



Protocolo para o Atendimento a Pacientes Pediátricos com Febre no P.A. Jardim Canadá

1ª Edição



**NOVA
LIMA**
prefeitura

O
futuro
mora
aqui

NOVA LIMA 2025

Prefeito Municipal

João Marcelo Dieguez Pereira

Vice-prefeito Municipal

Cissa Caroline

Secretário Municipal de Saúde

Alice Neto Ferreira de Almeida

Subsecretária de Estratégias em Saúde

Sheila Nara Ferreira

Subsecretária de Atenção Integral e Cuidados Primários

Dayanna Mary de Castro

Subsecretário de Atenção Emergencial e Vigilância em Saúde

Gustavo Dayrell Ribeiro da Glória

Subsecretária de Gestão Administrativa e Operacional da Saúde

Isabel Cristina Alves

Subsecretária de Gestão Orçamentária e Controle Interno da Saúde

Natália Diegues Marchezini

Comissão Organizadora - 1ª edição

Alberto Sissao Sato

Cristiane Altinis de Souza Leite

Fernanda Chrisóstomo

Gustavo Dayrell Ribeiro da Glória

Revisores – 1ª edição

Cíntia de Freitas Santos

Walmer Cardoso de Oliveira Junior

APRESENTAÇÃO

A febre é um sintoma comum em crianças e pode ser causada por uma variedade de condições, que vão desde infecções virais até doenças mais graves. Por isso, é fundamental que o atendimento inicial a pacientes pediátricos com febre seja realizado de maneira ágil e estruturada, a fim de garantir a segurança e o bem-estar da criança.

No momento da triagem, é essencial **priorizar as crianças que apresentam sinais de maior gravidade clínica**, como dificuldade respiratória, sinais de desidratação, alterações no nível de consciência ou convulsões. O reconhecimento precoce desses sinais e a implementação de medidas imediatas podem ser decisivas para o prognóstico da criança.

Além disso, **a redução da febre de maneira rápida** deve ser uma prioridade no atendimento inicial. A febre elevada não apenas aumenta o risco de convulsões febris, mas também pode interferir na normalização dos parâmetros clínicos, como a frequência cardíaca, a pressão arterial e o estado de alerta da criança. Ao reduzir a temperatura corporal de forma eficaz, criamos condições para uma avaliação mais precisa e uma melhor compreensão do quadro clínico pelo pediatra, permitindo decisões terapêuticas mais adequadas.

Objetivos principais do protocolo:

1. **Triagem rápida e eficiente**, identificando crianças com sinais de gravidade.
2. **Redução imediata da febre**, utilizando métodos adequados e seguros.
3. **Facilitação de uma avaliação clínica precisa**, com a normalização dos dados vitais após o controle da febre.

Este protocolo visa otimizar o atendimento, garantindo que todas as crianças com febre recebam cuidados adequados e tempestivos, minimizando os riscos associados e proporcionando um tratamento mais eficaz.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
1. INTRODUÇÃO	5
2. OBJETIVO.....	5
3. DEFINIÇÃO	5
4. VALORES DE REFERÊNCIA	5
5. SINTOMAS QUEACOMPANHAM A FEBRE.....	5
6. COMPLICAÇÕES	6
7. TRATAMENTO	6
7.1. DAPIRONA - Uso adulto e pediátrico.....	7
7.2. PARACETAMOL – Uso Adulto e Pediátrico	10
7.3. IBUPROFENO - Uso Adulto e Pediátrico	11
8. PROTOCOLO DE ESCOLHA DAS DROGAS	12
9. POSOLOGIA DAS DROGAS ANTITÉRMICAS	13
10. DESCRIÇÃO DA ROTINA	14
OBSERVAÇÕES.....	15
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	16

1. INTRODUÇÃO

A febre é uma queixa comum que incentiva a procura em unidade de pronto atendimento. Muitas vezes causa desconforto físico no paciente que aguarda consulta médica, além de causar ansiedade em seus acompanhantes. Visando minimizar esses inconvenientes, foi criado esse protocolo para que o enfermeiro possa medicar a febre ainda na classificação de risco.

