

**Diana Gouveia Lucena**

**Atitudes dos pais perante a criança com febre**

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

**Diana Gouveia Lucena**

**Atitudes dos pais perante a criança com febre**

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



“O valor de todo o conhecimento está no seu vínculo com as nossas necessidades, aspirações e ações; de outra forma, o conhecimento torna-se num simples lastro de memória, capaz apenas - como um navio que navega com demasiado peso - de diminuir a oscilação da vida quotidiana”.

*Kliutchevski (s.d.)*



## **Agradecimentos**

A todos aqueles que contribuíram, de uma maneira ou de outra, para que este trabalho fosse possível, deixo aqui o meu mais sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, quero agradecer à minha orientadora, Professora Doutora Isabel Bica, pela sua disponibilidade e flexibilidade, pela preocupação e interesse demonstrados, pelas suas correções e sugestões, pela organização e responsabilidade.

Quero igualmente agradecer ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pela sua prestimosa ajuda no tratamento estatístico, por possibilitar a continuidade deste trabalho.

Desejo expressar o meu agradecimento a todos os pais que participaram neste estudo, sem eles o mesmo não seria possível.

Por fim, quero agradecer à minha mãe, que me acompanhou ao longo deste trabalho e que não me deixou desistir. Pela incansável paciência e compreensão, pela força e motivação; por nunca ter deixado de acreditar em mim, pela dedicação e por me fazer rir nas horas mais difíceis.

Mais uma vez, um muito obrigada a todos por tudo isto e por todos outros pequenos detalhes que jamais serão esquecidos.



## Resumo

**Enquadramento** – A fobia da febre continua a subsistir na atualidade, levando muitos pais a ficar ansiosos perante a febre no seu filho, refletindo-se em atitudes menos adequadas.

**Objetivos** – Identificar se as variáveis sociodemográficas se repercutem nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre; analisar se as variáveis contextuais da criança interferem nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre; averiguar se as variáveis fontes de informação sobre a febre interferem nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre.

**Material e Método** – Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional. Recorreu-se ao questionário de caracterização sociodemográfica, variáveis clínicas, fontes de informação, conhecimento e atitudes perante a criança com febre. A amostra é do tipo não probabilística por conveniência, constituída por 360 pais/acompanhantes de crianças na consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.

**Resultados** – Amostra é maioritariamente feminina (51.7%), sendo as mulheres, em média ( $M=34.78$  anos  $\pm 7.976$  anos), mais velhas comparativamente aos homens. As principais fontes de informação sobre a febre foram o médico de família, o enfermeiro, os familiares e a experiência própria. O sexo, a idade, a zona de residência e as habilitações literárias são variáveis que interferem nas atitudes dos participantes perante a criança com febre. Existe uma probabilidade de 63.9% de atitudes não adequadas perante a criança com febre.

**Conclusão:** Os resultados indicam que as atitudes da maioria dos pais/acompanhantes face à criança com febre são desadequadas. O que justifica que os pais/acompanhantes têm de ser mais esclarecidos, fazendo-se uma contextualização e desdramatização sobre o significado da febre, realçando aos pais a sua importância como mecanismo protetor do organismo no combate à infeção, alertando-os para os sinais de alarme que justificam a observação profissional atempada e para a adoção de atitudes adequadas.

**Palavras-chave:** Febre; Criança; Pais; Atitudes.



## **Abstract**

**Background** – The phobia of continuous fever to exist today, leading many parents to be anxious before the fever in your child, reflected in less appropriate attitudes.

**Objectives** - Identify whether the sociodemographic variables are reflected in the attitudes of parents / caregivers face the child with fever; consider whether contextual variables affect the child in the attitudes of parents/caregivers face the child with fever; ascertain whether the variables information sources fever interfere in the attitudes of parents / caregivers face the child with fever.

**Methods** - - Quantitative study, transversal, descriptive and correlational, held in a non-probabilistic convenience sample consisting of 360 parents / caregivers of children in Child Health consultation in public health institutions in the center of Portugal. It used a self-report questionnaire with sociodemographic, fever, Child and knowledge about the disease.

**Results** - Sample is mostly female (51.7%), with women on average ( $M=34.78$  years  $\pm 7.976$  years), older compared to men. The main sources of information about fever were the family doctor, the nurse, the family and the experience itself. The sex, age, area of residence and educational attainment are variables that affect the attitudes of participants before the child with fever. There is a probability of 63.9% of inadequate attitudes towards children with fever.

**Conclusion:** The results indicate that the attitudes of most parents / caregivers face the child with fever are inadequate. What justifies that parents / caregivers need to be more enlightened, being made a contextualization and de-dramatization about the signify market fever, highlighting its importance to parents as protective mechanism of the body to fight infection, alerting them to the warning signs that warrant timely professional observation and to adopt appropriate attitudes.

**Keywords:** Fever; Child; Parents; Attitudes.



## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>19</b>
<b>I PARTE – Enquadramento Teórico</b> .....	<b>23</b>
<b>1. A febre</b> .....	<b>25</b>
<b>2. Atitudes dos pais perante a febre na criança</b> .....	<b>37</b>
<b>II PARTE – Investigação Empírica</b> .....	<b>43</b>
<b>1. Metodologia</b> .....	<b>45</b>
1.1. Métodos .....	45
1.2. Participantes .....	47
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	48
1.2.2. Variáveis relativas à criança.....	51
1.3. Instrumentos .....	53
1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica, de contextualização da criança e de fontes de informação.....	54
1.3.2. Questionário de Conhecimento dos pais perante a febre na criança.....	54
1.3.3. Questionário das atitudes dos pais perante a febre na criança.....	55
1.3.4. Questionário das fontes de informação sobre a febre .....	55
1.4. Critérios de operacionalização de variáveis .....	55
1.5. Procedimentos .....	58
1.6. Análise de dados .....	59
<b>2. Resultados</b> .....	<b>63</b>
2.1. Análise descritiva .....	63
2.1.1. Medidas de avaliação tomadas pais/cuidadores perante a criança com febre....	63
2.1.2. Fontes de informação sobre a febre na criança.....	69
2.1.3. Atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre .....	70
2.2. Análise inferencial.....	72
2.2.1. Relação entre atitudes dos pais/acompanhantes e variáveis sociodemográficas	73
2.2.2. Relação entre atitudes dos pais/acompanhantes e variáveis contextuais à criança .....	75
2.2.3. Relação entre atitudes dos pais/acompanhantes e variáveis contextuais da febre .....	76
<b>3. Discussão</b> .....	<b>81</b>
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	<b>91</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>97</b>
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	
Anexo II - Pedido de Parecer à Comissão de Ética	
Anexo III – Pedido de autorização para aplicação dos questionários	



## Índice de figuras

Figura 1 - Patogenia da febre .....	28
Figura 2 - Representação esquemática da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica .....	47
Figura 3 - Árvore CHAID das atitudes dos pais/acompanhantes da criança em função das variáveis contextuais à febre .....	79



## **Índice de quadros**

Quadro 1 - Operacionalização e recodificação das variáveis.....	56
Quadro 2 - Indicadores de atitudes dos pais perante a criança com febre.....	57
Quadro 3 - Indicadores de fontes de informação sobre a febre na criança .....	58



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo.....	48
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos pais/acompanhantes .....	50
Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o grau de parentes com a criança .....	50
Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade da criança por sexo.....	51
Tabela 5 - Estatísticas relativas ao peso da criança por sexo.....	52
Tabela 6 - Caracterização da criança .....	53
Tabela 7 – Primeiro método utilizado para confirmar a febre na criança e sexo .....	63
Tabela 8 – Confirmação da febre sempre com termómetro e sexo.....	64
Tabela 9 – Tipo de termómetro utilizado e sexo .....	64
Tabela 10 – Autorização para administrar antipirético ao filho na creche, escola, ama, atividades de tempos livres e sexo .....	65
Tabela 11 – Concessão de autorização por escrito para administração de antipirético ao filho na creche, escola, ama, atividades de tempos livres e sexo .....	65
Tabela 12 – Momento em que procuram um profissional de saúde para tratar a febre e sexo.....	65
Tabela 13 – Procura do serviço de urgência com a criança por febre e sexo .....	66
Tabela 14 – Atitude para baixar a febre ao filho(a) e sexo.....	66
Tabela 15 – Atitude para baixar a febre ao filho(a) e sexo.....	67
Tabela 16 – Valor admitido pelos pais/acompanhantes para tomarem as atitudes .....	68
Tabela 17 – Valor a partir do qual administram antipirético .....	68
Tabela 18 – Fontes de informação sobre a febre e sexo .....	70
Tabela 19 - Estatísticas relacionadas com as atitudes perante a criança com febre.....	71
Tabela 20 - Classificação das atitudes e variáveis sociodemográficas .....	72
Tabela 21 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e sexo.....	73
Tabela 22 – Análise de variância a um fator entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e idade dos pais/acompanhantes .....	73
Tabela 23 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e estado civil.....	74
Tabela 24 – Teste t de Student entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e zona de residência dos pais/acompanhantes.....	74
Tabela 25 – Análise de variância a um fator entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e habilitações literárias dos pais/acompanhantes .....	74

Tabela 26 – Teste t de Student entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e existência de mais filhos .....	75
Tabela 27 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e número de filhos .....	75
Tabela 28 – Teste t de Student entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e sexo da criança.....	75
Tabela 29 – Análise de variância a um fator entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e idade da criança .....	76
Tabela 30 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e sexo.....	76
Tabela 31 – Atitudes dos pais/acompanhantes da criança face à febre e variáveis contextuais à febre .....	77

## Introdução

A febre é definida como a elevação da temperatura do corpo em resposta a um estímulo patológico, podendo ser indiciadora de um processo inflamatório, infeccioso ou não, de uma desordem neoplásica ou de uma reação a determinadas drogas (MaCambira, 2007). Tratando-se do conceito de “febre na criança”, não há um consenso absoluto entre os vários autores no que respeita à sua definição exata (Murahovschi, 2003).

A sua definição implica estabelecer o que é temperatura dentro dos padrões fisiológicos, não sendo esta uma tarefa simples, na medida em que a mesma varia de acordo com alguns fatores, como a faixa etária: um lactente apresenta uma temperatura normal mais elevada do que a de um adulto; a partir de um ano de idade, a temperatura tende a diminuir para níveis análogos aos do adulto. Outro fator a ter em consideração é a variação circadiana, a temperatura corporal é mais baixa de madrugada e no início da manhã, sendo máxima no final da tarde e início da noite. A atividade física intensa e a temperatura ambiental elevada, num local pouco ventilado, podem resultar no aumento da temperatura. Por outro lado, o local de avaliação da temperatura no corpo também apresenta variações, sendo a temperatura retal maior do que a oral, sendo esta mais elevadas do que a axilar (Murahovschi, 2003).

A febre é um sintoma frequente nas crianças e uma preocupação para os pais. De acordo com Silva e Gonçalves (2013), a principal causa de febre nas crianças são as infeções por vírus e por bactérias, todavia, é preciso ter-se em consideração que, a febre em si, não representa um problema e, muitas vezes, conforme os mesmos autores, são prescritos medicamentos para combater a febre por uma questão de conforto da criança, não por ser prejudicial tê-la.

Em muitos casos, a febre é sobrevalorizada pelos pais, tendo isso como consequência um início, por vezes, precoce da medicação antipirética. Um estudo realizado em 2010 pela Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa revelou que 77% dos pais de crianças com menos de 4 anos optariam por medicar a uma temperatura média de 38°C, o que é considerado um pouco prematuro, devendo administrar-se um medicamento para a febre se a temperatura axilar for superior a 38,5°C (39°C rectal), se a criança estiver desconfortável ou se já tiver tido convulsões com a febre (Silva & Gonçalves, 2013).

Muitos pais ficam ansiosos perante o seu filho com febre, contudo, os mesmos devem se informados que não estão perante um sintoma grave, mas sim, uma reação relacionada com a ativação do sistema imunitário, que vai ajudar a repor a saúde (Dinarello & wolff, 2008).

Alguns estudos têm demonstrado que a febre na criança é um dos principais motivos de preocupação dos pais e uma das causas mais frequentes da procura de cuidados de saúde, sobretudo o Serviço de Urgências Pediátricas. Na grande maioria dos casos, a febre é desencadeada por processos benignos, e, salvo outra indicação, deve procurar-se a observação profissional quando a criança tiver menos de 3 meses ou febre acima de 40°C acompanhada de alguns sinais de alarme, como o estado de prostração, irritabilidade (choro difícil de consolar), manchas na pele, vômitos repetidos e dificuldade respiratória (Silva & Gonçalves, 2013). Além disso, em conformidade com os mesmos autores, os pais devem ser informado que não devem recorrer à urgência hospitalar, caso existam outros recursos disponíveis, como o centro de saúde.

Por se ter consciência desta realidade e porque a febre na criança, para muitos pais, ainda é encarada com uma conotação negativa, levando-os a ter atitudes pouco corretas face à identificação, avaliação e atuação perante a febre, formularam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a atitude dos pais perante a febre na criança?
- Quais os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis fontes de informação e de caracterização da criança) que influenciam as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre?

Para o estudo, delinearão-se os seguintes objetivos:

- Identificar se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, escolaridade) se repercutem nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre;
- Analisar se as variáveis contextuais da criança (grau de parentesco, idade, sexo, peso, sofrer ou não de alguma doença) interfere nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre;
- Averiguar se as variáveis fontes de informação sobre a febre interferem nas atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

O estudo está estruturado em duas partes, o enquadramento teórico e o estudo empírico. Na primeira parte aborda-se a febre, seguindo-se as atitudes dos pais perante a febre na criança, tendo em consideração os estudos existentes. A segunda parte contém todos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando pela conceptualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de estudo e esquema conceitual de base. Segue-se a apresentação dos participantes, tendo em conta o tipo de amostra e a caracterização sociodemográfica da mesma, o instrumento de recolha de dados e a caracterização psicométrica, os procedimentos na recolha dos dados e éticos, a análise dos

dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados. Seguem-se a apresentação e discussão dos resultados. O trabalho encerra com as principais conclusões, limitações e sugestões.



**I PARTE – Enquadramento Teórico**

---



## 1. A febre

A febre é a manifestação de doença mais comum em Saúde Infantil e o mais frequente motivo para recurso a cuidados de saúde. Esta define-se como uma elevação da temperatura corporal, acima dos valores considerados normais para a criança. Porém, tem de se ter em consideração que a temperatura corporal varia de acordo com vários fatores: o ritmo circadiano, sendo mais baixa por volta das 4 horas e mais elevada por volta das 18 horas, com uma variação máxima de 0,6 °C, a temperatura ambiente, o vestuário, a atividade física, alterações emocionais e também com o local onde se faz a medição. Desse modo, pode considerar-se que uma criança tem febre se tiver uma temperatura retal superior a 38 °C, timpânica superior a 37,6 °C e axilar superior a 37,4 °C, tendo em atenção que não se deve basear num valor único. Por norma, é mais consensual considerar que a criança tem febre se apresentar uma temperatura axilar superior a 38 °C, independentemente da idade (Adam & Stankov, 2004). A Direção Geral de Saúde (2004, p. 8) expõe que a temperatura “geralmente oscila entre os 36 e os 37°C de manhã, e perto dos 38°C, à tarde (temperatura retal). A temperatura axilar apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral e 1°C em relação à retal).”

A maioria das bactérias e vírus que causam infeções humanas encontram melhores condições para proliferar volta dos 37°C, considerada temperatura normal do corpo humano. Como tal, o aumento da temperatura corporal pode dar ao corpo uma vantagem de defesa. Por outro lado, uma febre ativa o sistema imunológico a produzir mais glóbulos brancos, anticorpos e outros agentes que combatem a infeção. Assim, a febre é uma parte importante na defesa do organismo (Guias de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012).

No que se refere à sua etiologia, a maior parte das vezes e, particularmente, na infância, como já referido, a causa mais comum é a infeção. Por outro lado, existem várias causas que podem originar febre: as emoções fortes, a temperatura ambiente alta, as roupas molhadas ou excessivamente grossas, o calor ou a insolação, a intoxicação, outras doenças não-infecciosas. Pode, ainda, ocorrer febre após a criança comer, realizar atividade física intensa e após a vacinação (Guias de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012). Refere-se também que é imprescindível que os pais tenham o conhecimento de que a febre não é contagiosa, ou seja, não é uma doença, mas um sintoma que reflete uma alteração no corpo, ainda que possa ser causada por uma doença infecciosa, que pode resultar em infeção.

A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem descreve a febre do seguinte modo: termorregulação comprometida, elevação anormal da temperatura corporal;

alteração do centro termorregulador do termóstato interno, estando relacionada com um aumento da frequência respiratória, da atividade metabólica, 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. Por sua vez, a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor (International Council of Nurses, 2011).

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2004, p. 7), “a febre define-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna (...) pode também surgir associada a processos inflamatórios, neoplasias ou traumatismos e ter origem em causas psicológicas”. Por conseguinte, a febre manifesta-se na elevação da temperatura corporal em resposta a um estímulo patológico, podendo indiciar um processo inflamatório, infeccioso ou não, bem como uma desordem neoplásica ou uma reação a determinadas drogas.

A febre não é contagiosa e não é uma doença. Trata-se de um sintoma que acarreta mudança no corpo, apesar de poder ser causada por uma doença inoficiosa, por conseguinte, pode causar infeção (Sarrell, Cohen & Kahan, 2010). Segundo vários autores, trata-se de um processo adaptativo natural que pode melhorar a resistência do corpo contra infeções (McDougall & Harrison, 2014; Sarrell, Cohen & Kahan, 2010). Assume-se como o aumento controlado da temperatura corporal, acima dos valores normais da pessoa, inclusive, as observações *in vitro* têm sugerido que a mesma desempenha uma importante função ao potenciar a resposta imune e anti-inflamatória (Walsh, Edwards & Fraser, 2008). De acordo com os referidos autores, essa ação ocorre em consequência do atraso no crescimento e na reprodução de bactérias e vírus, bem como com o aumento da produção de neutrófilos e proliferação de células-T, coadjuvando a reação de fase aguda do organismo.

São várias as causas que podem estar na origem da febre, nomeadamente: infeções, neoplasias, distúrbios metabólicos (agudos ou genéticos), inflamação ou enfarte vascular, lesões teciduais, drogas ou outras, são diversas as causas da febre (Powell, 2005). A grande maioria dos episódios febris é secundária a infeções virais benignas e de natureza auto-limitada (Rodrigues & Rodrigues et al., 2010).

É importante referir-se que a febre, como consequência de uma infeção ou inflamação, pode ter na sua etiologia uma multiplicidade de microrganismos (bactérias, vírus, fungos) e pode ser causada por reações inflamatórias (lesões tecidulares, enfartes, malignidade, reações antigénio-anticorpo). Nestes casos, ocorre a produção de substâncias pirogênicas que alteram o controlo da temperatura central. Os pirogêneos podem agrupar-se em duas categorias: pirogêneos exógenos – exteriores ao organismo, tais como os produzidos pelos agentes inoficiosos, e pirogêneos endógenos - atuam no hipotálamo, no centro de

termorregulação, para fazer diminuir as perdas de calor e elevar a sua produção, provocando a subida da temperatura corporal, a febre (Chiappini et al., 2009).

