

DOI: <https://doi.org/10.58871/conaeti.v4.31>**FEBRE SEM SINAIS LOCALIZATÓRIOS EM PEDIATRIA: DESAFIO
DIAGNÓSTICO NO DEPARTAMENTO DE EMERGÊNCIA****FEVER WITHOUT LOCALIZING SIGNS IN PEDIATRICS: A DIAGNOSTIC
CHALLENGE IN THE EMERGENCY DEPARTMENT****PRISCILA SANTOS OLIVEIRA**

Discente do curso de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

TAMYRES ARAÚJO ANDRADE DONATO

Docente do curso de medicina da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

RESUMO

Objetivo: Analisar a abordagem da febre sem sinais localizatórios (FSSL) em emergências pediátricas. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura a partir de busca nas bases PubMed, SciELO e BVS. Foram incluídos artigos dos últimos cinco anos, em inglês e português, com os descritores “*Fever without source*”, “*Pediatrics*” e “*Emergency*” (DeCS/MeSH). Foram excluídos artigos que não correspondem à temática estabelecida. **Resultados e Discussão:** A partir da busca e análise nas bases de dados, oito artigos foram incluídos. Após leitura minuciosa, percebeu-se que a FSSL, embora geralmente autolimitada, pode indicar infecções bacterianas graves, exigindo diagnóstico preciso. A avaliação deve incluir exame físico detalhado com foco na identificação de sinais de alarme e, a depender da faixa etária e dos achados clínicos, uso de ferramentas auxiliares como escores clínicos, exames laboratoriais, culturas e testes moleculares, nem sempre disponíveis. A conduta varia conforme idade, sinais, sintomas e protocolos, os quais apresentam divergências entre si. **Considerações finais:** A abordagem da FSSL deve ser individualizada e baseada em múltiplos recursos, buscando acurácia diagnóstica e redução da morbimortalidade. Novos estudos são necessários para unificar as condutas e uniformizar os protocolos existentes.

Palavras-chave: febre sem sinais localizatórios; emergência pediátrica; diagnóstico diferencial.

ABSTRACT

Objective: To analyze the approach to fever without a source (FWS) in pediatric emergency departments. **Methodology:** An integrative literature review based on searches in the PubMed, SciELO, and BVS databases. Articles published in the last five years in English and Portuguese were included, using the descriptors “*Fever without source*,” “*Pediatrics*,” and “*Emergency*” (DeCS/MeSH). Articles not aligned with the proposed topic were excluded. **Results and Discussion:** Eight articles were selected after screening and analysis. A detailed review revealed that although FWS is often self-limiting, it may indicate serious bacterial infections, requiring accurate diagnosis. Evaluation should include a complete physical examination

focused on identifying alarm signs and, depending on age and clinical findings, the use of additional tools such as clinical scores, laboratory tests, cultures, and molecular diagnostics — which are not always available. Management varies according to age, clinical presentation, and current protocols, which often diverge. **Final Considerations:** The approach to FWS should be individualized and based on multiple resources to ensure diagnostic accuracy and reduce morbidity and mortality. Further studies are needed to unify practices and standardize existing protocols.

Keywords: fever without source; pediatric emergency; differential diagnosis.

1 INTRODUÇÃO

A febre, que é o aumento da temperatura corporal acima da variação fisiológica normal, ocorre quando o ponto de regulação térmica hipotalâmica, ou seja, a temperatura basal, é reajustada em resposta à substâncias pirogênicas. Essa elevação da temperatura central é uma reação fisiológica comum, geralmente desencadeada por processos infecciosos, mas também está associada a condições inflamatórias, malignas ou autoimunes (Balii; Shumway e Sharan, 2023).

Embora a febre seja uma queixa frequente nos consultórios médicos e cause muita preocupação entre genitores e cuidadores, na maioria das vezes, não são encontrados indicativos de que a criança tenha uma patologia de maior gravidade. Durante os exames de triagem na atenção primária, estima-se que menos de 1% dos casos de febre estejam associados a infecções graves, enquanto que nesta mesma população durante o atendimento nas emergências, esse número pode chegar a 25%. Assim sendo, é importante que a febre em crianças seja considerada um sinal externo de patologia e rigorosamente investigada, especialmente no pronto socorro (Barbi *et al.*, 2017).

