NORMA

NÚMERO:	014/2018
DATA:	03/08/2018

Diogo Nuno Fonseca da Cruz

Digitally signed by Diogo Nuno Fonseca da Cruz
DN: c=PT, o=Direção-Geral da Saúde, cn=Diogo Nuno Fonseca da Cruz
Date: 2018.08.04 15:17:10 +01'00'

ASSUNTO:	Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica
PALAVRAS-CHAVE:	Febre; processo assistencial integrado
PARA:	Direções Clínicas e de Enfermagem das Instituições Hospitalares, Conselhos Clínicos e de Saúde dos Agrupamentos de Centros de saúde e Profissionais de Saúde do Sistema de Saúde
CONTACTOS:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.min-saude.pt)

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, por proposta conjunta do Departamento da Qualidade na Saúde, da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros, ouvida a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, a Direção-Geral da Saúde emite a seguinte Norma organizacional

NORMA

1. O Diretor Clínico Hospitalar, o Enfermeiro Diretor Hospitalar e o Presidente do Conselho Clínico e de Saúde de cada Agrupamento de Centros de Saúde asseguram nas unidades de saúde:

   a) A implementação do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica (PAI da Febre);

   b) A formação dos profissionais de saúde envolvidos;

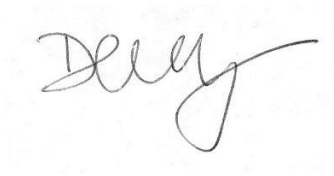
   c) A monitorização da adesão às Normas e Orientações clínicas e organizacionais e regras de boa prática de segurança e de respeito pelos direitos dos doentes;

   d) A realização de auditorias internas interpares e sistemáticas.

2. A metodologia geral de implementação dos Processos Assistenciais Integrados encontra-se resumida na Orientação "Processos Assistenciais Integrados" n.º 02/2013, de 18/02/2013, desta Direção-Geral.

3. Faz parte integrante do Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica a versão resumida para uso clínico bem como o folheto informativo destinado aos pais/cuidadores, disponibilizados em simultâneo e no sítio http://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/processos-assistenciais-integrados.aspx.

4. A presente Norma revoga a Norma n.º017/2017, de 4 de agosto de 2017.



Diogo Cruz

Subdiretor-Geral da Saúde

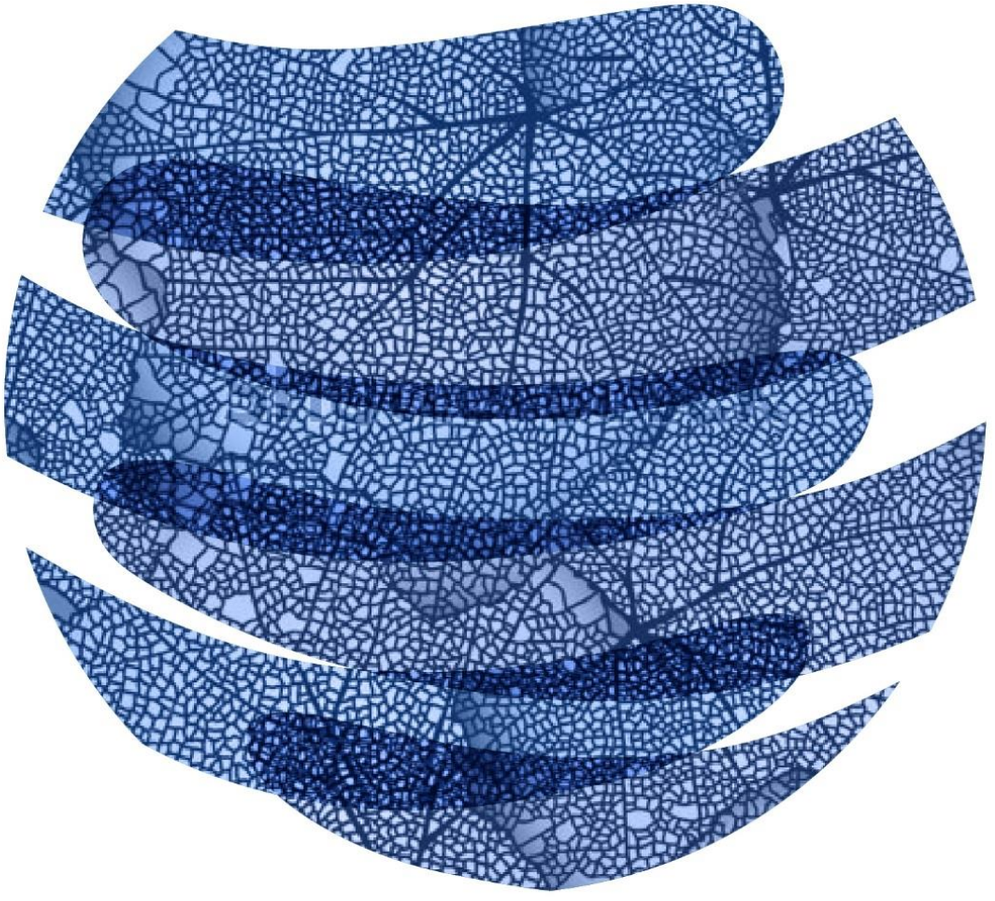
REPÚBLICA PORTUGUESA
SAÚDE

SNS
SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE

DGS desde 1899
Direção-Geral da Saúde

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Departamento da Qualidade na Saúde



www.dgs.pt

Página intencionalmente em branco

PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

Departamento da Qualidade na Saúde

FICHA TÉCNICA

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde.
PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE DE CURTA DURAÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA
Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018
ISBN

EDITOR
Direção-Geral da Saúde
Departamento da Qualidade na Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa
Tel.: 218 430 500
Fax: 218 430 530
E-mail: dqs@dgs.min-saude.pt
www.dgs.pt

COORDENAÇÃO EXECUTIVA
Carlos Silva Vaz, Departamento da Qualidade na Saúde

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA
Manuel Salgado, Aldina Lopes, Arminda Monteiro, Elsa Rocha, Rosário Almeida

COLABORAÇÃO INSTITUCIONAL
Ordem dos Enfermeiros, Ordem dos Médicos e Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente

CONTRIBUTOS, VALIDAÇÃO E REVISÃO DE CONTEÚDOS
Ângela Dias, Ângela Santos Neves, Cristina Ribeiro Gomes, Deolinda Chaves Beça, Marta Fraga, Sérgio Gomes

AGRADECIMENTOS
Filipa Sabino, Joana Matos, Jorge Tavares, Laura Marques

2.ª edição (versão eletrónica)

Lisboa, julho, 2018

Indíce

Recomendações principais 6

Graus de recomendações e níveis de evidência 9

Apresentação 11

Capítulo 1 Introdução 13

Capítulo 2 Definição 21

Capítulo 3 Expectativas 23

Capítulo 4 Descrição geral 25

Capítulo 5 Componentes 27

Capítulo 6 Atividades..... 51

Capítulo 7 Recursos e Unidades de Suporte..... 57

Capítulo 8 Representação gráfica 59

Capítulo 9 Indicadores 61

Capítulo 10 Anexos 63

Anexo 1 - O roteiro de Informação à criança com febre 65

Anexo 2 - Expectativas da criança/adolescente/pais/cuidadores e dos profissionais de saúde..... 67

Anexo 3 - Avaliação clínica dos sinais de alerta..... 73

Anexo 4 - Nível de risco: classificação..... 77

Anexo 5 - Tabela dos sinais e sintomas sugestivos de uma doença específica 79

Capítulo 11 Acrónimos e siglas 81

Capítulo 12 Bibliografia 83

RECOMENDAÇÕES PRINCIPAIS

	Recomendação	**Grau de recomendação/ Nível de evidência**
1	A febre é dos sinais de doença mais frequentes na criança/adolescente. O ensino sobre os conceitos de avaliação e as medidas a tomar deve ser sempre realizado aos cuidadores, nomeadamente nos cuidados de saúde materno-infantis.	**I/A**
2	A abordagem da criança com febre nos serviços de saúde requer a intervenção de equipas coordenadas de profissionais de saúde.	**I/A**
3	Diagnostica-se febre quando existe uma elevação da temperatura corporal ≥ 1ºC acima da média diária individual, tendo em conta o local de medição. Desconhecendo-se a temperatura média diária individual, é aceitável considerar-se como febre qualquer dos seguintes valores da temperatura: a) Retal ≥ 38ºC; b) Axilar ≥ 37,6ºC; c) Timpânica ≥ 37,8ºC; d) Oral ≥ 37,6ºC.	**I/B** **I/A**
4	Os locais de medição da temperatura corporal devem ser preferencialmente: a) Retal: método mais rigoroso e o que melhor corresponde à temperatura central; b) Axilar: método mais usado, embora não seja tão preciso como o retal e seja mais demorado; c) Timpânico: método mais rápido e mais higiénico. Confere vantagem em serviços de triagem pediátrica mas tem muitos falsos negativos, sobretudo em idade inferior a 3 anos; d) Oral: método muito usado em alguns países; tem maior precisão que o axilar.	**I/A**
5	Deve ser transmitido aos cuidadores que os sinais de alerta que acompanham a febre são de maior importância que o valor isolado da temperatura, nomeadamente: a) Irritabilidade; gemido mantido; b) Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer; c) Convulsão; d) Aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24-48 horas de febre; e) Respiração rápida ou dificuldade em respirar; f) Vómitos repetidos entre as refeições; g) Recusa alimentar completa superior a 12 horas, principalmente em criança com menos de 1 ano; sede insaciável;	**I/C**

	h) Dor perturbadora; choro inconsolável ou criança que não tolera o colo; i) Calafrios; j) Acrocianose na subida térmica; k) Dor ou dificuldade em mobilizar um membro ou alteração da marcha; l) Urina turva ou com mau cheiro.	
6	Perante uma criança/adolescente com febre os cuidadores devem recorrer aos serviços de saúde se: a) Evidência de algum dos sinais de alerta descritos na recomendação anterior; b) Idade < 3 meses (em ex-prematuros, < 3 meses de idade corrigida); c) Temperatura axilar ≥ 39ºC, ou retal ≥ 40ºC, se idade < 6 meses; d) Temperatura axilar ≥ 40ºC, ou retal ≥ 41ºC, se idade ≥ 6 meses; e) Febre na presença de patologia crónica grave (ex: malformações cardíacas, imunodeficiência, tratamentos com quimioterapia, imunossupressores ou terapêuticas biológicas).	**IIa/C**
7	Nos Cuidados de Saúde Primários, na suspeita de febre devem ser desencadeadas as seguintes intervenções: a) Medição correta da temperatura; b) Avaliação dos sinais de alerta; c) Tratamento da febre; d) Diagnóstico e tratamento da patologia responsável.	**I/B**
8	O médico classifica o nível de risco da criança/adolescente com febre, conforme sinais de alerta presentes, em: a) Risco baixo (R1): b) Risco intermédio (R2); c) Risco alto (R3).	**I/A**
9	O tratamento da febre tem como objetivo primordial minimizar o desconforto da criança/adolescente, diminuindo o valor da temperatura corporal: 1- Medidas gerais; 2- Terapêutica: a) paracetamol (fármaco de 1.ª linha): i. Oral: 10-15 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia); ii. Retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia); iii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas. b) ibuprofeno, apenas se existir contraindicação ao paracetamol: i. Oral: 5 mg - 10 mg/Kg/dose (dose máxima diária: 40 mg/kg/dia); ii. Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 6 horas.	**I/A**

10	Na presença de febre, o médico nos Cuidados de Saúde Primários referencia para Cuidados Hospitalares: a) A criança/adolescente de nível de risco R3; b) A criança entre os 1 e 6 meses de idade de nível de risco R2 ou criança de nível de risco R1, se não for possível garantir seguimento adequado; c) A criança de idade superior a 6 meses com nível de risco R2 e com febre sem foco evidente e/ou sem facilidade de acesso aos serviços de saúde.	**I/ B**
11	No hospital, em função da idade e gravidade, são tomadas as seguintes decisões: a) Internamento sob vigilância clínica permanente: i. Criança com menos de 1 mês de idade; ii. Criança/adolescente de nível de risco R3. b) Vigilância em sala de observação, eventual realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e decisão de alta ou internamento: i. Criança de 1 a 6 meses e nível de risco R2; ii. Criança de idade superior a 6 meses com nível de risco R2 com febre sem foco evidente, que necessite vigilância nas horas seguintes e/ou sem facilidade de acesso aos serviços de saúde.	**I/A**
12	No momento da alta clínica hospitalar, os profissionais de saúde asseguram a entrega, nos termos da legislação em vigor sobre notas de alta hospitalar: a) Informação médica de todo o processo clínico de internamento, com identificação do médico responsável; b) Informação de enfermagem e do plano de cuidados a observar, com identificação do enfermeiro responsável.	**I/A**
13	Após alta hospitalar, a continuação de cuidados deve, preferencialmente, ser efetuada pelos Cuidados de Saúde Primários. A equipa hospitalar de profissionais de saúde, na preparação da alta hospitalar e sempre que a situação clínica o exija, assegura esta continuidade de cuidados e informa adequadamente os cuidadores da sua importância, sem prejuízo da informação clínica aos profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários.	**I/C**

Graus de Recomendação e Níveis de Evidência

O PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica resume as recomendações desenvolvidas por um painel de especialistas, após a realização de revisão da literatura científica sobre o diagnóstico, monitorização e terapêutica de febre de curta duração em idade pediátrica, sobretudo a partir da revisão e adaptação das *guidelines* internacionais mais recentes, sumarizadas na bibliografia. A título de exemplo, os fármacos e as respetivas dosagens foram atualizadas para refletir a melhor evidência de utilização dos fármacos atualmente disponíveis para o seu tratamento.

Na Tabela 1 e 2 encontram-se, respetivamente, os Graus de Recomendação e os Níveis de Evidência, adotados por esta Direção-Geral, para a emissão das Normas Clínicas e demais documentos científicos, elaborados pelo Departamento da Qualidade na Saúde, em parceria com a Ordem dos Médicos e Ordem dos Enfermeiros.

Tabela 1: Graus de Recomendação

Grau de recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau IIa	Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Grau IIb	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.
Grau III	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/ eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.

Tabela 2: Níveis de Evidência

Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospetivos e registos.

Página intencionalmente em branco

APRESENTAÇÃO

No cumprimento da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde e com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos, a Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), iniciou a publicação de Processos Assistenciais Integrados (PAI) relativamente a diversas alterações do estado de saúde, doenças agudas e doenças crónicas.

Os PAI são processos organizacionais que colocam o cidadão, com as suas necessidades e expectativas, no centro do sistema. A continuidade assistencial e a coordenação entre os diferentes níveis de cuidados, são reconhecidos como elementos essenciais para garantir que o doente recebe de forma atempada e efetiva os melhores cuidados de saúde.

A abordagem dos PAI é uma abordagem multidisciplinar, integral e integrada que pressupõe a reanálise de todas as atuações de que o doente é alvo em qualquer ponto do Sistema de Saúde, do início ao fim do processo assistencial. Por outro lado, as atividades assistenciais baseadas na melhor evidência científica disponível, respeitam o princípio do uso racional de tecnologias da saúde e orientam a adoção de atuações terapêuticas custo-efetivas, ao mesmo tempo que se garante ao cidadão a qualidade clínica que é consagrada como um dos seus principais direitos.

Pretende-se proporcionar a mudança organizacional, com base no envolvimento de todos os profissionais implicados na prestação de cuidados, quer a nível hospitalar, quer a nível dos cuidados primários ou continuados, acreditando na sua capacidade e vontade de melhorar continuamente a qualidade e de centrar os seus esforços nas pessoas.

Os PAI são ainda uma ferramenta que permite analisar as diferentes componentes que intervêm na prestação de cuidados de saúde e ordenar os diferentes fluxos de trabalho, integrando o conhecimento atualizado, homogeneizando as atuações e colocando ênfase nos resultados, a fim de dar resposta às expectativas quer dos cidadãos quer dos profissionais de saúde.

O PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica foi elaborado em cooperação ativa com a Comissão Nacional da Saúde Materna, da Criança e do Adolescente, tendo em conta as suas orientações estratégicas, a evidência científica publicada e os consensos da comunidade científica e académica e ainda a cooperação de representantes da Ordem dos Médicos e da Ordem dos Enfermeiros.

J. Alexandre Diniz
Diretor do Departamento da Qualidade na Saúde

Página intencionalmente em branco

1

INTRODUÇÃO

Define-se febre como uma elevação da temperatura corporal igual ou superior a 1ºC acima da média basal diária individual, dependendo o seu valor do local e da hora de avaliação. No entanto, não existe consenso nos valores acima dos quais se pode definir febre em idade pediátrica, tendo em conta o local e o método de medição.

Na ausência do conhecimento das temperaturas fisiológicas individuais, consideram-se aceitáveis para a definição de febre, os seguintes valores da temperatura:

a) Retal ≥ 38ºC;
b) Axilar ≥ 37,6ºC;
c) Timpânica ≥ 37,8ºC;
d) Oral ≥ 37,6ºC.

A febre é o motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica. Representa pelo menos 20% das causas de recurso aos serviços às urgências hospitalares e cerca de 50% das urgências realizadas em consultórios pediátricos. Em Portugal, a fácil acessibilidade aos serviços de urgência tem contribuído para que os pais recorram frequentemente a estes numa fase muito precoce da doença febril. O receio de uma infeção grave subjacente e das suas consequências, têm criado uma "fobia da febre". Este termo, introduzido por *Schmitt* em 1980, assenta nos falsos pressupostos de que a temperatura não controlada continuará a aumentar e que poderá causar dano neurológico, inclusive, a morte.

Dos episódios infeciosos febris agudos (EFA) em idade pediátrica, cerca de 95% são devidos a infeções benignas, víricas ou bacterianas, na sua maioria autolimitadas: rinofaringites, otites agudas, amigdalites, laringotraqueítes, bronquiolites, bronquites infeciosas e gastroenterites agudas. Muitas destas infeções são contraídas em creches e infantários (as "*daycaritis*").

Cerca de 5% dos EFA resultam de doenças potencialmente graves (pneumonia, pielonefrite, gastroenterite por gérmen invasor, artrite sética, osteomielite, discite, otomastoidite, meningite, sépsis, celulite / abcessos

vários, apendicite, endocardite bacteriana, doença de Kawasaki, bacteriémia oculta, entre outras). Nestas, a sintomatologia que acompanha a febre e a sua repercussão no estado geral, determinam o recurso aos cuidados de saúde, em regra em tempo útil. As doenças febris muito graves, que poderão colocar a vida em risco, nomeadamente as sépsis e as meningites, são raras, representando apenas 0,04% dos EFA (< 1 / 2.500). A duração média dos EFA benignos autolimitados é de 4,1 dias (±3,1 dias). Contudo, cerca de 30% podem prolongar-se para além dos 5 dias e, quase 10%, duram 7 ou mais dias. Apenas 1,5% dos EFA ocorrem nos primeiros 3 meses de idade e 0,4% nos primeiros 28 dias de vida. No grupo etário dos 0 aos 3 meses, a percentagem de doença grave ronda os 10%, sendo ainda maior nos recém-nascidos (≈ 20%).

A abordagem da criança com febre é determinada pela gravidade da situação clínica, pela sua repercussão no estado geral da criança e pelo grupo etário. O valor máximo da temperatura, a sua não normalização com os antipiréticos e o número de dias de doença, têm menor relevância. As dificuldades na abordagem de uma criança febril, são acrescidas por várias condicionantes:

a) Controvérsias na definição de febre, na sua medição e nas medidas mais adequadas para o seu controlo;
b) A idade da criança - quanto menor a idade mais difícil é estabelecer um diagnóstico e avaliar a gravidade do episódio febril;
c) A ansiedade dos pais perante um filho doente com febre;
d) A diversidade de protocolos existentes na abordagem da criança com febre;
e) O aumento da incidência das infeções importadas, nomeadamente a malária e o dengue.