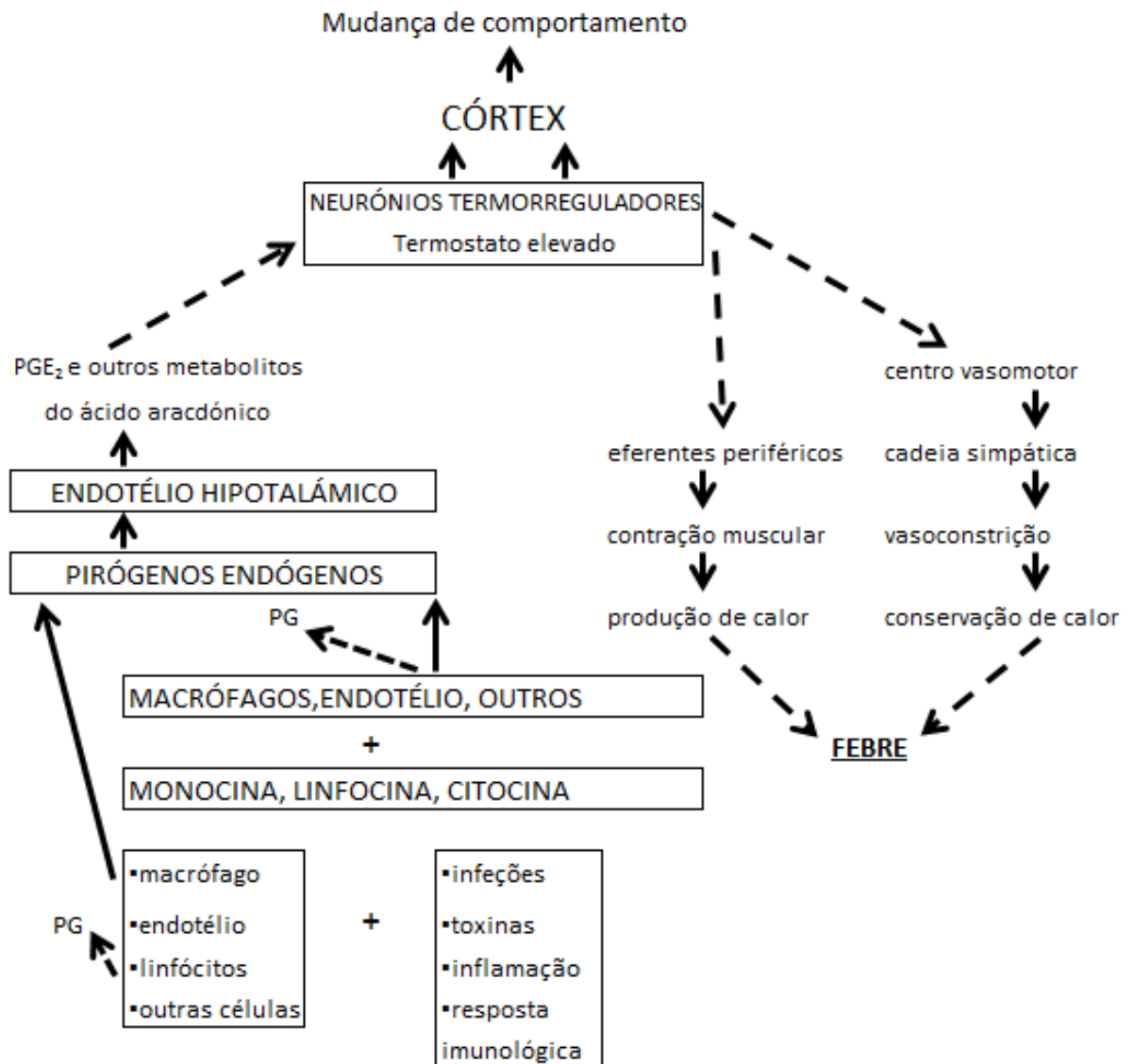
Os pirogêneos exógenos podem ser microrganismos, produtos de microrganismos, toxinas ou agentes químicos, nomeadamente fármacos (anfotericina, fenotiazidas, etc.). Os pirogêneos endógenos são polipeptídeos, produzidos por uma grande variedade de células do organismo, geralmente denominados de citoquinas ou citocinas que, para além de induzirem febre, têm outros efeitos como hematopoiéticos, inflamatórios e de regulação do metabolismo celular. Os mais importantes são as interleucinas 1 $\alpha$  e 1 $\beta$  (IL 1 $\alpha$   $\alpha$   $\alpha$  e IL 1 $\beta$   $\beta$   $\beta$ ), o fator de necrose tumoral  $\alpha$  (TNF  $\alpha$   $\alpha$   $\alpha$ ), o interferão  $\alpha$  (IFN  $\alpha$   $\alpha$   $\alpha$ ) e a interleucina 6 (IL 6) (Magalhães et al, 2002, Murahovschi, 2003, McDougall & Harrison, 2014).

De uma forma geral, os pirogêneos exógenos atuam sobretudo pela indução da formação de pirogêneos endógenos, através da estimulação de células do hospedeiro, habitualmente monócitos ou macrófagos (McDougall & Harrison, 2014).

Supõe-se que as citoquinas produzidas, por sua vez, estimulam a produção de proteínas de fase aguda do fígado, sendo exemplos a proteína C - reativa e o soro amilóide A. Em conjunto, estas substâncias desencadeiam respostas neuro-endócrinas que despoletam sintomas típicos de doença: febre, anorexia e letargia (McDougall & Harrison, 2014).

As citoquinas presentes na corrente sanguínea induzem, ao nível das células endoteliais da rede vascular especializada (*organum vasculosum laminae terminalis*) que perfunde o hipotálamo, a libertação de metabólitos do ácido araquidónico, principalmente a prostaglandina E2 (PGE2) e talvez a prostaglandina F2 $\alpha$  (PGF2 $\alpha$ ). Estas últimas terão como efeito elevar o ponto de regulação térmica, ou seja, o efeito de reprogramação do centro termorregulador hipotalâmico (McDougall & Harrison, 2014) (cf. Figura 1).

Figura 1: Patogenia da febre



Fonte: Adaptado de Powell, (2005)

De acordo com Casanova (2012), o corpo humano tem a capacidade de, durante a febre, constituir um limite à elevação térmica, através de substâncias que funcionam como antipiréticos centrais intrínsecos (substâncias hipotalâmicas, neuropéptidos, tais como a somatostatina, a arginina-vasopressina e o fator estimulante dos melanócitos) de modo que a mesma não ultrapasse, em geral, os 41°C, porque, caso contrário, a subida térmica descontrolada seria prejudicial ao organismo. Assim, considera-se os 41,1°C, de temperatura retal, como o limite máximo de regulação hipotalâmica (Carrilho, 2003). Por esta razão, é considerada febre muito elevada o teto térmico dos 41°C, igualmente denominada de hiperpirexia (Carrilho, 2003; Powell, 2005).

Existem vários meios para se saber se uma criança tem febre, podendo a mesma ser notada pelo toque, o pulso ou o batimento cardíaco acelerado, a respiração mais rápida, a face mais ruborizadas ou as alterações na atividade e na personalidade. Contudo, para se ter a certeza se há febre, é necessário que se avalie a temperatura com um termómetro (Guias de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012).

Face a temperaturas muito elevadas e, conseqüentemente perigosas, a resposta imunológica, a título exemplificativo, a fagocitose e a transformação linfocitária, é reduzida podendo ter conseqüências prejudiciais e perigosas (Carrilho, 2003). São raros os casos em que a temperatura continua a aumentar para além dos 40°C, nos quais ocorre o risco elevado haver dano cerebral irreversível (Broom, 2007). Por seu lado, El-Radhi (2009) menciona que, mesmo nos limites dos 40°C aos 42°C, não há certezas que a febre seja nefasta para os tecidos.

As temperaturas, superiores a 41°C, frequentemente, não se relacionam com as causas infecciosas, mas com a disfunção do sistema nervoso central, que envolve o hipotálamo, como é exemplo a “hipertermia maligna, síndrome neuroléptica maligna, febre medicamentosa ou ataque cardíaco” (Powell, 2005, p. 889). Contudo, mesmo sem valores considerados perigosos, as pessoas com febre podem apresentar sintomas generalizados como mialgias, artralguas, anorexia e sonolência, bem como alterações do estado mental, abrangendo os delírios e as convulsões, apesar de estas últimas serem mais comuns nas crianças, nos idosos e nos doentes mais debilitados (Powell, 2005).

Neste sentido, um número significativo de evidências indica que a febre é uma resposta adaptativa e, como tal, benéfica ao organismo. Trata-se de uma ocorrência muito complexa, que excepcionalmente constitui uma ameaça, porque quase nunca excede os 41°C, levando “a crer que não seja inútil nem lesivo” (Carrilho, 2003 p. 466).

Na criança, e tendo-se em consideração as orientações da Direção-Geral da Saúde (2004, p. 11), há a considerar os seguintes critérios como justificativos para referenciar uma criança febril à urgência hospitalar: “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; necessidade de realizar exames complementares.

Fazendo-se uma comparação com as guidelines do National Collaborating Center for Women's and Children's Health (2007), existem sinais/sintomas que são considerados situações de risco, por ambas as entidades, como o facto de o lactente ter menos de três meses de idade, a febre ter uma duração de mais de cinco dias de evolução, haver alteração do

tempo de reperfusão capilar, alteração do estado de alerta, entre outras. As orientações da Direção-Geral da Saúde (2004) referenciam a bradipneia e o National Collaborating Center for Women's and Children's Health (2007) apenas refere a taquipneia, porém é, igualmente, de mau prognóstico a criança febril estar bradipneica, porque a hipoventilação, tal como a hiperventilação, pode estar relacionada com uma síndrome de sepsis (Carrilho, 2003).

Neste âmbito, refere-se que há um critério pouco valorizado na prática dos profissionais de saúde, o valor da frequência cardíaca e do tempo de reperfusão capilar. Todavia, perante uma criança febril, os profissionais de saúde deveriam, para além de avaliarem a temperatura corporal, avaliar a frequência respiratória, a frequência cardíaca e do tempo de reperfusão capilar, como parte do exame de rotina, deixando a avaliação da tensão arterial para segundo plano, na medida em que esta não assume tanto significado clínico comparativamente aos outros sinais vitais, salvo nos casos em que a criança revela patologia de base associada, ou quando há alteração nos valores da frequência cardíaca e do tempo de reperfusão capilar (National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007).

Por norma, o quinto dia de febre é tido como referência para procurar aconselhamento médico (Direção-Geral da Saúde, 2004; National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007). Salgado (2014) refere que, em Portugal, o terceiro dia de febre, por princípio, é que se assume como ponto de referência para os pais procurarem aconselhamento profissional. Contudo, o mesmo autor alude que este não será o melhor dia para a criança ser observada, pois para as doenças ligeiras é demasiado cedo e para as graves poderá ser demasiado tarde. Neste sentido, Salgado (2014, p. 45) menciona que “merece maior atenção o comportamento global de uma criança com febre no primeiro e no segundo dia de febre do que no terceiro ou mesmo quarto”.

Tendo em conta que é impensável e até excessivo que todas as crianças sejam observadas imediatamente nas primeiras horas após o início da febre, os pais têm de ser ensinados a avaliar a criança febril, de preferência três a quatro horas depois de administrarem o antipirético, no que se refere a determinadas características do estado geral, as quais foram designadas por Salgado (2014), de critérios de alerta da febre, designadamente a presença de dor, o aspeto da pele, o choro inconsolável, a prostração, entre outros.

Atualmente, os pais possuem uma vasta gama de dispositivos médicos para a avaliação da temperatura corporal que, aquando da sua aquisição, os levam a indecisão, suscitando-lhes muitas dúvidas acerca de qual o aparelho mais fácil de utilizar e, simultaneamente, mais fidedigno. Os tipos de termómetros disponíveis no mercado, com mais reconhecimento em Portugal, são os químicos, os eletrónicos, trivialmente denominados de digitais e os de infravermelhos (Casanova, 2012).

Como tal, existem à disposição vários tipos de termómetros para avaliar a temperatura. Desde os termómetros corporais clássicos e convencionais, de mercúrio, termómetros digitais ou eletrónicos, termómetros por infravermelhos, termómetros de cristais líquidos para contacto cutâneo, termómetros para a medição no ouvido, termómetros incorporados em chupetas (Coutinho, 2013).

De acordo com o mesmo autor, os termómetros clássicos e convencionais, de coluna, são de vidro com uma escala, cujo líquido por aquecimento sobe na escala. Podem utilizar-se para medir a temperatura na superfície corporal (na axila ou na virilha), na boca ou no ânus. São rigorosos, mas têm o inconveniente de ser quebráveis e a medição ser demorada (geralmente entre 3 e 5 minutos quando na axila ou virilha e 1 a 2 minutos na zona ano-retal). Antes de ser colocado o termómetro, deve verificar-se que a coluna colorida está abaixo dos 36°C (Coutinho, 2013).

Os termómetros digitais são os mais aconselhados o que se deve à sua velocidade de leitura, sendo fiáveis e apresentam maior segurança para uso domiciliário. No que se refere aos termómetros timpânicos, os mesmos, ainda em conformidade com o autor citado, podem resultar em falsas leituras, ou seja, em muitas situações não conseguem detetar a febre ou mesmo detetar febre quando esta não existe, sendo exemplo uma infeção no ouvido. O termómetro de chupeta é uma variante deste tipo de termómetros, utilizado em latentes (Coutinho, 2013).

Os termómetros por infravermelhos são os mais modernos e utilizam tecnologia eletrónica, funcionando com uma pequena bateria. Têm uma medição muito rápida, quase imediata, durando apenas algumas frações de segundo e emitem um sinal sonoro no fim da medição. Há os que medem por contacto e os que medem a uma pequena distância da pele. Outros combinam estas duas modalidades. São exemplo destes, os de medição na testa, na região da artéria temporal ou nos ouvidos. São talvez os que as crianças mais pequenas melhor aceitam. No entanto, são os mais difíceis de utilizar necessitando-se de alguma prática (Coutinho, 2013).

Os termómetros de cristais líquidos consistem em pequenas tiras geralmente retangulares que se aplicam na pele da testa e que ou vão mudando de cor à medida que a temperatura aumenta ou mostram o valor medido numa escala impressa. O seu funcionamento é por cristais líquidos muito sensíveis. A medição pode durar 1 ou mais minutos e muitos deles são descartáveis. A medição não tem a mesma precisão que os outros termómetros. Não são muitos fiáveis e, por isso, não se aconselham para avaliar a febre (Coutinho, 2013).

Dependendo do tipo de termómetro, há precauções que devem ser tidas em conta, nomeadamente: no caso do digital, o local de uso, particularmente no reto e na axila. Para

uso no reto, o termómetro tem de ser inserido com muito cuidado para que não se causem lesões na criança. No caso de ser uma criança mais velha, o termómetro pode ser colocado na boca; relativamente ao uso do termómetro timpânico, o mesmo tem que ser manuseado cuidadosamente a fim de não se ferir o ouvido da criança; quanto aos termómetros de mercúrio, os mesmos não devem ser usados pelas possibilidades de lesões devido à possível quebra causada por estilhaços de vidro, bem como por condições ambientais, ou seja, o contacto com o mercúrio. Se o termómetro for digital, indica automaticamente o final da medição, através de um sinal sonoro. Tratando-se de outro tipo de termómetro, os tempos sugeridos para manter o termómetro colocado, são 2 minutos no reto e na boca, 4 minutos na axila (Guias de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012; Coutinho, 2013).

A perceção subjetiva de febre, por parte dos pais/acompanhantes, tem de ser sempre ponderada como uma queixa válida e muito pertinente, levando os profissionais de saúde a atender a criança do mesmo modo que atendem uma criança que apresente um valor real de febre, avaliado com um termómetro (National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007). Apesar de não existirem evidências, em termos de investigação, que tenham avaliado a sensibilidade deste método em comparação a outros tidos como válidos, “a sensibilidade e especificidade do toque, para detetar febre, é comparável às relatadas pelos termómetros axilares e timpânicos. (...) a deteção da febre através do toque é provavelmente tão fiável quanto as outras alternativas” (National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007, p. 32), à exceção do grupo etário dos latentes menores de dois meses de idade, casos em que se considera que este método não é tão fidedigno, determinando, por esse motivo, o uso de um termómetro, o qual, como método isolado para determinar a presença de febre, nesta faixa etária, em particular, é pouco fidedigno (Casanova, 2012).

Relativamente ao local onde se deve avaliar a temperatura para que a sua medição seja fiável, refere-se que o local mais fiável é no reto, particularmente quando se trata de crianças com idade inferior aos 2 anos. A partir dessa idade, a medição pode ser feita na axila. Caso a temperatura axilar seja normal e se a criança tiver febre, a temperatura pode sempre ser confirmada no reto. A temperatura do corpo é considerada febre, dependendo do local onde é avaliada. Assim, considera-se febre a partir de: retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; ouvido  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ; oral  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ ; axilar  $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$  (Guias de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012).

É importante também referir que não existem normas para a precocidade de avaliar a temperatura corporal, quando a criança tem febre. A avaliação da temperatura corporal deve ser realizada sempre que haja alterações nas atividades da criança, ou quando esta estiver mais “quente”. A avaliação deve ser feita previamente a medidas para baixar a febre. Caso

já se tenha administrado um medicamento para reduzir a febre, o ideal é esperar entre 4-6 horas para fazer efeito, após esse tempo pode administrar-se outra medicação, caso seja necessário (Guia de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012).

Existem várias intervenções, farmacológicas ou não, para diminuir a temperatura corporal, porém, não existem ainda indicações completamente claras e universais de como e quando as utilizar. Se por um lado, há profissionais de saúde que preferem recorrer a estas medidas para diminuir a temperatura até valores que consideram normais, outros apenas têm como objetivo reduzir a temperatura febril independentemente dos valores envolvidos para, particularmente, diminuir o desconforto associado (National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007).

Os fármacos não deveriam ser utilizados rotineiramente em todas as crianças apenas porque têm febre, ou seja, os mesmos deveriam ser administrados sobretudo naquelas que apresentam sinais de desconforto, o que compreende 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, 2007). Contudo, segundo Casanova (2012), não há consenso relativamente a esta atitude e se alguns estudos e autores sustentam que se deveria deixar os episódios febris, quando não têm associados sinais/sintomas descritos anteriormente, seguirem o seu curso natural, outros resguardam que se deveria atuar para evitar os efeitos colaterais da febre.

A decisão de se tratar ou não a febre em si, ou seja, tentar normalizar a temperatura, depende dos factos já apresentados, existem evidências de que a febre estimula as defesas do organismo. Não existe risco pela febre alta em si, a não ser em crianças muito debilitadas, com cardiopatias ou com insuficiência respiratória (Murahovschi, 2003). Por outro lado, as lesões do sistema nervoso central podem ocorrer em níveis próximos de 42,5 °C. A febre associa-se ao desconforto, o qual pode ser aliviado por meios que normalizam a temperatura do corpo. A febre pode desencadear convulsão em crianças suscetíveis de tal. Com base nestas premissas, o tratamento deve ser individualizado. Se a temperatura não for elevada, ou seja, <38,9°C no reto, 38,5°C na axila, ou se a criança se sentir desconfortável, pode recorrer-se a medidas físicas; se a febre for persistente e produzir mal-estar na criança, pode recorrer-se aos antipiréticos (Murahovschi, 2003).

As medidas físicas têm como função reduzir a temperatura, com ou sem recorrer à utilização de antipiréticos, tais como: retirar a roupa em excesso; dar banho à criança com água morna; hidratá-la, dando-lhe bastante líquidos; reduzir as suas atividades físicas; proporcionar uma temperatura ambiente neutra (22°C). Em muitos casos, estas medidas propiciam resultados para febres baixas e doenças menos graves ou em complemento com a

medicação. Quanto à medida farmacológicas – antipiréticos, os mais aconselháveis são o paracetamol, administrado por via oral ou em supositórios a cada 4 a 6 horas, e o ibuprofeno por via oral a cada 6 a 8 horas (Murahovschi, 2003).

De acordo com o Guia de Saúde – Processo de Febre na Criança (2012), deve iniciar-se pelo paracetamol. Recomenda-se o uso de uma única medicação para controlar a temperatura. Só se devendo utilizar dois antipiréticos diferentes alternados a cada 4 horas (paracetamol e ibuprofeno), nos casos em que não se consegue com um único fármaco e se recomendado pelo profissional de saúde. Contudo, tem mais riscos do que o uso de um único medicamento. O paracetamol pode ser usado em qualquer idade e o ibuprofeno não deve ser utilizado em crianças com menos de 6 meses. No que se refere ao paracetamol, a dose recomendada é de 10 a 15 mg/kg e deve ser administrado cada 4-6 horas, até 5 vezes nas 24 horas, por via oral ou retal; o ibuprofeno deve ser administrado na dosagem de 5 a 10 mg/kg, cada 6-8 horas, por via oral. Este tratamento não é sistemático e assenta sobretudo na apreciação do profissional de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2004).