2. OBJETIVO

Padronizar a conduta do enfermeiro ao medicar os pacientes com febre que procuram atendimento médico no pronto atendimento após ter passado pela triagem. Medida realizada ainda na classificação de risco visando minimizar o desconforto dos mesmos enquanto esperam; diminuir a ansiedade dos pais e reduzir o risco de convulsão febril nos pacientes susceptíveis.

3. DEFINIÇÃO

A febre é uma resposta fisiológica do organismo e é caracterizada pelo aumento da temperatura corporal.

Em caso de infecção, inflamação ou de certas doenças, a temperatura corporal pode aumentar acima do valor considerado normal, caracterizando reação de defesa do organismo contra os agressores.

4. VALORES DE REFERÊNCIA

DEFINIÇÃO DE TEMPERATURA	
Temperatura normal	36°C a 37,4°C
Febrícula	37,5°C a 37,7°C
Febre	≥ 37,8°C

Escala de definição e classificação da febre/Infusion Nursing Society (INS 2002)

CLASSIFICAÇÃO DE FEBRE	
Leve	37,8°C a 38,4°C
Moderada	38,5°C a 38,9°C
Grave	≥ 39°C

5. SINTOMAS QUE ACOMPANHAM A FEBRE

- Calafrio
- Dor no corpo
- Cefaleia
- Inapetência
- Taquicardia
- Irritabilidade
- Gemência
- Choro frequente

6. COMPLICAÇÕES

Uma das maiores complicações em criança é a crise convulsiva que pode ser influenciada por fatores ambientais e ainda predisposição genética.

Os episódios de convulsão normalmente acontecem entre os 06 meses e os 06 anos de idade, mas são mais comuns antes dos 02 anos de idade.

Os fatores de risco para recorrência são: a presença de história familiar positiva para crise convulsiva febril, em parente de primeiro grau (pai, mãe e irmãos), se a crise convulsiva foi focal e se ocorreu mais de um evento.

Outra complicação que poderia ocorrer seria a desidratação, nos quais os recém-nascidos (0 a 28 dias), lactentes (30 a 60 dias) com temperatura igual ou maior que 37,8°C teriam maior risco.

7. TRATAMENTO

Indicação terapêutica

Todos os pacientes que procurarem atendimento médico nos PS dos hospitais, PA's e UPA's com pediatra apresentando um quadro de febre aferida durante classificação de risco e que **não** tenham sido medicados em um intervalo inferior a duas horas.

Contraindicação terapêutica

Pacientes medicados para febre em um intervalo inferior a 2 horas, aqueles que os responsáveis não autorizam a medicação antes da consulta médica e ainda aqueles com alergia aos medicamentos padronizados pelo protocolo.

Descrição do procedimento

Durante a avaliação na classificação de risco aferir a temperatura axilar e constatar febre (temperatura axilar maior que 37,8 °C).

Interrogar os pais/responsável do paciente, ou o próprio paciente, se o mesmo apresenta alergia a algum medicamento e se foi medicado há menos de 2h.

Caso a resposta às duas últimas questões tenha sido “não”, e à primeira, “sim”, este paciente está elegível a receber o antitérmico e deverá ser medicado pelo enfermeiro em comum acordo com os pais ou responsáveis.

A febre é tratada com antitérmico.

7.1. DAPIRONA - Uso adulto e pediátrico

Apresentação: gotas, xarope, supositórios, ampolas e comprimidos.

Forma farmacêutica e apresentações da Dipirona Sódica

Gotas (solução oral) 500 mg/ml

Embalagens contendo 1 frasco conta-gotas com 10 ou 20 ml

Composição da Dipirona Sódica

Cada 1 ml de solução oral (20 gotas) contém:

Dipironasódica 500mg

Excipientes q.s.p 1ml

Excipientes: sorbitol 70%, metabissulfato de sódio, edetatodissódico e água deionizada.

