atendimentos de crianças menores de 36 meses de idade em emergências pediátricas seja a febre a queixa única preponderante.¹²

A taxa de diagnóstico de crianças com febre varia de 56% para infecções bacterianas presumíveis, a 32% e 35% de infecções virais inespecíficas, a 3% e 4% de infecções virais específicas e 5% a 20% de crianças com febre sem foco infeccioso.^{7,8}

As infecções menos graves (gripes, resfriados e outras infecções do trato respiratório superior) e as mais graves com risco de vida como pneumonia, bacteremia oculta, meningite, são comuns nessa faixa etária.⁷ Muitas vezes é relativamente fácil distinguir uma síndrome viral de uma meningite bacteriana, porém em crianças com febre sem fonte conhecida essa distinção fica difícil.³

A bacteremia ocorre em 3% a 11% das crianças febris entre três e 36 meses de idade, sendo a idade, o estado geral da criança e a temperatura da febre indicadores deste quadro.¹³

As crianças com temperatura retal entre 39,5 e 41°C tem entre oito e 11% de risco de se tratar de bacteremia, e nas com temperatura retal entre 40 e 41°C, o risco de infecção grave ultrapassa 60% dos casos.¹⁴

A ausência de um consenso entre os pediatras sobre o manejo da febre trouxe para a prática diária diversos meios terapêuticos desde a escolha do antipirético até a sua posologia. Um exemplo é o uso combinado da terapêutica com ibuprofeno e acetaminofen em diferentes intervalos de aplicação, posologias e indicações entre os pediatras. Não há evidências de ser uma terapia segura, com efeito antipirético mais rápido ou mais eficiente que o uso de uma única substância.¹⁵

A grande maioria dos casos de doença febril nessa faixa etária está relacionada a infecções virais auto limitadas, necessitando apenas de terapia de suporte e observação. A preocupação principal seria de que as crianças febris com quadros sem foco infeccioso poderiam estar apresentando bacteremia oculta e subseqüentemente evoluírem para infecção bacteriana grave como meningite, artrite séptica, infecção do trato urinário, pneumonia e enterites.^{7,8}

Os pedidos de exames laboratoriais tendem a ser mais freqüentes em crianças entre três e seis meses de idade, o que é relativamente esperado.¹⁰ Nas crianças com até 90 dias de vida com febre sem foco definido os exames laboratoriais (hemograma, parcial de urina e análise de fezes, se diarreia estiver presente) podem ser pedidos e analisados junto com o quadro clínico, de acordo com o grau de toxemia, para que se defina a conduta mais adequada.⁷

Crianças de três a 36 meses de idade, com febre sem foco definido, com níveis de temperatura menores do que 39°C, a princípio não necessitam de exames complementares ou antibióticos, mas os pais devem ser instruídos para retornar se a febre persistir por mais dois ou três dias ou se houver piora do estado geral.⁷ Alguns autores referem que para as crianças não toxemiadas, com temperaturas superiores a 39°C, deve ser pedida a rotina laboratorial e iniciado antibiótico de maneira empírica.⁷

A limitação no exame físico em crianças menores de três meses de idade, fazem com que os exames complementares para *screening* sejam algumas vezes importantes a fim de identificar riscos de uma possível infecção bacteriana mais séria.¹⁶

O uso de antibiótico está relacionado ao diagnóstico de infecção bacteriana focal ou sistêmica, sendo freqüente nas crianças com febre. As taxas de sua utilização, podem chegar a 62% quando essas crianças têm acompanhamento do quadro por sete dias.¹⁰

As dificuldades no manejo de crianças e adolescentes com febre permanecem como um desafio para os pediatras, considerando-se a enorme possibilidade de diagnósticos. Os inúmeros estudos objetivando estabelecer orientações sistematizadas de investigação, acompanhamento e mediadas terapêuticas não chegaram até o momento em um consenso, e possivelmente será difícil que isso ocorra. As diferenças nas características das populações, na epidemiologia local, na disponibilização de medidas profiláticas de massa como as vacinas, constituem-se em fatores significativos no impedimento de uma padronização de condutas. Todas estas argumentações justificam a importância de estudos localizados que analisam diversos aspectos relacionados à febre na criança, para que os achados observados possam contribuir para um melhor entendimento do problema.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Analisar o perfil de crianças com até 36 meses de idade atendidas na emergência pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever as características clínicas e epidemiológicas das crianças com até 36 meses de idade atendidas com febre ou queixa de febre no Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Descrever o manejo dessas crianças na emergência do hospital quanto aos pedidos de exames laboratoriais e o encaminhamento dado.

3 MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, de março a agosto de 2005.

O HIJG é um hospital pediátrico da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina que conta atualmente com cerca de 108 leitos, servindo como referência para todo o Estado.

A parte da emergência clínica é composta de quatro consultórios, sendo dois ocupados por residentes de pediatria do primeiro ano (R1), um por residente de pediatria do segundo ano (R2) e um por um pediatra plantonista. A unidade conta com uma sala de medicação, uma sala de reanimação cardio-respiratória, uma sala para observação, área da recepção e área para antropometria.

Os atendimentos são feitos por um dos quatro médicos (dois R1, um R2 e um médico pediatra plantonista) sendo os R1 supervisionados pelos residentes de pediatria do segundo ano (R2) e a supervisão geral fica a cargo do médico pediatra que está no plantão.

O hospital conta com 12 residentes de pediatria do primeiro ano e 12 residentes do segundo ano que cumprem escala de plantão ou estágio na emergência.

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo prospectivo, descritivo e transversal.

3.2 População e Amostra

A amostra foi constituída por crianças atendidas no Serviço com queixa principal de febre, atendidas entre os meses de março a agosto de 2005, em dias alternados a fim de abordar todos os dias da semana.

3.3 Técnica da aferição da febre

A febre foi aferida por auxiliares de enfermagem treinados pela enfermeira da emergência para executá-la na recepção, seguindo a rotina do atendimento, com aferição da temperatura corporal e peso de todas os pacientes a serem consultados.

A técnica utilizada é por via axilar, enxugando-se a axila se houver sudorese, colocando o termômetro e mantendo o braço firmemente aduzido ao tórax por quatro minutos. Caso o dia esteja muito quente, a leitura será feita imediatamente após a retirada do termômetro.¹⁷

Foi considerada febre, a temperatura corpórea igual ou superior a 38°C aferida pela via axilar, com termômetro digital ou termômetro de mercúrio.

3.4 Definição de Critérios

3.4.1 Critérios de inclusão

Incluíram-se no estudo todas as crianças com até 36 meses de idade completos cujos pais ou responsáveis relatavam febre na queixa principal, mesmo que no hospital não apresentassem mais o sinal, atendidas nos dias e horários nos quais se efetuou o recrutamento dos pacientes;

A inclusão foi condicionada ao consentimento dos pais ou responsáveis na participação do estudo.