Regra geral, depois da administração de antipiréticos, a temperatura desce. Ainda assim, não se deve esperar que esta normalize à temperatura comum do corpo, a qual, às vezes, é de meio grau, e o organismo tenta manter alta a temperatura como uma luta contra a doença (Guia de Saúde – Processo de Febre na Criança, 2012). É fundamental que os pais sejam informados de que os antibióticos não são medicamentos para reduzir a febre, devendo ter o conhecimento que, *grosso modo*, a febre é causada por infeções virais, sem resposta ao tratamento com antibióticos.

A prática da administração alternada do paracetamol e do ibuprofeno tem sido, ultimamente, motivo de estudo por parte de vários investigadores. Anteriormente, a prática muito comum era a de os pais administrarem alternadamente um e outro fármaco nas 24 horas e num mesmo episódio febril. Wright, Ashley e Liebelt (2007) observaram que 81% dos pais relataram que alternavam a administração dos antipiréticos porque tinham sido orientados nesse sentido pelo médico assistente/pediatra e que só 8% o fazia por sua própria iniciativa. Esta é uma prática muito discutível, cujas últimas evidências sugerem que deve ser desencorajada (Bowden, et al., 2008; Costa, et al., 2008; Cruz, et al., 2012; National Collaborating Center for Women's and Children's Health, 2007). A Direção-Geral da Saúde (2004, p. 10) afirma que “a monoterapia deve permanecer a regra na prescrição de antipiréticos em pediatria, usados na posologia segura e eficaz. Apenas em situações pontuais e excecionais se deverá recorrer à utilização de dois antipiréticos diferentes, no mesmo episódio febril”.

Outros estudos demonstram que há efetivamente a evidência de que a terapêutica combinada é mais eficaz a baixar a temperatura corporal, assim como a diminuir o mal-estar

decorrente da própria febre (Sullivan e Farrar, 2011). Zomorodi e Attia (2008) verificaram que o ibuprofeno parece ser mais eficaz como antipirético e Kramer et al. (2008) observaram igualmente diferenças significativas na ação destes dois fármacos, o que indica a existência de uma eficácia maior do que nos esquemas de monoterapia. Paul et al. (2010), de igual modo, concluíram que o uso alternado destes dois antipiréticos é mais eficaz do que o uso isolado do ibuprofeno.



## 2. Atitudes dos pais perante a febre na criança

A atitude é uma tendência, relativamente estável e duradoura, que possibilita que a pessoa tenha um determinado comportamento em relação às pessoas, aos objetos, instituições ou acontecimentos, ou seja, é uma espécie de avaliação criada pelo indivíduo em que irá reagir positiva ou negativamente, em relação a determinado assunto (Albuquerque & Ramos, 2007).

As atitudes podem ser favoráveis ou desfavoráveis relativamente a pessoas, objetos ou acontecimentos. Todo o juízo ou valor que se desenvolvem estão intimamente ligados a factos antecedentes. Desta maneira, há quatro funções primordiais das atitudes (Katz, 1974, cit. por Albuquerque & Ramos, 2007):

- Conhecimento: as atitudes ajudam as pessoas a compreender o mundo envolvente, organizando o seu complexo sistema de estímulos e tornando-o mais simples;
- Ego defensivo: as atitudes ajudam os sujeitos a proteger a sua autoestima, visto que podem “encobrir” verdades sobre os outros ou sobre si próprios.
- Adaptativa: as atitudes permitem atingir e manter o ajustamento social e evitar as distâncias sociais.
- Expressão de valores: as atitudes ajudam os sujeitos a expressar os seus valores fundamentais ao refletir a individualidade de cada indivíduo, ou seja, as suas crenças, valores, normas e sentimentos.

Os valores influenciam as atitudes e estas, naturalmente, influenciam o comportamento e, conseqüentemente, podem influenciar a forma de atuação perante determinada situação e as decisões tomadas, como é o caso dos pais perante a febre na criança.

A febre constitui uma das maiores preocupações para os pais quando os seus filhos estão doentes, levando a uma grande procura de cuidados de saúde, o que se deve à extrema ansiedade em relação aos possíveis problemas que a febre pode ocasionar (Al-Nouri & Basheer, 2006; Pestana, 2003; Rocha, Regis & Nelson-Filho, 2009).

Schmitt (1980, cit. por Rocha, Regis e Nelson-Filho, 2009) descreveu, pela primeira vez, a fobia da febre (“fever phobia”), que se traduz no medo excessivo dos pais face à febre do filho, independente da classe sociocultural e habilitações académicas. Na mesma linha de pensamento, Pestana (2003) refere que a fobia da febre pode emergir, presumivelmente, resultante da milenar perversão do seu valor como sintoma, levando a uma excessiva utilização dos serviços de saúde ou à adoção de atitudes desajustadas e tratamentos demasiado agressivos. Estas atitudes por parte dos pais são corroboradas com alguns estudos

(Crocetti, Moghbeli & Serwint, 2001; Al-Nouri & Basheer, 2006). Também Matziou (2007) refere que a percepção da febre, como manifestação de doença, associada ao diminuto conhecimento sobre os seus efeitos na saúde das crianças, leva ao medo excessivo e à ansiedade por parte dos pais.

No que se refere às atitudes que os pais têm acerca da febre na criança, menciona-se um estudo realizado por Feldhaus e Cancelier (2012) que objetivaram estudar as atitudes dos pais sobre a febre nos filhos. O local da recolha de dados foi um serviço de urgências pediátricas, contando com 151 casos de crianças com febre, com uma maior prevalência de crianças com idade de 60 meses, maioritariamente do sexo masculino. Os resultados demonstraram que, os pais, para avaliar a febre nos seus filhos, utilizaram o termómetro em casa. Em relação à temperatura para o início da medicação, a maioria dos pais iniciavam com temperaturas entre os 37°C e os 38°C. A maior preocupação dos pais diz respeito ao risco de convulsões febris e o antipirético mais utilizado para baixar a temperatura foi o paracetamol, seguido da dipirona e do ibuprofeno.

Al-Nouri e Basheer (2006) avaliaram o conhecimento e a atitude de mães sobre a febre dos seus filhos. Os resultados demonstraram que a maioria das mães acreditava que a febre poderia provocar danos graves, como a paralisia cerebral, as dificuldades intelectuais e desenvolvimentais, convulsão, delírio e morte. Das causas da febre, foram citadas a infeção, a exposição ao frio e/ou ao sol, processo de erupção dentária e ingestão de bebidas quentes. Para reduzir a febre, a maioria administrava antipiréticos, particularmente o paracetamol. Além disso, foi observado o uso indiscriminado de antibióticos.

Alude-se também ao estudo de Casanova, Reis e Prata (2014), cujo objetivo foi identificar as intervenções adotadas pelos pais, das crianças menores de 6 anos de idade, para gerir os episódios febris dos filhos, numa amostra de 145 pais (89% mães e 11% pais). A média de idades dos pais era 34,2 anos e 46,9% (n=68) tinham como habilitações literárias o ensino superior. A média de idades das crianças foi de 35,1 meses. As autoras verificaram que a maioria dos pais (60,5%) considera valores inferiores a 38°C como febre e administra antipiréticos com valores inferiores ou iguais a esse valor (86,4%). A percepção sensorial continua a ser um importante método auxiliar no despiste da febre, realçando que 64,5% avaliam a temperatura utilizando, simultaneamente, o termómetro e o toque na pele. A utilização dos meios físicos de arrefecimento, particularmente o despir/vestir roupa mais fresca (69,6%) continua a ser uma forma relevante e complementar de gestão dos episódios febris. Cerca de 53% dos pais consideram febre as temperaturas inferiores a 38°C; 66,6% opinaram que temperaturas inferiores a 40°C podem ser por si só perigosas para as crianças. Constataram também que 31,5% acreditam que o termómetro pode subir a valores iguais ou superiores a 42°C, se a criança febril fosse deixada sem tratamento; 21% dos pais considera

a meningite o principal perigo da febre; 37% acreditam que as complicações da febre podem surgir para temperaturas inferiores a 40°C; 75% dos pais acordam os seus filhos, durante a noite, para lhes baixar a temperatura. Os métodos mais utilizados para descer a temperatura consistem na utilização do paracetamol e no despir a criança. Cerca de 70% dos pais responderam que apenas algumas vezes é necessário a administração de antibióticos quando a criança tem febre, afirmando cerca de metade (50,7%), que é a presença de infeção que deve determinar a sua administração (Casanova, Reis & Prata, 2014).

No âmbito da saúde infantil, tem-se constatado que alguns pais optam pela utilização de antipiréticos profiláticos previamente à imunização da criança, objetivando prevenir os efeitos adversos decorrentes da mesma, tais como a febre, apesar da mesma ser considerada um processo inflamatório normal (Diana, Rego & Rocha, 2013). De acordo com as mesmas autoras, não existe consenso entre os profissionais de saúde quanto a esta prática e uma parte significativa destes profissionais fomenta a prática da administração de paracetamol antes da vacinação da criança. Neste sentido, Diana, Rego e Rocha (2013) realizaram um estudo com o objetivo de determinarem os efeitos do paracetamol administrado previamente à vacinação da criança na prevenção das reações pós-vacinais. Deste modo, verificaram que, embora a febre seja uma reação inflamatória normal após as imunizações, fármacos como o paracetamol são utilizados para o controlo das reações pós-vacinais. Geralmente, os pais administram paracetamol antes da imunização para evitar o desconforto da criança no momento da punção. Contudo, a sua utilização não impede a dor.

Diana, Rego e Rocha (2013) concluíram que a administração de antipiréticos orais previamente à vacinação da criança, com o objetivo de diminuir os efeitos adversos, revela-se controversa. Como tal, as mesmas autoras recomendam uma reflexão sobre os riscos e benefícios desta prática, sendo que esta técnica não deve ser realizada rotineiramente.

De acordo com a literatura, a administração de antipiréticos, designadamente o paracetamol, previamente à vacinação da criança, poderá diminuir a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos, como a febre, a dor, entre outros sinais inflamatórios. Em contrapartida, esta prática também poderá ocultar sinais ou sintomas anormais que possam surgir após a administração da vacina, como infeção, diminuindo ainda a concentração de anticorpos e portanto, a resposta imunitária da criança (El-Radhi, Carroll & Klein, 2009; Lagerlov, Helseth & Holager, 2003; Walsh, Edwards, Courtney, Wilson & Monaghan, 2008).

Rodrigues, Monteiro, Neto e Rodrigues (2010) também realizaram um estudo com a finalidade de avaliarem os conhecimentos e atitudes dos pais face à febre na criança. O mesmo decorreu em 2007, cujo instrumento de recolha de dados foi um inquérito aplicado aos pais de crianças com idades inferiores ou igual a 18 anos, que tivessem procurado o

Centro de Saúde por causa de consulta ou de vacinação. As autoras verificaram que a avaliação subjetiva da presença de febre esteve presente em 62,8% dos sujeitos da amostra. Apuraram também que valores de temperatura  $<38^{\circ}\text{C}$  foram tidos como febre por 66,5% dos pais participantes. Outro resultado a que chegaram demonstrou que o tratamento farmacológico era iniciado, na grande maioria dos casos (67,8%), com a temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ . Os pais com habilitações académicas  $\leq 9^{\circ}$ ano revelaram maior probabilidade de administrarem tratamento antipirético, desadequadamente, em caso de temperaturas relativamente baixas ( $<37,5^{\circ}\text{C}$ ). Em 51,9% dos casos, verificou-se o tratamento intercalado com paracetamol e ibuprofeno. Prevaleram os pais (67%) que admitiram recorrer a medidas de arrefecimento físico, isoladamente ou em associação com os antipiréticos; 51,2% dos pais referiram as convulsões como o principal receio da febre.

Alude-se também ao estudo de Pestana (2003), cuja finalidade foi avaliar os conhecimentos e as atitudes dos pais face à febre dos filhos, tendo contado com uma amostra de 160 pais. A autora constatou que 76,88% dos pais consideram febre a partir dos  $37,5^{\circ}\text{C}$ , tratando a criança apenas quando a temperatura atinge  $38^{\circ}\text{C}$  (64,38%). O paracetamol foi considerado o medicamento de escolha por 89,94% dos pais. Pestana (2003) também concluiu que 81,88% dos pais receiam convulsões, resultando na verificação noturna da temperatura por parte de 84,3% dos participantes e na procura de cuidados de saúde, em 37,5% dos casos. A grande maioria dos pais (66,25%) referiu que os profissionais de saúde são a sua principal fonte de informação.

Pereira, Tavares, Mengue e Pizzol (2013) levaram a cabo uma investigação com 692 crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 6 anos, das quais 630 tinham histórico de febre, objetivando descrever condutas terapêuticas e uso alternado de antipiréticos em crianças, bem como avaliar os fatores associados ao uso alternado. Os autores constaram que 73% dos pais referiram que a primeira medida adotada no último episódio de febre foi a administração de medicamentos. A média de temperatura considerada febre foi de  $37,4^{\circ}\text{C}$ , e febre alta,  $38,7^{\circ}\text{C}$ . A utilização de terapia alternada com antipiréticos foi relatada por 26,7% dos pais, que a justificaram pela ausência de resposta à monoterapia e à indicação médica, na maioria dos casos. Os medicamentos mais utilizados foram dipirona e paracetamol. No caso das crianças, cujo principal cuidador era um dos pais com melhores condições socioeconómicas e maior nível académico, receberam mais medicamentos alternados. Cerca de 70% das doses utilizadas estavam abaixo da dose mínima recomendada para tratamento de febre (Pereira et al., 2013).

Stephenson, Rosencrantz, & Knellertem (2008), com base na sua investigação, observaram que a ansiedade dos pais leva-os a iniciar um tratamento precoce e agressivo para combater a febre, abusando dos antipiréticos, o que sugere que as convicções e

as atitudes no que concerne ao controlo da febre na criança resultam, muito expressivamente, dos pais estarem mal informados e terem poucos conhecimentos. Os mesmos autores mencionam 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. Dizem igualmente que o risco de epilepsia subsequente numa criança que tem uma convulsão febril é de 1%.

Outro estudo é o de Veras, Carvalho, Uchoa, Nascimento, Ximenes e Almeida (2011), cujo objetivo consistiu em traçar o perfil clínico de 627 crianças e adolescentes (0 a 18 anos) atendidos num Serviço de Urgências Pediátricas. Os autores observaram que a maioria era do sexo masculino (57,33%) e que a faixa etária preponderante 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 mesmos autores apuraram 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) procuraram saber que conhecimentos tinham os pais acerca da definição, suas causas e quais as suas preocupações face à mesma, ao método de medição da temperatura e às modalidades de tratamento. Deste modo, concluíram que todos os pais confirmaram que a febre pode ter pelo menos um efeito nocivo, tendo 89,9% referido que, caso a mesma não seja tratada, esta pode provocar danos cerebrais ou convulsões. Observaram igualmente que 67,8% dos pais têm os pediatras como principal fonte de informação sobre a etiologia da febre. Constaram, ainda, que, em 21,4% dos casos, há o recurso à administração de ibuprofeno alternadamente com o paracetamol.



**II PARTE – Investigação Empírica**

---



## 1. Metodologia

A segunda parte deste trabalho diz respeito à investigação empírica a qual se inicia com as considerações metodológicas. Neste capítulo, procura definir-se estratégias para se estudar a problemática das atitudes dos pais perante a febre dos filhos em contexto de Saúde Infantil. Neste sentido, com base no enquadramento teórico elaborado, definem-se os procedimentos metodológicos que procurarão dar resposta às questões que se formularam. Ir-se-á descrever e explicar o tipo de investigação, as variáveis em estudo, a amostragem realizada, os instrumentos de recolha de dados utilizados, bem como os procedimentos efetuados e o respetivo tratamento estatístico que nos irão permitir tirar conclusões sobre a problemática em estudo.

### 1.1. Métodos

A febre é uma das queixas mais frequentes em saúde infantil, fazendo com que muitos pais consultem o médico de família ou os serviços de urgência. Ainda que os mesmos saibam medir e tratar a febre, temem-na, com receio de doenças graves ou até mesmo convulsões (Pestana, 2003).

Na mesma linha, Feldhaus e Cancilier (2012) também mencionam que a febre é uma das queixas mais frequentes em consultas pediátricas, podendo chegar até a 25% de todas as queixas. A sua elevada prevalência, de acordo com as mesmas autoras, como motivo de procura dos serviços de saúde, pode relacionar-se com o grande receio dos pais acerca da febre nos filhos, os quais acabam por procurar auxílio dos profissionais de saúde e que poderiam ter um tratamento inicial domiciliário.

Muitos estudos internacionais efetuados com pais de crianças pequenas e em idade pré-escolar revelam uma conceção generalizada: *feverphobia*, que resulta frequentemente em atitudes terapêuticas agressivas e inapropriadas (Pestana, 2003). Este termo de autoria de Schmidt em 1980, conforme refere a autora citada, surgiu por motivos históricos e pela falta de informação dos pais acerca do significado da febre. *Feverphobia* designa um estado de grande ansiedade familiar, presumivelmente resultante do valor preconcebido como sintoma, podendo resultar numa excessiva utilização dos serviços de saúde ou a adotar comportamentos desajustados e tratamentos demasiado agressivos.

As conceções dos pais acerca da febre estão, frequentemente, relacionadas com os preconceitos transmitidos pela tradição e mistificados, sendo as suas atitudes o reflexo das mesmas (Akintemi & Roberts, 2006).

Neste contexto, surge naturalmente uma investigação que se orientará no sentido de responder às seguintes questões:

- Qual a atitude dos pais/acompanhantes perante a febre na criança?
- Quais são os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais da criança, variáveis de contexto clínico e variáveis fontes de informação) que influenciam as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre?

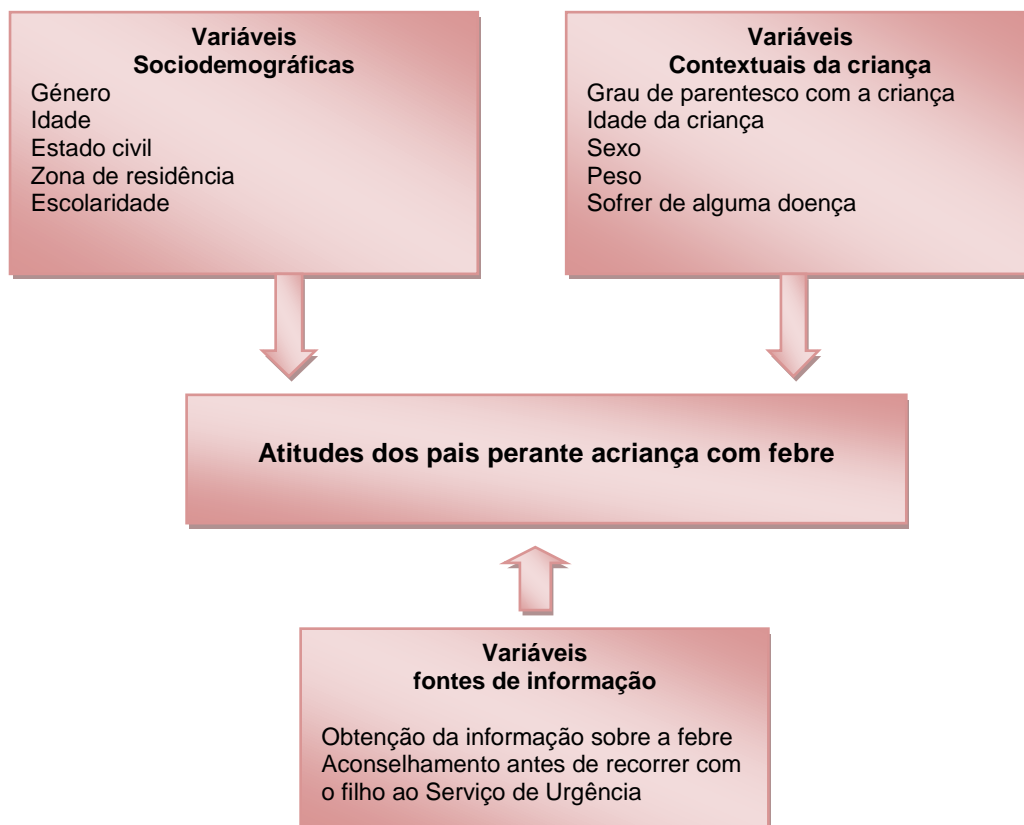
Para o estudo, delinearão-se os seguintes objetivos de investigação:

- Identificar se as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, estado civil, zona de residência, escolaridade) se repercutem nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre;
- Analisar se as variáveis contextuais da criança (grau de parentesco, idade, sexo, peso, sofrer ou não de alguma doença) interfere nas atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre;
- Averiguar se as variáveis fontes de informação sobre a febre interferem nas atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

Com o intuito de alcançar os objetivos definidos, optou-se por um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, onde se procura estudar a forma como as variáveis sociodemográficas e contextuais à criança interferem nas atitudes dos pais face à criança com febre.