Posologia

Acima de 5 kg/ maiores de 3 meses – 30 kg: conforme o peso da criança: 1 gota/kg intervalo 6 hs

31 – 45 kg (10-12 anos): 35 gts – dose máxima diária 120 gts – 4 tomadas

46 – 53 kg (13-14 anos): 40 gts – dose máxima diária 140 gts – 4 tomadas

Reações

Aparecimento de reações desagradáveis, tais como: coceira, ardor, inchaço, manchas avermelhadas pelo rosto e corpo, dificuldade para respirar.

Complicações

- **Reações Anafiláticas:** Raramente a dipirona sódica pode causar reações anafiláticas/anafilactóides que, em casos muito raros, podem se tornar graves e com risco de vida. Estas reações podem ocorrer mesmo após dipirona sódica ter sido utilizada previamente em muitas ocasiões sem complicações. Tipicamente, reações anafiláticas/anafilactóides leves manifestam-se na forma de sintomas cutâneos ou nas mucosas (tais como: prurido, ardor, rubor, urticária e inchaço), dispneia e, menos frequentemente, sintomas gastrointestinais, estas reações leves podem progredir para formas graves com urticária generalizada, angiodema grave (até mesmo envolvendo a laringe), broncoespasmos grave, arritmias cardíacas, queda da pressão sanguínea (algumas vezes precedida por aumento da pressão sanguínea) e choque.
- **Circulatório:** Em pacientes com síndrome de asma analgésica, estas reações aparecem tipicamente na forma de ataques asmáticos.
- **Outras reações cutâneas e de mucosas:** Além das manifestações cutâneas e de mucosas de reações anafiláticas/anafilactóides mencionadas anteriormente, podem ocorrer ocasionalmente erupções fixadas por medicamentos: raramente, exantema; e, em casos isolados, síndrome de Stevens Johnson ou síndrome de Lynell.

- **Reações hipotensivas isoladas:** Podem ocorrer ocasionalmente após a administração, reações hipotensivas transitórias isoladas (possivelmente por mediação farmacológica e não acompanhadas por outros sinais de reações anafiláticas/anafilactóides); em casos raros, estas reações apresentam-se sob forma de queda crítica da pressão sanguínea.
- **Reações Hematológicas:** Podem desenvolver-se raramente leucopenia e, em casos muito raros, agranulocitose ou trombocitopenia. Estas reações são consideradas imunológicas e podem ocorrer mesmo após dipirona sódica ter sido utilizada previamente em muitas ocasiões, sem complicações; agranulocitose pode representar risco de vida.

Sinais típicos de agranulocitose incluem lesões inflamatórias na mucosa (Ex.: orofaringe, anorretal, genial), inflamação na garganta, febre (mesmo inesperadamente persistente ou recorrente). Entretanto, em pacientes recebendo antibioticoterapia, os sinais típicos de agranulocitose podem ser mínimos. A taxa de sedimentação eritrocitária é extensivamente aumentada, enquanto que o aumento de nódulos linfáticos é tipicamente leve ou ausente.

Sinais típicos de trombocitopenia incluem uma maior tendência para sangramento e aparecimento de petéquias na pele e nas membranas mucosas.

- **Outras reações adversas:** Em casos muito raros, especialmente em pacientes com história de doença renal, pode ocorrer piora aguda da função renal (insuficiência renal aguda), em alguns casos com oligúria, anúria ou proteinúria. Em casos isolados, pode ocorrer nefrite intersticial aguda.

Tempo de Ação

Os efeitos analgésicos e antipiréticos são alcançados 30 a 60 minutos após a administração e geralmente duram aproximadamente 4 horas.

7.2. PARACETAMOL – Uso Adulto e Pediátrico

Composição do Paracetamol

Cada ml da solução oral contém:

Paracetamol 200mg

(metabissulfito de sódio, ciclamato de sódio, sacarina sódica, corante amarelo crepúsculo, corante amarelo de tartrazina, benzoato de sódio, ácido cítrico anidro, aroma de caramelo, polietilenoglicol e água deionizada).

Posologia

Criança: 10 – 15 mg/kg/dose com intervalos 4- 6 hs – 1 gota/kg até a dosagem máxima de 40 gts;

Crianças acima de 12 anos ou mais: 500 -1000 mg/dose com intervalos de 4-6 hs. Não excedendo total de 4 g (4000mg ou 4g) em 24 horas.