3.4.2 Critérios de exclusão

- Crianças com idade superior à faixa estabelecida;
- Ausência de febre na história clínica;
- Recusa dos pais ou responsáveis na participação do estudo.

3.5 Metodologia

A coleta dos dados foi dividida em quatro etapas:

3.5.1 Entrevista simples:

Um questionário foi respondido pelo acompanhante da criança com preenchimento de uma ficha confeccionada especificamente para este fim (APÊNDICE 1).

Os dados coletados foram a idade em meses completos, sexo, peso em gramas, altura em cm, procedência e naturalidade.

Os pacientes foram agrupados nas seguintes faixas etárias: zero a seis meses, seis a 12, 12 a 18, 18 a 24, 24 a 30 e 30 a 36 meses.

3.5.2 Histórico da febre antes de chegar no hospital:

Caso a febre tenha sido verificada em casa, questionou-se como estava a temperatura em graus Celsius e o tempo transcorrido desde o início da febre até a chegada à emergência, agrupando-se em: até 24 horas, um a dois dias, três a quatro, cinco a seis, sete a oito e nove dias ou mais. Investigou-se se houve atendimento prévio e, em caso de resposta afirmativa, em que frequência (variando de um a maior do que cinco vezes) e em qual local (HIJG, Centro de Saúde, outra cidade ou outro diferente).

3.5.3 Verificação da temperatura no HIJG:

Os valores encontrados foram agrupados nas seguintes faixas: entre 37,5 a 38,0°C; 38,1 a 38,5°C; 38,6 a 39,0°C; 39,1 a 39,5°C; 39,6 a 40,0°C e maior de 40°C. (APÊNDICE 1)

3.5.4 Dados obtidos após o atendimento da seleção dos pacientes:

Após a consulta foi verificado o diagnóstico estabelecido pelo médico que atendeu a criança na ficha padronizada de atendimento do HIJG, agrupando-se nos seguintes diagnósticos: febre, exantema, diarreia, infecção do trato urinário, infecção de vias aéreas superiores, otite média aguda, virose ou outra.

A conduta adotada pelo médico também foi registrada, verificando-se se foi dada alta para o paciente, se houve necessidade da realização de exames complementares como: radiografia de tórax, parcial de urina, urocultura, hemocultura, teste de sensibilidade aos antimicrobianos, análise do líquido céfalo-raquidiano (LCR) ou outros e se foi indicada a prescrição de antibióticos.

3.6 Análise Estatística

O banco de dados e a análise estatística foi efetuada através do programa *analysis*, *epitable* e *epidata* fazendo parte respectivamente dos programas EpiInfo 6.0 e EpiData 3.1.

O nível de significância estatística adotado foi de 5%.

O gráficos foram realizados no programa Excel que compõe o Microsoft Office 2003.

3.6 Aspectos Éticos e Legais

O projeto do estudo foi previamente submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo registrado sob o número 310/04, em 25 de abril de 2005 (ANEXO 1).

4 RESULTADOS

Dos 910 atendimentos efetuados durante o período de coleta de dados, 286 crianças com menos de 36 meses de idade tiveram queixa de febre na história clínica (31,43%). Quatro pacientes (1,4%) foram excluídos por falta de preenchimento correto das fichas não constando a idade ou do tempo de início da febre, analisando-se, por isso, os dados de 282 crianças.

Observou-se que 162 crianças (57,4%) eram do sexo masculino e 120 (42,6%) do sexo feminino. Os pacientes situaram-se mais frequentemente na faixa etária entre 6 a 12 meses de idade (23,8%), 18 a 24 meses de idade (22,3%) e 12 a 18 meses de idade (20,9%), não havendo diferença estatisticamente significativa todas as faixas etárias ($p = 0,33$) (Fig.1).

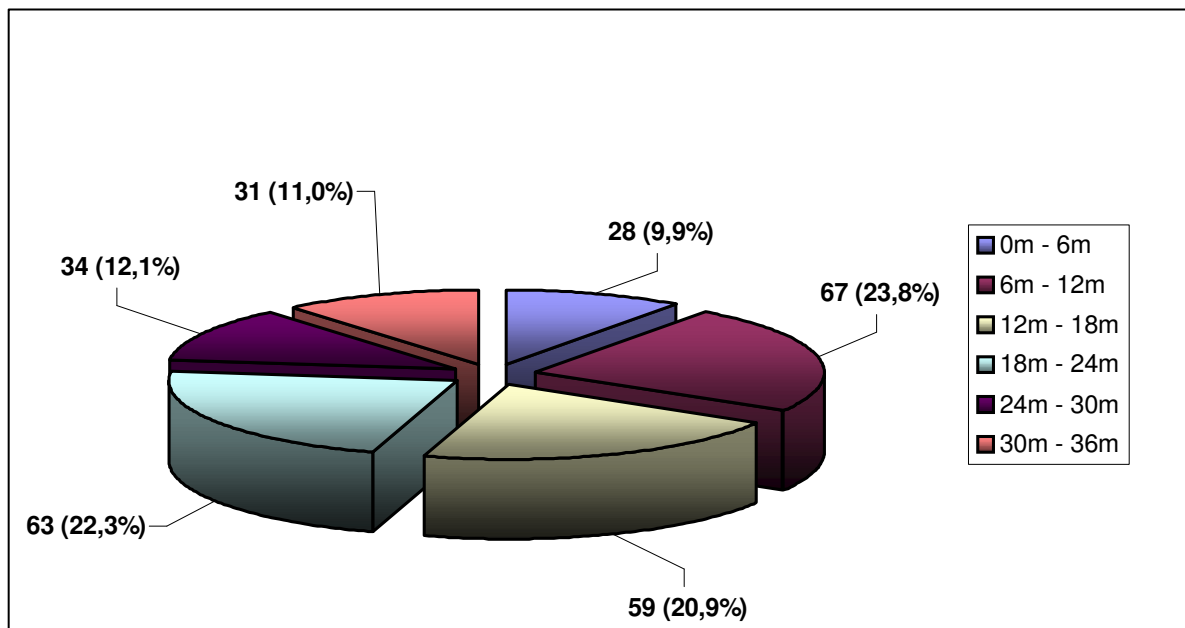


FIGURA 1 - Distribuição por faixa de idade de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em pronto socorro pediátrico de Florianópolis, SC, Brasil.

Com relação à naturalidade a maior parte dos pacientes era de Florianópolis com 182 casos (64,5%), seguido de São José com 56 casos (19,9%) e de outros locais com 31 casos (11%). A procedência de Florianópolis foi constatada em 149 crianças (52,8%), de São José em 54 (19,1%) e da Palhoça em 30 (10,6%).