Nesta perspetiva, elaborou-se a representação esquemática, através da qual se dá a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis em estudo (cf. Figura 2).

**Figura 2** – Representação esquemática da relação entre as variáveis estudadas na investigação empírica



## 1.2. Participantes

Para este estudo, optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência constituída por pais/acompanhantes de crianças, que na altura do preenchimento do instrumento de colheita de dados se encontravam na consulta de Saúde Infantil de duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, ambas da Região Centro do País (ACES Dão Lafões e ACES do Baixo Mondego).

A amostra foi selecionada por conveniência, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: Acompanhantes com idade superior a 18 anos; pais/cuidadores de crianças, em idade pediátrica (0 aos 18 anos, exclusive); participar voluntariamente no estudo.

No que se refere ao *locus* de estudo, este tem como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da área geográfica que lhes é afeta. Os cuidados

de saúde prestados realizam-se no âmbito de diversos programas, de entre os quais o Programa de Saúde Infantil e Juvenil, através do qual é realizada a vigilância de saúde de crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 0 e 18 anos (exclusive), de acordo com as orientações emanadas pelo Programa Nacional de Saúde infantil e Juvenil (2012).

### 1.2.1. Caraterização sociodemográfica da amostra

#### Idade

Os resultados obtidos em relação à idade mostram, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 66 anos, correspondendo-lhe uma idade média de 34.74 anos ( $\pm 7.925$  anos). No que se refere ao sexo masculino, que tem uma representatividade de 17.5%, a idade mínima é 19 anos e a máxima de 54 anos, e para o sexo feminino, cuja representatividade é 82.5%, a mesma situa-se entre os 19 e os 66 anos.

Em média, as mulheres ( $M=34.78$  anos  $\pm 7.976$  anos) são mais velhas do que os homens ( $M=34.52$  anos  $\pm 7.737$  anos), mas sem significância estatística ( $Z= -0.324$ ;  $p=0.746$ ). Os coeficientes de variação apontam para uma dispersão moderada em relação às idades médias obtidas e os valores de assimetria e curtose para curvas gaussianas para o sexo masculino e leptocúrticas e enviesadas à esquerda para o feminino e globalidade da amostra (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	63	19	54	34.52	7.737	22.41	0.37	-0.47	0.097	0.200
Feminino	297	19	66	34.78	7.976	22.93	6.48	5.26	0.091	0.000
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>19</b>	<b>66</b>	<b>34.74</b>	<b>7.925</b>	<b>22.81</b>	<b>6.09</b>	<b>4.74</b>	<b>0.078</b>	<b>0.000</b>

Dada a amplitude encontrada para a totalidade da amostra que se situa nos 47 anos para uma melhor interpretação e visualização dos dados, sentimos necessidade de agrupar a idade em classes, optando para efeitos de tratamento estatístico por classes com frequências homogéneas. Dos resultados insertos na Tabela 2, sobressai que o grupo mais representativo situa-se entre os 31 a 37 anos com 36.1%, contribuindo para este percentual 34.9% dos homens e 36.4% das mulheres. Com mais de 38 anos encontramos 32.8% da totalidade dos participantes, com maior prevalência (38.1%) nos homens e percentagem similar é observada nos que possuem idade inferior ou igual a 30 anos, sendo que neste

caso a maior percentagem (32.0%) recai nas mulheres. Entre os grupos não se encontraram significâncias estatísticas ( $X^2=1.107$ ;  $p=0.575$ ).

### **Estado civil**

No que se refere ao estado civil dos pais/acompanhantes do estudo, predominam, quer para as mulheres (83.2%), quer para os homens (74.6%), os que vivem com companheiro(a), sendo também significados os percentuais dos pais/acompanhantes da criança sem companheiro(a) (25.4% vs 16.8%) para homens e mulheres respetivamente. A diferença entre os sexos não é significativa ( $X^2=2.545$ ;  $p=0.111$ ).

### **Zona de residência**

Residem em meio rural 57.3% dos inquiridos, fazendo parte 56.8% das mulheres e 59.7% dos homens. A diferença entre os sexos não é estatisticamente significativa ( $X^2=0.179$ ;  $p=0.673$ ) (cf. Tabela 2).

### **Escolaridade**

No que respeita à escolaridade verificámos que prevalecem os participantes com habilitações literárias até ao 3º ciclo, com 46.0% pertencentes ao sexo masculino e 36.7% ao sexo feminino. Também apurámos que, no grupo de participantes com o ensino superior, 28.6% são homens e 32.0% são mulheres, sendo estes percentuais igualmente expressivos. Não existe diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=1.975$ ;  $p=0.373$ ) (cf. Tabela 2).

### **Existência de filhos**

Questionados sobre a existência de mais filhos, mais de metade dos pais/acompanhantes da criança (58.9%) afirma não possuir mais filhos, destacando-se 74.6% dos homens e 55.6% das mulheres. As diferenças são estatisticamente significativas ( $X^2=7.789$ ;  $p=0.005$ ), predominando os participantes que não têm filhos .

Na sequência da questão anterior e para os que responderam afirmativamente questionamos sobre o número de filhos, aferindo-se que, dos 148 participantes que têm mais filhos, 75.0% são homens e 71.2% são mulheres. Não existem diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0.125$ ;  $p=0.939$ ).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos pais/acompanhantes

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (63)	% (17.5)	N (297)	% (82.5)	N (360)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade</b>										
≤ 30 anos	17	27.0	95	32.0	112	31.1	0.8	-0.8	1.107	0.575
31-37 anos	22	34.9	108	36.4	130	36.1	0.2	-0.2		
≥38 anos	24	38.1	94	31.6	118	32.8	-1.0	1.0		
<b>Estado civil</b>										
Sem companheiro(a)	16	25.4	50	16.8	66	18.3	1.6	-1.6	2.545	0.111
Com companheiro(a)	47	74.6	247	83.2	294	81.7	-1.6	1.6		
<b>Zona de residência</b>										
Rural	37	59.7	168	56.8	205	57.3	.4	-.4	0.179	0.673
Urbano	25	40.3	128	43.2	153	42.7	-.4	.4		
<b>Escolaridade</b>										
Até ao 3º Ciclo	29	46.0	109	36.7	138	38.3	1.4	-1.4	1.975	0.373
Ensino secundário	16	25.4	93	31.3	109	30.3	-.9	.9		
Ensino superior	18	28.6	95	32.0	113	31.4	-.5	.5		
<b>Existência mais filhos</b>										
Não	47	74.6	165	55.6	212	58.9	2.8	-2.8	7.789	0.005
Sim	16	25.4	132	44.4	148	41.1	-2.8	2.8		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				
<b>Número de filhos a mais</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>				
	<b>(16)</b>	<b>(10.8)</b>	<b>(132)</b>	<b>(89.2)</b>	<b>(148)</b>	<b>(100.0)</b>				
1 filho	12	75.0	94	71.2	106	71.6	.3	-.3	0.125	0.939
2 filho	3	18.8	27	20.5	30	20.3	-.2	.2		
≥filhos	1	6.3	11	8.3	12	8.1	-.3	.3		
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>100.0</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>				

Na Tabela 3 é apresentado o grau de parentesco dos pais/acompanhantes da criança ao serviço de urgência. Como se verifica cerca de 8 em cada 10 crianças foram acompanhadas pela mãe e 14,4% pelo pai. Em 10,3% dos casos foi um acompanhante não identificado que levou a criança ao serviço de urgência.

Tabela 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o grau de parentes com a criança

Grau de parentesco	N	%
Pai	52	14,4
Mãe	271	75,3
Outro	37	10,3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100,0</b>

#### Em síntese:

- as mulheres, em média (M=34.78 anos ±.7.976 anos), são mais velhas do que os homens (M=34.52 anos ±.7.73 anos);

- sobressaem os participantes do sexo masculino com idades compreendidas entre os 31-37 anos (36.4%); no feminino, a maioria tem idade superior ou igual a 38 anos (38.1%);

- prevalecem, quer para o sexo feminino (83.2%), quer para o sexo masculino (74.6%), os participantes com companheiro(a);
- estão em maior representatividade os participantes residentes em meio rural (57.3%), sendo 59.7% do sexo masculino e 56.8% do sexo feminino;
- predominam os sujeitos da amostra com escolaridade até ao 3º ciclo (38.3%), dos quais 46.0% são do sexo masculino e 36.7% do sexo feminino;
- 75,3% das crianças foram acompanhadas pela mãe;
- 58.9% dos pais/participantes não possui mais filhos;
- dos participantes que afirmaram ter mais filhos, 71.6% possuem mais um filho.

### 1.2.2. Variáveis relativas à criança

As Tabelas 4, 5 e 6 reportam-se aos dados relativos às crianças.

#### Idade da criança

Os resultados referentes à idade das crianças, expressa em meses, foi para a totalidade da amostra de 0 (zero) meses ao máximo de 192 meses, sendo a média de 62.47 meses. Nas crianças do sexo masculino, que representam 48.3% da amostra, a idade mínima foi de 2 meses e a máxima de 192 meses e nas do sexo feminino, (51.7%) de 0 (zero) meses e 192 meses respetivamente. Em média, as crianças do sexo feminino ( $M=63.48$  meses  $\pm 47.956$  anos) são mais velhas que as do sexo masculino ( $M=61.40$  anos  $\pm 52.548$  anos) mas as diferenças não são estatisticamente significativas ( $t= -0.393$ ;  $p= 0.695$ ). Os valores de assimetria e curtose revelam curvas mesocúrticas para ambos os sexos e globalidade da amostra mas enviesadas à esquerda. Quanto aos coeficientes de variação denotam-se dispersões elevadas.

Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade da criança por sexo

Idade da criança \ Sexo	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Masculino	174	2.00	192.00	61.40	52.54	85.58	4.76	-1.01	0.168	0.000
Feminino	186	.00	192.00	63.48	47.95	75.54	3.95	-1.49	0.141	0.000
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>.00</b>	<b>192.00</b>	<b>62.47</b>	<b>50.16</b>	<b>80.30</b>	<b>6.13</b>	<b>-1.73</b>	<b>0.154</b>	<b>0.000</b>

Procedeu-se ao agrupamento da idade em classes, tendo-se constatado que, para a globalidade da amostra, predominam as que possuem idade igual ou inferior aos 24 meses

(36.4%), correspondendo um percentual de 39.7% de rapazes e 33.3% de raparigas. Com iguais percentuais (33.3%) surgem as restantes faixas etárias, relativos aos 25-72 meses de idade e superior a 73 meses. As diferenças entre grupos não são significativas ( $X^2=1.557$ ;  $p=0.459$ ).

### Peso da criança

Apresentamos na Tabela 5 as estatísticas do peso da criança. No sexo masculino o peso mínimo é de 3.99 kg e o máximo de 65.0Kg e no feminino oscilam entre 3.21kg e 90.0kg respetivamente, enquanto para a globalidade da amostra a amplitude situa-se entre os 3.21kg e 90.0kg com um peso médio de 21.53kg e desvio padrão de 14.90kg.

Pelos índices médios denota-se que as raparigas (média= 22.44Kg  $\pm$  15.69 kg) são mais pesadas que os rapazes (média 20.56kg  $\pm$  13.98 kg) mas sem diferenças estatísticas significativas ( $t= -1.193$ ;  $p= 0.234$ ). Os valores de assimetria e curtose indicam que o peso não tem uma distribuição normal dado apresentarem curvas leptocurticas e enviesadas à esquerda.

Tabela 5 - Estatísticas relativas ao peso da criança por sexo

Género	Peso									
	N	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
Masculino	174	3.99	65.00	20.56	13.980	67.99	8.43	5.11	0.185	0.000
Feminino	186	3.21	90.00	22.44	15.694	69.93	9.06	8.43	0.183	0.000
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>3.21</b>	<b>90.00</b>	<b>21.53</b>	<b>14.900</b>	<b>69.20</b>	<b>12.42</b>	<b>10.37</b>	<b>0.181</b>	<b>0.000</b>

### Existência de patologia associada

Quando questionados os pais/acompanhantes da criança acerca do facto de esta sofrer de alguma doença, a maioria (88.6%) admitiu a sua inexistência e 11.4% afirmou a existência de uma patologia. Os resultados revelam que em 87.3% das crianças do sexo masculino e 88.9% do feminino não são encontradas crianças com uma patologia associada, mas as diferenças não são significativas ( $X^2=0.130$ ;  $p=0.719$ ).

Tabela 6 - Caracterização da criança

Variáveis	Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N (174)	% (48.3)	N (186)	% (51.7)	N (360)	% (100.0)	1	2		
<b>Idade</b>										
≤24 meses	69	39.7	62	33.3	131	36.4	1.2	-1.2	1.557	0.459
25 - 72 meses	53	30.5	62	33.3	115	31.9	-.6	.6		
≥ 73 meses	52	29.9	62	33.3	114	31.7	-.7	.7		
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				
<b>Patologia associada</b>	<b>N (63)</b>	<b>% (17.5%)</b>	<b>N (297)</b>	<b>% (82.5)</b>	<b>N (360)</b>	<b>% (100)</b>				
Não	55	87.3	264	88.9	319	88.6	-.4	.4	0.130	0.719
Sim	8	12.7	33	11.1	41	11.4	.4	-.4		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				

### Em síntese:

- a média de idade das crianças é de 62.47 meses, em média, as raparigas (M=63.48 meses  $\pm$ .47.956 meses) são mais velhas que os rapazes (M=61.40 anos  $\pm$ .52.548 meses);
- predominam as crianças idade igual ou inferior a 24 meses (36.4%), correspondendo a 39.7% de rapazes e 33.3% de raparigas;
- estão em maioria os pais/acompanhantes (88.6%) que afirmaram que a criança não sofre de alguma doença;
- as raparigas (média= 22.44Kg  $\pm$  15.69 kg) são mais pesadas que os rapazes (média 20.56kg  $\pm$  13.98 kg).

### 1.3. Instrumentos

Face à natureza do presente estudo e como forma de obtenção de dados e mensuração das diferentes variáveis, o instrumento de colheita de dados selecionado foi o questionário (cf. Anexo I) que permitiu recolher a informação necessária, válida e pertinente à realização do trabalho de investigação e cuja aplicação foi concretizada após os procedimentos éticos e formais necessários. É constituído por um questionário sociodemográfico, questões relacionadas com a criança e um questionário relativos aos conhecimentos e atitudes dos pais face à febre na criança, conforme se descreve seguidamente.

O mesmo foi elaborado a partida pesquisa bibliográfica, que permite avaliar, entre outros aspetos, o conhecimento e as atitudes dos pais perante a criança com febre, tendo-se como modelo o estudo de Pestana (2003). Para validação do conteúdo do questionário, foi solicitada a sua apreciação a um grupo de peritos, composto por dois médicos de família,

dois pediatras e três enfermeiros especialistas em Saúde infantil e Pediátrica. Foi também realizado um pré-teste, através da aplicação de questionários a pais, com o intuito de avaliar a facilidade de compreensão/interpretação das questões por parte dos participantes.

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

Esta secção do questionário contém um total de 13 questões, as quais possibilitam recolher informações sobre o 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 sofrer de alguma doença. Existe apenas uma questão (Q23) 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**

O questionário sobre conhecimentos dos pais perante a febre na criança contém um conjunto de 17 questões que permitem avaliar o conhecimento dos pais perante a criança com febre: via/local utilizado 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 para baixar a febre (Q7); a partir de que valor administra medicação para a febre (antipirético) (Q8); antipirético mais utilizado para baixar a febre (Q10); como calculam a dose de antipirético a administrar ao filho (Q11); uso alternado de antipiréticos (Q12); opinião sobre a existência de efeitos secundários dos antipiréticos (Q13); efeitos secundários que os antipiréticos podem causar (Q14); a febre alta pode causar algum problema de saúde (Q19); a causa da febre deve ser identificada e tratada (Q21); outros sintomas que preocupam os pais para recorrem ao Serviço de Urgência quando o filho tem febre (Q27).

Quatro questões são 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 indicadores de conhecimento geral perante a febre na criança, sendo as alíneas f), e m) cotadas inversamente. O somatório dos itens produz um score global que oscila entre 0 e 14 pontos, sendo que quanto mais elevado, melhores os conhecimentos sobre os procedimentos a adotar. Na Q15, os oito itens relacionam-se com a terapêutica

medicamentosa, sendo a alínea f) cotada inversamente. Do somatório dos mesmos também resulta um score global de 0 a 8 pontos e quanto mais elevado este, melhores os conhecimentos sobre a terapêutica medicamentosa. A Q18 permite recolher dados acerca da opinião sobre o que é a febre (4 itens) e a Q22, sobre os sinais/sintomas associados que preocupam os pais quando o filho tem febre (6 itens), onde a alínea f) é cotada inversamente (“Sim” corresponde à cotação 0 (zero) e “Não” corresponde à cotação 1 (um)).

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

O questionário sobre as atitudes dos pais perante a criança com febre comporta 7 questões, através das quais se obtêm os dados relativos às atitudes adotadas pelos pais designadamente: método que utiliza, primeiramente, perante a suspeita de febre no filho (Q1); confirmação da febre com o termómetro (Q2); tipo de termómetro utilizado (Q3); autorização para administração de antipirético na creche, escola, ama, atividade de tempos livres (Q16); momento em que procura um profissional de saúde para tratar a febre (Q24); recorrer ao Serviço de Urgência com o filho para tratar a febre (Q25) e com quem se aconselharam antes de recorrer ao Serviço de Urgência com o filho, por febre (Q26).

### **1.3.4. Questionário das fontes de informação sobre a febre**

Relativamente às fontes de informação foi elaborada apenas uma questão de resposta múltipla que permite a recolha de dados acerca do modo como os participantes obtiveram a informação que têm sobre a febre (Q23).

## **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. No que se refere às variáveis latentes, foram objeto de operacionalização 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	

### Atitudes

A atitude é uma tendência, relativamente estável e duradoura, que possibilita que a pessoa tenha um determinado comportamento em relação às pessoas, aos objetos, instituições ou acontecimentos, ou seja, é uma espécie de avaliação criada pelo indivíduo em que irá reagir positiva ou negativamente, em relação a determinado assunto (Albuquerque & Ramos, 2007).

Os indicadores que permitem aferir sobre esta variável dependente são:

Quadro 2 - 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/acompanhantes 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/acompanhantes 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/acompanhantes, 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/acompanhantes, 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 para tratar a febre, definido como o período de tempo aguardado até procurar um profissional de saúde.	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, definido como obrigatoriedade sentida pelos pais/acompanhantes para levar a criança ao médico, quando tem febre.	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 é de 0 a 16 pontos. Foram estabelecidos pontos de corte, utilizando a mediana que permitiu classifi-

car os respondentes em atitudes inadequadas para quem obteve pontuação inferior à mediana e adequadas superior ou igual à mediana.

### 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.

Quadro 3 - 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 Familiars 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, considera-se um somatório total de 0 a 12 pontos.

