

Carla Maria Alves Silva

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Junho de 2015

Carla Maria Alves Silva

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Estudo efetuado sob a orientação:

Professora Doutora Maria Isabel Bica Carvalho Costa
Professor Doutor João Carvalho Duarte



*Se em certa altura
Tivesse voltado para a esquerda em vez de para a direita;
Se em certo momento
Tivesse dito sim em vez de não, ou não em vez de sim;
Se em certa conversa
Tivesse tido as frases que só agora, no meio-sono, elaboro —
Se tudo isso tivesse sido assim,
Seria outro hoje, e talvez o universo inteiro
Seria insensivelmente levado a ser outro também.
(...)*

Álvaro de Campos, "Na Noite Terrível" (1890)

Agradecimentos

Este é o espaço dedicado às pessoas que contribuíram direta e indiretamente para a concretização deste trabalho, a quem agradeço e demonstro os meus agradecimentos e todo o afeto.

À minha Orientadora, Professora Doutora M^a Isabel Bica, obrigada pela atenção, paciência, orientação, compreensão, valiosas sugestões e, principalmente, pelo incentivo.

Ao Professor Doutor João Duarte, por se ter disponibilizado a ajudar no tratamento estatístico, sem o qual esta investigação não teria sido exequível. Obrigada, pela sua preciosa ajuda.

A todos os pais que se disponibilizaram a participar neste estudo, preenchendo os questionários.

À equipa de Urgência de Pediatria pelo entusiasmo, ânimo e a paciência que sempre me concederam nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais pelo carinho, apoio e incentivo. Sem eles não era possível ultrapassar esta fase tão importante da minha vida.

Ao meu marido e filha, que sempre depositaram todo o carinho, encorajamento e confiança em mim; pela paciência, dedicação e apoio em todas as horas ao longo desta caminhada e pela compreensão de tantos momentos de ausência.

A todos os que não referi e que sabem que são importantes para mim.

A todos os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

Enquadramento – A febre na criança constitui uma das principais manifestações que impulsiona os pais na procura dos cuidados de saúde diferenciados, resultando na utilização inadequada de recursos.

Objetivos – Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre; avaliar a influência do número de filhos no conhecimento e nas atitudes; identificar as fontes de informação que influenciam o conhecimento e as atitudes dos pais.

Material e Método – Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Recorreu-se ao questionário que inclui a caracterização sociodemográfica, contextual da criança, variáveis clínicas de fontes de informação e questões que avaliam o conhecimento e as atitudes dos pais perante a febre na criança. A amostragem é não probabilística por conveniência (144 pais/cuidadores).

Resultados – Amostra predominantemente feminina (86.8%), os homens são mais velhos ($M=34.05$ anos ± 6.45 anos); cerca de 9 em cada 10 das crianças eram acompanhadas pela mãe. Os sintomas que mais preocupam e levaram os participantes a recorrer ao Serviço de Urgência foram: vômitos/desidratação (66.4%), mau estado geral (64.6%), dificuldade respiratória (52.1%); em 58.5% dos casos de febre sem foco poder-se-ia ter utilizado os cuidados de saúde primários; a idade da criança e o sexo *dummy* revelaram-se preditoras dos conhecimentos e o sexo preditor das atitudes; as mulheres e os homens com mais idade e com filhos mais jovens possuem melhores conhecimentos; as mulheres têm atitudes mais adequadas.

Conclusões – As mulheres possuem conhecimentos intermédios e revelam melhor atitude perante a febre. Quanto maior a escolaridade melhor é o conhecimento e os participantes que procuram como fonte de informação um profissional de saúde, possuem atitudes mais adequadas. Assume grande relevância a aquisição de competências que proporcionem aos pais/cuidadores ferramentas que os ajudem a lidar com a fobia da febre.

Palavras-chave: Febre; Criança; Pais; Conhecimento; Atitudes; Serviço de Urgência.

Abstract

Background - Fever in children is a major manifestation that drives parents in demand for hospital care, resulting in inappropriate use of resources.

Objectives - To identify the sociodemographic variables that interfere with parents' knowledge and attitudes towards children with fever; evaluate the influence of number of children in knowledge and attitudes; identify the sources of information that influence the knowledge and attitudes of parents.

Material and Methods - Quantitative study, transversal, descriptive and correlational. It used the questionnaire which includes sociodemographic, contextual child, clinical variables of sources of information and questions that assess knowledge and attitudes of parents before the fever in children. The sampling is not probabilistic for convenience (144 parents / caregivers).

Results - Sample predominantly female (86.8%), men are older ($M=34.05$ years ± 6.45 years); about 9 out of 10 children were accompanied by their mother. Symptoms of concern and led the participants to use the emergency department were: vomiting/dehydration (66.4%), poor health status (64.6%), difficulty breathing (52.1%); in 58.5% of cases of fever without focus, primary health care could have been sought; the child's age and the sex dummy proved to be predictors of knowledge and sex predictor of attitudes; women and men over age and younger children have better knowledge; women have more appropriate attitudes.

Conclusions – Women had a better knowledge of and dealt better with fever. Participants of greater scholastic differentiation had better knowledge. Participants, who sought out health professionals for information, had more adequate attitudes toward fever. It is of great importance to acquire skills that give parents / caregivers tools to help them deal with the phobia of fever.

Keywords: Fever; Child; Parents; knowledge; Attitudes; Emergency Service.

Índice

Introdução.....	21
1. Febre.....	27
2. Conhecimento e atitudes dos pais perante a febre na criança.....	37
3. Urgências Pediátricas – conjectura atual.....	45
1. Metodologia.....	53
1.1. Métodos.....	53
1.2. Participantes.....	55
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	56
1.2.2. Caracterização acadêmica da amostra.....	59
1.3. Instrumentos.....	62
1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, de contextualização da criança e de fontes de informação.....	62
1.3.2. Questionário de Conhecimento dos pais perante a febre na criança.....	63
1.3.3. Questionário das atitudes dos pais perante a febre na criança.....	63
1.4. Critérios de operacionalização de variáveis.....	64
1.5. Procedimentos.....	72
1.6. Análise de dados.....	73
2. Resultados.....	77
2.1. Análise descritiva.....	77
2.1.1. Atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre.....	77
2.1.2. Conhecimento dos pais/cuidadores perante a criança com febre.....	81
2.1.3. Fontes de informação sobre a febre na criança.....	94
2.1.4. Destino da criança após ida ao Serviço de Urgência...	95
2.1.5. Diagnóstico da criança no Serviço de Urgência.....	96
2.1.6. Diagnóstico vs. necessidade de urgência pediátrica.....	96
2.1.7. Conhecimentos e atitudes.....	98
2.2. Análise inferencial.....	100
2.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.....	100

2.2.2. Relação entre o número de filhos e da idade da criança no conhecimento e nas atitudes e dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.....	103
2.2.3. Relação entre as fontes de informação o conhecimento e as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.....	105
2.2.4. Regressão linear múltipla entre o conhecimento e as variáveis sociodemográficas e idade da criança.....	106
3. Discussão.....	111
3.1. Discussão Metodológica.....	111
3.2. Discussão de Resultados.....	112
3.2.1. Conhecimento e atitudes perante a criança com febre.....	113
3.2.2. Fontes de informação sobre a febre na criança.....	118
3.2.3. Recurso ao Serviço de Urgência.....	118
3.2.4. Relação entre as variáveis sociodemográficas, o número de filhos e o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.....	120
4. Conclusão.....	123
Referências Bibliográficas.....	127
Anexos.....	137
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	
Anexo II – Autorização para a realização do estudo	
Anexo III – Organograma de atuação perante a febre na criança	

Índice de tabelas

Tabela 1	Estatísticas relativas à idade segundo o sexo.....	57
Tabela 2	Caracterização sociodemográfica da amostra	59
Tabela 3	Estatísticas relativas à idade da criança.....	60
Tabela 4	Estatísticas relativas ao peso da criança.....	60
Tabela 5	Caraterização da criança.....	61
Tabela 6	Primeiro método utilizado para confirmar a febre na criança e sexo.....	77
Tabela 7	Confirmação da febre sempre com termómetro e sexo.....	78
Tabela 8	Tipo de termómetro utilizado e sexo.....	78
Tabela 9	Autorização para administrar antipirético.....	78
Tabela 10	Autorização por escrito para administração de antipirético.....	79
Tabela 11	Momento em que há a procura de um profissional de saúde para tratar a febre na criança e sexo.....	79
Tabela 12	Recurso ao Serviço de Urgência por febre e sexo.....	79
Tabela 13	Pedido de aconselhamento antes de recorrer ao Serviço de Urgências.....	80
Tabela 14	Via/local utilizado para avaliar a temperatura da criança com o termómetro e sexo.....	81
Tabela 15	Conhecimentos sobre valor da febre.....	82
Tabela 16	Atitude para baixar a febre ao filho(a).....	82
Tabela 17	Valor da temperatura para tomar a atitude para baixar a febre.	83
Tabela 18	Valor de temperatura para a administração de antipirético.....	83
Tabela 19	Antipirético mais utilizado para baixar a febre ao filho e sexo.....	83
Tabela 20	Modo de cálculo da dose de antipirético a administrar.....	84
Tabela 21	Alternância habitualmente de antipiréticos.....	84
Tabela 22	Opinião sobre a possibilidade de os antipiréticos terem efeitos secundários.....	84
Tabela 23	Efeitos secundários dos antipiréticos e sexo.....	85
Tabela 24	Indicadores de conhecimento sobre febre.....	86
Tabela 25	Prevalência dos indicadores de conhecimentos sobre antipiréticos.....	87
Tabela 26	Indicadores de conhecimento face aos antipiréticos.....	88
Tabela 27	Prevalência dos indicadores de conhecimentos sobre antipiréticos.....	88
Tabela 28	Opinião dos pais/cuidadores sobre o significado da febre e	

	sexo.....	89
Tabela 29	Febre alta como causa de outros problemas de saúde e sexo	89
Tabela 30	Febre alta como causa de algum problema de saúde e sexo	90
Tabela 31	Identificação e tratamento da causa da febre.....	90
Tabela 32	Sinais/sintomas de preocupação quando a criança tem febre.....	91
Tabela 33	Sintomas que levam a recorrer ao Serviço de Urgência.....	92
Tabela 34	Fontes de informação sobre a febre e sexo.....	95
Tabela 35	Destino da criança após ter ido ao Serviço de Urgência e sexo.....	96
Tabela 36	Diagnóstico da criança.....	96
Tabela 37	Destino da criança após recorrer ao Serviço de Urgência.....	97
Tabela 38	Estatísticas relativas aos conhecimentos.....	98
Tabela 39	Classificação conhecimentos em função do sexo.....	99
Tabela 40	Estatísticas relativas ao total das atitudes em função do géne- ro.....	99
Tabela 41	Classificação das atitudes em função do sexo.....	99
Tabela 42	Relação entre os conhecimentos e atitudes e sexo.....	100
Tabela 43	Relação entre os conhecimentos e atitudes e idade.....	101
Tabela 44	Relação entre os conhecimentos e atitudes e o estado civil.....	101
Tabela 45	Relação entre os conhecimentos e atitudes e a zona de residên- cia.....	102
Tabela 46	Relação entre os conhecimentos e atitudes e as habilitações literá- rias.....	102
Tabela 47	Relação entre os conhecimentos e atitudes e grau de parentesco com a criança.....	102
Tabela 48	Relação entre os conhecimentos e atitudes e possuir mais filhos.....	104
Tabela 49	Relação entre os conhecimentos e atitudes e número de filhos....	104
Tabela 50	Relação entre os conhecimentos e atitudes e a idade da criança..	105
Tabela 51	Relação entre os conhecimentos e atitudes e as fontes de informa- ção.....	106
Tabela 52	Correlação de Pearson entre o conhecimento perante a criança com	

	febre e variáveis independentes.....	107
Tabela 53	Regressão múltipla entre o conhecimento perante a criança com febre e variáveis independentes.....	107
Tabela 54	Correlação de Pearson entre as atitudes perante a criança com febre e variáveis independentes.....	108
Tabela 55	Regressão múltipla entre as atitudes perante a criança com febre e variáveis independentes.....	108
Tabela 56	Estimativas e rácios críticos das trajetórias entre variáveis latentes e variáveis manifestas.....	109

Índice de Figuras

Figura 1 -	Patogenia da febre.....	29
Figura 2 -	Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas.....	54
Figura 3 -	Gráfico do modelo para os conhecimentos e atitudes.....	109
Figura 4 -	Output gráfico dos conhecimentos e atitudes.....	110

Índice de Quadros

Quadro 1 -	Operacionalização e recodificação das variáveis.....	64
Quadro 2 -	Indicadores de conhecimento dos pais perante a febre na criança.....	66
Quadro 3 -	Indicadores de conhecimento dos pais perante a criança com febre (continuação).....	69
Quadro 4 -	Indicadores de atitudes dos pais perante a criança com febre.....	71
Quadro 5 -	Indicadores de fontes de informação sobre a febre na criança.....	72

Introdução

No frequente acesso aos Serviços de Urgência Pediátricos, vários são os motivos percecionados pelos pais/cuidadores como “verdadeiras urgências”. Partilha-se da opinião de alguns autores ao afirmarem que a febre constitui uma das principais manifestações que impulsiona os pais/cuidadores na procura dos cuidados de saúde diferenciados (Pestana, 2003; Rocha, Regis, Filho, Queiroz; Ugarte, Orue, Samudio & Webwer, 2009; Zeferino & Nunes, 2011). Embora frequentemente a saibam tratar, associam-na a potenciais doenças graves, convertendo-se assim num acontecimento gerador de ansiedade, insegurança e angústia por parte dos cuidadores.

A febre é o sinal e o sintoma que, isoladamente, resulta num maior número de consultas no Serviço de Urgência. Nalguns estudos, representa 20 a 30% das visitas ao mesmo, e a maioria destes episódios de febre ocorre em crianças com menos de 3 anos, sendo frequentemente autolimitada e atribuível a doença viral (Freitas, Metzker & Fernandes, 2007).

Como é referenciado, a procura desmesurada destes serviços acarreta custos agravados e diminui o nível de qualidade de atendimento nos mesmos. Por um lado a gestão financeira nacional fica comprometida, e por outro, o grau de satisfação dos utentes e dos profissionais de saúde também; já que as estratégias no atendimento nem sempre são eficazes nem estão coadunadas às situações. Um serviço de urgência tem como principal função o atendimento em situação de doença grave. Consequentemente o acesso indevido a estes serviços traduz-se numa afluência acrescida, maior tempo de espera, uma constante solicitação dos profissionais de saúde, e uma insatisfação do utente. Perante isto o atendimento à criança gravemente doente pode estar comprometido.

Os cuidados de enfermagem de urgência são episódicos, primários e, por norma, agudos o que, na prática, requerem um conjunto único de capacidades, que o enfermeiro deve possuir: avaliativas, interventivas e de tratamento, quer sejam de carácter geral quer especializados (Alminhas, 2007). No entanto, o enfermeiro, que exerce funções no Serviço de Urgências Pediátricas, deve ter em conta as reações por parte das crianças e dos pais e/ou cuidador principal face a um problema de saúde real ou potencial, não se centrando na doença, mas também nos aspetos emocionais, atitudinais e sentimentais. A sensibilidade e a compreensão são requisitos que os enfermeiros têm de possuir para ajudar na interação com os pais. Ser enfermeiro implica o desenvolvimento de competências e a sua

operacionalização no cuidar à pessoa. Neste sentido, e no que concerne à enfermagem, esta deve pautar-se por princípios de responsabilidade profissional e de respeito pelos direitos humanos que levam à excelência.

Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel preponderante em termos de intervenção junto da criança, mas também no apoio e empoderamento dos pais/cuidadores nestas situações (Zeferina & Nunes, 2011). Ao demonstrarem interesse pela criança, pelos pais e pelas suas necessidades, ajudam a promover a comunicação com estes e quando criam uma atmosfera otimista, estão a cooperar para a partilha conjunta dos cuidados às crianças (Fernandes, 2008). O respeito pelas suas capacidades, crenças, valores e conhecimentos devem ser tidos em consideração, procurando-se uma constante empatia destas interações com o objetivo da implementação de parcerias e envolvimento dos pais nos planos de cuidados (Costa, 2012).

A febre constitui uma grande preocupação para os pais quando os seus filhos se encontram doentes. Schmitt (1980), conforme referem Rocha et al. (2009), descreveu, pela primeira vez, a fobia da febre, que se traduz no medo excessivo dos pais face à febre dos filhos, independente do grau de escolaridade e nível socioeconómico. Atualmente, os estudos nesta área demonstram a continuação dessa fobia, que resulta na preocupação e em tratamentos desnecessários (Al-Nouri & Basheer, 2006; Chiappini, Principi & Longhi, 2009). Este medo persiste e muitos pais evidenciam poucos conhecimentos e sentimentos de insegurança para cuidar de uma criança febril (Gomide, 2011). Surge assim uma afluente procura dos cuidados de saúde, que os pais justificam pela grande ansiedade gerada em relação aos possíveis problemas que a febre possa acarretar (Rocha et al., 2009).

Desta feita são muito frequentes as situações em que se prestam cuidados de saúde a crianças febris, interagindo-se com pais preocupados. Para Erichsen (2010) é essencial conhecer-se as atitudes e conhecimentos dos mesmos acerca da febre pois não é raro que o grau de preocupação dos pais possa parecer inadequado em relação aos sintomas e à aparência da criança. O aconselhamento aos pais preocupados com a febre no seu filho é uma tarefa diária para muitos profissionais de saúde. Como tal, oferecer-lhes informações precisas e significativas acerca da temática é fundamental, devendo-se, antes de tudo, compreender as suas perceções acerca da etiologia, consequências e tratamento da febre.

Uma preocupação constante, que se considera na prática de enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, relaciona-se com a vivência dos processos de saúde-doença da criança e dos seus pais, assim, assume grande relevância a aquisição de competências

neste âmbito, pretendendo-se desenvolver a temática do **Conhecimento e atitudes dos pais perante a febre na criança, em contexto de Serviço de Urgência** abonando contributos para a investigação em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Para o efeito formularam-se as seguintes questões de investigação: i) Que variáveis sociodemográficas têm repercussão no conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência? ii) Qual a influência do número de filhos no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência? iii) Quais as fontes de informação que influenciam o conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência?.

Face às interrogações formuladas foram delineados os seguintes objetivos: i) Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência; ii) Avaliar a influência do número de filhos no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência; iii) Identificar as fontes de informação que influenciam o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.

Nesta perspetiva e para melhor compreensão, o presente estudo encontra-se estruturado em duas partes, constando da primeira os fundamentos teóricos, e a segunda ao estudo empírico. Na fundamentação teórica profere-se informações acerca da febre, abordando-se estudos acerca do conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre, dando particular ênfase ao contexto de Urgências Pediátricas, e uma pequena abordagem à conjectura atual destes serviços. No estudo empírico, faz-se o enquadramento da problemática, apresentando-se as questões de investigação e os objetivos. É descrito o esquema da investigação, os métodos de seleção e caracterização da amostra, bem como o instrumento utilizado e os procedimentos de recolha e análise de dados. Segue-se a apresentação e discussão de resultados. Por fim, são apresentadas as principais conclusões, limitações e sugestões para investigações futuras.

I PARTE – Enquadramento Teórico

1. Febre

A febre é uma das manifestações mais frequentes de doença na idade pediátrica, definindo-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna (Direção-Geral da Saúde, 2004). A CIPE, versão 2 (2005) define-a como a elevação anormal da temperatura corporal, alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica e taquicardia com pulso fraco ou cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão; a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca; “a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente, ruborizada e de suor” (*International Council of Nurses*, 2011 p. 54). Deve ser distinguida da hipertermia, já que esta implica uma subida da temperatura do corpo descontrolada não mediada por citocinas pirogênicas (Salgado, 2008), geralmente devidas a disfunção do sistema nervoso central, independente da regulação hipotalâmica.

A temperatura corporal é regulada pelo centro termorregulador, localizado no hipotálamo anterior e que funciona como termóstato, ao qual compete manter o equilíbrio entre a produção e a perda de calor, mantendo a temperatura interna em aproximadamente 37°C. Este valor não é consensual e tem sido alvo de vários estudos. Contudo, parafraseando Bastos (2002), considera-se que não existe uma temperatura normal mas sim um conjunto de temperaturas individuais, estabelecendo-se o valor de 38°C como o limite superior da variação normal da temperatura.

Esta homeostasia corporal envolve uma articulação complexa e contínua entre as diferentes estruturas neurológicas e conexões, ao longo do hipotálamo, sistema límbico, tronco cerebral e formação reticular, até à medula espinal e gânglios e é conseguida através do balanço entre a perda e a produção ou aquisição de calor (Salgado, 2008). Quando a velocidade de produção de calor é superior à velocidade de perda de calor a temperatura corporal aumenta. De forma inversa, se a velocidade de perda de calor é superior à velocidade da sua produção, a temperatura corporal diminui (Guyton & Hall, 2011).

A termogénese diz respeito à energia na forma de calor gerada ao nível dos tecidos vivos. A produção desta é diretamente proporcional à taxa de metabolismo corporal, que depende da taxa de metabolismo basal de todas as células corporais (para cada aumento da temperatura no valor de 0.6°C, esta taxa aumenta aproximadamente 10%); da taxa de metabolismo adicional decorrente da atividade muscular (incluindo o calafrio); da taxa de

metabolismo adicional secundário ao efeito da tiroxina, a nível celular e em menor grau pelo efeito da hormona do crescimento e da testosterona; da taxa de metabolismo adicional causada pelo efeito da epinefrina, norepinefrina e pela estimulação simpática a nível celular; e da taxa de metabolismo adicional por um aumento intrínseco da atividade química nas próprias células (Magalhães, Albuquerque, Pinto & Moreira, 2002).

O calor produzido pelo corpo é feito ao nível de órgãos profundos (fígado, cérebro, coração), que posteriormente o transferem para a pele perdendo-se para o ar e meio ambiente (Guyton & Hall, 2011).

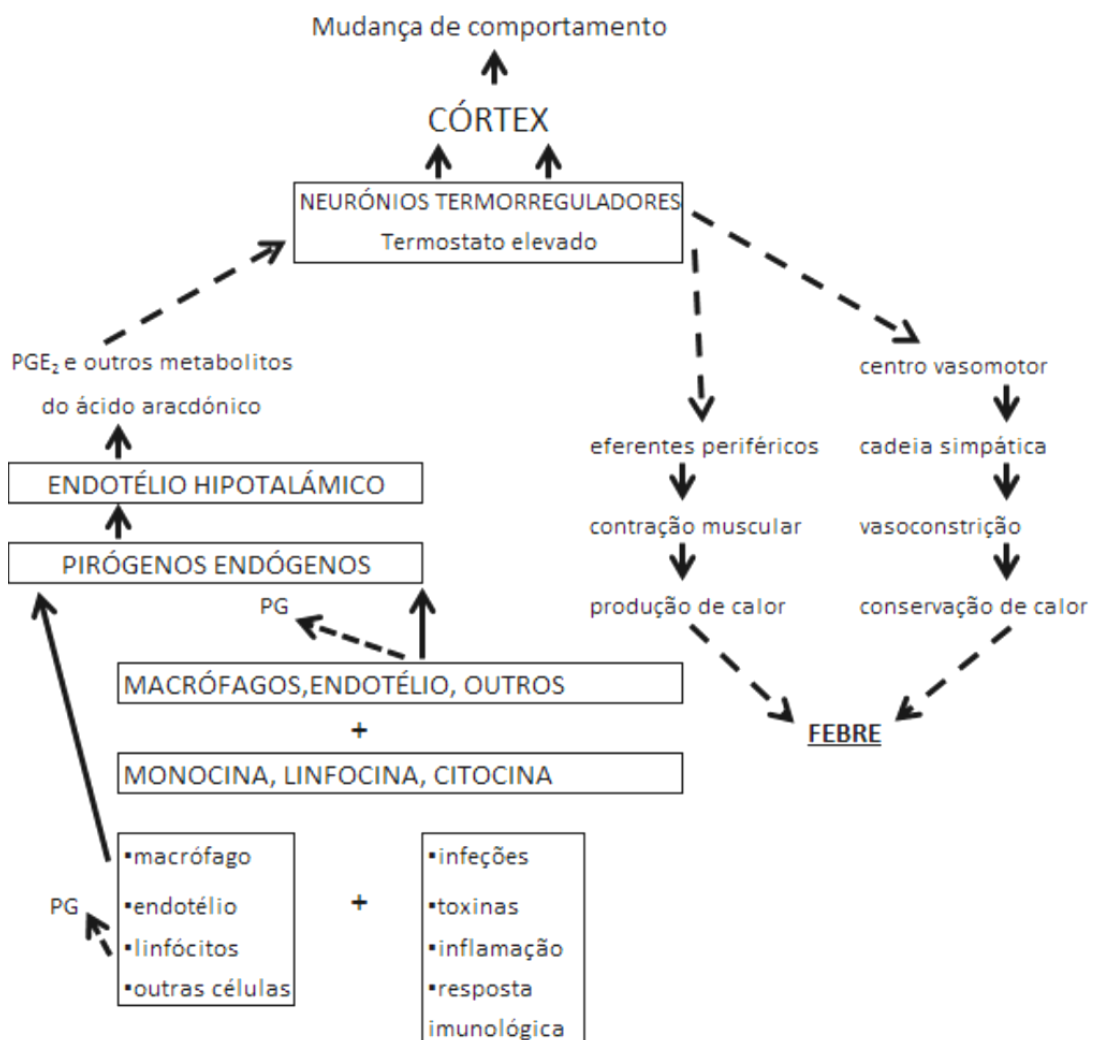
A perda de calor pela pele é feita de várias formas sendo os principais mecanismos implicados a radiação, a condução, a convecção e a evaporação. A radiação corresponde à emissão de calor sob a forma de ondas infravermelhas. Quando a temperatura do corpo elevar a temperatura do meio externo, haverá uma maior quantidade de calor que irradiará para o ambiente, isto é, ocorre uma perda de calor por parte do organismo. Na condução há transferência direta de calor (Guyton & Hall, 2011). De acordo com os mesmos autores, a energia produzida pelo movimento cinético molecular é transferido de umas moléculas para outras e portanto é um mecanismo autolimitado (existe apenas até ao momento em que as moléculas da pele e do meio ambiente possuam uma energia cinética equivalente). Se o ar circundante à pele for mais frio, a energia das moléculas da pele é conduzido para as moléculas do ar até que estas igualem a temperatura da pele (Guyton & Hall, 2011). À transferência de calor pelo meio de correntes de ar dá-se o nome de convecção. Em primeiro lugar, o calor é conduzido (por condução) para o ar e depois removido por convecção das correntes de ar para longe da pele. A evaporação ocorre sobretudo através da sudorese, embora mesmo que não se sue existam perdas insensíveis de água através da pele e dos pulmões. Este mecanismo é especialmente importante quando o ar ambiente está muito elevado em relação à pele, sendo a única forma do organismo perder calor. Em situações usuais, os mecanismos físicos atrás citados promovem perda de calor pelo corpo, dado que geralmente a temperatura ambiente é inferior à temperatura corporal (Guyton & Hall, 2011).

Na febre, o termostato é reajustado e o centro regulador eleva o ponto de termorregulação da temperatura para um patamar mais elevado. Esta aparece em resposta a agentes infecciosos, tais como bactérias, vírus, fungos e outros microrganismos; ou perante a exposição a agentes não infecciosos, como os tóxicos, drogas ou mesmo ser de causa psicológica. Estes agentes funcionam como pirógenos exógenos (originam-se fora do corpo), que induzem o organismo a produzir substâncias denominadas de pirógenos endógenos – citocinas (originam-se nas próprias células), que são as principais intervenientes na resposta febril e que atuam no centro termorregulador, conjuntamente com os leucócitos ativados,

produzindo lípidos que funcionam também como pirogênos endógenos, elevando o patamar de termorregulação e conseqüentemente o aparecimento da febre (Coutinho, 2013). Esta é regulada pelo mesmo mecanismo, através do qual, a temperatura corporal normal é mantida quando se encontra num ambiente frio, a única diferença é que não é o ambiente que arrefece mas o termostato corporal (*set-point*/ponto de fixação), reajustado para uma temperatura mais alta (Powell, 2005).

Na figura seguinte pode observar-se esquematicamente os diferentes mecanismos utilizados pelo organismo para que a temperatura corporal seja reajustada após um processo inflamatório e/ou infeccioso como resposta imunológica à suposta agressão.

Figura 1: Patogenia da febre



Fonte: Adaptado de Powell (2005)

A febre traduz-se num importante mecanismo de defesa do organismo contra as infeções, na medida em que, neste processo, retarda-se o crescimento e reprodução dos

microorganismos patogénicos pela produção de mais neutrófilos e aumento de células – T, potenciando a resposta autoimune (Rocha, Regis, Nelson-Filho & Queiroz, 2009). Segundo Algren et al. (2006), por cada 1°C de elevação de temperatura, a taxa metabólica aumenta cerca de 10% e três a cinco vezes mais com o aparecimento dos tremores.

No processo de termorregulação, o organismo humano tem a capacidade de estabelecer um limite à elevação térmica, produzindo antipiréticos centrais próprios (substâncias hipotalâmicas, neuropéptidos como a somatostatina, arginina-vasopressina e o fator alfa estimulante dos melanócitos) fazendo com que a mesma não ultrapasse os 41°C. Carrilho, 2003, estabelece o valor 41,1°C, de temperatura retal, como o limite máximo de regulação hipotalâmica. El-Radhi (2008) refere que, mesmo nos limites dos 40°C aos 42°C, não há evidências que a febre seja nefasta para os tecidos.

Na grande maioria dos casos, a febre na criança é a resposta do organismo a uma situação infecciosa benigna de curta duração, não atingindo estes valores, daí que o seu combate deva ser racionalizado. A Direção-Geral da Saúde (2004) afirma que a causa da febre deve ser sempre identificada e tratada, tendo valor como sinal de doença e não como doença em si própria. Para Teng, Ng, Nik-Sherina, Zailinawati e Tong, (2009), é importante baixá-la apenas para que a criança fique mais confortável e para evitar as convulsões febris sendo importante que os pais a tentem descer antes de procurar os serviços de saúde. Considera-se febre a temperatura igual ou superior a 38°C retal e 37,5°C axilar, sendo importante referir que a mesma varia individualmente com a idade, atividade física e também ao longo do dia (Direção-Geral da Saúde, 2004, 2006). A temperatura do corpo rege-se por um ritmo circadiano. Por norma, há oscilação entre os 36°C e os 37°C, de manhã, e por volta dos 38°C, à tarde (temperatura retal). Temos que atender à faixa etária da criança, uma vez que o recém-nascido, sobretudo se for prematuro, está sujeito a variações importantes da temperatura corporal em consequência de estímulos externos e internos, devido à imaturidade dos mecanismos de termorregulação (Boehs, 2005). Contudo, raramente apresenta temperaturas superiores a 38°C, tendo a hipotermia, nestes casos, muito mais relevância clínica (Abramczyk, 2005).

Em crianças com idades inferiores a 6 meses, a variação da temperatura é menor, entre os 6 meses e os 2 anos, esta pode oscilar cerca de 1°C, e aos 6 anos, essa variação diária pode, inclusive, atingir os 2°C. Zomorodi et al. (2008) afirmam que os lactentes e as crianças mais pequenas têm temperaturas corporais mais elevadas, do que as mais velhas e os adultos, devido ao incremento da taxa metabólica e da superfície corporal nestes últimos. No período neonatal, a hipotermia pode ter mais relevância clínica do que a febre (Abramczyk, 2005). Por outro lado, a temperatura ambiental, a humidade ou, inclusive, o

excesso de roupa, pode interferir com a temperatura corporal, especialmente em recém-nascidos (Salgado, 2008). Como se depreende, o valor da temperatura não é estático, uma vez que há um padrão de oscilação, normal e previsto, ao longo do dia, influenciado por inúmeros fatores (Casanova, 2012).

As opiniões variam quanto ao melhor local de avaliação da temperatura corporal (Ward, Edwards & Torchia, 2014). Habitualmente, esta pode ser feita na axila, no tímpano, na boca ou no reto. Existem, todavia, algumas variações, dependendo do local de determinação. A temperatura axilar é mais baixa em cerca de 0.5°C em relação à temperatura bucal e em 1°C em relação ao reto (Direção-Geral da Saúde, 2004). É consensual que a temperatura retal é a mais precisa para determinar a temperatura do organismo, pois representa a melhor correlação com a temperatura central do organismo (Feldhaus & Cancelier, 2012). Todavia, além de não ser higiénico, não deve ser utilizado em crianças neutropénicas, com comprometimento imunitário ou com lesões anais (El-Radhi et al., 2006). Assim, o método mais utilizado é a determinação da temperatura axilar, que, embora não tão precisa como a retal, é a mais indicada na prática clínica diária (Coutinho, 2013). A avaliação da temperatura axilar é particularmente bem aceite e muito usada entre os enfermeiros que trabalham nos serviços de pediatria. É uma forma segura, facilmente acessível e que não causa grande desconforto na criança (El-Radhi et al., 2006). Também para o Royal College of Nursing (2006), a avaliação da temperatura axilar é a mais recomendada, desde latentes a partir das quatro semanas. A Direção-Geral da Saúde (2006) faz a mesma recomendação para as crianças com idade superior ou igual a 6 meses.