Reações/Complicações

Pode provocar reações adversas nos diferentes sistemas orgânicos, porém a mais temida reação é a hepatotoxicidade. Embora a incidência extremamente rara, há relatos de êxito letal devido a fenômenos hepatotóxicos provocados pelo paracetamol. Pode ocorrer reação de hipersensibilidade, sendo descritos casos de erupções cutâneas, urticária, eritema pigmentar fixo, broncoespasmo, angioedema e choque anafilático. Em pacientes com comprometimento metabólico, ou mais susceptíveis, pode ocorrer acidúria pirolutâmica.

Início da ação

Cerca de 30 minutos após a ingestão oral.

O pico das concentrações plasmáticas ocorre entre 30 minutos e 2 horas após administração.

7.3. IBUPROFENO - Uso Adulto e Pediátrico

Forma farmacêutica e apresentações do Ibuprofeno

Suspensão oral (Gotas): Embalagem com 1 frasco de 30 ml

Composição do Ibuprofeno

Cada ml (20 gotas) de Ibuprofeno contém:

Ibuprofeno 50mg

Ibuprofeno 100mg

Excipientes: ácido cítrico, aroma de morango, benzoato de sódio, dióxido de titânio, glicerol, goma xantana, polissorbato 80, propilenoglicol, sucralose e água purificada.

1 ml = 20 gts

Início da Ação

O início de ação ocorre cerca de 15 a 30 minutos após sua administração oral e permanece por 4 a 6 horas.

Posologia

Ibuprofeno 50 mg

Criança a partir 6 meses: 1 – 2 gts/ kg intervalo de 6 a 8 horas, não excedendo máximo de 40 gotas por dose.

Ibuprofeno 100mg

Criança a partir 6 meses: 1 gt/ kg intervalo de 6 a 8 horas, não excedendo máximo de 20 gotas por dose.

Contraindicação

Hipersensibilidade prévia ao ibuprofeno ou a qualquer componente da formulação, não utilizar em indivíduos com úlcera péptica ativa, sangramento gastrointestinal ou em casos em que o ácido acetilsalicílico, iodeto e outros anti-inflamatórios não esteroides tenham induzido asma, rinite, urticária, pólipos nasais, angioedema, broncoespasmos e outros sintomas de reação alérgica ou anafilática. Lactação, exceto por orientação médica.

Este medicamento é contraindicado para uso em crianças menores de 06 meses de idade.

8. PROTOCOLO DE ESCOLHA DAS DROGAS

- O primeiro antitérmico de escolha será a *DIPIRONA* para crianças acima de 5kg.
- Crianças com alguma alergia ao componente *DIPIRONA* o segundo antitérmico a ser indicado será o *PARACETAMOL*.
- A criança sendo alérgica a algum componente do *PARACETAMOL*, indicar *IBUPROFENO* como antitérmico.
- Para Recém-nascidos de até 28 dias, Lactente até 60 dias e abaixo de 5kg será indicado *SOMENTE PARACETAMOL*, para casos onde existem hipersensibilidade à droga, encaminhar *PARA AVALIAÇÃO MÉDICA*.

9. POSOLOGIA DAS DROGAS ANTITÉRMICAS

Peso/Kg	1ª escolha <i>Dipirona (gotas)</i>	2ª escolha <i>Paracetamol (gotas)</i>	3ª escolha <i>Ibuprofeno 100mg (gotas)</i>	<i>Ibuprofeno 50mg (gotas)</i>
2 Kg	2	Observação: Utilizar somente paracetamol para pacientes recém-nascidos e lactentes.		
3 Kg	3			
4 Kg	4			
5 Kg	5			
6 Kg	6	6	6	12
7 Kg	7	7	7	14
8 Kg	8	8	8	16
9 Kg	9	9	9	18
10 Kg	10	10	10	20
11 Kg	11	11	11	22
12 Kg	12	12	12	24
13 Kg	13	13	13	26
14 Kg	14	14	14	28
15 Kg	15	15	15	30
16 Kg	16	16	16	32
17 Kg	17	17	17	34
18 Kg	18	18	18	36
19 Kg	19	19	19	38
20 Kg	20	20	20	40
21 Kg	21	21	21	42
22 Kg	22	22	22	44
23 Kg	23	23	23	46
24 Kg	24	24	24	48
25 Kg	25	25	25	50
26 Kg	26	26	26	52
27 Kg	27	27	27	54
28 Kg	28	28	28	56
29 Kg	29	29	29	58
≥ 30 Kg	30	30	30	60