Neste contexto, a abordagem da criança com febre deverá assentar nos seguintes conceitos:

1. A febre é um sinal e não uma doença; ela surge como resposta a variados tipos de agressões à homeostasia corporal e, em especial, à invasão por múltiplos agentes infeciosos, funcionando como um dos mecanismos de defesa contra essas infeções.
2. Em regra, os mecanismos fisiopatológicos subjacentes a essa elevação da temperatura são benéficos. Nas infeções graves verifica-se uma maior sobrevida para temperaturas entre os 38,5ºC e os 40,5ºC.
3. A febre, enquanto sinal, é uma elevação autorregulada da temperatura, diferente da hipertermia e da hiperpirexia que não são autorreguladas. Na febre, mesmo não medicada, a temperatura não ultrapassará os limites fisiológicos, desde que se permitam os comportamentos individuais e espontâneos de adaptação às fases da curva térmica.

4. A definição de febre que mais se aproxima da realidade será a de ≥1ºC acima da temperatura basal média diária individual, tendo em conta o local de avaliação.

   As definições tradicionais de febre foram inferidas de estudos populacionais com indivíduos saudáveis. Destes estudos obtiveram-se as temperaturas normais da população e não a dos indivíduos. Estas definições, usadas no dia-a-dia, subvalorizam verdadeiras febres nos indivíduos com temperaturas fisiológicas baixas.

   Também o conceito "subfebril", tão vulgarmente utilizado, com valorizações e interpretações variáveis de profissional para profissional, na realidade não existe. Em indivíduos com temperaturas individuais baixas, representará febre; em indivíduos com temperaturas basais elevadas, serão valores normais. Em muitos casos serão temperaturas inadequadamente quantificadas e/ou subvalorizadas, e em especial durante a noite.
5. A temperatura individual tem um ritmo circadiano, sendo mais elevada entre as 16 e as 21 horas, e diminuindo de 0,5ºC a 1,0ºC entre as 03 e as 08 horas da madrugada; esta variação deverá ser tida sempre em conta, em especial na valorização das temperaturas obtidas durante a noite e a madrugada. A subvalorização de temperaturas ligeiramente aumentadas, mas significativamente elevadas para essas horas noturnas, é dos erros mais comuns da prática diária.
6. A temperatura retal é a medição padrão (de referência) da temperatura corporal. É a que mais se aproxima da temperatura central e, consequentemente, a mais uniforme nos resultados quando a medição é repetida. Nos restantes locais de avaliação (axilar, timpânico e oral), são frequentes as disparidades nos valores sequenciais obtidos e as percentagens de falsos negativos para febre variam entre 20% a 30%. Não se deverá subestimar a impressão subjetiva das mães "de que o filho tem febre". A sensibilidade (sim / não) das mães é ≈85% (as mães conhecem bem os filhos e têm o conhecimento empírico da temperatura normal deles, pois palpam-nos todos os dias), percentagem superior à sensibilidade da temperatura axilar ao primeiro toque do termómetro digital (≈75%).

   Assim, será importante conhecerem-se as razões fisiológicas e técnicas que justificam os frequentes falsos negativos de febre das avaliações da temperatura, de forma a serem corrigidas e, deste modo, obter-se avaliações fiáveis da temperatura corporal, tanto nas avaliações periféricas da temperatura (axilar, oral e auricular e não timpânica), como na pretensa avaliação da temperatura "central" com a temperatura timpânica (e não auricular).

7. Cerca de 10% dos EFA com petéquias devem-se a infeção meningócocica, justificando as devidas cautelas; nas crianças vacinadas com vacinas antimeningocócica C e B, esta percentagem será significativamente menor. A maioria dos restantes casos têm etiologia vírica.
8. As "viroses" são uma realidade. Em 2016 conheciam-se mais de 200 espécies de vírus patogénicos capazes de induzir febre em humanos, vários com múltiplos serotipos. Globalmente são possíveis 581 infeções víricas febris diferentes. Acresce que, pelo menos 11 das 20 espécies de vírus comuns, não conferem imunidade definitiva, sendo frequentes as reinfeções, embora progressivamente mais atenuadas. Felizmente muitas dessas infeções e reinfeções serão assintomáticas. As novas técnicas de diagnóstico por biologia molecular, especialmente por "*Protein Chain Reaction*", permitem diagnósticos em poucas horas de múltiplos vírus, proporcionando diagnósticos etiológicos víricos específicos.
9. Inversamente, são cerca de 30 as diferentes bactérias (extracelulares e intracelulares) responsáveis por mais de 98% das doenças infeciosas bacterianas pediátricas adquiridas na comunidade. As bactérias predominantemente extracelulares são: *Streptococcus pneumoniae* (≈90 serotipos), *Streptococcus pyogenes* (≈130 serotipos), *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae* (do tipo B ou não tipável), *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria meningitidis* (dos grupos A, B, C, W135, Y), *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enteroccus faecalis*, *Pseudomonas aeroginosa*, *Campylobacter jejuni*, *Streptococcus agalactiae, Kingella kingae, Shigella spp*. Muitas destas bactérias coabitam silenciosamente, durante semanas ou meses no estado de portador assintomático, na pele ou nas diversas mucosas; algumas aproveitam-se das infeções víricas e do consequente processo inflamatório local, para se multiplicarem e invadirem ou não a corrente sanguínea.

   A incidência de bacteriémia oculta (presença de bactérias na corrente sanguínea, na criança com bom estado geral) no grupo etário dos 3 aos 36 meses, é inferior a 0,25 a 0,5% nas vacinadas com vacina antipneumocócica. Neste contexto, perante leucocitoses superiores a 15.000, o risco de bacteriémia é, atualmente, inferior a 1,5 a 3%, com várias infeções víricas a serem responsáveis por leucocitose.
10. As bactérias intracelulares tais como *Brucella spp, Salmonella spp, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Chlamydia pneumoniae, Coxiella burnetti, Legionella pneumoniae, Listeria monocytogenes, Rickettsia conorii, Mycobacterium tuberculosis, Bartonella henselae, Borrelia burgdorferi,* ao invés das bactérias extracelulares, tendem a manifestar-se com doença insidiosa e prolongada, frequentemente com hepatomegália e/ou esplenomegália e/ou linfoadenopatias, e com muito baixa ou nula rentabilidade da hemocultura ou da cultura noutros líquidos biológicos.

Os parasitas responsáveis por febre (*Leishmania spp, Plasmodium spp, Toxoplasma gondii e Toxocara spp*) são gérmens intracelulares obrigatórios, sendo pouco frequentes como causa de febre em Portugal.

Nestas infeções são notórias as vantagens da identificação etiológica dos agentes infeciosos das técnicas de biologia molecular, como a "*Protein Chain Reaction*".

11. Menos de 4% das hemoculturas realizadas em crianças previamente saudáveis e/ou provenientes da comunidade são positivas para gérmens patogénicos. Nos serviços pediátricos, e em especial nos últimos anos após o início da vacinação anti-peumocócica, a percentagem de hemoculturas positivas para gérmens patogénicos globalmente não ultrapassa os 2%, variando entre 1% a 5% no grupo etário inferior a 90 dias (em que os gérmens mais vezes isolados são as enterobacteriácias, predominantemente a *Escherichia coli*, seguida do *Streptococcus agalactiae*).

    Das hemoculturas positivas, 80% resultam de colheitas realizadas nas primeiras 48 horas de febre e apenas 10% provêm de colheitas realizadas para além das 96 horas de febre. Estes resultados subentendem uma positividade global inferior a 0,2% nas colheitas realizadas depois do 4º dia de febre (menos de 1 hemocultura positiva para cada 500 colheitas). Esta percentagem de hemocultura positiva tardia é um pouco maior para alguns gérmens intracelulares obrigatórios (exemplos *Salmonella spp*, *Brucella spp e Listeria monocytogenes*) ou intracelulares facultativos (exemplos *Staphylococcus aureus, Streptococcus pyogenes, Escherichia coli*).
12. Não existe um dia mais apropriado para uma observação médica numa criança com febre. O 3º dia será tarde demais para as doenças graves e muito graves e demasiado cedo para a maioria das doenças febris benignas autolimitadas, que duram, em média, 4,1 dias. Estas últimas representam, pelo menos, dois terços de todos os EFA.
13. Mais importante do que o valor da temperatura, são os sinais de gravidade associados à febre. Na presença desses “sinais de alerta”, justifica-se recorrer precocemente ao médico, independentemente do dia de doença.
14. Em idade inferior a 3 meses, e em especial no recém-nascido, justifica-se o recurso aos cuidados de saúde, logo nas primeiras horas de febre.
15. O tratamento da febre não tem como objetivo obter a normalização da temperatura corporal, mas somente minimizar o desconforto da criança; a administração rotineira de dois antipiréticos diferentes, de forma alternante, não traz benefícios acrescidos aos doentes.

16. Quatro em cada 100 (4%) das crianças saudáveis terão uma ou mais convulsões febris nos primeiros 6 anos de vida. Contudo, menos de um em cada 100 EFA ocorridos nos primeiros 2 anos de vida, cursarão com uma primeira convulsão febril. Depois assiste-se à redução progressiva desse risco, sendo muito baixo depois 3 anos de idade. Assim, numa criança sem antecedentes pessoais ou familiares de convulsão febril, o risco duma primeira convulsão nos múltiplos EFA é muito baixo: ≈1% antes dos 2 anos; entre 0,1 a 0,2% dos 2 aos 4 anos; quase nulo depois dos 4 anos.
17. Os antipiréticos não previnem as convulsões, nem interferem na duração da febre, nem na duração da doença. Perante qualquer pico febril, a administração de antipiréticos não deve ser automática, mas sim ponderada.

Assim, a abordagem da criança com febre, requer a intervenção de equipas coordenadas de profissionais de saúde, com o objetivo de evitar cuidados assistenciais desestruturados e o consequente desperdício de recursos.

Processo Assistencial Integrado – porquê?

É necessário orientar a prática clínica para os resultados e para a qualidade, tendo como objetivo a utilização mais efetiva dos recursos. A gestão da prática clínica, tal como definida nos Processos Assistenciais Integrados, apela para a reorganização dos cuidados prestados às pessoas pelo Sistema de Saúde, centrando-os no cidadão e, neste caso particular, nas necessidades e expectativas da criança/adolescente com febre de curta duração (ver em Anexo 1, o roteiro da informação à criança/adolescente com febre de curta duração) e na antecipação e planeamento integral da continuidade dos cuidados.

São dois os parâmetros a considerar:
1. Para quem fazemos as coisas e
2. Como fazê-las corretamente.

No desenvolvimento deste Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta de Duração em Idade Pediátrica, doravante designado por PAI da Febre, colocou-se especial ênfase nas atividades que se pensa poderem afetar a qualidade dos cuidados (como podem ser os problemas de medição da própria febre, os do seu registo clínico, entre outros) e nas que podem melhorar os cuidados prestados à criança/adolescente com doença aguda.

Deseja-se que se efetue uma leitura flexível deste documento e do que nele está definido, tendo em consideração os recursos disponíveis, para ser realizada uma melhor adaptação local, com vista ao

aperfeiçoamento dos cuidados de saúde prestados à criança/adolescente com febre de curta duração. Foi assim que este documento foi pensado: como material de trabalho, adaptável ao âmbito local específico de cada unidade prestadora de cuidados de saúde (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria).

Finalmente, refere-se que não se descurou a necessidade de o rever periodicamente para a sua atualização e melhoria contínua.

Página intencionalmente em branco

2

DEFINIÇÃO

Designação do processo

Processo de prestação de cuidados de saúde à criança/adolescente na presença de febre de curta duração.

Definição funcional

Conjunto de atividades coordenadas que se aplicam quando se avalia de forma objetiva ou subjetiva um aumento da temperatura corporal acima do normal, em criança/adolescente e se estabelece contacto com o serviço de saúde. Compreende todas as medidas que se estabelecem para chegar ao diagnóstico etiológico da febre, seu tratamento e/ou das suas complicações, assim como a informação e medidas de abordagem adequadas, para a criança e aos pais/cuidadores, garantindo-se a continuidade dos cuidados.

(Nota – a referência no PAI da Febre a "idade corrigida", aplicável até 12 meses de idade cronológica, significa, como exemplo, que um recém-nascido prematuro de 28 semanas, aos 4 meses de idade cronológica tenha apenas 1 mês de idade corrigida. Fórmula: converter em meses o diferencial para 40 semanas de gestação normal do número de semanas de gestação e reduzir esse número de meses à idade cronológica).

Critérios de admissão

Criança/adolescente, dos 0 aos 18 anos de idade, com episódio febril de duração inferior a 7 dias de evolução.

A entrada nos cuidados de saúde pode ocorrer através de múltiplas vias:

- Centro de Contacto SNS 24 (808 24 24 24);
- Cuidados de Saúde Primários (CSP): Consultas Programadas ou Não Programadas;
- Hospital: Consulta Externa, Serviço de Urgência ou Internamento;
- Qualquer outro Centro de Atendimento clínico (ex: Serviço de Atendimento Permanente);
- Linha telefónica de emergência 112.

Em geral, a via de entrada lógica e desejável é a consulta de CSP (consultar Capítulo 5).

Critérios de saída

Há saída da prestação de cuidados de saúde, no âmbito deste PAI, quando ocorre:

a) O diagnóstico etiológico da febre;
b) Apirexia há 48 horas ou mais;
c) A duração da febre é igual ou superior a 7 dias.

Critérios de não inclusão

Não é incluída, no âmbito deste PAI, a criança/adolescente com terapêutica antibiótica instituída e/ou que seja portadora de:

a) Imunodeficiência;
b) Patologia oncológica;
c) Doença crónica não oncológica grave;
d) Dispositivos invasivos.

3

EXPECTATIVAS

As necessidades e as expectativas da criança/adolescente com febre de curta duração, dos seus familiares e cuidadores, são o elemento nuclear e o ponto de partida para o desenvolvimento deste PAI.

Essas necessidades e expectativas foram identificadas através de várias fontes de informação, nomeadamente resultados de questionários de satisfação, sugestões, reclamações, desenvolvimento dos programas nacionais e grupos focais, estando presentes nas diferentes componentes deste PAI. De igual modo, os profissionais de saúde que atendem a criança/adolescente com febre de curta duração têm as suas próprias expectativas e necessidades, cuja satisfação condiciona a qualidade dos cuidados prestados, apresentando-se uma compilação de forma resumida em Anexo 2.

Em cada nível de cuidados ou âmbito de atuação, os profissionais envolvidos deverão procurar e identificar as expectativas específicas da criança/adolescente com febre de curta duração, seus familiares /cuidadores, relacionadas com o momento da prestação de cuidados e o ambiente concreto em que os mesmos se desenvolvem.

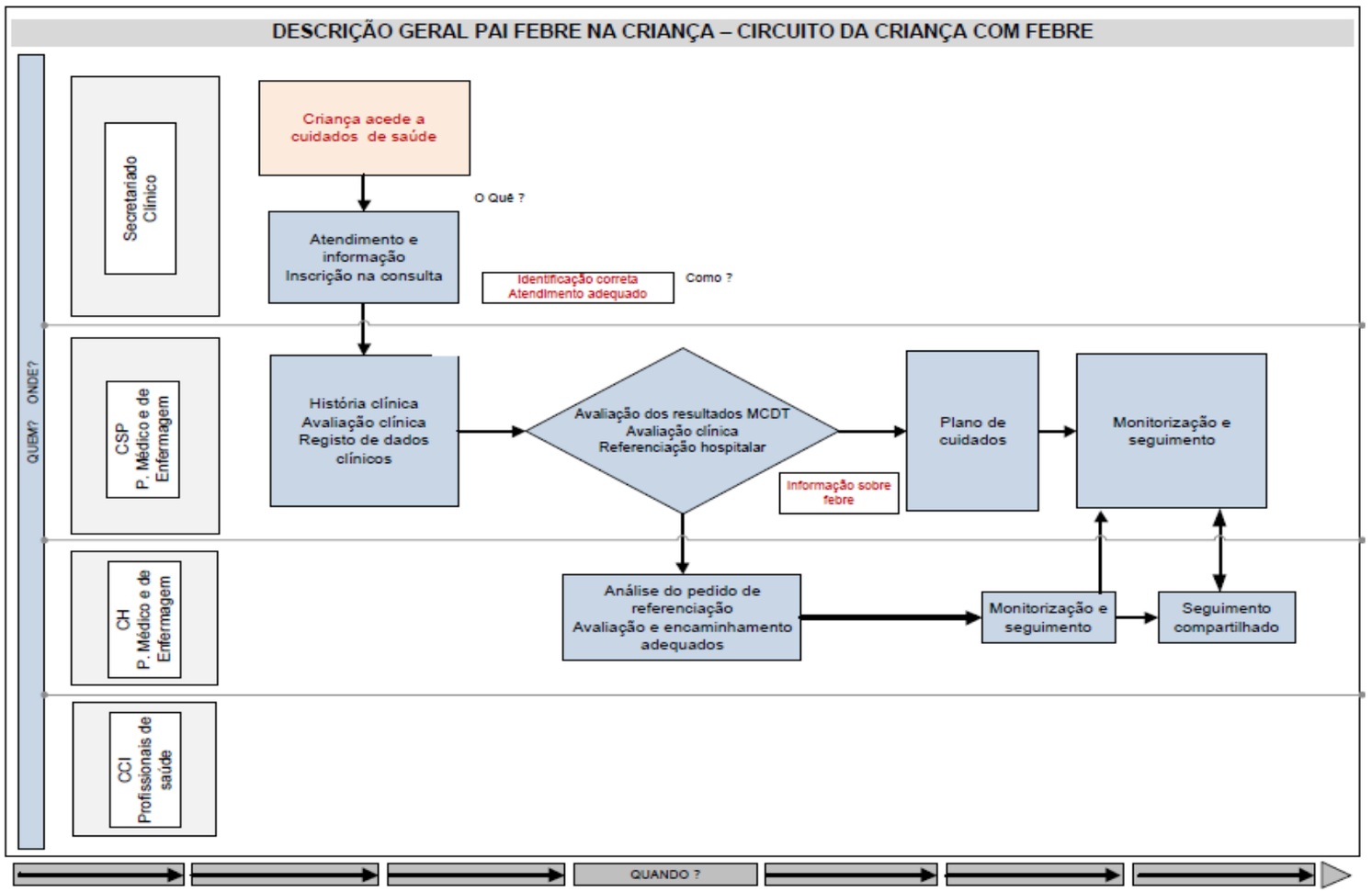
Página intencionalmente em branco

4

DESCRIÇÃO GERAL

A descrição geral do PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica teve como base o circuito da criança/adolescente portadora de febre e dos familiares, nos serviços de saúde, representado graficamente no esquema apresentado na página seguinte.

A sua descrição inclui os seguintes componentes: os profissionais de saúde que desenvolvem as diferentes atividades assistenciais (Quem); o âmbito ou nível de atuação (Onde); a atividade ou o serviço que se presta (O quê); as suas características de qualidade (Como) e a sequência lógica da realização das diferentes atividades (Quando).


DESCRIÇÃO GERAL PAI FEBRE NA CRIANÇA – CIRCUITO DA CRIANÇA COM FEBRE
QUEM? ONDE?
Secretariado Clínico
CSP P. Médico e de Enfermagem
CH P. Médico e de Enfermagem
CCI Profissionais de saúde
Criança acede a cuidados de saúde
O Quê ?
Atendimento e informação Inscrição na consulta
Identificação correta Atendimento adequado
Como ?
História clínica Avaliação clínica Registo de dados clínicos
Avaliação dos resultados MCDT Avaliação clínica Referenciação hospitalar
Informação sobre febre
Plano de cuidados
Monitorização e seguimento
Análise do pedido de referenciação Avaliação e encaminhamento adequados
Monitorização e seguimento
Seguimento compartilhado
QUANDO ?

5

COMPONENTES

Profissionais de saúde, atividades e características da qualidade

Neste capítulo descrevem-se as atividades a realizar pelos diferentes profissionais de saúde que intervêm no PAI da Febre, em cada fase do circuito da criança/adolescente, ao longo de toda a evolução. As orientações são baseadas na evidência e expostas de forma a criarem instrumentos mensuráveis, a serem utilizados na prática clínica e auditados.