A sensação de febre poderá ser notada ao toque, mas sendo a temperatura corporal um sinal vital importantíssimo em pediatria, a confirmação da sua presença é primordial. Sendo assim, o instrumento padrão para a medida da temperatura corporal deverá ser o termómetro. Existem vários dispositivos no mercado mas os mais frequentes são os termómetros digitais, os auriculares (infravermelhos), os de chupeta e os de mercúrio. Antigamente, estes últimos eram os mais utilizados no nosso país, mas gradualmente têm vindo a ser substituídos, tal como a Direção Geral da Saúde decretou, em 2000, por outros dispositivos, pelos danos quer físicos, quer ambientais, que podem advir ao seu uso. É importante, considerando o risco de toxicidade do mercúrio, que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, instruem os pais para o perigo que advém destes termómetros, para que estes os deixem de utilizar (Casanova, 2012). Os termómetros auriculares são de fácil manuseamento, cómodos, rápidos na avaliação da temperatura à criança, e têm a vantagem de não contribuir para o aumento das infeções cruzadas, e não sofrerem a influência da temperatura ambiente (El-Radhi et al., 2006). No entanto, podem não refletir com precisão a temperatura real. Vários autores têm alertado para este facto porque parece haver grande

variação, inclusive entre as avaliações nos dois ouvidos, pelo que se deverá usar o mesmo ouvido e repetir a avaliação, ou até confirmar o resultado com o termómetro convencional (Coutinho, 2013). Também Dodd et al. (2006) realizaram um estudo que revelou haver uma falha acentuada de determinações de temperatura (numa proporção de três a quatro crianças em cada dez), o que reitera a ideia de pouca fiabilidade nos mesmos.

As chupetas termo-sensíveis são igualmente uma forma para identificar a febre em lactentes, mas a sua fiabilidade ainda não está bem aferida, pelo que não são recomendáveis. A temperatura bucal não é fácil de determinar em doentes pediátricos já que implica a sua total cooperação; o que nem sempre é frequente em algumas faixas etárias (Salgado, 2008). Pode acarretar algum risco, pois é medida colocando-se o termómetro sob a língua, com a boca fechada e aguardando-se três a cinco minutos para determinar a temperatura (Coutinho, 2013). Assim, os termómetros digitais são atualmente os mais aconselhados devido à sua fiabilidade, segurança e rapidez de avaliação. Deve assegurar-se a sua correta calibração em tempos relativamente curtos e ter o cuidado de os posicionar corretamente no local anatómico apropriado.

Como referido anteriormente, a febre não é uma doença, mas sim um sinal, que é comum a várias doenças. Assim é importante conferir-lhe especial atenção e vigilância, quando ela surge e enquanto dura (Coutinho, 2013). O tratamento da febre vai depender de uma série de fatores como o estado geral da criança, a idade da mesma, os fatores de risco que lhe possam estar associados, entre outros (Arcos, Cerón, González, Segur, Cervantes, Villarreal & Medina, 2010). Acima de tudo, e independentemente da etiologia, deve tratar-se o desconforto gerado pela febre na criança, (Ward, Edwards & Torchia, 2014), onde se inclui o choro prolongado, a irritabilidade, a diminuição da atividade física, do apetite, e as alterações do padrão de sono (*National Collaborating Center for Women's and Children's Health*, NCCWCH, 2007), qualquer que seja o grau de temperatura, através de medidas físicas e/ou com antipiréticos.

Existe um consenso clínico para começar a tratar a febre, a partir dos 38.9°C retal ou 38.5°C axilar. Este procedimento pode ter vantagens e desvantagens. Se por um lado a febre retarda o crescimento e reprodução de alguns vírus e bactérias, acelerando a resposta imunológica do organismo, por outro lado, também aumenta o desconforto da criança e está associada ao aumento do consumo de oxigénio e à produção de mais dióxido de carbono. Para crianças habitualmente saudáveis, não terá grandes consequências, mas em crianças em choque, ou com doença pulmonar ou cardíaca poderá significar um esforço acrescido de energia sendo prejudicial (Ward, Edwards & Torchia, 2014). Relativamente a esta problemá-

tica ainda não há consenso, pois se uns autores defendem que se deveria deixar cursar os episódios febris (desde que não hajam sinais/sintomas desconfortáveis à criança) de forma natural, outros consideram que a devemos combater para prevenir alguns efeitos paralelos.

Após se iniciar o tratamento da febre, o objetivo não é normalizar completamente a temperatura do corpo, não havendo necessidade de descer a temperatura abaixo do considerado normal. (Direção-Geral da Saúde, 2006). Se a temperatura não for elevada (menos de 38.9°C no reto e 38.5°C na axila), e se a criança não se sentir desconfortável, podem ser utilizadas medidas físicas. Estas são fáceis de aplicar tanto em casa, como em serviços especializados: o ambiente fresco e ventilado e o desagasalhar, mantendo a criança fresca, com roupas leves, ajudará a perder calor pelos processos de condução, irradiação, evaporação e convecção (Arcos et al., 2010). Contudo, esta medida apenas deve ser utilizada na defervescência e nunca em subida térmica - o tremor de frio ou arrepio é sinal de subida de temperatura. A NCCWCH (2007) afirma que as crianças deverão manter-se vestidas o suficiente para os evitar, já que estes, como vimos anteriormente, poderão conduzir à produção de mais calor. A mesma entidade é perentória na contra-indicação do banho tépido, mas a Direção-Geral da Saúde (2004) defende que se a febre for difícil de ceder pode ser útil dar à criança um banho de imersão em água morna (37°C) – não superior a 10 minutos, que deve ser suspenso caso se verifiquem calafrios. Na defervescência, é necessária a libertação de calor, pelo que se deve retirar a roupa. Deste modo, o importante é respeitar o que o próprio organismo `pede` (Direção-Geral da Saúde, 2004).

Assume-se também como importante reforçar a hidratação oral, visto que os estados febris conduzem ao aumento de perdas de água e conseqüentemente podem levar a estados de desidratação. Segundo a Direção-Geral da Saúde (2004), estas medidas físicas de arrefecimento devem estar sempre associadas a terapêutica farmacológica, porquanto isoladamente poderão aumentar a produção de calor, através da vasoconstrição e dos tremores que provocam.

No tratamento farmacológico, o valor de 38°C é, usualmente, aceite como temperatura de referência, todavia, este valor não é consensual, havendo opiniões divergentes, sobretudo quando a febre não está associada a outros sinais/sintomas (Rodrigues, et al., 2010). Alguns autores defendem que temperaturas abaixo dos 39°C não necessitam de terapêutica (Powell, 2005); outros indicam o valor de 38°C-38,5°C (Direção-Geral da Saúde, 2004), de 38,3°C (Duglosz et al., 2006) e mesmo de 40°C (El-Radhi, 2008), como indicadores para a administração destas drogas. O efeito dos antipiréticos será unicamente aumentar o conforto da criança e aliviar a ansiedade parental, pois geralmente as crianças ficam menos irritadas, queixosas e alimentam-se melhor e naturalmente isso reduz a preocupação dos pais (El-

Radhi, 2008; Sullivan et al., 2011).

No que se refere a esta terapêutica, a primeira opção, deverá ser o paracetamol, na dosagem de 10-15mg/kg/dose com um intervalo mínimo de 4 horas, até 5 tomas nas 24 horas (Direção-Geral da Saúde, 2004, Fernandes, 2008), mas não há distinção entre as fórmulas retais e orais. Apesar de ser comprovadamente o mais seguro e utilizado em pediatria, deve-se considerar sempre a hipótese da toxicidade hepática em caso de sobredosagem. Assim, a dose a administrar deve ter por base o peso e não a idade da criança (Pursell, 2010). Chiappini et al. (2009) estabelecem a dose oral máxima diária de 60mg/kg em latentes com menos de três meses e de 80mg/Kg em crianças maiores alertando que doses superiores a 150 mg/kg/dose são consideradas tóxicas.

Relativamente às fórmulas retais há que ter em atenção que sempre que excedam a adequada relação dose/peso, outra forma de administração deve ser utilizada (Chiappini et al., 2009; NCCWCH, 2007). A prática sobejamente conhecida por muitos pais e até profissionais de saúde em dividir os supositórios para obter a dosagem pretendida está totalmente desaconselhada.

A monoterapia deve permanecer a regra na prescrição de antipiréticos em pediatria, usados na posologia segura e eficaz. Apenas em situações pontuais e excecionais poder-se-á ter que recorrer à utilização de dois antipiréticos diferentes, no mesmo episódio febril (Direção-Geral da Saúde, 2004). Contudo, em episódios febris difíceis de controlar, pode-se administrar o ibuprofeno como alternativa - caso já se tenha administrado o paracetamol há 3 horas sem sucesso. A dose recomendada é de 5-10mg/Kg/dose em cada 6-8 horas (Direção-Geral da Saúde, 2006). A dose máxima terapêutica é de 30 mg/kg/dia, até um máximo de 1,2 gr/dia, considerando-se tóxicas todas as dosagens superiores a 100 mg/kg/dia (Chiappini et al., 2009). O ibuprofeno tem para além do efeito antipirético, a vantagem de ter uma semivida superior ao paracetamol, e um efeito anti-inflamatório e analgésico associado. É segura a sua utilização em lactentes superiores a 6 meses, embora haja incremento dos efeitos adversos - insuficiência renal aguda – com a prática clínica da alternância de antipiréticos (Arcos et al., 2010). Não deve ser utilizado em lactentes inferiores a 6 meses devido à sua imaturidade renal que pode alterar a sua farmacocinética (Sullivan et al., 2011). A toxicidade gastrointestinal é o efeito adverso que mais frequentemente está descrito com a utilização do ibuprofeno, contudo, os mesmos autores referem que não existem estudos que comprovem que esta ocorrência, quando associada a episódios febris, limitados no tempo, seja assim tão frequente.

Várias correntes têm alertado para a inutilização deste antipirético nos asmáticos, mas este assunto continua controverso já que a Direção-Geral da Saúde (2004), Kanabar et

al. (2007) e Sullivan et al. (2011) defendem precisamente o contrário. Ao que parece não há evidência científica que sustente que há exacerbação da asma com a utilização do ibuprofeno, principalmente se este for intercalado com o paracetamol. Contrariamente, está descrito que o uso deste medicamento poderá potenciar o desenvolvimento de infeções da pele e tecidos moles principalmente em crianças com varicela e, portanto, está contraindicada a sua utilização nestes casos (Mikaeloff et al., 2008; Pursell, 2010; Sullivan et al., 2011).

A prática de prescrição, ao longo do dia, de doses alternadas de paracetamol e ibuprofeno tornou-se frequente. Os profissionais de saúde que prescrevem este regime, fazem-no por pensar que a probabilidade de baixar a febre é maior e o risco de toxicidade individual de cada um dos fármacos é menor. Os pais sentem-se mais confortáveis, pois consideram ter mais um meio de luta contra a febre, que teimam em baixar a qualquer custo. Todavia, em conformidade com a Direção-Geral de Saúde (2004), NCCWCH (2007) e com o *National Institute of Health and Clinical Excellence* (2013), não há evidência científica de que a terapêutica antipirética alternando dois antipiréticos conduza a uma descida mais rápida da temperatura ou tenha uma maior eficácia do que qualquer dos agentes na dose adequada, isoladamente, devendo mesmo ser desaconselhada. A terapêutica alternada com paracetamol e ibuprofeno pode ser confusa para os pais, levando a erros de dosagem e a um aumento do risco de toxicidade, visto que as doses de cada um são diferentes.

A utilização de ácido acetilsalicílico como antipirético está contraindicado em crianças menores de 12 anos (Direção-Geral da Saúde, 2004).

O objetivo do antipirético é aliviar o desconforto causado pela febre e deve ser usado apenas quando esta existir. No entanto, devem ser sempre respeitadas as doses recomendadas para o peso e o intervalo mínimo entre cada administração de medicamento, para além de se avaliar a temperatura antes de cada toma do fármaco. A reavaliação da temperatura corporal não deverá obedecer a um horário rígido e não há indicação para avaliar a temperatura antes de transcorridos, no mínimo, 60 minutos, já que, para além de aumentar a ansiedade dos pais, contraria-se o padrão de sono das crianças que, para Imerie et al. (2009), funcionam como um mecanismo de sobrevivência com um impacto considerável na resposta imunitária. A diminuição da febre ocorre após administração do antipirético, podendo reaparecer no intervalo das administrações, o que não significa ineficácia da medicação (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Só raramente a febre é sinal de uma doença grave, (Coutinho, 2013). A noção da gravidade da doença é dada pelo modo como surgem e evoluem todas as manifestações presentes. Todavia, numa criança com marcada quebra do seu estado geral, com febre alta de aparecimento súbito ou que se prolonga no tempo e não cede facilmente aos antipiréti-

cos, sugere maior gravidade e urgência na atitude. As avaliações feitas pelos pais, relativamente à febre e a todos os outros sinais da doença são importantes e podem orientar a conduta do profissional (Coutinho, 2011).

Vários investigadores têm feito uma tentativa no sentido de uniformizar critérios por forma a auxiliar o despiste de crianças febris de baixo e alto risco. Parece pertinente a classificação do NCCWCH (2007) para a prática profissional de enfermagem já que facilmente, no quotidiano, os enfermeiros estão familiarizados com os itens a avaliar. Esta classificação atende a cinco aspetos: coloração da pele, atividade, respiração, hidratação e outros critérios que correspondem à avaliação do estado geral (Casanova, 2012). Segundo a autora, o grupo que desenvolveu as *guidelines* do NCCWCH (2007) elaborou um sistema designado de *Traffic light system for identifying risk of serious illness*, com o objetivo de ajudar a despistar crianças febris com doença potencialmente grave, que coloque a vida em risco e/ou que exija intervenção médica mais diferenciada daquelas que manifestam uma doença benigna e autolimitada e que, talvez, poderão ser mantidas sob vigilância dos pais, nas suas casas. Este sistema de identificação agrupa os sinais/sintomas mais relevantes, na observação das crianças, em três níveis de risco, identificados por cores: verde - baixo risco; amarelo - médio risco; vermelho - alto risco, possibilitando classificá-las quanto ao maior ou menor risco de revelarem doença grave.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2006), os sinais de alarme em criança com febre são: mau estado geral, prostração, gemido, sonolência, má perfusão periférica, vômitos incoercíveis e dificuldade respiratória. No que se refere às situações a referenciar à urgência hospitalar, em conformidade com a Direção Geral de Saúde (2004), são as seguintes: presença de sinais meníngeos, dificuldade respiratória, prostração, vômitos incoercíveis, desidratação, mau estado geral, suspeita de sepsis: letargia, má perfusão periférica, cianose, taquipneia ou bradipneia, hipotensão, diátese hemorrágica; lactente com menos de 3 meses de idade, febre com mais de 5 dias de evolução, e a necessidade de realizar exames complementares. Crocetti, Moghbeli e Serwint (2011) afirmam que se a criança ficar prostrada mesmo quando a febre baixa, se aparecerem máculas na pele, se tiver dispneia ou vômitos incoercíveis e se a febre não ceder ao fim de três dias, os cuidadores devem recorrer ao Serviço de Urgência.

2. Conhecimento e atitudes dos pais perante a febre na criança

Antes de se abordar o estado de arte relativo ao conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre, em contexto de Serviço de Urgência, passa-se a fazer uma breve contextualização destes conceitos, de modo a facilitar a compreensão do tema em estudo.

O conhecimento consiste num conjunto de informação armazenada, decorrente de experiências ou da aprendizagem (*a posteriori*), ou através da introspeção (*a priori*) (Dan O'Brien, 2013). O Dicionário de Língua Portuguesa (2013, p. 384) define-o como “ato ou efeito de conhecer; ideia; noção; informação; notícia; experiência; discernimento; consciência de si próprio; instrução; perícia; cultura; a função teórica do espírito assim como o resultado dessa função, que tem como fim tornar presente aos sentidos ou à inteligência um objeto (interno ou externo), de modo a obter nele um entendimento ou uma representação adequada”. Conhecer é incorporar um conceito novo, ou original, sobre um facto ou fenómeno qualquer. O conhecimento não surge do vazio, mas das experiências que se vão adquirindo ao longo da vida, através de práticas, de relacionamentos interpessoais e de leituras de livros. Tem um conteúdo específico do pensamento com base na sabedoria adquirida, ou na informação e competências aprendidas e, um domínio e reconhecimento da informação (CIPE, 1999).

Assim sendo, o conhecimento é o que permite tomar decisões e, por isso, agir. Se possibilita agir, o mesmo adquire-se com o fazer e com a prática, e demonstra-se através de ações. Assim sendo é possível a aquisição de novas experiências que são úteis para desenvolver novas competências.

Neste sentido, podemos inferir que o conhecimento dos pais sobre a febre das suas crianças depende das experiências destes em episódios febris anteriores.

O conceito de atitude tem sido restrito aos diferentes paradigmas e níveis de explicação predominantes na Psicologia Social (Vala & Monteiro, 2006). De acordo com Neto (1998), as definições propostas na literatura são vastas e quase todos os autores que tratam este tema propõem uma definição.

Vala e Monteiro (2006) referem que, em primeiro lugar, o conceito de atitude faz a ponte entre as disposições individuais e as ideias socialmente partilhadas; em segundo lugar, as suas formas de avaliação (as escalas de atitudes) serviram para dar identidade à Psicologia Social.

Ao analisar-se as diferentes investigações acerca da conceptualização das atitudes, deparamo-nos com uma variedade terminológica da qual resulta uma grande imprecisão no que concerne à definição do conceito, todavia, vários autores tentaram defini-la. De acordo com Thomas e Znaniecki (1915, cit. por Vala & Monteiro, 2006), as atitudes são o resultado de um processo de consciência individual que determina atividades reais ou possíveis do indivíduo no mundo social. Por sua vez, Allport (1935, cit. por Vala & Monteiro, 2006, p. 188) definem atitude como o “estado de preparação mental ou neural, organizado através da experiência, e exercendo uma influência dinâmica sobre as respostas individuais a todos os objetos ou situações com que se relaciona”. Nesta perspetiva, Gomes (1993, cit. por Oliveira 2012) afirma que as atitudes são influenciadas pelo processo de socialização, sofrendo o reflexo dos padrões culturais vigentes. À medida que a pessoa se torna adulta, as atitudes são reestruturadas pelas experiências de vida e pela formação que cada um apreende de forma seletiva.

A atitude face a um objeto consiste “no conjunto de *scripts* relativos a esse objeto” (Abelson, 1976, cit. por Vala & Monteiro, 2006, p. 188). O mesmo autor acrescenta que esta perspetiva, combinada com uma teoria abrangente sobre a formação e a seleção dos *scripts*, daria origem a um significado funcional ao conceito de atitude.

As atitudes, por norma, são tidas como predisposições comportamentais adquiridas, introduzidas na análise do comportamento social para dar conta das variações de comportamento em momentos aparentemente idênticos. Como estados de preparação latente para se agir de uma determinada maneira, as atitudes representam os “resíduos da experiência passada que orientam, enviesam ou de qualquer outro modo influenciam o comportamento” (Vala & Monteiro, 2006, p. 188).

Neste contexto, a proposta deste trabalho visa compreender o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre, uma vez que estes conceitos aparentemente estão interligados e, muitas vezes, dependem um do outro.

Em 1980, Schmitt apresentou o termo “fever phobia” referindo-se ao sentimento de medo dos pais em relação à febre nas suas crianças (Simons, Monlléo, Simons & Júnior, 2010). Alguns estudos referem-se aos sentimentos e comportamentos dos pais face a esta situação tão frequente na infância, enfatizando especialmente o medo de consequências como convulsões e delírios (Al-Nouri & Khalid, 2006).

Ter um filho doente é um momento de ansiedade para os pais/cuidadores na medida em que têm dificuldade em avaliar a gravidade da doença. Um dos principais indicadores de uma doença é a febre, e muitos pais consideram-na simplesmente nociva e uma

doença, por si só (Walsh & Edwards, 2006). É frequente estes sentirem-se impotentes quando a criança está doente, acreditando que não estão a cuidar adequadamente do seu filho, caso não tratem a febre (Kai, 1996). Assim, procuram informações sobre como atuar perante a febre nos seus filhos junto de profissionais de saúde, familiares, amigos, livros, revistas e na Internet (Allen, 2012).

A presença de febre é um dos principais motivos de consulta pediátrica e a quase totalidade das crianças febris apresentam, como etiologia a síndrome febril, uma doença infecciosa. Em cerca de 80% das crianças febris, não se encontram dificuldades para estabelecer a causa do processo mórbido subjacente, pois estão presentes outros sinais ou sintomas que permitem a identificação da doença. Existem porém cerca de 20% dos casos em que a febre é um facto isolado, o que significa que, mesmo após a anamnese e o exame físico cuidadosos, nenhum foco é identificado. Esta condição recebe a denominação de “febre sem foco” (Wang, Bukutu, Thompson & Vohra, 2009). Entre as crianças com febre sem foco, a maioria tem uma infeção viral benigna, contudo, um pequeno grupo dessas crianças pode ser portadora de uma entidade mórbida que, na ausência de um nome específico, é conhecida como bacteriemia oculta. Considerando estas crianças, alguns casos resolvem espontaneamente essa condição tornando-se afebris, outras persistem febris e com bacteriemia, e um terceiro grupo pode evoluir para uma infeção bacteriana focal, quando reavaliadas 24-48 horas após a consulta inicial. A abordagem à criança potencialmente com bacteriemia oculta pode variar desde o acompanhamento clínico até à utilização de protocolos de risco, todavia, o prognóstico da criança com febre sem foco não parece ser modificado pela abordagem escolhida (Wang et al., 2009).

Neste contexto e a propósito do conhecimento dos pais e suas atitudes perante a febre nos seus filhos, Al-Nouri e Basheer (2006) constaram no seu estudo, que quase todas as mães de filhos com febre, que recorreram ao Serviço de Urgência, admitiram que recorreram ao mesmo porque a febre pode causar paralisia cerebral, deficiência mental, convulsão, delírio e morte. Das causas da febre, as mais referidas foram a infeção, exposição ao frio e/ou ao sol, processo de erupção dentária e ingestão de bebidas quentes. Para reduzir a febre dos filhos, a grande maioria das mães mencionou que administrava antipiréticos, principalmente o paracetamol, tendo-se verificado o uso indiscriminado de antibióticos. Al-Nouri e Basheer (2006) referem que a falta de conhecimentos por parte dos pais faz com que medicamentos desnecessários sejam usados, com o objetivo de reduzir o desconforto da criança e a ansiedade dos próprios pais.

Walsh e Edwards (2006) verificaram também no seu estudo, que a maioria dos pais

mede a febre através da palpação do corpo e do recurso ao termómetro.

O seu conhecimento da temperatura normal ou febril, grosso modo, era pobre. No que se refere ao conhecimento dos pais sobre a eficácia e a dosagem adequada de antipiréticos, Walsh e Edwards (2006) constaram que 46% dos pais afirmaram que o seu filho melhorou com a administração de paracetamol, dos quais 28% acreditam que o uso do referido antipirético impediu o aparecimento de convulsões e de lesões cerebrais, um resultado corroborado por Sarrell, Wielunsky e Cohen (2006). Alguns pais (6%) desconheciam que há um limite superior para a administração diária de paracetamol, embora 62% soubesse que a *overdose* de paracetamol poderia ser perigosa ou letal; 26% reconheceram a possibilidade de toxicidade para o fígado (26%). Uma parte dos pais (45%) acreditam que basta apenas usar antipiréticos para reduzir a temperatura do corpo para o normal e para que a temperatura permaneça reduzida por mais tempo. O conhecimento sobre a eficácia dos antipiréticos influencia claramente, segundo Walsh e Edwards (2006), a decisão de os pais procurarem cuidados de saúde, mormente o Serviço de Urgência, ou seja, quando a febre não responde ao antipirético.

Vários autores, como Sullivan e Farrar (2011), confirmam que a ansiedade dos pais, muitas vezes os leva a iniciar um tratamento precoce e agressivo para combater a febre, com abuso de antipiréticos, demonstrando que as crenças e as práticas relativas ao controlo da febre na criança resultam, na maioria dos casos, dos pais estarem mal-informados, ou seja, terem poucos conhecimentos. Os investigadores, constaram que na sua amostra, a maioria das crianças que recorreram ao Serviço de Urgência com febre, apresentavam infeções do trato respiratório superior, tendo 27%, idades inferiores a 10 anos, com uma febre superior a 38°C. Em 60% dos casos, os pais já tinham administrado exageradamente antipiréticos (ibuprofeno e/ou paracetamol), antes de recorrerem ao Serviço de Urgência, tendo justificado que o fizeram, sobretudo, porque tinham receio de que se a febre não baixasse poderia resultar em sequelas muito graves, como a paralisia cerebral, poderiam entrar em convulsões ou que os filhos entrassem em coma. Sullivan e Farrar (2011) referem que as complicações da febre, como as convulsões, atualmente são raras, iniciando-se as mesmas em 10% dos casos, das quais apenas 0,02% podem vir a sofrer de danos cerebrais. Referem também que o risco de epilepsia subsequente numa criança que tem uma convulsão febril é de 1%.

Andrade, Carvalho, Fernandes e Casanova (2008) realizaram um estudo na Triagem de Manchester de um Serviço de Urgências Pediátricas, tendo sido incluídas todas as crianças entre os 0 e 12 anos admitidas no serviço e triadas no mês de Janeiro. Foram revistas as respetivas fichas de urgência ou registos informáticos e analisadas as seguintes variá-

veis: idade, sexo, prioridade, tempo de espera, observação, realização de exames auxiliares de diagnóstico e destino. Os autores verificaram que os principais motivos de admissão foram a febre (46%) e a dispneia (16,2%). Das crianças triadas com febre, 17% foram-lhes atribuídas a cor verde. A febre é aquela em que a prioridade da triagem mostra menor relação com a patologia ou a gravidade, já que o aumento do número de crianças com prioridade “Muito Urgente” (por febre maior ou igual a 38,5°C) que se verificou com o aumento da idade, apresenta na realidade relação inversa com o número de hospitalizações. Embora a apresentação de uma criança com febre alta sem foco infeccioso seja uma situação frequente, a sua orientação clínica pode variar consideravelmente (Andrade et al., 2008).

Refere-se também neste âmbito, o estudo realizado por Rocha et al. (2009), que tinha como objetivo determinar o conhecimento, a perceção e a atitude de mães perante a febre nos seus filhos. A sua amostra era constituída por 60 mães, na faixa etária dos 17-45 anos. Os autores constaram que, para detetar a febre, 96,7% mães afirmaram que recorreram à palpação da testa (58,3%) e do pescoço (31,7%), tendo 76,7% das mães utilizado o termómetro. Os autores verificaram que todas as mães afirmaram que a febre alta pode ser causa de problemas graves de saúde, sobressaindo as convulsões (90%), o delírio (66,7%) e a perda de peso (55%). Todas as mães administram antipiréticos aos seus filhos com febre, sendo reduzidos os casos em que recorreram a antibióticos, inclusive, 71,6% das mães admitiram que os antibióticos acarretam efeitos colaterais, sobretudo alergia (46,7%) e alterações nos dentes (86,7%), como a cárie dentária (63,3%).

Valverde, Salmerón, Benítez, Martínez & Ibáñez (2010) procuraram, através de uma investigação, estudar as características dos doentes pediátricos com síndrome febril, bem como analisar as medidas terapêuticas usadas: o uso de antipiréticos orais e/ou retais e meios físicos, como coadjuvantes para diminuir a febre, e via venosa periférica. Durante um período de 30 dias, contabilizaram um total de 1331 consultas pediátricas no Serviço de Urgências de um Hospital em Espanha. Verificaram que 24,8% dos casos correspondiam a síndromes febris, sendo o sexo predominante o masculino (58,5%); a idade média foi de 4,06 anos. As patologias mais significativas foram as seguintes: 48,38% de origem respiratória, 33,3% de origem abdominal, 8,6% convulsão febril, 4,3% por infeção das vias urinárias, 4,3% por síndrome febril sem foco. No caso em que as crianças tinham febre, 78,8% dos pais já lhes tinham administrado um antipirético e alguns deles já tinham recorrido a uma Unidade de Saúde Familiar. No Serviço de Urgência foi-lhes administrado antipiréticos orais e/ou retais (21,2%), tendo-se já recorrido ao arrefecimento por meios físicos (banho) em 4,7% das crianças. Em 35,3% recorreu-se à administração de medicamento por via venosa periférica. Das crianças que tiveram alta, 9,4% voltaram ao hospital com queixa de febre, dos quais 81,2% recorreram ao Serviço de Urgência sem a administração de nenhum antipi-

rético, previamente, enquanto 18,8% dos pais afirmaram ter administrado um antipirético ao filho, em casa. Verificou-se que apenas 4,7% das crianças atendidas no Serviço de Urgência por febre foram internadas.

Erichsen (2010), ao investigar as percepções que os pais têm sobre a febre na criança, constatou que muitos deles já não percebem a febre como uma doença em si, mas como resultado de uma infeção. O facto de não saberem a causa ou as consequências da febre constituiu a maior preocupação dos pais que tinham os filhos febris. O autor verificou que a morte, as convulsões e a desidratação foram as complicações mais temidas. As crianças foram levadas ao Serviço de Urgência, com febre alta, febre há mais de algumas horas e com febre que não baixou com antipiréticos.

Também Veras, Carvalho, Uchoa, Nascimento, Ximenes e Almeida (2011) realizaram um estudo que tinha como finalidade traçar o perfil clínico de 627 crianças e adolescentes (0 a 18 anos) atendidos num Serviço de Urgências Pediátricas. Concluíram que a maioria era do sexo masculino (57,33%), e a faixa etária predominante era de 1 a 5 anos (51,63%). A queixa prevalente foi a febre com classificação de cor amarela atribuída na triagem (48%), estando presente em 53 crianças individualmente, em 38 associada à tosse e em 32 crianças associada à dor. Os autores verificaram que foram categorizadas como febre todas as queixas, sendo elas confirmadas ou não após a sua avaliação com o termómetro, o que, segundo os mesmos, justifica o grande número de casos. As infeções gastrointestinais apresentaram frequência superior e foram classificadas, na sua maioria, com a cor verde, sendo o vómito (31%) e a diarreia (6,76%) os principais sinais clínicos observados. As queixas de dispneia representaram um total de 53 atendimentos, enquanto as que tinham tosse estiveram presentes em 12 crianças, sendo que a dispneia foi classificada, maioritariamente, com as cores laranja (66%) e amarela (28,3%).

Chiappini, Parretti, Becherucci, Pierattelli et al. (2012) realizaram uma pesquisa aplicada a uma amostra de pais italianos. Os autores procuraram saber que conhecimentos tinham os pais sobre a definição e as causas da febre, bem como acerca das suas preocupações em relação à mesma, ao método de medição da temperatura, e às modalidades de tratamento. Concluíram que todos os pais acreditavam que a febre pode ter pelo menos um efeito nocivo e 89,9% acreditavam que, se não tratada, a febre pode causar danos cerebrais ou convulsões. Também concluíram que 67,8% dos pais recorrem a várias fontes de informação sobre a etiologia da febre, tendo indicado os pediatras como o seu principal recurso. Em 21,4% dos pais, verificou-se o recurso à administração de ibuprofeno alternadamente com o paracetamol.

Rati, Goulart, Alvim e Mota (2013) procuraram compreender os motivos da procura

do Serviço de Urgência pelas mães de crianças em condições não urgentes. Foram entrevistadas 27 mães de crianças classificadas como pouco ou não urgentes. Os seus resultados revelaram que a febre e os problemas respiratórios foram as principais queixas. Mesmo não se tratando de urgência, as mães procuram o serviço pela sua resolutividade, qualidade e especificidade para o atendimento de crianças, facilidade de acesso, experiências anteriores, recomendações de terceiros, entre outros. Rati et al. (2013) referem que a presença de febre sem foco foi um importante fator mobilizador para a procura do Serviço de Urgência. Embora a febre nem sempre seja considerada pelos profissionais de saúde como sinal de gravidade e tecnicamente, por si só, não justifique a procura do serviço de urgência, para as mães entrevistadas foi motivo de preocupação e de ansiedade. Outros estudos sobre a procura deste serviço apontam para resultados semelhantes (Jacquemot, 2005; Santos, Silva, Vogt, Haeffner & Michelotti, 2013).