### 1.5. Procedimentos

Para a recolha de dados, os questionários foram entregues em duas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados pertencentes aos Agrupamentos de Centro de Saúde Baixo Mondego e Dão Lafões onde, mediante esclarecimento prévio do estudo, foi solicitada a colaboração da Enfermeira Coordenadora e restantes elementos da equipa de Enfermagem para entrega e recolha dos mesmos junto dos pais. A recolha dos questionários foi feita pela investigadora que, ao longo do processo, esteve disponível para esclarecimentos. A recolha de dados decorreu entre maio e julho de 2014.

Qualquer investigação efetuada junto de seres humanos levanta questões morais e éticas. Em investigação é importante seguir orientações fundamentais para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações. Assim, teve-se como orientações os cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos: direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o

direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, e o direito a um tratamento justo e equitativo.

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes bem como a proteção dos dados para este fim. Foi realizada uma nota introdutória no questionário, de modo a informar os participantes sobre os objetivos do estudo, aceitando essas condições, e concretizada a resposta ao questionário, foi considerada como consentimento livre e esclarecido, garantindo-se a participação voluntária.

Considerando os preceitos éticos e deontológicos a ter em conta neste tipo de estudos, foi realizado um pedido de parecer à Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu, antes da aplicação do instrumento de recolha de dados (cf. Anexo II). Foi igualmente realizado um pedido formal de autorização para aplicação do questionário nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (cf. Anexo III).

## **1.6. Análise de dados**

Na presente investigação, a análise de dados foi processada através da estatística descritiva e da estatística inferencial.

A estatística descritiva permite estruturar a informação numérica, de modo a obter uma imagem geral das variáveis medidas numa amostra, para isso, determinaram-se as seguintes medidas estatísticas:

- Frequências: (Absolutas (N) e Percentuais (%));
- Medidas de tendência central: (Médias ( $\bar{x}$ ));
- Medidas de dispersão ou variabilidade: (Desvio padrão (Dp) e Coeficiente de variação (CV))

O coeficiente de variação permite comparar a variabilidade de duas variáveis, devendo os resultados serem interpretados de acordo com Pestana & Gageiro, (2009) do seguinte modo:

- Dispersão Baixa  $\leq 15\%$
- Dispersão Moderada  $> 15\% \leq 30\%$
- Dispersão Elevada  $> 30\%$

Para avaliar a associação entre as variáveis, aplicou-se a Correlação de Pearson, a qual, de acordo com Pestana & Gageiro (2014), indica que os fenómenos não estão indisso-

livelmente ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, como em frequência), pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso cujos valores se apresentam entre -1 e 1, com a seguinte correspondência:

- $r < 0.2$  – associação muito baixa;
- $0.2 \leq r < 0.39$  – associação baixa;
- $0.4 < r < 0.69$  – associação moderada;
- $0.7 < r < 0.89$  – associação alta;
- $0.9 < r \leq 1$  – associação muito alta.

No que respeita à estatística inferencial, fizemos uso da estatística paramétrica, e, para estudo de proporções, da estatística não paramétrica.

### **Testes Paramétricos**

- Teste t de Student para amostras independentes – para comparação de médias entre dois grupos diferentes;
- Análise de variância (ANOVA) – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;

### **Testes Não Paramétricos**

- Teste de Kruskal-Wallis – para comparação de médias entre três ou mais variáveis;
- Teste de U Mann Witheney – para comparação de médias entre dois grupos independentes.
- Teste de Qui Quadrado ( $X^2$ ) – para comparar a proporção entre frequências observadas e esperadas.

No estudo das inferências estatísticas, 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
- $p \geq 0.05$  n.s. - diferença estatística não significativa

Para a caracterização, descrição e análise inferencial da amostra utilizámos o programa *Statiscal Package Social Science 20* para o Windows, o Excel e Word Microsoft.

A apresentação dos resultados é feita através de Quadros e Tabelas, onde serão demonstrados os dados mais relevantes do estudo.

Expostas as considerações metodológicas, procede-se à apresentação e análise dos resultados.



## 2. Resultados

Apresentamos, neste capítulo, os resultados obtidos em relação às atitudes dos participantes perante a criança com febre, ficando o mesmo estruturado em vários subcapítulos indicativos das variáveis em estudo. Cada subcapítulo termina com uma síntese dos resultados obtidos.

### 2.1. Análise descritiva

Apresentamos, de seguida, os resultados obtidos em relação às atitudes dos participantes perante a criança com febre, em função do sexo.

#### 2.1.1. Medidas de avaliação tomadas pais/cuidadores perante a criança com febre

Uma das primeiras questões colocadas aos pais/acompanhantes da criança respeitadas aos métodos que utiliza quando suspeita que o filho tem febre. Os resultados evidenciam que a que, na globalidade da amostra, há um predomínio dos que utilizam só a mão (55.8%), com uma representatividade de 66.7% para os homens e 53.5% para as mulheres. Os participantes que recorrem, primeiramente, ao termómetro, são na sua maior percentagem mulheres (37.4% vs 25.4%), não encontramos diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=5.045$ ;  $p=0.169$ ) (cf. Tabela 7).

Tabela 7 – Primeiro método utilizado para confirmar a febre na criança e sexo

Primeiro método	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total		Residuais		$X^2$	p
	N (63)	% (17.5)	N (297)	% (82.5)	N (360)	% (100.0)	1	2		
Não utiliza método	-	-	6	2.0	6	1.7	Não aplicável		5.045	0.169
Só a mão	42	66.7	159	53.5	201	55.8	1.9	-1.9		
Termómetro	16	25.4	111	37.4	127	35.3	-1.8	1.8		
Termómetro e mão	5	7.9	21	7.1	26	7.2	.2	-.2		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				

Um outro aspeto prende-se com a confirmação da febre e neste particular os resultados patentes na Tabela 8, indicam que a grande maioria dos participantes (95.0%) dizem recorrer sempre ao termómetro para confirmação da febre na criança, com especial ênfase para as mulheres 96.6% sendo que entre os grupos encontramos significância estatística ( $X^2=9.528$ ;  $p=0.002$ ), localizadas nos que não confirma e sexo masculino e confirma e sexo feminino.

Tabela 8 – Confirmação da febre sempre com termómetro e sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N (63)	% (17.5)	N (297)	% (82.5)	N (360)	% (100.0)	1	2		
Confirmação da febre com termómetro										
Não	8	12.7	10	3.4	18	5.0	3.1	-3.1	9.528	0.002
Sim	55	87.3	287	96.6	342	95.0	-3.1	3.1		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				

Ainda relacionada com as questões anteriormente expostas, na Tabela 9 encontram-se os resultados inerentes ao tipo de termómetro usado pelos participantes para avaliar a febre na criança. É notório que o desuso do termómetro de mercúrio ocorre em 86.4%, fazendo parte deste grupo 84.1% dos homens e 86.9% das mulheres. Quanto ao uso do termómetro digital, apurámos que, na totalidade da amostra, prevalecem os pais/acompanhantes que fazem uso do mesmo (86.1%), correspondendo a 84.1% dos homens e 86.5% das mulheres. Não registamos diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0.251$ ;  $p=0.616$ ).

Tabela 9 – Tipo de termómetro utilizado e sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total		Residuais		$\chi^2$	p
	N (63)	% (17.5)	N (297)	% (82.5)	N (360)	% (100.0)	1	2		
<b>Termómetro de mercúrio</b>										
Não	53	84.1	258	86.9	311	86.4	-.6	.6	0.332	0.564
Sim	10	15.9	39	13.1	49	13.6	.6	-.6		
<b>Termómetro digital</b>										
Não	10	15.9	40	13.5	50	13.9	.5	-.5	0.251	0.616
Sim	53	84.1	257	86.5	310	86.1	-.5	.5		
<b>Outro termómetro</b>										
Não	91	96.8	290	97.6	351	97.5	-.4	.4	0.143	0.706
Sim	2	3.2	7	2.4	9	2.5	.4	-.4		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				

### Autorização para administração de antipirético

Um outro aspeto a considerar perante uma criança com febre, prende-se com a concessão de autorização para a administração de antipirético quando a criança se encontra em creche, escola, ama, ou em outras atividades. Constatamos que a maioria (57.5%) dos inquiridos menciona que concedem essa autorização, correspondendo 33.3% aos homens e 62.6% às mulheres. Em 22.2% dos casos esta situação não se aplica, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=26.826$ ;  $p=0.000$ ) localizadas pelos resíduos ajustados nos que concedem e pertencentes ao sexo feminino e não se aplica e sexo masculino.

Tabela 10 – Autorização para administrar antipirético ao filho na creche, escola, ama, atividades de tempos livres e sexo

Dar autorização para administrar antipirético	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sim	21	33.3	186	62.6	207	57.5	-4.3	4.3	26.826	0.000		
Não	8	12.7	45	15.2	53	14.7	-5	.5				
Não se aplica	34	54.0	66	22.2	100	14.7	5.1	-5.1				
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>						

Dos pais/acompanhantes que referiram dar autorização para administrar antipirético (n=207), 58.9% admite tê-lo feito por escrito (42.9% dos homens vs 60.8% das mulheres). Contudo, 47.6% dos participantes do sexo masculino não deram essa autorização por escrito, bem como 34.9% do sexo feminino, mas estas diferenças não têm relevância estatística ( $X^2=2.927$ ;  $p=0.231$ ).

Tabela 11 – Concessão de autorização por escrito para administração de antipirético ao filho na creche, escola, ama, atividades de tempos livres e sexo

Autorização	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2		
Sim	9	42.9	113	60.8	122	58.9	-1.6	1.6	2.927	0.231		
Não	10	47.6	65	34.9	75	36.2	1.1	-1.1				
Não se aplica	2	9.5	8	4.3	10	4.8	1.1	-1.1				
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100.0</b>	<b>186</b>	<b>100.0</b>	<b>207</b>	<b>100.0</b>						

### Procura de profissional de saúde

Questionados os pais/acompanhantes da criança sobre o momento em que procuram um profissional quando a criança tem febre as respostas possíveis foram recodificadas em dois níveis atitude correta todos os que responderam que procuram o profissional de saúde quando a febre entre 3 a 5 dias e incorreta os que responderam a uma das restantes opções. Aferimos pelos resultados expressos na Tabela 12 que essa atitude é assumida por 52,8% dos inquiridos quando a febre tem uma duração de 3 a 5 dias (57.1% dos homens vs 51.9% das mulheres). Verificamos, ainda, que 42.9% dos pais/acompanhantes do sexo masculino toma uma atitude incorreta. Contudo, não verificámos diferenças estatisticamente significativas ( $X^2=0.584$ ;  $p=0.445$ ).

Tabela 12 – Momento em que procuram um profissional de saúde para tratar a febre e sexo

Momento em que procuram profissional de saúde para tratar a febre	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	N	%	1	2		
Procura incorrecta	27	42.9	143	48.1	170	47.2	-8	.8	0.584	0.445		
Procura entre 3 a 5 dias com febre	36	57.1	154	51.9	190	52.8	.8	-8				
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>						

### Procura do serviço de urgência

Pareceu-nos pertinente questionar os pais/acompanhantes da criança se já recorreram ao serviço de urgência devido à febre. A análise dos resultados apresentados na Tabela 13 mostra-nos que cerca de 9 em cada 10 dos pais/acompanhantes da criança que admitiram já ter recorrido ao serviço de urgência com a criança por febre, fazendo parte deste grupo 93.7% dos participantes do sexo masculino e 90.2% do sexo feminino. Apenas, 9.2% dos participantes referem nunca ter tido esta atitude, todavia as diferenças encontradas não são significativas ( $X^2=0.728$ ;  $p=0.394$ ).

Tabela 13 – Procura do serviço de urgência com a criança por febre e sexo

Recorrer ao serviço de urgência com a criança por febre	Sexo		Masculino		Feminino		Total		Residuais		$X^2$	p
	N	%	N	%	N	%	1	2				
Sim	59	93.7	268	90.2	327	90.8	.9	-.9	0.728	0.394		
Não	4	6.3	29	9.8	33	9.2	-.9	.9				
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>						

Para os que responderam afirmativamente à questão anterior procurámos saber se solicitavam aconselhamento antes de recorrer ao serviço de urgência. A Tabela 14 contém as respostas dadas e como notamos os homens procuram mais a linha de saúde 24 (27.1%) secundados com igual percentagem (25.4%) pela procura do médico de família e do enfermeiro de pediatria. Recorrem ao enfermeiro de família apenas 10.2% dos inquiridos. Quanto às mulheres, a linha de saúde 24 é também a preferida embora com menor valor percentual (23.5%), surgindo ainda como preferência o médico de família (22.4%) e o pediatra (16.8%).

Tabela 14 – Atitude para baixar a febre ao filho(a) e sexo

Atitude para baixar a febre ao filho(a)	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Enfermeiro de família</b>								
Sim	6	10.2	27	10.1	33	10.1		
Não	53	89.8	241	89.9	294	89.9		
<b>Médico de família</b>								
Sim	15	25.4	60	22.4	75	22.9		
Não	44	74.6	208	77.6	252	77.1		
<b>Enfermeiro de pediatria</b>								
Sim	15	25.4	29	10.8	44	13.5		
Não	44	74.6	239	89.2	283	86.5		
<b>Pediatra</b>								
Sim	6	10.2	45	16.8	51	15.6		
Não	53	89.8	223	83.2	276	84.4		
<b>Linha 24</b>								
Sim	16	27.1	63	23.5	79	24.2		
Não	43	72.9	205	76.5	248	75.8		
<b>Ninguém</b>								
Sim	15	25.4	99	36.9	114	34.9		
Não	44	74.6	169	63.1	213	65.1		

### Atitude para diminuir a febre

No estudo sobre atitudes perante uma criança com febre seria de todo o interesse saber o que os pais/acompanhantes sabem ou fazem no sentido de diminuir a febre da criança. Os resultados indicam que a administração de antipirético quando a temperatura é superior a 38°C é a atitude mais referenciada tanto por homens (74.6%) como por mulheres (86.9%), ou seja, cerca de oito em cada 10 dos inquiridos adota essa atitude. A hidratação da criança é a segunda medida mais valorizada pelos homens (65.1%), enquanto a mulher opta por diminuir a quantidade de roupa (69.7%) Outras medidas são equacionadas como dar banho em água morna observada em 48.3%, dos inquiridos sendo este mais praticada pelos homens (52.4%) do que pelas mulheres (47.5%).

Tabela 15 – Atitude para baixar a febre ao filho(a) e sexo

Atitude para baixar a febre ao filho(a)	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		N	%	N	%
	N	%	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)
<b>Diminuir a quantidade de roupa</b>						
Sim	40	63.5	207	69.7	247	68.6
Não	7	11.1	17	5.7	24	6.7
Não sei	16	25.4	73	24.6	89	24.7
<b>Banho em água morna</b>						
Sim	33	52.4	141	47.5	174	48.3
Não	8	12.7	42	14.1	50	13.9
Não sei	22	34.9	144	38.4	136	37.8
<b>Administrar antipirético se a temperatura for superior a 38°C</b>						
Sim	47	74.6	258	86.9	305	84.7
Não	1	1.6	4	1.3	5	1.4
Não sei	15	23.8	35	11.8	50	13.9
<b>Hidratar a criança oferecendo líquidos a gosto com frequência</b>						
Sim	41	65.1	203	68.4	244	67.8
Não	5	7.9	13	4.4	18	5.0
Não sei	17	27.0	81	27.3	98	27.2
<b>Outro</b>						
Sim	2	3.2	4	1.3	6	1.7
Não	4	6.3	5	1.7	9	2.5
Não sei	57	90.5	288	97.0	345	95.8
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

Ainda no seguimento da questão anterior, procurámos saber a partir de que valores os participantes no estudo tomam essas atitudes. Observando os resultados obtidos e apresentados na Tabela 16, denota-se que 55.3% admitem que o fazem quando a criança tem temperatura superior ou igual a 38°C com maior incidência entre as mulheres (56.6%) comparativamente aos homens (48.2%). São porém relevantes os percentuais obtidos que admitem tomar essa atitude quando a criança tem uma temperatura entre 37-37,5°C. Um percentual residual (1.9%) não tem qualquer noção sobre o que é a febre e quando deve tomar medidas para a sua diminuição.

Tabela 16 – Valor admitido pelos pais/acompanhantes para tomarem as atitudes

Valores	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
		(63)	(17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)
≤36,5°C		-	0.0	7	2.4	7	1.9
37-37,5°C		32	50.8	122	41.1	154	42.8
≥38°C		31	49.2	168	56.6	199	55.3
<b>Total</b>		<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

Para complemento destas informações também questionámos os participantes no estudo sobre a partir de que valores administravam antipirético. Afere-se pelos resultados obtidos que 61.9% admitem administrar o antipirético quando a criança tem temperatura ≥38°C, sendo que deste grupo a maior percentagem recai nas mulheres (63.3% vs 55.6%). Há ainda a comentar que 41.1% dos inquiridos a que correspondem 42.9% dos homens e 35.7% das mulheres afirmam erroneamente que administram o antipirético quando a criança tem temperatura entre 37-37,5°C,

Tabela 17 – Valor a partir do qual administram antipirético

Valores	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		N	%	N	%	N	%
		(63)	(17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)
≤36,5°C		1	1.6	3	1.0	4	1.1
37-37,5°C		27	42.9	106	35.7	133	36.9
≥38°C		35	55.6	188	63.3	223	61.9
<b>Total</b>		<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

#### Em síntese:

- predomínio dos participantes que utilizam só a mão (55.8%), como método quando suspeita que a criança tem febre;
- os participantes que recorrem, primeiramente, ao termómetro, são na sua maior percentagem mulheres (37.4%);
- a grande maioria dos participantes (95.0%) recorrem sempre ao termómetro para confirmação da febre na criança, sobretudo as mulheres 96.6%;
- o desuso do termómetro de mercúrio ocorre em 86.4% dos participantes, fazendo parte deste grupo 84.1% dos homens e 86.9% das mulheres;
- grande parte dos pais/acompanhantes (86.1%) usam o termómetro digital, correspondendo a 84.1% dos homens e 86.5% das mulheres;
- a maioria (57.5%) dos inquiridos concedem autorização para a administração de antipirético quando a criança se encontra em creche, escola, ama, ou em outras atividades, correspondendo 33.3% aos homens e 62.6% às mulheres;
- dos pais/acompanhantes que referiram dar autorização para administrar antipirético, 58.9% admitem tê-lo feito por escrito (42.9% dos homens vs 60.8% das mulheres);

- aferimos que 52,8% dos inquiridos procuram um profissional quando a criança tem febre, quando a febre tem uma duração de 3 a 5 dias; 42.9% dos pais/acompanhantes do sexo masculino toma uma atitude incorreta;

- cerca de 9 em cada 10 dos pais/acompanhantes da criança admitiram já ter recorrido ao serviço de urgência com a criança por febre (93.7% dos homens vs. 90.2% das mulheres);

- os homens procuram mais a Linha de Saúde 24 (27.1%), seguindo-se, com igual percentagem (25.4%), a procura do médico de família e do enfermeiro de pediatria; quanto às mulheres, a Linha de Saúde 24 (23.5%), o médico de família (22.4%) e o pediatra (16.8%) foram as fontes mais indicadas quando a criança tem febre;

- a administração de antipirético, quando a temperatura é superior a 38°C, é a atitude mais referenciada (homens 74.6% vs. mulheres 86.9%), pois cerca de oito em cada 10 dos inquiridos adota essa atitude; a hidratação da criança é mais valorizada pelos homens (65.1%), enquanto as mulheres optam por diminuir a quantidade de roupa (69.7%); dar banho em água morna é uma medida mais praticada pelos homens (52.4%) do que pelas mulheres (47.5%);

- 55.3% dos participantes admitem que tomam as suprarreferidas atitudes para baixar a febre na criança, quando esta tem temperatura superior ou igual a 38°C mulheres (56.6% mulheres vs. 48.2% homens);

- 61.9% dos sujeitos da amostra admitem administrar o antipirético quando a criança tem temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  (63.3% mulheres vs. 55.6% homens); 42.9% dos homens e 35.7% das mulheres afirmam administram o antipirético quando a criança tem temperatura entre 37-37,5°C.

