

**Manuela das Dores Sousa Moreira Silva Pereira**

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

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria



Junho de 2015

**Manuela das Dores Sousa Moreira Silva Pereira**

## **Conhecimento 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  
Professor Doutor João Carvalho Duarte



Viseu

"A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento".

Platão (s.d.)



## **Agradecimentos**

A realização desta dissertação de mestrado passou por várias etapas e por vários acontecimentos marcantes da minha vida. Ao longo deste percurso passaram (e ficaram) muitas pessoas a quem eu tenho que estar imensamente grata. Assim, quero agradecer de uma forma especial a todas elas.

À Professora Doutora M<sup>a</sup> Isabel Bica, orientadora científica, por toda a sua disponibilidade, incentivo, orientação e rigor ao longo da realização de toda a investigação;

Agradeço ao Professor Doutor João Carvalho Duarte, pelo apoio e rigor no esclarecimento de dúvidas, sugestões e tratamento estatístico deste estudo empírico;

Agradeço a todos os pais, pela disponibilidade e cooperação, amavelmente prestadas, ao responder aos questionários;

Ao meu marido e filhos, por todo o apoio e amor e por me ajudarem a enfrentar e a superar os desafios que foram surgindo ao longo desta caminhada. É também a eles que dedico particularmente este trabalho.

Obrigada, ainda, a todos aqueles que não foram mencionados, mas que certamente sabem o quanto eu estou grata por fazerem parte da minha vida.

Muito obrigada!



## **Resumo**

**Enquadramento** – A febre na criança é reconhecida como uma manifestação de doença e encarada por muitos pais com uma conotação negativa, causando grande ansiedade e obsessão pela apirexia.

**Objetivos** – Determinar o nível do conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre; verificar se as variáveis sociodemográficas, contextuais da febre e de caracterização da criança interferem no conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

**Métodos** – Estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, realizado numa amostra não probabilística por conveniência, constituída por 360 pais/acompanhantes de crianças na consulta de Saúde Infantil, em instituições de saúde públicas, na região centro de Portugal. Recorreu-se a um questionário de autopreenchimento, com caracterização sociodemográfica, da febre, da criança e do conhecimento sobre a febre.

**Resultados** – Amostra com idade média de 34.7 anos  $\pm$  7.9, maioritariamente feminina (51.7%). Com fracos conhecimentos perante a criança com febre prevalecem os participantes com idade  $\geq$  38 anos (36.2%), que coabitam com companheiro(a) (77.0%), em zona rural (69.3%) e com escolaridade até ao 3º ciclo (53.9%). Os participantes com idade até 37 anos (68,2%), com companheiro(a) (89.0%), residentes em zona urbana (53.0%) e com o ensino superior (43.3%) revelaram bons conhecimentos. As principais fontes de informação sobre a febre foram o médico (65.8%) e o enfermeiro (50.6%). As mulheres, os acompanhantes de crianças com menos idade e com melhores atitudes revelaram melhores conhecimentos perante a criança com febre.

**Conclusão:** Os resultados apontam para a importância da realização de sessões de educação para a saúde aos pais/acompanhantes, de modo a aumentar o conhecimento perante a febre na criança.

**Palavras-chave:** Conhecimento - Febre - Criança.



## **Abstract**

**Background** - Fever in children is recognized as a manifestation of disease and seen by many parents with a negative connotation, causing great anxiety and apirexia obsession.

**Objectives** - Determine the level of knowledge of parents / caregivers against children with fever; verify that the sociodemographic variables, contextual fever and Child characterization interfere with the knowledge of the parent /caregivers against children 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 mean age  $34.7 \pm 7.9$  years, mostly female (51.7%). With weak knowledge before the child with fever prevail participants aged  $\geq 38$  years (36.2%), cohabiting with a partner (a) (77.0%) in rural areas (69.3%) and schooling up to the 3rd cycle (53.9% ). Participants aged up to 37 years (68.2%), with companion (a) (89.0%) living in urban areas (53.0%) and higher education (43.3%) showed good knowledge. The main sources of information about fever were the doctor (65.8%) and nurses (50.6%). Women, caregivers of children under age and with better attitudes revealed better knowledge before the child with fever.

**Conclusion:** The results point to the importance of conducting education sessions for health to parents/caregivers, in order to raise awareness before the fever in children.

**Keywords:** Knowledge - Fever - Child.



## Índice

Introdução .....	21
Parte I - Enquadramento Teórico .....	25
1. Temperatura corporal .....	27
2. Fisiopatologia da febre .....	31
2.1. Efeitos da Febre .....	36
2.2. Medição da Temperatura Corporal .....	37
2.3. Febre na Criança .....	41
2.4. Cuidados à criança com febre .....	47
3. Conhecimento dos pais perante a criança com febre .....	53
Parte II – Investigação Empírica .....	61
1. Metodologia .....	63
1.1. Métodos .....	63
1.2. Participantes .....	65
1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra .....	66
1.2.2. Variáveis relativas à criança .....	69
1.3. Instrumentos .....	71
1.3.1. Questionário de caracterização sociodemográfica e de contextualização da criança .....	72
1.3.2. Questionário sobre conhecimento, atitudes e fontes de informação dos pais perante a criança com febre .....	72
1.4. Critérios de operacionalização de variáveis .....	73
1.5. Procedimentos .....	81
1.6. Análise de dados .....	82
2. Resultados .....	85
2.1. Análise descritiva .....	85
2.1.1. Conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre .....	85
2.1.2. Fontes de informação sobre a febre na criança .....	98
2.1.3. Atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre .....	99
2.1.4. Conhecimento sobre febre .....	104
2.2. Análise inferencial .....	106
2.2.1. Relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis sociodemográficas e de caracterização da criança .....	106
2.2.2. Relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis contextuais da febre .....	110

3. Discussão.....	115
3.1. Discussão metodológica.....	115
3.2. Discussão dos resultados.....	116
3.2.1. Conhecimento e atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre .....	117
3.2.2. Fontes de informação sobre a febre na criança.....	122
3.2.3. Relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis sociodemográficas e de caracterização da criança.....	122
4. Conclusão.....	125
Referências Bibliográficas.....	129
Anexos.....	137
Anexo I – Instrumento de recolha de dados	
Anexo II - Parecer da Comissão de Ética	
Anexo III – Pedidos de autorização para aplicação dos questionários	

## Índice de Figuras

Figura 1 - Regulação da temperatura corporal .....	28
Figura 2 - Patogenia da febre .....	34
Figura 3 - Escala de Yale (estado geral) .....	43
Figura 4 - Sistema de alerta para identificação do risco de doença grave .....	45
Figura 5 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas ..	65
Figura 5 - Modelo inicial .....	112
Figura 6 - Modelo final refinado .....	112



## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo dos pais/acompanhantes .....	67
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra.....	68
Tabela 3 - Grau de parentesco, existência de mais filhos e número de mais filhos .....	68
Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade da criança por sexo .....	70
Tabela 5 - Caracterização da criança.....	70
Tabela 6 - Estatísticas relativas ao peso da criança por sexo.....	71
Tabela 7 – Via/local utilizado para avaliar a temperatura da criança com o termómetro .....	85
Tabela 8 – Valor acima do qual consideram febre .....	86
Tabela 9 – Atitude para baixar a febre ao filho(a) .....	87
Tabela 10 – Valor admitido pelos pais/acompanhantes para tomarem as atitudes .....	87
Tabela 11 – Valor a partir do qual administram antipirético .....	88
Tabela 12 - Indicadores de conhecimento geral sobre febre e terapêutica medicamentosa .	89
Tabela 13 - Estatísticas relativas aos indicadores de conhecimento geral sobre a febre e terapêutica medicamentosa .....	90
Tabela 14 – Prevalência dos indicadores de conhecimento geral sobre a febre e terapêutica medicamentosa.....	90
Tabela 15 – Alternância de antipiréticos quando o filho tem febre .....	91
Tabela 16 – Opinião sobre os efeitos secundários dos antipiréticos.....	92
Tabela 17 – Efeitos secundários dos antipiréticos.....	92
Tabela 18 – Opinião dos pais/acompanhantes sobre o significado da febre .....	93
Tabela 19 – Consequências da febre alta .....	93
Tabela 20 – Problemas de saúde causados pela febre alta .....	93
Tabela 21 – Identificação e tratamento da causa da febre .....	94
Tabela 22 – Sinais/sintomas associados que são motivo de preocupação quando a criança tem febre .....	94
Tabela 23 – Sintomas preocupantes para recorrer ao Serviço de Urgência quando a criança tem febre .....	95
Tabela 24 – Fontes de informação sobre a febre .....	98

Tabela 25 – Primeiro método utilizado para confirmar a febre na criança .....	99
Tabela 26 – Tipo de termómetro utilizado.....	100
Tabela 27 – Autorização para administração de antipirético na creche, escola, ama e atividades de tempos livres .....	100
Tabela 28 – Cedência de autorização por escrito para administração de antipirético.....	100
Tabela 29 – Momento em que procuram um profissional de saúde para tratar a febre .....	101
Tabela 30 – Recurso ao serviço de urgência com a criança por febre .....	101
Tabela 31 – Procura de aconselhamento para recorrer ao serviço de urgência .....	102
Tabela 32 - Estatísticas relacionadas com as atitudes perante a criança com febre .....	102
Tabela 33 - Classificação das atitudes por sexo e idade .....	103
Tabela 34 - Estatísticas relativas ao conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.....	104
Tabela 35 - Classificação do conhecimento em função das variáveis sociodemográficas..	105
Tabela 36 – Relação entre o conhecimento sobre febre e sexo .....	106
Tabela 37 – Relação entre o conhecimento sobre febre e idade .....	107
Tabela 38 – Relação entre o conhecimento sobre febre e o estado civil .....	107
Tabela 39 – Relação entre o conhecimento sobre febre e a zona de residência .....	107
Tabela 40 – Relação entre o conhecimento sobre febre e escolaridade.....	107
Tabela 41 – Relação entre o conhecimento sobre febre e existência de mais filhos .....	108
Tabela 42 – Relação entre o conhecimento sobre febre e número de filhos.....	108
Tabela 43 – Relação entre o conhecimento sobre febre e a idade da criança.....	108
Tabela 44 – Relação entre o conhecimento sobre febre e sexo da criança.....	109
Tabela 45 – Relação entre o conhecimento sobre febre e patologia associada .....	109
Tabela 46 – Relação entre o conhecimento sobre febre e as fontes de informação.....	110
Tabela 47 – Relação entre o conhecimento sobre febre e as atitudes .....	110
Tabela 48 – Estimativas e rácios críticos - modelo inicial .....	111
Tabela 49 – Estimativas e rácios críticos - modelo inicial .....	112

## Índice de Quadros

Quadro 1 – Operacionalização e recodificação das variáveis.....	74
Quadro 2 - Indicadores de conhecimento dos pais perante a criança com febre .....	75
Quadro 3 - Indicadores de conhecimento dos pais perante a criança com febre (continuação) .....	78
Quadro 4 - Indicadores de atitudes dos pais perante a criança com febre.....	80
Quadro 5 - Indicadores de fontes de informação sobre a febre na criança .....	81
Quadro 6 – Antipirético mais utilizado para baixar a febre ao filho .....	91
Quadro 7 – Determinação do cálculo da dose de antipirético a administrar ao filho .....	91



## **Siglas e abreviaturas**

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANOVA - Análise de variância a um fator

CAF - Critérios Alerta Febre

cf.- Conforme

cit. – Citado(a)

conhec. - Conhecimento

CV – Coeficiente de variação

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio padrão

et al. – e outros

IFN - Interferão  $\alpha$

IL – Interleucina

K – Kurtosis

K/S - Kolmogorod-Smirnov

Kg – Quilogramas

M – Média

Max – Máximo

mg – Miligramas

Min – Mínimo

N – Número/frequência

N/sei – Não sei

NCCWCH - National Collaborating Center for Women's and Children's Health

p. - página

p – p-value (valor de significância)

PGE2 - Prostaglandina E2

PGF2 $\alpha$  - Prostaglandina F2 $\alpha$

Q - Questão

R – Correlação de Pearson

Sk – Skewness

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

T – Teste t de Student

TNF - Fator de necrose tumoral

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UMW - Teste de U-Mann Whitney

vs. - Versus

$X^2$  . Teste de Qui-Quadrado

## Introdução

A febre pode ser definida como uma temperatura corporal superior ou igual a 38°C (Casanova, Reis & Prata, 2104). É um motivo de consulta frequente em Saúde Infantil constituindo, globalmente, até 1/3 dos casos de procura de cuidados de saúde (El-Radhi, Carroll & Klein, 2009). Em contexto pediátrico é, inequivocamente, um dos mais, ou mesmo o mais, frequente sinal de doença. Particularmente nos lactentes e crianças com idade pré-escolar a febre gera, nos pais, ansiedades e receios, levando a que seja um dos sinais mais comumente responsável pela procura dos serviços de saúde (Casanova et al., 2104).

As crenças e o conhecimento dos pais sobre a febre influenciam as suas atitudes face à criança febril e, conseqüentemente, ao uso de antipiréticos. As concepções dos pais acerca da febre na criança estão, muitas vezes, associadas a preconceitos transmitidos pela tradição, frequentemente mistificados. Os comportamentos dos pais em relação à mesma refletem estas concepções (Casanova et al., 2104).

Sendo um problema comum na infância, a febre é, geralmente, uma das maiores preocupações dos pais nas situações de doença dos seus filhos (Rocha, Regis, Nelson-Filho & Queiroz, 2009). Lidar com a febre na criança desperta nos pais sentimentos de ansiedade e medo, descritos como “fobia da febre” (Rocha et al., 2009), que se manifesta independentemente do seu grau de instrução ou da classe económica.

A preocupação exagerada com a febre deve-se essencialmente à falta de informação dos pais acerca do seu significado (Pestana, 2003) e constitui um dos motivos mais frequentes da consulta de Pediatria e, em particular, do uso inadequado dos serviços de urgência pediátrica (Ugarte, Orue, Samudio & Weber, 2009). É, também, a causa da adoção de comportamentos desajustados e agressivos pelos pais, de que é exemplo a utilização excessiva de antipiréticos com efeitos potencialmente tóxicos (Pestana, 2003). Para a maioria dos pais, a febre é um sinal de alerta que surge associado à doença (Gomide, 2011).

Diversos estudos internacionais revelam que os pais possuem concepções variadas e erradas acerca da medição e tratamento da febre nos seus filhos (Pestana, 2003, Gomide, 2011), sendo que as preocupações sobre a febre costumam ser compostas por associações incorretas entre a febre e a gravidade das doenças (Considine & Brennan, 2007). Para além disso, a febre na criança produz efeitos emocionais, físicos e socioeconómicos nos pais, levando-os a ausências do trabalho, procura de conselhos médicos, gastos em medicação e necessidade de maior assistência em casa (Gomide, 2011).

A reduzida compreensão da febre, pelos pais, determina a necessidade de mais pesquisas que permitam identificar com clareza o que os pais sabem sobre o tema e a forma como lidam com a ansiedade e medo associados, com o objetivo de, a partir desses dados, promover programas de orientação dos pais perante a criança com febre (Rocha et al., 2009).

Importa também salientar que existe discrepância entre a literatura científica e as concepções sobre a febre necessitam de ser mais exploradas, bem como as definições atribuídas pelos pais acerca de febre elevada e perigosa. Tal conhecimento pode influenciar as suas práticas (Walsh, Edward & Fraser, 2008).

É fundamental promover junto dos pais a responsabilidade, a autonomia e a confiança, inerentes ao seu desempenho parental. Neste contexto, os enfermeiros têm um papel preponderante (Zeferino & Nunes, 2011). Estes devem proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades que permitam à criança/jovem e sua família o desenvolvimento de competências para melhor gerir processos específicos de saúde/doença, sendo essa uma das competências específicas do enfermeiro especialista em Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 123/2011, de 18 de fevereiro).

Com base no exposto, surgiram as seguintes questões de investigação, fio condutor de todo o estudo empírico: i) Qual o conhecimento dos pais perante a criança com febre? ii) Quais os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais da febre e de caracterização da criança) que influenciam o conhecimento dos pais perante a criança com febre?

Delinearam-se os seguintes objetivos de estudo: i) determinar o nível do conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre; ii) verificar se as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, residência, escolaridade e número de filhos) influenciam o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre; iii) averiguar se as variáveis contextuais da febre (fontes de informação sobre a febre e atitudes perante a criança com febre) interferem no conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre (iv) identificar se as variáveis de caracterização da criança interferem com o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

Para a consecução das questões e objetivos de investigação formulados optou-se pelo tipo de investigação quantitativa, com corte transversal, descritiva e correlacional. A recolha de informação foi realizada através de um questionário de caracterização sociodemográfica e contextual e de um questionário que contém questões que permitem recolher informações acerca do conhecimento e das atitudes dos pais face à febre na criança. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência que teve por

base pais/cuidadores de crianças com idade compreendida entre os 0 meses e os 18 anos de idade, exclusive, vigiadas 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).

No sentido de uma melhor compreensão do presente estudo o corpo do trabalho é constituído por duas partes, o Enquadramento Teórico e a Investigação Empírica. A primeira parte é reservada à fundamentação teórica, onde se abordam conceitos relativos à febre e ao conhecimento dos pais perante a febre na criança. A segunda parte abarca todos os conteúdos próprios ao estudo empírico. Assim, na metodologia apresenta-se e descreve-se a investigação desenvolvida, nomeadamente, o tipo de estudo, desenho da investigação, os participantes, o instrumento de recolha de dados, os procedimentos e a análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados e a sua análise estatística. Tem lugar ainda a apresentação e discussão dos resultados obtidos da análise descritiva e inferencial. O trabalho tem o seu *terminus* com as conclusões mais relevantes e que dão resposta às questões e objetivos de partida.







## 1. Temperatura corporal

Uma vez que toda a atividade enzimática, no ser humano, realiza-se em intervalos de temperatura restritos, relativamente aos quais a temperatura ambiente é demasiado baixa, é o calor produzido pelo metabolismo que permite uma temperatura corporal suficientemente elevada e constante para manter o normal funcionamento enzimático. Assim, no ser humano, dada a sua capacidade para manter uma produção constante de calor, a temperatura interna mantém-se estável apesar das alterações da temperatura ambiente. É pois um ser homeotérmico (Bastos, 2002, Seeley, Stephens & Tate, 2011).

A temperatura corporal depende de um balanço entre a produção e a perda de calor. Quando a temperatura da pele é inferior à do ambiente, há ganho de calor, mas quando superior, ocorre perda de calor. A quantidade de calor permutado entre o corpo e o ambiente é determinada pela diferença de temperatura entre um e outro. O ganho ou a perda de calor dependem, assim, das temperaturas da própria pele e do ambiente, e podem ocorrer por convecção, radiação ou condução (Seeley et al., 2011).

A produção de calor ou termogénese decorre de um aumento da atividade metabólica da massa celular ativa, que não deve ser inferior a um mínimo designado por metabolismo basal. É no fígado e músculos voluntários que a maior parte do calor é produzido. Se houver necessidade de maior produção de calor, a atividade muscular pode aumentar até ao arrepio, calafrio ou à contratura persistente (Serwint, 2007).