Na descrição das atividades integram-se dimensões e elementos da qualidade considerados necessários, nomeadamente:
-Norma Clínica e Orientação relacionadas com a efetividade clínica;
-Aspetos da segurança da criança/adolescente com febre de curta duração identificados com o símbolo **Δ** nos pontos críticos do processo em que existe risco potencial;
-Informação a ser prestada à criança/adolescente, e/ou familiar/cuidadores, pelo profissional de saúde em momentos específicos de desenvolvimento do PAI da Febre e que se identifica com o símbolo **INF** no início em cada descrição de atividade;
-O folheto informativo para pais e cuidadores que se encontra citado é publicado em separado ao PAI da Febre mas deste faz parte integrante;
-As atividades clínicas, incluindo o registo clínico na versão informática em vigor, de educação e de intervenção diagnóstica e terapêutica;
-Recomendações especiais dos peritos que elaboraram este PAI da Febre. Sempre que as mesmas constem de uma Norma ou Orientação da DGS aparecerá o símbolo **NORMA/ORIENTAÇÃO,** cujo conteúdo é uma referência de leitura completa e obrigatória, por consulta direta no sítio da Direção-Geral da Saúde na sua versão atualizada. No capítulo 10 anexa-se informação clínica adicional para consulta.

De forma sequencial, e ao longo de todo o percurso descreve-se neste capítulo Quem faz o Quê, Quando, Onde, Como e, nos casos aplicáveis, Com Quê.

Profissionais de saúde dos CSP, CH e CCI

Atividade	Características da Qualidade
1 **Atendimento e inscrição**	**1.1** O atendimento é realizado por profissional de saúde devidamente identificado. **1.2 INF** A criança/adolescente com queixa de febre é atendida de forma correta, com uma atitude que evidencie disponibilidade e competência, sendo-lhe transmitidas todas as informações necessárias. **1.3 Δ** A criança/adolescente é devidamente identificada e tem o seu registo administrativo completo e atualizado e é garantida a confidencialidade de todos os seus dados. **1.4 INF** Os profissionais de saúde asseguram aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, de forma adequada ao seu entendimento, toda a informação relativa à realização de meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) necessários e seu objetivo, o modo de realização e do eventual desconforto provocado, assim como o tempo de espera previsto para a obtenção do resultado. **1.5 Δ** Os profissionais de saúde do laboratório/serviço de imagiologia confirmam a identificação inequívoca da criança/adolescente, verificando sempre a correspondência entre a requisição clínica e a sua identidade, tendo em consideração: a) Respeitar a privacidade, tanto na informação sobre o MCDT a realizar como a do espaço onde é realizado; b) As colheitas de amostras são efetuadas por profissionais treinados e competentes, de acordo com as boas práticas; c) O envio e processamento da colheita é correto e imediato; d) Os resultados devem ser obtidos e comunicados com a maior brevidade possível e em tempo útil; e) Disponibilidade de todos os MCDT e a possibilidade de contacto, de acordo com os procedimentos internos da unidade de saúde; f) Comunicação de resultados entre os diferentes níveis de cuidados.

Médico de Família (MF)/ Pediatra CSP/ Enfermeiro/EESIP dos CSP

Atividade	Características da Qualidade
2 **Acolhimento**	**2.1** O médico, o enfermeiro e toda a equipa multidisciplinar, trabalham de forma coordenada e articulada garantindo uma adequada prestação de cuidados de saúde à criança/adolescente com febre numa continuidade assistencial e no âmbito das suas atividades específicas. **2.2** O profissional de saúde que presta cuidados de saúde está devidamente identificado durante a prestação de cuidados de saúde. **2.3 INF** É fornecida informação clara e acessível à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, e/ou aos pais/cuidadores sobre a situação clínica, hipóteses de diagnóstico, meios complementares de diagnóstico e terapêutica necessários e toda a sua evolução clínica. **2.4 Δ** É garantida a privacidade em todos os atos e confidencialidade dos registos clínicos.
3 **Avaliação clínica e realização de MCDT**	**3.1** Na criança/adolescente com febre que apresente risco de vida, os profissionais de saúde asseguram, com registo no processo clínico: a) Medir corretamente a temperatura (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria); b) Avaliar a FR, a FC e o peso (cálculo aproximado do peso = idade em anos x 2 + 8); c) Avaliar os sinais de alerta (ver Anexo 3): i. Alteração do nível de consciência/prostração; ii. Má perfusão periférica (tempo de repreenchimento capilar > 2 segundos); iii. Alteração do ritmo respiratório (hipo ou hiperventilação) e da FR (polipneia e/ou apneias); iv. Alteração da frequência cardíaca e da pressão arterial; v. Cianose/acrocianose e Sp O2 <94%; vi. Sinais de desidratação (diminuição da diurese, sede não saciável, mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, prega cutânea);

	vii. Dor: vigiar e monitorizar através de escala de dor (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria); viii. Tumefação osteoarticular e / ou limitação da mobilidade; ix. Exantema macular ou petequial de progressão rápida sugestivo de sepsis (mais nos primeiros 2 dias de doença, e em especial nas primeiras 24 horas de febre), mesmo evanescente; d) Estabilizar e transferir para o hospital, garantindo: i. Assegurar o suporte básico de vida; ii. Contactar o INEM, caso se aplique; iii. Medicar com antibioticoterapia endovenosa com cefalosporina de 3ª geração se diagnóstico clínico de doença meningocócica (exantema petequial e/ou maculo-papular sugestivo), em dose única de 100 mg/kg de peso. **3.2** Na criança/adolescente com febre que não apresente sinais de risco de vida, os profissionais de saúde asseguram, com registo no processo clínico: a) Efetuar a anamnese, questionando: i. O que se passa com a criança/adolescente? Sofre de alguma doença crónica? Tem febre desde quando? Qual o valor das temperaturas medidas? Que termómetro foi utilizado, e em que local foi feita a medição da temperatura? Qual o horário e a evolução da febre? Que medidas foram tomadas? Que medicação foi efetuada? Qual a dose e o intervalo? ii. Quais os sintomas associados e a cronologia do seu aparecimento? A criança brinca? Como é o choro? Como é o sono? Como é a marcha? Recusa a alimentação? Vomita? Tem dor? Está prostrada? Tem dificuldade em respirar? Tem má cor ou apareceu-lhe algum tipo de manchas no corpo, e se sim, qual a progressão? Tem calafrios (tremores generalizados prolongados com tiritar dos dentes)? Foi notada mais alguma alteração? iii. Existe história epidemiológica de doença infeciosa? Alguém está ou esteve doente dos contactos familiares ou escolares? Viagens recentes? iv. Qual o estado vacinal (PNV e vacina anti-meningocócica B) e data da última vacina efetuada? b) Medir corretamente a temperatura (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS

	sobre a matéria); c) Avaliar os sinais de alerta (ver Atividade 3.1, alínea c). **3.3** Na criança/adolescente com febre e desconforto, os profissionais de saúde implementam, e registam no processo clínico, as medidas antipiréticas e as doses dos antipiréticos administrados: a) Gestão do vestuário: adequar o vestuário de modo a que não provoque sobreaquecimento mas mantenha o conforto; b) Desaconselhamento de medidas físicas de arrefecimento (banho, compressas húmidas, ventoínhas); c) Administração de antipirético apenas se aparentar desconforto: i. Perguntar sobre eventuais alergias aos antipiréticos, o horário da última toma e o respetivo fármaco; ii. Administrar paracetamol oral, na dose de 10-15 mg/Kg/dose (dose máxima 90 mg/Kg/ dia) ou paracetamol retal, 15-20 mg/Kg/dose (dose máxima 100 mg/Kg/ dia). Atenção: considerar um intervalo mínimo entre as doses de 4 horas; No recém-nascido: oral 7,5-15 mg/kg/dose (máximo 60 mg/kg/dia); retal: 10-15 mg/kg/dose (máximo 60 mg/kg/dia); iii. Administrar ibuprofeno, na dose oral de 5-10 mg/Kg/dose, se: (i) alergia ao paracetamol; (ii) manutenção ou recorrência da febre com desconforto antes do tempo mínimo de nova administração de paracetamol (4 horas); (iii) ausência de contra-indicação (varicela, hipersensibilidade anti-inflamatórios não esteroides, úlcera péptica, insuficiência cardíaca, renal, hepática, hipertensão arterial, medicação com anticoagulantes). *Nota - não se recomenda em idade inferior a 6 meses.* **3.4** O médico realiza o exame objetivo com a criança despida, classifica o nível de risco e regista no processo clínico: a) R1, o risco baixo; b) R2, o risco intermédio; c) R3, o risco alto, segundo a escala de gravidade (ver Anexo 4) e avaliado de acordo com os critérios do ponto seguinte.

	Nota: na criança com mais de 5 anos de idade, e no adolescente, o risco é avaliado considerando a mesma escala, pelos sinais de alerta e sensação de doença apresentada, tendo presentes as patologias mais frequentes em cada grupo etário. **3.5** O médico considera os seguintes critérios para a estratificação do nível de risco R1, R2 e R3, a saber: a) **R3-Risco alto**, se presente um ou mais critérios: i. COR (pele, lábios ou língua): pálida, marmoreada, cinzenta ou cianosada; ii. ATIVIDADE E VIGÍLIA: sem resposta aos estímulos sociais; apresenta sensação de doença ao profissional de saúde; não acorda ou se acorda adormece rapidamente; choro fraco, gritado ou contínuo; iii. RESPIRAÇÃO: gemido expiratório (respiração entrecortada); taquipneia (FR > 60 ciclos/min) e/ou tiragem moderada/grave; pausas respiratórias prolongadas superiores a 20 segundos; iv. CIRCULAÇÃO e HIDRATAÇÃO: taquicardia (frequência cardíaca >180 bpm); avidez por líquidos; hipotensão; oligúria; prega cutânea v. NEUROLÓGICO: convulsão complexa; rigidez da nuca; status epilético; sinais neurológicos focais; vi. DOR: severa; vii. OUTROS: idade < 1 mês; petéquias e/ou lesões maculares nas primeiras 24 horas de febre, mesmo que evanescentes; fontanela abaulada. b) **R2-Risco intermédio**, se presente um ou mais critérios: i. COR (pele, lábios ou língua): pálida (perceção dos pais/cuidadores); acrocianose associada a tremores na subida da temperatura; ii. ATIVIDADE E VIGILIA: não responde normalmente aos estímulos sociais; não sorri; acorda apenas mediante estimulação prolongada; não consegue adormecer; iii. RESPIRAÇÃO: taquipneia, FR > 50 c/min (6-12 meses de idade) ou FR > 40 c/min (>12 meses de idade); adejo nasal; iv. CIRCULAÇÃO e HIDRATAÇÃO: taquicardia FC > 160 bpm (<12 meses de idade), > 150 bpm (12-24 meses de idade) > 140 bpm (2-5 anos); TRC ≥ 2 segundos; sede não saciável, diminuição da diurese, mucosas secas, olhos encovados, fontanela deprimida, prega cutânea;

	v. NEUROLÓGICO: convulsão simples; vi. DOR: moderada; compromisso de mobilidade de membro, pescoço ou do tronco; vii. OUTROS: idade entre 1 a 6 meses, temperatura ≥39ºC ou sem foco evidente; acrocianose; calafrios; edema de um membro ou articulação; mobilidade ou força reduzida dos membros; recusa em estar ao colo; urina turva ou com mau cheiro; recusa completa de alimentos, incluindo líquidos, por mais de 12 horas; vómitos repetidos entre as refeições; exantema escarlatiniforme (difuso, tipo queimadura do sol). c) **R1-Risco baixo,** se nenhum critério de Risco Alto (R3) ou de Risco Intermédio (R2): i. COR - normal; ii. ATIVIDADE e VIGÍLIA - responde normalmente aos estímulos sociais; contente/sorridente; vigília ou acorda com facilidade; choro vigoroso/não chora; iii. RESPIRAÇÃO- nenhum dos sintomas ou sinais de Risco Intermédio (R2) ou alto (R3); iv. CIRCULAÇÃO e HIDRATAÇÃO – sem sede ou sede saciável; pele hidratada; mucosas húmidas e olhos não encovados; i. NEUROLÓGICO – nenhum dos sintomas ou sinais de Risco Intermédio (R2) ou alto (R3); ii. DOR – ausente a ligeira, com mobilidades normais dos membros, pescoço e tronco; iii. OUTROS - nenhum dos sintomas ou sinais de Risco Intermédio (R2) ou alto (R3). **3.6** Após a avaliação do nível de risco, o médico faz o diagnóstico e/ou determina a necessidade de realizar MCDT. **3.7** A investigação com MCDT deverá ter em conta a clínica e o conforto da criança começando sempre por exame não invasivo: a) Observação da cor e turvação da urina em saco coletor ou em recipiente transparente (uma urina límpida tem uma probabilidade de ausência de infeção urinária de cerca de 96%; uma urina turva tem uma

	probabilidade de corresponder a infeção urinária em cerca de 50%); b) Realização da tira-teste em urina fresca/recém emitida: i. Se negativa e associada a urina límpida, o médico deve procurar outra causa para a febre pela improbabilidade de infeção do trato urinário; ii. Se tira-teste positiva (leucócitos e/ou nitritos positivos) deverá ser efetuado sumária de urina tipo II e urocultura (consultar **NORMA** da DGS sobre a matéria). c) Se o médico solicitar hemograma, hemocultura ou proteína C reativa deve ter em conta alguns princípios: i. Se a clínica é preocupante, um hemograma com número de leucócitos normal não exclui doença grave pois pode significar um consumo aumentado de leucócitos, sendo, inclusive, um fator de gravidade; ii. As hemoculturas, se necessárias, devem ser realizadas precocemente, pois muito raramente são positivas a partir do 5º dia de febre, tendo a maior positividade nos 1º e 2º dias de febre, depois com redução progressiva da taxa de positividade; iii. A PCR apenas é significativa após 12/24 horas de febre e aumenta quer nas situações inflamatórias infeciosas como nas não infeciosas, tais como as doenças autoimunes e nas malignas. d) Teste rápido para estreptococos beta-hemolítico do grupo A: destinado à deteção qualitativa de antigénios de estreptococo do grupo A, diretamente a partir do exsudado da orofaringe: i. se negativo, pode ser necessário a repetição ou confirmação pelo exame cultural, tendo em conta uma sensibilidade que ronda os 90%; ii. se positivo não necessita ser confirmado, pois a sua especificidade é elevada. iii. A baixa idade não é contraindicação à sua realização, desde que a clínica seja sugestiva de infeção estreptocócica; nestas circunstâncias, é frequente a positividade deste teste, mesmo nos primeiros 2 anos de vida. e) Outras serologias e/ou exames culturais e/ou identificação de vírus, bactérias ou parasitas por biologia molecular (como, por exemplo, por

	Protein Chain Reaction), poderão ser especificamente solicitadas consoante as hipóteses de diagnóstico formuladas. f) Telerradiografia e/ou ecografia do tórax: i. Indicada se for necessário esclarecimento de diagnóstico; ii. Considerar, mesmo com auscultação pulmonar normal, em caso de febre com tosse escassa produtiva, associada a FR aumentada e/ou gemido expiratório (respiração entrecortada); iii. Ecografia do pulmão como método de diagnóstico de pneumonia (na criança tem sensibilidade de 93% a 98%, superior à do telerradiografia do tórax, de 89% a 93%). **3.8 Δ** Na presença de criança/adolescente com febre o médico deve excluir ou diagnosticar o mais precocemente possível doenças específicas como a meningite e sépsis bacteriana que, embora raras, são muito graves, sendo necessário iniciar, de imediato, o seu tratamento. Outras infeções bacterianas, como a pneumonia e a infeção urinária, embora mais frequentes, impõem um diagnóstico atempado com respetivo tratamento (consultar **NORMAS** da DGS sobre a matéria). No caso de não haver diagnóstico que justifique a febre, designa-se, o quadro clínico, por febre sem foco. **3.9 INF** É fornecida informação clara e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica, hipóteses de diagnóstico, MCDT, terapêutica instituída e toda a sua evolução. **3.10 INF** Devem ser explicados aos cuidadores/criança/adolescente todos os exames necessários e o seu objetivo, o modo de realização e eventual desconforto provocado, assim como o tempo de espera previsto para obtenção dos resultados. **3.11 INF** Durante a avaliação e a prestação de cuidados, os profissionais de saúde entregam o folheto informativo para pais e cuidadores, ao promover o ensino/instrução dos pais/cuidadores sobre os sinais e sintomas que, acompanhando a febre, justificam a deslocação ao serviço de saúde de referência, nomeadamente: a) Idade corrigida inferior a 3 meses; b) Febre e algum dos seguintes sinais:

4 **Tomada de decisão**	i. mau estado geral; ii. letargia, sonolência excessiva, prostração; iii. irritabilidade desproporcionada e mantida; iv. rigidez de nuca ou dificuldade de movimentação do pescoço, tronco ou membro; v. alteração da respiração, com polipneia e/ou pausas muito prolongadas; vi. aparecimento de manchas na pele nas primeiras 24 horas de febre e/ou que não desaparecem à digito pressão; vii. vómitos persistentes fora das refeições; viii. convulsão. **3.12 INF** É realizado pelos profissionais de saúde o ensino aos cuidadores sobre as medidas antipiréticas e de alívio do desconforto (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria). **4.1** O médico decide o encaminhamento em função dos seguintes critérios: a) Idade da criança/adolescente; b) Nível de risco: R3, R2 ou R1; c) Evidência de diagnóstico ou febre sem foco; d) Garantia de acompanhamento pelos cuidadores; e) Acesso rápido a cuidados de saúde. **4.2** Na criança /adolescente com febre e nível de risco R3, os profissionais de saúde efetuam transferência para o SU dos CH, após a sua estabilização e eventual antibioterapia parenteral, na suspeita de meningococemia (ver Atividade 3.1, alínea d). **4.3** Na criança/adolescente com febre e de nível de risco R2, os profissionais de saúde referenciam para o serviço de urgência dos CH, se: a) Idade corrigida inferior a 6 meses; b) Idade entre 6 a 36 meses, sem foco evidente; c) qualquer criança/adolescente sem possibilidade de vigilância competente dos cuidadores, e/ou sem facilidade de acesso aos serviços de saúde.

	4.4 Na criança com nível de risco R1 os profissionais de saúde asseguram a vigilância nos CSP: a) Se diagnóstico for de doença infeciosa aguda benigna, deve ser efetuado tratamento de acordo a etiologia – ver critério de saída deste PAI (consultar Capítulo 2). b) Se febre sem foco, os profissionais de saúde devem ponderar a realização de MCDT, a saber: i. Para exclusão de patologia respiratória, considerar a realização de telerradiografia e/ou a ecografia do torax; ii. Para exclusão de patologia urinária, observar a cor e a transparência da urina, colhida em saco coletor ou em copo transparente, e considerar a realização de tira reativa de urina com pesquisa de nitritos, leucócitos e hemoglobina ou urina tipo II / urocultura; desaconselha-se por completo a prescrição empírica de antibiótico com base na positividade da tira reagente; na dúvida será preferível a referenciação ao SU dos CH; iii. Outros MCDT estritamente necessários, devidamente fundamentados no processo clínico, para esclarecimento diagnóstico, tais como, a identificação de vírus, bactérias ou parasitas por biologia molecular, por exemplo, por *Protein Chain Reaction*. **4.5 INF** É fornecida informação clara e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica, hipóteses de diagnóstico, MCDT, terapêutica instituída e toda a sua evolução. **4.6 INF** Os profissionais de saúde explicam aos pais/cuidadores e à criança/adolescente todos os MCDT e o seu objetivo, o modo de realização, e do eventual desconforto que podem provocar, assim como o tempo de espera previsto para obtenção dos seus resultados. **4.7 INF** Durante a avaliação e a prestação de cuidados, os profissionais de saúde promovem o ensino/instrução dos pais/cuidadores sobre os sinais e sintomas que, acompanhando a febre, justificam a deslocação ao serviço de saúde de referência e entregam o folheto informativo para pais e cuidadores.