Com o propósito de identificar as intervenções adotadas pelos pais para gerir os episódios febris dos filhos, Casanova, Reis e Prata (2014) realizaram um estudo a 145 pais de crianças com idades inferiores a 6 anos apresentado posteriormente nas I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A maioria dos pais (60,5%) considera valores inferiores a 38°C como febre e grande percentagem (86,4%), administra antipiréticos mesmo antes de atingir esse valor. Destes, 64,5% continua a entender que a perceção sensorial é um importante método auxiliar no despiste da febre, contudo fazem-no simultaneamente com a utilização do termómetro. Os meios físicos de arrefecimento, particularmente o despir/vestir roupa mais fresca (69,6%) são utilizados regularmente e vistos como complemento na gestão dos episódios febris.

Os profissionais de saúde têm um papel indispensável no combate à fobia da febre. Só reduzindo as preocupações acerca da febre e os seus efeitos nocivos, poderão ser eliminadas atitudes e comportamentos desajustados ou excessivos, tais como: procura inadequada de cuidados de saúde, verificação contínua da temperatura, automatismo no uso de antipiréticos, sobreaquecimento ou arrefecimento físico, e automedicação com antibióticos (Wang et al., 2009).

3. Urgências Pediátricas – conjectura atual

Ao longo dos últimos anos tem sido veemente o debate sobre a rede de urgência/emergência. No ano 2001, a Direção Geral de Saúde imitiu um documento que pretendia definir as redes de referência hospitalar, tendo como principal objetivo maximizar os recursos humanos e tecnológicos dos diversos sistemas locais de saúde.

Nesta altura já era notória a preocupação, visto ser conhecida a utilização dos serviços de urgência como porta de entrada do sistema nacional de saúde, com conseqüente diminuição na prontidão de cuidados, e utilização inapropriada dos diversos recursos. Na prática estas atitudes implicam uma redução na eficiência, não se conseguindo dar as respostas mais adequadas às necessidades reais da população (Direção Geral de Saúde, 2001). Isto apenas reflete que os usuários dos serviços de urgência desconhecem a finalidade e a missão dos mesmos. A mesma entidade esclarece o que são “urgências” definindo-as como sendo as situações clínicas de instalação súbita que podem conduzir à falência das funções vitais, necessitando sempre de uma referência hospitalar para unidades com especificidade técnica e científica que conduza à melhor resposta ao utente.

Ao longo dos anos foram feitos esforços para minimizar a procura inadequada dos serviços de urgência, inclusivamente os serviços de urgência pediátrica, explicada na literatura por diversas razões, nomeadamente a falta de educação para a saúde da população, a possibilidade de acesso direto a estes serviços, a resposta aparentemente insuficiente dos cuidados de saúde primários, a realização de exames complementares de diagnóstico com maior facilidade, entre outros (Santos, Rosário & Figueiredo, 2010). Esta má utilização dos serviços conduz inegavelmente ao aumento descomedido dos custos (Nunes, 2011).

Vários documentos foram publicados desde então no sentido de minorar este problema. Em 2012 foi criada uma comissão para fazer a reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência tendo como principais objetivos a avaliação do estado atual de rede implementada no nosso país, a sua eficácia e propor eventuais alterações. Relativamente às urgências pediátricas mantém-se e é reforçada a noção de que, qualquer reorganização das urgências deve compreender uma importante coordenação com os Cuidados de Saúde Primários (CSP). A estes compete a resolução de situações que embora agudas, não carecem de cuidados imediatos, programando mecanismos de atendimento rápido não programado que garantam a acessibilidade das crianças aos cuidados de que necessitem (Relatório da Comissão de Reavaliação de Referência Nacional de Emer-

gência e Urgência, 2012).

Atualmente assistimos a um padrão de utilização das urgências pediátricas que assentam num perfil de população que culturalmente enraizou valores de segurança, bem estar, e essencialmente de disponibilidade e acessibilidade. O cidadão exige o melhor tratamento, de forma rápida e eficaz aos seus filhos, descorando a referenciação e exigindo o atendimento personalizado. Vivemos numa sociedade “sem tempo” para a família e para as relações sociais, e muitas vezes até na saúde descuramos a prevenção procurando apenas os rápidos diagnósticos, exames complementares e tratamentos, independentemente de serem necessários ou não (Nunes,2011). Este problema constitui também uma das preocupações de gestores e administradores hospitalares. A procura de respostas rápidas aos problemas de saúde contribui para a afluência exagerada e, por vezes, injustificada por parte da população.

As campanhas de sensibilização para pais e educadores têm vindo a aumentar no sentido de os manter informados, assim como os recursos telefónicos disponíveis; visando uma resposta rápida a problemas de saúde não urgentes da população. Contudo a percentagem de “falsas urgências” e de crianças que recorrem ao serviço de urgência sem razão que o justifique é ainda eminente, conduzindo a tempos de espera elevados, diminuição da qualidade de atendimento, e conseqüente aumento da ansiedade quer dos pais/cuidadores que pretendem ver resolvidos os problemas dos seus, quer dos profissionais de saúde, que não conseguem dar resposta às necessidades da população e do serviço. Por outro lado fica condicionada a qualidade de resposta para as situações verdadeiramente urgentes e emergentes. A criança tem características e necessidades específicas e, por isso, a deteção rápida e precoce dos sinais de alarme numa criança doente exige uma prática, atenção e sensibilidade especiais (Machado, 2009). Ao enfermeiro do serviço de urgência é exigido assim, um vasto leque de atributos e conhecimentos que lhe permita discernir e avaliar corretamente as situações banais e as verdadeiras urgências, necessitando de fazer um esforço acrescido no desenvolvimento de competências técnicas e relacionais.

A propósito da temática vários estudos têm sido realizados em Portugal e noutros países. Em 2003, Barroso, Ferreira, Machado e Lemos, realizaram um estudo observacional no Hospital Fernando Fonseca, cujo objetivo era determinar quais os motivos que levavam as crianças aquele hospital. Concluíram que o principal motivo prendia-se com a vontade dos acompanhantes, sendo a febre o principal motivo. Cerca de 82% das crianças tiveram alta, sem necessitar de cuidados diferenciados.

Em Portugal, na região do grande Porto verificou-se uma elevada proporção de situações não urgentes ou que constituem urgências extra-hospitalares. Foi considerada procura inadequada de cuidados de saúde 58,4% dos casos que recorreram a serviços de Urgência Pediátrica (Caldeira, Santos, Pontes, Dourado & Rodrigues, 2006).

Caldeira et al. (2006), através do seu estudo, que tinha como objetivo verificar a adequação do recurso à Urgência Pediátrica num hospital de apoio perinatal diferenciado da região do Grande Porto, verificaram que das crianças admitidas, 53,2% eram do sexo masculino; a mediana para a idade foi de 3 anos. O recurso ao Serviço de Urgência foi em 81,8% dos casos por iniciativa própria e apenas 14,7% das crianças vinham referenciadas, das quais 11,3% tinham febre sem foco, sendo este um resultado análogo ao de Machado (2010), o qual verificou que 17,34% das crianças que recorreram ao Serviço de Urgências Pediátricas apresentavam o mesmo problema. Registou-se um pico de afluência entre as 19:30h e as 23:30h. Cerca de 84,4% das crianças teve alta do serviço de urgência e mais de metade delas sem qualquer medicação, o que confirma o recurso inadequado.

Relativamente à adequação da referenciação à urgência pediátrica, foi constatado por (Carvalho, Ferreira & Vilarinho, 2006) que a mesma foi adequada em 82% da amostra, num estudo feito no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia a 132 crianças. Verificou-se também que destas, 53,5% ficaram com o diagnóstico definitivo de infeção respiratória.

Mixão (2007) realizou um estudo na urgência de Pediatria do Hospital de Santa Maria, num total de 416 participantes para avaliar a perceção de vulnerabilidade infantil e a relação entre os níveis de stresse e de esforço económico familiar, com as variáveis sociodemográficas da criança, para além das causas que motivaram as idas ao serviço de urgência. Os resultados revelaram que há baixos níveis de perceção de vulnerabilidade infantil e de níveis de stresse nem há elevados níveis de esforço económico familiar. Os motivos principais de procura foram a febre, cefaleias, preocupação paternal e a necessidade de fazer análises laboratoriais.

Em 2009, Machado realiza um relatório de estágio em urgência pediátrica, onde averigua os motivos mais frequentes de recurso a este serviço e se estes motivos eram considerados urgências. Os principais resultados foram de encontro a outros estudos, verificando que 91,7% das crianças observadas não apresentava uma situação urgente. As infeções da via aérea superior, as gastroenterites agudas e a febre sem foco foram as patologias que mais apareceram.

Relativamente à variabilidade de afluência das idas à urgência pediátrica (Santos, Rosário & Figueiredo, 2010), tentaram analisar quais as perceções dos médicos do serviço

de pediatria do Hospital de São Teotónio em Viseu, constatando que este recurso é influenciado por fatores temporais, principalmente o turno. As pessoas vão tendencialmente mais ao Domingo à urgência, sendo o Janeiro o mês de maior procura. É durante o turno da tarde que a afluência aumenta. Em 2011, Nunes avalia a utilização da Urgência Pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa analisando 36932 episódios de Urgência Pediátrica ocorridos num período de 6 meses. Contrariamente ao estudo anterior, o dia com maior afluência foi segunda-feira com 17% dos episódios; 75% dos episódios ocorre entre as 8h - 20h, (período de funcionamento dos Centros de Saúde). Foram considerados como não urgentes, 54,9% dos episódios, sendo encaminhados para o Centro de Saúde 88,8% destes. A não referenciação está presente em 90% dos episódios. Existindo evidência na utilização injustificada do Serviço de Urgência Pediátrica por 49,5% dos utentes.

Tentando correlacionar os fatores psicológicos que possam contribuir para a compreensão da utilização inapropriada dos SUP, Rodrigues (2012) fez um estudo descritivo a 115 díades criança-acompanhante que recorreram inapropriadamente a um serviço de urgência de um hospital pediátrico de Lisboa. Os resultados revelaram que cada criança recorreu em média 5 vezes ao serviço de urgência, e que a recorrência frequente a este serviço está relacionada com as crenças positivas dos acompanhantes, nomeadamente com a confiança e segurança nos cuidados prestados e com a fácil acessibilidade a cuidados e recursos diagnósticos. Relativamente ao problema de saúde da criança que motivou a procura deste serviço, 52.2% dos acompanhantes consideraram ser grave e 66.1% perceberam-no como urgente. A investigadora concluiu que os fatores psicológicos podem contribuir para explicar a utilização inapropriada dos serviços de saúde.

Este problema é de escala mundial. Um estudo efetuado em Itália, num hospital público central, conclui que cerca de 27,6% das crianças que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica são considerados não urgentes, podendo ter recorrido a um nível de cuidados menos diferenciados para resolução dos seus problemas de saúde (Pileggi, 2006). Também Grassino, Guidi, Monzani, Di Pietro & Bona (2009), com base no seu estudo, verificou uma utilização indevida dos serviços de Urgência Pediátrica. Cerca de 95% dos utentes pediátricos de 10 hospitais públicos italianos que recorrem aos serviços de urgência são considerados não urgentes, ou seja, o tipo de cuidados que requerem são cuidados não urgentes que poderiam ser resolvidos ao nível de prestação de cuidados de saúde primários.

Resumindo, estudos feitos noutros contextos, vão de encontro à problemática portuguesa, confirmado que ainda é pertinente e urgente a reeducação e sensibilização da

população e a melhoria na articulação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares que possam contribuir para a otimização do funcionamento dos SU. De acordo com Teixeira (2013), muitos pais têm vindo gradualmente a aprender a não ir às Urgências Pediátricas em situações que tal não é necessário. A situação ainda é vulgar, todavia tem vindo a melhorar, em parte graças à informação que é passada pelos profissionais de saúde, em geral. Também Nunes (2011) refere que os esforços educacionais podem ter efeitos sobre os comportamentos mais responsáveis por parte dos pais na utilização do Serviço de Urgência Pediátrica. Os esforços feitos para educar os pais sobre os problemas de saúde mais comuns nas crianças têm-se revelado eficazes na redução do número de visitas aos serviços de Urgência Pediátrica. Porém, parece existir uma elevada percentagem de “falsas urgências”, ou seja, pais que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica com problemas de saúde passíveis de ser resolvidos ao nível dos cuidados de saúde primários. A utilização indevida dos serviços de Urgência Pediátrica pode levar a um decréscimo da qualidade do atendimento, porque eleva o tempo de espera o que faz aumentar a ansiedade de utentes e de profissionais de saúde. Este fator pode ter repercussões na capacidade de resposta a verdadeiras urgências e emergências.

II PARTE - Investigação Empírica

1. Metodologia

A segunda parte deste trabalho de investigação contém os procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico. Desta forma, começa-se por fazer uma contextualização do problema em estudo, a partir do qual se formulam as questões de investigação e se delineiam os objetivos. Descreve-se o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem adotada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, assim como os procedimentos realizados e o respetivo tratamento estatístico.

1.1. Métodos

Assiste-se presentemente a uma utilização imprópria dos serviços de urgência hospitalares, nomeadamente os serviços de urgência pediátrica, aos quais as populações se dirigem em situações que não se justificam (Mixão, 2007).

O afluxo crescente de situações não urgentes aos serviços de urgência gera uma sobrecarga de trabalho para os profissionais de saúde e longas e intermináveis horas de espera para os utentes. No que se refere mais concretamente ao Serviço de Urgências Pediátricas, é amplamente reconhecido que a sua procura por motivo de febre na criança ocorre, independente do nível de desenvolvimento económico e social dos pais (Rati et al., 2013). A febre gera, nos pais, ansiedades e receios levando a que seja um dos sinais mais comumente responsável pela procura dos serviços de saúde.

De acordo com o apresentado, formulam-se as questões de investigação: i) Que variáveis sociodemográficas têm repercussão no conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência? ii) Qual a influência do número de filhos no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência? iii) Quais são as fontes de informação que influenciam o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência?.

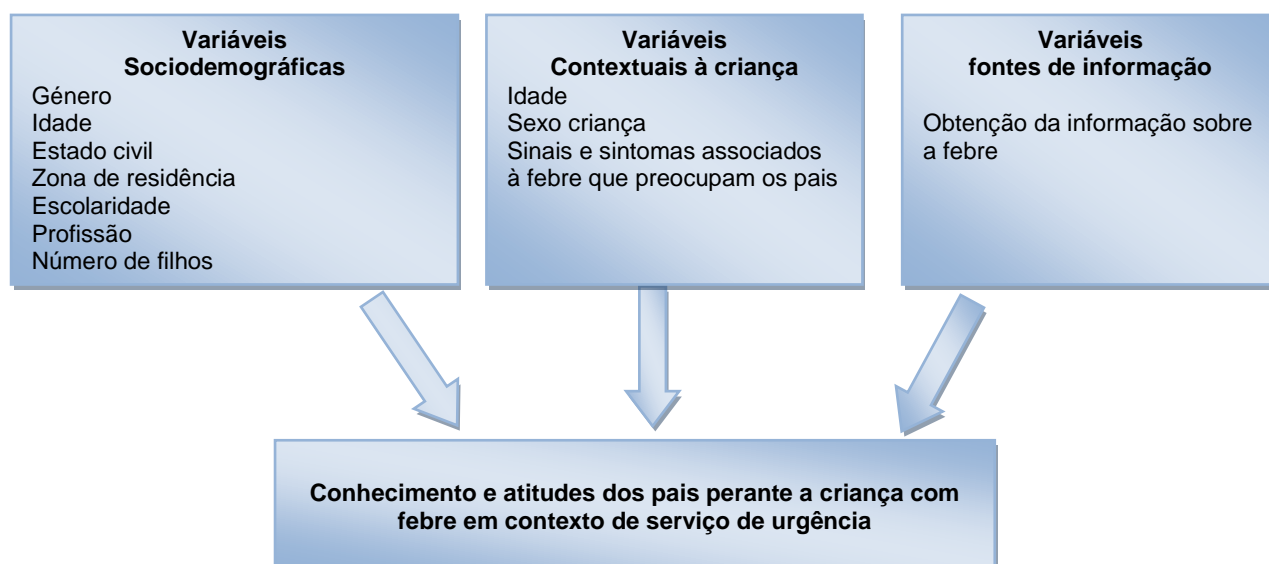
Face às interrogações formuladas foram delineados os seguintes objetivos: i) Identificar as variáveis sociodemográficas que interferem no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência; ii) Avaliar a influência do número de filhos no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência; iii) Identificar as fontes de informação que

influenciam o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência?

Nesta perspetiva e tendo em conta a revisão teórica, questões de investigação e os objetivos, elabora-se a representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis.

A figura 2 pretende aclarar as inter-relações das variáveis independentes e dependente explicativa do conhecimento e das atitudes e dos pais face à febre na criança, em contexto de Serviço de Urgência.

Figura 2 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



O estudo realizado enquadra-se num “survey” quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, na medida em que este tipo de estudo garante uma grande variedade de estudos descritivos (Coutinho, 2011). A mesma autora menciona que os estudos “survey” devem seguir regras que possibilitem aceder de forma científica ao que os inquiridos opinam. De um modo geral, o estudo “survey” “visa analisar a incidência, distribuição e relações entre variáveis que são estudadas tal qual existem, em contexto natural, sem manipulação, sendo quase sempre classificados em função desses três objetivos básicos: descrever, explicar ou ainda explorar” (Coutinho, 2011, p. 277).

Quanto ao “survey” **descritivo**, procura-se descobrir a incidência e a distribuição de determinados traços ou atributos de uma determinada população, sem que o investigador os procure explicar. Assim, o presente estudo pode ser caracterizado como tal, na medi-

da em que se estuda a distribuição do traço (variável) numa amostra representativa dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica (sample), para que se possa da mesma inferir para a descrição na população de que a amostra foi extraída (Coutinho, 2011).

Trata-se igualmente de um “survey” **explicativo**, porquanto se procurou determinar a relação entre variáveis (Coutinho, 2011).

Assume-se como um “survey” **transversal**, porquanto os dados foram recolhidos num só momento no tempo numa amostra representativa dos pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência Pediátrica, seja para descrever, seja para detetar possíveis relações entre as variáveis (Coutinho, 2011).

1.2. Participantes

Qualquer estudo de investigação impõe a seleção e limitação do seu campo por forma a identificar o que vai ser observado. Neste caso, a seleção dos participantes não se baseará em critérios rigorosos de inclusão na amostra, pelo que se pode referir que se trata de um processo de **amostragem não probabilística por conveniência**, constituído por todos os pais/cuidadores que recorrem ao Serviço de Urgência de Pediatria do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD), por motivo de febre, após inscrição no serviço.

O Serviço de Urgência de Pediatria (SUP) faz parte integrante do Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, prestando assistência a crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade de acordo com as indicações normativas da Administração Regional de Saúde do Norte. Tem como áreas de abrangência: Alijó, Sabrosa, Mesão Frio, Mondim de Basto, Murça, Santa Marta de Penaguião, Peso da Régua e Vila Real. Os concelhos de Lamego são primariamente observados nesse hospital (unidade pertencente a este centro hospitalar) e depois encaminhados para o SUP se necessitarem de observação por Pediatria.

Desde Abril de 1999 que o Serviço de Urgência de Pediatria tem o estatuto de Urgência de referência, concedido pela ARS Norte, sendo o acesso condicionado. A referenciação ao SU de Pediatria é feita pelo médico e tem como base as Recomendações da Direção Geral de Saúde (Orientações Técnicas 14), que são: i) **Febre**: Lactente com menos de 3 meses de idade, presença de sinais meníngeos, dificuldade respiratória, prostração, vômitos incoercíveis, desidratação, mau estado geral, suspeita de sepsis, evolução superior a 5 dias, necessidade de exames complementares; ii) **Vômitos**: Lactente com

menos de 3 anos de idade, mau estado geral e sensação ou sintomatologia compatível com doença grave, desidratação superior a 5%, vômitos incoercíveis após tentativa de hidratação oral, necessidade de exames complementares; iii) **Diarreia:** Lactente com menos de 3 meses de idade, desidratação moderada a grave, falência da hidratação oral, mau estado geral, doença de base, família insegura; iv) **Bronquiolite:** Criança com menos de 6 semanas de idade, dificuldade respiratória moderada ou grave, hipoxia, apneia, recusa alimentar ou vômitos, meio social desfavorável, impossibilidade de garantir cuidados, doença de base (ex. cardiopatia, doença neuromuscular, imunodeficiência, ...).

A Urgência de Pediatria presta cuidados médicos a crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias de idade que são referenciados por outros médicos, doentes crónicos seguidos no hospital, recém-nascidos/lactentes até aos 4 meses de idade e a todas as crianças provenientes de áreas onde os Serviços de Atendimento Permanente (SAP) dos Centros de Saúde da região estejam fechados. Recebe também crianças provenientes diretamente do exterior, desde que se apresentem com condição clínica que justifique uma atenção hospitalar imediata.

No nosso estudo consideramos como critérios de inclusão: filhos com idade inferior a 17 anos e 365 dias; após inscrição no serviço de urgência de pediatria; um dos motivos de ida ao serviço ser a febre; capacidade de ler e conversar em português; aceder livremente á participação no estudo.

Analisando um total de 4.350 episódios de urgência, a amostra ficou constituída por 144 questionários.

1.2.1. Caraterização sociodemográfica da amostra

Idade

Os resultados obtidos em relação à idade, revelam para a globalidade da amostra uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 56 anos, ao que corresponde uma idade média de 32.79 anos (± 7.79 anos). Para o sexo masculino, que representa 13.2% da totalidade da amostra, a idade mínima é 25 anos e a máxima de 48 anos, e para o sexo feminino, com uma representatividade de 86.8%, a mesma oscila entre 19 e os 56 anos.

Os homens, em média ($M=34.05$ anos ± 6.45 anos), são mais velhos do que as mulheres ($M=32.60$ anos ± 5.68 anos), mas sem significância estatística ($Z=-0.875$; $p=0.381$). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) não apresenta uma distribuição normal, revelando os valores de assimetria e curtose, curvas enviesadas à esquerda para os dois géneros e para a totalidade da amostra e leptocúrtica para o sexo

feminino. Já os coeficientes de variação indicam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo

Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Masculino	19	25	48	34.05	6.459	18.96	0.81	-0.34	0.200
Feminino	125	19	56	32.60	5.685	17.43	2.68	4.39	0.035
Total	144	19	56	32.79	5.790	17.65	2.80	3.56	0.036

Idade

Uma vez que a amplitude de variação é bastante acentuada situando-se nos 37 anos, foram estabelecidos três grupos etários tendo por base as frequências homogêneas, cujos resultados se apresentam na tabela 2. Nesta conformidade com 38.2% predominam os participantes com idades até aos 30 anos, 41.7% dos 31 a 37 anos, dos quais 42.1% são do sexo masculino e 41.6% do sexo feminino e 20,1% acima dos 37 anos.

Estado civil

Fazendo uma análise dos resultados tendo em conta o estado civil, verifica-se que há um claro predomínio de participantes que coabitam maritalmente (86.8%). Esta prevalência é notória quer para os homens (73.7%), quer para as mulheres (88.8%).

Zona de residência

Quanto à zona de residência os dados expostos demonstram que, mais de metade dos inquiridos (51.4%), reside em meio rural, sendo que destes 52.6% são homens e 51.2% são mulheres.

Escolaridade

No que respeita à escolaridade, constata-se, que a maior percentagem dos participantes (45.1%) possuem o ensino superior, correspondendo 36.8% aos homens e 46.4% às mulheres. No entanto, é ainda significativo o percentual dos homens e das mulheres que possuem até ao 3º ciclo do ensino básico (36.8% vs 26.4%) o que revela um índice baixo de escolaridade.

Grau de parentesco com a criança

Procurou-se saber qual o grau de parentesco do acompanhante em relação à criança tendo-se constatado que cerca de 9 em cada 10 das crianças eram acompanhadas pela mãe. De referir ainda que 11.1% foram acompanhados pelo progenitor masculino e 4.2% por outra pessoa.

Profissão

Dada a diversidade de profissões encontradas no estudo definidas pela Classificação Portuguesa das Profissões (2010), a análise dos resultados seriam tradutores de pouco interesse estatístico, pelo que se sentiu necessidade de reagrupar as diferentes profissões, obtendo-se, desse modo, três grupos e que foram designados por profissões intelectuais, profissões técnicas e outras. Os resultados inseridos na Tabela 2 revelam que ambos os sexos tendem para uma profissão técnica (57.9% vs 47.4%) respetivamente homens e mulheres mas sem significância estatística. É notório que 13.8% das mulheres exercem uma profissão intelectual e 42.1% dos homens está inserido noutras profissões não qualificadas.

Número de filhos

Quando questionados sobre o número de filhos, os resultados alcançados indicam que 64.6% dos inquiridos não possuem mais filhos. Dos participantes que referiram possuir mais filhos, a maioria (84.3%) tem apenas mais um filho. Salienta-se que o número mínimo de filhos é de 1 e o máximo de 3.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)	1	2		
Idade										
<= 30 anos	6	31.6	49	39.2	55	38.2	-6	.6	0.666	0.717
31-37 anos	8	42.1	52	41.6	60	41.7	.0	.0		
>= 38 anos	5	26.3	24	19.2	29	20.1	-7	.7		
Estado civil										
Sem companheiro	5	26.3	14	11.2	19	13.2	1.8	-1.8	3.290	0.070
Com companheiro	14	73.7	111	88.8	125	86.8	-1.8	1.8		
Zona de residência										
Rural	10	52.6	64	51.2	74	51.4	.1	..1	0.014	0.907
Urbano	9	47.4	61	48.8	70	48.6	-.1	.1		
Escolaridade										
Até ao 3º Ciclo	7	36.8	33	26.4	40	27.8	.9	-.9	0.986	0.611
Ensino secundário	5	26.3	34	27.2	39	27.1	-.1	.1		
Ensino superior	7	36.8	58	46.4	65	45.1	-.8	.8		
Profissão										
Intelectuais	-	0.0	16	13.8	16	11.9	1.7	-1.7	3.033	0.219
Técnicas	11	57.9	55	47.4	66	48.9	-0.8	0.8		
Outras	8	42.1	45	38.8	53	39.3	-0.3	0.3		
Total	19	100.0	116	100.0	135	100.0				
Grau de parentesco com a criança										
Pai	16	84.2	-	0.0	16	11.1	10.9	-10.9	1.974	0.160
Mãe	-	0.0	122	97.6	122	84.7	-11.0	11.0		
Outro	3	15.8	3	3.3	6	4.2	2.7	-2.7		
Ter mais filhos										
Não	15	78.9	78	62.4	93	64.6	1.4	-1.4	1.974	0.160
Sim	4	21.1	47	37.6	51	35.4	-1.4	1.4		
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0				
Número de filhos	Nº (4)	% (7.8)	Nº (47)	% (92.2)	Nº (51)	% (100.0)				
1 filho	4	100.0	39	83.0	43	84.3	-9	.9	0.808	0.668
2 filho	-	-	5	10.6	5	9.8	-7	.7		
>= 3 filhos	-	-	3	6.4	3	5.9	-5	.5		
Total	4	100.0	47	100.0	51	100.0				

1.2.2. Variáveis relativas à criança

Idade

Os resultados concernentes à idade da criança atendidas no serviço de urgência, expressa em meses, foi para a totalidade da amostra de 0 meses e o máximo de 192 meses, sendo a média de 39.6 meses. Nas crianças do sexo masculino, a idade mínima foi de 2 meses e a máxima de 156 meses e nas do sexo feminino, foram respetivamente de zero meses e 192 meses.(cf. Tabela 3).

Tabela 3 - Estatísticas relativas à idade da criança

Idade da criança / Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Masculino	74	2.00	156.00	33.05	34.015	102.91	7.48	7.95	0.000
Feminino	70	.00	192.00	46.62	44.021	94.42	4.82	2.15	0.000
Total	144	.00	192.00	39.65	39.649	99.99	8.38	5.89	0.000

Agrupada a idade em classes verifica-se que, para a globalidade da amostra, sobressaem as que possuem idade igual ou inferior aos 24 meses (57.6%), sendo 63.5% rapazes e 51.4% raparigas. Entre os 25-72 meses de idade registaram-se 29.2% de crianças que ocorreram à urgência sendo que destes 28.4% são rapazes e 30.0% raparigas. Com idade superior a 73 meses foram encontradas 13.2% das crianças e destas 18.6% são do sexo feminino. (cf. Tabela 5).

Peso da criança

Os resultados, relativos ao peso da criança, atestam um peso mínimo de 5 kg e um máximo de 60 kg, com uma média de 16.86 Kg±10.34 kg. Nas crianças do sexo masculino, o peso mínimo é de 6 Kg e o máximo 56 Kg e nas crianças do sexo feminino, o mínimo foi de 5Kg e o máximo 60 Kg. As meninas (18.54±11.78 dp) são mais pesadas que os meninos (15.27±8.55 dp), resultando em diferenças estaticamente significativas (-1.996; p= 0.048). Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão alta em relação aos valores médios obtidos (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas relativas ao peso da criança

Peso / Género	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)
Masculino	74	6.00	56.00	15.27	8.559	56.05
Feminino	70	5.00	60.00	18.54	11.781	63.54
Total	144	5.00	60.00	16.86	10.346	61.36

Patologia associada

Questionados os acompanhantes da criança sobre a existência de patologia associada, a maioria (90.3%) dos participantes admitiu da inexistência de qualquer patologia e 9.7% deu resposta afirmativa. (cf. Tabela 5)

Tabela 5 - Caracterização da criança

Variáveis	Género	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
		Nº (74)	% (51.4)	Nº (70)	% (48.6)	Nº (144)	% (100.0)	1	2		
Idade											
<= 24 meses		47	63.5	36	51.4	83	57.6	1.5	-1.5	3.929	0.140
25 - 72 meses		21	28.4	21	30.0	42	29.2	-.2	.2		
>= 73 meses		6	8.1	13	18.6	19	13.2	-1.9	1.9		
Total		74	100.0	70	100.0	144	100.0				
Sofrer de alguma doença		Nº (19)	% (13.2%)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100)				
Não		18	94.7	112	89.6	130	90.3	.7	-.7	0.496	0.481
Sim		1	5.3	13	10.4	14	9.7	-.7	.7		
Total		19	100.0	125	100.0	144	100.0				

Em síntese:

- os homens, em média (M=34.05 anos \pm 6.45 anos), são mais velhos do que as mulheres (M=32.60 anos \pm 5.68 anos);
- predomínio de participantes que coabitam maritalmente (86.8%);
- mais de metade do inquiridos (51.4%) reside em meio rural;
- a maior percentagem dos participantes (45.1%) possui o ensino superior, correspondendo 36.8% aos homens e 46.4% às mulheres;
- ambos os sexos tendem para uma profissão técnica (57.9% vs 47.4%); 13.8% das mulheres exercem uma profissão intelectual e 42.1% dos homens estão inseridos noutras profissões não qualificadas;
 - cerca de 9 em cada 10 das crianças eram acompanhadas pela mãe;
 - a grande maioria dos inquiridos (64.6%) não possui mais filhos;
 - dos participantes que referiram possuir mais filhos, a maioria (84.3%) tem mais um filho, sendo o número mínimo de filhos 1 e o máximo de 3;
 - sobressaem as crianças que possuem idade igual ou inferior aos 24 meses (57.6%), sendo 63.5% rapazes e 51.4% raparigas;
 - as meninas (18.54 \pm 11.78 dp) são mais pesadas do que os meninos (15.27 \pm 8.55 dp);
 - a maioria (90.3%) dos participantes admitiu a inexistência de qualquer patologia associada.

1.3. Instrumentos

Como instrumento de recolha de dados, recorreu-se a um questionário, elaborado para o efeito que foi desenvolvido após uma extensa revisão da literatura e a partir de experiências de alguns autores em pesquisas relacionadas com a perceção e manuseamento da febre infantil, principalmente por Pestana (2003) que elaborou um questionário (não publicado) mas a quem foi pedida a devida autorização.

Depois da sua execução foi entregue uma versão corrigida do questionário a um grupo de peritos, constituído por dois médicos de família, dois pediatras, quatro enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria, e dois pais; no sentido de assegurar a validade do conteúdo do instrumento de medida. Seguidamente procedeu-se à sua aplicação a título experimental (teste piloto), a um grupo de 10 pais que recorreram com os seus filhos ao serviço de urgência de pediatria tendo como queixa principal a febre. Feita uma análise das respostas, e das sugestões apresentadas houve necessidade de se proceder à alteração de algumas questões.

O questionário autoaplicado (cf. Anexo I) apresenta um breve texto introdutório onde se explica a finalidade do mesmo, garantia de anonimato, confidencialidade e apelo à participação terminando com um agradecimento à colaboração do respondente.