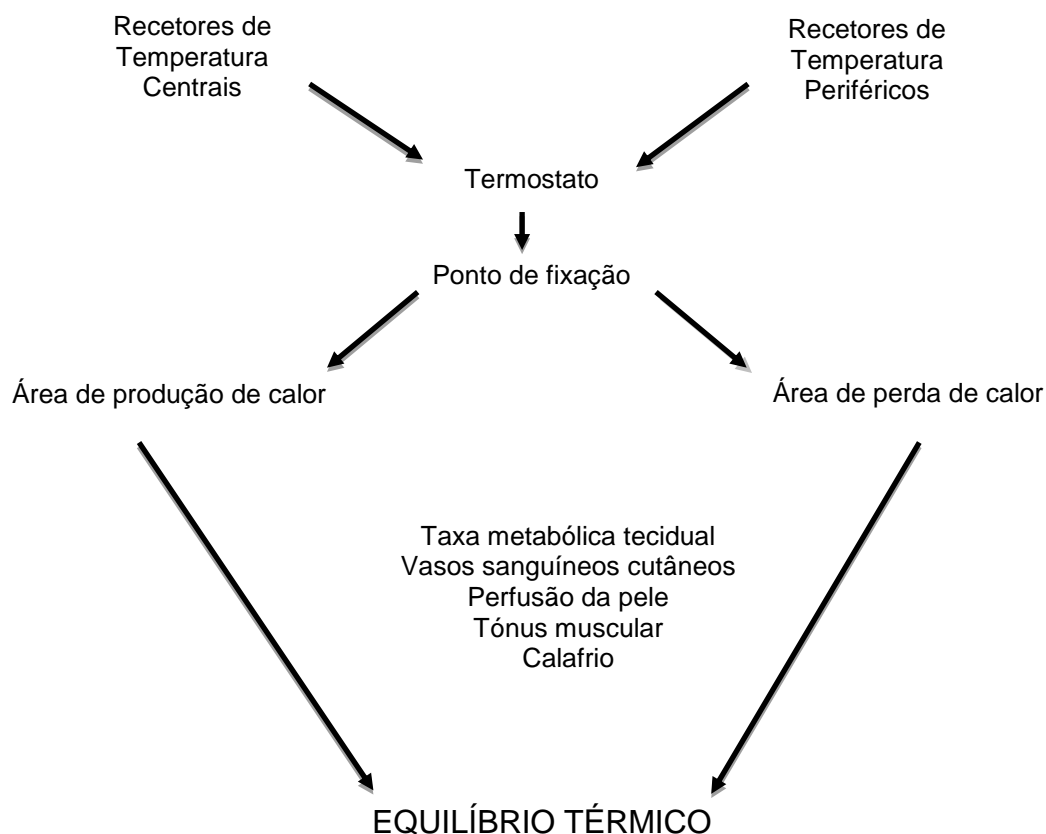
A perda de calor, ou termólise, faz-se por várias vias, sobretudo pela superfície corporal, por convecção e evaporação (Serwint, 2007).

A regulação da temperatura corporal, integrando os vários processos físicos e químicos, para a produção ou perda de calor, é função de um centro cerebral que se situa no hipotálamo. Este centro de termorregulação depende da temperatura do sangue que o perfunde e dos impulsos recebidos dos termo-recetores periféricos (Chiappini et al., 2009). O hipotálamo funciona como termostato, mantendo o equilíbrio entre a produção e a perda de calor (Levander, 2011, cit. por Borges, 2011).

O centro de termorregulação do hipotálamo é constituído por: uma região de sensibilidade térmica - termostato; uma região reguladora - ponto de fixação; e duas regiões efectoras - área de produção de calor e área de perda de calor. O termostato recebe constantemente informações de diversos pontos do organismo (pele, sangue e órgãos internos). Integra essas informações e estabelece a necessidade de manter, aumentar ou diminuir a produção de calor. Transmite a mensagem ao ponto de fixação, onde é fixada uma temperatura desejada. O ponto de fixação exerce controlo sobre as regiões de ganho e

perda de calor, as quais atuam sobre o metabolismo dos tecidos, vasos sanguíneos, tónus muscular e contrações musculares, conforme ilustrado na figura 1 (Pimentel, 2001).

Figura 1 - Regulação da temperatura corporal



**Fonte:** Pimentel (2001)

O hipotálamo é capaz de estimular determinadas substâncias que funcionam como hormonas, uma das quais é chamada de hormona neurosecretora libertadora de Tirotrófina, a qual é libertada para as veias portais hipotalâmicas, sendo transportada até à hipófise onde promove a libertação da hormona libertadora da Tiroxina (TSH). Esta, por sua vez, ao passar para a corrente sanguínea leva à libertação de Tirotoxina (T4) pela tiróide. A Tirotoxina estimula o metabolismo celular, pelo que uma diminuição ou aumento da sua produção origina, respetivamente, a diminuição ou aumento da energia térmica produzida (Magalhães, Albuquerque, Pinto & Moreira, 2002).

É pela variação do volume de sangue circulante na superfície do corpo que se processa o principal método de regulação de calor. Uma circulação rica na pele e tecido celular subcutâneo, concomitante com um aumento de sudação, concorrem para elevar as

perdas de calor. Pelo contrário, há vasoconstrição periférica para conservar calor e diminuir as perdas (Serwint, 2007).

Assim, quando os recetores do hipotálamo ou da pele detetam uma elevação da temperatura corporal, a porção anterior do hipotálamo ativa mecanismos de perda de calor como a sudação intensa, a vasodilatação dos vasos da pele; o relaxamento muscular e modificações comportamentais (redução do agasalho e procura de ambientes mais frescos), provocando um aumento da perda de calor e diminuição da temperatura corporal (Pimentel, 2001; Seeley et al., 2011).

A diminuição da temperatura corporal, detetada pelos recetores localizados na porção posterior do hipotálamo e na pele, provoca, como resposta, mecanismos de produção e conservação de calor. Primeiramente dá-se um aumento do tónus muscular e da atividade metabólica noutros órgãos. Este aumento é inicialmente impercetível - fase da termogénese sem calafrios (movimentos involuntários da musculatura esquelética). Se a termogénese sem calafrios não for suficiente para manter a temperatura interna normal, ocorrerão os calafrios, que elevam a taxa metabólica. Simultaneamente ocorrem a vasoconstrição dos vasos da pele, eliminação da atividade das glândulas sudoríparas e modificações comportamentais (procura de agasalho e de ambientes mais quentes, adoção de uma posição que defenda do frio por redução da superfície de exposição). Tudo isto origina um aumento da temperatura corporal pela diminuição da perda de calor e aumento da sua produção (Pimentel, 2001; Seeley et al., 2011).

Para além da variação individual, ou seja, de pessoa para pessoa, a temperatura corporal varia com a idade, hora do dia, temperatura ambiente, atividade física, ingestão de alimentos, ciclo menstrual, desidratação e estado emocional, entre outros (Pimentel, 2001, Direção-Geral da Saúde, 2004, Feldhaus & Cancelier, 2012). A temperatura corporal varia também em função do lugar da medição (Murahovschi, 2003; Levander, 2011, cit. por Borges, 2011).

Normalmente, a temperatura corporal sobe e baixa todos os dias e apresenta uma variação circadiana entre 0,5°C e 1°C, oscilando entre os 36 e os 37°C de manhã, e perto dos 38°C à tarde (temperatura rectal) (Direção-Geral da Saúde, 2004), atingindo o seu valor mínimo entre as 2 e as 4 horas e o máximo entre as 17 e as 19 horas (Pestana, 2003), o que se deve quer às variações de cada pessoa, quer do próprio dia.

Fatores como a temperatura ambiental, a digestão dos alimentos, a prática de atividade física, o *stress* emocional e a desidratação devem ser sempre questionados pelo profissional de saúde na avaliação de um estado febril (Feldhaus & Cancelier, 2012).

A elevação anormal da temperatura corporal pode então dever-se à ação de agentes não patogénicos, sendo os mais frequentes ambientais. Neste caso, a temperatura corporal volta ao seu normal com maior facilidade se eliminado o fator desencadeante e desenvolvidas medidas adequadas, de acordo com a causa. Noutras situações, deve-se à ação de agentes patogénicos, cujo reflexo no hipotálamo faz com que a temperatura tenda a elevar-se apesar da administração do antipirético (Zeferino & Nunes, 2011).

Em meados do século XIX, Wunderlich definiu os 37°C como temperatura corporal normal (Levander, 2011 cit. por Borges, 2011). Desde então, diversos autores têm indicado valores distintos embora próximos. Seeley et al. (2011) consideram normal uma temperatura média corporal oral de 37°C e retal de 37,6°C. Para McDougall e Harrison (2014), a temperatura normal varia entre os 36,0°C e 37,8°C, nas vinte e quatro horas. Bastos (2002), afirma que “O conceito duma temperatura corporal normal única, de 37°C, é de facto ilusório” (2002, p. 25), visto não haver um valor único que sirva de norma à temperatura corporal, mas sim uma série de valores normais, tendo em conta as variações de pessoa para pessoa, as quais refletem simultaneamente um padrão circadiano e diferenças relacionadas com a idade e disparidades dependentes do método e local da medição da temperatura. Assim sendo, não se pode falar numa temperatura normal, mas numa faixa normal e em limites superiores da normalidade (Murahovschi, 2003).

Entende-se, assim, que a definição da temperatura corporal normal não tem sido consensual, dada a esperada oscilação circadiana e a diversidade de fatores que a influenciam. Contudo, “ (...) ainda que na prática exista uma confusão amplamente difundida da avaliação da temperatura corporal (...)”, aceita-se como temperatura corporal normal os 37°C (Levander, 2011 cit. por Borges, 2011, p. 14).

Na criança, a regulação da temperatura é menos exata que no adulto, uma vez que o equilíbrio térmico atinge-se apenas após o segundo ano de vida. Nesta, consideram-se normais as temperaturas retais entre os 36,5°C e os 38,0°C (Pimentel, 2001, Pestana, 2003). Walsh et al. (2008) referem que a temperatura normal em crianças oscila entre 37,5°C  $\pm$  0,3°C, mas para Puga et al. (2011), esta varia entre os 35,6°C e os 38,2°C.

A elevação da temperatura corporal, acima dos valores normais, em resposta a um estímulo patológico define a febre (Gomide, Silva, Capanema, Gonçalves & Rocha, 2014).

## 2. Fisiopatologia da febre

Na regulação da temperatura corporal, estabelece-se um mecanismo de *feedback* negativo, controlado pelo *set point* ou ponto de ajuste do centro termorregulador localizado no hipotálamo, que ativa mecanismos de perda ou ganho de calor, conforme deteta aumentos ou diminuições da temperatura corporal. Em algumas circunstâncias, como é o caso da febre, o *set point* hipotalâmico é alterado, ou seja, aumentado. Os mecanismos de produção e conservação de calor são estimulados, com conseqüente aumento da temperatura corporal (Pimentel, 2001; El-Radhi et al., 2009; Seeley et al., 2011). Pode, então, afirmar-se que “Na febre, o termostato é reajustado e o centro regulador eleva o ponto de termorregulação da temperatura para um patamar mais elevado” (Levander, 2011, cit. por Borges, 2011, p. 16). Assim sendo, na presença de febre, o centro regulador desencadeia os mesmos mecanismos utilizados para manter a temperatura em ambientes frios, contudo, neste caso, não há arrefecimento do ambiente mas sim um reajuste do termostato corporal para uma temperatura mais alta (Powell, 2005).

Se a temperatura corporal normal é o resultado de um equilíbrio fisiológico entre a produção e a perda de calor, quando esse equilíbrio é afetado pode surgir a febre, que é definida como uma elevação da temperatura corporal (Zeferino & Nunes, 2011), acima da variação diária normal, ou seja, dos valores normais para um indivíduo, em resposta a um *stress* ou insulto (Bastos, 2002; Murahovschi, 2003; Ugarte et al., 2009; *National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health*, 2013).

A Classificação Internacional para a prática de Enfermagem descreve a febre como “Termorregulação Comprometida - Elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termóstato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento 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; a crise ou descida da febre é acompanhada por pele quente e ruborizada e de suor” (International Council of Nurses, 2011, p. 54).

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (DGS), “(...) 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” (2004, p.7). Neste sentido, a febre traduz-se na elevação da temperatura corporal em resposta a um estímulo patológico, podendo indicar um processo inflamatório, infeccioso ou não; uma desordem neoplásica ou uma reação a determinadas drogas (Macambira, 2007; Feldhaus & Cancelier, 2012; Gomide et al., 2014).

A febre não é contagiosa, nem uma doença. É somente um sintoma que reflete uma mudança no corpo, embora possa ser causada por uma doença inofensiva, que pode causar infecção (Chiappini et al., 2009). É um processo adaptativo natural que pode melhorar a resistência do corpo contra infecções (Pimentel, 2001, Athamneh, L. El-Mughrabi, Athamneh, M., Essien & Abughosh, 2014, McDougall & Harrison, 2014). Consiste num aumento controlado da temperatura corporal, acima dos valores normais do indivíduo, sendo que as observações in-vitro sugerem que esta desempenha uma importante função na potenciação da resposta imune (Ugarte et al., 2009) e anti-inflamatória (Walsh et al., 2008). Essa ação dá-se pelo atraso no crescimento e na reprodução de bactérias e vírus, aumento da produção de neutrófilos e proliferação de células-T, ajudando na reação de fase aguda do organismo (Rocha et al, 2009).

Desde infecções, neoplasias, distúrbios metabólicos (agudos ou genéticos), inflamação ou enfarte vascular, lesões teciduais, drogas ou outras, são diversas as causas da febre (Powell, 2005), sendo que a maioria dos episódios febris é secundária a infecções virais benignas e de carácter autolimitado (Bastos, 2002, Pestana, 2003, Rodrigues e Rodrigues, Monteiro, Neto & Rodrigues, 2010).

A febre, como consequência de uma infecção ou inflamação, pode ser originada por uma grande variedade de microrganismos (bactérias, vírus, fungos, etc.) e por muitas reações inflamatórias (lesões tecidulares, enfartes, malignidade, reações antigénio-anticorpo). Nestas situações, produzem-se substâncias pirogénicas, que vão alterar o controlo da temperatura central. Os pirogéneos podem agrupar-se em duas categorias: pirogéneos exógenos – exteriores ao organismo, tais como os produzidos pelos agentes inofensivos, e pirogéneos 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).

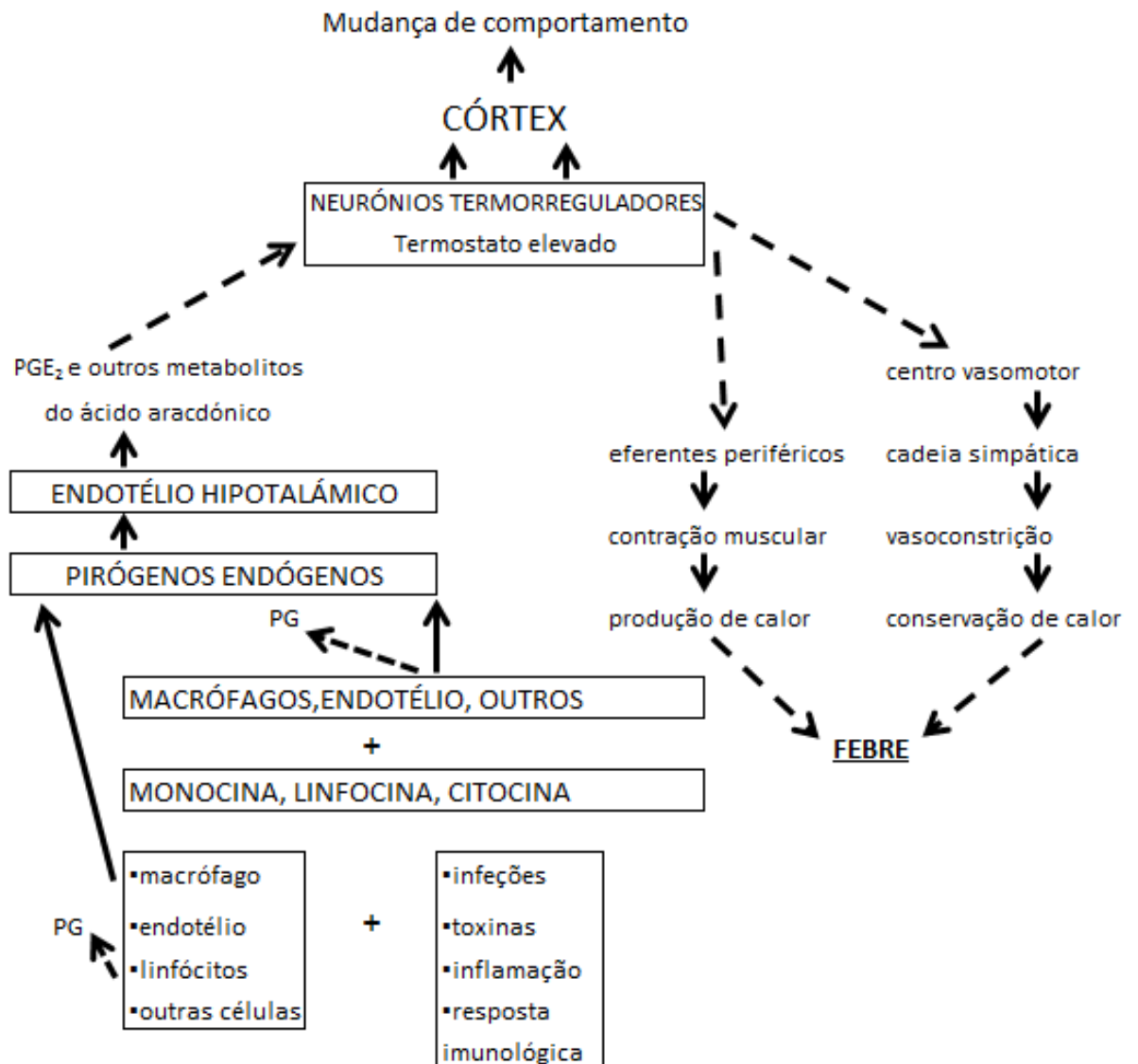
Os pirogéneos exógenos podem ser microrganismos, produtos de microrganismos, toxinas ou agentes químicos, nomeadamente fármacos (anfotericina, fenotiazidas, etc.). Os pirogéneos endógenos são polipeptídeos, produzidos por uma grande variedade de células do organismo, geralmente denominados de citoquinas 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 (Bastos, 2002).

Supõe-se que as citocinas 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 citocinas 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 - efeito de reprogramação do centro termorregulador hipotalâmico, como pode ver-se na figura 2 (Magalhães et al, 2002, Murahovschi, 2003; McDougall & Harrison, 2014).