A febre foi aferida em casa em 179 pacientes (63,5%) com valor variando entre 38,0°C e 39,6°C. Em 11 crianças (3,9%) os pais ou responsáveis disseram ter aferido temperaturas maiores do que 40°C. 184 crianças (65,2%) tiveram sua temperatura aferida no hospital sendo as temperaturas entre 37,5°C e 38,5°C as mais encontradas (n=98, 34,7%). Estavam afebris nove crianças (3,2%), 52(18,4%) com temperaturas entre 38,6°C e 39,0°C, 46 (16,3%) com temperaturas entre 37,5°C e 38,0°C e apenas quatro (1,4%) com temperatura maior que 40°C (TAB.1).

TABELA 1 - Comparação entre as temperaturas aferidas em casa e no hospital em 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

Temperatura	Aferida em casa		Aferida no hospital	
	n	%	n	%
Afebril	2	0,7	9	3,2
37,5 – 38,0*	21	7,4	46	16,3
38,1 – 38,5*	48	17,1	52	18,4
38,6 – 39,0*	91	32,2	33	11,7
39,1 – 39,5*	40	14,2	26	9,2
39,6 – 40,0*	22	7,8	14	4,9
Maior 40,0*	11	3,9	4	1,4
Não aferida	47	16,7	98	34,7
Total	282	100	282	100

* Temperatura em graus Célsios (°C)

Com relação à temperatura aferida no hospital, em praticamente todos os grupos etários, a maior parte das crianças apresentaram febre entre 37,5 e 38,5°C, com exceção das faixas etárias entre 12 e 18 meses e 24 e 30 meses. Uma proporção significativa das crianças (16,4%) na faixa etária entre seis e 12 meses tiveram febre entre 39,1 e 39,5°C. Entre as crianças entre 30 e 36 meses de idade, seis (19,4%) apresentaram febre entre 39,6 e 40°C. Nenhuma criança abaixo dos seis meses de idade apresentou febre maior do que 39,6°C.

A relação entre a idade das crianças atendidas e a febre aferida no hospital está apresentada na TAB. 2

TABELA 2 - Distribuição da temperatura aferida no hospital em relação a faixa etária de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

Faixas de Temperatura	Faixa etária em meses													
	0 - 6		6 - 12		12 - 18		18 - 24		24 - 30		30 - 36		Todas	
	n	%†	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Afebril</i>	1	3,5	1	1,5	-	0	4	6,4	2	5,9	1	3,2	9	3,2
<i>37,5 - 38,0*</i>	7	25,1	12	17,9	9	15,3	13	20,6	3	8,9	2	6,4	46	16,3
<i>38,1 - 38,5*</i>	7	25,1	5	7,5	10	16,9	11	17,5	9	26,5	10	32,2	52	18,4
<i>38,6 - 39,0*</i>	4	14,2	8	11,9	6	10,2	9	14,3	1	2,9	5	16,1	33	11,7
<i>39,1 - 39,5*</i>	1	3,5	11	16,4	7	11,9	5	7,9	1	2,9	1	3,2	26	9,2
<i>39,6 - 40,0*</i>	-	0	1	1,5	2	3,3	3	4,7	2	5,8	6	19,4	14	5,0
<i>Maior 40,0*</i>	-	0	-	0	-	0	4	6,4	-	0	-	0	4	1,4
<i>Não aferida</i>	8	28,6	29	10,4	25	42,4	14	22,2	16	47,1	6	19,4	98	34,8
Total	28	100	67	100	59	100	63	100	34	100	31	100	282	100

* Temperaturas em graus Célcius

† Porcentagem em relação ao total da coluna

O aparecimento da febre foi relatado nas primeiras 48 horas anteriores ao atendimento do hospital em 183 crianças (64,9%), enquanto que em 40 crianças (14,18%) o aparecimento ocorreu em 5 ou mais dias antes da procura do serviço, havendo diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Havia sido atendidas em serviços médicos anteriormente 139 crianças (49,3%) sendo que destas 102 (36,2%) foram consultadas previamente uma vez, 21 (7,4%) duas vezes, oito (2,8%) três vezes, três (1,1%) quatro vezes e quatro (1,4%) cinco vezes ou mais (FIG. 2). Em relação aos atendimentos prévios, 38 crianças (13,5%) foram trazidas mais de uma vez ao HIJG.

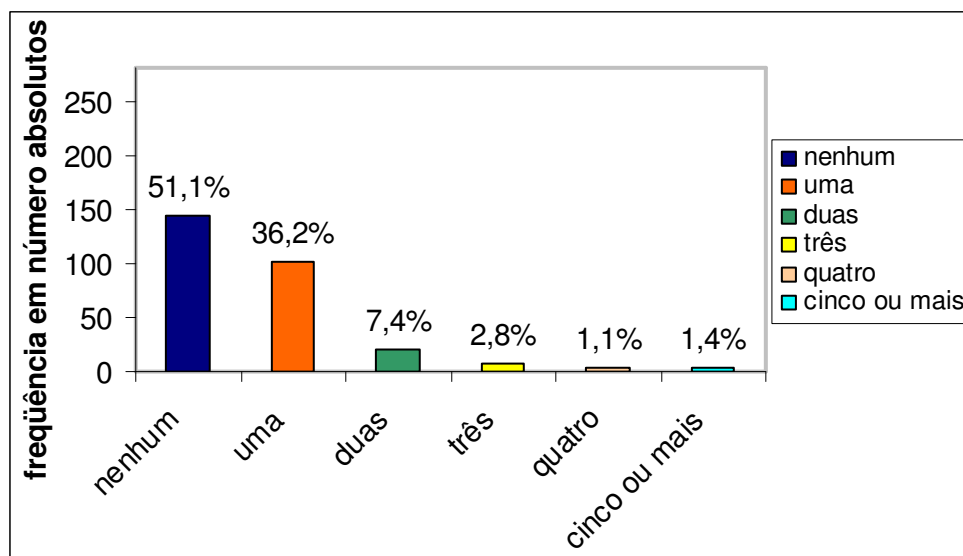


Figura 2 – Frequência de atendimentos prévio de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

A grande maioria das crianças chegou medicada ao hospital, somando 257 casos (91,1%), sendo o paracetamol a medicação de escolha para 165 crianças (58,5%), a dipirona para 77 (27,3%) e o ibuprofeno para três (1,1%) crianças, diferença nestas proporções estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

O uso de antibióticos antes do atendimento foi referido em 40 casos (14,2%) e apenas em um deles, não foi prescrito por médico e sim pelo farmacêutico.

Entre os 164 casos em que os responsáveis responderam adequadamente a respeito de automedicação, 71 (25,2%) fizeram uso, não havendo relato de automedicação para antibióticos.

De acordo com o diagnóstico presumido, registrado na ficha de atendimento foram verificados 155 casos de infecções viral (51,84%), 97 de infecções bacterianas (32,44%), 27 (9,03%) de febre sem foco infeccioso e 20 (6,69%) de outras causas prováveis, havendo diferença estatisticamente significativa ($p = 0,002$) (FIG. 3). Houve casos de diagnósticos duplos em 17 ocasiões.