É constituído por duas partes: uma visa a caracterização sociodemográfica e contextual dos pais/cuidadores e alguns dados da criança, e a outra, contém um conjunto de questões que permitem avaliar o conhecimento e as atitudes dos pais perante a febre na criança

1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, de contextualização da criança e de fontes de informação

Esta secção do questionário tem um total de treze questões. Permite recolher informações acerca do sexo, idade, zona de residência, escolaridade, profissão, grau de parentesco com a criança e número de filhos (relativamente aos pais/cuidadores). Também são recolhidos alguns dados da criança nomeadamente: idade, sexo, peso e patologia associada. Contempla ainda uma questão que permite a recolha de dados sobre a obtenção da informação sobre febre.

1.3.2. Questionário de Conhecimento dos pais perante a febre na criança

Trata-se de um conjunto de dezoito questões, que permitem avaliar o conhecimento dos pais perante a febre na criança: via/local utilizada para avaliar a temperatura, com o termómetro (Q4); acima de que valor considera febre (Q5); atitude tomada para “baixar” a febre (Q6); a partir de que valor toma a atitude de “baixar” a febre (Q7); a partir de que valor administra medicação para a febre (antipirético) (Q8); medicamento (antipirético) mais utilizado para “baixar” a febre (Q10); como calculam a dose de antipirético a administrar ao filho (Q11); uso alternado de antipiréticos (Q12); se os antipiréticos têm efeitos secundários (Q13); efeitos secundários que os antipiréticos podem causar (Q14); opinião sobre o que é a febre (Q18); a febre alta pode causar algum problema de saúde (Q19); e quais (Q20); a causa da febre deve ser identificada e tratada (Q21); sinais/sintomas associados à febre que preocupam os pais (Q22); outros sintomas que preocupam os pais, para recorrerem ao Serviço de Urgência, quando o filho tem febre (Q27).

Esta secção contém ainda quatro questões elaboradas em escalas tipo likert (Q9),(Q15), (Q18) e (Q22) dicotomizadas de acordo com os critérios: o “Sim” corresponde à cotação 1 (um) e o “Não” e “Não sei” correspondem à cotação 0 (zero).

Na Q9 os catorze itens possibilitam a recolha de dados acerca dos procedimentos a ter perante a febre na criança, sendo as alíneas f), k), e m) cotadas inversamente. Na Q15 os oito itens, relacionam-se com a terapêutica medicamentosa, sendo a alínea f) cotada inversamente. Estas questões serão associadas, num somatório de 0 a 22 pontos.

A Q18 permite recolher dados acerca da opinião sobre a febre (4 itens) e a Q22, sobre os sinais/sintomas associados que preocupam os pais quando o filho tem febre (8 itens).

1.3.3. Questionário das atitudes dos pais perante a febre na criança

Trata-se de uma secção, cujas questões (oito), permitem a recolha de dados acerca da atitude dos pais perante a febre no seu filho, nomeadamente: método que utiliza, primeiramente, quando suspeita que o filho tem febre (Q1); confirmação da febre com o termómetro (Q2); tipo de termómetro utilizado (Q3); conceder autorização para administração de antipirético na creche, escola, ama, atividade de tempos livres (Q16); necessidade de assinar uma autorização por escrito para a administração de antipirético em contexto escolar (Q17); momento em que procura um profissional de saúde para tratar a febre (Q24); recorrer ao Serviço de Urgência para tratar o filho com febre (Q25) e o aconselhamento antes de recorrer ao SU (Q 26).

1.4. Critérios de operacionalização de variáveis

Para minimizar a possibilidade de divergências interpretativas e de se atribuir um significado claro e preciso às variáveis, criando-se a possibilidade de as tornar mensuráveis, procedeu-se à operacionalização conceptual e empírica de algumas das variáveis manifestas e latentes em estudo.

Assim, no que concerne às variáveis manifestas o quadro 1 sintetiza a operacionalização empírica realizada.

Quanto às variáveis latentes, foram objeto de operacionalização os conhecimentos e as atitudes face à febre.

Quadro 1 – Operacionalização e recodificação das variáveis

Variável	Tipo Variável	Operacionalização	Recodificação
Idade	Quantitativa Intervalar		≤30 anos 31-37 anos ≥ 38 anos
Estado civil	Qualitativa Nominal	Casado Divorciado União de facto Outro	Com companheiro Sem companheiro
Zona de residência	Qualitativa Nominal	Vila Aldeia Cidade	Rural Urbano
Escolaridade	Qualitativa Nominal	Analfabeto Bacharelato 1º Ciclo (4ª Classe) 2º Ciclo (6º ano) 3º Ciclo (9º ano) Ensino Secundário Licenciatura Mestrado Doutoramento Outro	Até ao 3º ciclo Ensino secundário Ensino superior
Profissão	Qualitativa Nominal		Intelectuais Técnicas Outra
Grau de parentesco com a criança	Qualitativa Nominal	Pai Mãe outro	
Ter mais filhos	Qualitativa Nominal	Sim Não	
Número de filhos	Quantitativa Intervalar		1 filho 2 filhos ≥ 3 filhos
Idade da criança	Quantitativa Intervalar		≤ 24 meses 25 - 72 meses ≥ 73 meses
Patologia associada	Qualitativa Nominal	Sim Não	

Conhecimento

Entende-se por conhecimento o conjunto de informações armazenadas, resultantes da experiência e da aprendizagem, *a posteriori*, ou através da introspeção. O conhecimento gera conhecimento perante o uso da capacidade de raciocínio ou de inferência (Costa,1997).

O conhecimento empírico apoia-se unicamente nas experiências vividas, na observação das coisas, não em teorias e métodos científicos. Assim, conhecimento empírico refere-se ao que é adquirido durante toda a vida, quotidianamente, sem comprovação científica. Tem inerente um método feito através de tentativas e de erros, caracterizado pelo senso comum e cada pessoa compreende determinada realidade à sua maneira. O método empírico gera aprendizagem, uma vez que se aprendem factos através das experiências vividas e presenciadas, para obter conclusões. O conhecimento empírico é muitas vezes superficial, sensitivo e subjetivo (Mckenna, 1997).

Os indicadores que permitem aferir sobre esta variável dependente apresentam-se seguidamente.

Quadro 2 - Indicadores de conhecimento dos pais perante a febre na criança

Questões	Conceito	Opções de resposta	Cotação		Sub-total
4	Via/local utilizado para avaliar a temperatura com o termómetro, definido como local habitual de avaliação da temperatura da criança.	Timpânica (ouvido)	1		0 a 2
		Oral (boca)	0		
		Axilar (debaixo do braço)	2		
		Retal (ânus/rabo)	2		
5	Valor de temperatura acima do qual considera febre, definido como o valor de temperatura medido pelo termómetro, no local habitualmente usado para tal, que os pais/acompanhantes consideram febre.	35°C a 36,5°C	0		0 a 2
		37°C a 37,5°C	1		
		38°C a 40°	2		
6	Atitude tomada para baixar a febre, definido como o procedimento realizado pelos pais/acompanhantes após medida a temperatura, no local habitualmente usado, perante o valor que consideram febre.		Sim	Não	0 a 4
		Banho tépido	1	0	
		Hidratação	1	0	
		Diminuir quantidade de roupa	1	0	
		Administração de antipirético	1	0	
		Outro	0	1	
7	Valor de temperatura a partir do qual toma a atitude para baixar a febre, definido como o valor numérico, medido pelo termómetro.	35°C a 36,5°C	0		0 a 2
		37°C a 37,5°C	1		
		38°C a 40°	2		
8	Valor de temperatura a partir do qual administra medicação para a febre, definido como o valor numérico medido pelo termómetro, no local habitualmente usado para tal, que os pais/acompanhantes consideram necessário administrar antipirético.	35°C a 36,5°C	0		0 a 2
		37°C a 37,5°C	1		
		38°C a 40°	2		

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

10	Antipirético mais utilizado para baixar a febre, definido como meio terapêutico farmacológico, mais utilizado pelos pais/acompanhantes para controlar a febre na criança.	Paracetamol	2	0 a 2	
		Ibuprofeno	1		
		Ácido Acetilsalicílico	0		
		Nenhum	0		
		Não Sei	0		
11	Cálculo da dose de antipirético a administrar, definido como o critério habitualmente tido em conta pelos pais/acompanhantes para definir a dose de antipirético a administrar à criança com febre.	Peso da criança	2	0 a 2	
		Idade da criança	0		
		Ultima prescrição medica	1		
		Não sei	0		
12	Uso alternado de antipiréticos, definido como a utilização habitual de mais do que um antipirético, de forma alternada para controlar a febre na criança.	Sim	1	0 a 2	
		Não	2		
		Não sei	0		
13	Opinião sobre a existência de efeitos secundários dos antipiréticos.	Sim	2	0 a 2	
		Não	0		
		Não sei	0		
14	Efeitos secundários dos antipiréticos, definido como reações orgânicas que os pais/acompanhantes consideram poder surgir, na criança, após administração de antipiréticos.	Náuseas	3	0 a 3	
		Vómitos			
		Alergias			
		Diarreia			
		Nenhum	0		
		Não Sei			
18	Opinião dos pais/acompanhantes sobre o significado da febre.	Defesa do organismo	Sim	0 a 3	
			Não		
		Sinal de alerta	1		0
		Sinal de infeção	1		0
19	Febre alta como causa de outros problemas de saúde.	Sim	2	0 a 2	
		Não	0		
		Não sei	0		
21	Identificação e tratamento da causa da febre, definida como a opinião dos pais/acompanhantes sobre a necessidade de identificar e tratar a perturbação que está na origem da febre.	Sim	2	0 a 2	
		Não	0		
		Não sei	0		

			Sim	Não	
22	Sinais e sintomas associados à febre na criança, que preocupam os pais, definidos como outras perturbações que acompanhando a febre, constituem motivo de preocupação para os pais/acompanhantes.	Falta de ar	3	0	0 a 3
		Manchas no corpo			
		Irritabilidade			
		Choro intenso			
		Prostração			
		Falta de apetite	0	1	
27	Sintomas que determinam o recurso ao serviço de urgência, definidos como perturbações associadas à febre que preocupam os pais/acompanhantes e os conduzem obrigatoriamente à procura do serviço de urgência	Mau estado geral (aspeto de doente)	3		0 a 3
		Prostração (caído)			
		Vómitos/desidratação			
		Manchas no corpo			
		Não brinca			
		Menor 3 meses de idade			
		Dificuldade respiratória			
		Febre com mais de 5 dias de evolução	0		
		Nenhuma			
		Falta de apetite			

As questões 9 e 15 foram colocadas noutra quadro por apresentarem tratamento estatístico diferente.

Quadro 3 - Indicadores de conhecimento dos pais perante a criança com febre (continuação)

Ques- tões	Afirmações	Opções de resposta			Cotação			Sub-total
		Sim	Não	N/Sei				
9	a) Na subida da febre, quando a criança está com arrepios e extremidades frias (mãos e pés), deve-se aquecer (roupa, cobertor), após a administração do antipirético (medicamento).	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	0 a 14
	b) Na descida da febre, há que permitir a libertação de calor, logo deve-se, retirar roupa.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	c) Para maior conforto da criança, deve-se respeitar o que organismo indica, na fase de frio deve-se manter a roupa e na fase de calor deve-se retirar a roupa (uma ou duas peças).	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	d) O banho deve ser à temperatura normal (37°C).	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	e) O banho não deve ser superior a 10 minutos.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	f) As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas antes do antipirético (medicação para baixar a febre).	Sim	Não	N/Sei	0	1	0	
	g) As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas após o antipirético (medicação para baixar a febre).	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	h) Deve oferecer-se líquidos com frequência, de acordo com a preferência da criança.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	i) A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral).	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	j) A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 1°C em relação à rectal).	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	k) A temperatura timpânica (ouvido) dá informação precisa da temperatura central.	Sim	Não	N/Sei	0	1	0	
	l) A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infeção.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	
	m) A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade apenas a prevenção das complicações associadas à febre alta.	Sim	Não	N/Sei	0	1	0	
n) A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade a prevenção das complicações associadas à febre alta, mas também proporciona maior conforto à criança.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0		
15	a) O paracetamol (Bem-U-Ron) é o antipirético de escolha nos lactentes e crianças.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	0-8
	b) A dose de Paracetamol (Ben-U-ron) recomendada é de 10-15 mg/Kg de 6 em 6 horas	Sim	Não	N/Sei	1	0	0	

c) O Ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao Paracetamol.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0
d) A dose recomendada de Ibuprofeno (Brufen) é de 5-10 mg/Kg, a cada 8 horas.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0
e) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada ao peso da criança.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0
f) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada à idade da criança.	Sim	Não	N/Sei	0	1	0
g) A Aspirina (Ácido Acetilsalicílico) como antipirético, não está indicada em crianças menores de 12 anos.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0
h) As medidas físicas de arrefecimento (alívio de roupa, banho) devem ser sempre associadas a terapêuticas farmacológicas.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0

O somatório dos itens que constituem este constructo permite uma cotação que oscila entre 0 e 58 pontos, sendo que a pontuações mais elevadas corresponde um maior conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência. Para podermos classificar o conhecimento, efetuar-se-ão grupos extremos de corte de acordo com as fórmulas estatísticas referenciadas por Pestana e Gageiro (2014).

Atitudes

As atitudes, por norma, são tidas como predisposições comportamentais adquiridas, introduzidas na análise do comportamento social para dar conta das variações de comportamento em momentos aparentemente idênticos (Vala & Monteiro, 2006).

Os indicadores que permitem aferir sobre esta variável dependente são:

Quadro 4 - Indicadores de atitudes dos pais perante a criança com febre

Questões	Conceito	Opções de resposta	Cotação	Sub-total
1	Primeiro método utilizado para confirmar a suspeita de febre, definido como o primeiro procedimento adotado pelos pais/cuidadores quando suspeitam que a criança tem febre.	Nenhum	0	0 a 4
		Toque da pele com a mão	1	
		Termómetro	3	
		Outro (termómetro e mão)	4	
2	Confirmação da febre com o termómetro, definida como necessidade sentida pelos pais/cuidadores em determinar o valor numérico da temperatura, mesmo que inicialmente tenha adotado outro método perante a suspeita de febre na criança.	Sim	2	0 a 2
		Não	0	
3	Tipo de termómetro utilizado, definido como o tipo de termómetro vulgarmente utilizado, pelos pais/cuidadores, para determinação da temperatura corporal da criança.	Termómetro de mercúrio	0	0 a 2
		Termómetro digital	2	
		Outro	0	
16	Autorização para administração de antipiréticos por terceiros, definida como a cedência de autorização, por parte dos pais/cuidadores, para que na creche, escola, ama ou atividades de tempos livres, sejam administrados antipiréticos quando a criança tem febre.	Sim	2	0 a 2
		Não	0	
24	Momento em que procura um profissional de saúde (Q24), definido como obrigatoriedade sentida pelos pais/cuidadores para levar a criança ao médico, quando tem febre.	Após algumas horas	0	0 a 2
		Após um dia	0	
		Após três dias	2	
		Após quatro/cinco dias	2	
		Sempre que a febre é muito alta	0	
25	Recurso ao Serviço de Urgência para tratar o filho com febre, considerando-se a febre como único sintoma.	Sim	0	0 a 2
		Não	2	
26	Fonte de aconselhamento antes de recorrer ao SU	Enfermeiro de família	2	0 a 2
		Médico de família		
		Enfermeiro de Pediatria		

		Pediatra	
		Linha Saúde 24	
		Ninguém	0
		Outro	0

O score total para avaliar as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência é de 16 pontos.

Fontes de informação

Consideram-se fontes de informação todos os meios (profissionais, meios de comunicação, pessoas de relação), com quem os pais/cuidadores podem obter informação sobre febre na criança.

Tabela 5 - Indicadores de fontes de informação sobre a febre na criança

Questões	Conceito	Opções de resposta	Cotação	Sub-total
23	Fontes de informação sobre a febre na criança	Amigos Familiares Médico Enfermeiro Farmacêutico Livros/revistas Televisão/Internet Experiência própria Outro	0 0 3 3 2 2 1 1 0	0 a 12

Para averiguar as fontes de informação dos pais/cuidadores perante a criança com febre em contexto de urgência, considera-se um somatório total de 12 pontos.

1.5. Procedimentos

Em qualquer trabalho de investigação os direitos fundamentais das pessoas e as disposições ético-legais têm de ser tidas em atenção.

Com este propósito foi efetuado em pedido formal ao Presidente do Conselho de Administração do CHTMAD para a aplicação do questionário em ambiente hospitalar no sentido de cumprir as normas éticas e deontológicas inerentes a este tipo de estudos, bem como um pedido de parceria à Comissão de Ética da ESSV, a partir dos quais se obteve a respetiva autorização (cf. Anexo II). Só após deferimento destas instituições se procedeu ao início da investigação tendo esta decorrido entre

Março e Junho de 2014.

Os questionários foram entregues no serviço estabelecido, sendo solicitada a colaboração dos enfermeiros do mesmo. A recolha dos questionários preenchidos foi feita pelo investigador.

Os questionários foram aplicados livre e conscientemente, sem práticas de coação física, psíquica, moral ou enganosas, impeditivas de livre manifestação da vontade pessoal dos pais que aderiram ao estudo. Para a consecução desta prática foi utilizada uma linguagem acessível. Antes da aplicação dos instrumentos de avaliação, procedeu-se à descrição dos objetivos, procedimentos, instrumentos que seriam usados. Ainda se efetuou a descrição dos possíveis benefícios, riscos e desconfortos. Assegurou-se a garantia de esclarecimento, mantendo-nos presente e elucidámos a opção de voluntariedade e liberdade na participação no estudo.

Para que os inquiridos percebessem o objetivo do instrumento de recolha de dados e a importância do rigor das respostas, foi incluído no rosto da primeira página do primeiro instrumento um pequeno texto de apresentação com essas explicações, assim como o agradecimento pela colaboração prestada.

1.6. Análise de dados

Para o tratamento estatístico recorreu-se à estatística descritiva e analítica ou inferencial utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 (2014) para *Windows*.

Com a estatística descritiva, foram determinadas frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (médias e medianas), medidas de dispersão (desvio padrão e coeficiente de variação), medidas de forma (assimetria Skewness (SK) e achatamento curtose (K)) e medidas de associação (correlação de Pearson), em consonância com as características das variáveis em estudo.

Em relação ao coeficiente de variação que compara a dispersão das variáveis de natureza quantitativa são utilizados os seguintes valores de referência (Pestana e Gageiro 2014):

- $CV \leq 15\%$ - Dispersão Fraca;
- $15\% < CV \leq 30\%$ - Dispersão Média ou moderada
- $CV > 30\%$ - Dispersão Elevada.

Quanto às medidas de associação fez-se uso do coeficiente de correlação de

Pearson que é uma medida de associação linear no estudo de variáveis quantitativas. O valor de “r” oscila entre -1 e +1. No caso da correlação se apresentar negativa, diz-se que há uma correlação inversa, isto é, o aumento dos índices numa das variáveis está associado, em média, à diminuição da outra; se for positiva a correlação diz-se direta, o que significa que quando aumenta ou diminui o índice numa das variáveis ocorre fenómeno idêntico na outra variável. A comparação do coeficiente deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação (R^2) que multiplicado por 100 indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra. Acresce referir que tanto R como R^2 exprimem relações de causalidade.

Com a estatística inferencial procuramos dar resposta à questão de investigação, tendo-se para o efeito recorrido a testes paramétricos e a testes não paramétricos.

Maroco (2014) refere que os testes paramétricos são robustos à violação do pressuposto da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas. Esta assunção vai de encontro ao referido por Pestana e Gageiro, (2005) quando afirma que grupos amostrais com um n superior a 30, independentemente da distribuição amostral não apresentar características de curvas gaussianas, podem utilizar-se testes paramétricos, mas para amostras iguais ou inferiores a 30, estes testes exigem que os grupos em análise tenham uma distribuição normal.

A estatística não paramétrica, foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos, quando a condição normalidade de variâncias e de homogeneidade entre os grupos não se verificou (Pestana e Gageiro, 2014). O autor citado considera grupos homogêneos aqueles em que o quociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor seja inferior a 1,5.

Nesse sentido utilizaram-se: (i) teste t de student para amostras independentes ou o teste de *U-Mann-Whitney* para comparação de dois grupos amostrais; (ii) *One-Way Anova* (análise de variância com um fator) ou teste de *Kruskal Wallis* para comparação de médias entre três ou mais grupos. Quando se verificam diferença entre as médias amostrais, é imperioso recorrer aos testes post hoc no sentido de localizar as diferenças, tendo-se optado neste estudo pelo teste de Tukey; (iii) teste de Qui-quadrado (X^2) é um teste não paramétrico que reflete o tamanho das diferenças entre as frequências observadas e esperadas, usado no estudo de relação entre duas variáveis de natureza nominal. Em algumas circunstâncias aplicámos os valores residuais em detrimento do teste de qui quadrado, dado que em muitas das variáveis em estudo, o tamanho das subamostras não permitia o uso do referido teste. Referem Pestana e Gageiro (2014) que a utilização dos resíduos ajustados em variáveis nominais se tornam mais potentes que o teste de qui quadrado dado que

informam sobre as células que mais se afastam da independência entre as variáveis. A interpretação destes valores necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna. Quando se verifica relação entre as variáveis, os resíduos ajustados situam-se fora do intervalo -1.96 e 1.96, para um nível de significância de 5%.

Na análise estatística, utilizámos os seguintes níveis de significância:

$p < 0.05$ * - diferença estatística significativa

$p < 0.01$ ** - diferença estatística bastante significativa

$p < 0.001$ *** - diferença estatística altamente significativa

$p > 0.05$ n.s. - diferença estatística não significativa

A apresentação dos resultados foi efetuada com recurso a tabelas, nas quais constam os dados mais relevantes. Omitiu-se, nas mesmas, o local, a data e a fonte, na medida em que se trata de um estudo transversal. A descrição e análise dos dados obedecem à ordem por que foi elaborado o instrumento de colheita de dados.

2. Resultados

Neste capítulo procedemos à análise e interpretação dos resultados obtidos. Iniciamos com a análise descritiva e prosseguimos com a análise inferencial com a qual estabelecemos a relação entre as variáveis em estudo de acordo com o esquema conceptual de base previamente elaborado. A análise tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de forma que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação procura dar sentido mais amplo às respostas, o que é feito mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriormente obtidos.

2.1. Análise descritiva

Neste subcapítulo pretendemos dividir os diversos dados obtidos procedendo à sua interpretação.

2.1.1. Atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre

Abordaremos nas tabelas seguintes alguns itens relacionados com as atitudes dos participantes perante a febre na criança.

Métodos e tipo de termómetro utilizado na avaliação da febre

O método mais utilizado pelos acompanhantes da criança quando suspeitam de febre na criança é o termómetro (52.1%), Deste grupo fazem parte 57.9% dos homens e 51.2% das mulheres. Importa salientar que 42.1% dos homens e 48.8% das mulheres utilizam o toque da pele com a mão. (cf. Tabela 6).

Tabela 6 – Primeiro método utilizado para confirmar a febre na criança e sexo

Primeiro método	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Toque da pele com a mão	18	42.1	61	48.8	69	47.9
Termómetro	11	57.9	64	51.2	75	52.1
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Quanto à confirmação da febre há um predomínio de participantes (97.9%) que admitem recorrer sempre à confirmação da febre na criança usando o termómetro sendo que 94.7% são homens e 98.4% mulheres. (cf. Tabela 7)

Tabela 7 – Confirmação da febre com termómetro e sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Confirmação da febre com termómetro						
Não	1	5.3	2	1.6	3	2.1
Sim	18	94.7	123	98.4	141	97.9
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Quanto ao tipo de termómetro usado, predomina com 93.1% a utilização do termómetro digital (93.1%), com 94.7% participantes do sexo masculino e 92.8% do sexo feminino. A utilização do termómetro de mercúrio já é residual (6.3%), uma vez que este tipo de material praticamente deixou de ser comercializado. Não é representativo o percentual dos acompanhantes que admitem usar outro tipo de termómetro (3.5%). (cf. Tabela 8)

Tabela 8 – Tipo de termómetro utilizado e sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Tipo de termómetro						
Termómetro de mercúrio						
Não	18	94.7	117	93.6	135	93.8
Sim	1	5.3	6	6.4	9	6.3
Termómetro digital						
Não	1	5.3	9	7.2	10	6.9
Sim	18	94.7	116	92.8	134	93.1
Outro termómetro						
Não	18	94.7	121	96.8	139	96.5
Sim	1	5.3	4	3.2	5	3.5
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Autorização para administração de antipiréticos

Solicitados aos pais/acompanhantes que informassem se concediam autorização para administrar antipirético na creche, escola, ama, atividades de tempos livres, a maioria (69.4%) dos participantes referem que concediam essa autorização, (52.6% homens vs 72.0% mulheres) (cf. Tabela 9)

Tabela 9 – Autorização para administrar antipirético

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Autorização						
Sim	10	52.6	90	72.0	100	69.4
Não	6	31.6	22	17.6	28	19.4
Não se aplica	3	15.8	13	10.4	16	11.1
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Para os que responderam afirmativamente (N=100), mais de metade (61.0%) admitem que já o fizeram por escrito, com percentuais similares entre homens (60.0%) e mulheres (61.1%). (cf. Tabela 10)

Tabela 10 – Autorização por escrito para administração de antipirético

Autorização escrita	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (10)	% (10.0)	Nº (90)	% (90.0)	Nº (100)	% (100.0)
Sim		6	60.0	55	61.1	61	61.0
Não		4	40.0	32	35.6	36	36.0
Não se aplica		-	-	3	100.0	3	3.0
Total		10	100.0	90	100.0	144	100.0

Procura de profissional de saúde após início de febre

O momento em que os pais/acompanhantes procuram um profissional de saúde quando ocorre febre na criança, acontece em maior percentagem (45.1%) após três dias de febre (36.8% homens vs 46.4% mulheres). Contudo, 15.2% dos participantes procuram um profissional de saúde após algumas horas de febre na criança, e 9.0% só o faz após 4/5 dias de febre. (cf. Tabela 11)

Tabela 11 – Momento em que há procura de um profissional de saúde para tratar a febre na criança e SEXO

Momento em que procura um profissional de saúde para tratar a febre	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Após algumas horas							
Não		13	68.4	106	84.8	119	82.6
Sim		6	31.6	19	15.2	25	15.2
Após um dia							
Não		17	89.5	106	84.8	123	85.4
Sim		2	10.5	19	15.2	21	14.6
Após três dias							
Não		12	63.2	67	53.6	79	54.9
Sim		7	36.8	58	46.4	65	45.1
Após 4/5 dias							
Não		18	94.7	113	90.4	131	91.0
Sim		1	5.3	12	9.6	13	9.0
Total		19	100.0	125	100.0	144	100.0

Recurso ao serviço de urgência por febre

As Tabelas 12 e 13 expressam algumas das atitudes dos pais/acompanhantes quando o filho tem febre, nomeadamente a utilização do serviço de urgência e aconselhamento antes de se dirigir a essa unidade. Assim, quando questionados se já recorreram ao serviço de urgência, verificamos que cerca de 8 em cada 10 dos participantes admitem que sim, com prevalência igual entre homens e mulheres.

Tabela 12 – Recurso ao Serviço de Urgência por febre e sexo

Recurso ao serviço de urgência	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Sim		16	84.2	105	84.0	121	84.0
Não		3	15.8	20	16.0	23	16.0

Quanto ao aconselhamento a algum profissional de saúde, denota-se que é a linha de saúde 24 que é a mais procurada (25.0%), seguindo-se por ordem decrescente o pediatra (18.1%) e o médico de família (16.0%). O enfermeiro de família e o enfermeiro de pediatria são procurados por 6.3% e 4.9% respetivamente. Acresce referir que 33.3% dos inquiridos vão sem qualquer aconselhamento ao serviço de urgência.

Tabela 13 – Pedido de aconselhamento antes de recorrer ao Serviço de Urgências

Pedido de aconselhamento	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Enfermeiro de família							
Não		18	94.7	117	93.6	135	93.8
Sim		1	5.3	8	6.4	9	6.3
Médico de família							
Não		16	84.2	105	84.0	121	84.0
Sim		3	15.8	20	16.0	23	16.0
Enfermeiro de pediatria							
Não		17	89.5	120	96.0	137	95.1
Sim		2	10.5	5	4.0	7	4.9
Pediatra							
Não		17	89.5	101	80.8	118	81.9
Sim		2	10.5	24	19.2	26	18.1
Linha de saúde 24							
Não		13	68.4	95	76.0	108	75.0
Sim		6	31.6	30	24.0	36	25.0
Ninguém							
Não		13	68.4	83	66.4	96	66.7
Sim		6	31.6	42	33.6	48	33.3
Total		19	100.0	125	100.0	144	100.0

Em síntese:

- o método mais utilizado pelos pais/acompanhantes da criança, quando suspeitam de febre na criança, é o termómetro (52.1%);

- grande parte dos participantes (97.9%) admite recorrer sempre à confirmação da febre na criança usando o termómetro, predominando, com 93.1%, a utilização do termómetro digital;

- a maioria dos pais/acompanhantes (69.4%) referem que concediam autorização para administrar antipirético na creche, escola, ama, atividades de tempos livres, dos quais mais de metade (61.0%) admite que já o fez por escrito;

- em maior percentagem (45.1%), os sujeitos da amostra que procuram um profissional de saúde, fazem-no após três dias de febre na criança;

- cerca de 8 em cada 10 dos participantes admitem ter recorrido ao serviço de urgência por febre na criança;

- sobressaem 25.0% dos pais/acompanhantes que se aconselham recorrendo à linha

de saúde 24; 18.1% fá-lo com o pediatra; 16.0% com o médico de família.

2.1.2. Conhecimento dos pais/cuidadores perante a criança com febre

Abordaremos nas tabelas seguintes alguns aspetos relacionados com os conhecimentos que os pais possuem sobre a febre.

Via/local de avaliação da febre

A via/local que os pais mais utilizam para avaliar a temperatura do seu filho(a) com o termómetro, é conforme resultados incertos na Tabela 14 a via axilar (87.5%) sendo o seu uso registado em 94.7% dos pais e 86.4.% das mães.

A via retal (17.4%) é a segunda via mais utilizada, com ligeiro ascendente entre os inquiridos do género feminino (17.6% vs 15.8%). Acresce ainda referir que nenhum dos participantes ocorre à via oral para a avaliação da febre e a via timpânica só é utilizada por 4.2% dos inquiridos.

Tabela 14 – Via/local utilizado para avaliar a temperatura da criança com o termómetro e sexo

Via/local utilizado para avaliar a temperatura com o termómetro	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Timpânica						
Não	19	100.0	119	95.2	138	95.8
Sim	-	-	6	4.8	6	4.2
Oral						
Não	19	100.0	125	100.0	144	100.0
Sim	-	-	-	-	-	-
Axilar						
Não	1	5.3	17	13.6	18	12.5
Sim	18	94.7	108	86.4	126	87.5
Retal						
Não	16	84.2	103	82.4	119	82.6
Sim	3	15.8	22	17.6	25	17.4
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Conhecimento sobre valor da febre

A maioria dos pais/acompanhantes (52.1%) consideram que o seu filho tem febre quando apresenta valores entre 37-37,5°C o que revela falta de conhecimentos neste âmbito. Há porém 46.5% da amostra com maior prevalência nos homens (47.4% vs 46.4%) que possuem conhecimentos ao afirmarem que a febre ocorre quando a criança tem temperatura superior ou igual a 38°C. (cf. Tabela 15)

Tabela 15 – Conhecimentos sobre valor da febre

Conhecimentos	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
<=36,5°C	1	5.3	1	0.8	2	1.4
37-37,5°C	9	47.4	66	52.8	75	52.1
>=38°C	9	47.4	58	46.4	67	46.5
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Atitudes para baixar a febre

Quanto ao valor a partir do qual tomam a atitude para baixar a febre, 73.7% dos homens e 81.6% das mulheres referem que diminuiriam a quantidade de roupa. O banho em água morna, é a medida adotada por 42.1% dos participantes do sexo masculino e 58.4% do sexo feminino. Por sua vez o recurso à administração do antipirético caso a temperatura seja superior aos 38°C, ocorre em 84.2% dos homens e 92.0% das mulheres. Também cerca de 8 em cada 10 homens e mulheres admitem hidratar a criança oferecendo-lhe líquidos a gosto com frequência. (cf. Tabela 16)

Tabela 16 – Atitude para baixar a febre ao filho(a)

Atitude para baixar a febre ao filho(a)	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Diminuir a quantidade de roupa						
Sim	14	73.7	102	81.6	116	80.6
Não	-	-	2	100.0	2	100.0
Não sei	5	26.3	21	16.8	26	18.1
Banho em água morna						
Sim	8	42.1	73	58.4	81	56.3
Não	2	10.5	12	9.6	14	9.7
Não sei	9	47.4	40	32.0	49	34.0
Administrar antipirético se a temperatura for superior a 38°C						
Sim	16	84.2	115	92.0	131	91.0
Não sei	3	15.8	10	8.0	13	9.0
Hidratar a criança oferecendo líquidos a gosto com frequência						
Sim	15	78.9	97	77.6	112	77.8
Não	-	-	4	100.0	4	100.0
Não sei	4	21.1	24	19.2	28	19.4
Outro						
Sim	1	5.3	4	3.2	5	3.5
Não	1	5.3	5	4.0	6	4.2
Não sei	17	89.5	116	92.8	133	92.4
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Na continuação da análise da tabela anterior, quando questionados os pais/acompanhantes sobre a partir de que valor tomariam as atitudes mencionadas, a maioria (66.7%) admite que as tomariam quando o seu filho tiver valor >=38°C de temperatura. São também notórios os percentuais relativos aos participantes que admitem tomar essa atitude quando o filho tem uma temperatura entre 37-37,5°C. (cf. Tabela 17)

Tabela 17 – Valor da temperatura para tomar a atitude para baixar a febre

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Valor da temperatura						
<=36,5°C	-	0.0	1	0.8	1	0.7
37-37,5°C	6	31.6	41	32.8	47	32.6
>=38°C	13	68.4	83	66.4	96	66.7
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Administração antipirética

Os resultados expostos na Tabela 18 revelam que, (77.8%) dos pais/acompanhantes admitem administrar antipirético quando o filho tem temperatura igual ou superior a 38°C sendo que destes, 89.5% são homens e 76.0% mulheres. Apuramos contudo que, 21.5% dos participantes no estudo tomam essa medida quando o filho tem temperatura compreendida entre 37°C e 37.5°C, denotando-se falta de conhecimentos.