A maioria dos casos de febre, principalmente na ausência de sinais localizatórios, em crianças de 3–35 meses, as quais constituem o maior grupo de risco, é causada por infecções virais autolimitadas que tendem a se resolver em até 2-3 dias sem intervenção médica adicional. Somente uma fração dos casos evolui para infecções bacterianas que necessitam de hospitalização, tais como bacteremia, pneumonia complicada ou meningite (Jhaveri e Shapiro, 2018).

Os patógenos mais comuns em infecções bacterianas severas sem sinais localizatórios, na faixa etária citada, são o *Streptococcus pneumoniae*, a *Neisseria meningitidis* e a *Salmonella*, as quais estão comumente relacionadas com as gastroenterocolites. Atualmente, a ampla introdução de vacinação conjugada contra o patógeno *Haemophilus influenza*, bem como a implementação de programas de imunização infantil resultaram em declínios substanciais para tal tipo de infecção (Long, Prober e Fischer, 2017).

A diferenciação entre infecções virais leves e quadros bacterianos graves baseia-se na avaliação clínica detalhada, com foco nos sinais de alerta, que incluem: má alimentação, ausência de sorriso, hipoatividade, letargia, choro agudo e fraco, taquicardia e taquipneia, tempo de enchimento capilar superior a três segundos e diurese reduzida (Barbi *et al.*, 2017).

Embora tais sinais de alarme sejam preponderantes, a febre sem sinais localizatórios (FSSL) – com duração inferior a sete dias e sem foco infeccioso definido após análise clínica detalhada, tem se tornado uma apresentação cada vez mais comum nas emergências pediátricas. A síndrome, que se refere à condição de não existência de foco infeccioso óbvio, é também tida como um grande dilema diagnóstico na prática pediátrica devido à sua natureza inespecífica, a qual pode atrasar o diagnóstico das infecções subjacentes e a instituição de medidas de tratamento adequadas. Frequentemente, a FSSL é conduzida a partir da realização de exames laboratoriais amplos e do início de antibioticoterapia empírica, com vistas a tratamento preventivo de infecção bacteriana invasiva (Graaf *et al.*, 2022).

Consoante a revisão realizada, poucos estudos conduziram investigações mais robustas acerca da FSSL em infantes atendidos no âmbito do pronto socorro. Dessa maneira, o presente artigo visa contribuir para o preenchimento dessa lacuna, reunindo e analisando de forma crítica as principais evidências disponíveis sobre o tema e discutindo as atuais estratégias de triagem, diagnóstico e conduta clínica frente à febre sem foco. A revisão integrativa se propõe, por conseguinte, a ampliar a discussão sobre o tema, acrescentar abordagens clínicas consolidadas, apresentar divergências entre as fontes e colaborar com a formação, qualificação e atualização dos profissionais que atuam na linha de frente do atendimento pediátrico.

2 METODOLOGIA

O presente estudo, quanto à sua natureza, pode ser classificado como uma pesquisa básica pura, haja vista que tem o intuito de gerar informações que possam ser utilizadas nos âmbitos social, médico e acadêmico para a realização de intervenções e ampliação de debates. Além disso, classifica-se como um estudo com abordagem qualitativa do tipo retrospectiva (Gil, 2017). No que tange aos objetivos, pode ser definida como uma pesquisa exploratória. Ademais, trata-se de uma pesquisa bibliográfica, do tipo revisão integrativa da literatura, de modo que sua elaboração envolve as seguintes etapas: definição da questão norteadora e dos objetivos de pesquisa, elaboração de critérios de inclusão e exclusão, categorização de estudos, análise e interpretação de dados e resultados, apresentação da revisão (Gil, 2017).

A partir desse referencial, foi construída a seguinte questão norteadora: "Quais são as condutas recomendadas na abordagem inicial da febre sem sinais localizatórios em contextos

de emergência, com ênfase na detecção precoce de infecções bacterianas graves?" Com base nessa pergunta, realizou-se uma busca sistematizada nas bases de dados PubMed, SciELO e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Para a construção da estratégia de busca, foram utilizados os descritores "Fever without source", "Pediatrics" e "Emergency", combinados por meio do operador booleano "AND", de forma a refinar os resultados e garantir a pertinência dos estudos à temática proposta.