	4.8 Δ Se for decidida vigilância domiciliária, os profissionais de saúde asseguram: a) Da competência dos cuidadores; b) Do acesso rápido a um serviço de saúde; c) Acesso telefónico com os pais/cuidadores; d) Da possibilidade de reavaliação nos CSP em consulta aberta. **4.9** Os profissionais de saúde asseguram o registo claro e detalhado da história clínica e de todas as intervenções, no processo clínico, envio de relatório completo nas situações referenciadas a outro nível de cuidados e transcrição do resumo do relatório clínico para o Boletim Nacional de Saúde Infantil e Pediátrica, quando a criança for enviada para o domicílio.

Pediatra/Enfermeiro/ EESIP de CH

Atividades	Características da Qualidade
5 **Avaliação clínica**	**5.1** Na criança/adolescente com febre que apresenta risco de vida com compromisso da via aérea, da circulação ou alteração do estado de consciência, a triagem e avaliação é efetuada em sala de emergência pela equipa de profissionais de saúde, os quais asseguram: a) Avaliar parâmetros vitais (ver Atividade 3.1 alíneas a) e b); b) Estabilizar a criança/adolescente, assegurando suporte de vida; c) Realizar os MCDT urgentes; d) Instituir medicação urgente: i. Medidas antipiréticas (ver Atividade 3.3); ii. Se sinais de choque, efetuar bolus endovenoso de cloreto de sódio a 0,9% - 20 ml/Kg, durante 10-20 minutos; iii. Se suspeita de sépsis, iniciar de imediato antibioterapia com uma cefalosporina de 3ª geração (100 mg/kg/dose); em criança com menos de 3 meses, associar ampicilina (100 mg/kg/dose); iv. Protocolos de emergência, de acordo com o exigido pela situação clínica. e) Internamento em serviço hospitalar/transferência: adequação dos cuidados na rede hospitalar, com transferência se necessário para unidade de cuidados intensivos e em transporte adequado. **5.2** Na criança/adolescente com febre que não apresenta risco de vida os profissionais de saúde efetuam: a) Medição da temperatura (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria); b) Avaliação dos sinais de alerta (Anexo 3); c) Avaliação clínica com atribuição de prioridade, segundo sistema de triagem em vigor e encaminhamento; d) Tratamento antipirético (ver atividade 3.3). **5.3** O médico observa a criança/adolescente segundo a prioridade atribuída em 5.2 c). **5.4 Δ** Na criança/adolescente referenciada pelos CSP, o médico analisa toda a informação clínica recebida e, se não constar na Plataforma dos Dados de Saúde, integra-a no processo clínico. **5.5** O médico realiza o exame objetivo com a criança despida e classifica o nível de risco

	de acordo com a atividade 3.4, registando-o no processo clínico. **5.6 Δ** Os profissionais de saúde na investigação, com recurso a MCDT, devem ter sempre em conta a clínica e o conforto da criança começando por exames não invasivos (ver Atividade 3.7). **5.7** O médico, quando necessário, solicita MCDT de forma sequencial, adaptados a cada caso, e minimizando o desconforto da criança/adolescente: a) Hemograma; b) PCR; c) Ionograma (indicado sempre em recém-nascidos e sempre que hajam manifestações respiratórias, neurológicas ou digestivas), ureia e glicemia; d) Gasometria; e) Hemocultura; f) Tira reagente urina / urina tipo II / urocultura; g) Teste rápido para estreptococo beta-hemolitico do grupo A (ver atividade 3.7 d)); h) Telerradiografia e/ou ecografia do tórax; i) Ecocardiografia; j) Punção lombar; k) Outros MCDT estritamente necessários, devidamente fundamentados no processo clínico, para esclarecimento diagnóstico (ver Atividade 4.4 b) iii)). **5.8 INF** Os profissionais de saúde explicam aos pais/cuidadores e à criança/adolescente todos os MCDT necessários e qual o seu objetivo, o modo de realização e eventual desconforto provocado, assim como o tempo de espera previsto para obtenção dos resultados. **5.9 INF** Durante a avaliação e a prestação de cuidados, os profissionais de saúde promovem o ensino/instrução dos pais/cuidadores sobre os sinais e sintomas que, acompanhando a febre, justificam a deslocação ao serviço de saúde de referência e entregam o folheto informativo para pais e cuidadores. **5.10 INF** É fornecida informação clara e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica,

6 **Tomada de decisão**	hipóteses de diagnóstico, MCDT e terapêutica instituída e toda a sua evolução. **5.11** Os profissionais de saúde registam nos processos clínicos toda a informação recolhida, os dados do exame físico, resultados de MCDT e orientação clínica e/ou terapêutica instituída, bem como toda a evolução clínica. **6.1** O médico decide de acordo com os seguintes critérios: a) Idade da criança/adolescente; b) Nível de risco registado; c) Evidência de diagnóstico ou febre sem foco; d) Garantia de acompanhamento pelos cuidadores; e) Acesso rápido a cuidados de saúde. **6.2** Criança com menos de 1 mês de idade, nível de risco R3, é encaminhada para: a) Internamento em unidade apropriada, no hospital de atendimento, sob vigilância clínica permanente e continuidade de cuidados; ou b) Unidade de cuidados para recém-nascidos, por transferência para outra unidade hospitalar. **6.3** Na criança de 1 a 6 meses, a decisão dos profissionais de saúde depende do nível de risco: a) Se idade 1 a 3 meses, na presença de um ou mais sinais de alerta, passará a nível R3; b) R3, efetuar internamento sob vigilância clínica permanente e continuidade de cuidados ou, se necessário, transferência para unidade hospitalar com unidade de cuidados intensivos, após estabilização e terapêutica antibiótica urgente; c) R2, efetuar vigilância nas primeiras 24 horas, em Sala de Observação do SU, e assegurar os cuidados de saúde: i. Monitorização de: (i) Sinais de alerta; (ii) Temperatura; (iii) FR; (iv) FC; (v) SpO2. ii. MCDT: (i) Hemograma, PCR e hemocultura;

	(ii) Telerradiografia e/ou ecografia do torax, se necessário (ver 3.7 alínea f) ou leucocitose > 20.000 com neutrofilia; (iii) Urina II / urocultura; (iv) Coprocultura. d) No decurso da monitorização, tomar a decisão de: i. Se a monitorização, vigilância e os MCDT apresentarem alguma alteração significativa ou a febre se mantiver sem foco, é realizado internamento, com continuidade de cuidados e início de antibioterapia, caso esteja indicada; ii. Se a monitorização e os MCDT não apresentarem alterações significativas, o diagnóstico for evidente e a febre se tiver iniciado há mais de 24 horas, estabelece-se plano de cuidados para domicílio: (i) Ensino de vigilância de sinais de alerta e medidas antipiréticas (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria); (ii) Tratar a causa da febre (diagnóstico) de acordo com os protocolos vigentes; (iii) Reavaliação imediata nos CH, se surgirem sinais de alerta; (iv) Reavaliação nas 24 horas seguintes nos CSP /CH, se agravamento da febre ou surgirem outros sinais e/ou sintomas de gravidade; (v) Informação sobre o acesso aos resultados de MCDT em espera (hemocultura/urocultura); (vi) Verificar a competência dos cuidadores e do acesso rápido a serviço de saúde. e) R1, ponderar a necessidade de MCDT esclarecedor de diagnóstico e estabelecer plano de cuidados para domicílio (ver Atividade anterior). **6.4** Na criança de 6 a 36 meses, a decisão dos profissionais de saúde depende do nível de risco avaliado e da existência, ou não, de diagnóstico: a) Se R3, efetuar internamento sob vigilância clínica permanente e continuidade de cuidados ou, se necessário, transferência para unidade hospitalar com unidade de cuidados intensivos, após estabilização e terapêutica antibiótica urgente; b) Se R2, efetuar vigilância nas primeiras 24 horas, em Sala de Observação do SU (ver Atividade 6.3 b) e decidir: i. se febre sem foco ou MCDT com alteração significativa, efetuar internamento sob vigilância permanente e continuidade de cuidados;

	ii. se diagnóstico evidente, estabelecer o respetivo plano de cuidados para o domicílio (ver Atividade 6.3 c) ii). c) Se R1, ponderar a necessidade de realização de MCDT mais específicos para o diagnóstico (ver Atividade 3.7) e estabelecer plano de cuidados para domicílio (ver Atividade 6.3 alínea c) ii). **6.5** Na criança/adolescente de 36 meses aos 18 anos de idade, a decisão dos profissionais de saúde depende do nível de risco avaliado e da existência, ou não, de diagnóstico: a) Se R3, efetuar internamento sob vigilância clínica permanente e continuidade de cuidados ou, se necessário, transferência para unidade hospitalar com unidade de cuidados intensivos; se suspeita de sépsis, está indicada a prescrição imediata e empírica de uma cefalosporina de 3ª geração, na dose de 100 mg/kg/dose; b) Se R2, com febre sem foco evidente ou com alterações neurológicas, respiratórias ou circulatórias ou mobilidade e/ou força reduzida vigiar em Sala de Observações e proceder conforme Atividade 6.3 alínea b), decidindo internamento, ou alta, conforme evolução e MCDT; c) Se R1, ponderar a necessidade de realização, ou não, de MCDT esclarecedor de diagnóstico (ver Atividade 3.7) e estabelecer plano de cuidados para domicílio (ver Atividade 6.3 alínea c) ponto ii). **6.6 INF** É fornecida pelos profissionais de saúde informação clara e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica, hipóteses de diagnóstico, MCDT, terapêutica instituída e toda a sua evolução. **6.7 INF** Os profissionais de saúde explicam aos pais/cuidadores e à criança/adolescente todos os MCDT necessários e o seu objetivo, o modo de realização e eventual desconforto provocado, assim como o tempo de espera previsto para obtenção dos resultados. **6.8 INF** Durante a avaliação e a prestação de cuidados, os profissionais de saúde promovem o ensino/instrução dos pais/cuidadores sobre os sinais e sintomas que, acompanhando a febre, justificam a deslocação ao serviço de saúde de referência e entregam o folheto informativo para pais e cuidadores.

	6.9 INF Os profissionais de saúde asseguram, se for decidido o internamento, a transferência para a enfermaria/unidade de cuidados, acompanhada de informação médica e de enfermagem, com a nota de entrada. **6.10 Δ** Se for decidida vigilância domiciliária, os profissionais de saúde asseguram: a) Informação clínica e terapêutica instituída; b) Da competência dos cuidadores; c) Do acesso rápido a um serviço de saúde; d) Da possibilidade de reavaliação nos CSP em consulta aberta.

Pediatra/Enfermeiro / EESIP /Assistente técnico (AT) dos CH

Atividade	Características da Qualidade
7 **Acolhimento no Internamento Hospitalar**	**7.1** A admissão no internamento hospitalar deve ser rápida na sequência dos cuidados hospitalares, e deve-se confirmar/atualizar os dados da criança/adolescente. **7.2** O acolhimento da criança/adolescente e seus acompanhantes legais no internamento deve ser efetuado pelos profissionais de saúde segundo guia de acolhimento. **7.3 Δ** A aplicação de medidas de segurança para a identificação inequívoca da criança, de acordo com sua idade, deve ser efetuada na admissão ao internamento, segundo legislação em vigor. **7.4** A atribuição dos profissionais de saúde responsáveis pela criança/adolescente deve ser efetuada e comunicada aos pais/cuidadores na admissão do internamento. **7.5** Todos os profissionais de saúde que cuidam da criança/adolescente internada estão devidamente identificados. **7.6** O médico, o enfermeiro e toda a equipa multidisciplinar, de forma coordenada e articulada, garantem uma adequada prestação de cuidados de saúde à criança/adolescente com febre, numa continuidade assistencial e no âmbito das competências específicas de cada profissional.

	7.7 Δ Os profissionais de saúde asseguram e respeitam em todas as circunstâncias a privacidade, a confidencialidade e a dignidade da criança/adolescente. **7.8 Δ** Antes da realização de MCDT e/ou da administração de medicamentos, é necessário garantir a identificação correta da criança/adolescente e depois das colheitas dos respetivos produtos biológicos. **7.9 INF** É fornecida informação atualizada e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica, hipóteses de diagnóstico, MCDT, terapêuticas instituídas e toda a sua evolução, durante todo o internamento. **7.10 INF** Os profissionais de saúde solicitam, sempre que se aplique, o consentimento nas situações clínicas que obriguem a consentimento informado, registando-o e anexando-o no processo clínico, nos termos da legislação e Normas Clínicas em vigor. **7.11 INF** É fornecida informação atualizada e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a aplicação das medidas para diminuição da febre e seu desconforto, se aplicável, durante todo o internamento.
8 **Prestação de cuidados em internamento hospitalar**	**8.1** Os profissionais de saúde devem analisar toda a informação clínica anterior, integrada num único processo clínico, e nele registar toda a evolução clínica, realização e resultados de MCDT bem como a terapêutica instituída e respetivo plano de cuidados. **8.2** Os profissionais de saúde devem atuar de imediato e estabelecer o plano de ação conforme a idade da criança e o nível de risco R3 ou R2: a) O enfermeiro realiza o plano de cuidados de enfermagem (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria); b) O médico reavalia a criança/adolescente com realização da história clínica, conforme Atividade 3.2. **8.3** Na prestação de cuidados de saúde na criança com menos de 1 mês de idade, internada com febre, atua-se como perante uma suspeita de sépsis: a) Os profissionais de saúde asseguram: i. Monitorização de temperatura, FR, FC, TA e SpO2;

	ii. Medição da diurese; iii. Realização/repetição de MCDT, de acordo com a evolução clínica; (i) Hemograma (com contagem de neutrófilos imaturos); (ii) PCR / procalcitonina; (iii) Gasometria; (iv) Ionograma, glicémia, ureia, creatinina; (v) Hemocultura; (vi) Urina tipo II e urocultura; (vii) Pesquisa VSR (em contexto epidemiológico); (viii) LCR, se suspeita de meningite; (ix) Telerradiografia e/ou ecografia do tórax; (x) Outros exames a considerar, caso a caso, tais como a identificação de vírus, bactérias ou parasitas por biologia molecular, por exemplo, por *Protein Chain Reaction*. b) Se o RN tem história de internamento em Unidade de Cuidados Neonatais, com alta há menos de uma semana, considerar a hipótese de infeção hospitalar. Em RN sem patologia/internamento anterior, considerar infeção da comunidade; c) Como terapêutica empírica da sépsis, o médico prescreve: i. Na infeção proveniente da comunidade: ampicilina 200 mg/kg/dia, de 6/6 ou 8/8 horas + gentamicina 3-5 mg/kg/dia 1x/dia; ou ampicilina 200 mg/kg/dia, de 6/6 ou 8/8 horas + cefotaxima 150 mg/kg/dia, de 8/8 horas; ii. Na infeção hospitalar: vancomicina (45-60 mg/Kg/dia, de 6/6 ou 8/8 horas) + gentamicina (3-5 mg/Kg/dia, de 24/24 horas), ou vancomicina (45-60 mg/Kg/dia de 6/6 ou 8/8 horas) + cefotaxime (150 mg/Kg/dia, de 8/8 horas). **8.4** Na prestação de cuidados em criança de 1 a 6 meses de idade internada, com critérios R3, ou R2 ou MCDT com alterações significativas, os profissionais de saúde asseguram: a) Monitorização da temperatura, FR, FC, TA e SpO2; b) Medição da diurese e vigilância de dejeções; c) Avaliação dos MCDT e realização, sempre que necessário:

	i. Hemograma (com contagem de neutrófilos imaturos); ii. PCR / procalcitonina; iii. Gasometria; iv. Ionograma, glicémia, ureia, creatinina; v. Hemocultura; vi. Tira reativa de urina com pesquisa nitritos, leucócitos e hemoglobina; vii. Urina tipo II + Urocultura; viii. Coprocultura (se diarreia); ix. Pesquisa VSR (em contexto epidemiológico); x. LCR, se suspeita de meningite; xi. Telerradiografia e/ou ecografia do torax - se sintomas/sinais respiratórios, história de contacto com infeção respiratória grave e/ou contagem de leucócitos >20.000/mm3 com neutrofilia; xii. Outros exames a considerar, caso a caso, tais como a identificação de vírus, bactérias ou parasitas por biologia molecular, por exemplo, por *Protein Chain Reaction*. d) O médico prescreve antibiótico intravenoso: i. Na criança < 3 meses: ampicilina 200 mg/Kg/dia de 6/6 ou 8/8 horas + cefotaxime 150mg/kg/dia, de 8/8 horas, se a clínica ou as análises são sugestivas de infeção bacteriana; ii. Na criança de 3 a 6 meses: cefotaxima 150 mg/kg/dia, de 8/8 horas, ou ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia, em duas tomas (12/12 h), no 1º tratamento; depois, dose total uma vez por dia; e) Se persistência de febre sem suspeita de sépsis e reagentes de fase aguda negativos assegurar: i. Vigilância da criança, até estar apirética; ii. Considerar a repetição dos MCDT, conforme evolução clínica; iii. Atuação em função do resultado dos resultados dos MCDT e das culturas realizadas; f) Se diagnóstico etiológico, tratar segundo protocolo da doença e resultados dos MCDT efetuados, e estabelecer o plano de cuidados aquando da alta para domicílio (ver Atividade 6.3 alínea c) ii); g) Se desaparecimento da febre, estabelecer o plano de cuidados aquando da alta para domicílio.

	8.5 Na prestação de cuidados em criança de 6 aos 36 meses internada, com critérios R3, ou R2 com febre sem foco (após vigilância em SO e/ou MCDT com alterações significativas), os profissionais de saúde asseguram: a) Monitorização da temperatura, FR, FC, TA e SpO2; b) Medição da diurese e vigilância de dejeções; c) Realização de MCDT conforme os resultados anteriores e evolução clinica; d) Se a clínica e/ou MCDT são sugestivos de infeção bacteriana/sépsis, o médico prescreve antibiótico intravenoso: cefotaxima 150 mg/kg/dia, de 8/8 horas, ou ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia, em duas tomas (12/12 h), no 1º tratamento; depois, dose total uma vez por dia;; e) Se a clínica e os MCDT não são sugestivos de infeção bacteriana/sépsis, vigiar a criança até apirexia e confirmar resultados negativos das culturas; f) Com o diagnóstico etiológico confirmado, tratar segundo protocolo/Norma da patologia e estabelecer o plano de cuidados aquando da alta para domicílio. **8.6** Na prestação de cuidados em criança/adolescente dos 36 meses aos 18 anos de idade internada, com critérios R3, ou R2 sem foco (após vigilância em SO e/ou MCDT com alterações significativas), os profissionais de saúde asseguram: a) Monitorização da temperatura, FR, FC, TA e SpO2; b) Medição da diurese e vigilância de dejeções; c) Realização de MCDT conforme os resultados anteriores e evolução clinica; d) Se a clínica e/ou MCDT são sugestivos de infeção bacteriana/sépsis, o médico prescreve antibiótico intravenoso, ceftriaxona 50-100 mg/kg/dia, em duas tomas (12/12 h), no 1º tratamento; depois, dose total uma vez por dia; e) Se a clínica e MCDT não são sugestivos de infeção bacteriana/sépsis, vigiar a criança/adolescente até apirexia e confirmar os resultados negativos das culturas; f) Com o diagnóstico etiológico confirmado, tratar segundo protocolo/Norma da patologia e estabelecer o plano de cuidados aquando da alta para domicílio.

Pediatra / Enfermeiro / EESIP /AT/AO de CH

Atividade	Características da Qualidade
9 **Alta hospitalar**	**9.1** Os profissionais de saúde, na alta clínica, procedem a: a) Informação médica, com a identificação do médico responsável, devendo conter todas as intervenções durante o internamento, a evolução clínica, os resultados dos MCDT realizados, os diagnósticos e as terapêuticas, o prognóstico e os planos de cuidados; b) Informação de enfermagem, com a identificação do enfermeiro que a realiza, devendo conter os diagnósticos de enfermagem, os resultados das intervenções e o plano de cuidados recomendado para a sua continuidade no domicílio (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria); c) Entrega de receituário, acompanhada de toda a informação necessária; d) Entrega dos relatórios de alta; e) Processamento de transferência, caso se aplique. **9.2 INF** No momento da alta, é fornecida informação completa e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica, as terapêuticas instituídas, medidas necessárias ao seu seguimento assim como esclarecimento de todas as questões e dúvidas apresentadas.