10.DESCRICÃO DA ROTINA

AGENTE	AÇÃO
Recepção (Auxiliar administrativo)	Na abertura da ficha de atendimento o responsável comunica que criança está com febre, o recepcionista abre a ficha e encaminha para a classificação de risco.
Enfermeiro	• Verificar os sinais vitais, principalmente a temperatura; • Pesquisar a criança; • Confirmar com o responsável, se a criança é alérgica a algum medicamento e se não foi medicada para a febre no período de 6 horas. Criança apresenta hipertermia igual ou $> 37,8^{\circ}\text{C}$: • Classificar a criança conforme protocolo. Encaminhar ficha conforme ordem da classificação de risco para atendimento médico. • Prescrever e administrar o antitérmico conforme protocolo. • Imprimir a ficha de atendimento da sala de classificação, constando o horário da administração da medicação. A ficha deverá ser devolvida ao funcionário da recepção ao final do plantão para devido arquivamento. • Orientar o responsável que a temperatura da criança deverá ser aferida após 2 horas de medicada, caso ainda não tenha sido atendida pelo médico. • Reclassificar caso seja necessário.
Técnico de enfermagem	Crianças de difícil manejo podem ser direcionadas ao posto de enfermagem para administração da medicação, de posse da prescrição realizada na ficha de classificação. • Medicação, checar e devolver a ficha na sala de classificação. • Orientar o responsável a retornar para a recepção e aguardar atendimento médico. • Direcionar as crianças para o banho quando indicado pelo enfermeiro e/ou médico.
Enfermeiro	Caso a criança tenha sido medicada para a febre no período entre 2 e 6 horas e ainda apresente hipertermia igual ou $> 37,8^{\circ}\text{C}$: • Direcionar a criança ao posto de enfermagem para banho.

	• Comunicar ao pediatra que a criança já se encontra na enfermaria.
Médico	Realizar atendimento prioritário das crianças que tiverem contraindicação para todas as medicações do protocolo ou que estiverem na enfermaria após o banho. Nos casos já medicados, realizar atendimento de acordo com a classificação de risco. Atender prioritariamente qualquer caso de reação aos medicamentos antitérmicos administrados.

OBSERVAÇÕES

- A normativa sobre a idade máxima para atendimento pediátrico se faz necessária cumprir com os preceitos do Estatuto da Criança e Adolescente, que em seu art. 2º define:

Art. 2º Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.
- O procedimento está em concordância com a Lei 7.498/1986 e o PARECER DE CÂMARA TÉCNICA Nº 11 2014 CTLN COFEN.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herzog LW, Coyne LJ. What is fever? Normal temperature in infants less than 3 months old. Clin Pediatr (Phila) 1993;32:142-6.
2. World Health Organization – The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. Geneva: WHO;1993.
3. Weber M. Open question in the case management of sick children. Geneva: WHO; 1993.
4. Weber M. Open question in the case management of sick children. Trans R Soc Trop Med Hyg 2000;94:14-16.
5. Osinusik, Njinyam Mr. Comparison of body temperatures taken at different sites and the reliability of axillary temperature in screening for fever. Afr J Med Sci 1997;26:163-6.
6. Androkites AL, Werger AM, Yong ML. Comparison of axillary and infrared tympanic membrane thermometry in a pediatric oncology outpatients setting. J Pediatr Oncol Nurs 1998;15:216-22.
7. Ubeda Sansano MI, Diez DJ, Casani MC, Alvarez LMT, Ballester AS. Validation of the tympanic thermometer in primary care. Aten Primaria 1999;23:91-6.