

# FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Leticia Staszczak Schwab, Beatriz Drummond Lopes, Eduarda Schneider de Souza, Andrea Maciel de Oliveira Rossoni.

COMPLEXO HOSPITAL DE CLÍNICAS- UFPR

## INTRODUÇÃO

A Febre sem Sinais Localizatórios (FSSL) caracteriza-se por temperatura axilar  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ , com duração  $< 7$  dias, sem causa identificada após anamnese e exame físico adequados.

Trata-se de condição frequente, especialmente em menores de 36 meses, exigindo distinção entre quadros virais autolimitados e infecções bacterianas graves (IBG), como sepse, meningite, pneumonia e infecção do trato urinário (ITU).

## OBJETIVO

Revisar os critérios e a abordagem de FSSL na literatura.

## METODOLOGIA

Revisão narrativa de literatura, realizada por meio de busca nas bases de dados Scielo, utilizando os descritores “febre” e “sem foco”, com inclusão de estudos publicados entre 2020 e 2025.

## RESULTADOS

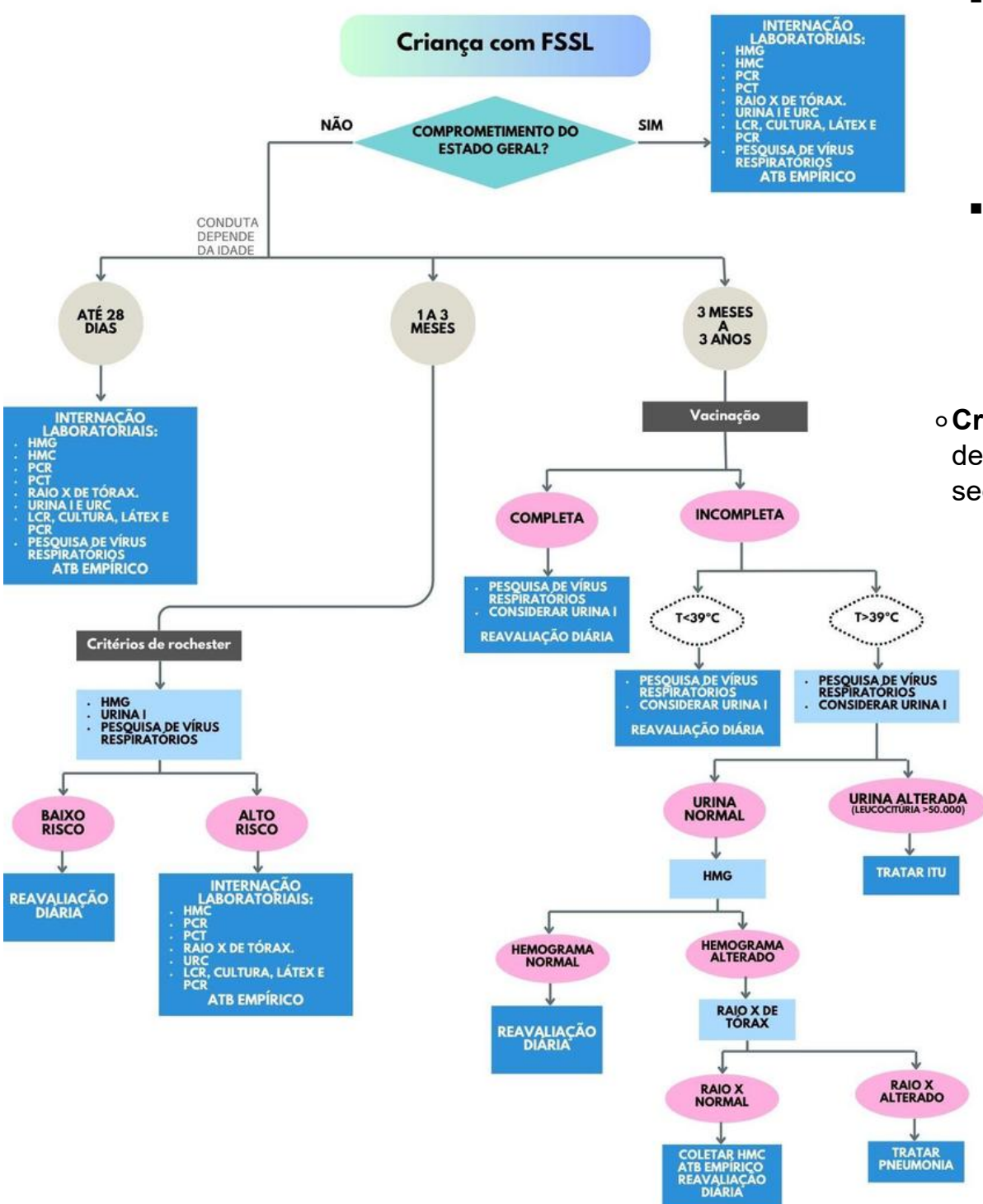


FIGURA 1: Fluxograma Febre sem sinais localizatórios. Fonte: a autora, 2026.