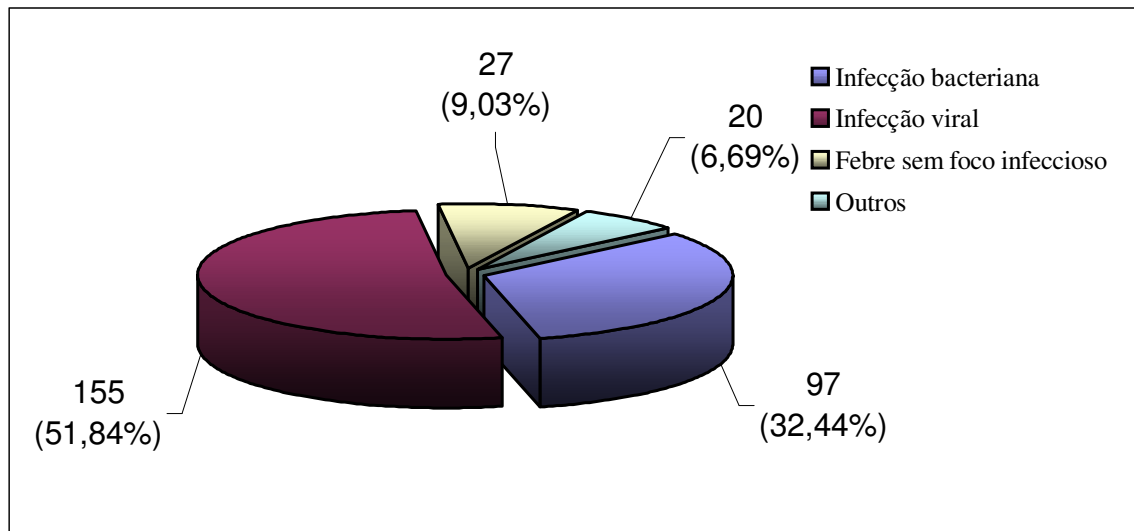


Figura 3 – Diagnóstico registrado na ficha de atendimento de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

O diagnóstico registrado de prováveis infecções virais mais frequentemente observado foi de infecção de vias aéreas superiores com 99 (63,87%) dos 155 casos, seguido de gastroenterite aguda com 18 casos (11,61%) e bronquite com 16 (10,32%) ($p < 0,0001$). Entre os registros de provável infecção bacteriana, o mais frequentemente observado foi de pneumonia com 35 (36,08%) dos 97 casos, seguido de amigdalite e otite média com 22 casos (22,68%). Os diagnósticos específicos podem ser visualizados no QUADRO 1.

Quadro 1 – Relação de diagnósticos específicos registrados na ficha de atendimento de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

Infecções Bacterianas			Virais			Outros		
Diagnóstico	n	%	Diagnóstico	n	%	Diagnóstico	n	%
Pneumonia	35	36,1	IVAS	99	63,8	Monilíase oral	7	35,0
Amigdalite	22	22,7	GEA	18	11,6	Reação vacinal	4	20,0
Otite média aguda	22	22,7	Bronquite	16	10,3	Dermatite	4	20,0
ITU	10	10,3	Bronquiolite	5	3,3	OEA	2	10,0
Outros	8	8,2	Outros	17	11,0	Outros	3	15,0
Total	97	100	Total	155	100	Total	20	100

Legenda: ITU = infecção do trato urinário; IVAS = infecção de vias aéreas superiores, GEA = gastroenterite aguda, OEA = otite externa aguda.

Quanto à solicitação de exames, 110 pacientes (39,0%) tiveram algum tipo de exame complementar solicitado. A radiografia de tórax foi solicitada para 96 crianças (34,04%), seguido do hemograma em 47 (16,66%) e parcial de urina com urocultura em 34 (12,05%) (FIG. 4).

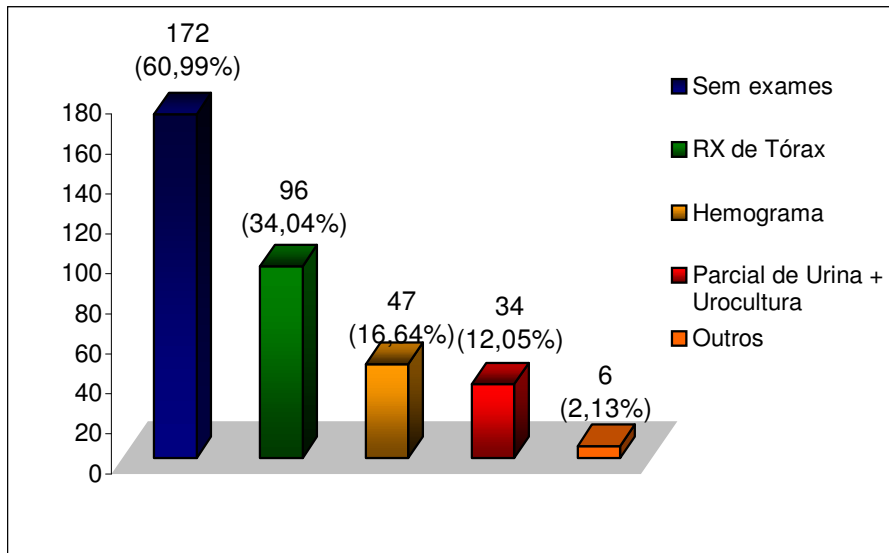


Figura 4 – Exames complementares solicitados ou não para 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

A FIGURA 5 mostra a comparação das temperaturas aferidas em casa e no hospital e o índice de solicitação de exames complementares, sendo a temperatura de 39,0°C o ponto divisor. Observou-se a solicitação de radiografia de tórax em 55 (19,50%) crianças com temperaturas aferidas em casa menores do que 39°C e 58 (20,57%) crianças com temperaturas menores do que 39°C aferidas na emergência. Já o hemograma foi solicitado para 15 (5,32%) crianças com febre maior ou igual a 39°C aferidas em casa e para 6 (2,13%) crianças que chegaram a emergência com temperaturas acima dos 39°C. O parcial de urina foi solicitado 9 (3,19%) vezes para crianças com temperaturas maiores do que 39°C vindas de casa e 5 (1,77%) para as crianças com temperaturas maiores do que 39°C medidas na emergência.