Tabela 18 – Valor de temperatura para a administração de antipirético

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Valor						
<=36,5°C	-	-	1	0.8	1	0.7
37-37,5°C	2	10.5	29	23.2	31	21.5
>=38°C	17	89.5	95	76.0	112	77.8
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Quando questionados acerca do antipirético que mais utiliza para baixar a febre, surge o paracetamol 65.3% com mais frequência, ocorrendo este tipo de medicação mais por parte dos homens (73.7%) do que das mulheres (64.0%). A associação do paracetamol e do ibuprofeno é utilizada por 27.1% dos inquiridos e neste particular com maior prevalência (28.8%) entre as mulheres. O ibuprofeno é utilizado de forma isolada apenas por 4.9% dos participantes o que é revelador de conhecimentos sobre o tipo de medicação como primeira escolha na diminuição da febre. (cf. Tabela 19)

Tabela 19 – Antipirético mais utilizado para baixar a febre ao filho e sexo

Antipirético mais usados	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paracetamol		14	73.7	80	64.0	94	65.3
Ibuprofeno		1	5.3	6	4.8	7	4.9
Não sei		1	5.3	3	2.4	4	2.8
Paracetamol e Ibuprofeno		3	15.8	36	28.8	39	27.1
Total		19	100.0	125	100.0	144	100.0

Outra questão que se coloca na administração do antipirético respeita ao cálculo da dose. Questionados sobre este assunto, os pais/acompanhantes afirmam calcular a dose de antipirético a administrar ao filho através do peso da criança (61.8%). Porém, a última prescrição médica é um referencial para 12.5% dos inquiridos. Outras medidas como idade, peso associado à idade, peso e última prescrição médica, foram também referidas, mas sem significado estatístico (cf. Tabela 20)

Tabela 20 – Modo de cálculo da dose de antipirético a administrar

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Como calcula a dose de antipirético a administrar						
Peso	13	68.4	76	60.8	89	61.8
Idade	-	-	14	11.2	14	9.7
Última prescrição médica	3	15.8	15	12.0	18	12.5
Não sei	1	5.3	4	3.2	5	3.5
Outro	1	5.3	2	1.6	3	2.1
Peso e idade	1	5.3	9	7.2	10	6.9
Peso e última prescrição médica	-	-	2	1.6	2	1.4
Peso e outro	-	-	1	0.8	1	0.7
Idade e última prescrição médica	-	-	1	0.8	1	0.7
Peso, idade e última prescrição médica	-	-	1	0.8	1	0.7

Uma medida preconizada é a alternância de administração de antipiréticos como último recurso. Questionados sobre o assunto constatamos, pelos resultados apresentados na Tabela 21, que 57.6% dos pais/acompanhantes admitem alternar habitualmente os antipiréticos quando o seu filho tem febre sendo contudo expressivo o percentual de 38.9% de pais/acompanhantes que não alternam habitualmente a toma de antipiréticos.

Tabela 21 – Alternância habitual de antipiréticos

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Alternar habitualmente os antipiréticos						
Sim	13	68.4	70	56.0	83	57.6
Não	6	31.6	50	40.0	56	38.9
Não sei	-	-	5	4.0	5	3.5
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

É sabido que os antipiréticos quando administrados em doses elevadas possuem efeitos secundários. Procurou-se saber qual a opinião dos pais/acompanhantes acerca deste aspeto, tendo-se apurado que 42.1% dos homens possui esse conhecimento, enquanto em 37.6% das mulheres prevalece a falta de informação. Há a ressaltar os valores encontrados para os homens (36.8%) e para as mulheres (32.0%) que admitem não saber se os antipiréticos têm efeitos secundários. (cf. Tabela 22)

Tabela 22 – Opinião sobre a possibilidade de os antipiréticos terem efeitos secundários

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Opinião sobre os efeitos secundários dos antipiréticos						
Sim	8	42.1	38	30.4	46	31.9
Não	4	21.1	47	37.6	51	35.4
Não sei	7	36.8	40	32.0	47	32.6
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Durante a administração de antipiréticos, deve ter-se em consideração como é referido na literatura, os seus efeitos secundários, que muitas vezes ocorrem principalmente quando são administrados em sobredosagem e em associação. Foi tendo em consideração

estes dois pressupostos que formulamos a questão “que efeitos secundários pensa que esse medicamento pode causar” aos pais/acompanhantes. Dos resultados expostos sobressai que os participantes não possuem conhecimentos, não se verificando diferenças significativas entre os sexos. Contudo, os homens são reveladores de menor conhecimento que as mulheres relativamente a náuseas, vômitos e alergias, mas mais no que se refere à diarreia. (cf. Tabela 23).

Tabela 23 – Efeitos secundários dos antipiréticos e sexo

Efeitos secundários dos antipiréticos	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X ²	p
	Masculino		Nº	%	Nº	%	1	2		
	Nº	%	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)				
Náuseas										
Não	17	89.5	94	75.2	111	77.1	1.4	-1.4	1.902	0.168
Sim	2	10.5	31	24.8	33	22.9	-1.4	1.4		
Vômitos										
Não	16	84.2	100	80.0	116	80.6	.4	-.4	0.187	0.666
Sim	3	15.8	25	20.0	28	19.4	-.4	.4		
Alergias										
Não	17	89.5	108	86.4	125	86.8	.4	-.4	0.136	0.712
Sim	2	10.5	17	13.6	19	13.2	-.4	.4		
Diarreia										
Não	14	73.7	97	77.6	111	77.1	-.4	.4	0.143	0.705
Sim	5	26.3	28	22.4	33	22.9	.4	-.4		
Nenhum										
Não	16	84.2	109	87.2	125	86.8	-.4	.4	0.129	0.720
Sim	3	15.8	16	12.8	19	13.2	.4	-.4		
Não sei										
Não	10	52.6	62	49.6	72	50.0	.2	-.2	0.061	0.806
Sim	9	47.4	63	50.4	72	50.0	-.2	.2		
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0				

Indicadores de conhecimentos sobre febre e antipiréticos

A Tabela 24 contém 14 afirmações de indicadores de conhecimentos sobre a febre. Reforça-se que para cada indicador existem dois tipos de resposta “sim” para quem possui conhecimentos corretos e “não” para quem possui conhecimentos incorretos ou não sabe. Fez-se uso do teste binomial para o estudo da probabilidade entre os grupos. Dos resultados expressos na Tabela 24, aferimos que os grupos não se diferenciam relativamente aos itens 3, 4 e 5, isto é, cerca de metade da amostra possui conhecimentos e a outra metade não. Os restantes itens são reveladores de défice de conhecimentos, com diferenças estatísticas altamente significativas. De notar que nos itens 1 e 11, apenas 8% e 9% da amostra possui conhecimentos acerca das consequências da subida térmica e da temperatura timpânica respetivamente.

Tabela 24 - Indicadores de conhecimento sobre febre

		Sim		Não		Binomial (p)
		Nº	%	Nº	%	
1	Na subida da febre, quando a criança está com arrepios e extremidades frias (mãos e pés), deve-se aquecer (roupa, cobertor), após a administração do antipirético (medicamento)	12	8.0	132	92.0	0.000
2	Na descida da febre, há que permitir a libertação de calor, logo deve-se, retirar roupa	93	65.0	51	35.0	0.00
3	Para maior conforto da criança, deve-se respeitar o que organismo indica, na fase de frio deve-se manter a roupa e na fase de calor deve-se retirar a roupa (uma ou duas peças).	82	57.0	62	43.0	0.113
4	O banho deve ser à temperatura normal (37°C)	76	53.0	68	47.0	0.560
5	O banho não deve ser superior a 10 minutos	80	56.0	64	44.0	0.211
6	As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas antes do antipirético (medicação para baixar a febre)	27	19.0	117	81.0	0.000
7	As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas após o antipirético (medicação para baixar a febre)	40	28.0	104	72.0	0.000
8	Deve oferecer-se líquidos com frequência, de acordo com a preferência da criança	121	84.0	23	16.0	0.000
9	A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral).	36	25.0	108	75.0	0.000
10	A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 1°C em relação à rectal).	46	32.0	98	68.0	0.000
11	A temperatura timpânica (ouvido) dá informação precisa da temperatura central	13	9.0	131	91.0	0.000
12	A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infeção	101	70.0	43	30.0	0.000
13	A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade apenas a prevenção das complicações associadas à febre alta.	53	37.0	91	63.0	0.002
14	A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade a prevenção das complicações associadas à febre alta, mas também proporciona maior conforto à criança.	118	82.0	26	18.0	0.000

Do somatório dos 14 itens resultou um score cuja cotação varia entre 0 e 14 e que permite classificar os participantes no estudo **sem conhecimentos** quem obteve uma pontuação até 3, conhecimentos **fracos** de 4 a 7, **razoáveis** de 8 a 11 e **bons** com pontuação superior ou igual a 12. Os resultados obtidos indicam que a mais de metade (55.2%) das mulheres e 42.1% dos homens possuem fracos conhecimentos. Com conhecimentos razoáveis figuram 32.8% das mulheres e 36.8% dos homens e com bons conhecimentos apenas 0.8% das mulheres. (cf. Tabela 25).

Tabela 25 – Prevalência dos indicadores de conhecimentos sobre antipiréticos

Conhecimentos	Sem cohec.		Fracos		Razoáveis		Bons	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	14	11.2	69	55.2	41	32.8	1	0.8
Masculino	4	21.1	8	42.1	7	36.8	-	0.0

Finalmente questionamos os pais/acompanhantes sobre a opção que consideram mais correta no que diz respeito à administração de medicamentos quando a criança tem febre, e de acordo com os resultados inseridos na Tabela 26, podemos dizer que a probabilidade de as pessoas administrarem Paracetamol (Ben-U-ron), como o antipirético de escolha nos lactentes e nas crianças, é de 91% que é revelador de conhecimento, apesar de 62% não saber a dose correta a administrar.

Também é do conhecimento da maioria da amostra (67.0%) que o Ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao Paracetamol, mas de igual modo 63.0% desconhecem a dose recomendada.

Em relação ao ajustamento da dose de antipirético a administrar, constatamos que 90% dos pais/acompanhantes da criança a referiu corretamente quando afirmam que deve ser ajustada ao peso da criança. Há, porém, 52% dos participantes que possuem uma opinião errónea ao afirmarem que a dose de antipirético deve ser ajustada à idade da criança.

Quanto à administração de aspirina (ácido Acetilsalicílico), como antipirético a menores de 12 anos, apuramos que 63% dos participantes não possuem esse conhecimento, o que aliás nos parece um resultado perfeitamente normal se consideramos a especificidade da questão colocada e do nível de literacia dos participantes. Contudo, no que respeita à adoção de medidas físicas tendentes ao arrefecimento (alívio da roupa, banho) deverem ser sempre associadas a terapêuticas farmacológicas, mais de metade da amostra (51%) corroboram esta afirmação, revelando conhecimento sobre o assunto sem significância estatística entre os grupos.

Tabela 26 – Indicadores de conhecimento face aos antipiréticos

Indicadores de conhecimento face aos antipiréticos	Sim		Não/Não sabe		Binomial p
	Nº	%	Nº	%	
a) Paracetamol (Ben-U-ron) é o antipirético de escolha nos lactentes e nas crianças	131	91.0	13	9.0	0.000
b) A dose de Paracetamol (Ben-U-ron) recomendada e de 10-15mg/Kg de 6 em 6h	55	38.0	89	62.0	0.006
c) O Ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao Paracetamol	96	67.0	48	33.0	0.000
d) A dose recomendada de Ibuprofeno (Brufen) é 5-10mg/Kg a cada 8 horas	54	38.0	90	63.0	0.003
e) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada ao peso da criança	129	90.0	15	10.0	0.000
f) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada à idade da criança	75	52.0	69	48.0	0.677
g) A Aspirina (ácido Acetilsalicílico) como antipirético não está indicada em crianças menores de 12 anos	54	38.0	90	63.0	0.003
h) As medidas físicas de arrefecimento (alívio da roupa, banho) devem ser sempre associadas a terapêuticas farmacológicas	73	51.0	71	49.0	0.934

Com os indicadores acima expostos obtivemos um score que oscila entre 0 e 8 que permitiram classificar os conhecimentos sobre o uso de antipiréticos do seguinte modo: até 2 **sem conhecimento**, de 3 a 4 conhecimentos **fracos**, entre 5 e 6 **razoáveis** e superior ou igual a 7, **bons**.

Pelos resultados obtidos, apuramos pela Tabela 27 que, nas mulheres, prevalecem as que possuem conhecimentos razoáveis (39.2%) e, nos homens, os que possuem conhecimentos fracos (42.1%). Salienta-se que apenas 11.2% das mulheres e 10.5% dos homens são reveladores de bons conhecimentos acerca desta temática.

Tabela 27 - Prevalência dos indicadores de conhecimentos sobre antipiréticos

Conhecimentos	Sem conhec.		Fracos		Razoáveis		Bons	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino	17	13.6	45	36.0	49	39.2	14	11.2
Masculino	2	10.5	8	42.1	7	36.8	2	10.5

Opinião dos pais/acompanhantes sobre febre

Procuramos conhecer a opinião dos pais/acompanhantes da criança sobre o significado da febre. De acordo com as opções de resposta apresentadas, notamos pela Tabela 28 que as mulheres têm uma opinião mais correta sobre a febre que os homens porquanto (60.0%vs 36.8%) referiu que a febre era um processo de defesa do organismo e (44.0% vs 26.3%) um sinal de infeção. Já os homens pelo valor percentual apresentado (84.2% vs 72.8%) opinam que a febre é um sinal de alerta que indica que algo não está bem.

Tabela 28 – Opinião dos pais/cuidadores sobre o significado da febre e sexo

Opinião dos pais/cuidadores sobre o significado da febre	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)		
Um processo de defesa do organismo								
Sim	7	36.8	75	60.0	82	56.9		
Não	3	15.8	4	3.2	7	4.9		
Não sei	9	47.4	46	36.8	55	38.2		
Um sinal de alerta que indica que algo não está bem								
Sim	16	84.2	91	72.8	107	74.3		
Não	-	-	1	100.0	1	100.0		
Não sei	3	15.8	33	26.4	36	25.0		
Um sinal de infeção								
Sim	5	26.3	55	44.0	60	41.7		
Não	3	15.8	7	5.6	10	6.9		
Não sei	11	57.9	63	50.4	74	51.4		
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0		

Ainda em consonância com a questão anterior ao questionar-se se a febre alta poderia causar algum problema de saúde, os dados apurados revelam que quase a totalidade da amostra (94.4%) considera que sim, com percentuais similares em ambos os sexos (cf. Tabela 29)

Tabela 29 – Febre alta como causa de outros problemas de saúde e sexo

Febre alta como causa de outros problemas de saúde	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)		
Sim	18	94.7	118	94.4	136	94.4		
Não	-	-	2	100.0	2	100.0		
Não sei	1	5.3	5	4.0	6	4.2		
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0		

Ainda no seguimento da questão anterior e para os que responderam afirmativamente, solicitamos que nos informassem quais os problemas que consideram poder existir. Os resultados evidenciam que as convulsões (75.0%) é o problema que mais preocupa os participantes, seguindo-se por ordem decrescente os vômitos (58.1%), as doenças cerebrais (18.4%) e a morte (13.2%).

Numa análise por sexo, denota-se que os homens (77.8%) dão maior ênfase aos vômitos como problema e as mulheres (76.3%) às convulsões. (cf. Tabela 30).

Tabela 30 – Febre alta como causa de algum problema de saúde e sexo

Febre alta como causa de algum problema de saúde	Sexo		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (18)	% (13.2)	Nº (118)	% (86.8)	Nº (136)	% (100.0)
Vômitos						
Não	4	22.2	53	44.9	57	41.9
Sim	14	77.8	65	55.1	79	58.1
Convulsões						
Não	6	33.3	28	23.7	34	25.0
Sim	12	66.7	90	76.3	102	75.0
Doenças cerebrais						
Não	13	72.2	98	83.1	111	81.6
Sim	5	27.8	20	16.9	25	18.4
Morte						
Não	12	66.7	106	89.8	118	86.8
Sim	6	33.3	12	10.2	18	13.2
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Quando questionados sobre a necessidade da causa da febre ser identificada e tratada, a grande maioria (97.9%) é concordante com esta afirmação, constituindo-se esta opinião partilhada por 94.7% dos homens e 98.4% das mulheres. (cf. Tabela 31)

Tabela 31 – Identificação e tratamento da causa da febre

Identificação e tratamento da causa da febre	Sexo		Total			
	Masculino		Feminino		Total	
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Sim	18	94.7	123	98.4	141	97.9
Não	1	5.3	2	1.6	3	2.1
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Sinais e sintomas da febre

Explana-se, na Tabela 32, alguns sinais e sintomas associados à febre que preocupam os pais/acompanhantes da criança. Apuramos que para a totalidade dos inquiridos, a falta de apetite (66.0%), a falta de ar (61.8%) e o choro intenso (60.4%) são os sintomas que mais os inquietam, embora a prostração (58.3%) e as manchas no corpo (51.4%), tenham ainda alguma relevância. O que menos valorizam é a irritabilidade, que é um sinal de alerta para recorrer precocemente aos serviços de urgência.

Os homens preocupam-se sobretudo com a falta de apetite (78.9%) e com a prostração (57.9%) e as mulheres, para além da falta de apetite (64.0%), associam a falta de ar (63.2%) e o choro intenso (61.6%).

Tabela 32 – Sinais/sintomas de preocupação quando a criança tem febre

Sinais/sintomas de preocupação	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Falta de ar							
Sim		10	52.6	79	63.2	89	61.8
Não		3	15.8	5	4.0	8	5.6
Não sei		6	31.6	41	32.8	47	32.6
Manchas no corpo							
Sim		8	42.1	66	52.8	74	51.4
Não		3	15.8	5	4.0	8	5.6
Não sei		8	42.1	54	43.2	62	43.1
Irritabilidade							
Sim		5	26.3	53	42.4	58	40.3
Não		4	21.1	12	9.6	16	11.1
Não sei		10	52.6	60	48.0	70	48.6
Choro intenso							
Sim		10	52.6	17	61.6	87	60.4
Não		4	21.1	7	5.6	11	7.6
Não sei		5	26.3	41	32.8	46	31.9
Prostração							
Sim		11	57.9	73	58.4	84	58.3
Não		-	-	2	1.6	2	1.4
Não sei		8	42.1	50	40.0	58	40.3
Falta de apetite							
Sim		15	78.9	80	64.0	95	66.0
Não		1	5.3	8	6.4	9	6.3
Não sei		3	15.8	37	29.6	40	27.8
Total		19	100.0	125	100.0	144	100.0

Foi também nosso intuito averiguar os sintomas que mais preocupam e levam os participantes a recorrer ao Serviço de Urgência. Apuramos na Tabela 33, que os vômitos/desidratação (66.4%), o mau estado geral (64.6%) e a dificuldade respiratória (52.1%) configuram-se como os mais preocupantes. Curiosamente, o facto de a criança ter menos de 3 meses de idade (9.7%) e ter febre há mais de cinco dias (35.4%), motivos referenciados pela DGS para o recurso ao serviço de urgência, não são os sintomas mais preocupantes para os participantes. Analisando os resultados em função do sexo, apuramos que os pais recorrem ao serviço de urgência quando a criança revela sintomatologia relacionada com mau estado geral (73.7%), vômitos/desidratação (52.6%) e falta de apetite (42.1%), enquanto as mulheres recorrem ao serviço de urgência quando ocorrem vômitos/desidratação (66.4%), mau estado geral (63.2%) e dificuldade respiratória (54.4%).

Tabela 33 – Sintomas que levam a recorrer ao Serviço de Urgência

Sintomas que levam a recorrer ao Serviço de Urgência	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino					
	Nº (19)	% (13.2)	Nº (125)	% (86.8)	Nº (144)	% (100.0)
Mau estado geral						
Não	5	26.3	46	36.8	51	35.4
Sim	14	73.7	79	63.2	93	64.6
Prostração						
Não	12	63.2	69	55.2	81	56.3
Sim	7	36.8	56	44.8	63	43.8
Vômitos/desidratação						
Não	9	47.4	42	33.6	51	35.4
Sim	10	52.6	83	66.4	93	66.4
Manchas no corpo (petéquias)						
Não	16	84.2	79	63.2	95	66.0
Sim	3	15.8	46	36.8	49	34.0
Não brinca						
Não	15	78.9	107	85.6	122	84.7
Sim	4	21.1	18	14.4	22	15.3
Tem menos de 3 meses de idade						
Não	19	100.0	111	88.8	130	90.3
Sim	-	-	14	11.2	14	9.7
Dificuldade respiratória						
Não	12	63.2	57	45.6	69	47.9
Sim	7	36.8	68	54.4	75	52.1
Falta de apetite						
Não	11	57.9	78	62.4	89	61.8
Sim	8	42.1	47	37.6	55	38.2
Febre com mais de 5 dias						
Não	16	84.2	77	61.6	93	64.6
Sim	3	15.8	48	38.4	51	35.4
Total	19	100.0	125	100.0	144	100.0

Em síntese:

- a via/local que mais utilizada para avaliar a temperatura da criança com o termómetro é a via axilar (87.5%);

- a maioria dos participantes (52.1%) considera que a criança tem febre quando apresenta valores entre 37-37,5°C, enquanto 46.5% refere a temperatura superior ou igual a 38°C;

- uma grande parte dos homens (73.7%) e das mulheres (81.6%) diminuem a quantidade de roupa para baixar a febre na criança; o banho em água morna surge por parte de 42.1% dos homens e 58.4% das mulheres;

- o recurso à administração do antipirético, caso a temperatura seja superior aos 38°C, ocorre em 84.2% dos homens e 92.0% das mulheres;

- a maioria dos participantes (66.7%) admite que toma uma atitude quando a criança tem valor $\geq 38^\circ\text{C}$ de temperatura;

- uma grande parte da amostra (77.8%) admite administrar antipirético quando a criança tem temperatura igual ou superior a 38°C;

- o paracetamol (65.3%) surge como o antipirético mais utilizado para baixar a febre;

a associação do paracetamol e do ibuprofeno é utilizada por 27.1% dos inquiridos;

- mais de metade da amostra (61.8%) calcula a dose de antipirético a administrar à criança, através do peso;

- prevalecem os participantes (57.6%) que admitem alternar habitualmente os antipiréticos quando a criança tem febre;

- verificou-se que 42.1% dos homens possuem conhecimentos sobre os efeitos secundários da administração de doses elevadas de antipiréticos (a náuseas, vômitos e alergias), enquanto em 37.6% das mulheres prevalece a falta de conhecimento;

- a probabilidade de os participantes administrarem Paracetamol (Ben-U-ron), como o antipirético de escolha nos lactentes e nas crianças, é de 91%, revelador de conhecimento, 62% desconhece a dose correta a administrar;

- a maioria da amostra (67.0%) diz que o Ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao Paracetamol, todavia, 63.0% desconhecem a dose recomendada;

- quase a totalidade da amostra (90%) afirma que a dose do antipirético deve ser ajustada ao peso da criança;

- apuramos que 63% dos participantes não possuem conhecimento em relação à administração de aspirina (ácido Acetilsalicílico), como antipirético a menores de 12 anos;

- quanto à adoção de medidas físicas tendentes ao arrefecimento (alívio da roupa, banho), sempre associadas a terapêuticas farmacológicas, 51% dos participantes corroboram esta afirmação;

- nas mulheres, prevalecem as que possuem conhecimentos razoáveis (39.2%) sobre o uso de antipiréticos e, nos homens, os que possuem conhecimentos fracos (42.1%);

- as mulheres têm uma opinião mais correta sobre a febre do que os homens (60.0% vs. 36.8%), referindo que é um processo de defesa do organismo e (44.0% vs. 26.3%) um sinal de infeção; para os homens (84.2% vs. 72.8%), a febre é um sinal de alerta que indica que algo não está bem;

- quase a totalidade da amostra (94.4%) considera que a febre alta pode causar algum problema de saúde;

- as convulsões (75.0%) é o problema que mais preocupa os participantes, seguindo-se os vômitos (58.1%), as doenças cerebrais (18.4%) e a morte (13.2);

- os homens (77.8%) dão maior ênfase aos vômitos como problema e as mulheres

(76.3%) às convulsões;

- a grande maioria da amostra (97.9%) é concordante com a necessidade da causa da febre ser identificada e tratada;

- a falta de apetite (66.0%), a falta de ar (61.8%), o choro intenso (60.4%), a prostração (58.3%) e as manchas no corpo (51.4%) são os sintomas que mais inquietam os participantes;

- relativamente aos sintomas que mais preocupam e levam os participantes a recorrer ao Serviço de Urgência, os vômitos/desidratação (66.4%), o mau estado geral (64.6%) e a dificuldade respiratória (52.1%) configuram-se como os mais preocupantes.

2.1.3. Fontes de informação sobre a febre na criança

Quando questionados os pais/acompanhantes da criança ao Serviço de Urgência sobre a quem recorrem para obter informação sobre a febre, apuramos que a classe médica é a escolha principal (66.7%), seguida da própria experiência (47.2%) surgindo o recurso à classe de enfermagem (43.8%) como terceira opção. A opinião dos familiares ainda é valorizada consideravelmente (36.8%). (cf. Tabela 34)

Relativamente à fonte de informação provinda dos meios de comunicação social, os participantes não atribuem muita confiabilidade, verificando-se que apenas 20.8% dos inquiridos recorrem à televisão e internet e 18.1% a livros/revistas.

Tabela 34 – Fontes de informação sobre a febre e sexo

Fontes de informação sobre a febre	Sexo		Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(125)	(86.8)	(19)	(13.2)	(144)	(100.0)		
Amigos								
Não	102	81.6	14	73.7	116	80.6		
Sim	23	18.4	5	26.3	28	19.4		
Familiares								
Não	81	64.8	10	52.6	91	63.2		
Sim	44	35.2	9	47.4	53	36.8		
Médico								
Não	40	32.0	8	42.1	48	33.3		
Sim	85	68.0	11	57.9	96	66.7		
Enfermeiro								
Não	71	56.8	10	52.6	81	56.3		
Sim	54	43.2	9	47.4	63	43.8		
Farmacêutico								
Não	89	71.2	15	78.9	104	72.2		
Sim	36	28.8	4	21.1	40	27.8		
Livros/revistas								
Não	103	82.4	15	78.9	118	81.9		
Sim	22	17.6	4	21.1	26	18.1		
Televisão/Internet								
Não	88	78.4	16	84.2	114	79.2		
Sim	27	21.6	3	15.8	30	20.8		
Experiência própria								
Não	66	52.8	10	52.6	76	52.8		
Sim	59	47.2	9	47.4	68	47.2		
Outra								
Não	122	97.6	19	100.0	141	97.9		
Sim	3	2.4	-	-	3	2.1		
Total	125	100.0	19	100.0	144	100.0		

Em síntese:

- os médicos (66.7%), a experiência própria (47.2%), os enfermeiros (43.8%) e os familiares (36.8%) são as principais fonte de informação sobre a febre.

2.1.4. Destino da criança após ida ao Serviço de Urgência

Foi nosso intuito averiguar o destino da criança após observação no serviço e consequentemente determinar a necessidade de recorrer de forma tão célere aos cuidados médicos e de enfermagem, neste serviço.

Apuramos que 27.1% das crianças necessitaram de internamento para observação, e apenas 14,6% apresentava quadro clínico que justificasse a ida ao Serviço de Urgência diretamente. Afere-se ainda que do total da amostra 36,8% das crianças poderiam ter sido observadas no Centro de Saúde e 21,5% tiveram alta para o domicílio sem qualquer cuidado diferenciado, a que nos permite inferir que mais de metade da amostra recorreu precocemente a este serviço. (cf. Tabela 35)

Tabela 35 – Destino da criança após ter ido ao Serviço de Urgência

Destino da criança após ter ido ao Serviço de Urgência	Sexo	Total	
		Nº (144)	% (100.0)
Alta/domicílio		31	21.5
Internamento para observação		39	27.1
Serviço de Urgência		21	14.6
Centro de Saúde		53	36.8
Total		144	100.0

2.1.5. Diagnóstico da criança no Serviço de Urgência

Era ainda nosso objetivo identificar os principais diagnósticos das crianças que recorreram ao serviço de urgência devido à febre. Atendendo aos dados expostos na Tabela 36, podemos afirmar que sobressaem os casos em que somente foi diagnosticada febre (38.9%) – febre sem foco. Também as gastroenterites constituíram para 23,6% dos inquiridos, motivos de recorrência ao serviço, seguidas das infeções das vias aéreas superiores (11,8%). As infeções do trato urinário, infeções das vias aéreas inferiores, e outras patologias não especificadas apareceram de forma similar. Importante referir que um valor residual de 1,4% dos casos esteve relacionado com convulsão febril, revelador de preocupação exagerada por parte dos pais/cuidadores, já que este sintoma urge em um caso em cada cem casos.

Tabela 36 – Diagnóstico da criança

Diagnóstico da criança	Sexo	Total	
		Nº (144)	% (100.0)
Gastroenterite		34	23.6
Infeção vias aéreas inferiores		9	6.3
Infeção vias aéreas superiores		17	11.8
Febre		56	38.9
Convulsão febril		2	1.4
Infeção do trato urinário		10	6.9
Outras patologias		9	6.3
Doente crónico		7	4.9
Total		144	100.0

2.1.6. Diagnóstico vs. necessidade de urgência pediátrica

Após a indagação do diagnóstico da criança, consideramos ser uma mais-valia para o nosso estudo apurar a real necessidade dos pais/acompanhantes se dirigirem à urgência pediátrica como primeiro recurso para a prestação de cuidados. A casuística da Tabela 37 revelou que do total de casos de febre sem foco diagnosticadas 38.9% (motivo principal de ida à urgência), 58.5% poderia ter utilizado os cuidados de saúde primários como primeira escolha ao acolhimento da criança, e 45.2% tiveram alta para o domicílio. Apenas 12.8%

necessitaram de internamento para observação.

Relativamente às gastroenterites, (23.6%), segundo principal motivo de ida à urgência constatamos que 41% dos casos necessitaram de internamento, o que corrobora a necessidade de ida à urgência. Contudo, registaram-se 25.8% de gastroenterites que tiveram alta de imediato.

Salienta-se ainda que todas as infeções do trato urinário (6.9%) têm justificação para irem à urgência, para que possam confirmar esta patologia com exames complementares de diagnóstico, havendo 5.1% de casos em que houve necessidade de internamento. Também os doentes crónicos têm acesso direto, dada a especificidade do serviço em questão.