Figura 2 - Patogenia da febre



Fonte: Casanova (2012), p. 29

A elevação do ponto de regulação térmica desencadeia uma série de mecanismos destinados a aumentar a temperatura corporal central (definida como a temperatura do sangue dentro da artéria pulmonar ou do terço inferior do esófago) até à nova temperatura de referência. A resposta fisiológica consiste em aumentar a produção de calor - estimulando a contração muscular e o metabolismo celular - e minimizar as perdas do mesmo - pela vasoconstrição cutânea e diminuição da sudação. Por outro lado, são também desencadeadas alterações comportamentais, pelo córtex cerebral (procura de agasalhos em resposta aos calafrios). Este processo mantém-se até a temperatura do sangue que perfunde os neurónios hipotalâmicos, atingir a temperatura de referência, ou seja, até atingir o novo equilíbrio (Bastos, 2002, Magalhães et al., 2002, Pestana, 2003).

Perante a febre, a pessoa age como se a temperatura corporal estivesse demasiado baixa: sente frio, apresenta vasoconstrição periférica e procura agasalhar-se. Cessando a estimulação pelas citoquinas, a temperatura de referência hipotalâmica é novamente ajustada para valores mais baixos, iniciando-se o processo de perda de calor através da vasodilatação e sudação - evaporação. É então que a febre cede e a pessoa começa a sentir-se quente, a transpirar e, como reposta comportamental, reduz o vestuário (Bastos, 2002).

Na criança, a elevação da temperatura corporal, desencadeia manifestações a vários níveis. Quando ativados os mecanismos de produção de calor, devido à elevação do ponto de ajuste hipotalâmico pelas prostaglandinas, o sistema nervoso simpático ativa as glândulas suprarrenais para libertarem adrenalina e noradrenalina, as quais provocam aumento do ritmo cardíaco, da frequência respiratória e ainda vasoconstrição periférica, ação que contribui para a conservação de calor e diminuição da atividade do sistema digestivo. Nesta fase, a criança pode apresentar falta de apetite; sonolência; tremores; postura “encolhida” e pele pálida e fria à palpação. Quando os níveis de prostaglandinas baixam, o que indica uma reação do sistema imunitário à infeção, o centro termorregulador normaliza o ponto de ajuste - fase defervescente da febre, sendo ativados mecanismos de perda de calor através dos criogéneos endógenos. Estando o sistema nervoso parassimpático em ação, nesta fase, ocorre diminuição do ritmo cardíaco e da frequência respiratória e aumento da atividade do sistema digestivo. Simultaneamente, dá-se a vasodilatação periférica e sudação. A criança passa a apresentar uma postura “menos encolhida”, para maximizar a perda de calor; aparência ruborizada; pele quente à palpação; melhor reposta a estímulos sociais e maior predisposição para ingerir líquidos (McDougall & Harrison, 2014).

A febre deve ser distinguida da hipertermia (Bastos, 2002, Pestana, 2003, Murahovschi, 2003, Gomide et al., 2014).

Na hipertermia há aumento da produção ou diminuição da perda de calor, sem alteração do *set point* (Murahovschi, 2003), ocorrendo uma elevação acentuada da temperatura, que pode exceder os 41°C e ter efeitos devastadores permanentes, ou até letais, em vários tecidos e órgãos (Pestana, 2003), sendo imperativo o restabelecimento da temperatura corporal normal. Uma vez que a temperatura de referência hipotalâmica está normal (as citoquinas pirogénicas não estão envolvidas), os antipiréticos são inúteis e a redução da temperatura corporal pelo arrefecimento externo, é a única terapêutica eficaz.

A hipertermia ocorre quando fatores ambientais ou internos (golpe de calor, hipertiroidismo, displasia ectodérmica anidrótica, etc.) excedem a capacidade de conservação da temperatura do mecanismo termorregulador central (Bastos, 2002).

Ao contrário da hipertermia, a febre é uma elevação da temperatura corporal controlada, raramente excedendo os 41°C, limite máximo da regulação hipotalâmica. (Pimentel, 2001, Pestana, 2003, El-Radhi & Barry, 2006). Tal acontece porque o organismo humano tem a capacidade de limitar o nível a que a febre pode ascender, pela libertação de peptídeos; hormonas (vasopressina e a hormona melanocitoestimulante) e citocinas criogénicas que, a nível central, funcionam como antipiréticos (Bastos, 2002; Powell, 2005). A febre resulta pois de um balanço entre citocinas e hormonas pirogénicas e criogénicas (McDougall & Harrison, 2014).

### **2.1. Efeitos da Febre**

Graças aos efeitos promovidos pela febre, tais como a diminuição do crescimento e da virulência de várias espécies bacterianas e virais, o aumento da capacidade fagocítica e bactericida dos neutrófilos e dos efeitos citotóxicos dos linfócitos, em muitas circunstâncias a elevação da temperatura corporal aumenta as possibilidades de sobrevida numa situação de infeção (Magalhães et al., 2002, Bastos, 2002). “Contudo, o aumento da temperatura corporal tem os seus custos. Um aumento da temperatura de 1°C leva ao acréscimo de 13% no consumo de oxigénio e a maiores necessidades hídricas e calóricas, o que pode ser nefasto (...)” (Magalhães et al., 2002, p. 13).

Bastos (2002) refere que a febre e as alterações metabólicas associadas (aumento do metabolismo) condicionam stress no sistema cardiopulmonar. O aumento do consumo de O<sub>2</sub>, da produção e excreção de CO<sub>2</sub> e das necessidades de fluidos e calorías levam ao aumento do débito cardíaco e da ventilação por minuto (Pimentel, 2001), mas isso apenas tem relevância clínica em crianças muito debilitadas; em pneumonias graves, em que se acentua a hipoxemia, e nas cardiopatias (Murahovschi, 2003).

Verifica-se, também, uma grande perda de água corporal pela pele (sudação) e pelo sistema respiratório, que contribui para o aumento das necessidades de água livre. Como a motilidade gástrica também está diminuída, a ingestão hídrica poderá não ser suficiente, podendo ocorrer desidratação (Pimentel, 2001). Dá-se, por outro lado, um aumento do volume dos produtos resultantes do catabolismo a serem excretados pelos rins.

A febre pode precipitar convulsões febris em lactentes e crianças suscetíveis (com predisposição genética ou que tenham história convulsiva prévia). Crianças com idade superior a um ano e que já apresentaram episódios febris acima de 38,7°C e não tiveram convulsão, dificilmente estarão expostas a esse desagradável evento (Murahovschi, 2003). A sua ocorrência depende de fatores como a idade; intensidade da febre; velocidade de elevação da temperatura e infeções associadas (Pimentel, 2001, Bastos, 2002, Athamneh et

al., 2014). Este tipo de convulsões, embora indesejáveis, não acarreta o risco de lesão cerebral (Pimentel, 2001, Murahovschi, 2003).

Quanto à lesão cerebral, alguns autores (Bastos 2002) referem não existir elementos que sugiram a febre como causa provável, mas sim dados experimentais que indicam a sua potenciação pela febre. Outros (Murahovschi, 2003) consideram que a lesão cerebral apenas ocorre perante temperatura superior a 41,5°C, o que não é usual na prática clínica.

A febre pode também associar-se a outras manifestações que causam desconforto: dor muscular; irritabilidade; mal-estar; astenia e anorexia; delírio; desorientação; alucinações; etc. (Bastos 2002; Murahovschi, 2003).

## 2.2. Medição da Temperatura Corporal

Importa pois definir a temperatura corporal a partir da qual se considera existir febre.

Diversos autores consideram febre a temperatura **retal** superior a 37,7°C (Gomide et al, 2014) ou a 38°C (Bastos, 2002, Murahovschi, 2003, Pestana, 2003, Costa, Lemos, Durães & Palminha, 2010, Feldhaus & Cancelier, 2012, McDougall & Harrison, 2014); **oral** superior a 37,5°C (McDougall & Harrison, 2014) ou a 37,8°C (Bastos, 2002, Pestana, 2003); **axilar** superior a 37,2° C (Bastos, 2002, Pestana, 2003, Murahovschi, 2003, McDougall & Harrison, 2014) e **timpânica** superior a 37,6°C (El-Radhi et al., 2009).

Existem variações de acordo com o local de medição da temperatura corporal, sendo a temperatura retal superior à oral (cerca de 0,4°C) e esta superior à axilar. A temperatura axilar apresenta valores mais baixos - cerca de 0,5°C em relação à oral e 1°C em relação à retal (Murahovschi, 2003, DGS, 2004).

Constata-se que, para a maioria dos autores, a temperatura é considerada febril quando atinge valor igual ou superior a 38°C, se medida no reto, uma vez que a temperatura neste local apresenta melhor correlação com a temperatura central, controlada pelo centro termorregulador hipotalâmico, pelo que deve ser obtida sempre que as decisões clínicas tenham de ser feitas com base na presença ou nível da febre (Bastos, 2002). Contudo, outros locais podem ser aferidos, tais como a boca, a axila, o tímpano ou através da palpação, sendo, no entanto, menos confiáveis, pela maior variação relativamente à temperatura central (Feldhaus & Cancelier, 2012, Gomide et al, 2014). Por esta razão, a temperatura timpânica deve ser usada cautelosamente, sobretudo se envolver decisões clínicas (Bastos, 2002).

Relativamente aos diversos locais para medição da temperatura corporal, alguns autores consideram que a medição retal é considerada como a que melhor reflete a

temperatura central, visto que este local não é influenciado pela temperatura externa e o seu uso não é limitado pela idade, sendo particularmente útil nas situações de hipotermia. No entanto, é um método com inúmeras desvantagens: acarreta riscos como a possibilidade de perfuração retal ou de o termómetro partir (Bastos, 2002, Pestana, 2003); é assustador para as crianças mais pequenas e psicologicamente traumático para as mais velhas; pode causar desconforto e dor em situações de infeção ou irritação peri-retal; é pouco higiénico, estando relacionado com a transmissão da salmonela, razão pela qual não deve ser usado em crianças com neutropenia ou défice imunitário. Para além do mais, a temperatura retal varia muito lentamente, relativamente às subidas e descidas rápidas da temperatura central, o que pode dever-se à pobre irrigação sanguínea desta área (El-Radhi & Barry, 2006, Chiappini et al., 2009). Por tudo isto, alguns autores atentam que se trata de um procedimento desnecessário, dada a diferença relativamente a outros métodos tidos como menos fidedignos (*National Collaborating Centre for Women's and Children's Health*, 2013).

A temperatura oral é pouco afetada pela temperatura externa mas torna-se de difícil obtenção nas crianças demasiado pequenas para colaborar. A sua medição requer a total colaboração da criança, pelo que não se adequa a crianças com menos de cinco anos, com atraso de desenvolvimento, em coma ou entubadas. Pode ser influenciada por diversos fatores como respirar pela boca; ingestão prévia de alimentos frios ou quentes; taquipneia; banhos quentes e exercício físico. Este método pode originar lacerações orais ou infeções cruzadas “boca-para-boca” (Bastos, 2002, Pestana, 2003, El-Radhi & Barry, 2006).

A medição da temperatura axilar representa maior comodidade e aceitação por parte da criança e, uma vez que o que interessa é a presença de febre e não o seu nível exato, é a mais recomendada (Bastos, 2002, Pestana, 2003). Embora não tão precisa como a retal, satisfaz plenamente para propósitos clínicos (Murahovschi, 2003). El-Radhi e Barry (2006) referem que a medição da temperatura axilar é mais segura, fácil e confortável, contudo é notoriamente pouco acurada uma vez que com a vasoconstrição intensa, na subida térmica, a temperatura da pele baixa à medida que a central sobe. Por outro lado, também a sudação e a evaporação provocam a sua diminuição, relativamente à temperatura central. Existe pois uma fraca correlação entre a temperatura da pele e a central. Em contrapartida, Chiappini et al. (2009) afirmam que este aparenta ser um método extremamente acurado em recém-nascidos.

Visto que a membrana timpânica recebe o sangue da artéria carotídea, a sua temperatura reflete a do sangue que perfunde o hipotálamo. A medição da temperatura por este método (termómetros de infravermelhos) é rápida, fácil, não influenciada pela temperatura externa e sem risco de infeções cruzadas (El-Radhi & Barry, 2006). No entanto, torna-se duvidosa se o tímpano estiver infetado (Puga et al., 2011).

De um modo geral e de acordo com o *National Collaborating Centre for Women's and Children's Health* (NCCWCH, 2013), a medição da temperatura oral e retal é contraindicada em crianças entre os zero e cinco anos de idade. Em crianças até às quatro semanas de vida, deverá ser sempre utilizada a via axilar e entre as quatro semanas e os cinco anos, a via axilar ou timpânica, dependendo do termómetro utilizado. Para a Academia Americana de Pediatria, o local de aferição da temperatura em crianças também varia de acordo com a idade: nos recém-nascidos e em crianças até três de meses de idade, usar apenas temperatura retal; de três meses a três anos, retal ou axilar; de quatro a cinco anos, retal, oral ou axilar e acima de cinco anos de idade, oral ou axilar (Freitas, Silveira, Franceschi & Carvalho, 2013).

A escolha do local anatómico mais fiável para a medição da temperatura corporal não é consensual entre os autores (El-Radhi & Barry, 2006). O mesmo acontece relativamente ao valor de temperatura considerado febre. É, contudo, importante não esquecer que qualquer número específico usado para definir a febre numa pessoa em particular, é relativizado mediante a diversidade de fatores que influenciam a temperatura corporal, sendo que o limite superior do normal varia de pessoa para pessoa (Bastos, 2002).

Tal como referido anteriormente, a presença de febre na criança pode ser notada através da palpação. Pode notar-se o pulso ou o batimento cardíaco acelerado, a respiração mais rápida, *fácies* ruborizada, ou ainda alterações na atividade e personalidade da criança. A perceção subjetiva da febre, por parte dos pais e cuidadores, deve ser considerada válida e tida em conta, pelos profissionais de saúde, na abordagem da criança febril (Murahovschi, 2003, Chiappini et al., 2009, NCCWCH, 2013, McDougall & Harrison, 2014).

De facto, e repontando-nos ao quotidiano profissional, constatamos muitas vezes, através do relato dos pais e cuidadores, sobretudo os mais experientes (dos quais se salientam particularmente as avós), que são as alterações no normal comportamento da criança (redução do nível de atividade, falta de apetite), que primeiramente despertam para a possibilidade de esta poder estar doente e levam à atitude imediata de “palpar a testa” para detetar a febre.

A avaliação tátil é um método ainda muito utilizado para estimar a temperatura corporal. No entanto, a palpação subestima a incidência da febre e, na criança que se sente quente, é necessária a medição da temperatura, para confirmar a febre (El-Radhi & Barry, 2006). Deve medir-se a temperatura corporal da criança sempre que se manifestem mudanças na sua atividade; alterações corporais ou quando a criança está mais “quente”.

Considera-se como termómetro clínico ideal aquele que permite aferir a temperatura corporal rapidamente; de forma precisa, confortável e não invasiva; fabricado com material

não tóxico e não poluente e que seja barato e de uso simples (Freitas et al., 2013). Atualmente encontram-se no mercado termómetros químicos, eletrónicos (comumente designados de digitais) e de infravermelhos (NCCWCH, 2013).

Os termómetros de mercúrio possuem algumas das características descritas, contudo não permitem uma rápida aferição da temperatura corporal, que ao mesmo tempo seja acurada. Para além disso, são feitos com mercúrio, um metal tóxico e poluente, razão pela qual a Academia Americana de Pediatria expressamente não recomenda o seu uso, de modo a prevenir uma exposição accidental a este tóxico (Freitas et al., 2013, NCCWCH, 2013). Também a DGS, através da portaria Nº 744-A/99 de 25 de agosto (Decreto-Lei, 1999), regulamentou a sua abolição nas unidades prestadoras de cuidados de saúde.

Os termómetros eletrónicos de leitura digital são os mais adotados, pela sua fiabilidade, rapidez, segurança e facilidade de leitura (Puga et al., 2011). Destinam-se ao uso axilar, oral e retal e podem ser considerados os melhores substitutos dos termómetros axilares de mercúrio, para a aferição da temperatura corporal em crianças (Freitas et al., 2013).

Os termómetros de infravermelhos permitem a medição da temperatura corporal através da membrana timpânica (auriculares) ou da artéria temporal (região temporal). Estes detetam a temperatura através da radiação infravermelha libertada pelos vasos sanguíneos, forma sobre a qual se dá a perda de calor pelo organismo - cerca de 60% em circunstâncias normais, mas que aumenta em episódios febris (Chiappini et al., 2009). O uso de termómetros de infravermelhos na região temporal é relativamente recente mas cada vez mais popular, por ser um método que não implica contacto com a pele. No entanto, é pouco fiável em crianças com a pele suada ou má perfusão (McDougall & Harrison, 2014). Os termómetros de infravermelhos timpânicos são de uso fácil, rápido e seguro (El-Radhi & Barry, 2006), mas a sua fiabilidade poderá ser questionada pela diversidade de resultados obtidos com modelos diferentes de termómetro e ainda pelo facto de a própria curvatura do canal auditivo dificultar o acesso à membrana timpânica, especialmente em recém-nascidos (Chiappini et al., 2009).

Na prática, verifica-se que os valores encontrados, de acordo com os diferentes locais e termómetros, não divergem substancialmente (El-Radhi & Barry, 2006). Contudo, Chiappini et al. (2009) e Raygoza et al. (2014) concluem que, perante as evidências, para a medição da temperatura corporal da criança em casa, pais e cuidadores devem recorrer ao uso do termómetro digital, na região axilar.

### 2.3. Febre na Criança

Face ao anteriormente exposto, quando se trata do conceito de “febre na infância” não há um consenso absoluto entre os vários autores, no que concerne à sua definição exata, visto que esta requer que se estabeleça o que é temperatura dentro dos padrões fisiológicos, sendo esta uma tarefa complexa, dados os fatores com que a mesma varia, nomeadamente a faixa etária: o latente apresenta uma temperatura normal mais elevada do que a do adulto; a partir de um ano de idade a temperatura tende a diminuir para níveis análogos aos do adulto (Gomide et al., 2014).

O recém-nascido (RN), ao contrário do adulto, não consegue manter a temperatura por meio de calafrios ou tremores, devido à sua escassa massa muscular. Neste, a termogénese realiza-se essencialmente através do aumento do metabolismo e consumo de oxigénio (lipólise da “gordura marrom”). Por outro lado, as suas características anatómicas - cabeça proporcionalmente grande; superfície corporal aumentada relativamente ao peso e fina camada de tecido subcutâneo - contribuem para a rápida perda de calor à exposição, tornando-o altamente suscetível de desenvolver stresse pelo frio (Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência, 2013). Assim, nesta faixa etária, a hipotermia é clinicamente mais relevante que a febre, sendo uma reconhecida causa de admissão nas unidades neonatais e de mortalidade neonatal (El-Radhi & Barry, 2006).

Estima-se que 2 a 10% das crianças febris com idade inferior a três meses têm uma infeção bacteriana. Este risco aumenta em crianças febris com menos de quatro semanas de vida, em que uma em cada oito pode ter uma infeção bacteriana grave. A elevada incidência de doença bacteriana neste grupo deve-se ao baixo nível de atividade imunitária - défice da opsonização, da função macrofágica e da atividade dos neutrófilos (Santos, Bastos & Fonseca, 2005).