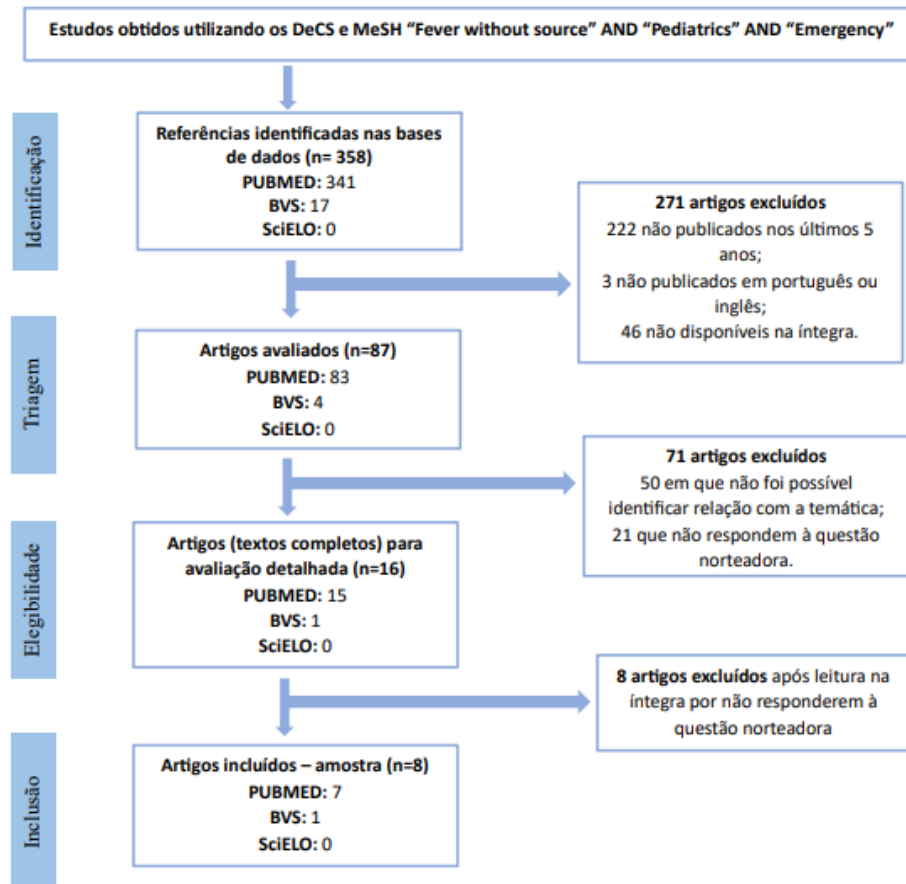
Foram incluídos estudos publicados entre os anos de 2021 e 2025, redigidos em português ou inglês, do tipo revisão, estudo retrospectivo, prospectivo e multicêntrico. Foram excluídos artigos de opinião, pesquisas voltadas à população adulta e materiais que abordassem outras condições clínicas não relacionadas diretamente à FSSL. Após a triagem inicial com base nos títulos e resumos, realizou-se a leitura dos textos potencialmente relevantes na íntegra, resultando na seleção final de oito artigos.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A distribuição temporal dos artigos foi proporcional, de modo que 25% foram publicados em 2020, 25% em 2022, 25% em 2023 e 25% em 2024, sendo todos eles no idioma inglês. A utilização do marco temporal se deu em decorrência da necessidade de uma análise de informações mais atualizadas acerca das abordagens diagnósticas da febre sem sinais localizatórios no departamento de emergência, o que confere maior índice de sucesso na interpretação dos resultados. As abordagens utilizadas nos estudos foram diversas, englobando revisões e diversos tipos de estudo: de coorte, retrospectivo, multicêntrico e prospectivo. No que tange à área do conhecimento, os artigos selecionados estão vinculados à área da saúde, mais especificamente à emergência pediátrica.

Apresenta-se na figura 1, o fluxograma PRISMA demonstra como foi realizado o processo de busca e seleção dos estudos. Em seguida, na tabela 1, os artigos selecionados para revisão, identificados quanto ao título, autor, ano de publicação e tipo de estudo.

Figura 1: Fluxograma PRISMA



Fonte: Elaboração própria (2025)

Quadro 1: Apresentação da seleção de artigos incluídos na revisão integrativa.