Tabela 37 – Destino da criança após recorrer ao Serviço de Urgência

Destino da criança	Alta/domicílio		Internamento para observação		Serviço de Urgência		Centro de Saúde		Total	
	Nº (31)	% (21.5)	Nº (39)	% (27.1)	Nº (21)	% (14.6)	Nº (53)	% (36.8)	Nº (144)	% (100.0)
Gastroenterite	8	25.8	16	41.0	-	-	10	18.9	34	23.6
Infeção vias aéreas inferiores	5	16.1	1	2.6	2	9.5	1	1.9	9	6.3
Infeção vias aéreas superiores	4	12.9	3	7.7	2	9.5	8	15.1	17	11.8
Febre	14	45.2	5	12.8	6	28.6	31	58.5	56	38.9
Convulsão febril	-	-	2	5.1	-	-	-	-	2	1.4
Infeção do trato urinário	-	-	2	5.1	8	38.1	-	-	10	6.9
Outras patologias	-	-	6	15.4	1	4.8	2	3.8	9	6.3
Doente crónico	-	-	4	10.3	2	9.5	1	1.9	7	4.9
Total	31	100.0	39	100.0	21	100.0	53	100.0	144	100.0

Em síntese:

- quanto ao destino da criança após a ida ao Serviço de Urgência, 27.1% necessitaram de internamento para observação, 14,6% apresentavam quadro clínico que justificasse a ida ao serviço de urgência diretamente, 36,8% poderiam ter sido observada no centro de saúde, 21,5% tiveram alta para o domicílio sem qualquer cuidado diferenciado;

- existência de febre sem foco foi o principal motivo em 38.9% dos casos que recorreram ao Serviço de Urgência, seguindo-se as gastroenterites (23,6%) e as infeções das vias aéreas superiores (11,8%);

- do total de casos de febre sem foco diagnosticada, em 58.5% dos casos poder-se-ia ter utilizado os cuidados de saúde primários, como primeira escolha ao acolhimento da criança, e 45.2% tiveram alta para o domicílio;

- dos casos com gastroenterites, 41% necessitaram de internamento, corroborando a necessidade de ida à urgência;

- todas as infeções do trato urinário (6.9%) têm justificação para recorrer à urgência.

2.1.7. Conhecimentos e atitudes

De acordo com o explanado no capítulo da metodologia, foi determinado um score global que nos permite determinar o nível de conhecimentos e atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre. Os índices apresentados encontram-se reportados em percentagens, possibilitando uma visão mais abrangente do problema em estudo, utilizando a mesma escala de medida.

No que se refere aos conhecimentos, as estatísticas da Tabela 38 indicam um índice mínimo de 27.5% e o máximo de 97.5% correspondendo uma média de 66.19% (± 11.85 dp). Analisando os resultados em função do sexo, os valores oscilam para o sexo masculino entre 43.75% e 75.0% e no feminino denota-se uma maior amplitude com valores entre 27.5% e 97.5%. Em média, as mulheres possuem mais conhecimentos (66.6% \pm 11.84 dp) que os homens (63.15% \pm 11.78 dp). Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas gaussianas e teste de Kolmogorov Smirnov revela que a variável possui uma distribuição normal.

Tabela 38 – Estatísticas relativas aos conhecimentos

	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Feminino	125	27.50	97.50	66.66	11.84	17.77	-2.63	3.01	0.075
Masculino	19	43.75	75.00	63.15	11.78	18.65	-0.11	-1.40	0.215
Total	144	27.50	97.50	66.19	11.85	17.91	-3.00	3.10	0.093

Tendo por base os índices médios e o desvio padrão, estabelecemos grupos extremos de corte que permitiram classificar os inquiridos em três grupos de acordo com fórmula média \pm 0.25 dp). Assim, foi possível determinar os que não possuíam conhecimentos, com conhecimentos intermédios e com bons conhecimentos.

Dos resultados apresentados na Tabela 39, observamos que dos participantes que não possuem conhecimentos, 87.8% são mulheres. Também os percentuais dos que possuem conhecimentos intermédios (72.2%) e bons (89.4%) recaem no sexo feminino. Quanto aos homens, a maior percentagem (27.8%) é observada nos que possuem conhecimentos intermédios.

Tabela 39 - Classificação conhecimentos em função do sexo

Sexo	Classificação	Sem conhecimentos		Conhecimentos intermédios		Conhecimentos bons		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino		36	87.8	13	72.2	76	89.4	125	86.8
Masculino		5	12.2	5	27.8	9	10.6	19	13.2
Total		41	100.0	18	100.0	85	100.0	144	100.0

Quanto às atitudes, as estatísticas indicam para a globalidade da amostra um índice médio de 60.19% ($\pm 12.47dp$) com uma amplitude situada entre os 18.75% e 87.50%. Também aqui se denota que as mulheres têm uma melhor atitude perante a febre (média=60.65% $\pm 12.67dp$) que os homens (média= 57.23% $\pm 10.87 dp$). Os coeficientes de variação revelam dispersões moderadas em torno do valor médio e os valores de assimetria e curtose curvas normais, o que é comprovado pelo teste de aderência à normalidade de Kolmogorov Smirnov que não apresenta significância estatística. (cf. Tabela 40)

Tabela 40 - Estatísticas relativas ao total das atitudes em função do género

Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS (p)
Total das atitudes	144	18.75	87.50	60.19	12.47	20.72	-1.66	0.34	0.177
Feminino	125	18.75	87.50	60.65	12.67	20.89	-0.75	0.28	0.179
Masculino	19	43.75	75.00	57.23	10.87	19.00	-0.11	-1.40	0.208

De igual modo, estabeleceram-se grupos extremos de corte que designamos de desadequadas, intermédia e adequada, cujos resultados se apresentam na Tabela 41. Apuramos que as atitudes desadequadas ponderam no sexo feminino (79.3%), mas de entre as classificadas com atitudes adequadas mais de 90.0% são também mulheres. Nos homens, o maior percentual é observado nos que possuem atitudes desadequadas.

Tabela 41 - Classificação das atitudes em função do sexo

Sexo	Classificação	Desadequadas		Intermédias		Adequadas		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino		23	79.3	47	87.0	55	90.2	125	86.8
Masculino		6	20.7	7	13.0	6	9.8	19	13.2
Total		29	100.0	54	100.0	61	100.0	144	100.0

Em síntese:

- uma maioria de mulheres (72.2%) tem conhecimentos intermédios sobre a febre, 89.4% têm conhecimentos bons, 27.8% dos homens possuem conhecimentos intermédios;
- as mulheres têm uma melhor atitude perante a febre (média=60.65% $\pm 12.67dp$) que os homens (média= 57.23% $\pm 10.87 dp$);
- as atitudes desadequadas sobressaem na mulheres (79.3%), todavia, das classifi-

cadadas com atitudes adequadas, 90.0% são também mulheres.

2.2. Análise inferencial

Após a caracterização da amostra face às diversas variáveis em estudo, neste sub-capítulo, procederemos à análise inferencial, com a finalidade de darmos resposta às questões de investigação formuladas.

2.2.1. Relação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

A primeira questão e segunda questão procuravam saber que variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, grau de parentesco com a criança) e determinar a influência da existência de mais filhos, e número de filhos, nos conhecimentos e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento e as atitudes perante a criança com febre

No que se refere ao sexo, os resultados mostram-nos que as mulheres possuem mais conhecimentos perante a criança com febre (OM=73.91) do que os homens (OM=63.24), mas sem relevância estatística ($p=0.297$). Quanto às atitudes perante a criança com febre, constatamos que continuam a ser as mulheres a revelar atitudes mais adequadas (OM=74.04), comparativamente aos homens (OM=62.37), mas as diferenças também não são significativas ($p=0.241$) (cf. Tabela 42).

Tabela 42 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e sexo

Variáveis	OM	UMW	p
Conhecimentos			
Feminino	73.91	1011.500	0.297
Masculino	63.24		
Atitudes			
Feminino	74.04	995.000	0.241
Masculino	62.37		

Quanto à idade, pelo Kruskal-Wallis, verificamos que os pais/acompanhantes da criança com idade compreendida entre os 31-37 anos (OM=74.62) e os de idade igual ou superior aos 38 anos (OM=73.47) são os que revelam melhores conhecimentos perante o seu filho com febre. Em relação às atitudes, apuramos que são os participantes mais novos que apresentam atitudes mais adequadas (OM=76.30), seguindo-se os participantes mais velhos. Para ambas as variáveis em estudo, as diferenças entre grupos etários não são estatisticamente significativas. (cf. Tabela 43)

Tabela 43 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e idade

Variáveis	OM	X ²	p
Conhecimentos			
<= 30 anos	69.68	0.424	0.809
31 - 37 anos	74.62		
>= 38 anos	73.47		
Atitudes			
<= 30 anos	76.30	1.336	0.513
31 - 37 anos	67.94		
>= 38 anos	74.72		

Analisando os resultados em função do estado civil, observamos que os participantes que vivem com companheiro possuem mais conhecimentos e melhores atitudes face à criança com febre, não sendo porém significativa a diferença (cf. Tabela 44).

Tabela 44 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e o estado civil

Variáveis	OM	UMW	p
Conhecimentos			
Sem companheiro	57.13	895.500	0.084
Com companheiro	74.84		
Atitudes			
Sem companheiro	71.13	1161.500	0.874
Com companheiro	72.71		

Reportando-nos agora à relação entre a zona de residência e os conhecimentos e as atitudes, os resultados da Tabela 45 indicam-nos que os residentes da zona urbana possuem mais conhecimento sobre a febre, mas revelam piores atitudes que o congéneres da zona rural, mas sem significância estatística.

Tabela 45 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e a zona de residência

Variáveis	Média	dp	t	p
Conhecimentos				
Rural	64.89	13.481	-1.356	0.177
Urbano	67.57	9.770		
Atitudes				
Rural	60.21	12.861	0.020	0.984
Urbano	60.17	12.140		

Por outro lado, e tendo em consideração as habilitações literárias, a análise de variância a um fator indica que os pais/acompanhantes com o ensino superior possuem mais conhecimento sobre a febre, enquanto os que possuem até ao 3º ciclo são os que revelam menos conhecimentos. As diferenças são estatisticamente significativas ($p=0.002$) que se localizam, de acordo com o teste *Post Hoc Tukey*, entre os participantes com habilitações literárias até ao 3º ciclo e os que possuem o ensino superior. Quanto às atitudes, não encontramos significância estatística, mas é notório, pelas ordenações médias, uma melhor atitude por parte dos participantes que possuem o ensino superior. (cf. Tabela 46)

Tabela 46 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e as habilitações literárias

Variáveis	Média	dp	f	p
Conhecimentos				
Até ao 3º ciclo	60.87	11.316	6.296	0.002
Ensino secundário	67.11	9.759		
Ensino superior	68.92	12.405		
Atitudes				
Até ao 3º ciclo	60.31	12.302	0.451	0.638
Ensino secundário	58.65	14.735		
Ensino superior	61.05	11.145		

Ao analisarmos os resultados apresentados na Tabela 47, observamos que são as mães que apresentam mais conhecimentos e atitudes mais adequadas perante o seu filho com febre, seguindo-se-lhes os pais com uma ordenação média de 69.73 no conhecimento e 66.10 nas atitudes, mas sem significado estatístico em ambas as situações, o que infirma sobre a relação e dependência entre as variáveis.

Tabela 47 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e grau de parentesco com a criança

Variáveis	OM	X ²	p
Conhecimentos			
Pai	69.73	1.901	0.387
Mãe	73.91		
Outro	50.42		
Atitudes			
Pai	66.10	3.242	0.198
Mãe	74.57		
Outro	46.17		

Em síntese:

- as mulheres possuem conhecimentos e atitudes mais adequadas perante a criança com febre do que os homens;
- os pais/acompanhantes na faixa etária entre os 31-37 anos e com idade igual ou superior aos 38 anos revelam melhores conhecimentos perante a febre;
- os participantes mais novos e os mais velhos apresentam atitudes mais adequadas perante a febre;
- os pais/acompanhantes que vivem com companheiro possuem mais conhecimentos e melhores atitudes face à criança com febre;
- os residentes em zona urbana possuem mais conhecimento sobre a febre, mas revelam piores atitudes do que os residentes em zona rural;
- os pais/acompanhantes com o ensino superior possuem mais conhecimento sobre a febre, e os que possuem até ao 3º ciclo revelam menos conhecimentos;
- melhor atitude por parte dos participantes que possuem o ensino superior;
- as mães têm mais conhecimentos e atitudes mais adequadas perante o seu filho com febre.

2.2.2. Relação entre o número de filhos e da idade da criança no conhecimento e nas atitudes e dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

A segunda questão tinha em vista estudar a relação entre o número de filhos e da idade da criança no conhecimento e nas atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.

Relação entre a existência de mais filhos e número de filhos no conhecimento e nas atitudes perante a criança com febre

Quanto ao número de filhos constatamos que são os participantes com mais filhos que revelam mais conhecimento (média=67.79) e melhores atitudes (média=61.27), em relação aos que não possuem filhos mas não se evidenciam significâncias estatísticas. (cf. Tabela 48)

Tabela 48 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e possuir mais filhos

Variáveis	Média	dp	t	p
Conhecimentos				
Não	65.32	11.108	-1.198	0.233
Sim	67.79	13.082		
Atitudes				
Não	59.61	12.820	-.765	0.446
Sim	61.27	11.859		

Contudo, entre os pais/acompanhantes que afirmaram possuir mais filhos, apuramos que os que têm mais 1 filho revelam mais conhecimento sobre a febre na criança, (OM=27.34), secundados pelos que possuem mais 2 filhos (OM=26.00). Ao invés do que seria expectável, os pais/acompanhantes das crianças com três ou mais filhos são os que evidenciam menos conhecimentos.

No referente às atitudes mais adequadas, os resultados indicam-nos que são os participantes com 2 filhos a revelarem melhores atitudes (OM=31.70), mas continuamos a verificar que os pais/acompanhantes com três ou mais filhos são os que revelam piores atitudes. Em ambas as situações, não foi encontrado significado estatístico. (cf. Tabela 49)

Tabela 49 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e número de filhos

Variáveis	OM	X ²	p
Conhecimentos			
1 filho	27.34	5.356	0.069
2 filhos	26.00		
>= 3 filhos	6.83		
Atitudes			
1 filho	25.74	1.289	0.525
2 filhos	31.70		
>= 3 filhos	20.17		

Relação entre a idade da criança o conhecimento e as atitudes dos pais

Estudamos a relação entre a idade da criança e o conhecimento e atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre, cujos resultados expostos na Tabela 50 indicam que os pais/ acompanhantes de crianças com idades intermédias (25-72 meses) possuem mais conhecimentos e melhores atitudes, sendo que os pais/acompanhantes de crianças com mais idade revelam menos conhecimentos e piores atitudes, mas as diferenças entre os grupos não são significativas.

Tabela 50 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e a idade da criança

Variáveis	OM	X ²	p
Conhecimentos			
<= 24 meses	71.83	0.224	0.894
25-72 meses	74.90		
>= 73 meses	70.13		
Atitudes			
<= 24 meses	73.86	1.432	0.489
25-72 meses	74.49		
>= 73 meses	62.18		

Em síntese:

- os participantes com mais filhos revelam mais conhecimento e melhores atitudes perante a febre;
- os pais/acompanhantes com mais filhos mostram mais conhecimento sobre a febre na criança, os participantes com 2 filhos a revelarem melhores atitudes;
- os sujeitos da amostra com crianças com idades intermédias possuem mais conhecimentos e melhores atitudes perante a febre.

2.2.3. Relação entre as fontes de informação o conhecimento e as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

A terceira questão de investigação consistia em identificar as fontes de informação que influenciam o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência.

Analisados os resultados da Tabela 51, aferimos que os participantes que procuram como fonte de informação um profissional de saúde são os que possuem mais conhecimento e atitudes mais adequadas, seguindo-se-lhes, em termos de ordenação média, os que têm como fonte de informação as redes de comunicação e a experiência própria. Apenas nas atitudes são encontradas significâncias estatísticas.

Tabela 51 – Relação entre os conhecimentos e atitudes e as fontes de informação

Variáveis	OM	X ²	p
Conhecimentos			
Profissional de saúde	75.83	2.712	0.438
Amigos e familiares	60.71		
Redes comunicação e experiência própria	71.38		
Ninguém	58.70		
Atitudes			
Profissional de saúde	77.26	8.587	0.035
Amigos e familiares	50.82		
Redes comunicação e experiência própria	75.50		
Ninguém	49.20		

Em síntese:

- os participantes que procuram como fonte de informação um profissional de saúde possuem mais conhecimento e atitudes mais adequadas perante a criança com febre.

2.2.4. Regressão linear múltipla entre o conhecimento e atitudes e as variáveis sociodemográficas e idade da criança

Como complemento ao estudo inferencial realizado, procedemos à realização de regressões lineares múltiplas univariadas, usando como modelo de análise o método “enter” dado que é o método mais adequado para estudar a relação entre variáveis quando possuímos uma variável dependente e duas ou mais variáveis independentes. Como variável latente (dependentes) consideramos os conhecimentos e as atitudes perante a criança com febre e como variáveis manifestas (independentes) a idade dos pais/acompanhantes da criança, o sexo transformada em variável muda (*dummy*-variável) e a idade da criança.

Em relação aos conhecimentos, na Tabela 52 são apresentados os valores correlacionais obtidos. Denota-se que os valores de *r* são ínfimos e não significativos oscilando entre ($r=0.004$) na idade da criança e ($r=-0.095$) em relação ao sexo sendo que esta variável estabelece uma relação inversa.

Tabela 52 - Correlação de Pearson entre o conhecimento perante a criança com febre e variáveis independentes

Variáveis	Total do conhecimento	
	r	p
Idade	0.079	0.174
Sexo <i>dummy</i>	-0.095	0.131
Idade da criança	0.004	0.481

Na Tabela 53 apresenta-se o modelo final. Como se denota nenhuma das variáveis em estudo se configurou como variável preditora uma vez que os valores de t não são estatisticamente significativos. Estas variáveis explicam no modelo apenas 0.4% da variabilidade. Pelos coeficientes beta, observa-se que o sexo feminino e a idade dos progenitores estabelecem relação inversa e a idade uma relação direta, o que nos permite afirmar que as mães/acompanhantes femininos e pais/acompanhantes com mais idade e com filhos mais jovens possuem melhores conhecimentos.

Tabela 53 – Regressão múltipla entre o conhecimento perante a criança com febre e variáveis independentes

Variável dependente: Total do conhecimento perante a criança com febre (global)					
R = 0.133					
R ² = 0.018					
R ² Ajustado = -0.004					
Erro padrão da estimativa = 11.781					
Incremento de R ² = 0.018					
F = 0.828					
P = 0.480					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coefficiente b	Coefficiente beta	t	p	
Constante					
Idade	60.244	-	10.457	0.000	
Sexo <i>dummy</i>	0.202	0.100	- 1.105	0.271	
Idade da criança	-3.588	-0.104	-1.229	0.221	
	-0.118	-0.033	-0.368	0.714	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	344.894	3	114.965	0.828	0.480
Residual	19154.578	138	138.801		
Total	19499.472	141			

Quanto às atitudes, os valores correlacionais obtidos também se revelam ínfimos e não significativos situados entre ($r=0.003$) na idade dos pais/acompanhantes e ($r=-0.100$) na variável muda sexo que estabelece uma relação inversa (cf. Tabela 54).

Tabela 54 - Correlação de Pearson entre as atitudes perante a criança com febre e variáveis independentes

Variáveis	Total das atitudes	
	r	p
Idade	0.003	0.485
Sexo <i>dummy</i>	-0.100	0.118
Idade da criança	0.056	0.255

Por sua vez, o modelo final ajustado revela-nos que nenhuma das variáveis é preditora uma vez que os valores de t não são estatisticamente significativos. O valor explicativo destas variáveis é de 0.7% e pelos coeficientes beta observa-se que o sexo feminino e a idade da criança estabelecem relação inversa e a idade dos pais/acompanhantes da criança uma relação direta. Afere-se, assim, que as mães/acompanhantes femininas e pais/acompanhantes com mais idade e com filhos mais jovens possuem atitudes mais adequadas perante a criança com febre (cf. Tabela 55).

Tabela 55 – Regressão múltipla entre as atitudes perante a criança com febre e variáveis independentes

Variável dependente: Total das atitudes perante a criança com febre (global)					
R = 0.121					
R ² = 0.015					
R ² Ajustado = -0.007					
Erro padrão da estimativa = 12.450					
Incremento de R ² = 0.015					
F = 0.681					
P = 0.565					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes	Coeficiente b	Coeficiente beta	t	p	
Constante	59.201	-			
Idade	0.079	0.037	0.408	0.684	
Sexo <i>dummy</i>	-3.811	-0.105	-1.235	0.219	
Idade da criança	-0.267	-0.071	-0.786	0.433	
Análise de variância					
Efeito	Soma Quadrados	GL	Média quadrados	F	P
Regressão	316.558	3	105.519	0.681	0.565
Residual	21393.390	138	155.025		
Total	21709.947	141			

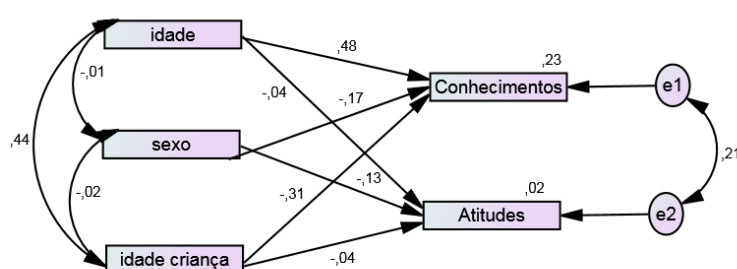
Efetou-se uma regressão linear múltipla multivariada com base nas duas variáveis latentes e as variáveis manifestas acima discriminadas. Verificamos que a idade da criança e o sexo apresentam significância estatística para os conhecimentos e o sexo para as atitudes, conforme resultados da Tabela 56.

Tabela 56 – Estimativas e rácios críticos das trajetórias entre variáveis latentes e variáveis manifestas

Trajétórias	Estimativas	S.E.	C.R.	P
Conhecimentos ←--- idade	1,000			
Conhecimentos ←--- sexo	-7,152	1,997	-3,581	***
Conhecimentos ←--- Idade criança	-,101	,015	-6,685	***
Atitudes ←--- id	-,064	,110	-,587	,557
Atitudes ←--- sexo	-4,684	1,856	-2,523	,012
Atitudes ←--- Idade criança	-,011	,016	-,710	,478

A figura 3 apresenta o output gráfico do modelo com os coeficientes estandardizados. O coeficiente de regressão da trajetória entre a idade e os conhecimentos revela um coeficiente ($\beta=0.48$), do sexo um coeficiente de ($\beta = -0.17$) e da idade da criança um coeficiente de ($\beta = -0.31$). Para as atitudes os coeficientes beta são para as mesmas variáveis de -0.04, -0.13 e -0.04, respetivamente. O modelo explica cerca de 23.0% da variabilidade do conhecimento e 2,0% das atitudes.

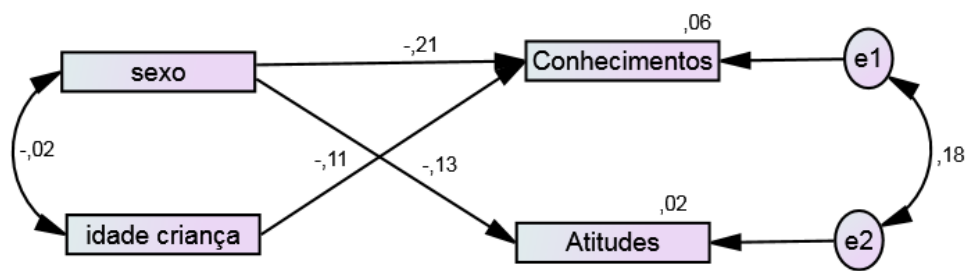
Figura 3 – Gráfico do modelo para os conhecimentos e atitudes



Procedemos ao refinamento do modelo (cf. Figura 4), consignando apenas as variáveis que se mostraram predictoras. Pelos coeficientes beta, verifica-se que o sexo e a idade da criança predizem os conhecimentos sobre febre na criança variando em sentido inverso e explicando as duas variáveis somente 6%, o que nos permite afirmar, como já referimos, que as mulheres e os pais com crianças de menor idade possuem mais conhecimentos.

Por sua vez, o sexo prediz as atitudes, apresentando um coeficiente ($\beta = -0.13$) revelador que as mulheres têm atitudes mais adequadas, sendo que esta variável tem uma percentagem de variância explicada ínfima. Entre os erros dos conhecimentos e das atitudes, o valor correlacional é positivo ($r= 0.18$).

Figura 4 - Output gráfico dos conhecimentos e atitudes

**Em síntese:**

- inicialmente nenhuma das variáveis (idade, sexo *dummy* e idade da criança) se revelava preditora dos conhecimentos e atitudes perante a criança com febre, mas analisadas numa regressão múltipla multivariada, verificamos que a idade da criança e o sexo são preditoras do conhecimento, e o sexo é preditor das atitudes.

- as mulheres e os homens com mais idade e com filhos mais jovens possuem melhores conhecimentos.

- as mulheres têm atitudes mais adequadas perante a criança com febre.

3. Discussão

A este capítulo está reservada a discussão dos resultados obtidos que mais se evidenciaram, tentando fazer uma comparação com o quadro concetual inicialmente apresentado que serviu de base a esta investigação.

3.1. Discussão Metodológica

Nesta fase, crê-se ser importante fazer uma reflexão sobre as vantagens e limitações inerentes a este tipo de estudo.

Inicialmente cabe dizer a dificuldade encontrada em elaborar um instrumento que desse resposta e fosse coerente com a temática. Apesar da existência de muitos estudos não foi possível encontrar um questionário já previamente elaborado e validado para a população. Desta forma baseou-se apenas na bibliografia consultada para este âmbito, o que, pela inexperiência, se traduziu num questionário demasiado extenso e de difícil tratamento estatístico. Ainda neste âmbito, o instrumento revelou-se inapropriado para aplicar em contexto de serviço de Urgência Pediátrica, quer pela afluência de crianças que, em muitos dias, era elevada, quer pela limitada disponibilidade dos pais/cuidadores que, preocupados com os seus filhos, não direccionaram toda a atenção que o questionário merecia. Num ambiente turbulento e confuso, muitas vezes sobrepovoado, foi difícil quer à investigadora, quer aos colegas de trabalho, distribuir e pedir colaboração aos pais/cuidadores para a participação neste estudo. Assim, tem-se consciência que haveria muitos mais episódios de urgência com contexto de febre do que os que na verdade foram analisados, sendo a amostra menos alargada do que o que seria de esperar e, conseqüentemente, menor a consistência dos resultados.

Outra das limitações associada ao estudo prende-se com o facto de a informação ter sido obtida através do preenchimento do questionário por parte dos pais/cuidadores, o que pode de alguma forma enviesar as informações, já que estas podem não corresponder à prática quotidiana.

Apesar de algumas limitações parece pertinente este estudo como mais-valia para a investigação em enfermagem. Os resultados obtidos podem constituir uma base de trabalho para futuras investigações e desenvolvimento da temática, bem como dar um contributo para a interpretação da conjectura das urgências pediátricas neste país.

3.2. Discussão dos Resultados

O conhecimento e as atitudes dos pais perante a febre na criança em contexto de Serviço de Urgência constituem-se como principais variáveis em estudo. Como tal, optámos por anteriormente, proceder ao seu enquadramento, como forma de melhor compreendermos e discutirmos a sua variação quanto às variáveis independentes e ao instrumento de recolha de dados.

A realização de investigações sobre conhecimento e as atitudes dos pais perante a febre na criança é relevante, principalmente porque as evidências empíricas, realizados no âmbito em Portugal, têm demonstrado que há uma elevada proporção de situações não urgentes ou que constituem urgências extra-hospitalares. Foi considerada procura inadequada de cuidados de saúde em significativos casos que recorreram a serviços de Urgência Pediátrica, cujo motivo principal de procura foi a febre, sem que se apresentasse como uma situação urgente.

Expostas estas considerações, tidas como pertinentes, passamos de seguida, a discutir os resultados obtidos nas análises estatísticas realizadas, em corte transversal.

Ao estudarem o conhecimento e as atitudes dos pais perante a febre na criança Rocha et al. (2009) e Rodrigues (2012) observaram que a maioria dos acompanhantes da criança era do sexo feminino (mães), com idades compreendidas entre os 17 e os 53 anos, prevalecendo os casados, com apenas um filho, com um baixo índice de escolaridade. No presente estudo, também encontramos resultados semelhantes, na medida em que dos 144 participantes, há uma prevalência de mulheres, com uma representatividade de 86.8% da totalidade da amostra, na faixa etária dos 19 aos 59 anos, das quais 88.8% coabitam maritalmente, possuindo, na sua maioria, apenas um filho. Todavia, no que se refere à escolaridade, constatou-se que, na amostra em estudo, há um predomínio de participantes com o ensino superior, correspondendo 36.8% aos homens e 46.4% às mulheres, ainda que tenhamos apurado um significativo percentual de homens e de mulheres que possuem até ao 3º ciclo do ensino básico (36.8% vs 26.4%), indicando também um índice baixo de escolaridade, característica sobreponível às características da amostra representada nos estudos de Pestana (2003) e de Walsh e Edwards (2006).

Outro resultado análogo ao de Rodrigues (2012) refere-se ao grau de parentesco com a criança, pois verificámos que cerca de 9 em cada 10 das crianças eram acompanhadas pela mãe. Relativamente a estas características da amostra, tal como nos estudos nacionais e internacionais consultados, a grande maioria dos acompanhantes das crianças são mães. A média

de idades é semelhante já que no presente estudo é de 32.6 anos e nos estudos consultados é de 31.9 anos.

3.2.1. Conhecimento e atitudes perante a criança com febre

À semelhança do estudo de Machado (2009), Rati, Goulart, Alvim e Mota (2013) e de Rodrigues (2012), também apurámos que as crianças atendidas no Serviço de Urgência, oscila entre os 0 meses e os 192 meses, sendo a média de 39.6 meses. Rati, Goulart, Alvim e Mota (2013) observaram, no seu estudo, que a maioria das mães inquiridas admitiu que a criança não possuía patologia associada à febre, o que é corroborado no presente estudo, atendendo-se que constatámos que a maioria (90.3%) dos participantes também confirmou a inexistência de qualquer patologia associada. De igual modo, Casanova, Reis e Prata (2014) realizaram um estudo com pais de crianças com febre, tendo observado que as mesmas tinham idades inferiores aos 6 anos.

Os pais da nossa amostra usam, maioritariamente, o toque com a mão, em associação com o uso do termómetro, para confirmar a presença de febre no filho. Embora o uso do termómetro, sem estar associado ao toque, para fazer essa avaliação, tenha uma frequência significativa, constatamos que é evidente que estes pais/acompanhantes continuam a valorizar o toque na pele como indicador de febre, por mais de metade dos respondentes. Os dados obtidos vão ao encontro dos estudos de Pestana (2003), Rodrigues et al. (2010) e de Rocha et al. (2009), que também evidenciaram a importância que os pais atribuem a esta avaliação subjetiva da febre, nomeadamente, a considerarem o toque da pele com a mão, como o local de eleição para detetar a presença de febre na criança. Esta avaliação subjetiva do aumento da temperatura corporal, por parte dos pais/acompanhantes deve ser valorizada pelos profissionais de saúde, continuando a ser um meio válido para os pais detetarem a presença de febre no seu filho (Al-Nouri & Basheer, 2006).

Ainda neste âmbito, verificámos que a grande maioria dos participantes confirmam a febre usando o termómetro digital, colocando-o na axila. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Al-Nouri e Basheer (2006) e Walsh e Edwards (2006), na medida em que também verificaram que a maioria dos pais mede a febre através da palpação do corpo e recorrem ao termómetro digital, cuja confirmação é feita com o recurso ao termómetro, o que está em conformidade com os resultados de vários estudos consultados (Pestana, 2003; Rodrigues, et al., 2010; Crocetti, et al., 2011; Al-Nouri e Basheer, 2006; Casanova, Reis e Prata, 2014). Importa ressaltarmos que, globalmente, os pais/acompanhantes que participaram no nosso estudo, utilizam instrumentos de avaliação da temperatura corporal adequados, apesar de ter-

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência mos verificado que ainda há pais a utilizar termómetros de mercúrio, facto contraproducente face à comprovada toxicidade deste metal e da consequente proibição do seu uso nas unidades de saúde. Todavia, o número de participantes que referiram utilizar este tipo de termómetro seja francamente inferior ao observado por Pestana (2003) no seu estudo, o que se poderá explicar pelo facto do referido estudo ter já quase mais de uma década e, por conseguinte, nessa altura, ser ainda pouco conhecido da população em geral, os perigos do seu uso.

Tendo-se em consideração os conhecimentos dos participantes sobre os valores de febre, a maioria referiu valores entre 37-37,5°C, como valores de referência a partir dos quais consideravam que a criança estava com febre, do que podemos inferir que continuam a considerar valores relativamente baixos de temperatura corporal como febre. Estes resultados estão de acordo com a maioria dos estudos consultados (Pestana, 2003; Rocha et al., 2009; Rodrigues et al., 2010). Podemos ainda referir que, na amostra em estudo, houve participantes a considerar febre a partir $\geq 38^\circ\text{C}$, sendo estes resultados semelhantes aos do estudo de Walsh e Edwards (2006), cuja medida em que o intervalo das temperaturas consideradas como febre era 38,2°C e 38,4°C.