Médico de Família/ Pediatra/ Enfermeiro /EESIP/AT dos CSP

Atividade	Características da Qualidade
10 **Seguimento nos CSP**	**10.1** Os profissionais de saúde dos CSP, recebem toda a documentação clínica dos CH respeitante à criança/adolescente, registando-a no sistema informático. **10.2** Os profissionais de saúde asseguram o cumprimento do plano de cuidados e o seguimento específico de acordo com a situação clínica. **10.3 INF** Os profissionais de saúde fornecem informação completa e acessível aos pais/cuidadores e à criança/adolescente, adequada ao seu entendimento, sobre a situação clínica e medidas necessárias à continuidade de cuidados de saúde, após a alta hospitalar, assim como esclarecimento de todas as questões e dúvidas apresentadas.

6

ATIVIDADES

Para efeitos do PAI da Febre, entende-se por atividade a atitude do profissional de saúde e a sua capacidade de integrar os conhecimentos, associados às boas práticas da profissão na sua atuação diária e na resolução de problemas.

A gestão por atividades é indispensável à efetiva implementação dos PAI e à obtenção de resultados de qualidade.

Neste contexto, falar de atividades significa a abordagem de comportamentos observáveis e mensuráveis suscetíveis de melhoria, e que estão diretamente relacionados com o desempenho desejável numa organização determinada.

O enfoque desta abordagem está centrado naquilo que o profissional faz (conhecimentos, capacidades e atitudes).

Neste processo assistencial integrado incorporam-se apenas atividades específicas, técnicas ou funcionais, relacionadas com fatores críticos de sucesso, e indispensáveis para garantir o desenvolvimento e implementação do mesmo, não se descrevendo atividades profissionais de caráter geral.

Adiante descrevem-se sucintamente essas atividades, relacionadas com os diferentes grupos e focadas nos resultados esperados.

ATIVIDADE 1 **Informação ao Cidadão**	**Evidências Específicas** **Informação**	**Méd**	**Enf**	**AT**
O profissional de saúde proporciona a informação necessária para promover a participação e decisão da criança/ adolescente/ pais/ cuidadores	Informação clara e precisa, fornecida aos pais/cuidadores da criança/adolescente com febre, sobre circuito de atendimento (encaminhamento para o nível de cuidados adequado)	●	●	●
	Registo adequado no processo clínico/individual das informações e orientações prestadas pais/cuidadores da criança/adolescente com febre	●	●	

Legenda: Med - médico; Enf - enfermeiro; AT- assistente técnico

ATIVIDADE 2 **Educação para a Saúde, aconselhamento e medidas de prevenção**	**Evidências Específicas** **Educação para a saúde**	**Méd**	**Enf**	**AT**
O profissional de saúde assegura a realização de atividades educativas, ensino e instrução dos pais/cuidadores da criança/adolescente com febre, sobre as medidas para tratar a febre e sobre os sinais de alerta para recorrerem aos serviços de saúde	Ensinar/instruir sobre medição da temperatura Ensinar/instruir sobre medidas para diminuição da febre e do desconforto, se aplicável	●	●	
	Ensinar/instruir os pais/cuidadores sobre os sintomas de risco a vigiar e a necessidade de se deslocar imediatamente ao serviço de saúde de referência, sempre que adequado	●	●	
	Entrega de suporte escrito com orientações sobre avaliação temperatura, medidas terapêuticas Entrega de folheto informativo com sinais de alerta a vigiar pelos pais/cuidadores	●	●	
	Registo adequado no processo clínico/individual	●	●	
	Realização de ações de formação e reflexão crítica e ativa sobre o desempenho, para melhorar a intervenção profissional	●	●	●

Legenda: Med - médico; Enf - enfermeiro; AT- assistente técnico

ATIVIDADE 3 **Comunicação/ entrevista/consulta clínica**	**Evidências Específicas** **Entrevista clínica**	**Méd**	**Enf**	**AT**
O profissional de saúde assegura comunicação eficaz com a criança/adolescente, pais /cuidadores, adequadas ao nivel de desenvolvimento e sociocultural aplicando as técnicas de comunicação próprias do seu âmbito profissional	Informação clara e precisa à criança/adolescente, pais /cuidadores sobre a necessidade de monitorização da febre e vigilância dos sinais de alerta	●	●	
	Negociação com criança/adolescente, pais /cuidadores sobre os objetivos a atingir no controlo da febre e desconforto e no despiste precoce dos sinais de alerta	●	●	
	Informação à criança/adolescente, pais /cuidadores sobre os efeitos das medidas terapêuticas: gerais e especificas e necessidade do adequado cumprimento terapêutico	●	●	
	Registo no processo clínico/individual do plano de cuidados e orientações fornecidas	●	●	

Legenda: Med - médico; Enf - enfermeiro; AT- assistente técnico

ATIVIDADE 4 **Capacidade para a tomada de decisões clínicas, de diagnóstico e terapêutica**	**Evidências Específicas** **Decisão clínica**	**Méd**	**Enf**	**AT**
O profissional de saúde assegura cuidados clínicos de qualidade à criança/adolescente/pais/cuidadores atualizados e baseados na melhor evidência científica, no âmbito profissional da sua especialidade	Realização de avaliação e diagnóstico clínicos, pedido e interpretação de meios complementares de diagnóstico	●		
	Estabelecimento de juízo/ conclusão clínica adequados e definição de um plano de atuação e de cuidados específicos de acordo com a situação clínica da criança/adolescente	●	●	
	Cumprimento das Normas e Orientações específicas de atuação	●	●	
	Registos de todas as intervenções e plano de cuidados no processo clínico/individual	●	●	

Legenda: Med - médico; Enf - enfermeiro; AT- assistente técnico

ATIVIDADE 5 **Continuidade assistencial**	**Evidências específicas** **Continuidade assistencial**	**Méd**	**Enf**	**AT**
O profissional de saúde assegura continuidade de cuidados assistenciais à criança/ adolescente/ pais/ cuidadores	Continuidade assistencial assegurada e apoiada nos registos do processo clínico: notas de alta de internamentos hospitalares e diagnósticos clínicos, plano individual de intervenção, orientações terapêuticas, entre outros	●	●	
	Difusão de recomendações para a manutenção de medidas terapêuticas e vigilância de sinais de alerta no domicílio, distribuição de informação em suporte papel	●	●	
	Promoção do trabalho em equipa em ambiente domiciliário, elaboração de um plano multidisciplinar de cuidados Nota - No caso da criança precisar de recorrer de novo aos serviços de saúde: clarificar os recursos existentes disponibilizando em suporte de papel os horários de funcionamento, números de contacto dos profissionais das diferentes estruturas de saúde aonde o utente se deve dirigir ou procurar ajuda, de molde a evitar deslocações desnecessárias ou dirigir-se a locais incorretos	●	●	●

Legenda: Med - médico; Enf - enfermeiro; AT- assistente técnico

7

RECURSOS E UNIDADES DE SUPORTE

Os recursos necessários para a implementação deste PAI estão muito para além dos recursos humanos constituídos por equipas multidisciplinares competentes, suportando as suas decisões na melhor evidência cientifica disponível e atualizada (tal como por exemplo as Orientações referidas neste PAI) e exigentes em relação ao nível de qualidade e à rastreabilidade das suas decisões clínicas e atuações.

A existência de sistemas de informação fiáveis e seguros, em relação à proteção de dados pessoais e à preservação dos mesmos, é fundamental. Nomeadamente, para garantir a existência de registos que permitam colocar e preservar toda a informação específica referida ao longo do texto deste PAI é fundamental.

Para a implementação deste PAI é necessário que as instalações onde se prestam os cuidados respeitem requisitos técnicos e regulamentares de segurança, conforto, condições ambientais, higiene, funcionalidade e que estejam devidamente equipadas e sinalizadas.

As instalações onde a criança/adolescente com febre de curta duração é observada e onde a sua temperatura corporal é medida, devem evidenciar condições em que sejam integralmente respeitados os seus direitos, nomeadamente o direito à privacidade e à intimidade da criança /adolescente e em que esta e os seus cuidadores se sintam à-vontade para exprimir as suas dúvidas e gerir a sua ansiedade.

Na seleção/aquisição dos diversos instrumentos referidos como necessários para a avaliação dos parâmetros clínicos, devem ser definidas as exigências regulamentares e as especificações técnicas de desempenho a respeitar para cada classe ou tipo de equipamento e em concordância com o uso previsto.

Os equipamentos de medição e monitorização, nomeadamente os termómetros clínicos, devem ser sujeitos a manutenção preventiva e calibração de acordo com as instruções do fabricante (e a legislação em vigor) por forma a garantir a fiabilidade e exatidão das medições.

As boas práticas de rastreabilidade e conformidade metrológica são da responsabilidade dos serviços respetivos ou do detentor dos equipamentos em causa, sem prejuízo do dever de prestar informação aos utilizadores dos equipamentos que os utilizam como suporte à decisão clínica.

Quem utiliza um instrumento de medida como base ou suporte para as suas decisões clínicas, tem o dever de conhecer a aptidão e o grau de exatidão do instrumento de medida que está a utilizar, sob pena de poder fazer inferências erróneas e de tomar decisões clínicas inapropriadas.

No que respeita aos diferentes tipos de termómetros clínicos, recomenda-se ter em conta as orientações contidas no documento "Guia de Boas Práticas – Termómetros clínicos" editado pelo Instituto Português da Qualidade – Comissão Setorial para a Saúde - CS 09 em 2016.

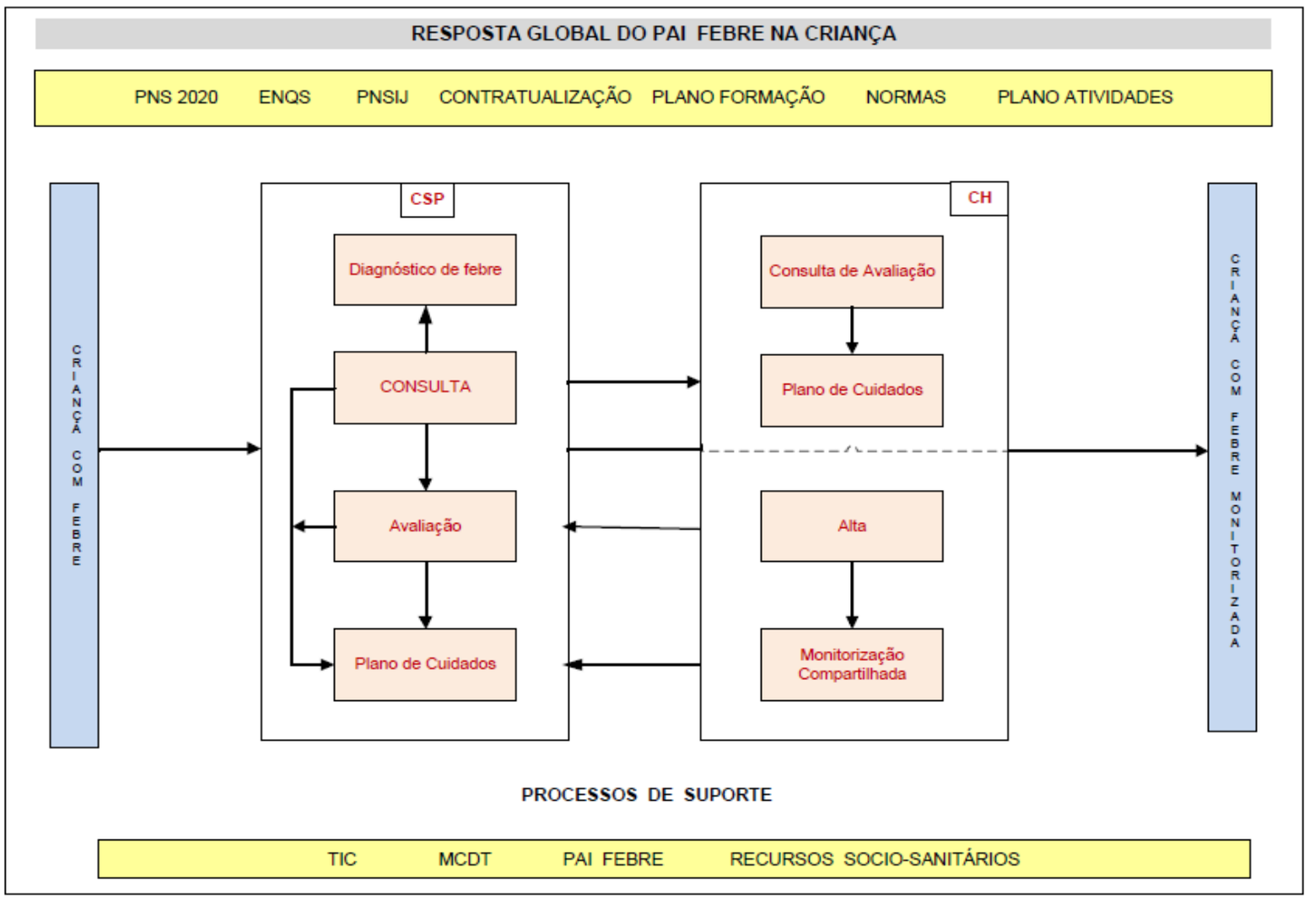
Para o sucesso deste PAI, é imprescindível que os serviços de suporte, que fornecem serviços indispensáveis à execução das atividades mencionadas neste PAI (tais como: serviços de imagiologia, laboratórios, serviços de instalações e equipamentos, e outros) tenham eles próprios os seus processos controlados (nomeadamente através da metodologia da abordagem por processos) e que garantam a conformidade com requisitos de controlo de qualidade pré-definidos.

8

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

A representação gráfica do PAI da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica permite visualizar a sua abrangência.

Depois do contato de qualquer criança/adolescente com o Sistema de Saúde, e de se confirmar que a criança/adolescente tem febre, inicia-se o processo operativo, clínico-assistencial, nos diferentes níveis de cuidados de saúde, garantindo-se a continuidade assistencial à criança/adolescente com febre de curta duração, familiar e/ou cuidadores (conforme resposta global deste PAI, ver a seguir), pelos profissionais de saúde.


RESPOSTA GLOBAL DO PAI FEBRE NA CRIANÇA
PNS 2020
ENQS
PNSIJ
CONTRATUALIZAÇÃO
PLANO FORMAÇÃO
NORMAS
PLANO ATIVIDADES
CRIANÇA COM FEBRE
CSP
Diagnóstico de febre
CONSULTA
Avaliação
Plano de Cuidados
CH
Consulta de Avaliação
Plano de Cuidados
Alta
Monitorização Compartilhada
CRIANÇA COM FEBRE MONITORIZADA
PROCESSOS DE SUPORTE
TIC
MCDT
PAI FEBRE
RECURSOS SOCIO-SANITÁRIOS

9

INDICADORES

Indicadores de Avaliação e de Monitorização

1. **Percentagem de registos clínicos dos sinais de alerta em crianças/adolescentes com febre**
   (Número de crianças/adolescentes com registo de febre e um, ou mais, sinais de alerta registados na avaliação clínica/ Número de utentes de idade inferior a 18 anos com registo de febre) x 100

2. **Percentagem de crianças com febre, nível de risco R3 e idade inferior a 3 meses referenciadas ao hospital**
   (Número de crianças com menos de 3 meses com febre, nível de risco R3 e referenciadas ao hospital/número de crianças com menos de 3 meses e com febre observadas em CSP) x 100

3. **Percentagem de prescrições de ibuprofeno em crianças/adolescentes com registo clínico da justificação para o seu uso**
   (Número de crianças/adolescentes com registo de justificação para uso de ibuprofeno/Número de crianças/adolescentes com administração isolada de ibuprofeno) x 100

4. **Percentagem de crianças/adolescentes com febre, nível de risco R2, referenciadas ao hospital**
   (Número de crianças/adolescentes referenciados aos CH com critérios de referenciação de nível risco R2/Número de utentes < 18 anos com febre com nível risco R2) x 100

5. **Percentagem de crianças/adolescentes com febre observadas nos CSP e com nível de risco registado**
   (Número de crianças/adolescentes com febre observadas nos CSP e com registo do nível de risco/Número total de crianças/adolescentes com febre observadas nos CSP) x 100

6. **Percentagem de notas altas corretamente preenchidas após internamento em crianças internadas com febre**
   (Número de notas de alta preenchidas corretamente de processos clínicos de crianças/adolescentes internadas com febre/Número total de crianças/adolescentes internadas com febre) x 100

10

ANEXOS

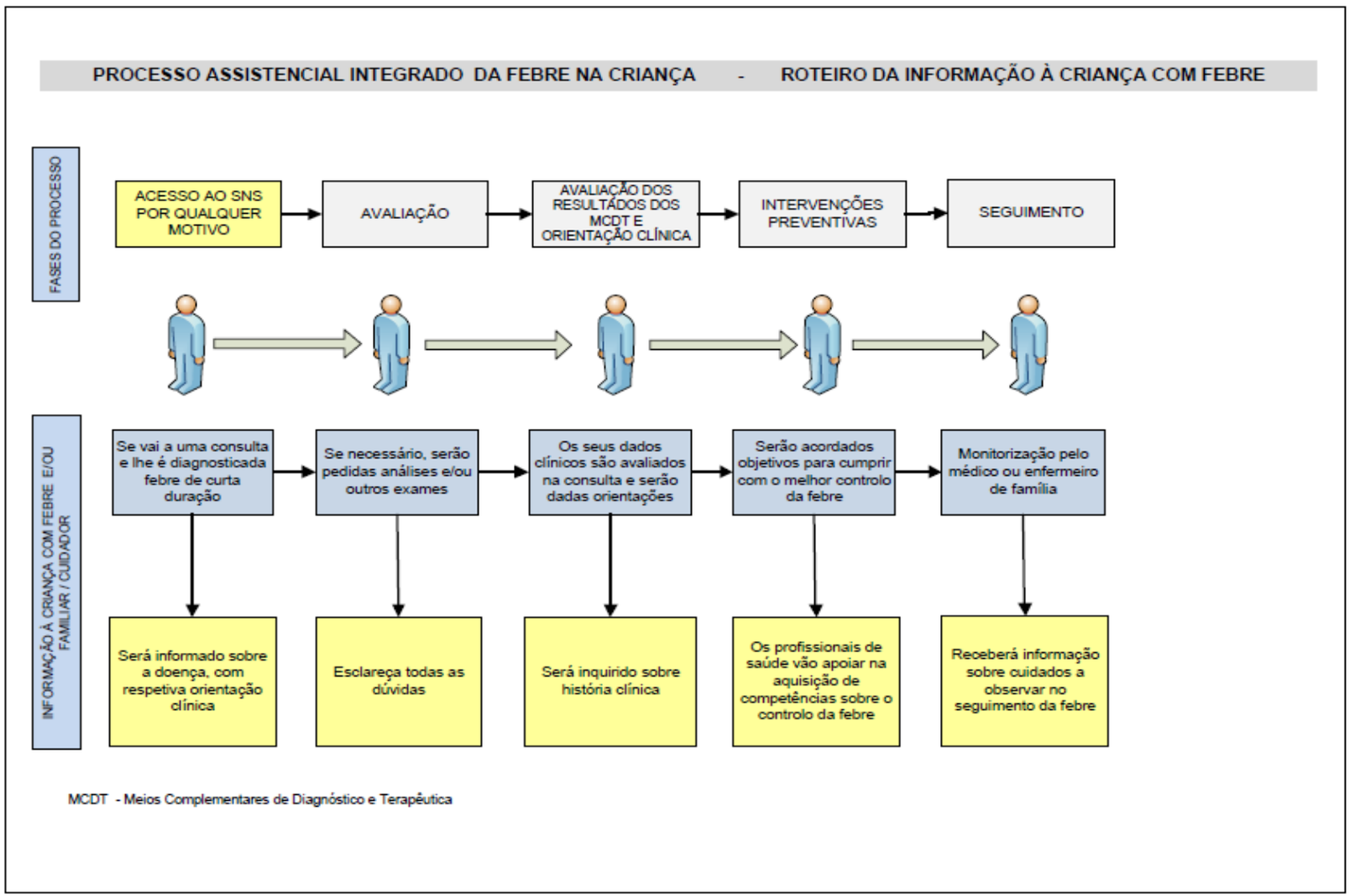
Página intencionalmente em branco

Anexo 1

O roteiro de informação à criança com febre

O roteiro de informação descreve a informação para a criança/adolescente com febre e/ou familiar/cuidadores em diferentes momentos do desenvolvimento deste PAI.