### **2.1.2. Fontes de informação sobre a febre na criança**

Apresentamos, os resultados alusivos às fontes de informação, procuradas pelos pais/acompanhantes das crianças sobre a febre na criança. Apurámos que quer os homens (60.3%) quer mulheres (67.0%) tendem procurar informação através do seu médico procurando de seguida, mas em menor percentagem, outro técnico de saúde que é o enfermeiro (54.0% vs 49.8%). Também os familiares é procurado com valores percentuais similares por ambos, (38.1% vs 34.7%) mas a mulher diferencia-se quando utiliza o saber da experiência acumulada (40.1% vs 25.4%). São poucos dos inquiridos que procuram informação através de amigos e dos meios de comunicação social.

**Em síntese:**

- quer os homens (60.3%) quer mulheres (67.0%) tendem procurar informação sobre a febre através do seu médico procurando também o enfermeiro (54.0% vs. 49.8%), os familiares (38.1% vs. 34.7%), o saber da experiência acumulada (40.1% vs. 25.4%).

Tabela 18 – Fontes de informação sobre a febre e sexo

Fontes de informação sobre a febre	Sexo		Feminino		Total		Residuais		X <sup>2</sup>	p
	Masculino		N	%	N	%	1	2		
	N (63)	% (17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)				
<b>Amigos</b>										
Não	55	87.3	243	81.8	298	82.8	1.0	-1.0	1.096	0.295
Sim	8	12.7	54	18.2	62	17.2	-1.0	1.0		
<b>Familiares</b>										
Não	39	61.9	194	65.3	233	64.7	-.5	.5	0.265	0.606
Sim	24	38.1	103	34.7	127	35.3	.5	-.5		
<b>Médico</b>										
Não	25	39.7	98	33.0	123	34.2	1.0	-1.0	1.033	0.309
Sim	38	60.3	199	67.0	237	65.8	-1.0	1.0		
<b>Enfermeiro</b>										
Não	20	46.0	149	50.2	178	49.4	-.6	.6	0.356	0.551
Sim	34	54.0	148	49.8	182	50.6	.6	-.6		
<b>Farmacêutico</b>										
Não	48	76.2	216	72.7	264	73.3	.6	-.6	0.319	0.572
Sim	15	23.8	81	27.3	96	26.7	-.6	.6		
<b>Livros/revistas</b>										
Não	54	85.7	247	83.2	301	83.6	.5	-.5	0.247	0.620
Sim	9	14.3	50	16.8	59	16.4	-.5	.5		
<b>Televisão/Internet</b>										
Não	51	81.0	247	83.2	298	82.8	-.4	.4	0.178	0.673
Sim	12	19.0	50	16.8	62	17.2	.4	-.4		
<b>Experiência própria</b>										
Não	47	74.6	178	59.9	225	62.5	2.2	-2.2	4.773	0.029
Sim	16	25.4	119	40.1	135	37.5	-2.2	2.2		
<b>Outra</b>										
Não	63	100.0	287	96.6	350	97.2	1.5	-1.5	2.182	0.140
Sim	-	-	10	3.4	10	2.8	-1.5	1.5		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>				

**2.1.3. Atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre**

De acordo com critérios empíricos descrito na metodologia, para a operacionalização das atitudes obteve-se um score cuja pontuação oscila entre 0 e transformado em score percentual através da seguinte fórmula (score bruto – score mínimo)/amplitude) \*100, o que permite obter um índice que oscila entre 0% e 100%.

Na Tabela 19 são apresentadas as estatísticas que revelam um percentual mínimo de 18.75% e máximo de 87.5%, sendo que a média obtida nos permite afirmar que 56.8% ( $\pm$  13.57%) da amostra tem atitudes corretas perante a criança com febre. Comparando homens e mulheres, denota-se que as mulheres (média=57.61%  $\pm$  13.71%) possuem melhores atitudes que os homens (média=52.97%  $\pm$  12.28%), com valores mínimos de 18.75% para ambos os grupos mas uma amplitude maior no sexo feminino (87.5% vs

75.0%). Os valores de assimetria e curtose indiciam curvas normocurticas mas com tendência a enviesar à direita.

Tabela 19 - Estatísticas relacionadas com as atitudes perante a criança com febre

Género	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS
Masculino	18.75	75.0	52.97	12.28	23.18	-1.142	-0.317	0.000
Feminino	18.75	87.50	57.61	13.71	23.79	-2.531	-0.113	0.000
<b>Total</b>	<b>18.75</b>	<b>87.50</b>	<b>56.80</b>	<b>13.57</b>	<b>23.89</b>	<b>-2.465</b>	<b>-0.300</b>	<b>0.000</b>

Procedemos também à classificação das atitudes tendo como pontos de corte a mediana dando assim resposta à primeira questão de investigação que procurava saber qual a atitude dos pais/acompanhantes das crianças com febre. Consideramos que possuíam atitudes desadequadas todos os pais/acompanhantes das crianças com score inferior a 56.0% e com atitudes adequadas com score superior a 56.0%. Dos resultados obtidos e expressos na Tabela 20 verificámos que os pais com atitudes desadequadas são prevalentemente do sexo feminino (79.6%) com idade compreendida entre os 31 e 37 anos (37.0%) a coabitarem com companheiro (80.4%), residentes em zona rural (61.6%), com um nível de escolaridade até ao 3º ciclo (41.3%), não possuem mais filhos (59.6%) e para os que possuem as atitudes mais desadequadas recaem nos pais/acompanhantes com mais um filho (69.9%).

Já os pais classificados com atitudes adequadas, o seu perfil assenta também numa pessoa do sexo feminino (87.7%), possuindo uma idade até aos 30 anos (36.9%), a coabitarem com companheiro (80.4%) residentes em zona urbana (50.4%), com ensino superior (38.5%), não possuindo mais filhos (57.7%) e entre os que possuem, igualmente nos que têm mais um (74.5%). Entre as diferentes variáveis analisadas e os grupos as diferenças encontradas não têm tradução estatística, com excepção para o local de residência ( $\chi^2 = 4.823$ ;  $p=0.028$ ) que as localiza entre os residentes em zona rural e com atitudes desadequadas e residentes em zona urbana e atitudes adequadas.

Tabela 20 - Classificação das atitudes e variáveis sociodemográficas

Variáveis	Atitude		Desadequado		Adequada		Total		Resíduos			
	N	%	N	%	N	%	desad	adeq				
<b>Sexo</b>												
Feminino	183	79.6	114	87.7	297	82.5	-1.9	1.9	3.880	0.051		
Masculino	47	20.7	16	12.3	63	17.5	1.9	-1.9				
<b>Idade</b>												
≤ 30 anos	64	27.8	48	36.9	112	31.1	-1.8	1.8	3.492	0.174		
31 – 37 anos	85	37.0	45	34.6	130	36.1	0.4	-0.4				
≥ 38 anos	81	35.2	37	28.5	118	32.8	1.3	-1.3				
<b>Estado civil</b>												
Sem companheiro	45	19.6	21	16.2	66	18.3	0.8	-0.8	0.646	0.422		
Com companheiro	185	80.4	109	83.8	294	81.7	-0.8	0.8				
<b>Zona residência</b>												
Rural	141	61.6	64	49.6	205	57.3	2.2	-2.2	4.823	0.028		
Urbana	88	38.4	65	50.4	153	42.7	-2.2	2.2				
<b>Escolaridade</b>												
Até 3º ciclo	95	41.3	43	33.1	138	38.3	1.5	-1.5	4.931	0.085		
Secundário	72	31.3	37	28.5	109	30.3	0.6	-0.6				
Superior	63	27.4	50	38.5	113	31.4	-2.2	2.2				
<b>Existência filhos</b>												
Não	137	59.6	75	57.7	212	58.9	0.3	-0.3	0.120	0.729		
Sim	93	40.4	55	42.3	148	41.1	-0.3	0.3				
<b>Numero filhos a mais</b>												
Um filho	65	69.9	41	74.5	106	71.6	-0.6	0.6	0.868	0.648		
Dois filhos	21	22.6	9	16.4	30	20.3	0.9	-0.9				
≥ três filhos	7	7.5	5	9.1	12	8.1	-0.3	0.3				
<b>Total</b>	<b>93</b>	<b>100.0</b>	<b>55</b>	<b>100.0</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>						

## 2.2. Análise inferencial

Uma vez apresentados os resultados relativos às diversas questões inerentes à problemática das atitudes iremos neste subcapítulo proceder à análise inferencial, com a finalidade de darmos resposta às questões de investigação formuladas.

Nesse sentido, a primeira questão de investigação procurava saber que variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, zona de residência, escolaridade e número de filhos) e as de caracterização das crianças (idade e sexo) têm repercussão nas atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

### 2.2.1. Relação entre atitudes dos pais/acompanhantes e variáveis sociodemográficas

Começando por analisar os resultados relativos ao sexo, pela Tabela 21 afere-se que as mulheres possuem melhores atitudes quando confrontadas com a criança com febre que os homens revelando o teste de UMW diferenças estatísticas significativas, o que nos induz à relação de dependência entre as variáveis em estudo.

Tabela 21 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e sexo

Sexo	OM	Z	P
Masculino	151.37	-2.529	0.011
Feminino	186.68		

No referente à idade dos pais/acompanhantes da criança com febre, denotámos pelos resultados insertos na Tabela 22 que são os mais jovens que revelam melhores atitudes (média 59.15%± 12.29 dp) sendo que os que apresentam piores atitudes são os de idade mais avançada, com diferença marginal entre os grupos ( $f= 2.926$ ;  $p=0.055$ ) localizada pelo teste post hoc de Tukey entre os pais/acompanhantes precisamente nestes dois grupos ( $p= 0.044$ )

Tabela 22 – Análise de variância a um fator entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e idade dos pais/acompanhantes

Idade	Média	DP	f	p	% VE
≤30 anos	59.15	12.29			
31 – 37 anos	56.53	13.22	2.926	0.055	1.61
≥ 38 anos	54.87	14.82			

Quanto ao estado civil apurámos os pais/acompanhantes que coabitam com companheiro indiciam melhores atitudes perante a criança com febre que as vivem sós, mas não se registam evidências estatísticas, inferindo-se assim da relação de independência entre as variáveis em questão.

Tabela 23 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e estado civil

Estado civil	OM	Z	P
Sem companheiro	171.62	-0.793	0.428
Com companheiro	182.49		

A Tabela 24 reporta os resultados referentes à relação entre as atitudes dos pais/acompanhantes com febre e o local de residência. Enquanto os residentes em zona rural apresentam um percentual médio 55.84% o percentual dos residentes da zona urbana é ligeiramente mais elevada (média= 58.66%  $\pm$  1.05) com diferenças estatísticas ( $t = -2.207$ ;  $p = 0.028$ ).

Tabela 24 – Teste t de Student entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e zona de residência dos pais/acompanhantes

Zona de residência	Média	DP	Levene (p)	t	p
Rural	55.48	0.95	0.980	-2.207	0.028
Urbana	58.66	1.05			

Reportando-nos à relação entre as habilitações literárias e as atitudes perante a criança com febre, os índices médios, revelam melhores atitudes nos pais/acompanhantes com habilitações literárias a nível do ensino superior e piores atitudes nos que possuem habilitações literárias até ao terceiro ciclo. Entre os grupos as diferenças são significativas ( $f = 3.202$ ;  $p = 0.042$ ) localizadas nestes dois grupos ( $p = 0.033$ ).

Tabela 25 – Análise de variância a um fator entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e habilitações literárias dos pais/acompanhantes

Habilitações literárias	Média	DP	f	p	% V.E.
Até 3ª ciclo	54.98	13.94	3.202	0.042	1.76
Secundário	56.53	13.13			
Superior	59.29	13.26			

Finalmente, analisámos os resultados que relacionam a existência de mais filhos com as atitudes, tendo-se denotado que não é a existência de filhos que influencia as atitudes ( $t = 0.648$ ;  $p = 0.517$ ), para variâncias homogéneas. Aliás ao invés do que seria expectável, são os pais/acompanhantes das crianças com febre que revelam melhores atitudes.

Tabela 26 – Teste t de Student entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e existência de mais filhos

Existência mais filhos	Média	DP	Levene (p)	t	p
Não	57.19	12.83	0.202	0.648	0.517
Sim	56.25	14.59			

Ainda na sequência dos resultados anteriores também aferimos que não é o número de filhos que influencia as atitudes e, uma vez mais registamos que são os pais/acompanhantes com um filho que possuem melhores atitudes.

Tabela 27 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e número de filhos

Número de filhos	OM	Z	p
Um filho	70.16	-0.953	0.341
Dois ou mais filhos	62.63		

### 2.2.2. Relação entre atitudes dos pais/acompanhantes e variáveis contextuais à criança

Estudamos a relação entre as atitudes dos pais/acompanhantes da criança com algumas variáveis contextuais à criança, nomeadamente o sexo, idade e a presença de doenças associadas.

Quanto ao sexo, não verificámos a existência de significâncias estatísticas, embora os valores percentuais indiquem que os pais/acompanhantes com crianças do sexo feminino tendem a ter melhores atitudes que os pais/acompanhantes de crianças do sexo masculino

Tabela 28 – Teste t de Student entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e sexo da criança

Sexo	Média	DP	Levene (p)	t	p
Masculino	55.63	14.18	0.053	-1.580	0.115
Feminino	57.89	12.91			

Também para a idade, os índices médios encontrados não foram suficientemente fortes para determinar diferenças estatísticas mas denota-se pelos resultados apresentados na Tabela 29 que os pais/acompanhantes de crianças mais jovens tendem a ter melhores atitudes face à criança com febre, figurando em último lugar os pais com crianças com idade entre os 25 e 72 anos.

Tabela 29 – Análise de variância a um fator entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e idade da criança

Idade criança	Média	DP	f	p	% V.E.
≤ 24 meses	58.06	13.12	0.930	0.396	0.521
25 – 72 meses	56.35	13.97			
≥73 meses	56.80	13.68			

Finalmente, apresenta-se na Tabela 30 a relação entre as atitudes dos pais/acompanhantes da criança com febre e a presença de doença associada. Os resultados indicam da existência de uma melhor atitude dos pais/acompanhantes que têm filhos com patologia associada, mas as diferenças continuam a não ser significativas, o que não comprova a relação de dependência entre as variáveis em estudo.

Tabela 30 – Teste de UMW entre atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e sexo

Doença associada	OM	Z	p
Não	180.38	-0.061	0.951
Sim	181.40		

### 2.2.3. Relação entre atitudes dos pais/acompanhantes e variáveis contextuais da febre

A Tabela 31 reporta os resultados relativos às atitudes dos pais/acompanhantes das crianças com febre e as variáveis contextuais à febre. Analisando os resultados obtidos pelos pais/acompanhantes das crianças que apresentam uma atitude desadequada, aferimos que valorizam a febre quando a mesma se situa entre os 37 e 37,5°C (65.2%) tomam a atitude para diminuir a febre quando a mesma se situa nos 38°C, (56.5%) o que é uma atitude adequada, sendo ainda adequada quando administram medicação quando a criança tem temperatura superior ou igual a 38°C (56.5%), confirmam a febre (92.6%) e utilizam o termómetro digital que é o mais indicado (76.5%). Contudo, tomam atitude desadequada, ao não autorizarem a administração de antipirético (58.7%), ao não procurarem o profissional de saúde (56.5%), recorrerem de imediato ao serviço de urgência (90.9%), mas é de valorizar o facto de obterem informação através do profissional de saúde e da linha de saúde 24 (52.2%).

Os pais com atitudes classificados com atitudes adequadas valorizam inadequadamente quando a criança tem temperatura entre 37 e 37.5°C, mas adequadamente quando tomam a atitude para baixar a febre quando a criança regista temperaturas superiores ou iguais a 38°C, (53.1%), administram medicação para a febre aos 38°C oi mais (60.8%), con-

firmam a febre (99.2%), utilizam o termómetro digital (96.9%), autorizam a administração de antipiréticos quando a criança se encontra em creches, infantários, jardins infantis e outros locais (86.2%), procuram profissionais de saúde quando a criança tem febre entre 3 a 5 dias (69.2%) e aconselham-se através do profissional de saúde ou linha de saúde 24 (52.2%). Menos correta é a atitude de ocorrerem ao serviço de urgência (90.8%), muitas vezes sem motivo que o justifique. Somente não foram encontradas significâncias estatísticas para a o conhecimento sobre o valor da febre, e para a procura do serviço de urgência.

Tabela 31 – Atitudes dos pais/acompanhantes da criança face à febre e variáveis contextuais à febre

Atitudes Variáveis	Desadequado		Adequada		Total		Resíduos		X <sup>2</sup>	p
	N	%	N	%	N	%	desad	adeq		
<b>Valor febre</b>										
≤ 36.5	4	1.7	4	3.1	8	2.2	-0.8	0.8	0.693	0.707
37 – 37.5 °c	150	65.2	83	63.8	233	64.7	0.3	-0.3		
≥ 38 °c	76	33.0	43	33.1	119	33.1	0.0	0.0		
<b>Atitude baixar febre</b>										
≤ 36.5	3	1.3	4	3.1	7	1.9	Não aplicável		Não aplicável	
37 – 37.5 °c	97	42.2	57	43.8	154	42.8	-0.3	0.3		
≥ 38 °c	130	56.5	69	53.1	199	55.3	0.6	-0.6		
<b>Medicação febre</b>										
≤ 36.5	3	1.3	1	38.5	4	1.1	Não aplicável		Não aplicável	
37 – 37.5 °c	83	36.1	50	38.5	133	36.9	-0.4	0.4		
≥38 °c	144	62.6	79	60.8	223	61.9	0.3	-0.3		
<b>Confirmação febre</b>										
Não	17	7.4	1	0.8	18	5.0	2.8	-2.8	7.668	0.006
Sim	213	92.6	129	99.2	342	95.0	-2.8	2.8		
<b>Tipo termómetro</b>										
Mercúrio	54	23.5	4	3.1	58	16.1	5.1	-4.1	25.577	0.000
Digital	176	76.5	126	96.9	302	83.9	-5.1	5.1		
<b>Autoriza. antipirético</b>										
Não, não se aplica	135	58.7	18	13.8	153	42.5	8.3	-8.3	68.364	0.000
Sim	95	41.3	112	86.2	207	57.5	-8.3	8.3		
<b>Proc. prof. Saúde</b>										
Incorreta	130	56.5	40	30.8	170	47.2	4.7	-4.7	22.101	0.000
Correta (3 -5 dias	100	43.5	90	69.2	190	52.8	-4.7	4.7		
<b>Proc. serv. urgência</b>										
Sim	209	90.9	118	90.8	327	90.8	0.0	0.0	0.001	0.975
Não	21	9.1	12	9.2	33	9.2	0.0	0.0		
<b>Fonte informação</b>										
Ninguém	110	47.8	31	23.8	141	39.2	4.5	-4.5	20.045	0.000
Prof. saúde/saúde	120	52.2	99	76.2	219	60.8	-4.5	4.5		

Tomando as variáveis acima analisadas efectuamos uma análise multivariada, através da árvore de decisão (*decision tree*) ou de classificação usando o algoritmo CHAID. AS

Árvores de Decisão são diagramas construídos de modo sequencial com aprendizagem indutiva. É um algoritmo que auxilia na tomada de decisão com origem a partir de um problema inicial, complexo que é decomposto em diversos sub-problemas mais simples. Estes vão sendo identificados, de forma recursiva, e voltam a ser decompostos noutros ainda mais simples. No caso particular do nosso estudo pretendemos decompor a variável inicial, atitudes dos pais/acompanhantes das crianças perante a febre, através de uma sequência de decisões tomadas para obtermos as respostas mais prováveis acerca das variáveis determinantes com base na classificação dos dados. Os resultados presentes na Árvore mostram que existem três níveis de profundidade, cujas variáveis são estatisticamente significativas na explicação das atitudes dos pais/acompanhantes das crianças. Como variáveis explicativas obtivemos a autorização para a administração de antipiréticos não, não se aplica e sim a procura do profissional de saúde (correta – 3 a 5 dias, e incorreta) e a fonte de informação (profissional de saúde/linha saúde 24 e ninguém) que se encontram distribuídas por oito nós, dos quais cinco são terminais.