Constatámos que, no total da nossa amostra, houve um predomínio de pais a optar pela administração do antipirético caso a temperatura seja superior aos 38°C, o que corrobora os dados apurados por Casanova (2012) e por Walsh e Edwards (2006), cujo valor de temperatura corporal a partir do qual os pais recorrem à administração de antipirético é análogo, o que é usualmente aceite como temperatura de referência para o recurso ao tratamento com antipiréticos, embora não seja consensual tal atitude (Rodrigues, et al., 2010).

Ainda no que se refere à atitude tomada para diminuir a febre, definido como o procedimento realizado pelos pais/acompanhantes deste estudo, após avaliada a temperatura no local habitualmente usado, perante o valor que consideram febre, verificámos que um número significativo, quer de homens, quer de mulheres, referiram que diminuem a quantidade de roupa, sendo menos expressivo o percentual dos que afirmaram dar banho em água morna. Também observámos que uma grande parte dos homens e das mulheres admitiram hidratar a criança oferecendo-lhe líquidos a gosto com frequência. Estes resultados corroboram os estudos de Pestana (2003), Rodrigues et al. (2010), Rocha et al. (2009) e de Walsh e Edwards (2006), que concluíram que os pais, embora usem, maioritariamente, medidas farmacológicas para resolução das situações febris, a maioria associava também medidas de arrefecimento físico. A diferença mais relevante entre o nosso estudo e o de Rodrigues et al. (2010), foi o facto de nesse, 20,7% dos pais, ainda recorrerem ao banho de água fria, ou à colocação de álcool na pele. Na investigação de Pestana (2003), todos os participantes negaram utilizar estes dois tipos de arrefecimento físico.

No que se refere ao antipirético que mais utilizam para baixar a febre, surgiu o paracetamol (65.3%) com mais frequência, utilizando mais este tipo de medicação os homens (73.7%), do que as mulheres (64.0%). A associação do paracetamol e do ibuprofeno é utilizada por 27.1% dos inquiridos e, neste caso particular, com maior prevalência (28.8%) entre as mulheres. O ibuprofeno é utilizado de forma isolada apenas por 4.9% dos participantes o que é revelador de conhecimentos sobre o tipo de medicação como primeira escolha na diminuição da febre. Estes resultados corroboram a Direção-Geral da Saúde (2004) que afirma que o paracetamol e o ibuprofeno são as drogas antipiréticas mais utilizadas na prática clínica portuguesa e também as mais recomendadas para uso pediátrico (Chiappini, et al., 2009; Paul et al., 2010; Sullivan, et al., 2011; Tucci, et al., 2009; Kramer, et al., 2008).

Uma medida preconizada é a alternância de administração de antipiréticos como último recurso. Assim, verificámos que 57.6% dos pais/acompanhantes admitiram alternar habitualmente os antipiréticos quando o seu filho tem febre, sendo, contudo, expressivo o percentual de 38.9% de pais/acompanhantes que não alternam habitualmente a toma de antipiréticos. Resultados semelhantes foram encontrados por Casanova (2012) e por Pestana (2003), onde a maioria dos pais refere ter que recorrer à alternância de administração de antipiréticos, quando a temperatura febril não diminui. De facto, a utilização de um segundo fármaco antipirético, na gestão dos episódios febris, é uma atitude sobreponível a vários estudos nacionais (Pestana, 2003; Rodrigues, et al., 2010; Walsh e Edwards, 2006). Apesar de a bibliografia referir que esta prática, de alternar a administração de antipiréticos, deve ser desencorajada e só utilizada em situações pontuais e excecionais (Direção-Geral da Saúde, 2004) a verdade é que, no nosso estudo, a maioria dos pais fá-lo, tal como no estudo de Wright (2007) e de Rodrigues et al. (2010).

No que concerne à atitude e conhecimento dos pais/acompanhantes acerca da opção que consideram mais correta em relação à administração de medicamentos quando a criança tem febre, e de acordo com os resultados apurados, podemos dizer que a probabilidade de administrarem Paracetamol (Bem-U-ron), como o antipirético de escolha nos lactentes e nas crianças é de 91% que é revelador de conhecimento, apesar de 62% não saber a dose correta a administrar, estando em conformidade com os resultados do estudo de Rodrigues, et al. (2010) e de Walsh e Edwards (2006).

Os antipiréticos quando administrados em doses elevadas possuem efeitos secundários, tendo sido este o motivo subjacente ao objetivo de procurarmos saber qual a opinião dos pais/acompanhantes acerca deste assunto, do que apurámos que 42.1% dos homens possui esse conhecimento, enquanto em 37.6% das mulheres prevalece a falta de informação. Há a

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência ressalvar os valores encontrados para os homens (36.8%) e para as mulheres (32.0%) que admitem não saber se os antipiréticos terem efeitos secundários. Durante a administração de antipiréticos deve ter-se em consideração, como é referido na literatura, os seus efeitos secundários que muitas vezes ocorrem sobretudo quando são administrados em sobredosagem e em associação. Todavia, verificámos que, na amostra em estudo, sobressaíram os participantes que não possuem conhecimentos a este respeito, sem diferenças significativas entre os sexos. Todavia, os homens são reveladores de menor conhecimento do que as mulheres, no que se refere às náuseas, vômitos e alergias.

Neste âmbito referimos que o efeito secundário mais relevante frequentemente associado às doses elevadas de antipiréticos é a hepatotoxicidade. Purssel (2010), em relação ao paracetamol, refere que a droga é conjugada no fígado com o ácido glucorónico e sulfatos, levando a que 90% da dose seja excretada pela urina. Os restantes 10% são metabolizados, também no fígado, mas sob a forma de um metabolito tóxico que, em condições normais, na maioria das vezes, acaba por ser excretado pela urina. Quando há um excesso no organismo este mecanismo acaba por ser alterado. Algumas drogas como a carbamazepina, a isoniazida, o fenobarbital, entre outras, podem aumentar o risco de hepatotoxicidade quando associadas ao paracetamol, necessitando, por isso, de doses mais baixas.

Tendo em conta a nossa experiência profissional, podemos afirmar que ainda há pais que não compreendem que nem sempre há necessidade de administrar antipirético, pois têm dificuldade em aceitar que a criança febril não tome medicação antipirética, o que resulta em algumas situações constrangedoras para os profissionais de saúde. Todavia, é importante também ressalvamos que, na última década, temos assistido a uma mudança progressiva de mentalidades, quer da parte dos pais, quer da parte dos profissionais de saúde. Atualmente, é mais fácil que os pais compreendam que não se administra medicação a uma criança febril sem outros sinais/sintomas associados, e que tenha um postura mais expectante do que há dez anos atrás.

Em relação ao ajustamento da dose de antipirético a administrar, constatamos que 90% dos pais/acompanhantes da criança referiu corretamente que deve ser ajustada ao peso da criança. Há, porém, 52% dos participantes que possuem uma opinião errónea ao afirmarem que a dose de antipirético deve ser ajustada à idade da criança. Apesar de o paracetamol e o ibuprofeno serem por norma inócuos, há efeitos secundários e possíveis complicações inerentes ao seu uso. Como tal, as dosagens têm de ser cuidadosamente calculadas, não em função da idade da criança, mas sim do seu peso (Purssell, 2010).

Importa, ainda, referir que os fármacos não deveriam ser utilizados rotineiramente em todas as crianças apenas porque têm febre (Costa et al., 2008), devendo ser administrados

sobretudo nas que apresentam sinais de desconforto, estando incluído o choro prolongado, a irritabilidade, a diminuição da atividade física, do apetite e as alterações do padrão de sono (NCCWCH, 2007). Contudo, não há consenso em relação a esta atitude e se alguns estudos e autores defendem que se deveria deixar os episódios febris, quando não têm associados sinais/sintomas, seguirem o seu curso natural, outros defendem que se deveria atuar para evitar os efeitos colaterais da febre.

Quanto à opinião dos pais/acompanhantes sobre o significado da febre, de acordo com os resultados, as mulheres têm uma opinião mais correta sobre a febre que os homens (60.0% vs. 36.8%), porquanto referiram que a febre era um processo de defesa do organismo e (44.0% vs. 26.3%) um sinal de infeção. Já os homens pelo valor percentual apresentado (84.2% vs. 72.8%) opinam que a febre é um sinal de alerta que indica que algo não está bem. Estes resultados estão em conformidade com a literatura, na medida em que a febre é uma manifestação comum de várias doenças infecciosas, mas não é preditiva da gravidade das mesmas. Traduz-se num importante mecanismo de defesa do organismo contra as infeções, sendo uma resposta fisiológica e imprescindível do organismo a um determinado agente, infeccioso ou não, e potencialmente nefasto ao mesmo (Direção-Geral da Saúde, 2004; Guyton & Hall, 2011; Salgado, 2008). Ressalvamos que a forma como os pais percecionam a febre pode determinar as suas preocupações, temores e atitudes em relação ao cuidado com a criança. O medo exacerbado dos pais pode gerar preocupações que, associadas às suas conceções, direcionam as condutas e práticas perante a criança com febre, persistindo, deste modo, a denominada fobia da febre, que, por consequência, resulta na persistência de sentimentos de insegurança para cuidar da criança.

Quanto à questão de a febre alta poder causar algum problema de saúde, os dados apurados revelaram que quase a totalidade da amostra (94.4%) considera que sim, com percentuais similares em ambos os sexos. As convulsões (75.0%) é o problema que mais preocupa os participantes, seguindo-se por ordem decrescente os vômitos (58.1%), as doenças cerebrais (18.4%) e a morte (13.2%). Denotámos que os homens (77.8%) dão maior ênfase aos vômitos, como problema, e as mulheres (76.3%) às convulsões. Estes resultados corroboram o referido em vários estudos (Al-Nouri & Khalid, 2006; Simons et al., 2010), uma vez que os mesmos reportam que os sentimentos e os comportamentos dos pais face à criança com febre revelam-se em medo de consequências como convulsões, doenças cerebrais e morte. Também Rocha et al. (2009) observaram no seu estudo que as mães afirmaram que a febre alta pode ser causa de problemas graves de saúde, sobressaindo as convulsões e o delírio. Al-Nouri e Basheer (2006) constaram no seu estudo, resultados análogos aos da presente investi-

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência
gação, pois quase todas as mães de filhos com febre, que recorreram ao Serviço de Urgência, admitiram que recorreram ao mesmo porque a febre pode causar paralisia cerebral, deficiência mental, convulsão, delírio e morte.

Em relação a alguns sinais e sintomas associados à febre que preocupam os pais/acompanhantes da criança, constatámos que, para a totalidade dos inquiridos, a falta de apetite (66.0%), a falta de ar (61.8%) e o choro intenso (60.4%) são os sintomas que mais os inquietam, embora a prostração (58.3%) e as manchas no corpo (51.4%), tenham ainda alguma relevância. Os homens preocupam-se, principalmente, com a falta de apetite (78.9%) e com a prostração (57.9%) e as mulheres, para além da falta de apetite (64.0%), associam a falta de ar (63.2%) e o choro intenso (61.6%). Consideramos pertinente que alguns inquiridos tenham dado revelo à alteração da atividade motora dos filhos (prostração), como uma característica à qual estão alerta, uma vez que é um sinal que deve efetivamente ser valorizado na criança, particularmente quando febril.

3.2.2. Fontes de informação sobre a febre na criança

No que se refere às fontes de informação sobre a febre, apurámos que os médicos são a escolha principal (66.7%), seguidos da experiência própria (47.2%) e os enfermeiros (43.8%). A opinião dos familiares ainda foi valorizada consideravelmente (36.8%). Contrariamente, Casanova (2012) constatou que a principal fonte de informação sobre como devem atuar quando os filhos têm febre foi a experiência pessoal, seguindo-se a classe médica e os familiares, em igual percentagem (32,6%), com menos referência aos enfermeiros. Pestana (2003) e Walsh et al. (2008) verificaram que a principal fonte de informação é a experiência pessoal, na medida em que a maioria possuía outros filhos, constituindo-se assim a própria experiência com outros filhos como uma importante fonte de conhecimentos e identicamente um modelador de atitudes perante a febre dos mesmos. Ressaltamos a crescente importância atribuída à classe de enfermagem como fonte de informação aos pais/acompanhantes sobre a temática, depreendendo-se atualmente uma incrementação da representatividade profissional.

3.2.3. Recurso ao Serviço de Urgência

Constituiu-se também como objetivo do presente trabalho averiguar os sintomas que mais preocupam e levam os participantes a recorrer ao Serviço de Urgência. Assim, constatámos que os vômitos/desidratação (66.4%), o mau estado geral (64.6%) e a dificuldade respira-

tória (52.1%) configuram-se como os mais preocupantes. Curiosamente, o facto de a criança ter menos de 3 meses de idade (9.7%) e ter febre há mais de cinco dias (35.4%), motivos referenciados pela Direção Geral da Saúde (2004) para o recurso ao Serviço de Urgência, não são os sintomas mais preocupantes para os participantes. Constatámos ainda, que a existência de febre sem foco foi o principal motivo em 38.9% dos casos que recorreram ao serviço de urgência, sendo que em 58.5% dos casos poder-se-ia ter utilizado os cuidados de saúde primários, como primeira escolha ao acolhimento da criança. Averiguámos que nas situações de crianças com gastroenterites, 41% necessitaram de internamento, corroborando a necessidade de ida à urgência. Todas as infeções do trato urinário (6.9%) justificaram o recurso ao Serviço de Urgência. A este propósito, fazemos referência ao estudo de Rodrigues (2012), que revelou que o problema de saúde da criança que motivou a procura do Serviço de Urgência foi, para 52.2% dos acompanhantes, considerada grave, estando incluídos os vômitos/desidratação, dificuldade respiratória e o mau estado geral da criança. Todavia, a investigadora concluiu que os fatores psicológicos podem contribuir para explicar a utilização inapropriada dos serviços de saúde.

O facto de termos verificado a existência de febre sem foco, como o principal motivo para os participantes recorrerem ao Serviço de Urgência (38.9%) por iniciativa própria, seguindo-se as gastroenterites (23,6%) e as infeções das vias aéreas superiores (11,8%), corrobora os estudos consultados, como é exemplo o de Caldeira et al. (2006) que observaram no seu estudo, que o recurso ao Serviço de Urgência foi na maioria dos casos por iniciativa própria e apenas 14,7% das crianças vinham referenciadas. Os diagnósticos mais frequentes foram a infeção das vias aéreas superiores, dificuldade respiratória, gastroenterite aguda e febre sem foco. Todavia, ressaltamos que no presente estudo encontramos um número de casos de febre sem foco mais elevado do que os referidos autores, na medida em que o percentual encontrado pelos mesmos foi 11,3%. Neste sentido, poderemos dizer que há uma elevada proporção de situações não urgentes ou que constituem urgências extra-hospitalares. Deste modo, inferimos que o recurso à urgência hospitalar, em muitos casos, é feito sobretudo à custa de falsas urgências, comportando duas consequências imediatas: custos económicos acrescidos e recursos humanos insuficientes, ocupados na resolução de patologias banais, dificultando a assistência a situações verdadeiramente graves, o que vai ao encontro do defendido vários autores (Carvalho, Ferreira & Vilarinho, 2006; Machado, 2009; Mixão, 2007; Nunes, 2011).

Acrescentamos ainda que só em 14,6% dos casos, as crianças apresentavam quadro clínico que justificasse a ida ao Serviço de Urgência diretamente. Deste modo, aferimos que do total da amostra, 36,8% das crianças poderiam ter sido observadas no Centro de Saúde e 21,5% tiveram alta para o domicílio sem qualquer cuidado diferenciado, indicando que mais de

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência metade da amostra recorreu precocemente a este serviço. Como tal, continuamos a verificar, à semelhança do observado noutros estudos (Valverde et al., 2010; Rati et al., 2013), como exposto no quadro concetual, um número significativo de casos de utilização inadequada do Serviço de Urgência. Em conformidade com os mesmos autores, apesar de não se tratar de urgência, a grande maioria das mães procuram este serviço pela sua resolubilidade, qualidade e especificidade no atendimento de crianças, facilidade de acesso, experiências anteriores, recomendações de terceiros, entre outros.

3.2.4. Relação entre as variáveis sociodemográficas, o número de filhos e o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência

Pretendemos verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência, começando por referir que, apesar de a variável sexo não ter interferido no conhecimento e nas atitudes dos participantes, os resultados mostram-nos que as mulheres possuem mais conhecimentos perante a criança com febre do que os homens, bem como apresentam atitudes mais adequadas. Estes resultados corroboram os apurados por Al-Nouri e Basheer (2006), Walsh e Edwards (2006) e Rocha et al. (2009), cujos estudos demonstraram que em caso de recorrer ao Serviço de Urgência as mães são, na sua maioria, as acompanhantes das crianças e quando comparadas aos pais, revelam mais conhecimento e atitudes mais favoráveis perante a criança com febre.

Todavia, importa referirmos que um número significativo de mães, de acordo com Al-Nouri e Basheer (2006), revela uma atitude e conhecimento pobres perante a febre nos seus filhos, tendo inclusive, recorrido ao Serviço de Urgência, considerando que a febre poderia causar paralisia cerebral, deficiência mental, convulsão, delírio e morte. Os mesmos autores mencionam que, para reduzir a febre dos filhos, a grande a maioria das mães admitiu que administrava antipiréticos, principalmente o paracetamol, tendo-se verificado o uso indiscriminado de antibióticos. Por outro lado, julgamos que os pais procuram demasiado cedo o conselho/observação profissional, conclusão que está de acordo com os vários estudos consultados (Crocetti, et al., 2009; El-Radhi, 2008; Poirier, et al., 2010; Pursell, 2008; Walsh e Edwards, 2008).

Constatámos também que os pais/accompanhantes da criança com idade compreendida entre os 31-37 anos e os de idade igual ou superior aos 38 anos são os que revelam melhores conhecimentos perante o seu filho com febre. Em relação às atitudes, apuramos que são os participantes mais novos que apresentam atitudes mais adequadas, seguindo-se os participan-

tes mais velhos, bem como os participantes que vivem com companheiro possuem mais conhecimentos e melhores atitudes. Os residentes em zona urbana possuem mais conhecimento sobre a febre, mas revelam piores atitudes do que os residentes em zona rural. Também verificámos que os pais/acompanhantes com o ensino superior possuem mais conhecimento e melhor atitude perante a febre, o que está em conformidade com o estudo de Rodrigues et al. (2010) que também observou que os pais com mais habilitações literárias revelam mais conhecimentos e atitudes adequadas perante a criança com febre.

Salientamos que nenhuma das variáveis (idade, sexo *dummy* e idade da criança) foi preditora dos conhecimentos perante a criança com febre enquanto analisadas individualmente, mas quando trabalhadas em conjunto, a idade da criança e o sexo revelaram-se preditoras do conhecimento e o sexo é preditor das atitudes.

Averiguámos que os participantes com mais filhos revelam mais conhecimento e melhores atitudes perante a febre, bem como os sujeitos da amostra com crianças com idades intermédias, o que está em conformidade com Pestana (2003) e Walsh et al. (2008), segundo os quais, a experiência com outros filhos assume-se, muitas vezes, como um indicador de como agir perante a febre.

4. Conclusão

O presente estudo procurou avaliar que variáveis sociodemográficas têm repercussão no conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência, qual a influência do número de filhos no conhecimento e nas atitudes e dos pais perante a criança com febre, e que fontes de informação influenciam o seu conhecimento e as suas atitudes.

Para podermos alcançar os referidos objetivos, realizámos um quadro concetual, tendo em conta estudos efetuados na área, os quais serviram para a contextualização do problema de investigação e de base para a discussão dos resultados alcançados, decorrentes do estudo de enfoque transversal, numa amostra com 144 participantes, cuja prevalência recaiu nas mulheres, na faixa etária dos 19 aos 59 anos, a coabitar maritalmente, possuindo, na sua maioria, apenas um filho. Em relação às habilitações literárias, registámos um predomínio de sujeitos da amostra com o ensino superior. Quanto ao grau de parentesco com a criança verificámos que cerca de 9 em cada 10 das crianças eram acompanhadas pela mãe.

Concluimos que, em relação às atitudes dos participantes perante a criança com febre, o método mais utilizado, face à suspeita de febre, é o termómetro, sobretudo o digital. A maioria dos pais/acompanhantes procuram um profissional de saúde após três dias de febre na criança e cerca de 8 em cada 10 dos participantes admitem ter recorrido ao Serviço de Urgência por febre na criança, cujo aconselhamento foi feito sobretudo através da linha de saúde 24, pediatra e médico de família.

No que concerne aos principais resultados acerca do conhecimento e atitudes revelado pelos sujeitos da amostra, começamos por referir que a via/local mais utilizada para avaliar a temperatura da criança com o termómetro é a via axilar, a maioria dos participantes considera que a criança tem febre quando apresenta valores entre 37-37,5°C, seguindo-se os que referem uma temperatura superior ou igual a 38°C. Também verificámos que uma grande parte dos homens e das mulheres diminuem a quantidade de roupa para baixar a febre na criança, surgindo o banho em água como segunda medida física para baixar a febre, para ambos os sexos dos participantes, associadas a terapêuticas farmacológicas.

Outra conclusão a que chegámos refere-se ao recurso à administração do antipirético, caso a temperatura seja superior aos 38°C, sendo este um conhecimento revelado por grande parte dos homens e das mulheres, que admitem que tomam uma atitude quando a criança tem valor $\geq 38^\circ\text{C}$ de temperatura. Uma grande parte da amostra refere administrar antipirético quando a criança tem temperatura igual ou superior a 38°C.

Quanto ao antipirético mais utilizado para baixar a febre, o paracetamol foi o mais indicado, sendo a associação do paracetamol e do ibuprofeno utilizada por alguns inquiridos. Mais de metade da amostra calcula a dose de antipirético a administrar à criança, através do peso e admite alternar habitualmente os antipiréticos quando a criança tem febre. Em relação aos efeitos secundários da administração de doses elevadas de antipiréticos, constatámos que prevalecem os homens que consideram a náuseas, os vômitos e as alergias, enquanto uma parte considerável de mulheres revela falta de conhecimento neste âmbito.

Confirmámos que a probabilidade de os participantes administrarem paracetamol (Ben-U-ron), como o antipirético de escolha nos lactentes e nas crianças, foi elevada, revelando conhecimentos, apesar de uma maioria desconhecer a dose correta a administrar. Por outro lado, apurámos que mais de metade da amostra diz que o ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao paracetamol, ainda que haja manifestação acentuada por parte de pais/acompanhantes que desconhecem a dose recomendada. Aferimos que um número significativo de participantes não possui conhecimento em relação à administração de aspirina (ácido Acetilsalicílico), como antipirético a menores de 12 anos. Os resultados revelaram que, nas mulheres, prevalecem as que possuem conhecimentos razoáveis sobre o uso de antipiréticos e, nos homens, os que possuem conhecimentos fracos.

Quanto à opinião dos participantes acerca da febre, as mulheres têm uma opinião mais correta sobre a febre do que os homens, referindo que é um processo de defesa do organismo, um sinal de infeção e que se trata de um sinal de alerta que indica que algo não está bem, sendo esta última opinião mais reiterante nos homens. Quase a totalidade da amostra considera que a febre alta pode causar algum problema de saúde, sobressaindo, em termos decrescentes, as convulsões, os vômitos, as doenças cerebrais e a morte como os problemas que mais preocupam os participantes. Maioritariamente, os pais/acompanhantes da criança ao Serviço de Urgência concordam com a necessidade da causa da febre ser identificada e tratada. Registámos um predomínio de participantes que indicam a falta de apetite, a falta de ar, o choro intenso, a prostração e as manchas no corpo como sintomas que mais os inquietam, sendo os vômitos/desidratação, o mau estado geral e a dificuldade respiratória os sintomas que mais os levam a recorrer ao Serviço de Urgência. De igual modo, concluímos que os médicos, a experiência própria, os enfermeiros e os familiares são as principais fontes de informação sobre a febre.

No que concerne ao destino da criança após a ida ao Serviço de Urgência, registámos casos em que foi necessário internamento para observação, bem como apresentavam quadro clínico que justificasse a ida às urgências, diretamente. Todavia, um número significativo de crianças poderiam ter sido observadas no Centro de Saúde, outras tiveram alta para o domicílio, sem qualquer cuidado diferenciado. Concluímos que há casos de crianças com febre sem

foco, tendo sido este o principal motivo que levou os participantes a recorrerem ao Serviço de Urgência, seguindo-se as gastroenterites e as infeções das vias aéreas superiores. Do total de casos de febre sem foco diagnosticada, a casuística revelou que em mais de metade dos casos poder-se-ia ter utilizado os cuidados de saúde primários, como primeira escolha ao acolhimento da criança, prevalecendo as situações em que as crianças tiveram alta para o domicílio, contrariamente a alguns diagnósticos de gastroenterites que resultaram em internamento, corroborando a necessidade de ida à urgência, bem como todas as infeções do trato urinário, ainda que em número reduzido.

Fazendo-se uma sùmula dos resultados apurados em relação aos conhecimentos e atitudes dos participantes perante a criança com febre, concluímos que uma maioria de mulheres tem conhecimentos intermédios, sendo análoga esta situação a uma parte dos homens, embora com menor representatividade. Ainda que tenhamos verificado que, na totalidade da amostra, as mulheres apresentam melhor atitude perante a febre, é neste grupo de participantes que se encontram também muitas atitudes desadequadas.

Quanto à relação entre as variáveis sociodemográficas, número de filhos e o conhecimento e as atitudes perante a criança com febre, foi corroborado o facto de as mulheres possuírem mais conhecimentos e atitudes mais adequadas perante a criança com febre do que os homens. Os pais/acompanhantes na faixa etária entre os 31-37 anos e com idade igual ou superior aos 38 anos revelam melhores conhecimentos perante a febre, os participantes mais novos e os mais velhos apresentam atitudes mais adequadas, bem como os que vivem com companheiro, a residir em zona urbana, com o ensino superior, as mães, os participantes com mais filhos e os que possuem crianças com idades intermédias. Todavia, ressalvamos que nenhuma das variáveis (idade, sexo *dummy* e idade da criança) revelou-se como preditora dos conhecimentos e das atitudes perante a criança com febre, quando analisadas individualmente. Pelo contrário quando trabalhadas em conjunto, a idade da criança e o sexo tornaram-se preditoras do conhecimento, e o sexo, preditor das atitudes.

Foi também nosso objetivo verificar a relação entre as fontes de informação o conhecimento e as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência, do que apurámos que os participantes que procuram como fonte de informação um profissional de saúde possuem mais conhecimento e atitudes mais adequadas.

Este estudo permitiu verificarmos que os pais/acompanhantes possuem conhecimento limitado e algumas atitudes desadequadas perante a criança com febre. Percebemos que o medo exacerbado gera preocupações que, associadas às suas concepções direcionam as suas atitudes e práticas no cuidado prestado à criança. Assim sendo, os pais necessitam de com-

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência
preender a fisiopatologia da febre para poderem diferenciar entre as potenciais e esperadas complicações benignas subjacentes a um episódio febril, daquelas que não passam de conceções irrealistas resultantes do desconhecimento e do medo, que os levam a adotar atitudes peculiarmente agressivas e desadequadas.

Sabendo-se que a febre na infância é um evento inevitável e frequente, mas também uma experiência assustadora para os pais, sobretudo quando não têm conhecimentos necessários para lidarem com a situação, sugerimos sessões educativas aos pais/cuidadores para colmatar a falta de conhecimentos, bem como a realização de sessões educativas aos profissionais de saúde da área para uniformizar critérios de atuação. Propomos igualmente a elaboração de protocolos de atuação perante a febre nos serviços, tal como o que é sugerido no anexo IV. A atualização das normas por parte da Direção-Geral da Saúde era importante, e a avaliação da temperatura de cada criança durante as consultas de saúde infantil nos Centros de Saúde, para que se pudesse estipular a temperatura basal de cada criança. Por fim, sugere-se a continuidade desta investigação com uma amostra mais alargada, envolvendo participantes de outros contextos, para se poder avaliar se os resultados obtidos diferem.

Por fim, referimos que se atingiram os objetivos propostos, elevando e consolidando os conhecimentos e as competências na área da saúde infantil e pediátrica. Foi uma oportunidade fundamental para fortalecer todos os saberes adquiridos, conjugando a teoria e a prática, para além de ser uma experiência enriquecedora e que despertou maior motivação para respondermos diariamente ao desafio que é agir com a criança/família em contexto de Serviço de Urgência. Fica, assim, a gratificação pessoal e profissional resultante da realização deste trabalho. Importa ressaltar que, em termos de implicações práticas, este trabalho veio comprovar que continua a haver um recurso inadequado ao Serviço de Urgência por parte dos pais que mantêm crenças e fobias desajustadas em situações de febre.

Referências Bibliográficas

- Abramczyk, M.L. (2005). Febre sem Sinais localizatórios. In M.B. Morais; S.O. Campos & W.S. Silvestrini *Pediatria: Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar* (pp. 375-380). São Paulo: Editora Manole Lda.
- Algren, C. & Arnow, D. (2006). Variações das Intervenções de Enfermagem Pediátricas. Marilyn J. Hockenberry, David Wilson e Marilyn L. Winkelstein. *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (pp. 706-786). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Allen, R.S. (2012). Metabolic syndrome in children. *J. Pediatr.* (Rio J.) vol. 88 nº 4 Porto Alegre jul./ago. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572012000400002&lng=pt&nrm=iso&tlng=en.
- Alminhas, S.M.P. (2007). Cuidar da Pessoa no Serviço de Urgência. *Sinais Vitais*. Coimbra, 75: 57-60.
- Al-Nouri; L. & Basheer, K. (2006). Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Tropical Pediatrics*, v. 52, 2: 9-15.
- American Academy of Pediatrics (2011), Steering Committee on Quality Improvement and Management, Subcommittee on Urinary Tract Infection. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*; 128(3): 595-610.
- Andrade, T.; Carvalho, F.; Fernandes, A.P. & Casanova, C. (2008). Triage de Manchester na idade pediátrica – estudo Inter-hospitalar. *Nascer e Crescer Revista do Hospital de Crianças Maria Pia*, vol XVII, 1: 16-21.
- Arcos, R.R.; Cerón, M.; González, L.R.; Segur, F.G.; Cervantes, G.V.; Villarreal, J.A.L. & Medina, H.U. (2010). Fiebre en pediatría. *Revista Mexicana de Pediatría*; 77(Supl. 1); S3-S8. Acedido em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>.
- Barroso, M.J.; Cordeiro, F.G.; Machado, M.C. & Lemos, S.P. (2003). Referenciação Pediátrica: que realidade? *Acta Pediatr Port*; 34: 89-93. Acedido em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/5070/3837>.
- Bastos, V. (2002). A Febre. *Saúde Infantil*. 24(3): 23-34.
- Boehs, A.E. (2005). Criança com febre. Verdi, M.; Boehs, A.E. & Zampieri, M^a de F. M. (pp. 355-359). *Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: Textos Fundamentais*. Florianópolis.