Título	Autores	Ano	Tipo de estudo
Fever without a source in children: international comparison of guidelines	Graaf <i>et al.</i>	2023	Revisão
Host biomarkers and combinatorial scores for the detection of serious and invasive bacterial infection in pediatric patients with fever without source.	Lacroix <i>et al.</i>	2023	Revisão
Serious bacterial infections in young children with fever without source after discharge from emergency department.	Lee <i>et al.</i>	2022	Estudo de coorte
Viremia as a predictor of absence of serious bacterial infection in children with fever without source.	Galetto-Lacour <i>et al.</i>	2022	Estudo prospectivo

Protocol for the diagnostic performance of CRP, procalcitonin and IL-6 in children ≤ 36 months with fever without source.	Sutiman <i>et al.</i>	2024	Revisão sistemática e meta-análise (protocolo)
Occult Bacteremia in Young Children with Very High Fever Without a Source: A Multicenter Study	Gangoiti <i>et al.</i>	2020	Estudo multicêntrico
Accuracy of PECARN rule for predicting serious bacterial infection in infants with fever without a source.	Velasco <i>et al.</i>	2020	Estudo retrospectivo
Performance of Febrile Infant Algorithms by Duration of Fever	Velasco <i>et al.</i>	2024	Estudo prospectivo

Fonte: Elaboração própria (2025)

A partir da análise detalhada dos artigos, infere-se que a febre sem sinais localizatórios constitui um dos principais desafios no atendimento pediátrico em departamentos de emergência, especialmente em lactentes com menos de três meses de idade. De fato, é, sem dúvida, o grande problema da emergência pediátrica devido ao diagnóstico diferencial entre a FSSL como uma infecção autolimitada por vírus e a FSSL como uma possível infecção bacteriana potencialmente grave que se manifesta inicialmente de maneira oligossintomática, cujas principais etiologias são bacteremia oculta, meningite bacteriana e ITU. Nesta situação de incerteza, a decisão sobre internação ou não, a necessidade de apresentar exames laboratoriais e a administração de antibióticos empíricos estão no campo da balança clínica e da viabilidade operacional (Barbi *et al.*, 2017).

Na ausência dos biomarcadores reconhecidos internacionalmente procalcitonina (PCT), interleucina-6 (IL-6) ou escores combinados como o ImmunoXpert, que são geralmente utilizados em serviços de emergência pediátrica com maior aporte tecnológico, regras clínicas validadas internacionalmente assumem o papel central, especialmente em contexto nacional. A regra Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN), a Step-By-Step e os critérios da American Academy of Pediatrics (AAP) geralmente são baseados em exames laboratoriais básicos, incluindo hemograma, análise de urina, proteína C reativa (PCR) e, quando apropriado, procalcitonina, sendo assim aplicáveis a maioria das unidades de emergência (Graaf *et al.*, 2023; Machado e Gilio, 2021)

A capacidade da regra PECARN, regra que combina essencialmente três variáveis: exame de urina, contagem absoluta de neutrófilos e procalcitonina, na identificação de lactentes com menos de 60 dias em risco reduzido de infecção bacteriana grave foi estudada por Velasco

e colaboradores (2021). Embora seja sensível para esse propósito, a PECARN apresentou especificidade moderada e, mesmo entre os pacientes considerados de baixo risco, 4,5% apresentaram afecções bacterianas severas, incluindo meningite. Portanto, os autores concluíram que a aplicação da PECARN de maneira isolada deve ser encarada com cautela, especialmente em crianças com quadros febris iniciais, com menos de seis horas de evolução, haja vista que este é um período no qual os biomarcadores podem não ter atingido níveis detectáveis.

Posteriormente, Velasco e colaboradores (2024) avaliaram o impacto da duração da febre sobre o desempenho das regras clínicas. A procalcitonina manteve desempenho razoável mesmo em febres com menos de duas horas de evolução. A PCR e a contagem absoluta de neutrófilos, mais comuns na prática clínica, foram menos sensíveis no conhecimento do presente cenário. A regra Step-by-Step, que acrescenta sinais clínicos (toxicidade, idade <21 dias) a exames complementares como urina, PCR, contagem de neutrófilos e PCT, também teve desempenho reduzido nos casos de febre recente. Assim, é evidente que as regras clínicas devem ser interpretadas de acordo com o tempo da febre, especialmente quando se trata de locais em que a aplicação de biomarcadores seja restrita.

Apesar de difundidos, os biomarcadores PCT, PCR, IL-6 continuam limitados à pesquisa devido à tecnologia e altos custos em centros de referência. A revisão sistemática de Sutiman e colaboradores (2024) pretende padronizar os valores de referência desses marcadores, especialmente em crianças com idade inferior a 36 meses e febre de curta duração, mas eles terão aplicabilidade prática somente se houver maior acessibilidade à tecnologia, bem como capacitação dos serviços de saúde em biossegurança.