O seu objetivo é facilitar um melhor conhecimento do PAI, identificando a informação clínica a prestar em cada momento nas diferentes fases do processo de cuidados de saúde e no âmbito da intervenção dos diferentes profissionais de saúde e das atividades que se vão desenvolver.


PROCESSO ASSISTENCIAL INTEGRADO DA FEBRE NA CRIANÇA - ROTEIRO DA INFORMAÇÃO À CRIANÇA COM FEBRE
FASES DO PROCESSO
ACESSO AO SNS POR QUALQUER MOTIVO
AVALIAÇÃO
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS MCDT E ORIENTAÇÃO CLÍNICA
INTERVENÇÕES PREVENTIVAS
SEGUIMENTO
INFORMAÇÃO À CRIANÇA COM FEBRE E/OU FAMILIAR / CUIDADOR
Se vai a uma consulta e lhe é diagnosticada febre de curta duração
Se necessário, serão pedidas análises e/ou outros exames
Os seus dados clínicos são avaliados na consulta e serão dadas orientações
Serão acordados objetivos para cumprir com o melhor controlo da febre
Monitorização pelo médico ou enfermeiro de família
Será informado sobre a doença, com respetiva orientação clínica
Esclareça todas as dúvidas
Será inquirido sobre história clínica
Os profissionais de saúde vão apoiar na aquisição de competências sobre o controlo da febre
Receberá informação sobre cuidados a observar no seguimento da febre
MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

Anexo 2

Expectativas da criança/adolescente/pais/cuidadores e dos profissionais de saúde

CRIANÇA/ADOLESCENTE

Acessibilidade

• Que haja acesso fácil ao atendimento nos serviços de saúde.

• Que seja atendido em tempo útil pelo profissional de saúde (médico de família, pediatra, enfermeiro de referência).

Condições ambientais

• Que o ambiente seja calmo e limpo.

• Que haja uma sala de espera exclusiva para criança/adolescente, com mobiliário e decoração apropriados.

• Que a qualidade dos alimentos seja a adequada para a criança/adolescente e as instalações tenham condições para o descanso da mãe/pai/cuidadores, em caso de internamento.

Compreensão / Comunicação

• Que encontre empatia nos profissionais de saúde.

• Que seja ouvido/escutado.

• Que a informação seja individualizada, compreensível, em tom amável e tranquilizante bem como adequada ao seu grupo etário.

• Que lhe seja entregue o folheto informativo sobre febre.

Competência

•Que apenas sejam efetuados os exames complementares de diagnóstico estritamente necessários e nos momentos adequados.

Atitude na prestação de cuidados à criança/adolescente

• Que lhe provoque o mínimo de dor e desconforto possível.

• Que a trate com amabilidade independentemente do modo como a criança/adolescente se comporta.

Segurança

• Que possa estar sempre acompanhada.

• Que haja continuidade no processo de cuidados, preferencialmente, a mesma equipa de saúde de referência nos CSP.

Capacidade de resposta

• Que o tratamento lhe alivie dos sintomas mais desconfortáveis.

• Que possa receber atempadamente o tratamento nos CSP /Hospital e haver garantia da continuidade de cuidados.

PAIS/ CUIDADORES

Acessibilidade

• Que haja acesso fácil nas marcações de consultas médicas ou de enfermagem, em qualquer momento, seja pessoalmente ou por telefone.
• Que tenha profissionais de referência a quem se dirigir, tanto médico como enfermeiro.
• Que haja a possibilidade de a criança/adolescente ser atendida em casa, se necessário, pelos CSP.
• Que o problema seja resolvido com o menor número de deslocações, e quando for necessária uma transferência, que esta se faça atempadamente e nas melhores condições possíveis.

Comunicação

• Que encontre empatia nos profissionais de saúde.
• Que a comunicação seja individualizada e clara, adaptada ao nível sócio-cultural de cada família.
• Que possa conhecer o nome dos profissionais responsáveis pela criança/adolescente nos CSP ou CH.
• Que lhe seja disponibilizada informação oral e/ou escrita (folheto informativo sobre febre) compreensível sobre o tratamento e a evolução da febre, nomeadamente as medidas de alívio gerais e especificas; os sinais de alerta a vigiar; quando recorrer aos serviços de saúde.

Condições ambientais

• Que o ambiente seja calmo e limpo.
• Que lhe seja proporcionado, se necessário, um lugar tranquilo para o aleitamento materno.
• Que tenha acesso a refeições, a condições para o descanso da mãe/pai/cuidadores, e a comunicações telefónicas, em caso de hospitalização.

Competência

• Que possa contar com a competência dos profissionais de saúde.
• Que exista um funcionamento coordenado de diferentes profissionais e serviços, evitando a duplicação de exames complementares, especialmente se são dolorosos.
• Que nos serviços hospitalares o atendimento seja efetuado por pessoal especializado.
• Que encontre a sensibilidade necessária nos profissionais de saúde e tratamento adequado no momento da realização de procedimentos desconfortáveis ou dolorosos.
• Que haja continuidade no acompanhamento do processo de alta hospitalar/continuidade de cuidados nos CSP.
• Que os profissionais de saúde valorizem e reconheçam os conhecimentos dos pais/cuidadores.
• Que o processo clínico esteja adequadamente preenchido, atualizado e sempre que possível, informatizado.

Atitude na prestação de cuidados à criança

• Que os profissionais de saúde disponham do tempo adequado para avaliar, tomar decisões e tratar a situação da criança/adolescente.
• Que apresentem sempre cortesia em todas as situações de prestação de cuidados.
• Que a atitude dos profissionais seja sempre de ânimo e compreensão para a criança/adolescente e seu familiar/cuidadores.
• Que os meios informáticos não diminuam a relação profissional/ criança/adolescente /pais/cuidadores.

Segurança

• Que todos os cuidados prestados tenham elevado nível de segurança.
• Que só sejam efetuados os meios complementares de diagnóstico estritamente necessários e nos momentos adequados.
• Que nos CSP possa ter sempre, preferencialmente, a mesma equipa de saúde de referência.
• Que possa dispor de uma linha telefónica de apoio para esclarecimento de dúvidas nos cuidados ou problemas relativos à evolução da criança/adolescente com febre.
• Que exista a possibilidade de acompanhar a criança/adolescente durante todo o processo.

Capacidade de resposta

• Que haja confirmação rápida do diagnóstico.
• Que seja iniciado rapidamente o tratamento adequado, independentemente do grau da febre.
• Que exista capacidade para responder a uma situação de emergência em qualquer nível de assistência.

PROFISSIONAIS DE SAÚDE
MÉDICO/ENFERMEIRO CSP

Condições ambientais

• Que exista espaço e tempo planificado para prestar cuidados apropriados à criança/adolescente, assim como para as atividades de Educação para a Saúde (EPS).
• Que existam os equipamentos básicos e necessários para a monitorização da febre, e avaliação do risco de complicações da febre na criança/adolescente.
• Que se disponha de um sistema de classificação de prioridade e gravidade.
• Que seja planeada formação específica e contínua orientada para o processo assistencial integrado.
• Que haja possibilidade e facilidade de avaliar a prática clínica (sistema informático de registo clínico com módulo estatístico agregado) e monitorizar o desempenho da sua Unidade de Saúde.

Comunicação

• Que os profissionais de saúde sintam que a criança/adolescente/pais/cuidadores confiam no seu desempenho.

• Que haja boa comunicação / cooperação entre todos os profissionais da equipa multidisciplinar de saúde implicados no processo.

• Que exista corresponsabilidade na prescrição e na administração de antipirético/analgésico à criança/adolescente (protocolos clínicos devidamente aprovados).

• Que se promovam os cuidados de saúde em ambiente de cortesia e de respeito.

• Que se possa trabalhar em coordenação/cooperação com outros níveis de cuidados (médicos especialistas e enfermeiros de CH e outros profissionais intervenientes).

• Que tenham sempre acesso aos relatórios clínicos, do atendimento por outros médicos especialistas, nomeadamente no SU.

• Que a criança/adolescente/pais/cuidadores recebam informação pertinente, clara e coerente.

• Que se evite a duplicidade de meios complementares de diagnóstico.

• Que no âmbito das consultas decorrentes do PNSIJ ou em situações oportunas, as famílias com filhos recebam EPS sobre febre, nomeadamente através da entrega do folheto informativo sobre febre.

• Que os critérios ou normas de atuação clínica sejam uniformes e consensualizados por todas as partes implicadas.

Competência

• Que sejam definidas competências específicas do médico de família, do pediatra e do enfermeiro/EESIP dos CSP para prestarem cuidados à criança/adolescente/pais/cuidadores.

Capacidade da resposta

• Que os pais/cuidadores da criança/adolescente com febre se responsabilizem na monitorização e tratamento, incluindo a identificação de sinais de alerta e o recurso aos serviços de saúde, em caso de indicação dos profissionais ou de agravamento da situação da criança/adolescente.

MÉDICO/ENFERMEIRO CH

Comunicação

• Que exista comunicação fluida e cordial entre os profissionais.

• Que os critérios ou normas de atuação clínica sejam uniformes em todos os níveis de cuidados e consensualizados por todas as partes implicadas.

• Que a relação com os familiares e cuidadores seja caracterizada pelo respeito mútuo com correção e cordialidade, sem pressões nem conflitos.

• Que se disponha de um sistema de classificação de prioridade e gravidade.

• Que exista corresponsabilidade na prescrição e administração de antipirético/analgésico (segundo protocolos devidamente assinados).
• Que os médicos e enfermeiros cooperem, em todo o percurso, de modo que a alta hospitalar seja planeada pela equipe médica e pela equipe de enfermagem.
• Que exista acessibilidade de comunicação com os enfermeiros e médicos dos CSP, permitindo a coordenação / cooperação /articulação, sobretudo no que respeita ao plano global de cuidados e demais orientações clínicas.

SECRETARIADO CLÍNICO

Comunicação

• Que haja condições para que o atendimento se processe de forma empática, disponível e em ambiente de cortesia, respeito e privacidade.
• Que se promova uma informação, clara e coerente em todos os níveis de cuidados para que o atendimento seja o mais adequado possível.

Capacidade de resposta

• Que os procedimentos administrativos sejam estabelecidos com clareza, procurando-se a melhor gestão de recursos humanos, por forma a satisfazer as necessidades da criança/adolescente com febre e seus pais/cuidadores.
• Que cada criança/adolescente esteja inequivocamente identificado no sistema informático da saúde (nome completo, data de nascimento, morada e número nacional de utente devidamente atualizados).
• Que se divulguem e implementem os circuitos e procedimentos adequados para a marcação de consultas/meios complementares de diagnóstico, que respeitem a menor burocracia possível, eliminando-se deslocações desnecessárias da criança/ adolescente/ pais/cuidadores.

OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (CSP, CH, CCI)

Capacidade da resposta

• Que todos os profissionais de saúde implicados disponham de informação completa, onde constem os motivos/resultados da consulta por parte dos restantes profissionais, preferencialmente por via informática em processo único.
• Que haja trabalho em equipa de todos os profissionais de saúde implicados no processo.
• Que se promova entre todos a simplificação burocrática, minimizando-se eventuais transtornos à criança/adolescente com febre e pais/cuidadores, e garantindo-se a permuta adequada de informação clínica.

Página intencionalmente em branco

Anexo 3

Avaliação Clínica dos Sinais de Alerta

1 Alteração do nível de consciência / prostração.
2 Má perfusão (repreenchimento capilar com duração superior a 2 segundos).
3 Alterações do ritmo respiratório (hipo ou hiperventilação).
4 Alterações da frequência cardíaca ou da pressão arterial.
5 Cianose / acrocianose e saturação periférica do oxigénio (SpO2).
6 Sinais de desidratação.
7 Dor e sua caracterização.
8 Tumefação osteoarticular e / ou limitação da mobilidade.
9 Exantema macular ou petequial, sugestivos de doença invasiva / sépsis.

1. Avaliação do nível de consciência/prostração

Avaliação sumária do exame neurológico:

a) Nível de consciência
b) Tónus muscular
c) Reflexos pupilares
d) Irritabilidade
e) Letargia / prostração
f) Agitação / letargia alternadas

Escala de resposta pediátrica:

4	Alerta	A criança está desperta, ativa, e responde adequadamente aos pais e estímulos externos Capacidade de resposta apropriada
3	Voz	A criança responde apenas a estímulos de voz (alguém a chama ou fala alto)
2	Dor	A criança responde apenas a estímulos de dor (ao apertar do leito ungueal)
1	Não responde	A criança não responde a nenhum estímulo

Fonte: RALSTON, M. et al.: SAVP - Suporte Avançado de Vida em Pediatria. *American Heart Association, 2011.*

2. Avaliação da perfusão
   a) Repreenchimento capilar (normal ≤ 2 segundos, tempo que o sangue leva para retornar ao tecido empalidecido pela pressão):
      i. Aumenta inversamente proporcional à perfusão cutânea;
      ii. Deverá ser avaliado em temperatura térmica neutra (ambiente);
      iii. Técnica: Erguer uma extremidade ligeiramente acima do nível do coração, pressionar e observar quantos segundos aquela leva a retornar à sua cor basal;
      iv. A notar que a pele marmoreada (reticulado cutâneo) na subida térmica é um fenómeno fisiológico na fase ascensional da curva térmica e não significa má perfusão periférica.
      v. Má perfusão (repreenchimento capilar > 2 segundos).

3. Avaliação da respiração:
   a) Observar se a via aérea está permeável e funcional:
      i. Avaliar a frequência respiratória e o esforço respiratório
      ii. Avaliar SpO2

Frequência respiratória

Alteração do ritmo respiratório: hipo ou hiperventilação

Idade	Respirações/minuto
0-6 meses	30-60
6-12 meses	25-45
1-3 anos	24-40
4-5 anos	22-34
6-12 anos	18-30
13-18 anos	12-16

Fonte: RALSTON, M. et al.: SAVP - Suporte Avançado de Vida em Pediatria. *American Heart Association,* 2011.

4. Avaliação da FC e TA:

Avaliação da frequência cardíaca:

Frequência cardíaca

Idade	**Variabilidade bpm**
0-3 meses	90- 180
3-6 meses	80- 160
6 – 12 meses	80- 140
1-3 anos	75-130
4-5 anos	70-110
6-12 anos	60- 90
13-18 anos	60-90

Avaliação da pressão arterial:

a) A medição precisa requer uma braçadeira de tamanho apropriado ou sensor devidamente aplicado. Os valores encontrados deverão ser interpretados segundo as tabelas de percentis, para a idade e o sexo.
b) Tensão Arterial normal: TA sistólica e diastólica inferior ao percentil 90 para a idade e sexo.
c) Hipertensão Arterial: TA sistólica ou diastólica superior ou igual ao percentil 95 para a idade e o sexo, em três ocasiões separadas

Hipotensão por Pressão Arterial Sistólica:

Idade	Sistólica
< 30 dias	<60
1-12 meses	<70
1-10 anos	<70 + (idade em anos x 2)
>10 anos	<90

5. Cianose/acrocianose e SpO2

   a) A coloração e temperatura da pele devem ser uniformes no tronco e extremidades. As membranas mucosas, os leitos ungueais, as palmas das mãos e as solas dos pés devem ter coloração rosada;
   b) Acrocianose – a pele adquire um tom azulado nas extremidades. Fora do período neonatal é indicador de má condução do O2 para os tecidos;
   c) Cianose é a coloração azulada da pele e das mucosas devido à insuficiente oxigenação do sangue; avalia-se preferencialmente no língua (cianose central);
   d) A saturação de O2 pode ser avaliada por oximetria de pulso-SpO2;
   e) A hipoxémia significa oxigenação inadequada;
   f) Uma SpO2 < 94% em respiração ar ambiente é indicadora de hipoxemia.

6. Avaliação de sinais de desidratação

   a) Sede não saciável, mucosas secas;
   b) Olhos encovados, fontanela deprimida;
   c) Diminuição do débito urinário;
   d) Turgidez cutânea deficiente (prega cutânea);
   e) Taquicardia;
   f) Taquipneia sem esforço respiratório;
   g) Hipotensão;
   h) Alteração do estado de consciência.

7. Avaliação da dor – Vigiar e monitorizar através de escala de dor (consultar **ORIENTAÇÃO** da DGS sobre a matéria);

8. Avaliação da mobilidade e identificação de alterações osteoarticulares - identificar tumefação, dor, calor, rubor, impotência funcional;

9. Exantema macular ou petequial, sugestivos de doença meningocócica: identificar o aparecimento ou progressão de exantema, petéquias /púrpura, em especial nos primeiros dois dias de febre;

É fundamental despir a criança removendo todas as roupas. Se necessário, para que se mantenha confortável, deverá ser utilizada uma cobertura ou fazer o exame objetivo de forma sequencial: primeiro a face, o tronco e os membros superiores e, depois, a bacia e os membros inferiores ou o inverso.

Anexo 4

Nível de risco - classificação

	Risco baixo (R1)	**Risco intermédio (R2)**	**Risco alto (R3)**
Cor (da pele, lábios ou língua)	• Normal	• Pálida (opinião dos pais/cuidadores)	• Pálida / marmoreada / cinzenta ou cianosada
Atividade e vigília	• Responde normalmente aos estímulos sociais • Contente / sorridente • Vigília ou acorda com facilidade • Choro vigoroso/não chora	• Não responde normalmente aos estímulos sociais • Não sorri • Acorda apenas mediante estimulação prolongada • Atividade diminuída	• Sem resposta aos estímulos sociais • Apresenta "sensação de doença" ao profissional de saúde • Não acorda ou se acorda adormece rapidamente • Choro fraco, gritado ou contínuo
Respiratório	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Adejo nasal • Taquipneia - frequência respiratória: > 50 c/min (6-12 meses) > 40 c/min (>12 meses)	• Gemido expiratório (respiração entrecortada) • Taquipneia - frequência respiratória: > 60 ciclos resp/min • Tiragem moderada a grave
Circulação e Hidratação	• Pele e olhos normais • Mucosas húmidas	• Taquicardia - frequência cardíaca: > 160 bpm (<12 meses) > 150 bpm (12-24 meses) > 140 bpm (2-5 anos) • TRC ≥ 2 segundos • Mucosas secas • Recusa alimentar > 12 horas • Diminuição da diurese (informação dos pais)	• Taquicardia - frequência cardíaca: > 180 bpm • Avidez por líquidos • Hipotensão • Oligúria • Prega cutânea
Neurológico	• Nenhum dos sintomas ou sinais de Risco Intermédio (R2) ou Alto (R3)	• Convulsão simples	• Convulsões complexas • Rigidez da nuca • Status epilético • Sinais neurológicos focais
Dor	• Ausente a ligeira	• Moderada	• Severa
Outros	• Nenhum dos sintomas ou sinais de risco intermédio (R2) ou alto (R3)	• Idade entre 1-6 meses, a temperatura ≥ 39ºC • Acrocianose • Calafrios • Edema de um membro ou articulação • Mobilidade ou força reduzida dos membros	• Idade <1 mês • Petéquias ou lesões maculares dispersas nas primeiras 24 horas • Fontanela abaulada

Fonte: Traduzido e adaptado de "*Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years; NICE Clinical Guidelines; May 2013*".