- Boehs, A.E. (2005). Criança com febre. Verdi, M.; Boehs, A.E. & Zampieri, M^a de F. M. (pp. 355-359). *Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: Textos Fundamentais*. Florianópolis: Luzia dos Santos.
- Caldeira, T.; Santos, G.; Pontes, E.; Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia a dia de uma urgência Pediátrica. *Acta Pediatr Port*, 37:1-4. Acedido em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatria.pdf
- Caldeira, T.; Santos, G.; Pontes, E.; Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia-a-dia de uma Urgência Pediátrica. *Acta Pediátrica Portuguesa Sociedade Portuguesa de Pediatria*. 1(37):1-4. Acedido em: [file:///C:/Documents%20and%20Settings/Os%20meus%20documentos/Downloads/4735-12271-1-SM%20\(2\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Os%20meus%20documentos/Downloads/4735-12271-1-SM%20(2).pdf).
- Carrilho, E.M. (2003). A criança com febre. Palminha, J.M. & Carrilho, E.M. *Orientação Diagnóstica em Pediatria: dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial* (pp. 463-487). Lousã: Lidel – edições técnicas Lda.
- Carvalho, I.; Ferreira, G. & Vilarinho, A. (2006). Análise de referenciação ao serviço pediátrico. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 3(37): 95-100. Acedido em: http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/37/20121219163923_artigo_original_95.pdf.
- Casanova, C.; Reis, S. & Prata, A.P. (2014). Atuação dos pais na situação febril dos filhos. *Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Livro de resumos*. Acedido em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/9789899844322.pdf.
- Casanova, C.M.R.G. (2012). *Intervenções parentais à criança com febre. Dissertação de Mestrado não publicada*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Chiappini, E.; Principi, N. ; Longhi, R. et al. (2009). Management of fever in children: summary of the Italian Pediatric Society Guidelines. *Clin Therap*; 31(8): 1826-43.
- Chiappini, E.; Parretti, A.; Becherucci, P.; Pierattelli, M.; Bonsignori, F. ; Galli, L. & Martino, M. (2012). Parental and medical knowledge and management of fever in Italian pre- school children. Acedido em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2431/12/97>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. CIPE® Versão 1.0. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa (PT): APE, 2005. /Traduzido e publicado com autorização do Conselho Internacional de Enfermeiros, Genebra, Suíça.
- Costa, Maria Alexandra, et al. (2008). *Terapêutica Pediátrica em Ambulatório: notas, conselhos,*

- esquemas posológicos*. Lisboa: Lidel edições técnicas, Lda.
- Costa, T.R.C. (2012). *Satisfação Global aferida pelos acompanhantes das crianças na Urgência Pediátrica*. Dissertação de Mestrado. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra. Acedido em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/21496/2/MGES%20Satisfa%C3%A7%C3%A3o%20Global%20aferida%20dos%20acompanhantes%20das%20crian%C3%A7as%20na%20urg%C3%A2ncia%20pedi%C3%A1trica.pdf>.
- Coutinho, J.A. (2004). *Cravidade da doença com febre*. Acedido em: <https://jorgeazevedocoutinho.files.wordpress.com/2011/09/gravidade-da-doenc3a7a-com-febre.pdf>
- Coutinho, C.P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Coimbra: Edições Almedina.
- Coutinho, J.A. (2013). *Febre – que termómetro utilizar para avaliar a temperatura*. Acedido em: <https://jorgeazevedocoutinho.files.wordpress.com/2013/03/febre-que-termc3b3metro-usar-para-avaliar-a-temperatura.pdf>
- Crocetti, M.; Moghbeli, N. & Serwint, J. (2011). Fever phobia revisited: have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics.*; 107: 1241-6.
- Dan O'Brien (2013). *Introdução à Teoria do Conhecimento*. Lisboa: Gradiva.
- Dicionário de Língua Portuguesa (2013). Porto: Porto Editora.
- Direção Geral de Saúde (2001). Rede de Referência Hospitalar de Urgência/Emergência. Direcção-Geral da Saúde. Direcção de Serviços de Planeamento. Rede hospitalar de urgência/emergência. – Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. Acedido em: <http://www.acss.min-sau-de.pt/Portals/0/REDE%20DE%20REFERENCIA%C3%87%C3%83O%20DE%20URG%C3%8ANCIA%20EMERG%C3%8ANCIA.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde (2006). *Febre na criança. Protocolo*. Lisboa: DGS. Acedido em: <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente2/mapa/HSA/noc/Febre%20na%20Crian%C3%A7a%20%28P0.PED.016.00%29.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas*, nº 14. Lisboa:

- Dodd, S.R.; Lancaster, G.A.; Craig, J.V. et al. (2006). A systematic review, infrared ear thermometry for fever diagnosis in children finds poor sensitivity. *Journal of clinical epidemiology. Arch Dis Child*, 91(4): 351-356. Acedido em: <https://books.google.pt/books?id=QsXsAwAAQBAJ&pg=PA799&lpg=PA799&dq=Dodd,+S.R.+et+al.+2006.+A+systematic+review,+infrared+ear+thermometry+for+fever+diagnosis+in+children+finds+poor+sensitivity&source=bl&ots=6O906EYmSi&sig=J0WlciB9eopfXntqQMZ6zcfxYgY&hl=ptPT&sa=X&ei=R71qVfnL4G9UcqhgtAE&ved=0CCwQ6AEwAQ#v=onepage&q=Dodd%2C%20S.R.%20et%20al.%202006.%20A%20systematic%20review%2C%20infrared%20ear%20thermometry%20for%20fever%20diagnosis%20in%20children%20finds%20poor%20sensitivity&f=false>.
- Duglosz, C.K.; Chater, R. & Engle, J. (2006). Appropriate Use of Nonprescription Analgesics in Pediatric Patients. *Journal of pediatric health care: official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 20(5): 326-328.
- El-Radhi, A. & Sahib, M. (2008). Why is the evidence not affecting the practice of fever management? *Archives of Diseases in Childhood*. 93. Acedido em: <http://adc.bmj.com/content/93/11/918>.
- Erichsen, M. & Ali (2010). Parental Perceptions of Fever in Children; a Qualitative Approach. Acedido em: http://newyorkmedicaljournal.org/index.php/articles/parental_perceptions_of_fever_in_children_a_qualitative_approach.
- Feldhaus, T., Cancelier, A.C.L. (2012). Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41(1), 16-21. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=664894&indexSearch=ID>.
- Fernandes, A. (2008). *Serviço de Urgência Hospitalar*. Acedido em: Disponível em http://familia.sapo.pt/bebe/saude_e_seguranca/mae_ideal.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, S.L.; Metzker, F.S. & Fernandes, R.O. et al. (2007). Uso racional de antipiréticos em crianças da cidade de Anápolis. *Programa de Iniciação Científica*. Universidade Estadual de Goiás; 1-6. Acedido em: www.prp.ueg.br/06v1/conteudo/pesquisa/inic.../resumo65.pdf.
- Gomide, A.C.M. (2011). *Estudo da influência das crenças, conhecimentos e fontes de informa-*

- ção nas condutas dos cuidadores no manejo da febre na criança*. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre. Acedido em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8QCNGV>.
- Grassino, C.G.; Guidi, C.; Monzani, M.; Di Pietro, P. & Bona, G. (2009). Access to paediatric emergency departments in Italy: a comparison between immigrant and Italian patients. *Italian Journal of Pediatrics*, 35:3. Acedido em: <http://www.ijonline.net/content/35/1/3>.
- Guyton, A.C. & Hall, J.E. (2011). *Tratado de fisiologia médica*. 12ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Imerie, L. & Opp, M.R. (2009). How (and why) the immune system makes us sleep. *Nature Reviews Neuroscience*. 10: 199-210.
- International Council of Nurses. 2011. CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011. p. 209. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Kai, J. (1996). What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study. *BMJ*; 313: 983-986.
- Kanabar, D.; Dale, S. & Rawat, M. (2007). A review of ibuprofen and acetaminophen use in febrile children and the occurrence of asthma-related symptoms. *Clinical Therapeutics*. 29(12): 2716-2723.
- Kramer, Lynne C., et al. (2008). Alternating Antipyretics: Antipyretic Efficacy of Acetaminophen Versus Acetaminophen With Ibuprofen in Children. *Clinical Paediatrics*. 47(9). Acedido em: <http://cpj.sagepub.com/content/47/9/907.full.pdf+html>.
- Machado, A.J.C. (2009). Relatório de estágio em urgência pediátrica – abordagem dos motivos mais frequentes de recurso ao S.U., o seu diagnóstico e orientação. Avaliação das “falsas urgências”. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto. Acedido em: <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/52782/2/Relatrio%20de%20Estgio%20em%20Urgncia%20Peditrica.pdf>.
- McKenna, R. (1997). O novo marketing. *HSM Management*, São Paulo, 1:124-128.
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Mikaeloff, Y.; Kezouh, A. & Suissa, S. (2008). Nonsteroidal anti-inflammatory drug use and the risk of severe skin and soft tissue complications inpatients with varicella or zoster dis-

Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de Serviço de Urgência ease. *British Journal of Clinical Pharmacology*.65(2): 203-209.

Mixão, M.L.G. (2007). *Comportamentos parentais e recursos às urgências pediátricas: estudo do stresse parental, percepção de vulnerabilidade infantil e esforço económico e familiar*. Dissertação de Mestrado. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Porto. Acedido em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/702/1/DM%20MIXA1.pdf>.

National Collaborating Center for Women's and Children's Health (2007). *Feverish illness in children: assessment and initial management in children younger than 5 years*. National Institute for Health and Clinical Excellence. RCOG Press, Mai. de 2007. Acedido em: <http://www.nice.org.uk/cg047/guidance/pdf/english>.

National Institute for Health and Care Excellence (formerly National Institute for Health and Clinical Excellence (2013). *Guidance*. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11822/>.

Neto, F. (1998). Atitudes em relação à diversidade cultural: implicações psicopedagógicas. *Revista portuguesa de pedagogia*, 5:22. Acedido em: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Mena/Os%20meus%20documentos/Downloads/1182-3342-1-PB.pdf>.

New York Medical Journal, 5(2). Acedido em: http://newyorkmedicaljournalorg/index.php/article/parental_perceptions_of_fever_in_children.

Nunes, C. (2011). *Caracterização da Utilização da Urgência Pediátrica num Hospital da área metropolitana de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública Mestrado em Gestão da Saúde. Acedido em: <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6843/3/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Rita%20Nunes.pdf>.

Oliveira, T.C.F. (2012). *Atitudes do Enfermeiro face às Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde*. Dissertação de Mestrado. Instituto Politécnico de Viseu. Acedido em: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1739/1/OLIVEIRA%20Tanea%20Cristina%20Fonseca%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>.

Paul, Ian M., et al. (2010). Efficacy of Standard Doses of Ibuprofen Alone, Alternating, and Combined With Acetaminophen for the Treatment of Febrile Children. *Clinical Therapeutics*. 32(14): 2433-2440. Acedido em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3614072/>.

Pestana, A. (2003). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Volume 19, 333-343. Acedido em [https://www.google.pt/#q=Pestana%2C+A.\(2003\).+Conhecimentos+e+atitudes+dos+pa](https://www.google.pt/#q=Pestana%2C+A.(2003).+Conhecimentos+e+atitudes+dos+pa)

is+perante+a+febre+dos+filhos.+Revista+Portuguesa+de+CI%C3%ADnica+Geral.+Volume+19%2C+3.

Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.

Pileggi, C., et al. (2006). Pediatric utilization of an emergency department in Italy. *European Journal of Public Health*. 16:3 563-569. Acedido em: <http://www.ijponline.net/content/35/1/3>.

Powell, K.R. (2005). *Febre*. Richard E. Behrman, Robert M. Kliegman & Hal B. Jenson. *Nelson: Tratado de Pediatria* (pp. 888-890). 17ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.

Pursell, E. (2010). Ibuprofen for treatment of fever in infants. *Practice Nursing*. 21(10): 316-320. Acedido em: <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/pnur.2010.21.10.78719>.

Rati, R.M.S.; Goulart, L.M.H.F.; Alvim, C.G. & Mota, J.A.C. (2013). Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. Acedido em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013001200022&script=sci_arttext.

Reina, M.M.; Garcia Beltrán, A.; Pérez Gonzalez, J.; Cano Burgos, S.; Garvayo Gaméz, A. & Espigares Espigares, MªA. (2010). ¿Sabes Manejar los Padres la Fiebre de los Niños? *Revista científica de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias*.11. Acedido em: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/mayo2013/pagina1.html>

Relatório da Comissão de Reavaliação de Referenciação Nacional de Emergência e Urgência (2012). Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A>.

Rocha, C.T.; Regis, R.R.; Nelson-Filho, P. & Queiroz, A.M. et al. (2009). Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*; 21(3): 244-51.

Rodrigues e Rodrigues, L., Monteiro, T., Neto, T. & Rodrigues, C. (2010). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre. *Revista Saúde Infantil*, 32(1), 17-21. Acedido em http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article_id=152.

Rodrigues, S.S.O.F. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*. III Série 7: 73-82. Acedido em

- Royal College of Nursing (2006). *The nursing management of patients with venous leg ulcers: recommendations*. London (UK): Royal College of Nursing. Acedido em: http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/107941/001269.pdf.
- Salgado, M. (2008). Texto para Pais: Critérios de Alerta na Criança com Febre. *Revista Saúde Infantil*. 30(1). Acedido em: http://areadospais.asic.pt/article_files/febre_sinais_alerta.pdf.
- Santos, L.S.; Silva, R.B.; Vogt, M.S.L. Haeffner, L.S.B. & Michelotti, M.R. (2013). Pronto atendimento infantil: quem utiliza e por que motivo. *Saúde (Santa Maria)*, v.39, 2: 7988. Acedido em <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/revistasaude/article/view/8916/pdf>.
- Santos, M.I.; Rosário, F. & Figueiredo, C. (2010). Padrões temporais de recurso à Urgência Pediátrica: pistas importantes para um modelo de predição de afluência. *Acta Pediátrica Portuguesa*; 41(4):166-70. Acedido em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/4339/3232>.
- Sarrell, E.M; Wielunsky, E. & Cohen, H.A. (2006). Antipyretic treatment in young children with fever: acetaminophen, ibuprofen, or both alternate in a randomized, double-blind study. *Arch Pediatr Adolesc Med.*; 160: 197-202.
- Simons, D.A.; Monlléo, I.L.; Simons, A.S.; Júnior, J.L.A. (2010). Adequação da demanda de crianças e adolescentes atendidos na Unidade de Emergência em Maceió, Alagoas, Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* ; 10(1): 59-67
- Sullivan, J.E. & Farrar, H.C. (2011). Clinical Report - Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics*. Vol. 127(3). Acedido em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/3/580.full>.
- Teixeira, P.F. (2013). *Criança + Segura! Sem segurança?? Sinto muito....* Relatório de Estágio para a obtenção de grau de Mestre. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Acedido em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9520/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20MESIP%28Pedro%20Teixeira%29.pdf>.
- Teng, C.; Ng, C.J.; Nik-Sherina, H.; Zailinawati, A.H. & Tong, S.F. (2009). The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic review. *J Trop Pediatr*; 54(1):70-3.
- Tucci, J. Bandiera, E.; Darwiche, R.; Medos, Z.; Nashed, R. & Trinh, D. (2009). Paracetamol and Ibuprofen for Paediatric Pain and Fever. *Journal of Pharmacy Practice and Re-*

- search. 39(3): 223-225. Acedido em:
http://jppr.shpa.org.au/lib/pdf/2009_09/2009_09_Tucci_Review.pdf.
- Ugarte, E.M.; Orue, C.; Samudio, D.G.C. & Weber, E. Los Padres y la Fiebre: ¿Qué Creen y Hacen? *Pediatr* (Asunción); 36(3):201-205.
- Vala, J. & Monteiro, M. B. (Org.) (2006). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Valverde, L.M.; Salmerón, M.J. Benítez, S.C.; Martínez, P.B. & Ibáñez, M.D.G. (2010). *Medidas terapéuticas prestadas por enfermería en el síndrome febril derivado desde atención primaria a las urgencias hospitalarias*. Acedido em:
<http://enfermeriadeurgencias.com/ciber/diciembre/pagina7.html>.
- Veras, J.E.G.L.F; Carvalho, A.T.; Uchoa, J.L.; Nascimento, L.A.; Ximenes, L.B. & Almeida, P.C. (2011). Perfil de crianças e adolescentes atendidos em emergência segundo a classificação de risco: um estudo documental. *Braz. J. Nurs.* (Online); 10(3) set-dez. Acedido em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3264/1151>.
- Walsh, A. & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: literature review. *Journal of advanced nursing*, v.54, 2: 217-227.
- Walsh, A.; Edwards, H. & Fraser, J. (2008). Parent`s chidhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of Advanced Nursing*. 63(4): 376-388. Acedido em: <http://eprints.qut.edu.au/17059/1/c17059.pdf>.
- Wang, D.; Bukutu, C.; Thompson, A. & Vohra, S. (2009). Complementary, holistic, and integrative medicine: fever. *Pediatr Rev.*; 30(2): 75-8.
- Ward, M.A.; Edwards, M.S. & Torchia, M.M. (2014). *Patient information: Fever in children (Beyond the Basics)*. Acedido em: http://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the-basics?sorce=search_result&avalia%C3%A7%C3+da+temperature+corporal+Ward%2C+Edwards%2CTorchia%2C+2014+Fever&selectedTitle=1~150.
- Wright, A.D. & Liebelt, E.L. (2007). Alternating Antipyretics for Fever Reduction in Children: An Unfounded Practice Passed Down to Parents from Pediatricians. *Clinical Pediatrics*. 46(2): 146-150. Acedido em:
<file:///C:/Documents%20and%20Settings/Mena/Os%20meus%20documentos/Downloads/wright.pdf>.
- Zeferino, L. & Nunes, E. (2011). Febre na criança: pais e enfermeiros, parceiros no cuidar. *Enformação*. Volume 15, 16-18. Acedido em: <http://repositorio.chlc.min-sau>

Zomorodi, A. & Attia, M.W. (2008). Fever: Parental Concerns. *Clinical paediatric Emergency Medicine*. 9: 238-243. Acedido em: <http://www.clinpedemergencymed.com/article/S1522-8401%2808%2900071-2/abstract>.

ANEXOS



(Não preencher este quadrado) N°

Quest. -

--	--	--	--

QUESTIONÁRIO

Exmº Senhor(a) Pai/Mãe

Este questionário destina-se a colher dados sobre as crianças, com o objetivo de avaliar **o conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre**, para a realização de um estudo a desenvolver-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Para tal, solicita-se a sua participação, bastando, para isso, responder às questões que lhe são colocadas.

As respostas são confidenciais e anónimas, servindo apenas para tratamento estatístico, pelo que não deve assinar nem rubricar o questionário.

Para que seja salvaguardada a validade do questionário, pede-se que não deixe nenhuma questão por responder.

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) na(s) alínea(s) que estão de acordo com o seu caso.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

I PARTE

Dados biográficos dos pais (pai/mãe)

1 – Idade _____ anos

2 – Sexo: Masculino Feminino

3 – Estado civil: Solteiro

Casado Divor-

ciado

União de facto

Outro Qual? _____

4 – Onde vive atualmente? Aldeia Vila Cidade

5 – Qual a sua escolaridade (assinale a mais elevada)?

- Analfabeto Bacharelato
1º Ciclo (4ª Classe) Licenciatura
2º Ciclo (6º ano) Mestrado
3º Ciclo (9º ano) Doutoramento
Ensino Secundário Outro Qual? _____

6 – Qual a sua profissão: _____

7 – Qual o grau de parentesco com a criança? Pai Mãe Outro Qual? _____

8 – Tem mais filhos?

- Não
Sim Quantos? _____

Dados da criança

1 – Idade _____ anos

2 – Sexo: Masculino Feminino

3 – Peso: _____ Kg

4 - O seu filho sofre de alguma doença?

- Não
Sim Qual? _____

II PARTE

1 - Que método utiliza, primeiramente, quando suspeita que o seu filho(a) tem febre?

- a) Toque da pele com a mão
b) Termómetro
c) Outro
e) Se outro qual? _____

2 - Confirma sempre a febre com o termómetro?

- a) Sim
b) Não

3 - Que tipo de termómetro utiliza?

- a) Termómetro de mercúrio
- b) Termómetro digital
- c) Outro
- e) Se outro, qual? _____

4 - Que via/local utiliza para avaliar a temperatura ao seu filho(a), com o termómetro?

- a) Timpânica (ouvido)
- b) Oral (boca)
- c) Axilar (debaixo do braço)
- d) Retal (ânus/rabo)

5 - Considera febre acima de que valor?

- a) 35° C
- b) 35,5° C
- c) 36° C
- d) 36,5° C
- e) 37° C
- f) 37,5° C
- g) 38° C
- h) 38,5° C
- i) 39° C
- j) 39,5° C
- k) 40° C
- l) Não sei

6 - Que atitude toma para baixar a febre ao seu filho(a)?

	Sim	Não	Não sei
a) Não faço nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Diminuo a quantidade de roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Banho em água morna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Administro medicamento (antipirético) se a temperatura for superior a 38°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Hidrato a criança oferecendo-lhe líquidos ao seu gosto com frequência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Outro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Se outro, qual? _____			

7 - A partir de que valor toma essa atitude para baixar a febre ao seu filho(a)?

a) 35° C	<input type="checkbox"/>
b) 35,5° C	<input type="checkbox"/>
c) 36° C	<input type="checkbox"/>
d) 36,5° C	<input type="checkbox"/>
e) 37° C	<input type="checkbox"/>
f) 37,5° C	<input type="checkbox"/>
g) 38° C	<input type="checkbox"/>
h) 38,5° C	<input type="checkbox"/>
i) 39° C	<input type="checkbox"/>
j) 39,5° C	<input type="checkbox"/>
k) 40° C	<input type="checkbox"/>
l) 40,5° C	<input type="checkbox"/>

8 - A partir de que valor administra medicação para a febre (antipirético)?

- a) 35° C
- b) 35,5° C
- c) 36° C
- d) 36,5° C
- e) 37° C
- f) 37,5° C
- g) 38° C
- h) 38,5° C
- i) 39° C
- j) 39,5° C
- k) 40° C
- l) 40,5° C

9 - Para cada afirmação indique a opção que considera mais correta:

	Sim	Não	Não Sei
a) Na subida da febre, quando a criança está com arrepios e extremidades frias (mãos e pés), deve-se aquecer (roupa, cobertor), após a administração do antipirético (medicamento)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Na descida da febre, há que permitir a libertação de calor, logo deve-se, retirar roupa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Para maior conforto da criança, deve-se respeitar o que organismo indica, na fase de frio deve-se manter a roupa e na fase de calor deve-se retirar a roupa (uma ou duas peças).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) O banho deve ser à temperatura normal (37°C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) O banho não deve ser superior a 10 minutos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas antes do antipirético (medicação para baixar a febre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas após o antipirético (medicação para baixar a febre)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Deve oferecer-se líquidos com frequência, de acordo com a preferência da criança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 1°C em relação à rectal).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) A temperatura timpânica (ouvido) dá informação precisa da temperatura central	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infeção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade apenas a prevenção das complicações associadas à febre alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade a prevenção das complicações associadas à febre alta, mas também proporciona maior conforto à criança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 - Qual o medicamento (antipirético) que mais utiliza para baixar a febre ao seu filho(a)?

- a) Paracetamol (Ben-U-ron)
- b) Ibuprofeno (Brufen)
- c) Ácido Acetilsalicílico (Aspirina)
- d) Nenhum
- e) Não sei
- f) Outro
- g) Se outro, qual(ais)? _____

11 - Como calcula a dose de antipirético (medicamento) a administrar ao seu filho(a)?

- a) Pelo peso do seu filho(a)
- b) Pela idade do seu filho(a)
- c) Pela última prescrição médica
- d) Não sei
- e) Outro
- f) Se outro, qual(ais)? _____

12 - Habitualmente alterna medicamentos (antipiréticos) quando o seu filho(a) tem febre?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei
- d) Se sim, qual(ais)? _____

13 - Na sua opinião os antipiréticos (medicamentos para a febre) têm efeitos secundários?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

14 - Que efeitos secundários pensa que esse(s) medicamento(s) podem causar?

- a) Náuseas
- b) Vômitos
- c) Alergias
- d) Diarreia
- e) Nenhum
- f) Não sei
- g) Outros
- h) Se outros, quais? _____

15 - Para cada afirmação assinale a opção que considera mais correta:

- | | Sim | Não | Não sei |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) O Paracetamol (Ben-U-ron) é o antipirético de escolha nos lactentes e crianças | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) A dose de Paracetamol (Ben-U-ron) recomendada é de 10-15 mg/Kg de 6 em 6 horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) O Ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao Paracetamol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) A dose recomendada de Ibuprofeno (Brufen) é de 5-10 mg/Kg, a cada 8 horas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada ao peso da criança | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada à idade da criança | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) A Aspirina (Ácido Acetilsalicílico) como antipirético, não está indicada em crianças menores de 12 anos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) As medidas físicas de arrefecimento (alívio de roupa, banho) devem ser sempre associadas a terapêuticas farmacológicas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

16 - Dá autorização para administrar antipirético (medicação para a febre) ao seu filho(a) na creche, escola, ama, atividade de tempos livres?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não se aplica

17 - Se sim, diga se alguma vez teve que assinar uma autorização por escrito para o fazerem:

- a) Sim
- b) Não
- c) Não se aplica

18 - Na sua opinião a febre é:

- | | Sim | Não | Não Sei |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Um processo de defesa do organismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Um sinal de alerta que indica que algo não está bem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Um sinal de infeção | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Outro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Se outro, qual? _____ | | | |

19 - Considera que a febre alta pode causar algum problema de saúde?

-
- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

20 - Considera que a causa da febre deve ser identificada e tratada?

- a) Sim
- b) Não
- c) Não sei

21 - Quando o seu filho tem febre, que outros sinais/sintomas, associados, são preocupantes para si?

	Sim	Não	Não Sei
a) Falta de ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Manchas no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Choro intenso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Prostração (caído)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Falta de apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Se outros, quais? _____			

22- Como obteve a informação que tem sobre a febre?

- a) Amigos
- b) Familiares
- c) Médico
- d) Enfermeiro
- e) Farmacêutico
- f) Livros/Revistas
- g) Televisão/Internet
- h) Experiência própria
- i) Outro
- j) Se outro, qual? _____

23- Em que momento procura um profissional de saúde para tratar a febre?

- a) Após algumas horas
- b) Após um dia
- c) Após três dias
- d) Após 4/5 dias
- e) Sempre que a febre é muito alta
- f) Outro
- g) Se outro, qual? _____

24 - Já recorreu ao Serviço de Urgência com o seu filho(a) por febre?

- a) Sim
- b) Não

25 - Se sim, antes de recorrer ao Serviço de Urgência com o seu filho aconselhou-se com:


- a) Enfermeiro de família
- b) Médico de família
- c) Enfermeiro de pediatria
- d) Pediatra
- e) Linha Saúde 24
- f) Ninguém
- g) Outro. Qual _____

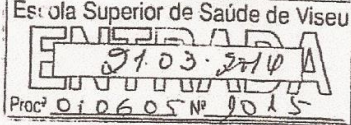
26-Quando o seu filho(a) tem febre, que outros sintomas o preocupam para recorrer ao Serviço de Urgência:

- a) Mau estado geral (aspeto doente)
- b) Prostração (caído)
- c) Vômitos/desidratação
- d) Manchas no corpo (petéquias)
- e) Não brinca
- f) Porque tem menos que 3 meses de idade
- g) Dificuldade respiratória
- h) Falta de apetite
- i) Febre com mais de 5 dias de evolução
- j) Nenhuma
- l) Não sei

Obrigada pela sua colaboração!



21-03-2014

Centro Hospitalar de
Trás-os-Montes e Alto Douro, E.P.E.
COMISSÃO DE ÉTICA

Escola Superior de Saúde de Viseu

Procº 010605 Nº 0015

Exm^{o(a)} Senhor(a)
Prof. Dr. Carlos Pereira
Escola Superior de Saúde de Viseu
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida.
102
3500-843 Viseu

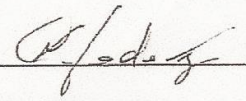
ASSUNTO: Projeto de Investigação

Após parecer emitido pela Comissão de Ética de 26/02/2014, o Conselho de Administração em 06/03/2014, Dar autorizou o pedido para que a aluna Carla Maria Alves da Silva, possa efetuar colheita de dados para projeto de investigação do Serviço de Pediatria sobre o tema "A febre na criança: Procura inadequada dos Serviços de Urgência", desde que seja apresentado o Consentimento Informado.

Com os melhores cumprimentos,

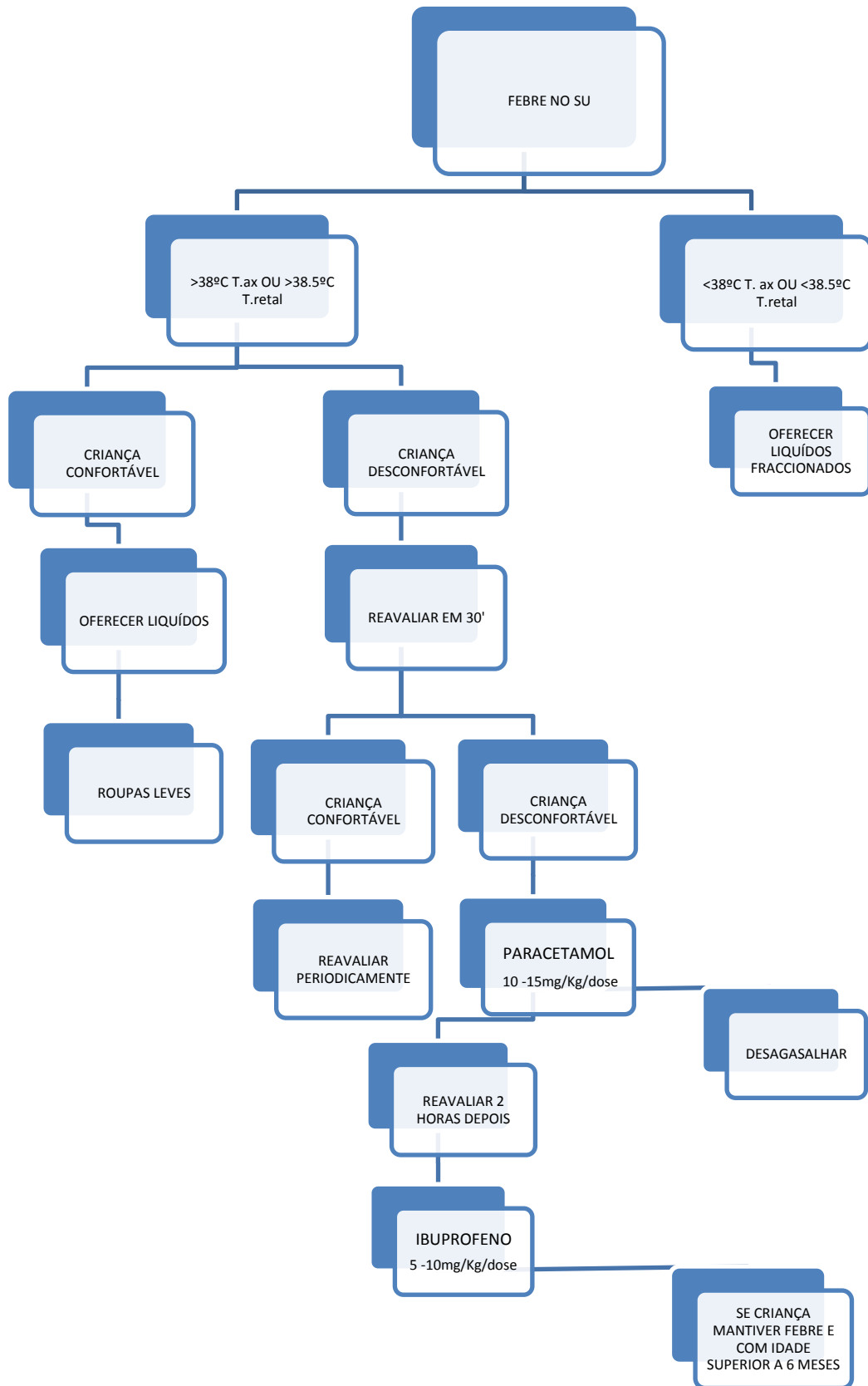
Vila Real, 12 de Março de 2014

O Presidente do Conselho de Administração


Carlos José Cadavez (Dr.)
Presidente do Conselho
de Administração

/HV

Organograma de decisão perante a febre na criança



Referências Bibliográficas

- Arcos, R.R.; Cerón, M.; González, L.R.; Segur, F.G.; Cervantes, G.V.; Villarreal, J.A.L. & Medina, H.U. (2010). Febre en pediatria. *Revista Mexicana de Pediatría*; 77(Supl. 1); S3-S8. Acedido em: <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>.
- Casanova, C.M.R.G. (2012). *Intervenções parentais à criança com febre. Dissertação de Mestrado não publicada.* Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto.
- Coutinho, J.A. (2013). *Febre – que termómetro utilizar para avaliar a temperatura.* Acedido em: <https://jorgezevedocoutinho.files.wordpress.com/2013/03/febre-que-termc3b3metro-usar-para-avaliar-a-temperatura.pdf>.
- Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica. Orientações Técnicas*, nº 14. Lisboa: DGS, 2004. p. 48. Vol. 1. ISBN: 972-675-102-0.
- Guyton, A.C. & Hall, J.E. (2011). *Tratado de fisiologia médica.* 12ª Edição. Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Purssell, E. (2010). Ibuprofen for treatment of fever in infants. *Practice Nursing*. 21(10): 316-320. Acedido em: <http://www.magonlineibrary.com/doi/10.12968/pnur.2010.21.10.78719>.
- Rocha, C.T.; Regis, R.R.; Nelson-Filho, P. & Queiroz, A.M. et al. (2009). Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*; 21(3): 244-51.
- Rodrigues e Rodrigues, L., Monteiro, T., Neto, T. & Rodrigues, C. (2010). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre. *Revista Saúde Infantil*, 32(1), 17-21. Acedido em http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article_id=152.
- Sullivan, J.E. & Farrar, H.C. (2011). Clinical Report - Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics*. Vol. 127(3). Acedido em: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/3/580.full>.
- Teng, C.; Ng, C.J.; Nik-Sherina, H.; Zailinawati, A.H. & Tong, S.F. (2009). The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic review. *J Trop Pediatr*; 54(1):70-3.
- Ward, M.A.; Edwards, M.S. & Torchia, M.M. (2014). *Patient information: Fever in children (Beyond the Basics).* Acedido em: http://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the-basics?sorce=search_result&avalia%C3%A7%C3+da+temperature+corporal+Ward%2C+Edwards%2CTorchia%2C+2014+Fever&selectedTitle=1~150.