A primeira caixa que corresponde ao nó 0, ou de raiz, assinala a sombreado a categoria de **atitude não adequada**, apresentando uma probabilidade de 63.9% dos pais/acompanhantes terem esse tipo de atitudes perante a criança com febre, pelo que os pais/acompanhantes com atitudes adequadas se cifra nos 36.1%.

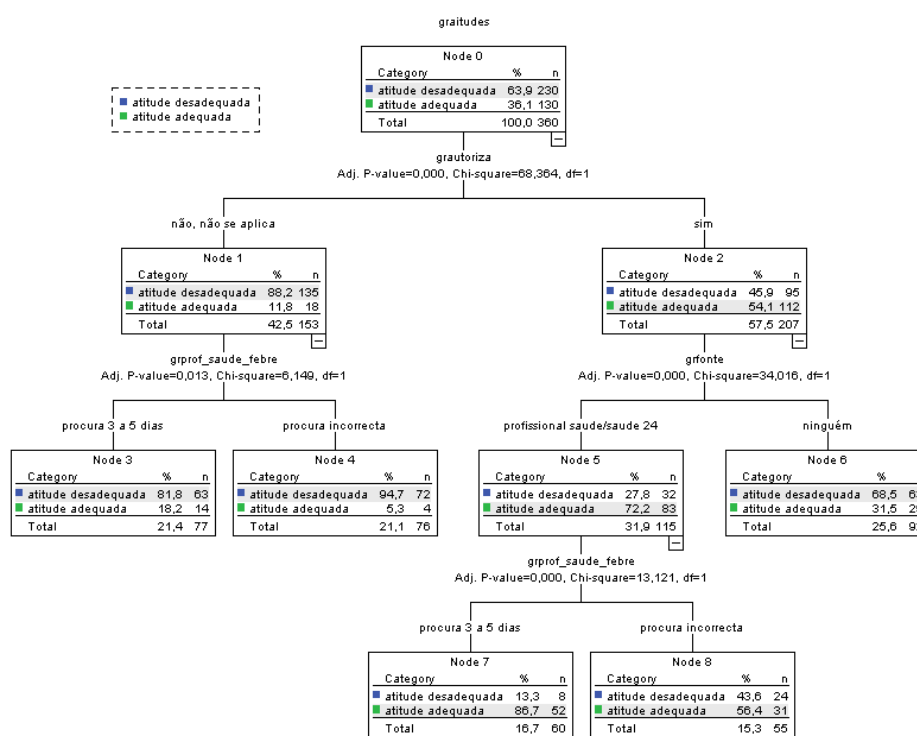
O primeiro nível de profundidade da árvore obtém-se através da autorização para a administração de terapêutica indicando ser esta variável a que melhor prediz as atitudes dos pais/acompanhantes face à criança com febre que se subdivide nos que referem que não autorizam ou não se aplica com uma probabilidade de 88.2% para as atitudes desadequadas e nos que dão autorização com uma atitude desadequada para 45.9%

O segundo nível de profundidade mostra que são os pais/acompanhantes da criança que procuram os profissionais de saúde quando a criança tem febre e as fontes de informação, as variáveis que melhor preveem as atitudes dos pais/acompanhantes das criança originando os nós terminais 3 e 4 para a primeira variável e 5 e 6 na segunda.

O nó 3 indica que se prevê que 81.8% dos 21.4% que afirmaram procurar o profissional de saúde entre 3 a 5 dias que tenham uma atitude desadequada e de 94.7% dos 21.2% dos que tomaram uma atitude incorreta. Para o nó 4, referente à fonte de informação, verifica-se a existência de 27.8% com atitude desadequada para quem procura o profissional de saúde ou linha de saúde 24 e de 68.5% para quem não procura fontes de informação. Ainda neste nível, verifica-se que, a variável que melhor prevê a procura do profissional de saúde ou linha de saúde 24 é novamente a procura do profissional de saúde, que origina os nós terminais 7 e 8. O nó 7 indica, que apenas é previsto que 13.3% tenham atitudes desa-

dequadas para quem procura o profissional de saúde quando a criança tem febre entre 3 a 5 dias e uma atitude adequada em 86.7% dos inquiridos e o nó 8 mostra que, 43.6% com procura incorreta a atitude seja adequada.

**Figura 3** - Árvore CHAID das atitudes dos pais/acompanhantes da criança em função das variáveis contextuais à febre



### Em síntese:

- as mulheres possuem melhores atitudes quando confrontadas com a criança com febre que os homens, revelando diferenças estatísticas significativas ( $p=0.011$ );
- os participantes mais jovens revelam melhores atitudes perante a criança com febre, com diferença marginal entre os grupos ( $p=0.055$ );
- os pais/acompanhantes que coabitam com companheiro mostram melhores atitudes perante a criança com febre;
- os residentes em zona urbana revelam melhores atitudes perante a criança com febre, com diferenças estatísticas ( $p=0.028$ ).
- obtivemos melhores atitudes por parte dos pais/acompanhantes com habilitações literárias a nível do ensino superior, resultando em diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.033$ );

- os sujeitos da amostra com mais um filho possuem melhores atitudes perante a criança com febre;
- os pais/acompanhantes de crianças do sexo feminino tendem a ter melhores atitudes;
- os participantes com crianças mais novas revelam melhores atitudes face à criança com febre;
- os sujeitos da amostra que têm filhos com patologia associada possuem melhor atitude perante a criança com febre;
- existe uma probabilidade de 63.9% de atitudes não adequadas perante a criança com febre;
- registámos uma probabilidade de 88.2% de atitudes desadequadas por parte dos participantes que não autorizam a administração antipirética e de 45.9% também de atitudes desadequadas por parte dos participantes que concedem essa autorização;
- procurar os profissionais de saúde quando a criança tem febre e as fontes de informação são as variáveis que melhor preveem as atitudes dos pais/acompanhantes das crianças;
- inferiu-se que 81.8% dos 21.4% que afirmaram procurar o profissional de saúde entre 3 a 5 dias têm uma atitude desadequada e 94.7% dos 21.2% dos que tomaram uma atitude incorreta;
- a variável que melhor prevê a procura do profissional de saúde ou linha de saúde 24 é a procura do profissional de saúde, com uma previsão de 13.3% de atitudes desadequadas para quem procura o profissional de saúde quando a criança tem febre entre 3 a 5 dias e uma atitude adequada em 86.7% dos inquiridos.

### **3. Discussão**

Neste capítulo apresenta-se à discussão metodológica e a discussão dos resultados, de modo a poder responder-se às questões de investigação e alcançar os objetivos delineados.

#### **3.1. Discussão metodológica**

Os procedimentos metodológicos usados na investigação revelaram-se concordantes com os objetivos delineados, bem como com as características da amostra. O instrumento de recolha de dados foi o questionário, o qual era extenso, com um número de variáveis elevado, o que poderá ter influenciado os pais/acompanhantes, cujo preenchimento poderá ter sido demorado e cansativo.

Uma outra limitação metodológica prende-se com o facto de se ter realizado um estudo com enfoque transversal, cujas avaliações foram feitas num único momento, não existindo, portanto, um período de seguimento dos participantes. A maior desvantagem dos estudos transversais prende-se com a impossibilidade de estabelecer relações causais por não provarem a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do fenómeno em estudo. O facto de nos estudos transversais só se poder medir a prevalência e não a incidência, torna limitada a informação produzida por este tipo de estudos, no que respeita à história natural dos acontecimentos e ao seu prognóstico (Fortin, 2009). Contudo, para se levar a cabo este estudo transversal, foi necessário, em primeiro lugar, definir as questões a responder, depois, definir-se a população a estudar e um método de escolha da amostra e, por último, definir os fenómenos e os métodos de medição das variáveis de interesse.

Mediante o exposto, considera-se que a presente investigação esteve condicionada com as opções metodológicas, não sendo, por isso, possível generalizarem-se os resultados, o que só será possível com a corroboração de outros estudos da mesma área, com amostras mais dilatadas.

Contudo, apesar destas limitações, pode afirmar-se que os resultados possibilitaram um conhecimento mais efetivo acerca das atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

### 3.2. Discussão dos resultados

As concepções dos pais sobre a criança com febre estão, na maioria das vezes, relacionadas a ideias pré-concebidas, resultando em atitudes dos pais que refletem essas concepções, muita delas errôneas (Casanova, Reis & Prata, 2104). Sendo um evento frequente na infância, a febre é, por norma, uma das maiores preocupações dos pais nas situações de doença dos seus filhos (Rocha et al., 2009). De acordo com os mesmos autores, lidar com a criança com febre pode provocar nos pais sentimentos de ansiedade e de medo, denominados de “fobia da febre”, independentemente do nível de escolaridade ou da condição socioeconômica.

A preocupação excessiva com a febre deve-se particularmente à carência de informação dos pais acerca do seu significado (Pestana, 2003), constituindo-se, deste modo, como uma das razões mais frequentes da consulta de Pediatria e do uso inadequado dos serviços de urgência pediátrica (Ugarte, Orue, Samudio & Weber, 2009). A obsessão pela apirexia resulta em atitudes desajustadas e agressivas por parte dos pais, sendo exemplo a utilização excessiva de antipiréticos com efeitos potencialmente tóxicos (Pestana, 2003).

Foi neste contexto que procurámos responder às questões de investigação, com a realização de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, com enfoque transversal, cujos resultados nos possibilitaram traçar um perfil sociodemográfico da amostra. Assim, começamos por referir que há um claro predomínio de mulheres, sendo estas, em média ( $M=34.78$  anos  $\pm 7.976$  anos), mais velhas do que os homens ( $M=34.52$  anos  $\pm 7.73$  anos), predominando os homens com idades compreendidas entre os 31-37 anos (36.4%) e a maioria das mulheres possui idade superior ou igual a 38 anos (38.1%). Verificámos igualmente que prevalecem, quer para as mulheres (83.2%), quer para os homens (74.6%), os participantes a residir com companheiro(a) residentes em meio rural (57.3%), com escolaridade até ao 3º ciclo (38.3%) e sem mais filhos (58.9%). Em relação aos participantes com mais filhos, apurámos que a maioria possui mais um filho (71.6%). *Grosso modo*, as crianças com febre foram acompanhadas pela mãe (75,3%).

Os resultados obtidos em relação às características sociodemográficas da amostra vão ao encontro dos estudos consultados, tendo em conta que nos mesmos a grande maioria dos participantes são mães (Casanova, 2012; Pestana, 2003; Rocha et al., 2009; Rodrigues et al., 2010; Walsh et al., 2008). No que concerne à idade dos participantes do presente estudo, com uma média de 34.74 anos ( $\pm 7.925$  anos), há uma aproximação da mesma com as encontradas nos estudos supraferidos, onde a média de idade situa-se nos 34.2 anos. No nosso estudo, a maioria dos pais/acompanhantes possui, como escolaridade, até

ao 3º ciclo, não estando em consonância com os resultados de Casanova (2012), pois a autora registou um predomínio de pais com o ensino secundário e com a licenciatura. No entanto, fazendo-se uma comparação com outros estudos consultados (Pestana, 2003; Walsh et al., 2008) constatamos que nos mesmos a maioria dos pais das crianças com febre possuem baixo grau de escolaridade.

No que concerne à caracterização das crianças, pondera o do sexo feminino, com uma representatividade de 51.7%, com uma média de 62.47 meses. Em média, as crianças do sexo feminino ( $M=63.48$  meses  $\pm 47.956$  anos) são mais velhas que as do sexo masculino ( $M=61.40$  anos  $\pm 52.548$  anos). Este perfil sociodemográfico não corrobora o alcançado por Veras et al. (2011), cujo estudo demonstrou uma maior representatividade de crianças do sexo masculino (57.33%) atendidas num Serviço de Urgências Pediátricas por febre. Todavia, em relação à idade, podemos dizer que há uma analogia, pois Veras et al. (2011) verificaram que a faixa etária preponderante era de 1 a 5 anos (51.63%).

### **3.2.1. Atitude dos pais perante uma criança com febre**

No que se refere aos métodos que os participantes utilizam quando suspeitam que a criança tem febre, registámos um predomínio de pais/acompanhantes que utilizam só a mão (55.8%), como primeiro método. Estes resultados não estão em conformidade com os apurados por Casanova (2012), Pestana (2003) e por Rodrigues et al. (2010), na medida em que os mesmos verificaram, no seu estudo, que a maioria dos pais usam, maioritariamente, o toque com a mão mas em associação com o termómetro. Neste sentido, poderemos justificar os resultados com o facto de nem todos os pais terem um termómetro disponível em casa, tendo de usar outros meios mais subjetivos para determinar a presença de febre no filho recorrendo, por norma, às mãos ou aos lábios, para sentirem a temperatura corporal do mesmo (*National Collaborating Center for Women's and Children's Health, NCCWCH, 2007*). Como refere Casanova (2012), esta situação poderá também ocorrer quando se trata dos primeiros filhos e quando os pais inesperadamente se deparam com a criança doente não dispõem de um termómetro para avaliar a temperatura. Todavia, como salientam El-Radhi, et al. (2006), mesmo tendo um termómetro, muitos pais pensam que conseguem identificar os sinais/sintomas de febre, que o filho possa apresentar, recorrendo aos meios mais subjetivos. Ainda neste âmbito, verificámos que as mulheres são as que mais usam, primeiramente, o termómetro para avaliar a temperatura corporal da criança (37.4%). No estudo de Casanova (2012), a maioria das mães usa o termómetro como

primeiro método de avaliação, sem estar associado ao toque. Assim sendo, com base nos nossos resultados podemos dizer que é evidente que estes pais/acompanhantes, na sua maior parte, continuam a valorizar o toque na pele como indicador de febre, sobretudo com referência à sua localização na testa. Também Casanova et al. (2013) constaram que a percepção sensorial continua a ser um importante método auxiliar no despiste da febre, realçando que 64,5% dos pais avaliam a temperatura utilizando, simultaneamente, o termómetro e o toque na pele. Os nossos resultados também não estão em conformidade com os de Feldhaus e Cancelier (2012), que observaram uma maioria de pais a recorrer ao termómetro como primeiro método de avaliação de febre na criança.

Outro resultado prende-se com a confirmação da febre na criança, tendo-se apurado que a grande maioria dos participantes (95.0%) recorrem sempre ao termómetro digital (86.1%), correspondendo a 84.1% dos homens e 86.5% das mulheres. Estes resultados confirmam os encontrados em vários estudos (Casanova 2012; Pestana, 2003; Rodrigues et al., 2010; Matziou, et al., 2008), pois os mesmos apontam para um número significativo de pais que usam o termómetro digital, com uma notória preferência, colocando-o na axila, seguido da colocação no ânus. Neste contexto, referimos a NCCWCH (2007) e Chiappini, et al. (2009) recomendam que a temperatura corporal seja avaliada, preferencialmente, com termómetros eletrónicos colocados na axila.

Inferimos, através dos resultados apurados, que a maioria (57.5%) dos inquiridos concedem autorização para a administração de antipirético quando a criança se encontra em creche, escola, ama, ou em outras atividades, correspondendo 33.3% aos homens e 62.6% às mulheres, sugerindo que estes têm uma atitude adequada perante a criança com febre.

Antes de recorrer aos serviços de saúde, maioria dos pais da nossa amostra (52.8%), espera que a criança esteja um ou 3 a 5 dias com febre, enquanto 42.9% dos pais/acompanhantes do sexo masculino não espera esses dias. O quinto dia de febre costuma ser considerado a referência para procurar aconselhamento médico (Direção-Geral da Saúde, 2004; NCCWCH, 2007). Todavia, a este propósito importa ressaltar que não há consenso entre os autores consultados (Carrilho, 2003; Direção-Geral da Saúde, 2004; NCCWCW, 2007; Salgado, 2008), sobre o momento exato, após o início de um quadro febril, para recorrer aos serviços de saúde, pois mais do que propriamente o *timing* exato para o fazer, deve ter-se em consideração o estado geral da criança, os valores de febre, a idade e a duração da situação febril. Fazendo-se uma comparação com outros estudos, podemos inferir que há uma sobreposição de resultados pois são poucos os pais que referem que recorrem imediatamente aos serviços de saúde quando o filho tem febre (Casanova, 2012). Todavia, no estudo de Pestana (2003) 37.5% dos seus participantes referiram

que recorrem obrigatoriamente aos serviços de saúde, no primeiro dia, alegando que não sabem saberem tratar o sintoma associado à febre. Salgado (2008) refere que é inviável e, inclusive, excessivo que todas as crianças sejam observadas logo nas primeiras horas após o início da febre. Assim sendo, reafirma a ideia de que os pais têm de ser ensinados a avaliar a criança febril, preferencialmente três a quatro horas após administrarem o antipirético, quanto a uma série de características do estado geral, que denominou de critérios de alerta da febre, designadamente a presença de dor, o aspeto da pele, o choro inconsolável, a prostração, entre outros.

Outro resultado apurado no presente estudo refere-se ao facto de cerca de 9 em cada 10 dos pais/acompanhantes da criança admitirem que já recorreram ao serviço de urgência com a criança por febre (93.7% dos homens vs. 90.2% das mulheres). Estes resultados corroboram Poirier Collins e McGuire (2010), na medida em que verificaram que, a febre, continuava a ser a principal queixa dos pais que procuram os serviços de urgência pediátrica, sugerindo que se deve continuar a investir na formação dos mesmos, de modo a poder-se desmistificar os seus medos, decorrentes de ideias erróneas pré-concebidas, que são uma das principais justificações para procurarem os serviços de urgência num episódio febril como, provavelmente, para evitar algumas inadequadas e potencialmente perigosas, práticas parentais no domicílio.

Antes de recorrerem ao Serviço de Urgência, os homens procuram aconselhamento na Linha de Saúde 24 (27.1%), seguindo-se, com igual percentagem (25.4%), a procura do médico de família e do enfermeiro de pediatria; quanto às mulheres, a Linha de Saúde 24 (23.5%), o médico de família (22.4%) e o pediatra (16.8%) foram as fontes de aconselhamento mais indicadas quando a criança tem febre. Estes resultados confirmam os encontrados por Salgado (2008), segundo o qual a maioria dos pais procura aconselhamento junto de profissionais de saúde, onde há um predomínio da classe médica e dos enfermeiros de pediatria.

Ainda no âmbito das atitudes dos participantes do presente estudo perante a criança com febre, observámos que a administração de antipirético, quando a temperatura é superior a 38°C, é a atitude mais referenciada (homens 74.6% vs. mulheres 86.9%), pois cerca de 8 em cada 10 dos inquiridos adota essa atitude; a hidratação da criança é mais valorizada pelos homens (65.1%), enquanto as mulheres optam por diminuir a quantidade de roupa (69.7%); dar banho em água morna é uma medida mais praticada pelos homens (52.4%) do que pelas mulheres (47.5%). Pestana (2003), Rocha et al. (2009) e Rodrigues et al. (2010) também concluíram que os pais, embora usem, maioritariamente, medidas farmacológicas (administração do antipirético) para resolução das situações febris, a sua maioria associava analogamente medidas de arrefecimento físico, como foi verificado no presente estudo, ten-

do a maioria dos participantes (55.3%) admitido que adota essa atitude para baixar a febre na criança, quando a mesma tem temperatura superior ou igual a 38°C (56.6% mulheres vs. 48.2% homens). Constatámos, à semelhança do presente estudo, que Casanova (2012) e Rodrigues et al. (2010) observaram que a maioria dos pais considera a temperatura  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  como valor para recorrer à administração de antipiréticos, o que é usualmente aceite (Direção-Geral da Saúde, 2004) como temperatura de referência para o recurso ao tratamento farmacológico, apesar de não ser consensual essa atitude.