Página intencionalmente em branco

Anexo 5

Tabela dos sinais e sintomas sugestivos de uma doença específica

Diagnóstico a ser considerado	**Sinais e sintomas presentes para além da febre**
Doença Meningocócica	Exantema petequial, em especial com picada central e halo inflamatório circundante, ou com sufusões hemorrágicas, ou simplesmente macular de poucas lesões, mesmo que evanescente, nas primeiras 24 a 48 horas de febre, particularmente se associado a um ou mais dos seguintes sinais: a) Criança que apresenta sensação de "estar doente" b) Lesões cutâneas com mais de 2 mm de diâmetro (púrpura) c) Tempo de repreenchimento capilar ≥ 2 segundos d) Rigidez da nuca e) Grande prostração e/ou intensa palidez, com início há poucas horas
Meningite Bacteriana	Rigidez da nuca Fontanela abaulada Diminuição do estado de consciência Convulsões, especialmente se complexas
Encefalite a Herpes Simplex	Sinais neurológicos focais Convulsões focais Depressão do estado de consciência
Pneumonia	Gemido expiratório / respiração entrecortada Frequência respiratória: > 60 c/min (0-5 meses de idade) > 50 c/min (6-12 meses de idade) > 40 c/min (> 12 meses de idade) Fervores na auscultação pulmonar Adejo nasal Retrações costais (tiragem) Cianose Saturação de O2 ≤ 95% Nota: a ausência de recetores da tosse nos alvéolos e bronquíolos, justifica a ausência de tosse ou tosse escassa nas pneumonias bacterianas.
Infeção do Trato Urinário	Vómitos Redução do aporte alimentar Irritabilidade Dor abdominal ou dor à palpação do abdómen Polaquiúria ou disúria Calafrios e/ou acrocianose na subida térmica

Artrite e/ou Osteomielite sética	Tumefação e/ou dor de um membro ou articulação, com impotência funcional Diminuição da mobilidade de um membro Incapacidade de realizar carga num membro / articulação Nota: a ausência de febre ou febre baixa e / ou fugaz não excluem o diagnóstico de osteomielite ou artrite sética, especialmente por *Kingella kingae*.
Doença de Kawasaki	Febre associada a, pelo menos, quatro dos seguintes critérios: a) Hiperemia conjuntival bulbar, bilateral, não exsudativa; b) Enantema; c) Alterações acrais (mãos ou pés) - tumefação, eritema, (fase aguda); descamação (fase de convalescença); d) Exantema polimorfo; e) Adenopatia cervical > 1,5 cm. Nota: em todo o síndrome febril com mais de 5 dias que tenha um ou mais dos sinais anteriores, em especial se grande irritabilidade ou reagentes de fase aguda muito aumentados, justifica-se ecocardiografia na procura de vasculite coronária.

Fonte: Traduzido e adaptado de "*Feverish illness in children. Assessment and initial management in children younger than 5 years; NICE Clínical Guidelines; May 2013*".

11

ACRÓNIMOS E SIGLAS

ABCD	***A**irway* (via aérea), ***B**reathing* (respiração), ***C**irculation* (circulação), ***D**isability* (nível de consciência)
AO	Assistente Operacional
AT	Assistente Técnico
Bpm	Batimentos cardíacos por minuto
BNSIJ	Boletim Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
C/min	Ciclos respiratórios por minuto
CH	Cuidados Hospitalares
CSP	Cuidados de Saúde Primários
CTR	Centro termorregulador
ECG	Eletrocardiograma
EESIP	Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica
EFA	Episódios Infeciosos Febris Agudos
EPS	Educação para a Saúde
FC	Frequência Cardíaca
FR	Frequência Respiratória
H	Hospitalar
HTA	Hipertensão Arterial
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
Kg	Quilograma

LCR	Liquido Cefalorraquidiano
M	Mês/meses de Idade
MCDT	Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
MF	Médico de Família
NC	Norma Clínica
NICE	*National Institute for Health and Care Excellence*
PAI	Processo Assistencial Integrado
PCR	Proteína C Reativa
PDS	Plataforma de Dados para a Saúde
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Programa Nacional de Vacinação
R1	Risco Baixo
R2	Risco Intermédio
R3	Risco Alto
RN	Recém-Nascido
RFA	Reação de Fase Aguda
SAVP	Suporte Avançado de Vida em Pediatria
SDR	Síndrome de Dificuldade Respiratória
SO	Serviço de Observação
SpO2	Saturação Periférica de Oxigénio
SU	Serviço de Urgência
TA	Tensão Arterial
TRC	Tempo de Repreenchimento Capilar
VSR	Vírus Sincicial Respiratório

12

BIBLIOGRAFIA

Al-Eissa YA, Al-Zaben AA, Al-Wakeel AS, et al. Physician's perceptions of fever in children. Saudi Med J. 2001;22:124-8.

Almeida, Maria do Rosário Ferreira de, Contributos para o Cuidar em Saúde Infantil e Pediatria- Relatório de estágio. Lisboa:[s.n.],2009. Dissertação de Mestrado em Enfermagem especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria apresentada à Universidade Católica Portuguesa.

Alper BS, Curry SH. Urinary tract infection in children. Am Fam Physician 2005; 72:2483-2488.

Alpern ER, Henretig FM. Fever. In: Fleisher GR, Ludwig S- Textbook of Pediatric Emergency Medicine. 6th ed. Philadelphia. Wolters Kluwer – Lippincott Williams & Wilkins, 2010:266-275.

American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee (Writing Committee) on pediatric fever, Mace SE, Gemme SR, Valente JH, Eskin B, Bakes K, Brecher D, Brown MD. Clinical policy for well-appearing infants and children younger than 2 years of age presenting to the emergency department with fever. Ann Emerg Med 2016;67(5):625-639.

Arora R, Mahajan P. Evaluation of child with fever without source. Pediatr Clin N Am 2013; 60:1049-1062.

Associação Portuguesa de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE/ICNP, Versão beta2, 2ª ed. 2003.

Astete JÁ, Batlle A, Hernandez-Bou S, Trenchs V, Gené A, Luaces C. Blood culture diagnostic yield in a paediatric emergency department. Eur J Emerg Med 2014;21:336-340.

Avner JR. Acute fever. Pediatr Rev 2009; 30(1):5-13. doi: 10.1542/pir. 30-1-5.

Bailey P. Daycaritis. Clin Pediatr Emerg Med 2013; 14(2):79-87.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Dor em cuidados intensivos neonatais. Acta Pediatr Port 2007;38 (4):144-51.

Batalha et al-Dor Pediátrica em Portugal: Resultados da Sensibilização Formação. Acta Pediatr Port 2014; (45): 99-106.

Batalha L, Santos LA, Guimarães H. Avaliação de dor e desconforto no recém-nascido. Acta Pediatr Port 2003; 34 (3): 159-13.

Batalha L, et al- Adaptação cultural e validação da reprodutibilidade da versão Portuguesa da escala de dor Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) em crianças. Rev Enferm Referencia série II -n.°10 - Jul. 2009: pp 7-14.

Biondi EA, Byington CL. Evaluation and management of febrile well-appearing young infants. Infect Dis Clin North Am. 2015; 29(3):575-85. doi: 10.1016/j.idc.2015.05.008. Epub 2015 Jul 16.

Boulant JA. Thermoregulation. In: Mackowiak PA. Fever. Basic Mechanisms and Management. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997:35-58.

Brown JC, Del Beccaro MA, Clausen CR. A comparison of time to positive culture and time to clinical identification of serious bacterial infections in infants. Clin Pediatr (Phila) 2003; 42:797-805.

Bulloch B, Bausher JC, Pomerantz WJ, Connors M, Mahabee-Gittens M, Dowd MD. Can urine clarity exclude the diagnosis of urinary tract infection? Pediatrics 2000; 106(5). URL: http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/106/5/e60.

Casadeval A. Evolution of intracellular pathogens. Annu Rev Microbiol 2008;62:19-33.

Chiappini E, Venturini E, Remaschi G et al. on behalf of the Italian Pediatric Society for the Management of Fever in Children. 2016 Update of the Italian Society Guidelines for management of fever in children. J Pediatr 2017; 180:177-183.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2016.09.043. Epub 2016 Oct 31.

Chiappini E, Parretti A, Becherucci P, et al. Parental and medical knowledge and management of fever in Italian preschool children. BMC Pediatrics 2012, 12:97. http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/97.

Cioffredi LA, Jhaveri R. Evaluation and management of febrile children. A review. JAMA Pediatr 2016; 170(8): 794-800. doi: 10.1001/jamapediatrics.2016.0596.

Contreras JR, Balleteros MRA. Abordaje del niño con fiebre sin foco. Actualización en Pediatria 2015. Madrid. Lúa Ediciones 3.0; 2015:31-38.

Corretger Rauet JM. Fiebre y vacunas (revisions). Vacunas 2007; 1:30-37.

Craig JC, Williams GJ, Jones M, et al. The accuracy of clinical symptoms and signs for the diagnosis of serious bacterial infection in young febrile children: prospective cohort study of 15781 febrile illnesses. BMJ 2010; 340: c1594.doi: 10.1136/bmj.c1594.

Craig JV, Lancaster GA, Williamson PR, Smyth RI. Temperature measured at the axilla compared with rectum in children and young people: systematic review. BMJ 2010; 320:1174-1178.

Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics 2001; 107(6):1241-1246.

Cubells CL, Cotanda CP. Fiebre sin foco. Pediatr Integral 2014; XVIII(1):7-14.

Cunha BA. Fever myths and misconceptions: the beneficial effects of fever as a critical component of host defenses against infection. Heart Lung 2012; 41:99-101.

Davis T, Goldstein H, Lawton N, Tagg A. Don't forget the bubbles. Needle in a haystack: how to identify the sick febrile child. Emerg Med Austral 2015;27:284-296.

De Cueto M, Pascual A. El hemocultivo pediátrico: indicaciones y técnica. An Pediat Contin 2007; 5(2): 279-282.

de la Torre M, de Lucas N, Gómez B, Mintegi S y Grupo para el estudio del lactente febril de la Red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatria (RISeuP-SPERG). Etiologia y evolución de las infecciones potencialmente graves en lactantes menores de 3 meses febriles. An Pediatr (Barc) 2016 pii: S1695-4033(16)30230-2. doi: 10.1016/j.anpedi.2016.07.005. [Epub ahead of print]

De Martino M, Chiarugi A. Recent advances in pediatric use of oral paracetamol in fever and pain management. Pain Ther 2015; 4: 149-168.

De S, Williams GJ, Teixeira-Pinto A et al. Lack of accuracy of body temperature for detecting serious bacterial infection in febrile episodes. Pediatr Infect Dis J 2015; 34(9):940-944.

De SK, Shetty N, Kelsey M. How to use … blood cutures. Arch Dis Child Pract Ed 2014;99:144-151. Doi.10.1136/archdischild-2013-305197.

Debillon T, Sgaggero B, Zupan V, Tres F, Magny JF, Bouguin MA. Séméiologie de la douleur chez le prématuré. Arch Pediatr 1994; 1:1085-92.

Demir F, Sekreter O. Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians regarding fever in children: a cross sectional study. Ital J Pediatr 2012; 38:40. doi: 10.1186/1824-7288-38-40.

den Bruel AV, Thompson MJ, Haj-Hassan T, et al. Diagnostic value of laboratory tests in identifying serious infections in febrile children: systematic review. BMJ 2011; 342:d3082 doi: 10.1136/bmj.d3082.

Diário da República, 2.ª Série, N.º 112, de 11 de junho de 2010: Despacho n.º 9871/2010, Gabinete da Ministra da Saúde.

Dias A, Salgado M. Quantos são os vírus que podem provocar febre? Saúde Infantil 2017;39(1)5-11.

Díaz MG, García RP, Gamero DB et al. Lack of accuracy of biomarkers and physical examinations to detect bacterial infection in febrile infants. Pediatr Emerg Care. 2016; 32(10):664-668.

Dinarello CA. Porat R. Fever and hypertermia. In: Kasper DL, Fauci AS. Harrison's Infectious Diseases. New York, McGraw Hill Medical, 2010:82-7.

Direção-Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 11, DSCS/DPCD, 2008, Programa Nacional de Controlo da Dor.

Direção-Geral da Saúde, Circular Normativa n.º 9, DGS/DGCG 2003, A Dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da Dor.

Direção-Geral da Saúde, Norma nº 008/2012, Diagnóstico e Tratamento da Infeção do Trato Urinário em Idade Pediátrica.

Direção-Geral da Saúde, Norma nº 010/2013, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ).

Direção-Geral da Saúde, Orientação nº 002/2013, Processos Assistenciais Integrados.

Direção-Geral da Saúde, Orientação nº 014/2010, Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.

Direção-Geral da Saúde, Orientação nº 004/2018, Febre na Criança e no Adolescente-definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores.

Direção-Geral da Saúde, Orientação nº 005/2018, Febre na Criança e no Adolescente-Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções.

Direção-Geral da Saúde, Orientação nº 022/2012, Controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos).

Direção-Geral da Saúde, Orientação nº 024/2012, Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias).

Dixon G, Deehan D, Dickson R, Miller H, Pegnam-Mason H. Clinical and consumer guidelines related to the management of childhood fever: A literature review. J Res Nurs 2006; 2(3):263-278.

Donati M, Monaco L, Melis M, Sottosanti L, Biagi C, Vaccheri A, Motola D. Ibuprofen-associated hypothermia in children: analysis of the Italian spontaneous reporting database. Eur J Clin Pharmacol 2016; 72:1239-1243. Doi. 10.1007/s00228-016-2088-z.

El-Radhi AS, Carrol J, Klein N, Abbas A. Fever: In: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:1-24.

El-Radhi AS, Carrol J, Klein N, Buchanan C. Hyperthermia. In: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:25-46.

El-Radhi AS, Carrol J, Klein N. Pathogenesis of fever: In: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:47-61.

El-Radhi AS, Carrol J, Klein N, Morley C. Measurement of body temperature: in: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:63-79.

El-Radhi AS, Carrol J, Klein N, Hassan MK, Al-Naddawi MN, Kabra SK, Olofsson OEEG. Fever in common infectious diseases: in: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:81-135.

El-Radhi AS, Carrol J, Klein N, Walsh A. Management of fever (antipyretics). In: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:223-250.

El-Radhi ASM. Fever management: evidence vs current practice. World J Clin Pediatr 2012;1(4):29-33.

Elshout G, van Ierland Y, Bohnen AM, et al. Alarm signs and antibiotic prescription in febrile children in primary care: an observational cohort study. Br J Gen Pract 2013; 63(612):e437-444. doi: 10.3399/bjgp13X669158.

Elshout G, Monteny M, van der Wouden J, Koes BW, Berger MY. Duration of fever and serious bacterial infections in children: a systematic review. BMC Fam Pract 2011; 12: 33. doi 10.1186/1471-2296-12-33.

Elshout G, van Ierland Y, Bohnen AM, de Wilde M, Moll HA, Oostenbrink R, Berger MY. Alarming signs and symptoms in febrile children in primary care: an observational cohort study in the Netherland. LOoS ONE 2014;9(2):e88114. Doi:10.1371/journal.pone.0088114.

Enarson MC, Ali S, Vandermeer B, et al. Beliefs and expectations of canadian parents who bring febrile children for medical care. Pediatrics 2012; 130(4):e905-12. doi: 10.1542/peds.2011-2140. Epub 2012 Sep 10.

Espinola BMM, Labarca PH. Lactantes menores de 3 meses hospitalizados por syndrome febril agudo. Experiencia clínica de 5 años. Rev Chil Pediatr 2015;86:270-278. http://dx.doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.02.001.

Expert Panel on Pediatric Imaging, Westra SJ, Karmazyn BK, Alazraki AL, et. al. ACR Appropriateness criteria fever without source or unknown origin. J Am Coll Radiol 2016; 13(8): 922-30.

Ferrie C. Febrile seizures. In: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:175-192.

Filho EK, de Carvalho WB. Current management of occult bacteremia in infants. J Pediatr (Rio J) 2015;91(6 suppl 1):S61-S66.

Furer V, Raveh D, Picard E, Goldberg S, Izbicki. Absence of leukocytosis in bacteraemic pneumococcal pneumonia. Prim Care Respir J 2011;20(3):276-281.

Galeto-Lacour A, Gervaix A. Identifying severe bacterial infection in children with fever without source. Expert Rev Infect Ther 2010; 8(11):1231-1237.

Garcia Puga, JM et all – Proceso Asistencial Integrado – Fiebre en la Infancia. Junta de Andaluzia 2009.

Graneto J. Emergent management of pediatric patients with fever (updated April 23, 2015). http://emedicine.medscape.com/article/801598-overview.

Gras-Le Guen C, Launay E. Fièvre aiguë chez l'enfant. Rev Prat 2015;65:649-652.

Greenhow TL, Hung Y-Y, Pantell RH. Management and outcomes of previously healthy, full-term, febrile infants age 7 to 90 days. Pediatrics. 2016;138(6):e20160270; DOI: 10.1542/peds.2016-0270.

Green RJ, Pentz A. Fever in children: how to minimize risk and provide appropriate therapy. South Afr Fam Pract 2014; 56(4):212-215, doi: 10.1080/20786190-2014.953860.

Guerra M, Crichiutti G, Pecile P, et al. Ultrasound detection of pneumonia in febrile children with respiratory distress: a prospectively study. Eur J Paediatr 2016; 175(2): 163-170. do: 10.1007/s00432-015-2611-8. Epub 2015 Aug 19.

Hague R. Managing the child with fever. Practitioner 2015; 259(1784):17-21.

Hamilton JL, John SP. Evaluation of fever in infants and young children. Am Fam Physician 2013;87(4);254-260.

Harden LM, Kent S, Pittman QJ, Roth J. Fever and sickness behavior: friend or foe? Brain Behav Immun 2015; 50: 322-333. doi: 10.1016/j.bbi.2015.07.012. Epub 2015 Jul 15.

Hasday JD. The influence of temperature on host defenses. In: Mackowiak PA. Fever. Basic Mechanisms and Management. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997:177-196.

Hasday JD, Fairchild KD, Shanholtz C. The role of fever in the infected host. Microbes Infect 2000; 2:1891-1904.

Hernandez-Bou S, Trenchs V, Battle A, Gene A, Luaces C. Occult bacteraemia in uncommon in febrile infants who appear well, and close clinical follow-up is more appropriate than blood tests. Acta Paediatr. 2015;104(2):e76-81. doi: 10.1111/apa.12852. Epub 2015 Jan 7.

Herzog L, Phillips SG. Addressing concerns about fever. Clin Pediatr (Phila) 2011; 50 (5):383-90.

Huppler AR, Eickhoff JC, Wald ER. Performance of low-risk criteria in the evaluation of young infants with fever. Pediatrics 2010; 125:228-233.

Inkelis SH, O'Leary D, Wang VJ, Malley R, Nicholson MK, Kuppermann N. Extremity pain and refusal to walk in children with invasive meningococcal disease. Pediatrics. 2002;110(1):e3. [Fecha de accceso 10 dic 2014]. Disponible en http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/110/1/e3.

Irwin AD, Wickenden J, Le Doare K, Ladhani S, Sharland M. Supporting decisions to increase the safe discharge of children with febrile illness from the emergency department: a systematic and review and meta-analysis. Arch Dis Child 2016; 101(3):259-66. doi: 10.1136/archdischild-2015-309056. Epub 2015 Dec 30.

Ishime P. Risk stratification and management of the febrile young child (review). Emerg Med Clin N Am 2013; 31(3): 601-26.

Jensen BN, Jensen FS, Madsen SN, Løssl K. Accuracy of digital, tympanic, oral, axillary, and rectal thermometrs compared with standard rectal mercury thermometers. Eur J Surg 2000; 166:848-851.

Jhaveri R, Byington CL, Klein JO, Shapiro ED. Management of the non-toxic-appearing acutely febrile child: a 21st century approach. J Pediatr 2011; 159(2):181-5. doi: 10.1016/j.jpeds.2011.03.047. Epub 2011 May 17.

Kanabar D. A practical approach to the treatment of low-risk childhood fever. Drugs RD 2014;14:45-55.