“Nas crianças em idade pré-escolar, a febre é geralmente causada por infeções virais autolimitadas e doenças agudas do aparelho respiratório superior” (Pestana, 2003, p.333). Existem mais de 400 vírus capazes de provocar febre na criança e, se por um lado as crianças não são contaminadas por todos os vírus existentes, por outro o facto de se contrair uma infeção nem sempre resulta em febre. Assim sendo, sobretudo nos primeiros dois anos de vida ou após o seu ingresso nos infantários, algumas crianças saudáveis terão febre muitas vezes, enquanto outras terão menos vezes (Salgado, 2014).

A causa da febre em crianças pequenas é frequentemente difícil de identificar. Se na maioria dos casos, a febre deve-se a uma infeção viral autolimitada e a criança recupera sem qualquer intervenção médica, noutros a febre pode ocorrer por doença bacteriana

grave (infecção urinária, septicemia, meningite, pneumonia, etc.) (Athamneh et al., 2014), “(...) que impõe uma ação diagnóstica e terapêutica agressiva, sob pena de, na ausência de tratamento, poder levar a graves sequelas e eventualmente à morte” (Santos et al., 2005, p. 181) . Por esta razão, o grande desafio que se coloca aos profissionais de saúde está na diferenciação dos processos febris de uma doença benigna autolimitada, daqueles que, embora poucos, podem representar um processo infeccioso grave, requerendo uma avaliação mais aprofundada e tratamento definitivo (Machado, 2010, NCCWCH, 2013). Parâmetros como a idade da criança, a condição clínica apresentada e os dados laboratoriais anormais podem falar a favor de uma maior gravidade (Feldhaus & Cancelier, 2012). Sempre que possível, a causa da febre deve ser identificada e tratada (DGS, 2004).

Uma vez que o risco de infecção bacteriana grave é variável conforme a idade, as crianças febris têm sido repartidas em grupos etários, com o objetivo de padronizar protocolos de abordagem diferenciados: idade inferior a um mês; de um a três meses e idade superior a três meses (Santos et al., 2005) ou entre os três e os trinta e seis meses (Machado, 2010). Crianças com idade inferior a três meses apresentam características fisiopatológicas, epidemiológicas e etiológicas diferentes da restante população, sendo a presença de febre pouco frequente nesta fase da vida. Nestas crianças, o exame físico é mais complexo, as mudanças comportamentais são difíceis de avaliar e as manifestações clínicas das infecções bacterianas são pouco específicas, razões que tornam difícil o seu diagnóstico (Machado, 2010). Crianças com idade compreendida entre os três e os trinta e seis meses apresentam habilidades sociais melhor desenvolvidas, sendo maior a capacidade de comunicação entre criança e cuidadores. Tal facilita a recolha de uma história clínica mais completa, ajudando o médico na avaliação do risco de uma doença grave. “O valor da temperatura, a duração da febre, o uso prévio de medicação, são informações úteis” (Machado, 2010, p.10). Também o exame físico é mais elucidativo, nesta faixa etária.

Desde a década de setenta, a avaliação da criança com febre, sem sinais de localização, tem sido uma preocupação dos pediatras. Diversos estudos foram realizados no sentido de uniformizar critérios e procedimentos que permitam categorizar a criança febril quanto ao grau de risco de ocorrência de infecção bacteriana (Santos et al., 2005, Machado, 2010). Até então, as estratégias elaboradas têm em comum evidenciar a importância capital da história e do exame físico, na avaliação da criança febril (Machado, 2010).

Exemplo de um dos protocolos elaborados é a *Yale Observation Scale* (YOS - Escala de Observação de Yale), criada em 1982 por Mc Carthy et al, utilizada para a avaliação do estado geral da criança e cálculo da probabilidade de se estar perante uma situação grave ou moderadamente grave, exigindo vigilância hospitalar (Costa et al., 2010).

Trata-se de uma escala composta por seis variáveis de observação - tipo de choro; reação aos estímulos; sono-vigília; cor; hidratação e resposta a estímulos sociais, com *score* variando entre 6 e 30 pontos, conforme se observa na figura 3. Esta escala, no entanto, não se revelou útil na identificação de infecção bacteriana grave em crianças com febre sem sinais de localização e sem comprometimento do estado geral (Machado, 2010), contudo considera-se pertinente a sua referência visto esta constar em alguns dos manuais de pediatria atualmente consultados.

Figura 3 - Escala de Yale (estado geral)

	<b>Normal</b> <b>Pontuação - 1</b>	<b>Alteração moderada</b> <b>Pontuação - 3</b>	<b>Alteração severa</b> <b>Pontuação - 5</b>
<b>Tipo de choro</b>	Forte, com tom normal ou ausência de choro	Choramando ou soluçando	ou Fraco ou gemido de alta intensidade
<b>Reação aos estímulos</b>	Chora um pouco e para, ou está satisfeito e não chora	Choro intermitente	Choro contínuo ou respondendo mal aos estímulos
<b>Sono-Vigília</b>	Se acordado, mantém-se vígil. Se a dormir e estimulado, acorda facilmente	Olhos semicerrados: acorda com estimulação prolongada	Sonolência profunda ou não acorda
<b>Cor</b>	Rosada	Extremidades pálidas ou acrocianose	Pálida ou cianótica ou marmoreada ou acinzentada
<b>Hidratação</b>	Pele normal, olhos normais e mucosas húmidas	Pele e olhos normais, lábios ligeiramente secos	Turgor diminuído ou prega e mucosas secas e/ou olhos encovados
<b>Resposta a estímulos sociais (fala, sorriso)</b>	Sorri ou atento (≤ 2 meses)	Sorriso discreto ou pouco atento (≤ 2 meses)	Não sorri, triste, ansioso, inexpressivo ou indiferente (≤ 2 meses)

**Fonte:** Costa et al. (2010)

De acordo com a pontuação obtida: = 6, criança sem doença grave, em princípio; ≤10, 2,7% com doença grave; 11-15, 26,2% com doença grave; ≥ 16, 92,3% com doença grave; ≥ 18, criança com necessidade de vigilância em hospital, forte probabilidade de doença grave; 25-30, criança com doença grave.

O *Traffic light system for identifying serious illness in children with fever* (sistema de semáforos para a identificação de doença grave em crianças com febre), criado pelos autores das *guidelines* do NCCWCH, em 2007, agrupa os sinais/sintomas mais relevantes na observação da criança em três níveis de risco, diferenciados por cores: verde - baixo

risco; amarelo - médio risco; vermelho - alto risco, de modo a determinar o menor ou maior risco da criança apresentar doença grave. São cinco as variáveis de observação: coloração da pele; atividade; respiração; hidratação e outros (critérios que indiciam doença infecciosa e correspondem à avaliação do estado geral). De acordo com esta classificação: crianças com febre e algum dos sinais/sintomas da coluna vermelha devem ser consideradas como de “alto risco”; crianças com febre e algum dos sinais/sintomas da coluna amarela e nenhum da coluna vermelha devem ser consideradas como de “médio risco”; crianças com febre e sinais/sintomas da coluna verde e nenhum das colunas amarela e vermelha devem ser consideradas como de “baixo risco”, conforme ilustrado pela figura 4. Para estes autores, a assistência a crianças com febre deve basear-se no nível de risco (NCCWCH, 2013).

Figura 4 - Sistema de alerta para identificação do risco de doença grave

	<b>VERDE-baixo risco</b>	<b>AMARELO-médio risco</b>	<b>VERMELHO-alto risco</b>
<b>Coloração</b>	•Coloração normal da pele, língua e lábios	•Palidez reportada pelos pais	•Pálido/marmoreado/ acinzentado/azulado
<b>Atividade</b>	•Interessado no meio que o rodeia •Sorridente/bem-disposto •Mantém-se acordado ou acorda facilmente •Choro normal ou não chora	•Pouco interessado no meio que o rodeia •Só acorda com estímulo prolongado •Atividade diminuída •Não sorri	•Sem interesse pelo meio que o rodeia •Parece doente a um profissional de saúde •Não acorda ou não consegue manter-se acordado •Choro débil, gritado ou contínuo
<b>Respiração</b>		•Adejo nasal •Taquipneia: FR> 50 c/m: 6-12 meses FR> 40 c/m:> 12 meses •Saturação de O <sub>2</sub> ? 95%; com ar ambiente •Crepitações	•Gemido •Taquipneia: FR> 60 c/m •Tiragem moderada a severa
<b>Hidratação</b>	•Pele e olhos sem alterações •Mucosas hidratadas	•Mucosas secas •Alimenta-se com dificuldade •TRC? 3 segundos •Débito urinário diminuído	•Turgor da pele diminuído
<b>Outro</b>	•Nenhum sinal ou sintoma da coluna amarela ou vermelha	•Febre com duração? 5 dias	•Idade: 0-3 meses e temperatura? 38°C •Idade: 3-6 meses e temperatura? 39°C
		•Edema de um membro ou articulação •Não consegue fazer carga com um membro ou não consegue usar uma extremidade	•Rash que não desaparece à digito-pressão •Fontanela deprimida •Rigidez da nuca •Mal epilético •Sinais neurológicos localizados •Convulsões ou equivalentes convulsivos
		•Aparecimento de um novo nódulo superior a 2 cm	•Vômitos biliares persistentes
TRC: tempo de reperfusão capilar			

Fonte: Casanova (2012), pg 37

O sistema de semáforos constitui uma importante ferramenta desenhada para ajudar profissionais, especialistas e não-especialistas, na avaliação de crianças com febre, permitindo diferenciar entre as que precisam de encaminhamento urgente para o hospital e as que podem ser mantidas sob vigilância dos pais, nas suas casas. Para além do mais, permite garantir que a criança recebe o nível correto de cuidados, na classificação apropriada ao seu caso (McDougall & Harrison, 2014). Este sistema de classificação é de fácil adoção para os enfermeiros e demais profissionais de saúde, uma vez que se baseia em atividades que constituem a sua prática quotidiana (exame físico e avaliação de sinais vitais, etc.) e, não implicando a realização de meios auxiliares de diagnóstico, pode ser utilizado inclusivamente nos cuidados de saúde primários. Representa pois um sistema de referência para a prática clínica.

A abordagem da criança febril através do sistema de semáforos evidencia a importância da avaliação dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, tensão arterial, saturação de oxigénio, tempo de reperfusão capilar). Contudo, na prática clínica (sobretudo nos cuidados de saúde primários), observa-se que estes são frequentemente desvalorizados, focando-se a atenção dos profissionais particularmente nos valores da temperatura corporal, facto que por si poderá indiciar a inexistência de protocolos de atuação e/ou uma compreensão débil da fisiopatologia envolvida.

Conclui-se então ser fundamental, perante a criança febril, excluir a presença de doença potencialmente grave, tranquilizar os pais e sensibilizá-los para a importância do reconhecimento precoce dos sinais de alerta que exigem observação médica atempada (Rodrigues & Rodrigues et al., 2010).

Existe uma noção muito divulgada de que a criança com febre só deve ser observada pelo médico no terceiro dia. No entanto, esse é um período de tempo demasiado precoce para doenças ligeiras e demasiado tardio para doenças graves. Contrariamente, carece de maior atenção o comportamento global da criança febril no primeiro e no segundo dias de febre do que no terceiro ou quarto dias (Salgado, 2014). Torna-se pois essencial a definição de critérios de alerta que, com pequena margem de erro (ainda que por excesso), deem indicações aos pais do momento mais adequado para procurarem assistência médica.

Salgado (2014) definiu um conjunto de critérios – Critérios Alerta Febre (CAF): 1) idade inferior a 3 meses; 2) choro inconsolável/irritabilidade mantida, mesmo após administração de paracetamol ou ibuprofeno; 3) interrupção espontânea do sono a cada 1 a 2 horas, de forma mantida por várias horas; 4) sonolência prolongada e excessiva, com quase total indiferença pelo que a rodeia; 5) prostração - só suporta a posição de deitado; 6) má impressão da face - com fácies triste, “cantos externos dos olhos e da boca muito caídos”, por vezes com um franzir da sobrancelha e/ou da testa, próprio de quem não está bem; 7) manchas ou “pintinhas” na pele, dispersas durante o primeiro ou segundo dia de febre (petéquias ou púrpura petequial, púrpura equimótica, manchas rosadas, pequenas manchas róseas dispersas); 8) convulsão; 9) calafrios/tremores mantidos durante vários minutos na subida da febre; 10) dedos e/ou lábios muito roxos na subida da febre; 11) frequência respiratória acelerada e mantida – mais de 50/ 60 respirações por minuto; 12) gemido expiratório intermitente, mantido durante várias horas cujo som resulta da interrupção do final da expiração; 13) sinais de dificuldade respiratória - oscilar das asas do nariz, abrindo mais na entrada do ar na inspiração e/ou repuxar da pele entre as costelas, que vai para dentro na inspiração; 14) vômitos repetidos - mais de 4 a 5 vômitos em poucas horas, especialmente se de cor esverdeada; 15) sede intensa, impossível de saciar ou lábios extremamente secos; 16) recusa total de alimentos e/ou líquidos por um período

superior a 2 refeições; 17) febre axilar  $>40^{\circ}$  ou retal  $>41^{\circ}\text{C}$ ; 18) dor forte referida espontaneamente ou noção de que tem dores em qualquer local manifestada por “comportamentos indicativos de dor forte” em criança muito jovem, que persistem após o paracetamol ou outro medicamento para a dor; 19) dores que são despertadas ou agravadas por qualquer tipo de movimento; 20) incapacidade ou grande dificuldade em estar de pé ou em caminhar; 21) várias idas ao médico no mesmo episódio de doença; 22) sensação subjetiva dos pais de que o episódio atual de febre é “diferente” dos anteriores para pior; 23) palidez acentuada com início muito recente, de apenas poucas horas (associada a sonolência e a prostração).

Para o autor, pelo menos 30% dos episódios febris benignos duram mais de 4 dias completos de febre, pelo que se a criança não apresentar nenhum destes critérios, os pais poderão esperar com serenidade até ao 4<sup>o</sup>/5<sup>o</sup> dia de doença, ou até mais, apenas administrando antipiréticos em S.O.S. e mantendo-se vigilantes (Salgado, 2014).

As orientações da DGS (2004, p. 11) referência para a prática clínica em Portugal, determinam como critérios de referência à urgência hospitalar: 1) presença de sinais meníngeos, dificuldade respiratória, prostração, vômitos incoercíveis, desidratação, mau estado geral; 2) suspeita de sepses: letargia, má perfusão periférica, cianose, taquipneia ou bradipneia, hipotensão, diátese hemorrágica; 3) lactente com menos de três meses de idade; 4) febre com mais de cinco dias de evolução; 5) necessidade de realizar exames complementares.

São normais em situações benignas de febre: anorexia (Costa et al., 2010); persistência de temperatura elevada, mesmo após toma de antipiréticos (sem sinais de alerta); pele “marmoreada” na subida térmica; extremidades frias; presença de “muita tosse” (em regra sinal de benignidade); erupção (exantema) sem febre ou que surge só depois do 3<sup>o</sup> dia de febre e com bom estado geral; erupção em toalha tipo queimadura do sol (que pode corresponder a uma escarlatina e, conseqüentemente, justificar consulta médica, mas que em regra não é uma emergência médica) (Salgado, 2014).

A criança que tem febre mas não geme, mantém o apetite e ainda brinca, não terá situação preocupante (Costa et al., 2010).

#### **2.4. Cuidados à criança com febre**

A necessidade de tratamento da febre é polémica, na medida em que a resposta febril está associada a aspetos positivos, como o aumento da migração de neutrófilos e a

produção de interferon gama e outras citoquinas, que desempenham um importante papel na resposta imune contra vírus e bactérias (Bricks, 2006, Feldhaus & Cancelier, 2012). Por ser um mecanismo de defesa anti-infeccioso e raramente causar complicações, a DGS (2004) defende moderação na terapêutica sintomática da febre. Assim, o que importa não é tratar a febre, encarada como um valor numérico isolado, mas sim o desconforto associado à condição febril (Pestana, 2003, Rodrigues & Rodrigues et al, 2010).

As indicações para combater a febre são bastante restritas, do ponto de vista médico, sendo os antipiréticos prescritos apenas quando a temperatura alta é motivo de desconforto ou risco para a criança (Bricks, 2006, Chiappini et al., 2009, NCCWCH, 2013). Neste sentido, recomenda-se o uso de antipiréticos quando a temperatura axilar (DGS, 2004) é igual ou superior a 38°C-38,5°C (DGS, 2004, Rodrigues & Rodrigues et al, 2010, Arreigoso, 2013). O principal objetivo da administração de um antipirético não é o de eliminar totalmente a febre mas sim o de aliviar o desconforto à criança (Salgado, 2014) e, assim, a ansiedade dos pais (Pestana,2003).

Apesar de não estar bem estabelecida a eficácia dos antipiréticos na prevenção de convulsões, razão pela qual não devem ser usados apenas com essa finalidade (Bricks, 2006, NCCWCH, 2013), em crianças com história de convulsões febris ou epilepsia, a DGS (2004) recomenda uma abordagem mais enérgica dos episódios febris no que diz respeito ao uso de antipiréticos, afirmando que a sua administração contribuirá para diminuir a preocupação dos pais que já observaram, nos seus filhos, episódios convulsivos.

Os processos que desencadeiam a febre atuam por indução da síntese de prostaglandinas a nível hipotalâmico, síntese essa mediada pela ciclo-oxigenase, que provocam a elevação da temperatura de referência do centro termorregulador. As drogas mais utilizadas como antipiréticos atuam bloqueando a conversão do ácido araquidónico em PGE2 por inibição da ciclo-oxigenase, ou seja, fazem baixar a temperatura de referência (Bastos, 2002).

Os antipiréticos estão entre os medicamentos mais utilizados em crianças, muitas vezes responsáveis por causar intoxicações, devido às interações medicamentosas ocorridas com outros fármacos de uso, ou ainda pelas doses e/ou intervalos utilizados erroneamente (Bricks, 2006, Feldhaus & Cancelier, 2012). Uma das principais causas de intoxicação em crianças pequenas é a sobredosagem. Por esta razão, a dose a administrar deve ser ajustada ao peso da criança e não à idade, devendo ainda os profissionais estar atentos à possibilidade de os familiares utilizarem várias apresentações em simultâneo (supositórios e xarope, por exemplo), o que também pode provocar a sobredosagem (DGS, 2004, Bricks, 2006, Costa et al., 2010).

Os efeitos colaterais causados pelo uso indiscriminado dos antipiréticos, por norma, não são graves, podendo ocasionar dor e desconforto abdominal. Todavia, podem surgir efeitos mais preocupantes que ocorrem com maior frequência em pessoas com asma grave ou que apresentam hipersensibilidade a anti-inflamatórios não-hormonais, sendo que os mais temidos são os de caráter anafilático - broncospasmo, edema, choque e urticária; de toxicidade medular - agranulocitose e aplasia (Bricks, 2006) e a intolerância hepática (Feldhaus & Cancelier, 2012).

Os antipiréticos mais utilizados em Pediatria são o paracetamol e o ibuprofeno (Bastos, 2002, DGS, 2004, Chiappini et al., 2009, Rodrigues & Rodrigues et al., 2010). É frequente na febre que a temperatura não normalize, mesmo sob a ação de um destes fármacos. Considera-se que o seu efeito, no controlo da temperatura, foi eficaz se esta baixar de pelo menos 1,5°C em relação à temperatura inicial. Em ambos, a duração de ação é de apenas 4 a 6 horas (Salgado, 2014).