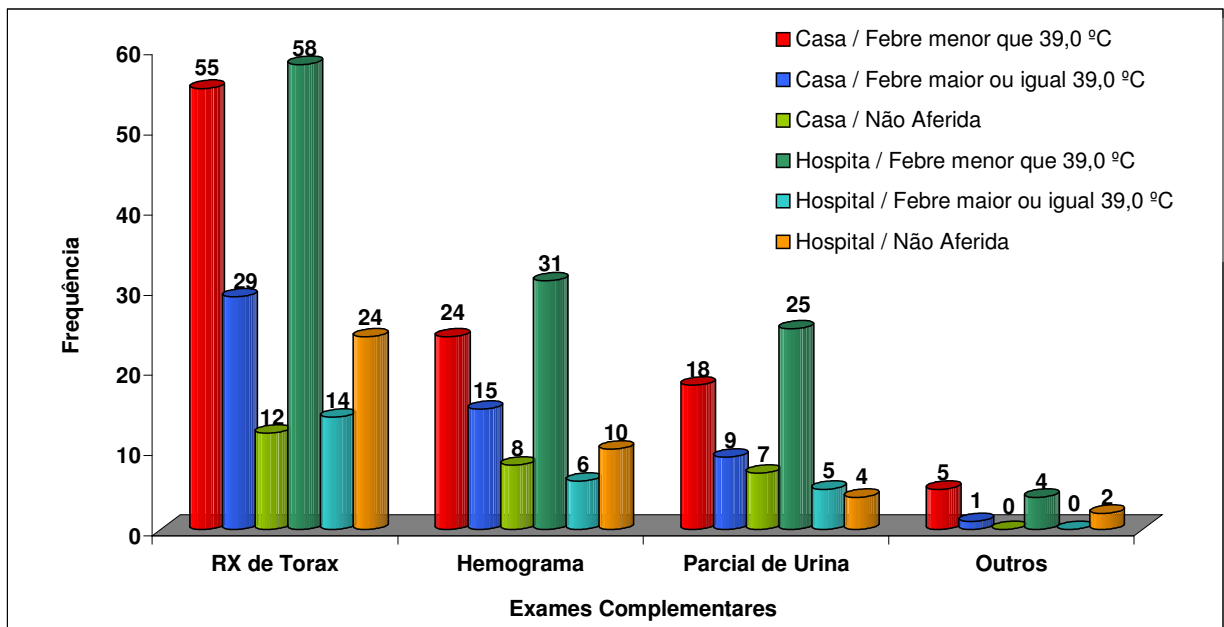


Figura 5 – Frequência de solicitação de exames complementares em relação à intensidade da febre aferida em casa ou no hospital, para 110 de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

Para as crianças nas faixas etárias entre 18 e 24 meses seguido de seis a 12 meses foi solicitado radiografia de tórax com maior frequência, com 23,0% e 13,0% de solicitações, respectivamente; o mesmo se observando em relação ao hemograma, com 13,0% de solicitações em ambas as faixas etárias. O exame parcial de urina foi solicitado mais frequentemente na faixa etária entre 18 e 24 meses com 10,0% de pedidos, seguido da faixa de 12 a 18 meses com 9,0% (FIG. 6).

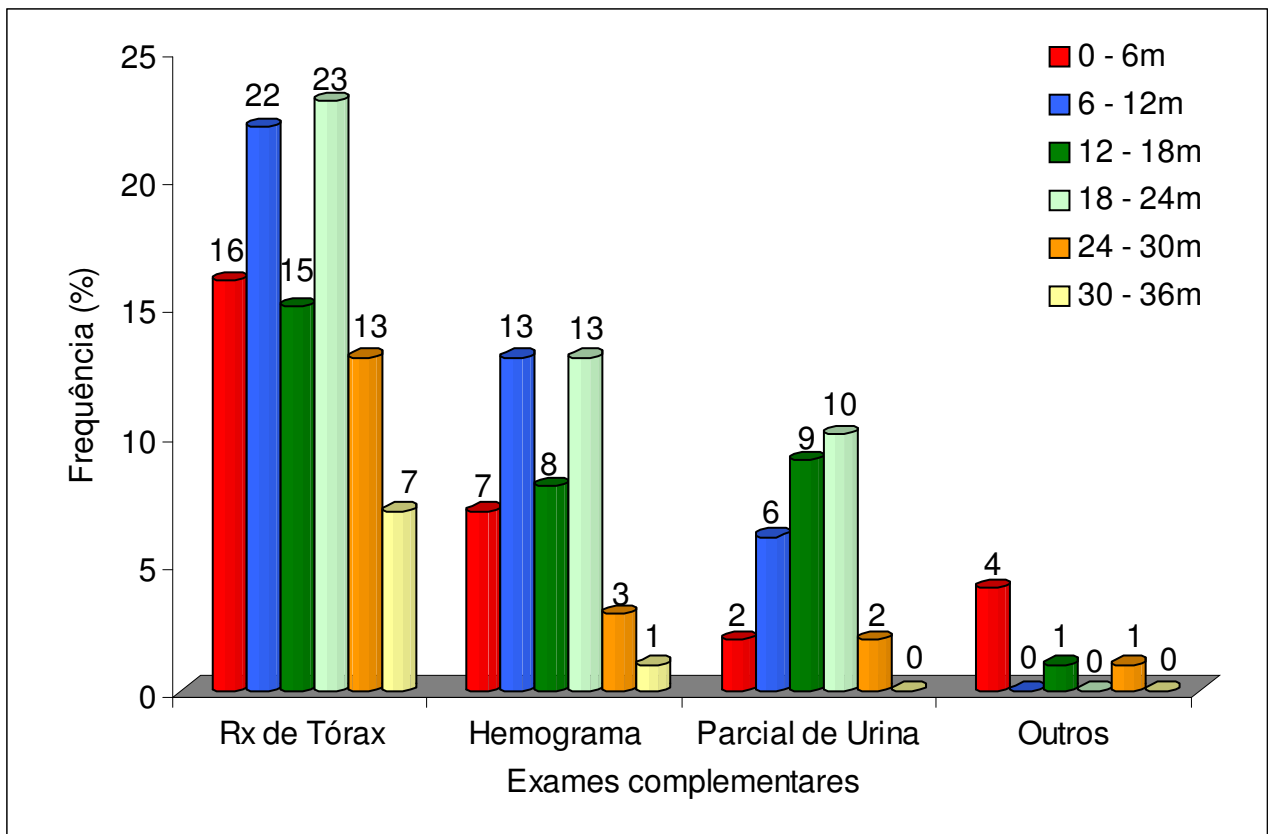


Figura 6 – Frequência de solicitação de exames complementares em relação à faixa etária para 110 de 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

Na chegada à emergência do HIJG, 103 pacientes (36,5%) foram medicados com antitérmicos, mais frequentemente com dipirona em 77 casos (74,76%) e paracetamol em 26 (21,36%; $p < 0,0001$). A via oral foi prioritária, utilizada em 59 crianças (20,9%), seguida da via intramuscular em 30 (10,6%).

Após a alta, como medicação para casa, para 132 crianças (46,8%) foi prescrito o paracetamol e para 114 (40,4%) a dipirona, como sintomáticos (FIG. 7). Algum tipo de antibiótico, oral ou tópico, foi prescrito para 108 pacientes (38,30%).