Inovações, como a detecção de viremia por PCR sanguínea sugerida por Galetto-Lacour e colaboradores (2023), se mostraram eficientes para excluir infecções bacterianas severas, tendo um valor preditivo elevado em comparação a PCR e PCT. Já as ferramentas ImmunoXpert e Labscore avaliadas por Lacroix e colaboradores (2023), que consistem em testes de sorologia viral, como TRAIL e IP-10, associados a marcadores bacterianos, foram analisadas em comparação com biomarcadores individuais de rotina, a exemplo da proteína C reativa, de modo que os testes diagnósticos associados se mostraram superiores a qualquer biomarcador isolado. Apesar dos resultados satisfatórios, em contexto nacional, esses testes apresentam altos custos e ainda não estão disponíveis nas emergências pediátricas (Machado e Gilio, 2021)

Outro sinal que pode ser importante é a intensidade de febre. Gangoiti e colaboradores (2020) demonstraram que 15,3% das crianças entre 3 e 24 meses com febre acima de 40,5°C e

sem foco clínico aparente tinham infecções bacterianas severas, e 3% tinham bacteremia. Mesmo os pacientes em estado geral aparentemente satisfatório requerem atenção quando há aumento acentuado de temperatura corpórea, e demandam avaliações mais acuradas, bem como o uso empírico de antibióticos em alguns casos.

Além disso, nota-se que apesar das ferramentas moleculares avançadas, o seguimento clínico com bom treinamento de profissionais da saúde permanece fundamental. O estudo de Lee e colaboradores (2022) mostrou que 1,57% das crianças com FSSL retornaram ao serviço com diagnóstico de infecção bacteriana, e 8,6% necessitaram de hospitalização, com maior incidência nos menores de 6 meses, sendo que tais resultados se mostraram independentes da utilização de testes laboratoriais. Isso reforça que, além da estratificação de risco inicial, a vigilância pós-alta deve ser estruturada, principalmente em serviços com elevada rotatividade e internações limitadas, pois a falha diagnóstica no primeiro atendimento pode contribuir com a morbimortalidade das afecções bacterianas.

Por fim, a revisão de Graaf e colaboradores (2023) encontrou um alto grau de variabilidade internacional em relação às diretrizes de FSSL, especialmente em crianças entre 1 e 3 meses de idade, que apresentam vulnerabilidade acentuada. Embora haja consenso sobre o início do tratamento com antibióticos empíricos e a realização de culturas e testes laboratoriais em crianças menores de um mês, independentemente da condição clínica, os lactentes mais velhos apresentaram recomendações divergentes entre as diretrizes, o que gera uma variabilidade de condutas nos departamentos de emergência.

Como o cenário geral brasileiro apresenta uma escassez de recursos, a abordagem local tende a ser mais conservadora, ou seja, de condutas baseadas em exames básicos e monitorização clínica intensiva. Dessa maneira, a abordagem ao tratamento de crianças com FSSL deve ser personalizada e modernizada, com foco na disponibilidade de meios diagnósticos e experiência clínica dos profissionais de saúde. Assim, as regras clínicas, como o PECARN e Step-by-Step são as ferramentas mais acessíveis atualmente em contexto, enquanto biomarcadores mais avançados e escores multicêntricos representam uma perspectiva futura promissora de acordo com as evidências científicas mais recentes. Entretanto, o treinamento adequado das equipes quanto à aplicação repetida de regras, bem como a monitorização clínica cuidadosa, são cruciais para a segurança do paciente e eficiência dos departamentos de emergência pediátrica (Machado e Gilio, 2021).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A febre sem sinais localizatórios permanece uma das patologias de maior complexidade diagnóstica entre as crianças atendidas em serviços de emergência pediátrica, demandando decisões rápidas e seguras por parte da equipe multidisciplinar. A literatura revisada, nesse sentido, sugere que as novas ferramentas moleculares e os biomarcadores específicos avançam na acurácia da estratificação de risco, mas sua aplicação se limita às instituições de maior porte, dada a complexidade técnica e o custo associado. Diante desse cenário, as regras clínicas realizadas, a exemplo da PECARN e Step-by-Step, mostram-se extremamente úteis, principalmente quando associadas à avaliação clínica sensível e detalhada aos sinais de alerta presentes no exame físico.

A abordagem de febre sem sinais localizatórios não depende exclusivamente de uma ferramenta ou algoritmo, mas de conhecimento e treinamento da equipe, bem como de uma postura crítica, sensível ao tempo de febre e estruturação de fluxos de reavaliação após alta. Nesse contexto, o perfil laboratorial com os marcadores infecciosos amplamente disponíveis e um exame físico detalhado, são de extrema importância na condução de quadros febris inespecíficos. Assim, é preciso que a abordagem da febre sem sinais localizatórios ocorra de maneira individualizada em cada instituição, levando em consideração a disponibilidade de recursos, as condições epidemiológicas do local e a expertise da equipe responsável, de modo a oferecer uma assistência mais segura, centrada no paciente e resolutive, incluindo a assistência pós-alta. Em acréscimo, nota-se que a divergência entre diretrizes torna o manejo incerto e divergente entre os departamentos de emergência, de modo que novos estudos são necessários para mitigar essa lacuna.