### **3.2.2. Relação entre as fontes de informação e a atitude dos pais perante a criança com febre**

Procurámos averiguar se as fontes de informação interferem nas atitudes dos pais perante a criança com febre, apurado que quer os homens (60.3%) quer mulheres (67.0%) tendem a procurar informação sobre a febre através do seu médico, procurando também o enfermeiro (54.0% vs. 49.8%), os familiares (38.1% vs. 34.7%), o saber da experiência acumulada (40.1% vs. 25.4%). Estes resultados, de certo modo, corroboram os apurados por Chiappini et al. (2012), tendo observado igualmente que 67,8% dos pais têm a classe médica, sobretudo os pediatras, como principal fonte de informação sobre a etiologia da febre. Pestana (2003) e Walsh et al. (2008) aferiram, com base no seu estudo, que a principal fonte de informação dos pais é a experiência pessoal, tal como uma percentagem substancial dos participantes no nosso estudo

### **3.2.3. Relação entre as atitudes dos pais/acompanhantes, variáveis sociodemográficas e variáveis contextuais da febre**

Constituiu-se também como objetivo deste trabalho verificar a relação entre as atitudes dos pais/acompanhantes, variáveis sociodemográficas e variáveis contextuais da febre. Tendo em conta os resultados apurados, verificámos que o sexo, a idade, a zona de residência e as habilitações literárias são variáveis que interferiram nas atitudes dos participantes perante a criança com febre. Mais especificamente, observámos que as mulheres, os participantes mais novos, residentes em zona urbana e com o ensino superior são os que possuem melhores atitudes quando confrontadas com a criança com febre. Neste contexto, apesar de não se ter encontrado estudos que possam explicar teoricamente a interferência destas variáveis nas atitudes dos pais/participantes perante a criança com febre, encontrá-

mos uma similitude com o estudo de Erkek, et al. (2010) que também apurou que as mães, comparativamente aos pais, são as que revelam atitudes mais adequadas perante a criança com febre, bem como os que possuem habilitações literárias mais elevadas. De igual modo, Rodrigues et al. (2010) demonstram que os pais com mais habilitações literárias têm atitudes mais adequadas perante a criança com febre.

Apesar de não se terem verificado diferenças significativas no que se refere ao número de filhos, observámos que os participantes com filhos únicos são os que revelam melhores atitudes perante a febre. Todavia, do grupo de pais/acompanhantes que referiram possuir mais filhos, foram os que têm mais um que mostram melhores atitudes. Estes resultados poderão ser justificados, segundo Pestana (2003), com o fator a experiência, ou seja, o facto de se possuir outros filhos poderá assumir-se como um meio de conhecimentos com reflexo em atitudes mais adequadas perante a criança com febre.

Por último, referimos que, no total da nossa amostra, existe uma probabilidade de 63.9% de atitudes não adequadas perante a criança com febre, o que nos leva reforçar a importância de se informar mais os pais sobre a fisiopatologia da febre para que não adotem atitudes desadequadas, o que é referenciado pela própria Direção-Geral da Saúde (2004, p. 11), quando menciona que os profissionais de saúde têm a “tarefa fulcral no combate à fobia da febre, que está generalizada, substituindo-a pelo ensino da fisiopatologia”.



## Conclusão

De acordo com os resultados do estudo empírico, há um claro predomínio de mulheres, sendo estas, em média, mais velhas do que os homens, predominando os homens com idades compreendidas entre os 31-37 anos e a maioria das mulheres possui idade superior ou igual a 38 anos. Prevaecem as mulheres e os homens (74.6%) com companheiro(a), residentes em meio rural, com escolaridade até ao 3º ciclo e sem mais filhos. Em relação aos participantes com mais filhos, apurámos que a maioria possui mais um filho. A grande maioria das crianças foi acompanhada pela mãe ao serviço de saúde.

Quanto à caracterização das crianças, concluímos que a maioria é do sexo feminino, com uma média de 62.47 meses, sendo as raparigas mais velhas do que os rapazes.

Em relação às atitudes dos participantes perante a criança com febre, mais concretamente no que se refere aos métodos que os participantes utilizam quando suspeitam que a criança tem febre, obtivemos um predomínio de pais/acompanhantes que utilizam só a mão, como primeiro método. As mulheres são as que mais usam, primeiramente, o termómetro para avaliar a temperatura corporal da criança. Outro resultado prende-se com a confirmação da febre na criança, tendo-se apurado que a grande maioria dos sujeitos da amostra recorrem sempre ao termómetro digital, tendo também uma grande parte da amostra confirmado que concedem autorização para a administração de antipirético quando a criança se encontra em creche, escola, ama, ou em outras atividades. Outra conclusão a que chegámos tem a ver com o facto de, antes de recorrerem aos serviços de saúde, a maioria das mães terem confirmado que esperam que a criança esteja um ou 3 a 5 dias com febre, contrariamente a um número significativo de pais/acompanhantes do sexo masculino. Saliemos também que cerca de 9 em cada 10 dos pais/acompanhantes da criança admitirem que já recorreram ao serviço de urgência com a criança por febre. Todavia, antes de o fazerem, os homens procuram aconselhamento na Linha de Saúde 24, no médico de família e no enfermeiro de pediatria, enquanto as mulheres, procuram a Linha de Saúde 24, o médico de família e o pediatra para se aconselharem.

Concluímos que a administração de antipirético, quando a temperatura é superior a 38°C, é a atitude mais referenciada, porquanto cerca de 8 em cada 10 dos inquiridos admitiu adotar essa atitude. Por outro lado a hidratação da criança é mais valorizada pelos homens, enquanto as mulheres optam por diminuir a quantidade de roupa, a medida física dar banho em água morna é uma medida mais praticada pelos homens.

Constituiu-se também como objetivo saber se as fontes de informação interferem nas atitudes dos pais perante a criança com febre, tendo apurado que quer os homens, quer

as mulheres propendem a procurar informação sobre a febre através do seu médico de família, do enfermeiro, dos familiares e do saber da experiência acumulada.

Foi também nosso objetivo verificar a relação entre as atitudes dos pais/acompanhantes, variáveis sociodemográficas e variáveis contextuais da febre, do que apurámos que o sexo, a idade, a zona de residência e as habilitações literárias são variáveis que interferiram nas atitudes dos participantes perante a criança com febre. Concluimos que, no total da nossa amostra, existe uma probabilidade de 63.9% de atitudes não adequadas perante a criança com febre, o que nos leva a fazer algumas sugestões neste âmbito.

Decorrente dos resultados apurados, sugerimos a realização de ações de ensino aos pais/acompanhantes das crianças quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, quer ao nível das Urgências Pediátricas, de modo a podermos transmitir mais conhecimento sobre a fisiopatologia da febre, o que poderá assumir-se como uma importante fonte de esclarecimento de dúvidas, com reflexos em atitudes mais adequadas perante a criança com febre. Assume grande relevância que se explique rigorosamente aos pais/acompanhantes o conceito de febre como um mecanismo fisiológico ativo e benéfico no controlo da infeção, para que se diminua o número de casos em que a fobia da febre está presente e que se assume como fonte de atitudes menos corretas perante a mesma. Estes têm de ser esclarecidos, fazendo-se uma contextualização e desdramatização sobre o significado da febre, realçando a sua importância como mecanismo protetor do organismo no combate à infeção e alertando para os sinais de alarme que justificam a observação profissional atempada.

Por fim acresce referirmos que a realização deste trabalho nos levará certamente a fomentar junto dos pais, na nossa prática profissional em Cuidados de Saúde Primários, a noção da febre como sinal de bom funcionamento do organismo, contrariando a obsessão pela apirexia. Por tudo isto, consideramos que este trabalho resultou num ganho de competência e no aprofundamento de conhecimentos tão importantes para a nossa prática profissional.

## Referências Bibliográficas

- Adam, D., & Stankov, G. (2004). Treatment of fever in childhood. *Eur J Pediatr*; 153: 394-402.
- Akintemi, O.B. & Roberts, K.B. (2006). Fever without source: evaluation of a guideline. *Pediatr Infect Dis J*; 25: 293-300.
- Albuquerque, M. & Ramos, S. (2007). *A Sexualidade na Deficiência Mental Profunda – Um Estudo Descritivo sobre atitudes de Pais e Profissionais*. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/.pdf>.
- Al-Nouri; L. & Basheer, K. (2006). Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Tropical Pediatrics*, v. 52, 2: 9-15.
- Bona, Z.; Da Luz Silva, I. (2013). Febre Fobia: interferência dos pais no manejo da febre na criança. Rio Grande/RS, Brasil, 23 a 25 de outubro de 2013. Acedido em: [www.propesp.furg.br/anaismpu/cd2013/ens/2801.doc](http://www.propesp.furg.br/anaismpu/cd2013/ens/2801.doc).
- Broom, M. (2007). Physiology of fever. *Paediatric Nursing*. 19(6): 24-31.
- Carrilho, E.M. (2003). A criança com febre. [autor do livro] José Martins Palminha e Eugénia Monteiro Carrilho. *Orientação Diagnóstica em Pediatria: dos Sinais e Sintomas ao Diagnóstico Diferencial*. Lousã : Lidel - edições técnicas Lda, Vol. 1.
- 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](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, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Acedido em <http://biblioteca.esenf.pt/plinkres.asp?Base=ISBD&Form=COMP&StartRec=0&RecPag=5&NewSearch=1&SearchTxt=%22TI%20Interven%E7%F5es%20paren>.
- 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>.

- 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>.
- Chiappini, E., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P. A., Becherucci, P., Bonsignori, F. & Martino, M. (2009). Management of fever in children: summary of the Italian Pediatric Society Guidelines. *Clinical Therapeutics*, 31(8), 1826-1843. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19808142>.
- 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>.
- Crocetti, M.; Moghbeli, N. & Serwint, J. (2001). Feverphobiarevisited: have parental. *Pediatrics*; 107(6):1241-6. 5.
- Diana, S.; Rego, P.A. & Rocha, A.D. (2013). A administração do paracetamol previamente à vacinação da criança: uma revisão integrativa da literatura. *I 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](http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/9789899844322.pdf).
- Dinarello, C.A., & Wolff, S.M. (2008). Pathogenesis of fever in man. *N Engl J Med*; 298(11): 607-612.
- El-Radhi, A.S. & Barry, W. (2006). Thermometry in paediatric practice. *Arch Dis Child*, 91, 351-356. doi: 10.1136/adc.2005.088831
- El-Radhi, A.S., Carroll J., & Klein. N. (2009). *Clinical Manual of Fever in Children*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3849992/>.
- El-Radhi, A.S.; Carroll ,J. & Klein, N. (2009). *Clinical Manual of Fever in Children*. Berlin: Springer-Verlag Berlin Heidelberg.
- Feldhaus, T. & Cancelier, A.C.L. (2012). *Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças*. ACM arq.catarin. med;41(1). Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=664894&indexSearch=ID>.
- Guia de Informação para os Utentes. Guias de Saúde – Processo de Febre na Criança (2012). USF de Valongo. Acedido em: [http://www.usfvalongo.com/documentos/edu/guia\\_febre.pdf](http://www.usfvalongo.com/documentos/edu/guia_febre.pdf).

- International Council of Nurses. 2011. CIPE® Versão 2 - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011. ISBN: 978-92-95094-35-2.
- Kramer, L.C., et al. (2008). Alternating Antipyretics: Antipyretic Efficacy of Acetaminophen Versus Acetaminophen With Ibuprofen in Children. *Clinical Paediatrics*. 47(9): 12-25.
- Lagerlov, P.; Helseth, S. & Holager, T. (2003). Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. *FamPract.*; 20: 717-23.
- Macambira, R. (2007). Febre: abordagem clínica. *Jornal Brasileiro de Medicina*, 92(5), 33-35. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=480229&indexSearch=ID>.
- Magalhães, S., Albuquerque, R.R., Pinto, J.C. & Moreira, A.L. (2002). *Termorregulação: textos de apoio*. Universidade do Porto, Faculdade de Medicina, Serviço de Fisiologia. Acedido em [http://fisiologia.med.up.pt/Textos\\_Apoio/outros/Termorreg.pdf](http://fisiologia.med.up.pt/Textos_Apoio/outros/Termorreg.pdf).
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS*. Lisboa: Editora, ReportNumber, Lda.
- Matziou, V. (2007). What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: An interview study. *International Journal of Nursing Studies*, v.45, 6: 829-836.
- McDougall, P., Harrison, M. (2014). Fever and feverish illness in children under five years. *Nursing Standard*, 28(30), 49-59. Acedido em <http://journals.rcni.com/doi/pdfplus/10.7748/ns2014.03.28.30.49.e8410>.
- Murahovschi J. (2003). A criança com febre no consultório. *Jornal de Pediatria*, 79(1), 55-64. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a07.pdf>.
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2007). *Feverish illness in children: assessment and initial management in children younger than 5 years*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100005).
- National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (2007). *Feverish illness in children: assessment and initial management in children younger than 5 years*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE); Acedido em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0021-75572013000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100005).

- Paul, I.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): 25-32.
- Pereira, G.L., Tavares, N.U.L., Mengue, S., & Pizzol, T.S.D. (2013). Conduas terapêuticas e uso alternado de antipiréticos no manejo da febre em crianças. *Jornal de Pediatria*. Acedido em: <http://jped.elsevier.es/pt/conduas-terapeuticas-e-uso-alternado/articulo/90194098/>.
- 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.+%282003%29.+Conhecimentos+e+atitudes+dos+pais+perante+a+febre+dos+filhos.+Revista+Portuguesa+de+Cl%C3%ADnica+Geral.+Volume+19%2C+3>.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2009). *Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS*. Lisboa: Edições Lidel.
- 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.
- Poirier, M.P., Collins, E.P., & McGuire, E. (2010). Fever Phobia: A Survey of Caregivers of Children Seen in a Pediatric Emergency Department. *Clinical Pediatrics*. 49(6): 52-64.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral de Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Lisboa: DGS.
- Powell, K. R. (2005). Febre. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, H. B. Jenson (Eds.), *Nelson: Tratado de Pediatria* (17ª ed., pp. 888-890). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Regulamento Nº 123/2011. (2011, fevereiro 18). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. [Portugal]. *Diário da República*, 2 (35), pp 8648-8655. Acedido em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%2CA7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%2CA7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).
- 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](http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article_id=152).

- Rodrigues, L.R.; Tojal, M.; Teresa, N & Rodrigues, C. (2010). *Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre*. Vol. 32, 1. Acedido em: [http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article\\_id=152](http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article_id=152).
- Salgado, M. (2014). *Critérios de alerta na criança com febre: texto para pais*. Acedido em [http://areadospais.asic.pt/article\\_files/febre\\_sinais\\_alerta.pdf](http://areadospais.asic.pt/article_files/febre_sinais_alerta.pdf).
- 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. *ArchPediatrAdolescMed.*; 160: 197-202.
- Sarrell, M., Cohen, H.A., & Kahan, E. (2010). Physicians', nurses', and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. *Patient Educ Couns*; 46: 61-5.
- Silva, F., & Gonçalves. G. (2013). *Manual da Criança*. Serviço de Pediatria do SESARAM, S.R.S. Acedido em: <https://www.sesaram.pt/pediatria/images/ficheiros/manual-da-crianca-2013.pdf>.
- Sullivan, J.E., & Farrar, H.C. (2011). Clinical Report - Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics.*, Vol. 127(3).
- Trotta, E.A. & Gilio, A.E. (1999). Febre aguda sem sinais de localização em crianças menores de 36 meses de idade. *J Pediatr.*; 75: 214-22.
- Crocetti, M.; Sabath, B.; Cranmer, L., Gubser, S. & Dooley, D. (2009). Knowledge and management of fever among Latino parents. *ClinPediatr (Phila)*; 48: 183-9.
- Ugarte, E.M., Orue, C., Samudio, D.G.C., & Weber, E. (2009). Los Padres y la Fiebre: ¿Qué Creen y Hacen? *Pediatr (Asunción)*; 36(3):201-205.
- 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*, 54(2), 217-227. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16553708>.
- Walsh, A., Edwards, H. & Fraser, J. (2007). Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources. *Journal of Clinical Nursing*, 16(12), 2331-2340. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17419783>.

- Walsh, A., Edwards, H. & Fraser, J. (2008). Parent's childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of advanced nursing*, 63 (4), 376-378. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18727765>.
- Wright, Ashley D., & Liebelt, Erica L. (2007). Alternating Antipyretics for Fever Reduction in Children: An Unfounded Practice Passed Down to Parents from Pediatricians. *Clinical Pediatrics*. 46(2).
- Zomorodi, A., & Attia, M.W. (2008). Fever: Parental Concerns. *Clinical Paediatric Emergency Medicine*. 9.

**Anexos**

---



## Anexo I - Instrumento de recolha de dados



Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

(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   
d) 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
- d) 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"/>
k) 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
- 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"/> |
| d) Outro   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 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"/>
g) Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) 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
- k) Não sei

**Obrigada pela sua colaboração!**

## Anexo II – Pedido de parecer à Comissão de ética



Instituto Politécnico de Viseu  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU  
COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº 06/2014

**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO "CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS PAIS/CUIDADORES PERANTE A CRIANÇA COM FEBRE"

Tendo a estudante Diana Gouveia Lucena sob a orientação da Profª Maria Isabel Bica Costa, solicitado emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, incluindo como participantes os pais/cuidadores de crianças vigiadas na Consulta de Saúde Infantil do Centro de Saúde de S. Martinho do Bispo, ACES Baixo Mondego – Coimbra, da ARS Centro, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para identificar os conhecimentos e as atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre, revertendo-se em benefícios por contribuir para reflectir e promover programas de melhoria do papel parental e de orientação dos pais face à criança com febre; nesse sentido, recomendamos que os dados sejam divulgados e que o relatório final seja disponibilizado à instituição;
- Considerando que a participação no estudo consiste na aplicação de um questionário aos pais/cuidadores da criança e que a sua participação é voluntária, tendo garantia de ter sido fornecido o consentimento informado;
- Considerando que no questionário não há identificação nominal e que será garantida a anonimização dos sujeitos; recomendamos, contudo, o cumprimento do segredo profissional por parte das investigadoras na recolha de informação e administração dos questionários;
- Considerando que os dados colhidos não são considerados sensíveis;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 11 de fevereiro de 2014

*Emília Bica Costa*

A presidente da CE da ESSV

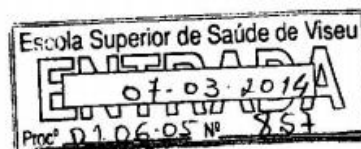
*[Assinatura]*



## Anexo III – Pedidos de autorização para aplicação dos questionários



MINISTÉRIO DA SAÚDE



SR.º

01289 14/MAR/04 17:37

Ex.º Senhor  
Professor Doutor Carlos Pereira  
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu  
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102  
3500-843 VISEU

Vossa referência  
0212

Vossa comunicação:  
19-fev-2014

Nossa referência:

Data:  
03-mar-2014

Assunto: **Pedido de autorização para efectuar colheita de dados**  
"Conhecimentos e atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre"

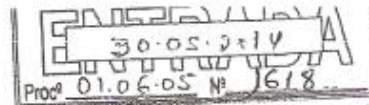
De acordo com o solicitado no Vosso n.º 0212 de 19-fevereiro-2014 somos a informar que é autorizada a aplicação do questionário, no entanto a divulgação pública dos resultados obtidos deverá ser precedida pelo prévio conhecimento deste ACeS.

Com os melhores cumprimentos.

O DIRETOR/EXECUTIVO

José Amândio Marques Neves, Dr.





Exmo. Senhor

Professor Doutor Carlos Pereira

Escola Superior de Saúde de Viseu

R.D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, 102

3500-843 Viseu

578 14 MAY - 28

Sua referência	Sua comunicação	Nossa referência	Data
----------------	-----------------	------------------	------

CCS

Assunto: Pedido de autorização para efetuar colheita de dados –

Na sequência do pedido de autorização para efetuar colheita de dados para estudo subordinado ao tema "A atitude dos pais/cuidadores perante a criança com febre", e após avaliação em Conselho Clínico e de Saúde, cumpre-nos informar do deferimento à aplicação do mesmo.

A coordenadora da unidade de saúde de S. Martinho do Bispo é nesta data informada da decisão.

Com os melhores cumprimentos

O Diretor Executivo

  
(António Morais, Dr.)