Karsas M, Becker PJ, Green RJ. Serious bacterial infections in febrile young children: lack of value of biomarkers. S Afr J Child Health 2016; 10(1): 33-36. DOI:10.7196/SAJCH.2016.v10i1.980.

Kayman H. Mangement of fever: making evidence-based decisions. Clin Pediatr (Phila) 2003;42:383-392.

Kelly G. Body temperature variability (part 1): a review of the history of body temperature and its variability due to site selection, biological rhythms, fitness, and aging. Altern Med Rev 2006; 11(4):278-93.

Kluger MJ, Kozak W, Conn CA, Sozynski D. The adaptive value of fever. In: Mackowiak PA. Fever. Basic Mechanisms and Management. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997:147-163.

Kluger M. If fever beneficial? In: El-Radhi AS, Carrol J, Klein N: Clinical Manual of Fever in Children. Berlin Springer-Verlag, 2009:211-222.

Kool M, Elshout G, Moll HA, Koes BW, van der Wouden JC, Berger MY. Duration of fever and course of symptoms in young febrile children presenting with uncomplicated illness. J Am Board Fam Med 2013;26:445-452.

Kuchar E, Han S, Karlowicz-Bodalska K, Miskiewicz K, Kuycka E. Safety of oral ibuprofen – analysis of data from the spontaneous reporting system in Poland. Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Res 2014; 71(4): 687-690.

Kuppermann N, Malley R, Inkelis SH, Fleisher GR. Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. Pediatrics. 1999;103:e20.

Kushner I. Acute phase reaction. UpToDate 2014 Jul 15; last updated Jul 23, 2015.

Kushner I, Rzewnicki DL. The acute phase response. In: Mackowiak PA. Fever. Basic Mechanisms and Management, 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997:165-176.

Lamoth F, Schrenzel J, Greub G. Approches diagnostiques des bactéries intracellulaires et des germes fastidieux. Rev Med Suisse 2014; 10: 2130-2136.

Lava SAG, Simonetti GD, Ramelli GP, Tschumi S, Bianchetti MG. Symptomatic management of fever by Swiss Board-Certified pediatricians: results from a cross-sectional, web-bases survey. Clin Therap 2012; 34(1):250-256.

Le Doare K, Nichols AL; Payne H et al. Very low rates of culture-confirmed invasive bacterial infections in a prospective 3-year population-based surveillance in Southwest London. Arch Dis Child 2014; 99:526-531.

Lee CKK, Engorn B, Flerlage J. Drug dosages. In: Engorn B, Flerlage J. The Johns Hopkins Hospital. The Harriet Lane Handbook. 22th edition. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2015:645-986.

Leduc D, Woods S; Community Paediatrics Committee, Canadian Paediatric Societay. (2015). Temperature measurements in paediatrics. Updated: Oct 15 2015http://www.cps.ca/documents/position/temperature-measurement.

Long SS. Laboratory Manifestations of Infectious Diseasess. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases- 4th edition. Edinburgh, Elsevier Saunders, 2012: 1400-1412.

Lorin MI. Temperature regulation and homeothermy. In: Lorin MI. The Febrile child. Clinical Management of Fever and Other Types of Pyrexia. New York, Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons, 1982:8-18.

Lorin MI. Pathophysiology of fever. In: Lorin MI. The Febrile child. Clinical Management of Fever and Other Types of Pyrexia. New York, Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons, 1982:19-26.

Lorin MI. Feve: friend or foe. In: Lorin MI. The Febrile child. Clinical Management of Fever and Other Types of Pyrexia. New York, Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons, 1982:27-40.

Lorin MI. Clinical measurement of body temperature. In: Lorin MI. The Febrile child. Clinical Management of Fever and Other Types of Pyrexia. New York, Wiley Medical Publication, John Wiley & Sons, 1982:43-48.

Mackowiak PA, Bartlett JG, Borden EC, Goldblum SE, Hasday JD, Munford RS et al, Concepts of fever: recent advances and lingering dogma. Clin Infect Dis 1997; 25:119-138.

Mackowiak PA, Buolant JA. Fever's upper limit. In: Mackowiak PA. Fever – Basic Mechanisms and Management, 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997:147-163.

Mackowiak PA. Clinical thermometric measurements. In: Mackowiak PA. Fever – Basic Mechanisms and Management, 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997:27-34.

Mackowiak PA. Normal "body" temperarture. In: Mackowiak PA. Fever – Basic Mechanisms and Management, 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 1997:207-213.

Mackowiak PA. Temperature regulation and the pathogenesis of fever. In: Bennett JE, Dolin R, Blaser MJ. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 8th edition. Elsevier Saunders, 2015:765-78.

Malhotra B, Swamy MA, Reddy PV, Kumar N, Tiwaru JK. Evaluation of custom multiplex real - time RT - PCR in comparison to fast - track diagnostics respiratory 21 pathogens kit for detection of multiple respiratory viruses, Virol J. 2016;13:91. doi: 10.1186/s12985-016-0549-8.

McCarthy PL. Fever in infants and children. In: Mackowiak PA. Fever. Basic Mechanisms and Management. 2nd edition. Philadelphia, Lippincott-Raven, 1997:351-362.

Martins M, Abecasis F. Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. Acta Paediatr 2016;105(7):829-33. doi: 10.1111/apa.13406. Epub 2016 Apr 20.

Manual de Colheitas do Laboratório de Microbiologia do CHLC, EPE (2011).

Manzano S, Bailey B, Gervaix A, Cousineau J, Delvin E, Girodias J-B. Markers for bacterial infection in children with fever without source. Arch Dis Child 2011; 96:440-446. doi.10.1136/adc.2010.203760.

Massin MM, Montesanti J, Gérard P: Lepage P. Spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. Acta Clin Belg 2006; 61(4):161-165.

Milcent K, Faesch S, Guen CG-L, et al. Use of procalcitonin assays to predict serious bacterial infection in young febrile infants. JAMA Pediatr 2016; 170(1): 62-69. Doi: 10.1001/jamapediatrics.2015.3210.

Mintegi S, Benito J, Gómez B. Manejo del lactante febrile en urgencias, An Pediatr Contin 2010;8(6):286-293.

Mintegi S, Benito J, Pijoan JI et al. Occult pneumonia in infants with high fever without source. A prospective multicenter study. Pediatr Emerg Care 2010; 14:470-474. doi: 10.1097/PEC.0b013e3181e582e4.

Murphy CG, van de Pol AC, Harper MB, Bachur RG. Clinical predictors of occult pneumonia in the febrile child. Acad Emerg Med 2007; 14:243-249.

Nakumura K. Central circuitries for body temperature regulation and fever. Am J Physiol Regul Integr Comp Physiol 2011; 301: 1207-1228.

NICE - National Institute for Health and Care Excellence. Fever in under 5s: assessment and initial mangement. NICE Clinical Guideline, May 2013. https://www.nice.org.uk/guidance/cg160/resources/fever-in-under-5s-assessment-and-initial-management-35109685049029.

Niehues T. The febrile child: diagnosis and treatment. Dtsch Arztebl 2013; 110(45):764-774. doi: 10.3238/arztebl.2013.0764.

Nijman RG, Vergouwe Y, Thompson M et al. Clinical prediction model to aid emergency doctors managing febrile children at risk of serious bacterial infections: diagnostic study. BMJ 2013; 346:f1706 doi: 10.1136/bmj.f1706.

Niven DJ, Gaudet JE, Laupland KB, Mrklas KJ, Roberts DJ, Stelfox HJ. Accuracy of peripheral thermometers for estimating temperature. A systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 2015;163:768-77.doi10.7326/M15-1150.

Nobre S, Cordinhã C, Salgado M. Convulsões febris. Texto para pais e profissionais de saúde. Saúde Infantil 2011;33(1).41-45.

Nunes, Lucília (2006) Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. II Congresso da OE.

Oguz F, Yildiz I, Varkal MA, Hizli Z, Toprak S, Kaymakci K et al. Axillary and tympanic temperature measurement in children and normal values for ages. Pediatr Emerg Care. 2016 Apr 5. [Epub ahead of print].

Ordem dos Enfermeiros. Dor: Guia Orientador de Boa Prática. 2008. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros.

Paes BP, Vermeulen K, Brohet RM, van der Ploeg T, de Winter JP. Accuracy of tympanic and infrared skin thermomteres in children. Arch Dis Child 2010; 95:974-987. Doi:10.1136/adc.2010.185801.

Pascual A, De Cueto M. El hemocultivo pediátrico: indicaciones y técnica. An Pediatr Contin 2007; 5(5):279-82.

Paul IM, Sturgis SA, Yang C, Engle L, Watts H, Berlin CM Jr. Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. Clin Ther 2010; 32 (14): 2433-2440.

Pereira da Silva T, Justo da Silva L. Escalas de avaliação da dor utilizadas no recém-nascido. Ata Med Port 2010; 23(3):437-54.

Plaisance KI, Mackowiak PA. Antipyretic therapy. Physiologic rationale, diagnostic implications, and clinical consequences. Arch Intern Med 2000;160:449-456.

Printz V, Hobbs A M-E, Teuten P, Paul SP. Clinical update: assessment and management of febrile children. Community Pract 2016; 89(6)32-37; quiz 37.

Procop GW, Hartman JS, Sedor F. Laboratory tests in evaluation of acute febrile illness in pediatric emergency room patients. Am J Clin Pathol 1997; 107:114-121.

Purssell E, While AE. Does the use of antipyretics in children who have acute infections prolong febrile illness? A systematic review and meta-analysis. J Pediatr 2013; 163:822-827.

Purssell E. Fever in children – a concept analysis. J Clin Nurs 2013; 23, 3575–3582, doi: 10.1111/jocn.12347.

Purssell E. Physical treatment of fever. Arch Dis Child 2000; 82:238-9.

Quast S, Kimberger O.The significance of core temperature. Pathophysiology and measurement methods. Drager Medical GmgH, 2005. http://www.draeger.com/sites/assets/PublishingImages/Segments/Campaigns/tcore/t-core-bk-9068132-en-1412-1.pdf.

Rainsford KD. Ibuprofen: pharmacology, efficacy and safety. Inflammopharmacol 2009; 17: 275-242.

Ray ST, Drew RJ, Hardiman F, Pizer B, Riordan A. Rapid identification of microorganisms by FilmArray Blood Culture Identification Panel improves clinical mangement in children. Pediatr Infect Dis J 2016; 35(5):e134-8. doi: 10.1097/INF.0000000000001065.

Revel PA, Chandramohan L. Bacterial Laboratory Diagnosis. In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez PJ. Feigin & Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th edition. Philadelphia, Elsevier Saunders, 2014: 3589-3595.

Riordan FA, Thomson AP, Sills JA, Hart CA. Who spots the spots? Diagnosis and treatment of early meningococcal disease in children. BMJ 1996;313(7067):1255-6.

Rodrigues F, Alves MC, Alves AF, Lemos L. Hemoculturas positivas num Serviço de Urgência Pediátrica: 1995-2005. Acta Pediatr Port 2007; 38(2):69-72.

Romanovsky AA, Székely M. Fever and hypothermia: two adaptive thermoregulatory response to systemic inflammation. Medical Hypotheses 1998;50:219-226.

Rosenbloom E, Finkelstein Y, Adams-Webber T, Kozer E. Do antipyretics prevent the recurrence of febrile seizures in children? A systematic review of randomized controlled trials and meta-analysis. Eur J Paediatr Neurol 2013; 17(6):585-8. doi: 10.1016/j.ejpn.2013.04.008. Epub 2013 May 21.

Roukema J, Steyerberg EW, van der Lei J, Molli HA. Randomized trial of a clinical decision support system: impact on the management of children with fever without apparent source. J Am Med Inform Assoc 2008; 15:107-113.

Royal College of Nursing–Caring for children with fever: RCN good practice guidance for nurses working with infants, children and young people. Second Edition, London: RCN, December 2013. 14p. ISBN 978-1-908782-92-2 [Consult.20 de setembro 2014]. Disponível em WWW: <URL: http:// www.rcn.org.uk.

Salgado M. A definição de febre deve basear-se no conhecimento e não na tradição. Saúde Infantil 2014; 36(2):57-67.

Salgado M. O subfebril não existe: é uma mentira contada inúmeras vezes que se transformou numa verdade. Saúde Infantil 2014; 36(2):55-56.

Salgado M. Febre em cuidados primários pediátricos: análise retrospetiva de 5.296 episódios febris. 24º Encontro Pediatria do HPC (CHUC), 19,20 de fevereiro de 2015.

Salgado M, Brito MJ, Nunes C, Godinho P, Ferreira F. O despiste de infeção urinária na criança (Protocolo). Saúde Infantil 1995; 17: 67-69.

Sard B, Baily MC, Vinci R. An analysis of pediatric blood cultures in the postpneumococcal conjugate vaccine era in a community hospital emergency department. Pediatr Emerg Care 2006;22(5): 295-300.

Sermet-Gaudelus I, Chadelat I, Lenoir G. La mesure de la temperature en pratique pédiatrique quotidiente. Arch Pédiatr (Paris) 2005;12:1292-1300.

Silva MT. Classical labeling of bacterial pathogens according to their lifestyle in the host: inconsistencies and alternatives. Front Microbiol 2012 Feb 29;3:71. doi: 10.3389/fmicb.2012.00071. eCollection 2012.

Smith J. Methods and devices of temperature measurements in the neonate: a narrative review and practice recommendations. Newborn Infant Nurs Rev 201;14:64-71.

Starr M. Febrile infants and children in the emergency departments: reducing fever to its simplest form. J Paediatr Child Health 2016;52:109-111.

Stewart CE. Pediatric fever: myths and management. Emerg Med Rep 2005;26(13):159-174.

Sullivan JE, Farrar HC, and the Section on Clinical Pharmacology and Therapeutics and Committee on Drugs. Fever and antipyretic use in children. Pediatrics 2011; 127:580-587. doi:10.1542/peds.2010-3852.

Sun-Levander M, Grodzinsky E. Assessment of body temperature measurement options. Br J Nurs 2013; 22(6): 942,944-50.

Sun-Levander M. Time for a change to assess and evaluate body temperature in clinical practice. Int J Nurs Pract 2009;15(4):241-9. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01756.x.

Tansey EA, Johnson CD. Recent advances in thermoregulation. Adv Physiol Educ 2015; 39: 139-148.

The Young Infants Clinical Signs Study Group. Clinical signs that predict severe illness in children under age 2 months: a multicentre study. Lancet 2008;371:135-142.

Taylor NAS, Tipton MJ, Kenny GP. Considerations for the measurement of core, skin and mean body temperatures (review). J Therm Biol 2014;46:72-101.

Temple AR, Temple BR, Kuffner EK. Dosing and antipyretic efficacy of oral acetaminophen in children. Clin Ther 2013;35(9):1361-1375.e45.

Teng CL, Ng CJ, Nik-Sherina H, Zailinawati AH, Tong SF. The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic review. J Trop Pediatr 2008;54(1):70-73.

Teuten P, Paul SP, Heaton PA. Management of acute childhood fevers. J Fam Health 2015;25(4):26-29.

Thomas KA, Burr R, Wang S-Y, Lentz MJ, Shaver J. Axillary and thoracic skin temperatures poorly comparable to core body temperature circadian rhythm: results from 2 adult populations. Biol Res Nurs 2004; 5(3):187-194.

Thomas S, Vijaykumar C, Naik R, Moses PD, Antonisamy B. Comparative effectiveness of tepid sponging and antipyretic drugs versus only antipyretic drug in the management of fever among children: a randomized controlled trial. Indian Pediatr 2009; 46(2):133-136.

Thompson MJ, Ninis N, Perera R et al. Clinical recognition of meningococcal disease in children and adolescents. Lancet 2006;367:397-403.

Thompson M, Coad N, Harnden A, Mayon-White P, Perera R, Mant D. How well do vital signs identify children withs serious infections in paediatric emergency care. Arch Dis Child 2009;94:888-893.

Thompson M, Van den Bruel A, Verbakel J et al. Systematic review and validation of prediction rules for identifying children with serious infections in emergency departments and urgent-access primary care. Health Tecnol Assess 2012; 16(15):1-100.

Trautner BW, Caviness AC, Gerlacher GR, Demmler G, Macias CG. Prospective evaluation of the risk of serious bacterial infection in children who presente to the emergency department with hyperpirexia (temperature of 106ºF or higher). Pediatrics 2006; 118(1):34-40.

Urbankowska E, Krenke K, Drobcynski L, et al. Lung ultrasound in the diagnosis and monotoring of community acquired pneumonia in children. Respir Med 2015;109(9):1207-1212. doi: 10.1016/j.rmed.2015.06.011. Epub 2015 Jun 23.

Van den Bruel A, Aertgeerts B, Bruyninckx R, Aerts M, Buntinx F. Signs and symptoms for diagnosis of serious infections in children: a prospective study in primary care. Br J Gen Pract 2007; 57:538-646.

Van den Bruel A, Haj-Hassan T, Thompson M, Buntinx F, Mant D, for the European Research Network on Recognizing Serious Infection Investigators. Diagnostic value of clinical features at presentation to identify serious infection in children in developed countries: a systematic review. Lancet 2010; 375:834-845.

Van den Bruel A, Bruyninckx R, Vermeire E, Aerssens P, Aertgeerts B, Buntinx F. Signs and symptoms in children with serious infections: a qualitative study. BMC Fam Pract 2005; 636 doi:10.1186/1471-2296-6-36.

Van den Bruel A, Thompson MJ, Haj-Hassan T et al. Diagnostic value of laboratory test in identifying serious infections in febrile children: systematic review. BMJ 2011; 342:d3082. doi: 10.1136/bmj.d3982.

Van Ierland Y, Elshout G, Moll HA et al. Use of alarm features in referral of febrile children to the emergency department. Br J Gen Pract 2014; 64(618):e1-9. doi: 10.3399/bjgp14X676393.

Xavier-Souza G, Vilas-Boas AL, Fontoura M-S H, et al. The inter-observer variation of chest radiograph reading in acute lower respiratory tract infection among children. Pediatr Pulmonol 2013; 48(5):: 464-469. doi: 10.1002/ppul.22644.Epub 2012 Aug 8.

Wheeler D. Temperature regulation. Surgery 2006; 24(12):446-51.

Walker GA, Runde D, Rolston DM, Wiener D, Lee J. Emergency department rectal temperatures in over 10 years: a retrospective observational study. World J Emerg Med 2013; 4(2): 107-12.

Walter EJ, Hanna-JummaS, Carraretto M, Forni L. The pathophysiological basis and consequences of fever. Critical Care 2016;20:200. Doi 10.1186/s13054-016-1375-5.

Wells LC, Smith JC, Weston VC, Collier J, Rutter N. The child with a non-blanching rash: how likely is meningococcal disease? Arch Dis Child 2001; 85(3): 218–22.

Whiting P, Westwood M, Watt I, Cooper J Kleijnen J. Rapid tests and urine sampling techniques for the diagnosis of urinary tract infections (UTI) in children under five years: a systematic review. BMC Pediatrics 2005; 5.4 doi:10.1186/1471-2431-5-4.

Wilkinson M, Bulloch B, Smith M. Prevalence of occult bacteremia in children aged 3 to 36 months presenting to de emergency department with fever in the postpneumococcal conjugate vaccine era. Acad Emerg Med 2009; 16: 220-225.

Williams GJ, Macaskill P, Kerr M, et al. Variability and accuracy in interpretation of consolidation on chest radiography for diagnosing pneumonia in children under 5 years of age. Pediatr Pulmonol 2013; 48(12): 1195-1200. doi: 10.1002/ppul.22806. Epub 2013 Sep2.

Wing R, Dor MR, McQuilkin PA. Fever in the pediatric patient. Emerg Med Clin N Am 2013; 31:1073-1096.

Yo CH, Hsieh PS, Lee SH, et al. Comparison of the test characteristics of procalcitonin to C-reactive protein and leukocytosis for the detection of serious bacterial infections in children presenting with fever without source: a systematic review and meta-analysis. Ann Emerg Med 2012; 60(5):591-600.

Zomorrodi A, Attia MW. Fever: parental concerns. Clin Pediatr Emerg Med 2008; 9:238-243.