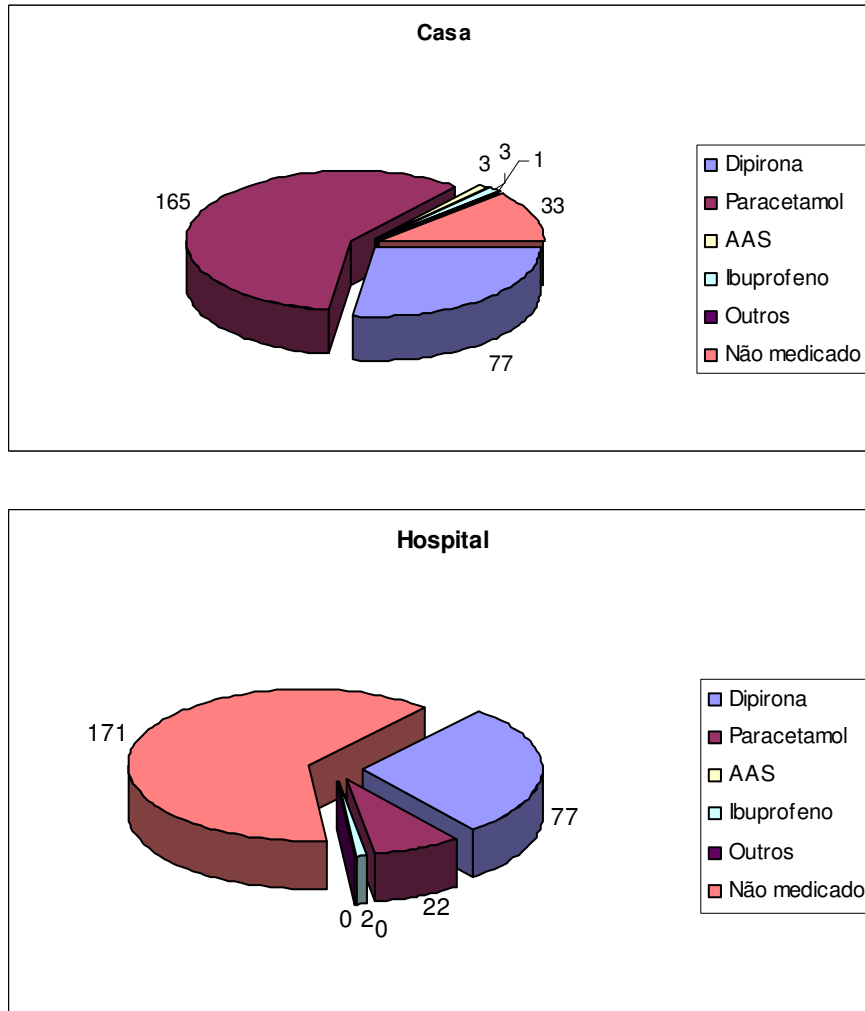


Figura 7 – Frequência de prescrição de anti-térmicos em casa ou no hospital conforme o tipo utilizado em 282 crianças de 36 meses de idade ou menos atendidas com queixa de febre em Florianópolis, SC.

Foram internadas 11 crianças (3,9%) e três pacientes (1,06%) ficaram em observação não sendo verificado o encaminhamento seguinte. Alta hospitalar foi dada para 268 crianças (95,03%).

Das crianças hospitalizadas, sete (2,48%) tinham idade inferior a seis meses e quatro (1,41%) idade entre 18 e 24 meses. Cinco pacientes (1,77%) tiveram diagnóstico de pneumonia bacteriana, dois (0,71%) de celulite e quatro (1,42%) de febre sem foco infeccioso.

Das três crianças que ficaram em observação, duas tiveram diagnóstico de IVAS e idade entre seis meses e um ano. A terceira tinha entre 30 e 36 meses, sendo dado diagnóstico de pneumonia bacteriana.

5 DISCUSSÃO

A enorme gama de situações clínicas com possibilidade de levar à criança a apresentar febre, observando-se freqüentemente variações sazonais e regionais, além de modificações epidemiológicas periódicas, algumas vezes cíclicas, tornam necessária uma constante avaliação dos possíveis fatores envolvidos.

O período no qual foram coletados os dados para o trabalho, entre outono e inverno brasileiro, pode ter influenciado no tipo de queixa avaliada na emergência. No estudo australiano de Gary J. Browne as maiores taxas de febre são durante o período do outono e inverno⁸ assim como no estudo de Wright *et al.*¹¹

Conforme a literatura internacional a proporção de crianças menores de 36 meses de idade atendidas nas emergências dos hospitais com queixa de febre varia de 20% a 30%.^{8,10,11,18} A taxa de atendimento encontrada no presente estudo foi de 31,43% (n=286) casos, sendo incluídas aquelas crianças já medicadas com antitérmicos e/ou que se encontravam afebril no momento do atendimento.

A grande maioria da população atendida foi procedente de Florianópolis, cidade na qual o hospital se encontra. No entanto 47,2% dos atendimentos foram de crianças provenientes de outras cidades, em sua maioria pertencentes a grande Florianópolis, demonstrando-se o papel de referência do HIJG.

Embora não haja significância, houve uma pequena predominância do sexo masculino no estudo (57,4%) o que concorda com a literatura. Nos 3.066 pacientes estudados por Pantell *et al.*,¹⁹ o sexo masculino representou 53% assim como no de Wright *et al.*¹¹ Nessa faixa etária as patologias tem as mesmas prevalências entre os sexos. Apenas nas infecções urinárias a incidência é maior no sexo feminino, sendo que 7% das meninas e 2% dos meninos terão ao menos um quadro confirmados até os 6 anos de idade.²⁰ A prevalência de ITU é maior em idades menores chegando a 7% em recém-nascidos febris.²¹

Comparando os índices de aferição da febre, percebemos que os índices de febre visualizados em casa são geralmente mais elevados do que os índices da emergência, ainda que em 98 casos (34,75%), a febre não foi aferida no hospital. O estudo abrangeu as crianças que chegaram na emergência com temperaturas normais, como no estudo de Pantell *et al.*,¹⁹

e/ou não aferidas. Ainda assim a grande maioria das crianças foi medicada anteriormente à chegada ao hospital.

Embora a febre seja um sinal freqüente e geralmente inespecífico, sua presença gera ansiedade nos pais, o que leva a uma busca precoce, nas primeiras 48 horas do quadro, por atendimento médico, mesmo na ausência de outros sinais e sintomas.