REFERÊNCIAS

BALLI, Swetha; SHUMWAY, Karlie R.; SHARAN, Shweta. Physiology, **Fever**. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562334/>. Acesso em: 2 abr. 2025.

BARBI, Egidio; MARZUILLO, Pierluigi; NERI, Elena. **Fever in children: pearls and pitfalls**. Children, [S.l.], v. 4, n. 9, p. 81, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/children4090081>. Acesso em: 2 abr. 2025.

GALETTO-LACOUR, Annick; CORDEY, Samuel; PAPIS, Sebastien. **Viremia as a predictor of absence of serious bacterial infection in children with fever without source**. European Journal of Pediatrics, [S.l.], v. 182, p. 941–947, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04690-7>. Acesso em: 2 abr. 2025.

GANGOITI, Itziar; GARCÍA, María; GÓMEZ, Beatriz. **Occult bacteremia in young children with very high fever without a source: a multicenter study.** Pediatric Infectious Disease Journal, [S.l.], v. 39, n. 12, p. e462–e466, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000002886>. Acesso em: 2 abr. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2017. xvi, 173 p. ISBN 9788597012613.

GRAAF, Sanne; KEUNING, Maya Wietske; PAJKRT, Dasja. **Fever without a source in children: international comparison of guidelines.** World Journal of Pediatrics, [S.l.], v. 19, p. 120–128, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12519-022-00611-8>. Acesso em: 2 abr. 2025.

JHAVERI, Ravi; SHAPIRO, Eugene D.; SHARAN, Shweta. **Fever Without Localizing Signs.** In: LONG, Sarah S.; PROBER, Charles G.; FISCHER, Marc (eds.). Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5. ed. Amsterdam: Elsevier, 2018. p. 115–117.e1. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40181-4.00014-1>. Acesso em: 2 abr. 2025.

LACROIX, Laurence; GALETTO-LACOUR, Annick; CORDEY, Samuel. **Host biomarkers and combinatorial scores for the detection of serious and invasive bacterial infection in pediatric patients with fever without source.** PLOS ONE, [S.l.], v. 18, n. 11, p. e0294032, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0294032>. Acesso em: 2 abr. 2025.

LEE, Chien-Chung; CHEN, Chih-Yu; CHANG, Hsiu-Yu. **Serious bacterial infections in young children with fever without source after discharge from emergency department: a National Health Insurance database cohort study.** Pediatrics and Neonatology, [S.l.], v. 63, p. 527–534, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pedneo.2022.03.020>. Acesso em: 2 abr. 2025.

LONG, Sarah S.; PROBER, Charles G.; FISCHER, Marc A. **Fever Without Source.** In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. 5. ed. Philadelphia: Elsevier, 2017. cap. 14. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-40181-4.00014-1>. Acesso em: 2 abr. 2025.

MACHADO, Beatriz Marcondes; GILIO, Alfredo Elias. **Febre sem sinais localizatórios.** In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (org.). Tratado de Pediatria. 5. ed. Barueri: Manole, 2021. v. 1. Seção 20, cap. 1. ISBN 9786555767483.

SUTIMAN, Nicole; TAN, Nicole W.; CHUA, Pei Yee. **Diagnostic performance of CRP, PCT and IL-6 for serious bacterial infections among children ≤36 months: a protocol for systematic review.** BMJ Paediatrics Open, [S.l.], v. 8, e002237, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2023-002237>. Acesso em: 2 abr. 2025.

VELASCO, Raúl; GARCÍA, María; GÓMEZ, Beatriz. **Accuracy of PECARN rule for predicting serious bacterial infection in infants with fever without a source.** Archives of Disease in Childhood, [S.l.], v. 106, n. 2, p. 143–148, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2020-320651>. Acesso em: 2 abr. 2025.

VELASCO, Raúl; GARCÍA, María; GÓMEZ, Beatriz. **Performance of Febrile Infant Algorithms by Duration of Fever. *Pediatrics***, [S.l.], v. 153, n. 5, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2023-064342>. Acesso em: 2 abr. 2025.