O paracetamol é muito eficaz como analgésico e antipirético e é bem absorvido no tubo digestivo (Bastos, 2002). A sua eficácia e longo registo de segurança no uso clínico tornam-no o agente preferido e de primeira linha (Costa et al., 2010) para tratamento da febre nos lactentes e crianças (Bastos, 2002, DGS, 2004). Pode ser administrado por via retal ou oralmente. Pela possibilidade de vômitos recorrentes ou recusa na ingestão da medicação aconselha-se a administração retal. No entanto, sendo a absorção dos supositórios imprevisível e variável de indivíduo para indivíduo; e a resposta à administração oral superior à retal, na prática, sempre que possível, deve ser administrado por via oral (Bastos, 2002). Embora apresente baixa toxicidade, em doses habituais (Murahovschi, 2003), pode provocar hepatotoxicidade em doses apenas um pouco maiores do que as recomendadas (Bastos, 2002, Murahovschi, 2003). “A dose recomendada é de 10-15 mg/Kg/dose, cada 4-6 horas, até 5 vezes nas 24 horas” (DGS, 2004, p. 9).

O ibuprofeno é usado como alternativa ao paracetamol e, embora apresente um efeito antitérmico mais prolongado, a sua ação anti-inflamatória periférica pode originar mais efeitos adversos potenciais - renais; gastrites, inclusive hemorrágicas e reações de hipersensibilidade. Ainda assim, diversos estudos clínicos têm revelado apenas efeitos secundários mínimos com este agente (Bastos, 2002, Murahovschi, 2003), comprovando a sua eficácia e segurança em terapias curtas (DGS, 2004). “A dose recomendada é de 5 - 10 mg/Kg/dose, cada 6-8 horas” (DGS, 2004, p. 9), usando-se as doses maiores nas temperaturas mais elevadas, > 39°C (Bastos, 2002).

Ainda que estudos comparativos tenham revelado que paracetamol e ibuprofeno são aproximadamente equivalentes na redução da febre, alguns autores classificam o

paracetamol como o antipirético de eleição, dado o período de experiência clínica significativamente maior (Bastos, 2002). Relativamente ao uso combinado ou alternado de paracetamol e o ibuprofeno, diversos autores consideram-no contra indicado pelos riscos acrescidos de sobredosagem de cada um dos fármacos e de toxicidade renal e hepática (Bastos, 2002, DGS, 2004). Para além do mais, não existe evidência científica de que a terapêutica antipirética alternando dois fármacos, tenha maior eficácia do que qualquer um dos agentes isolado, usado na posologia adequada (DGS, 2004, Chiappini et al., 2009, NCCWCH, 2013). A DGS recomenda que “A monoterapia deve permanecer a regra na prescrição de antipiréticos em Pediatria (...)” (2004, p. 10), salvaguardando-se situações excepcionais, em que o desconforto da criança persiste após a administração do primeiro antipirético, tendo de recorrer-se à utilização de um segundo, no mesmo episódio febril (DGS, 2004, NCCWCH, 2013). Para Bastos “ (...) parece ser da maior prudência aconselhar os pais a usar um único agente no tratamento das crianças febris” (2002, p. 31).

O uso do ácido acetilsalicílico está associado à síndrome de Reye, razão pela qual não está indicado como antipirético em crianças menores de 12 anos. Assim, embora seja eficaz, não é recomendado na criança e deve ser especificamente evitado em casos de influenza e varicela, pela sua presumível relação com o desenvolvimento da referida síndrome (Bastos, 2002, Murahovschi, 2003, DGS, 2004, Bricks, 2006, Chiappini et al., 2009).

Paralelamente ao uso de antipiréticos, vários métodos físicos têm sido tradicionalmente utilizados para reduzir a febre (Bastos, 2002). Desde o banho; a redução da roupa; a exposição ao ar frio; a colocação de compressas/pachos de água fria ou morna e a fricção com álcool, são diversas as medidas não farmacológicas, a que os pais recorrem para diminuir a temperatura corporal no filho com febre. Estes métodos, embora contribuam para a perda de calor por convecção e evaporação, não tratam as causas subjacentes da febre: a doença ou a alteração no *set-point* hipotalâmico (NCCWCH, 2013). Perante a temperatura elevada, durante uma doença infecciosa aguda, o essencial é reajustar o centro termorregulador com anti prostaglandinas (antipiréticos), caso contrário o corpo continua a produzir e a conservar calor, apesar do arrefecimento externo. Para além disso, estando o *set-point* hipotalâmico elevado, os métodos físicos de arrefecimento podem causar tremores - que além do desconforto, aumentam a temperatura (Murahovschi, 2003) - e outros efeitos adversos, como resposta do organismo para manter a “nova” temperatura de referência (Bastos, 2002, NCCWCH, 2013). Não parece pois haver vantagem na associação de medidas físicas de arrefecimento e antipiréticos, sobre o uso isolado destes (Bastos, 2002). Os métodos físicos de arrefecimento apenas são recomendados em situações de hipertermia (Chiappini et al., 2009).

O uso do álcool para reduzir a febre, além dos efeitos referidos anteriormente (calafrios e tremores), pode conduzir à toxicidade sistêmica (convulsões, coma), uma vez que o álcool pode ser absorvido pela pele ou inalado, nunca devendo ser utilizado para o efeito (Bastos, 2002, Murahovschi, 2003).

Face ao exposto e perante a criança febril, são vários os cuidados gerais aconselhados. O banho, como medida de arrefecimento, deve fazer-se com água à temperatura normal (37°C) e não se prolongar além de dez minutos, evitando que a evaporação faça baixar mais ainda a temperatura periférica (DGS, 2004, Costa et al., 2010). Alguns autores aconselham ainda a administração de um antipirético cerca de trinta minutos antes (Bastos, 2002, Costa et al., 2010). Quanto ao vestuário, a DGS (2004) recomenda que deve-se aquecer a criança (roupa, cobertor) na subida térmica, quando esta apresenta calafrios e extremidades frias, após a administração do antipirético. Na defervescência, há que favorecer a libertação de calor, reduzindo a roupa. Tudo isto, respeitando o que o próprio organismo da criança “pede”. De igual importância é a prevenção da desidratação, através do reforço da ingestão hídrica, uma vez que esta é frequente em estados febris, não só pela perda de água pela transpiração como pelo desinteresse alimentar que a criança manifesta. Deve-se esclarecer os pais para a necessidade de oferecer líquidos com frequência e em pequenas quantidades. Estes devem também ser informados acerca da “esperada” anorexia, comum na criança febril (DGS, 2004, Costa et al., 2010).



### 3. Conhecimento dos pais perante a criança com febre

Os pais são reconhecidos como os primeiros cuidadores da criança (DGS, 2012). Exercer parentalidade é sinónimo de participar diariamente nos cuidados à criança e implica a responsabilidade de tomar as decisões que melhor respondem às necessidades da mesma (Sousa & Sousa, 2007). Considera-se que os pais são eficazes, no desempenho do papel parental, quando conseguem reconhecer as necessidades da criança e satisfazê-las de modo adequado, na medida em que possuem conhecimento para tal e depositam confiança nas suas competências para desempenhar essas tarefas (Ferreira et al., 2014). O aumento do nível de conhecimento e de motivação das famílias favorece o desenvolvimento da função parental (DGS,2012).

A investigação atual tem-se debruçado sobre o modo como a autoeficácia percebida pelos pais é analisada. Uma das abordagens descritas na literatura, refere-se à realização de tarefas específicas (*task-specific approach*) e foca as perceções que os pais têm acerca da sua competência relativamente a eventos específicos da parentalidade, de que são exemplo mudar fraldas, dar banho ou tratar de uma criança com febre (Ferreira et al, 2014).

Antes de apresentar o estado de arte relativamente aos estudos que relatam a avaliação do conhecimento dos pais perante a criança com febre, importa definir conhecimento.

O conhecimento consiste no somatório das representações abstratas que um indivíduo tem acerca de um determinado aspeto da realidade. É a união de informações reunidas na mente humana. Trata-se de tudo o que se adquire na interação com o mundo, sendo o resultado da experiência organizada na mente do indivíduo, o que resulta numa forma única para cada pessoa (Costa, 1997).

O conhecimento reside na capacidade do ser humano para compreender, através da razão, a natureza; as qualidades e as relações das coisas. É o conjunto das faculdades sensoriais de uma pessoa. É a faculdade humana de aprender, compreender e raciocinar. Representa a capacidade do ser humano de raciocinar e ser consciente em relação ao mundo exterior. É um conjunto de informações armazenadas, resultantes da experiência e da aprendizagem *a posteriori* ou através da introspeção. O conhecimento é a relação entre o indivíduo e um objeto. A sua transmissão envolve um processo intelectual de ensino e aprendizagem. O conhecimento gera conhecimento perante o uso da capacidade de raciocínio ou de inferência (Costa, 1997).

Tendo-se em conta esta concetualização de conhecimento e centrando-se este trabalho no estudo do conhecimento dos pais perante a criança com febre, apresentam-se, em seguida, alguns estudos que abordam precisamente esta temática.

Schmitt (1980, cit. por Matziou, Brokalaki, Kyritsi, Perdikaris, Gymnopolou & Merkouris, 2008) verificou que a fobia da febre é uma realidade, tendo constatado que os pais têm diferentes conhecimentos sobre a febre nos seus filhos. No seu estudo inicial, o autor revela que 94% dos pais acreditam que a febre pode causar efeitos colaterais; 63% afirmam que se preocupam muito com as graves lesões resultantes da febre e que outras consequências graves podem ser causadas no caso de a febre ser de 38,9°C ou superior; 16% dos pais acreditam que a temperatura do corpo pode subir acima dos 43,3°C, caso não seja controlada com antipiréticos. Com base noutro estudo (2004), Schmitt verificou que os pais consideram as temperaturas acima de 40,0°C indicativas de febre moderada; no caso de temperatura de 40,5°C esta foi considerada como febre alta e na temperatura de 41,6°C a febre foi avaliada pelos pais como perigosa, ou seja, associada a lesões cerebrais.

Num estudo de Walsh & Edwards (2006), alguns pais definem como febre as temperaturas entre os 37°C, 38°C e os 39°C e febre alta as temperaturas entre os 39°C e os 40°C. Walsh & Edwards (2006) também verificaram que os pais avaliam a temperatura pela palpação de partes do corpo ou usam o termómetro. Estes autores consideram o conhecimento dos pais muito fraco em relação à temperatura considerada normal e tida como febre. Para exemplificar tal facto, os mesmos autores referem que muitos pais não acreditam que a temperatura corporal aumenta num dia quente, o que se traduz em conhecimento fraco. Os mesmos autores também verificaram que muitos pais revelam falta de habilidade para medir a temperatura de forma precisa, o que se explica pela dificuldade de leitura do termómetro. Não foram encontradas correlações entre a idade dos pais ou a experiência com outros filhos. Todavia, pais mais novos e com um nível socioeconómico mais elevado conseguem ler com exatidão o termómetro de mercúrio. Estes autores constataram que os pais procuram conselhos médicos e de outros profissionais de saúde quando as temperaturas dos seus filhos não reduzem para o nível que consideram satisfatório, apesar das doses de medicamentos administradas, recorrendo ao Serviço de Urgências quando os filhos apresentam baixas temperaturas. As lesões causadas pela febre, identificadas na década de 80 do século XX por Schmitt, como lesões cerebrais, convulsão febril e a morte, persistem independentemente do nível sociodemográfico dos pais, tendo sido esta uma conclusão a que chegaram Walsh e Edwards (2006), no seu estudo. Estes autores referem que a preocupação sobre as convulsões febris, desidratação e desconforto físico associado à febre tem aumentado por parte dos pais. Concluíram que os pais revelam, na sua maioria, fracos conhecimentos sobre a febre nos seus filhos,

traduzindo-se em crenças que apontam para a ideia de que a febre é indicativa de uma doença grave, como a meningite.

Walsh, Edwards e Fraser (2007) também verificaram que os pais acreditam que a febre deve ser controlada e tratada rapidamente para prevenir qualquer aumento da temperatura que possa prejudicar os seus filhos. Apesar de alguns acreditarem que a febre branda pode ser benéfica, outros são relutantes em permitir que a febre se torne muito alta.

Matziou et al. (2008), através de um estudo de revisão sistemática da literatura concluíram que são frequentes as situações em que as mães não sabem definir o valor de temperatura considerado febre e classificam febre baixa como alta. Deste modo, optam por medidas desajustadas de tratamento, reduzindo, com frequência, as temperaturas consideradas normais. Ainda ao nível da avaliação do conhecimento dos pais perante a criança com febre, Matziou et al. (2008) indicam no seu estudo que, na maioria das crianças, o local preferencial para aferir a temperatura é a axila. Os pais parecem evitar avaliar a temperatura retal dos seus filhos por medo de lhes causar alguma lesão. Matziou et al. (2008) inferiram que o conhecimento da grande maioria dos pais, sobretudo das mães, perante a febre nos seus filhos e respetivo tratamento é muito limitado.

Purssell (2008) verificou, através da sua investigação, que muitas das declarações feitas pelos pais de crianças com febre alicerçam-se em crenças populares, sobretudo no que concerne às causas da febre, abarcando a ideia que esta poderá ser causada pela erupção dentária, temperatura ambiente ou o uso de determinadas roupas, bem como o esforço excessivo, estilo de vida e o cansaço. Em relação aos cuidados a ter com a criança febril, quando questionados relativamente ao seu conhecimento, as respostas dos pais traduzem a aceitação generalizada da necessidade de maior ingestão de líquido, refletindo o medo de ocorrência de desidratação. As alterações nas atividades da criança são comuns, como colocar o seu filho em ambientes fechados, justificando essa atitude com os sintomas que acompanham a febre, ou seja, acreditam que se uma pessoa está doente e vulnerável tem de estar isolada, o que permite a recuperação e reduz a possibilidade de infetar outras pessoas.

Tessler (2008) também procurou avaliar o conhecimento dos pais perante a febre nos seus filhos, mais concretamente no que se refere aos efeitos nocivos da febre. Assim, verificou que os pais, na sua maioria, afirmam que a febre baixa pode causar lesões, iniciando o tratamento rapidamente na criança febril e recorrendo logo aos serviços de saúde. Também afirmam que monitorizam, com muita frequência, a temperatura. A administração de antipiréticos também é frequente e em altas doses; muitos pais acordam a criança febril para administrar-lhe os antipiréticos. Constatou-se a administração de

antipiréticos para temperaturas abaixo dos 38°C e procura dos serviços de saúde no prazo de 24 horas. Em conformidade com Tessler (2008), as variáveis etnia, cultura e fatores socioeconómicos podem influenciar o conhecimento e as práticas dos pais perante a criança com febre. O mesmo autor salienta que os poucos dados avaliados relativamente à febre na criança de diversas populações sociodemográficas, apontam para diferenças nas crenças dos pais, o que interfere no conhecimento e nas atitudes.

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

Feldhaus e Cancelier (2012) procuraram analisar o conhecimento dos pais no que se refere à febre nos seus filhos e seu tratamento. Constataram que, para avaliar a febre na criança, 74,2% dos pais utilizam o termómetro, de entre 92,7% dos pais que possuem o termómetro no domicílio. Em relação à temperatura para o início da medicação para a febre, 47,7% dos pais referem temperaturas entre os 37°C e os 38°C. As autoras concluíram que a maior preocupação dos pais relaciona-se com o risco de convulsões febris (61,6%) e o antipirético mais utilizado para baixar a temperatura é o paracetamol (58,3%), seguido da dipirona (33,1%) e do ibuprofeno (6%). Deste modo, as mesmas autoras avaliaram o conhecimento dos pais sobre a febre nos seus filhos como satisfatório.

Outro estudo relevante, no âmbito do conhecimento dos pais perante a criança com febre, é o de Bertille, Fournier-Charrière, Pons e Chalumeau (2013), que incluiu 6.596 crianças com febre. De acordo com os seus resultados, a maioria dos pais administram tratamento antipirético, desadequadamente, em temperaturas relativamente baixas (<37,5°C). Constataram igualmente que 89% dos pais recorrem ao tratamento intercalado com paracetamol e ibuprofeno, referindo o recurso a medidas de arrefecimento físico, tais como despir criança, hidratação oral e redução da temperatura ambiente. Estas medidas são usadas isoladamente ou em associação com os antipiréticos. As convulsões e a paralisia cerebral são os principais receios mencionados pelos pais.

Um outro estudo relativo ao conhecimento dos pais e respetivas atitudes perante a febre nos seus filhos é o de Al-Nouri e Basheer (2006), onde ficou demonstrado que a grande maioria das mães, que recorreram a serviços de saúde como as urgências pediátricas, justificam essa procura com o facto de considerarem que a febre pode causar paralisia cerebral, deficiência mental, convulsão, delírio e, inclusive, a morte. Das etiologias da febre mais referidas, sobressaem a infeção, a exposição ao frio e/ou ao sol, o processo de erupção dentária e a ingestão de bebidas quentes. A fim de reduzirem a febre nos seus filhos, maioritariamente, as mães admitem que administram antipiréticos, sobretudo o paracetamol. Al-Nouri e Basheer (2006) constataram o uso indiscriminado de antibióticos. Face a estes resultados, os mesmos autores salientam que a falta de conhecimento por parte dos pais e a ansiedade que a situação lhes gera resulta no uso indiscriminado e errado de medicamentos, para reduzirem o desconforto da criança.

Walsh, Edwards e Fraser (2008) procuraram verificar qual o conhecimento dos pais de crianças com febre, tendo em conta as suas crenças, práticas e fontes de informação sobre a gestão da febre. O estudo contou com a participação de 401 pais. Verificaram que a grande maioria revela fobia da febre e que recorre excessivamente a antipiréticos (ibuprofeno e paracetamol) para reduzir a febre. Predominam os pais que consideram que a febre é prejudicial (88%), apontando como consequência as convulsões (77%). Poucos pais dão prioridade ao arrefecimento físico (5%) e ao uso de roupas leves (8%) para a redução da temperatura, prevalecendo o uso de antipiréticos.

Alude-se também à investigação realizada por Rocha, Regis, Nelson-Filho e Queiroz (2009), cujo objetivo consistiu em determinar o conhecimento, a perceção e a atitude de mães perante a febre nos seus filhos. Os autores apuraram que 96,7% das mães recorrem à palpação da testa (58,3%) e do pescoço (31,7%) para detetar a febre, tendo 76,7% das mães utilizado o termómetro. Averiguaram que todas as mães admitem que a febre alta pode estar na origem de problemas graves de saúde, como as convulsões, o delírio e a perda de peso. De igual modo, todas as mães referem que administram antipiréticos aos seus filhos com febre, tendo sido poucos os casos em que recorreram a antibióticos, sendo que 71,6% das mães mencionam que os antibióticos causam efeitos colaterais, principalmente alergia e cárie dentária.