Apenas 25 das 282 crianças (8,8%) com febre não foram medicadas antes de procurarem o serviço de emergência, sendo que metade delas já haviam procurado atendimento médico. Grande parte das crianças foi medicada anteriormente à chegada ao hospital com o paracetamol. O paracetamol é o antitérmico mais utilizado na prática pediátrica (56%).²²

Na maioria dos estudos, a bacteremia é mais comum em crianças com temperaturas mais altas.^{23,24} Na presente série, os pacientes atendidos com temperaturas acima de 39,0°C no hospital totalizaram 44 casos (15,6%), sendo o risco para uma bacteremia naqueles aonde não houve detecção do foco infeccioso situa-se, segundo Baraff *et al* e Schwartz^{3,25} entre 3% a 11%, com uma probabilidade significativa de 4,3%. No estudo de Rehm *et al* (2001),¹⁶ 0,06% (15 de 26.970) das crianças foram tratadas para meningite bacteriana ou meningococemia.

Como relatado em diversos estudos grande parte das queixas de febre correspondem a infecções virais.^{8,10,11,19} As infecções virais corresponderam à 55% dos casos, os estudos anteriores relatam que a maioria dos casos de febre em crianças vindos a emergência são causados por infecções virais auto-limitadas^{8,26} mostrando uma taxa entre 50,1% para todas as crianças febris¹⁹ e entre 35% e 40% em crianças com febre acima dos 39,0°C.^{10,11}

A grande maioria do diagnóstico das infecções virais correspondeu a infecções das vias aéreas superiores com 63,8% dos casos. Alguns autores encontraram taxas de 50% a 62,13%.^{11,19}

A proporção das infecções bacterianas foi de 32% de todas as crianças atendidas. Finkelstein *et at* correlaciona as infecções bacterianas como causadoras de febre superiores a 38°C em 56% dos casos.¹⁰ Outro autor considera as bactérias como causadoras de 46% dos casos de febre acima dos 39°C.¹¹

Das infecções bacterianas, as pneumonias corresponderam às maiores taxas com 36%, seguida da otite média aguda com 22%, e amigdalite bacteriana com 22%. As ITUs corresponderam a 10% dos casos de infecções bacterianas. Deve-se chamar a atenção para o fato do diagnóstico firmado na ficha de atendimento na emergência, na maioria das vezes foi estabelecido de forma presuntiva, não havendo comprovação do agente etiológico.

Evidências radiológicas de pneumonia foram encontradas em 21,27% das crianças com febre do estudo de estudo de Smitherman.²⁷ Dos pacientes com febre acima dos 39,4°C, com predomínio da faixa etária de zero a quatro anos, tiveram otite média aguda 31,89% pelo estudo de Wright *et al.*¹¹ Já no estudo de Pantell *et al* foram encontrados 12,2% de casos.¹⁹ Amigdalites foram encontradas em 13,51% das crianças com até seis anos estudadas por Benediktsdotti.²⁸ Quanto as ITUs, estudos mostram taxas variadas entre 3% a 7%.^{26, 27}

Foram encontrados no presente estudo 9% de casos de febre sem foco infeccioso. A taxa de crianças com febre sem foco definido varia de 14,0% à 21,4%^{3,10,11,19} dependendo da faixa etária e do valor da febre trabalhado.

Quanto aos exames complementares observa-se que aparentemente teriam sido pedidos mais exames para os pacientes com menores valores de febre (abaixo de 39°C), porém, analisando-se proporcionalmente, constata-se que apenas 44 pacientes (15,60%) apresentavam febre acima de 39,0°C, aferida no hospital, sendo solicitados o radiografia de tórax para 14 crianças (31,88%) desse grupo comparado com 58 (24,37%) do grupo com febre menor que 39°C aferida no hospital.

A proporção de solicitação de hemogramas praticamente não se alterou com a temperatura da febre, sendo 13,02% para as crianças com febre alta no hospital contra 13,36% dos pacientes com temperaturas menores que 39°C. O parcial de urina foi solicitado em 11,36% nos casos de febre maiores que 39°C e 10,50% nos casos de febre mais baixas aferidas na emergência.

Não necessitaram de exames complementares para o diagnóstico, infecções bacterianas com diagnóstico clínico, como por exemplo, otite média aguda e amigdalite bacteriana, que corresponderam a 45% dessas infecções e tem como uma das características causar um quadro febril intenso.

Dos pacientes que não tiveram a febre aferida no hospital, 40 (40,81%) tiveram exames complementares solicitados, logo a temperatura aferida em casa e o estado geral da criança foram fatores determinantes para solicitação do exame. Somado a isso, há outros fatores como insistência dos pais, conhecimento e prática do examinador e uso de antitérmicos que influenciam na decisão de realizar ou não exames complementares.^{7, 14}

Quanto à relação entre a idade dos pacientes e a solicitação de exames complementares, observou-se que para as crianças menores de seis meses solicitou-se um maior número de exames, excetuando-se o parcial de urina. Este fato foi relatado anteriormente em outro estudo.¹⁰

Alguns guias de orientação do manuseio de crianças com febre confeccionados por alguns pesquisadores orientam que todos os pacientes com febre sem foco infeccioso menores do que 90 dias deveriam realizar ao menos uma urocultura, ainda que o tratamento seja realizado fora do hospital.^{3,7} Ainda assim esses guias sobre febre geram inúmeras discussões até os dias de hoje.¹⁹ No presente estudo 16 crianças (57,14%) com idade entre zero e seis meses realizaram pelo menos um radiografia de tórax.

A medicação prescrita para os pacientes atendidos variou desde sintomáticos (paracetamol, dipirona, polaramine, nebulizações, etc) a antibióticos.

No caso da utilização de antibióticos houve uma pequena diferença entre sua indicação para infecções bacterianas (38,3%) e o diagnóstico da infecção focal (32,4%). Essa diferença foi de 5,9%, ou seja, houve prescrição de antibióticos além dos achados indicativos de infecções bacterianas focais. Outros autores encontraram taxas de 56% de uso de antibiótico, sendo 9% dos que usaram tiveram diagnósticos de alguma infecção viral.¹⁰

O antitérmico escolhido para uso intra-hospitalar foi a dipirona (60,63% dos casos), talvez devido ao alto índice de uso de paracetamol anterior à chegada ao hospital (58,51% dos casos), por estar disponível na por via parenteral e pela necessidade de se baixar a temperatura mais rapidamente. O ibuprofeno foi uma medicação pouco utilizada.

O índice de internação de 3,9% também demonstra que a maioria dos casos de febre nessa faixa etária atendidos na emergência tem caráter benigno. Das internações cinco (1,77%) foram motivadas por pneumonia já diagnosticada, quatro (1,42%) para investigação de febre sem foco infeccioso e dois (0,07%) por celulite.

A baixa taxa de internação, pode ser um indicativo indireto do risco de infecções bacterianas graves, pois teoricamente, as crianças internadas são as que necessitam de cuidados mais rigorosos, seja pelo estado geral, pelo risco devido a idade ou para investigação da febre.