Prevalência: 20% a 30% das crianças febris em emergências apresentam FSSL, sendo a maioria entre 6 e 24 meses.

Impacto Vacinal: As vacinas conjugadas reduziram drasticamente casos de bacteremia oculta e meningite. Mesmo assim, IBG acometem cerca de 5–10% dos lactentes com FSSL, sendo a Infecção do Trato Urinário (ITU) a principal causa bacteriana em lactentes.

### Etiologia por Idade:

- Neonatos (0-28 dias):** Escherichia coli, Streptococcus agalactiae e Listeria monocytogenes.
- 1-3 meses:** E. coli, Klebsiella spp., S. agalactiae, Streptococcus pneumoniae, Salmonella spp.; e etiologias virais.
- 3-36 meses:** Maioria viral.
- >3 anos de idade:** menor incidência de FSSL, geralmente apresenta foco identificável na evolução clínica.

Manejo: Sinais de toxemia indicam internação imediata e investigação ampla (hemograma, hemocultura, PCR, procalcitonina, urina, líquor e radiografia de tórax). Uma sugestão do fluxo de atendimento para FSSL está demonstrada na Figura 1.

- Neonatos:** sempre hospitalizar; iniciar antibioticoterapia empírica intravenosa até exclusão de IBG.
- 1–3 meses:** aplicar critérios clínico-laboratoriais (Rochester) para estratificação de risco.
  - Baixo risco: seguimento ambulatorial rigoroso;
  - Alto risco: internação e antibiótico parenteral (ex: ceftriaxona, associar ampicilina se suspeita meningea).
- >3 meses:** se adequadamente vacinado e sem sinais de toxemia, a prioridade é a investigação de ITU. Febre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  aumenta probabilidade de etiologia bacteriana. Exames complementares são guiados por achados clínicos e laboratoriais.

Critérios de internação: idade  $< 1$  mês, toxemia, suspeita de sepse, imunossupressão ou impossibilidade de seguimento seguro.

## CONCLUSÃO

FSSL permanece desafio diagnóstico relevante na prática pediátrica. Uma abordagem individualizada, baseada em protocolos e na clínica da criança, é fundamental para otimizar desfechos clínicos.

## REFERÊNCIAS

BAKER, R. E. et al. Fever without source in infants: A systematic review. Journal of Pediatric Infectious Diseases, v. 39, n. 4, p. 225-234, 2020.  
 CARRERA, J. M. et al. Viral infections in children presenting with fever without source: A multicenter study. Pediatrics International, v. 62, n. 8, p. 1035-1041, 2020.  
 CIANCIARULLO, Marco Antonio. Sepse neonatal precoce e tardia. Pediatria geral: neonatologia, pediatria clínica, terapia intensiva. Tradução. Rio de Janeiro: Atheneu, 2022.  
 GOMEZ, B. et al. Procalcitonin and C-reactive protein in identifying invasive bacterial infections in febrile infants. Pediatrics, v. 141, n. 2, p. e20171702, 2018.  
 JONES, C. V. et al. Utility of biomarkers in febrile infants: A meta-analysis. JAMA Pediatrics, 2021.  
 MARTINEZ, A. B. et al. Urinary tract infections in febrile infants: New insights into prevalence and management. Pediatric Nephrology, v. 37, n. 1, p. 23-32, 2022.  
 MCINTOSH, J. E. et al. Pediatric fever without source: An updated diagnostic approach. The New England Journal of Medicine, v. 384, n. 12, p. 1157-1167, 2021.  
 NELSON, H. B. et al. Clinical and laboratory predictors of serious bacterial infection in febrile children. Annals of Emergency Medicine, v. 76, n. 5, p. 587-597, 2020.  
 PROCIANOY RS, SILVEIRA RC. The challenges of neonatal sepsis management. J Pediatr (Rio J). 2020;96(S1):80-6.  
 RODRIGUEZ, C. L. et al. Bacterial meningitis in children: Incidence and outcomes. The Lancet Infectious Diseases, v. 21, n. 11, p. 1481-1492, 2021.  
 SANCHEZ, J. F. et al. The changing epidemiology of occult bacteremia in young children. Pediatrics, v. 144, n. 3, p. e20190623, 2019.  
 SMITH, R. D. et al. Antibiotic stewardship in pediatric fever without source. Pediatric Infectious Disease Journal, v. 42, n. 1, p. 15-22, 2023.  
 SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, Diretrizes para uso racional de antibióticos em unidades neonatais. Departamento Científico de Neonatologia. Rio de Janeiro: SBP, 2025.