Rodrigues et al. (2010) realizaram um estudo, através do qual pretendiam avaliar os conhecimentos e as atitudes dos pais perante a febre na criança. Os seus resultados demonstraram que, em 62,8% dos casos, teve lugar uma avaliação subjetiva da presença de febre. Cerca de 66,5% dos participantes consideram febre os valores de temperatura <38°C. Também concluíram que em 67,8% dos pais o tratamento farmacológico foi iniciado perante temperaturas ≥38°C. Os pais com menor escolaridade (≤ 9ºano) administram

tratamento antipirético, desadequadamente, para temperaturas relativamente baixas (<37,5°C). O tratamento intercalado com paracetamol e ibuprofeno foi referido por 51,9% dos pais. Em 67% da amostra, houve referência ao recurso a medidas de arrefecimento físico, isoladamente ou em associação com os antipiréticos. Rodrigues et al. (2010) também observaram que 51,2% dos pais referiram que o seu principal receio são as convulsões. Face aos resultados alcançados, os autores concluíram que a fobia da febre expressa pelos pais é uma realidade. O facto de terem verificado que persiste a necessidade de tratamento para valores de temperatura relativamente baixos (<38°C), a sua monitorização desproporcionada e a banalização do tratamento antipirético intercalado, leva os autores a afirmar que há necessidade de sensibilizar os pais acerca dos benefícios da febre em contexto infeccioso. Postulam igualmente que a informação aos pais e aos profissionais de saúde deve assentar na racionalização do tratamento, orientado não pelo valor de temperatura, mas pelo desconforto relacionado com a febre, dando-se primazia aos esquemas de monoterapia.

Gomide (2011) realizou um estudo que objetivava verificar o conhecimento, crenças, fontes de informação, práticas e atitudes dos pais perante a febre na criança. A amostra estudada foi composta por 286 pais que procuraram um Serviço de Urgência, com queixa de febre ou relato de febre na criança nas últimas 72 horas. A autora apurou que, para medir a febre, 70,5% dos pais usam o termómetro e 29,4% utilizam a palpação das partes do corpo ou observam alguns sinais, nomeadamente irritação, coloração da pele ou prostração. A grande maioria dos participantes (97,6%) considera a febre perigosa e 28% acreditam que a febre pode trazer benefícios. Os pais que afirmam acreditar que a febre pode provocar graves problemas de saúde aos seus filhos, aludem às convulsões (70,3%), à sonolência (17,8%), à prostração (15,7%), à desidratação (7%) e às lesões cerebrais (3,8%), como os seus principais medos. Para o controlo da febre, de acordo com Gomide (2011), 96,2% dos pais administram antipiréticos e 14% utilizam antibióticos. Contudo, a maioria dos pais desconhece os efeitos adversos dessas medicações.

Quanto à aquisição de conhecimento por parte dos pais, num estudo realizado por Crocetti, Moghbeli e Serwint (2001), numa amostra de 340 pais, verificou-se que 46% procuram como, primeira fonte de informação sobre a febre, os médicos e os enfermeiros; 28% dos pais procuram conselhos de amigos e 11% usam como fonte a leitura de livros e revistas.

Ainda neste âmbito, fazendo-se referência ao estudo de Karwowska (2002) pode dizer-se que os livros e as revistas estão entre as mais importantes fontes de informação utilizadas pelos pais. Contudo, o autor observou que poucos pais fazem alusão ao uso da *internet* como fonte de informação, o qual revelou-se frequente entre os pais com menos

idade. Foi igualmente observado que os pais estão mais propensos a utilizar a *internet* quando o filho se encontra gravemente doente.

Walsh e Edwards (2006) verificaram que as mães procuram conselhos de profissionais de saúde quando as temperaturas dos seus filhos não baixam para o nível que consideram satisfatórios, apesar das doses de medicamentos administradas, e levam os seus filhos ao hospital quando estes apresentam baixas temperaturas. O valor da febre é geralmente fator comum de decisão nos pais, relativamente ao recurso ao serviço de urgência pediátrica. Os autores também apuraram que os pais aprendem a lidar com a febre através de diversas fontes de informação. Os pais com um nível sociocultural e económico mais elevado procuram informação na leitura de livros e revistas e junto dos médicos. Estes autores observaram ainda que, em relação ao tratamento da febre, nos anos 80, os pais aprendiam a dosagem de antipiréticos com recurso a informação junto de profissionais de saúde, experiências prévias, amigos e livros de referência médica. No seu estudo, os pais igualmente procuram informação junto dos profissionais de saúde, com predomínio dos médicos, e nas embalagens dos medicamentos. Contudo, a fonte de informação para a administração de antipiréticos não determina a diferença significativa entre as doses corretas e incorretas (Walsh & Edwards, 2006).

Purssel (2007) identificou, através do seu estudo, que a principal fonte de informação dos pais são os médicos (97%), seguindo-se os amigos, os livros e as revistas. Também recorrem à internet, aos enfermeiros (95%) e aos farmacêuticos (91%).

Gomide (2011) também verificou que para os pais obterem informação sobre a febre, recorrem à internet, aos livros, à televisão 47 e aos jornais. A autora concluiu que também procuram informações junto dos profissionais de saúde, amigos e familiares.

Em conformidade com Broome (2013), vários estudos têm demonstrado que os profissionais de saúde não são a única fonte de informação dos pais para aprenderem a lidar com a febre e que muita da informação sobre a forma como agir em caso de febre é obtida através de parentes, amigos e livros.

Em suma, a conceção dos pais acerca da febre tem uma dimensão histórica. Nos séculos XVI e XVII, prevalecia a ideia de que a febre representava uma reação do corpo para auxiliar o organismo a separar e eliminar as substâncias nocivas, sendo também um sinal de presença da invasão de agentes estranhos ao corpo. A crença de que a febre pode causar lesões cerebrais e a morte é mais recente (Tessler, 2008). O medo exacerbado dos pais, perante a criança com febre, origina preocupações que, associadas às suas conceções resultam, muitas vezes, em práticas erradas de tratamento da febre. A fobia da

febre persiste e muitos pais evidenciam poucos conhecimentos e manifestam sentimentos de insegurança perante a criança febril (Gomide, 2011).





## 1. Metodologia

No presente capítulo faz-se a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes ao estudo empírico, começando-se pela conceptualização do estudo, questões de investigação, objetivos, tipo de investigação e esquema conceptual 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 e a análise dos dados, onde se especificam os testes estatísticos utilizados.

### 1.1. Métodos

A febre é uma manifestação muito frequente e, por vezes, inespecífica na criança, que leva frequentemente à procura de cuidados de saúde (*National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007*). Está, muitas vezes, associada à morbilidade, sobretudo em crianças com menos de 5 anos, embora nem sempre expresse uma doença. Este facto justifica, por um lado, a preocupação dos pais e profissionais de saúde e, por outro, a necessidade de identificar a sua causa de modo a intervir de forma adequada (Behrman, Kliegman & Jenson, 2002; National Collaborating Centre for Women's and Children's Health, 2007).

Neste âmbito, Pestana (2003) realizou um estudo, através do qual, objetivou verificar o conhecimento dos pais perante a febre nos filhos. Assim, inquiriu 160 pais, dos quais a maioria considera febre valores da temperatura a partir dos 37,5°C, tratando a criança somente quando a temperatura atinge 38°C. O paracetamol (acetaminofeno) foi considerado o medicamento de eleição. Mais de metade da amostra receia convulsões, o que se traduz na medição noturna da temperatura e na procura de cuidados de saúde. A maior parte dos pais considera o profissional de saúde como a principal fonte de informação.

É neste contexto que surge naturalmente este estudo que se orientará no sentido de responder às seguintes questões: i) Qual o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre? ii) Quais os fatores (variáveis sociodemográficas, variáveis contextuais da febre e de caracterização da criança) que influenciam o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre?

Os objetivos do estudo são: i) determinar o nível do conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre; ii) verificar se as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, residência, escolaridade e número de filhos) influenciam o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre; iii) averiguar se as variáveis contextuais da febre (fontes de informação sobre a febre e atitudes perante a criança com febre) interferem no conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e (iv) identificar se as variáveis de caracterização da criança interferem com o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

Para a concretização dos objetivos delineados, optou-se pelo tipo de investigação que tem as características dos estudos quantitativos, de corte transversal, descritivos e correlacionais.

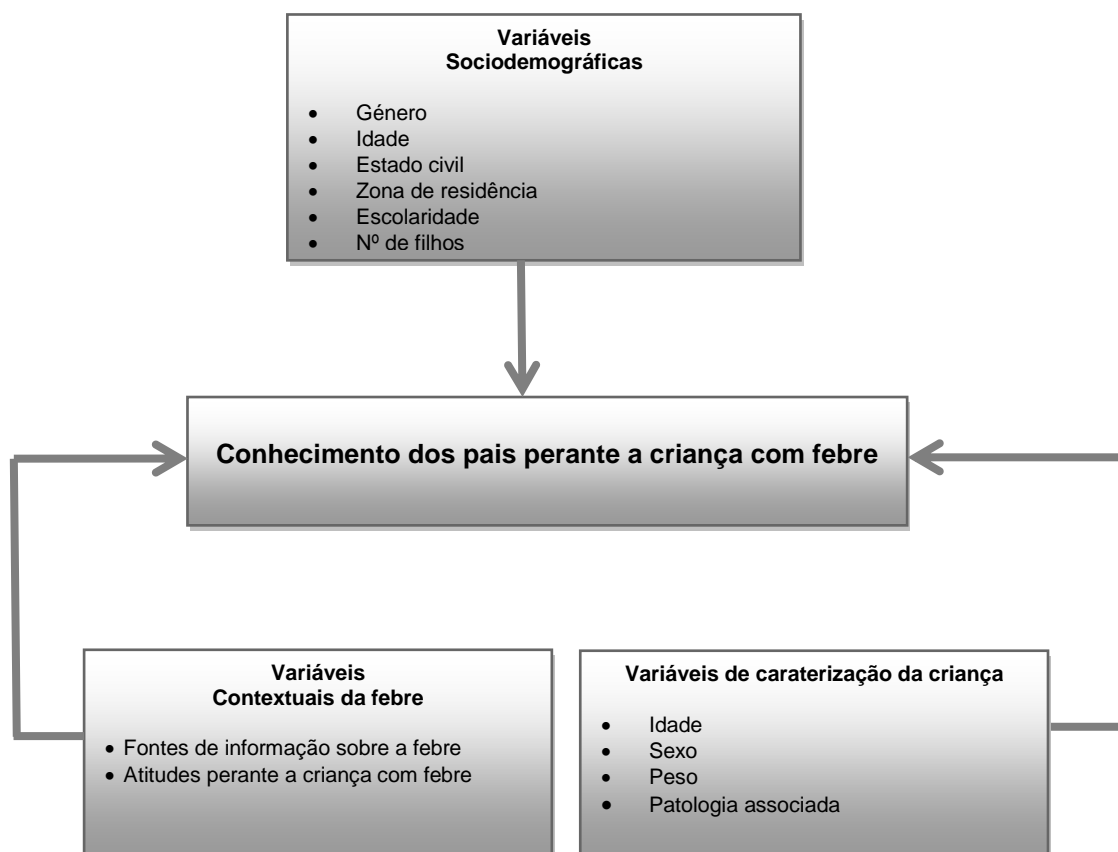
Utilizou-se a metodologia quantitativa por se fundamentar no método hipotético dedutivo e pelo qual os dados colhidos fornecem realidades objetivas no que respeita às variáveis em estudo, suscetíveis de serem conhecidas. A análise quantitativa garante a precisão dos resultados, evitando distorções de análise e de interpretação (Fortin, 2009).

Trata-se de um estudo transversal, pois “caracteriza-se pelo facto de a causa e o efeito estarem a ocorrer simultaneamente, embora a causa possa existir só no momento atual, ou existir desde há algum tempo no passado, ou, por fim ser uma característica do indivíduo” (Campana, Padovani, Iaria, Freitas, Paiva & Hossne, 2001, p.129)

A investigação possui as características de um estudo descritivo, pois se, por um lado, recolhe informação de maneira independente ou conjunta sobre conceitos ou variáveis que se analisem especificando as suas propriedades e características, oferecendo ainda a possibilidade de fazer predições, por outro, tem como propósito avaliar a relação que existe entre dois ou mais conceitos, categorias ou variáveis (Fortin, 2009).

Nesta perspetiva e tendo em conta as considerações metodológicas adotadas para este estudo, elaborou-se uma representação esquemática, que procura dar a conhecer o tipo de relação que se pretende estabelecer entre as variáveis (cf. Figura 5).

Figura 5 – Representação esquemática da relação prevista entre as variáveis estudadas



## 1.2. Participantes

Optou-se por uma amostra não probabilística por conveniência constituída por pais/acompanhantes de crianças, que no momento 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 de forma não aleatória, tendo em conta os seguintes critérios de inclusão: possuir idade superior a 18 anos; pais/acompanhantes de crianças, em idade pediátrica (0 aos 18 anos, exclusive); desejar voluntariamente participar no estudo.

Uma Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) constitui uma unidade funcional integrante do respetivo Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), o qual se define como um serviço de saúde constituído por diversas unidades funcionais, agrupadas em um ou mais Centros de Saúde, tendo estas como Missão garantir a prestação de

cuidados de saúde primários à população da área geográfica que lhes é afeta. Assim, na UCSP são prestados cuidados de saúde aos indivíduos e famílias, ao longo do seu ciclo de vida, de acordo com os princípios de garantia de acessibilidade; globalidade; continuidade e qualidade (Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro). Os cuidados de saúde prestados na UCSP realizam-se no âmbito de diversos programas, de entre os quais o Programa de Saúde Infantil, 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). Assim, deverão ser realizadas: seis consultas de vigilância no 1º ano de vida; cinco consultas entre 1 e 3 anos; quatro consultas entre os 4 e 9 anos e três consultas entre os 10 e 18 anos.

Tendo em conta a extensa área geográfica abrangida por estas UCSP, a população que lhes é afeta caracteriza-se por ser heterogénea: geograficamente distribuída entre o centro urbano e periferia (zonas rurais); de vários escalões etários; com níveis de formação académica e cultural diversos; abrangendo vários estratos socioeconómicos, o que descreve a amostra em estudo.

### **1.2.1. Caracterização sociodemográfica da amostra**

#### **Idade**

Os resultados obtidos em relação à idade dos pais revelam, para a globalidade da amostra, uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 66 anos, ao que corresponde uma idade média de 34.74 anos ( $\pm 7.925$  anos). Para o sexo masculino, que representa 17.5% da totalidade da amostra, a idade mínima é 19 anos e a máxima de 54 anos, e para o sexo feminino, com uma representatividade de 82.5%, a mesma oscila entre 19 e os 66 anos.

As mulheres, em média ( $M=34.78$  anos  $\pm 7.976$  anos), são mais velhas que os homens ( $M=34.52$  anos  $\pm 7.73$  anos), com significância estatística ( $Z=-0.091$ ;  $p=0.000$ ). O teste de aderência à normalidade de Kolmogorod-Smirnov (K/S) só apresenta distribuição normal para o sexo masculino, revelando para o feminino e globalidade da amostra curvas enviesadas à esquerda e leptocurticas. Já os coeficientes de variação indiciam uma dispersão moderada face às idades médias encontradas (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Estatísticas relativas à idade segundo o sexo dos pais/acompanhantes

Sexo	N	Min	Max	M	DP	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS	p
<b>Masculino</b>	63	19	54	34.52	7.737	22.41	0.37	-0.47	0.097	0.200
<b>Feminino</b>	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>

Ainda relativamente à idade, para uma melhor visualização dos dados, efetuou-se o seu agrupamento em três classes homogêneas, tendo por base as frequências absolutas. Dos resultados inseridos na Tabela 2 ressalta que o maior percentual para o sexo masculino recai nos que possuem idade superior ou igual a 38 anos, com 38.1% e no feminino nos de idade entre 31 a 37 anos, com 36.4%.

### Estado civil

Faz-se referência na Tabela 2 ao estado civil dos participantes do estudo, dos quais prevalecem, quer para o sexo feminino (83.2%), quer para o sexo masculino (74.6%), os que têm companheiro(a), seguindo-se, em ambos os grupos, os participantes sem companheiro(a) (masculino 25.4%; feminino 16.8%). A diferença entre os sexos não é significativa ( $X^2=2.545$ ;  $p=0.111$ ).

### Zona de residência

Analisando os resultados por sexos, verificou-se que o grupo prevalente é o dos participantes residentes em meio rural, representando 57.3% do total da amostra, dos quais 59.7% são do sexo masculino e 56.8% são do sexo feminino. Importa também referir o percentual encontrado para o grupo das mulheres residentes em meio urbano, sendo o mesmo expressivo (43.2%), bem como o dos homens (40.3%). A diferença entre os sexos no que se refere à zona de residência não é estatisticamente significativa ( $X^2=0.179$ ;  $p=0.673$ ) (cf. Tabela 2).

### Escolaridade

No que se refere à escolaridade, constatou-se que, para a globalidade da amostra, prevalecem os participantes com escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico (38.3%), dos quais 46.0% são do sexo masculino e 36.7% do sexo feminino. São também expressivos os valores encontrados para o grupo de participantes com o ensino superior (31.4%), onde 28.6% são homens e 32.0% mulheres. Não há diferença estatisticamente significativa ( $X^2=1.975$ ;  $p=0.373$ ) entre os grupos em estudo (cf. Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Variáveis	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Idade</b>							
≤ 30 anos		17	27.0	95	32.0	112	31.1
31-37 anos		22	34.9	108	36.4	130	36.1
≥ 38 anos		24	38.1	94	31.6	118	32.8
<b>Estado civil</b>							
Sem companheiro(a)		16	25.4	50	16.8	66	18.3
Com companheiro(a)		47	74.6	247	83.2	294	81.7
<b>Zona de residência</b>							
Rural		37	59.7	168	56.8	205	57.3
Urbano		25	40.3	128	43.2	153	42.7
<b>Escolaridade</b>							
Até ao 3º Ciclo		29	46.0	109	36.7	138	38.3
Ensino secundário		16	25.4	93	31.3	109	30.3
Ensino superior		18	28.6	95	32.0	113	31.4

### Grau de parentesco

Na continuidade da caracterização sociodemográfica, procurou-se identificar o grau de parentesco do acompanhante da criança. Evidencia-se pelos resultados apresentados na Tabela 3 que 75,3% da totalidade das crianças foi acompanhada pela mãe, 14,4% pelo pai e os restantes 10,3% por outra pessoa.

### Número de filhos

Na Tabela 3 encontram-se os resultados referentes ao número de filhos, onde se regista que a maioria (58,9%) afirma não possuir mais filhos. Dos 148 participantes que afirmaram ter mais filhos, há um claro predomínio dos que possuem apenas mais um filho, com 71,6%. Com mais dois filhos encontraram-se 20,3% dos inquiridos e mais três ou mais filhos 8,1% dos inquiridos.