Alguns autores diagnosticaram bacteremia em 2,4% das crianças com febre através de hemocultura e 0,5% de casos de meningite bacteriana.¹⁹ Outro estudo mostra que o risco de bacteremia na faixa etária em crianças com até 3 anos de idade e febre sem foco infeccioso maior que 39,0°C é de 1,6%.²⁹ No estudo de Smitherman *et al* foram encontrados índices de bacteremia de 3,4% das crianças atendidas com febre.²⁷

O trabalho apesar de contar com uma amostra pequena para a quantidade de variáveis reflete a dificuldade e as inúmeras possibilidades no manejo de crianças com idade entre zero e 36 meses com febre na emergência.

As possibilidades diagnósticas, condutas a serem adotadas, exames solicitados e outros aspectos observados do presente estudo não abrangem todas as possibilidades a que se pode deparar frente a uma criança com febre, mostrando as limitações e importância de se continuar realizando estudos sobre o assunto.

Apesar do risco de doenças sérias, causadoras de seqüelas, serem pequenas, estas não estão excluídas da prática diária dos médicos emergencistas tentando assim abrangê-las da melhor forma possível.

O diferente perfil dos médicos plantonistas, a diferença econômica entre os países e as mais diversas situações enfrentadas nas emergências fazem com que os guias e protocolos sejam divergentes na prática diária da emergência.

5 CONCLUSÃO

A avaliação das crianças atendidas com febre no presente estudo e a análise das diversas variáveis estudadas permitem concluir que:

1. A grande maioria das crianças com febre na emergência apresentam um quadro viral autolimitado necessitando apenas de medicação sintomática como analgésicos;
2. Grande parte das crianças atendidas chega na emergência já medicada, sendo a automedicação freqüente, principalmente com antitérmicos;
3. Os níveis febris relatados são menores do que os encontrados durante o atendimento;
4. A solicitação de exames complementares é freqüente, mesmo muitas vezes não havendo critérios bem definidos para sua solicitação;
5. A minoria dos pacientes necessita de algum procedimento mais invasivo, observação ou internação;
6. Casos mais graves como bacteremia, meningococemia e meningites são pouco freqüentes.

Referências Bibliográficas

1. Martindale. Evaluated information on the world drugs and medicines. The Royal Pharmaceutical Society. Monographs on drug and ancillary substances. 1996(Parte I):16-22, 50-1, 71, 81-3.
2. Lorin MI. Fever: pathogenesis and treatment. 1998.
3. Baraff LJB, J.W. Fleisher, G.R., Klein, J.O. McCracken, G.H. Powell, K.R. Shiriger, D.L. Practice guideline for the management of infants and children 0 to 36 months of age with fever without source. Pediatrics 1993;92:1-12.
4. Stamm D. Paracétamol et autres antalgiques antipyrétiques: doses optimales en pédiatrie. Arch Pediatr 1994; 1(2): 193-01.
5. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child 1980;134(2):176-81.
6. Kluger MJ. Fever. Pediatrics 1980(66):720 – 4.
7. Baraff LJ. Management of fever without source in infants and children. Ann Emerg Med 2000;36(6):602-14.
8. Gary J. Browne KCaJR. Pratical approach to the febrile child in the emergency department. Emergency Medicine 2001;13:426-35.
9. The Management of Fever in Young Children with Acute Respiratory Infections in Developing Countries. <http://www.who.int/child-adolescent-health/>. Acesso em julho de 2005.
10. Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. Pediatrics 2000;105(1 Pt 3):260-6.
11. Wright PF, Thompson J, McKee KT, Jr., Vaughn WK, Sell SH, Karzon DT. Patterns of illness in the highly febrile young child: epidemiologic, clinical, and laboratory correlates. Pediatrics 1981;67(5):694-700.
12. Murahovschi J. A criança com febre no consultório. J. Pediatr. (Rio de J.);79.
13. Isaacman DJ, Shults J, Gross TK, Davis PH, Harper M. Predictors of bacteremia in febrile children 3 to 36 months of age. Pediatrics 2000;106(5):977-82.
14. Seahabiague G. BO. Fiebre sin foco. Arch Pediatr Urug 2001;72(s):S60 – S2.

15. Mayoral CE, Marino RV, Rosenfeld W, Greensher J. Alternating antipyretics: is this an alternative? *Pediatrics* 2000;105(5):1009-12.
16. Rehm KP. Fever in infants and children. *Curr Opin Pediatr* 2001;13(1):83-8.
17. Weber M. Open questions in the case management of sick children. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 2000;94(1):14-6.
18. Eskerud JR, Laerum E, Fagerthun H, Lunde PK, Naess A. Fever in general practice. I. Frequency and diagnoses. *Fam Pract* 1992;9(3):263-9.
19. Pantell RH, Newman TB, Bernzweig J, Bergman DA, Takayama JI, Segal M, et al. Management and outcomes of care of fever in early infancy. *Jama* 2004;291(10):1203-12.
20. Marild S, Jodal U. Incidence rate of first-time symptomatic urinary tract infection in children under 6 years of age. *Acta Paediatr* 1998;87(5):549-52.
21. Bachur R, Harper MB. Reliability of the urinalysis for predicting urinary tract infections in young febrile children. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155(1):60-5.
22. C. Calvo monge EOG, M.A. Vázquez Ronco, Ma J. MArtinez Gonzazlez, J.Benito Fernández y S. Mintegui Raso. Hábitos poblacionales en el uso pediátrico de antitérmicos. *anales españoles de pediatría* 2001;54(6):607-8.
23. Carroll WL, Farrell MK, Singer JI, Jackson MA, Lobel JS, Lewis ED. Treatment of occult bacteremia: a prospective randomized clinical trial. *Pediatrics* 1983;72(5):608-12.
24. Press S, Fawcett NP. Association of temperature greater than 41.1 degrees C (106 degrees F) with serious illness. *Clin Pediatr (Phila)* 1985;24(1):21-5.
25. Schwartz RH, Wientzen RL, Jr. Occult bacteremia in toxic-appearing, febrile infants. A prospective clinical study in an office setting. *Clin Pediatr (Phila)* 1982;21(11):659-63.
26. Clinical policy for children younger than three years presenting to the emergency department with fever. *Ann Emerg Med* 2003;42(4):530-45.
27. Smitherman HF, Caviness AC, Macias CG. Retrospective review of serious bacterial infections in infants who are 0 to 36 months of age and have influenza A infection. *Pediatrics* 2005;115(3):710-8.
28. Benediktsdottir B. Upper airway infections in preschool children--frequency and risk factors. *Scand J Prim Health Care* 1993;11(3):197-201.
29. Lee GM, Harper MB. Risk of bacteremia for febrile young children in the post-Haemophilus influenzae type b era. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998;152(7):624-8.

NORMAS ADOTADAS

Este trabalho foi realizado seguindo a normatização para trabalhos de conclusão do Curso de Graduação em Medicina, aprovada em reunião do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, em 17 de novembro de 2005 .

APÊNDICE

ANEXO