Tabela 3 - Grau de parentesco, existência de mais filhos e número de mais filhos

Variáveis	Nº	%
<b>Grau de parentesco com a criança</b>		
Pai	52	14.4
Mãe	271	75.3
Outro	37	10.3
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>
<b>Existência de mais filhos</b>		
Não	212	58.9
Sim	148	41.1
<b>Total</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>
<b>Número de mais filhos</b>		
1 filho	106	71.6
2 filho	30	20.3
≥ 3 filhos	12	8.1
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100.0</b>

**Em síntese:**

- as mulheres, em média (M=34.78 anos  $\pm$ 7.976 anos), são mais velhas do que os homens (M=34.52 anos  $\pm$ 7.73 anos);
- prevalecem os participantes do sexo feminino com idades compreendidas entre os 31-37 anos (36.4%); no masculino a maioria possui idade superior ou igual a 38 anos (38.1%);
- predominam, quer para o sexo feminino (83.2%), quer para o sexo masculino (74.6%) os participantes com companheiro(a);
- sobressaem os participantes residentes em meio rural (57.3%), sendo 59.7% do sexo masculino e 56.8% do sexo feminino;
- para a globalidade da amostra, predominam os participantes com escolaridade até ao 3º ciclo (38.3%), dos quais 46.0% são do sexo masculino e 36.7% do sexo feminino;
- apurou-se que 75,3% das crianças foram acompanhadas pela mãe;
- a maioria (58.9%) dos pais/participantes não possui mais filhos;
- dos participantes que afirmaram ter mais filhos, 71.6% possuem apenas mais um filho.

**1.2.2. Variáveis relativas à criança****Idade da criança**

Os resultados referentes à idade das crianças atendidas na consulta de Saúde Infantil, 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 meses) são mais velhas que as do sexo masculino (M=61.40 anos  $\pm$ 52.548 meses) 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 (cf. Tabela 4).

Tabela 4 - Estatísticas relativas à idade da criança por sexo

Idade da criança \ Sexo	N	Min	Max	M	DP	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 a 24 meses (36.4%), correspondendo um percentual de 39.7% de rapazes e 33.3% de raparigas. Com iguais percentagens surgem as restantes faixas etárias, relativas aos 25 -72 meses de idade (31.9%) e superior a 73 meses (31.7%). As diferenças entre grupos não são significativas ( $X^2=1.557$ ;  $p=0.459$ ) (cf. Tabela 5).

### Existência de patologia associada

Quando questionados os 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 ( $X^2=0.130$ ;  $p=0.719$ ) (cf. Tabela5).

Tabela 5 - Caraterização da criança

Variáveis	Sexo		Feminino		Total		Residuais		$X^2$	p
	Masculino		Nº	%	Nº	%	1	2		
<b>Idade</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</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>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>	<b>Nº</b>	<b>%</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>				

### Peso da criança

Reporta-se na Tabela 6 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 oscila entre 3.21kg e 90.0kg, respetivamente, sendo que, 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 leptocúrticas e enviesadas à esquerda.

Tabela 6 - Estatísticas relativas ao peso da criança por sexo

Peso \ Sexo	N	Min	Max	M	DP	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>

### Em síntese:

- na totalidade da amostra, a média de idade das crianças é de 62.47 meses, em média as crianças do sexo feminino ( $M = 63.48$  meses  $\pm$  47.956 meses) são mais velhas que as do sexo masculino ( $M = 61.40$  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;

- a maioria dos pais/acompanhantes (88.6%) admitiu que a criança não sofre de qualquer 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

A recolha de informação teve como suporte um **instrumento** elaborado e selecionado com base na pesquisa bibliográfica sobre a temática, 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 por parte dos participantes. Após esta apreciação, sentiu-se a

necessidade de reformular, para uma linguagem mais compreensível, algumas das questões apresentadas.

O formato final do questionário (cf. Anexo I) apresenta um breve texto introdutório onde se descreve a finalidade do estudo, a garantia de anonimato, a confidencialidade e se apela à participação, terminando com um agradecimento à colaboração do respondente.

Estruturalmente o instrumento de recolha de dados encontra-se dividido em duas partes: a primeira destina-se à caracterização sociodemográfica dos pais e dados da criança; a segunda contém um conjunto de questões relativas ao conhecimento, às atitudes e fontes de informação dos pais perante a criança com febre.

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

Esta secção do questionário consta de um total de 12 questões, que permitem recolher informações acerca dos pais/acompanhantes das crianças, nomeadamente sobre o sexo, idade, zona de residência, escolaridade, grau de parentesco com a criança e nº de filhos, e ainda dados acerca da criança como idade, sexo, peso e patologia associada.

### **1.3.2. Questionário sobre conhecimento, atitudes e fontes de informação dos pais perante a criança com febre**

O questionário sobre o conhecimento 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 (Q20); outros sintomas que preocupam os pais para recorrem ao Serviço de Urgência quando o filho tem febre (Q26).

Quatro questões são elaboradas em escalas tipo Likert (Q9; Q15; Q18 e Q21) 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 Q21, 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)).

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); conceder 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 (Q23); recorrer ao Serviço de Urgência com o filho para tratar a febre (Q24) e com quem se aconselharam antes de recorrer ao Serviço de Urgência com o filho, por febre (Q25).

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 (Q22).

#### **1.4. Critérios de operacionalização de variáveis**

Para minimizar a possibilidade de divergências interpretativas e atribuir-se 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 à variável latente, foi objeto de operacionalização o conhecimento perante a criança com 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 1º Ciclo (4ª Classe) 2º Ciclo (6º ano) 3º Ciclo (9º ano) Ensino Secundário Bacharelato Licenciatura Mestrado Doutoramento Outro	Até ao 3º ciclo Ensino secundário Ensino superior
Grau de parentesco com a criança	Qualitativa Nominal	Pai Mãe Outro	
Ter mais filhos	Qualitativa Nominal	Sim Não	
Número de filhos	Quantitativa Intervalar		1 filho 2 filhos ≥ 3 filhos
Idade da criança	Quantitativa Intervalar		≤ 24 meses 25 - 72 meses ≥ 73 meses
Patologia associada	Qualitativa Nominal	Sim Não	

### Conhecimento

Entende-se por conhecimento o conjunto de informações armazenadas, resultantes da experiência e da aprendizagem, *a posteriori*, ou através da introspeção. O conhecimento gera conhecimento perante o uso da capacidade de raciocínio ou de inferência (Costa, 1997). Os indicadores para mensurar a variável são visíveis no Quadro 2.

## Conhecimento dos pais perante a criança com febre

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

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

11	Cálculo da dose de antipirético a administrar, definido como o critério habitualmente tido em conta pelos pais/acompanhantes para definir a dose de antipirético a administrar à criança com febre.	Peso da criança	2	0 a 2		
		Idade da criança	0			
		Última prescrição médica	1			
		Não sei	0			
12	Uso alternado de antipiréticos, definido como a utilização habitual de mais do que um antipirético, de forma alternada para controlar a febre na criança.	Sim	1	0 a 2		
		Não	2			
		Não sei	0			
13	Opinião sobre a existência de efeitos secundários dos antipiréticos.	Sim	2	0 a 2		
		Não	0			
		Não sei	0			
14	Efeitos secundários dos antipiréticos, definido como reações orgânicas que os pais/acompanhantes consideram poder surgir, na criança, após administração de antipiréticos.	Náuseas	3	0 a 3		
		Vómitos				
		Alergias				
		Diarreia				
		Nenhum	0			
		Não Sei				
18	Opinião dos pais/acompanhantes sobre o significado da febre.	Defesa do organismo	Sim	1	0 a 3	
			Não	0		
		Sinal de alerta	1	0		
		Sinal de infeção	1	0		
19	Febre alta como causa de outros problemas de saúde.	Sim	2	0 a 2		
		Não	0			
		Não sei	0			
20	Identificação e tratamento da causa da febre, definida como a opinião dos pais/acompanhantes sobre a necessidade de identificar e tratar a perturbação que está na origem da febre.	Sim	2	0 a 2		
		Não	0			
		Não sei	0			
21	Sinais e sintomas associados à febre na criança, que preocupam os pais, definidos como outras perturbações que acompanhando a febre, constituem motivo de preocupação para os pais/acompanhantes.		Sim	3	0	0 a 4
			Não			
			Não sei			
			Falta de ar			
			Manchas no corpo			
		Irritabilidade				
Choro intenso	0	1				
Prostração						
26	Sintomas que determinam o recurso ao serviço de urgência, definidos como perturbações associadas à febre que preocupam os pais/acompanhantes e os conduzem obrigatoriamente à procura do serviço de urgência.	Mau estado geral (aspeto de doente)	3	0 a 3		
		Prostração (caído)				
		Vómitos/desidratação				
		Manchas no corpo				
		Não brinca				
		Menor 3 meses de idade				
		Dificuldade respiratória				

Conhecimento dos pais perante a criança com febre

---

		Febre com mais de 5 dias de evolução		
		Nenhuma	0	
		Falta de apetite		

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

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

## Conhecimento dos pais perante a criança com febre

f) A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada à idade da criança.	Sim	Não	N/Sei	0	1	0
g) A Aspirina (Ácido Acetilsalicílico) como antipirético, não está indicada em crianças menores de 12 anos.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0
h) As medidas físicas de arrefecimento (alívio de roupa, banho) devem ser sempre associadas a terapêuticas farmacológicas.	Sim	Não	N/Sei	1	0	0

O somatório dos itens que constituem este constructo permite uma cotação que oscila entre 0 e 59 pontos, sendo que a pontuações mais elevadas corresponde um maior conhecimento.

Por forma a poder classificar o conhecimento dos pais sobre a febre, efetuar-se-ão grupos extremos de corte de acordo com as fórmulas estatísticas referenciadas por Pestana e Gageiro (2014).

### Atitudes

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

Os indicadores que permitem aferir sobre esta variável dependente são apresentados no Quadro 4.

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

Questões	Conceito	Opções de resposta	Cotação	Subtotal
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	
23	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	
24	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	
25	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 para avaliar as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre varia entre 0 e 16 pontos.

### Fontes de informação

Consideram-se fontes de informação todos os meios (profissionais de saúde, meios de comunicação, pessoas de relação), através dos quais os pais/acompanhantes podem obter informação sobre a febre na criança.

Na operacionalização desta variável consideraram-se os indicadores e as cotações discriminadas no Quadro 5.

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

Questões	Conceito	Opções de resposta	Cotação	Subtotal
22	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

O score oscila entre 0 e 12 pontos correspondendo melhores cotações a quem procura mais fontes de informação.

### 1.5. Procedimentos

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).

Uma vez que o instrumento de colheita de dados não contempla a identificação pessoal dos participantes, foi garantido o anonimato.

Os questionários foram entregues nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados onde, mediante explicação prévia do estudo, foi solicitada a colaboração da Sra. Enfermeira Coordenadora e restantes elementos da equipa de Enfermagem para entrega e recolha dos mesmos junto dos pais. A recolha dos questionários foi realizada pela investigadora que, ao longo do processo, esteve disponível para esclarecimentos. A colheita de dados decorreu entre março e junho de 2014.

## 1.6. Análise de dados

Após a colheita de dados, efetuou-se uma primeira análise a todos os questionários, objetivando eliminar os que se encontrassem incompletos ou mal preenchidos, seguindo-se o processamento da sua codificação e respetiva tabulação, para que se pudesse preparar o tratamento estatístico.

Na análise dos dados, recorreu-se à estatística descritiva e analítica. No que respeita à primeira, determinaram-se frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central ou de localização como médias; medidas de variabilidade ou dispersão como amplitude de variação, coeficiente de variação e desvio padrão; medidas de forma como assimetria e achatamento e medidas de associação como coeficiente de correlação de Pearson.

O coeficiente de variação permite determinar dados de uma variável quantitativa devendo os resultados obtidos ser interpretados de acordo com os seguintes valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

Coeficiente de variação	Classificação do Grau de dispersão
0% - 15%	Dispersão baixa
16% - 30%	Dispersão moderada
> 30%	Dispersão alta

O coeficiente de **correlação linear de Pearson** consiste numa medida de associação usada para o estudo de variáveis quantitativas. Os valores oscilam entre -1 e +1 e quanto mais elevado o índice mais forte a correlação. Diz-se que uma correlação é inversa quando apresenta valores negativos, o que significa que quando aumenta o valor dos índices de uma variável a outra oscila em sentido contrário. Diz-se que uma correlação é positiva ou direta quando os índices das duas variáveis aumentam ou diminuem no mesmo sentido. A comparação dos dois coeficientes deve ser feita em termos do seu valor ao quadrado designado por coeficiente de determinação ( $R^2$ ), que indica a percentagem de variação de uma variável explicada pela outra.

Por convenção, para interpretação de resultados utilizam-se como valores de referência (Pestana & Gageiro 2014):

- $r < 0.2$  – associação muito baixa
- $0.2 \leq r \leq 0.39$  – associação baixa
- $0.4 \leq r \leq 0.69$  – associação moderada

- $0.7 \leq r \leq 0.89$  – associação alta
- $0.9 \leq r \leq 1$  – associação muito alta

No que respeita à estatística inferencial, usou-se a estatística paramétrica e estatística não paramétrica.

De acordo com Maroco (2014), os testes paramétricos são robustos à violação dos pressupostos da normalidade desde que as distribuições não sejam extremamente enviesadas ou achatadas e que as dimensões das amostras não sejam extremamente pequenas.

A estatística não paramétrica foi utilizada como alternativa aos testes paramétricos quando as condições de aplicação destes, designadamente a homogeneidade de variâncias entre os grupos, não se verificaram (Maroco, 2014) e quando os grupos não são homogêneos, isto é, quando o cociente entre o número de elementos que constituem a amostra maior com a menor for superior a 1.5 (Pestana & Gageiro, 2014). Estes testes são menos potentes que os correspondentes testes paramétricos.

Assim, em relação à estatística paramétrica e não paramétrica, recorreu-se aos seguintes testes:

- **Testes t de Student ou teste de U-Mann Whitney (UMW)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa em dois grupos de sujeitos diferentes e quando se desconhecem as respetivas variâncias populacionais;
- **Análise de variância a um fator (ANOVA)** - para comparação de médias de uma variável quantitativa (variável endógena) em três ou mais grupos de sujeitos diferentes (variável exógena - qualitativa), isto é, analisa o efeito de um fator na variável endógena, testando se as médias da variável endógena em cada categoria do fator são ou não iguais entre si. O teste One-Way Anova é uma extensão do teste t de Student que permite comparar mais de dois grupos em estudo. Todavia, quando se testa a igualdade de mais de duas médias e, dependendo da natureza nominal ou ordinal do fator, recorre-se habitualmente aos testes post-hoc, para saber quais as médias que se diferenciam entre si (Pestana & Gageiro, 2014);
- **Regressão linear múltipla univariada** - a regressão é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável dependente (Y) a partir de uma ou mais variáveis relevantes de natureza essencialmente intervalar ou rácio, as variáveis independentes (X), dando informação sobre a margem de erro dessas previsões. Nos modelos de regressão linear simples ou múltipla, a variável dependente Y é uma variável aleatória de natureza contínua, sendo esta em alguns

casos qualitativa e expressa em função de duas ou mais variáveis de natureza categórica, isto é, admite dois ou mais valores. Na regressão, a correlação que mede o grau de associação entre duas variáveis é usada para prever a variável dependente. Quanto maior for a correlação entre X e Y melhor a previsão e quanto menor essa correlação maior a percentagem de erro na previsão (Maroco, 2014);

- **Teste de qui quadrado ( $X^2$ )** - para o estudo de relações entre variáveis Catoriais. Aplica-se a uma amostra em que a variável tem duas ou mais categorias comparando as frequências observadas com as que se esperam obter no universo, para se inferir sobre a relação existente entre as variáveis. Quando há relação entre as variáveis, devem localizar-se as células onde se verificam as diferenças através dos resíduos ajustados estandardizados que se situam fora do intervalo -1.96 e 1.96, (Pestana & Gageiro, 2014). A interpretação dos resíduos ajustados necessita de um número mínimo de oito elementos tanto no total da linha como na coluna.

Na análise estatística utilizámos os seguintes níveis de significância:

- $p < 0.05$  \* - diferença estatística significativa
- $p < 0.01$  \*\* - diferença estatística bastante significativa
- $p < 0.001$  \*\*\* - diferença estatística altamente significativa
- $p \geq 0.05$  n.s. - diferença estatística não significativa

A descrição e análise dos dados são apresentados em tabelas, omitindo-se a sua fonte, dado que os resultados são originários da aplicação do instrumento de colheita de dados a pais/acompanhantes de crianças vigiadas na consulta de Saúde Infantil, num estudo em corte transversal.

Todo o tratamento estatístico foi processado através do programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 22.0 para Windows.

De referir ainda que no decurso do tratamento estatístico foram detetadas respostas omissas a várias questões, relativamente às quais se procedeu ao tratamento estatístico no intuito de determinar se as mesmas, ao revelarem-se significativas, poderiam pôr em causa toda a validade do estudo.

Após a descrição das considerações metodológicas, procede-se, no capítulo seguinte, à apresentação e análise dos resultados.

## 2. Resultados

No presente capítulo, estruturado em duas partes, começa-se por apresentar os resultados relativos à estatística descritiva, seguindo-se os dados concernentes à estatística inferencial.

### 2.1. Análise descritiva

Seguem-se os resultados referentes ao conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre, constituindo-se esta a primeira questão de investigação: i) Qual o conhecimento dos pais perante a criança com febre?

#### 2.1.1. Conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre

##### Avaliação da febre

Uma questão colocada aos pais/acompanhantes respeita à via/local que mais utilizam para avaliar a temperatura do seu filho(a) com o termómetro. Como se observa na Tabela 7, a preferência recaiu, tanto para os pais (97.3%) como para as mães (87.5%), na via axilar (87.5%).

A via retal, com 8.9%, é a segunda via mais utilizada para a avaliação da febre. Há ainda a salientar que as vias oral e a timpânica são utilizadas por 3.1% e 5.3%, respetivamente, dos inquiridos.

Tabela 7 – Via/local utilizado para avaliar a temperatura da criança com o termómetro

Via/local utilizado para avaliar a temperatura com o termómetro	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Timpânica</b>						
Não	59	93.7	282	94.9	341	94.7
Sim	4	6.3	15	5.1	19	5.3
<b>Oral</b>						
Não	60	95.2	289	97.3	349	96.9
Sim	3	4.8	8	2.7	11	3.1
<b>Axilar</b>						
Não	8	12.7	37	12.5	45	12.5
Sim	55	97.3	260	87.5	315	87.5
<b>Retal</b>						
Não	59	93.7	269	90.6	328	91.1
Sim	4	6.3	28	9.4	32	8.9

Um dos aspetos considerados pertinentes no estudo consiste em saber que valores de temperatura os pais/acompanhantes da criança consideram febre. Questionados sobre os valores acima dos quais consideram febre, constatou-se que a maioria da amostra (64.7%) tem uma noção errada acerca da febre porquanto respondeu que a mesma era considerada entre 37-37,5°C. Apenas 33.1% dos inquiridos respondeu corretamente ao afirmarem que a febre ocorre quando a criança tem temperatura acima de 38°C. Denota-se que o sexo masculino (28.6%) está menos informado que o feminino (34.0%) acerca desta questão (cf. Tabela 8).

Tabela 8 – Valor acima do qual consideram febre

Valor	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
≤36,5°C	4	6.3	4	1.3	8	2.2
37-37,5°C	41	65.1	192	64.6	233	64.7
≥38°C	18	28.6	101	34.0	119	33.1
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

#### Atitudes para diminuir a febre

No seguimento da questão anterior, perguntou-se aos pais/acompanhantes que atitudes tomam para diminuir a febre do seu filho. Os resultados apresentados na Tabela 9 indicam que a medida que mais adotam é a administração de antipiréticos (84.7%) se a temperatura for superior a 38°C. Todavia outras medidas são equacionadas como diminuir a quantidade de roupa (68.6%), dar banho em água morna (48.3%) e hidratar a criança oferecendo líquidos a seu gosto (67.8%). Numa análise comparativa por sexo, nota-se que as mulheres tendem, com maior prevalência que os homens, a adotar medidas como diminuir a quantidade de roupa (69.7%), administrar antipiréticos (86.9%) e hidratar a criança (68.4%), enquanto o banho (52.4%) é uma medida mais frequente entre os homens.

Tabela 9 – Atitude para baixar a febre ao filho(a)

Atitude para baixar a febre ao filho(a)	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (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>

Ao questionar-se a partir de que valor tomam as atitudes anteriormente referidas, apurou-se que predominam os participantes (55.3%) que admitem tomar uma dessas atitudes quando a criança tem temperatura superior ou igual a 38°C, com especial ênfase para as mulheres (56.6%) comparativamente aos homens (49.2%). São igualmente evidentes os percentuais concernentes aos participantes que admitem tomar essa atitude quando a criança tem uma temperatura entre 37-37,5°C, sendo 50.8% do sexo masculino e 41.1% do sexo feminino. (cf. Tabela 10).

Tabela 10 – Valor admitido pelos pais/acompanhantes para tomarem as atitudes

Valores	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (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>

Ainda em relação à febre, perguntou-se aos participantes no estudo a partir de que valores administram antipirético, tendo-se apurado que 61.9% admitem fazê-lo quando a criança tem temperatura ≥38°C, fazendo parte desse grupo 55.6% dos homens e 63.3% das mulheres. Importa também referir que 42.9% dos homens e 35.7% das mulheres mencionam administrar o antipirético quando a criança tem temperatura entre 37-37,5°C (cf. Tabela 11).

Tabela 11 –Valor a partir do qual administram antipirético

Valores	Sexo		Feminino		Total	
	Masculino		Nº	%	Nº	%
<=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>

### Indicadores de conhecimento sobre febre e terapêutica medicamentosa

São apresentadas na Tabela 12 afirmações que definimos como indicadores de conhecimento dos pais/acompanhantes sobre a febre. As primeiras 14 constituem um fator que designamos por indicadores de conhecimento geral sobre a febre, e respeitam a aspetos mais genéricos da febre; as 8 restantes estão alocadas a um segundo fator designado por terapêutica medicamentosa, por estarem mais relacionadas com a medicação antipirética. Para cada indicador foram considerados dois tipos de resposta, “sim” para quem possui conhecimentos corretos e “não” para os que possuem conhecimentos incorretos ou não sabem. O teste binomial utilizou-se para diferenciar os dois grupos em estudo. Pelos resultados apresentados, observa-se que apenas nos itens 4, 5, e 22 não se encontram diferenças significativas entre os que possuem e não possuem conhecimento. Parece-nos porém que os pais/acompanhantes revelam alguma falta de conhecimento porquanto nos restantes 16 itens, 9 apresentam percentagens inferiores a 50%, sendo que os itens 6, 13 e 20 são cotados inversamente.

## Conhecimento dos pais perante a criança com febre

Tabela 12 - Indicadores de conhecimento geral sobre febre e terapêutica medicamentosa

		Sim		Não		Binomial (p)
		Nº	%	Nº	%	
1	Na subida da febre, quando a criança está com arrepios e extremidades frias (mãos e pés), deve-se aquecer (roupa, cobertor), após a administração do antipirético (medicamento).	78	<b>22.0</b>	282	78.0	0.000
2	Na descida da febre, há que permitir a libertação de calor, logo deve-se, retirar roupa.	207	<b>58.0</b>	153	43.0	0.005
3	Para maior conforto da criança, deve-se respeitar o que organismo indica, na fase de frio deve-se manter a roupa e na fase de calor deve-se retirar a roupa (uma ou duas peças).	227	<b>63.0</b>	133	37.0	0.000
4	O banho deve ser à temperatura normal (37°C).	193	<b>54.0</b>	167	46.0	0.188
5	O banho não deve ser superior a 10 minutos.	183	<b>51.0</b>	177	49.0	0.792
6	As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas antes do antipirético (medicação para baixar a febre).	53	15.0	307	<b>85.0</b>	0.000
7	As medidas físicas de arrefecimento (banho, alívio de roupa) devem ser realizadas após o antipirético (medicação para baixar a febre).	102	<b>28.0</b>	258	72.0	0.000
8	Deve oferecer-se líquidos com frequência, de acordo com a preferência da criança.	264	<b>73.0</b>	96	27.0	0.000
9	A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 0,5°C em relação à oral).	86	<b>24.0</b>	274	76.0	0.000
10	A temperatura axilar (debaixo do braço) apresenta valores mais baixos (cerca de 1°C em relação à rectal).	94	<b>26.0</b>	266	74.0	0.000
11	A temperatura timpânica (ouvido) dá informação precisa da temperatura central.	20	<b>6.0</b>	340	94.0	0.000
12	A febre parece desempenhar um papel importante como mecanismo de defesa contra a infeção.	240	<b>67.0</b>	120	33.0	0.000
13	A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade apenas a prevenção das complicações associadas à febre alta.	107	30.0	253	<b>70.0</b>	0.000
14	A terapêutica antipirética (medicação para a febre) tem como finalidade a prevenção das complicações associadas à febre alta, mas também proporciona maior conforto à criança.	259	<b>72.0</b>	101	28.0	0.000
15	O Paracetamol (Ben-U-ron) é o antipirético de escolha nos lactentes e crianças.	260	<b>72.0</b>	100	28.0	0.000
16	A dose de Paracetamol (Ben-U-ron) recomendada é de 10-15 mg/Kg de 6 em 6 horas.	120	<b>33.0</b>	240	67.0	0.000
17	O Ibuprofeno (Brufen) pode ser usado como alternativa ao Paracetamol.	193	<b>54.0</b>	167	46.0	0.188
18	A dose recomendada de Ibuprofeno (Brufen) é de 5-10 mg/Kg, a cada 8 horas.	128	<b>36.0</b>	232	64.0	0.000
19	A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada ao peso da criança.	257	<b>71.0</b>	103	29.0	0.000
20	A dose de antipirético a administrar deve ser ajustada à idade da criança.	78	22.0	282	<b>78.0</b>	0.000
21	A Aspirina (Ácido Acetilsalicílico) como antipirético, não está indicada em crianças menores de 12 anos.	118	<b>33.0</b>	241	67.0	0.000
22	As medidas físicas de arrefecimento (alívio de roupa, banho) devem ser sempre associadas a terapêuticas farmacológicas.	169	<b>47.0</b>	191	53.00	0.268

Do somatório dos itens resultou para o primeiro fator um score que oscila entre 0 e 14, o que permitiu classificar os participantes: “sem conhecimento” quem obteve uma pontuação até 3, “conhecimento fraco” de 4 a 7, “conhecimento razoável” de 8 a 11 e “bom conhecimento” para pontuação superior ou igual a 12.

De igual modo para o segundo fator, com o somatório dos itens que o constituem, obtém-se uma pontuação que oscila entre 0 e 8 e que permite a seguinte classificação: até 2 “sem conhecimento”, de 3 a 4 “conhecimento fraco”, entre 5 e 6 “conhecimento razoável” e superior ou igual a 7 “bom conhecimento”.

As estatísticas relativas aos indicadores de conhecimento revelaram que 41.92% ( $\pm$  21.15%) da amostra possui conhecimento sobre os indicadores de conhecimento geral sobre a febre, com uma amplitude entre 0% e 92.86%. Quanto à terapêutica medicamentosa, os índices mínimos e máximo foram de 0% e 100.0%, com uma média de 45.93% e desvio padrão de 30.25%. Os coeficiente de variação indicam uma dispersão alta em torno do valor médio (cf. Tabela 13).

Tabela 13 - Estatísticas relativas aos indicadores de conhecimento geral sobre a febre e terapêutica medicamentosa

Variáveis	Min	Max	M	DP	CV (%)
Indicadores conhecimento geral febre	0.0	92.86	41.92	21.15	50.45
Terapêutica medicamentosa	0.0	100.0	45.93	30.25	65.86

Para os indicadores de conhecimento geral sobre a febre, apurou-se que, em ambos os sexos, o maior percentual recai nos que possuem “conhecimento fraco”, sendo que apenas 0.7% das mulheres possui “bom conhecimento”. No que se reporta ao conhecimento sobre terapêutica, mais de metade dos homens apresenta-se “sem conhecimento”, ponderando nas mulheres os percentuais mais elevados nos que possuem “conhecimento fraco” (30.3%) e “conhecimento razoável” (30.0%) (cf. Tabela 14).

Tabela 14 – Prevalência dos indicadores de conhecimento geral sobre a febre e terapêutica medicamentosa

Conhecimento	Sem conhec.		Fraco		Razoável		Bom	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Indicadores de conhecimento geral</b>								
Feminino	52	17.5	155	52.2	88	29.6	2	0.7
Masculino	18	28.6	28	44.4	17	27.0	-	0.0
<b>Terapêutica medicamentosa</b>								
Feminino	77	25.9	90	30.3	89	30.0	41	13.8
Masculino	33	52.4	11	17.5	12	19.0	7	11.1

### Antipirético mais utilizado e cálculo da dose

Os Quadros 6 e 7 reportam-se, respetivamente, aos antipiréticos mais utilizados pelos pais/acompanhantes da criança quando esta tem febre e ao modo de calcular a dose a administrar. Apenas apresentamos os resultados dos que responderam afirmativamente à questão.

No que respeita aos antipiréticos mais utilizados, como se verifica pelo Quadro 6, são as mães/acompanhantes do sexo feminino (84.2%) que recorrem com maior frequência ao uso do paracetamol, ou do ibuprofeno (29.3%). Os pais/acompanhantes masculinos demonstraram ter pouco conhecimento sobre o uso de antipirético a utilizar, porquanto

11.1% afirma utilizar o ácido acetilsalicílico. Olhando para a totalidade da amostra, apurou-se que o antipirético mais utilizado (82.8%) é o paracetamol.

Quadro 6 – Antipirético mais utilizado para baixar a febre ao filho

Antipirético mais usados para baixar a febre	Sexo		Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Paracetamol	250	84.2	48	76.2	298	82.8		
Ibuprofeno	87	29.3	8	12.7	95	26.4		
Ácido acetilsalicílico	1	0.3	7	11.1	8	2.2		

Em relação à dose de antipirético a administrar à criança, mais de metade da amostra (55.3%) afirmou fazê-lo através do peso da criança, o que constitui a opção correta. Esta medida é assumida por 59.3% das mulheres e 36.5% dos homens. A idade consubstancia um percentual de 20.3%, com percentagens similares entre ambos os sexos. Já a última prescrição médica é mais utilizada pelos pais (36.5%) (cf. Quadro 7).

Quadro 7 – Determinação do cálculo da dose de antipirético a administrar ao filho

Cálculo da dose de antipirético a administrar	Sexo		Feminino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Peso	176	59.3	23	36.5	199	55.3		
Idade	60	20.2	13	20.6	73	20.3		
Última prescrição médica	66	22.2	23	36.5	89	24.7		
Não sabem	12	4.0	6	9.5	18	5.0		

Intentou-se saber se os participantes alternam habitualmente os antipiréticos quando a criança tem febre, tendo-se constatado que 57.5% dos pais/acompanhantes afirmaram tomar essa medida, pertencendo a este grupo 58.7% dos homens e 57.2% das mulheres. Refere-se igualmente que 30.2% dos homens e 38.0% das mulheres admitem não alternar a administração dos antipiréticos (cf. Tabela 15).

Tabela 15 – Alternância de antipiréticos quando o filho tem febre

Alternar habitualmente os antipiréticos	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	37	58.7	170	57.2	207	57.5		
Não	19	30.2	113	38.0	132	36.7		
Não sei	7	11.1	14	4.7	21	5.8		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>		

### Efeitos secundários dos antipiréticos

No que se refere à opinião dos pais/acompanhantes sobre os possíveis efeitos secundários dos antipiréticos, apurou-se que 41.7% consideram a sua existência, correspondendo 49.2% aos homens e 40.1% às mulheres. Dando continuidade à análise dos resultados, pode-se afirmar que mais de metade da amostra dos homens e percentagem também acima dos 50.0% das mulheres desconhecem que os antipiréticos têm efeitos secundários (cf. Tabela 16).

Tabela 16 – Opinião sobre os efeitos secundários dos antipiréticos

Opinião sobre os efeitos secundários dos antipiréticos	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(63)	(17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)		
Sim	31	49.2	119	40.1	150	41.7		
Não	11	17.5	91	30.6	102	28.3		
Não sei	21	33.3	87	29.3	108	30.0		
<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 que os antipiréticos possuem efeitos secundários denota-se pela Tabela 17 que os homens se focalizaram mais nos vômitos (32.3%) e nas diarreias (38.7%), enquanto as mulheres referiram as náuseas (43.7%), a diarreia (42.9%) e os vômitos (42.0%).

Tabela 17 – Efeitos secundários dos antipiréticos

Efeitos secundários dos antipiréticos	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(63)	(17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)		
<b>Náuseas</b>								
Não	22	71.0	67	56.3	89	59.3		
Sim	9	29.0	52	43.7	61	40.7		
<b>Vômitos</b>								
Não	21	67.7	69	58.0	90	60.0		
Sim	10	32.3	50	42.0	60	40.0		
<b>Alergias</b>								
Não	22	71.0	80	67.2	102	68.0		
Sim	9	29.0	39	32.8	48	32.0		
<b>Diarreia</b>								
Não	19	61.3	68	57.1	87	58.0		
Sim	12	38.7	51	42.9	63	42.0		

### Significado e consequências da febre

Tentou-se saber qual a opinião dos pais/acompanhantes acerca do significado da febre. Os resultados evidenciaram que 77.2% do total dos inquiridos considera a febre um sinal de alerta que indica que algo não está bem, seguindo-se os 58.1% que a encaram como um processo de defesa do organismo e 45.8% que a veem como sinal de infeção. Analisando os resultados por sexo, observa-se que os percentuais encontrados pouco diferem dos anteriormente referidos para a amostra global (cf. Tabela 18).

Tabela 18 – Opinião dos pais/acompanhantes sobre o significado da febre

Opinião dos pais/cuidadores sobre o significado da febre	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(63)	(17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)		
<b>Um processo de defesa do organismo</b>								
Sim	36	57.1	163	58.2	209	58.1		
Não	2	7.9	13	4.4	18	5.0		
Não sei	22	34.9	111	37.4	133	36.9		
<b>Um sinal de alerta que indica que algo não está bem</b>								
Sim	46	73.0	232	78.1	278	77.2		
Não	-	-	5	1.7	5	1.4		
Não sei	17	27.0	60	20.2	77	21.4		
<b>Um sinal de infecção</b>								
Sim	30	47.6	135	45.5	165	45.8		
Não	5	7.9	17	5.7	22	6.1		
Não sei	28	44.4	145	48.8	173	48.1		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>		

No seguimento da questão anterior, perguntou-se aos inquiridos se a febre alta pode causar algum problema de saúde, tendo-se apurado que cerca de 9 em cada 10, (88.6%) atribui-lhe esse efeito. Esta opinião é partilhada por 77.8% dos homens e 90.9% das mulheres. Um residual pouco significativo afirma que não e 20.6% dos homens diz não saber (cf. Tabela 19).

Tabela 19 – Consequências da febre alta

Febre alta pode ser causa de outros problemas de saúde	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(63)	(17.5)	(297)	(82.5)	(360)	(100.0)		
Sim	49	77.8	270	90.9	319	88.6		
Não	1	1.6	7	2.4	8	2.2		
Não sei	13	20.6	20	6.7	33	9.2		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>		

Quanto aos problemas de saúde que a febre alta pode causar, homens e mulheres apontam sobretudo para as convulsões (77.6% vs 78.1%) e para os vômitos (53.1% vs 50.7%) (cf. Tabela 20).

Tabela 20 – Problemas de saúde causados pela febre alta

Problemas de saúde causados pela febre alta	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	(49)	(15.4)	(270)	(84.6)	(319)	(100.0)		
<b>Vômitos</b>								
Não	23	46.9	133	49.3	156	48.9		
Sim	26	53.1	137	50.7	163	51.1		
<b>Convulsões</b>								
Não	11	22.4	59	21.9	70	21.9		
Sim	38	77.6	211	78.1	249	78.1		
<b>Doenças cerebrais</b>								
Não	32	65.3	232	85.9	264	82.8		
Sim	17	34.7	38	14.1	55	17.2		
<b>Morte</b>								
Não	36	73.5	240	88.9	276	86.5		
Sim	123	26.5	30	11.1	43	13.5		
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>100.0</b>	<b>270</b>	<b>100.0</b>	<b>319</b>	<b>100.0</b>		

A Tabela 21 contém a opinião dos inquiridos sobre se consideram que a causa da febre deve ser identificada e tratada, inferindo-se pelos resultados obtidos que há um claro predomínio de opiniões concordantes (95.3%), sendo esta partilhada por 82.5% dos homens e 98.0% das mulheres.

Tabela 21 – Identificação e tratamento da causa da febre

Identificação e tratamento da causa da febre	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
Sim	2	82.5	291	98.0	343	95.3
Não	-	-	1	0.3	1	0.3
Não sei	11	17.5	5	1.7	16	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>

Ainda reportando à opinião dos interlocutores sobre se consideram preocupantes outros sinais/sintomas associados quando a criança tem febre, os homens valorizaram sobretudo o choro intenso (60.3%), a falta de ar (55.6%) e as manchas no corpo (54.0%). Já as mulheres deram mais atenção à falta de ar (60.9%), às manchas no corpo e choro intenso (57.6%) e à falta de apetite (56.9%). O que é menos valorizado por ambos os sexos é a prostração sendo que 66.7% dos homens e 49.5% das mulheres desconhece esse sinal da febre (cf. Tabela 22).

Tabela 22 – Sinais/sintomas associados que são motivo de preocupação quando a criança tem febre

Sinais/sintomas associados são motivo de preocupação	Sexo Masculino		Sexo Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Falta de ar</b>						
Sim	35	55.6	181	60.9	216	60.0
Não	4	6.3	16	5.4	20	5.6
Não sei	24	38.1	100	33.7	124	34.4
<b>Manchas no corpo</b>						
Sim	34	54.0	171	57.6	205	56.9
Não	5	7.9	13	4.4	18	5.0
Não sei	24	38.1	113	38.0	137	38.1
<b>Irritabilidade</b>						
Sim	29	46.0	122	41.1	151	41.9
Não	6	9.5	27	9.1	33	9.2
Não sei	28	44.4	148	49.8	176	48.9
<b>Choro intenso</b>						
Sim	38	60.3	171	57.6	209	58.1
Não	4	6.3	21	7.1	25	6.9
Não sei	21	33.3	105	35.4	126	35.0
<b>Prostração</b>						
Sim	21	33.3	143	48.1	164	45.6
Não	-	-	7	2.4	7	1.9
Não sei	42	66.7	147	49.5	189	52.5
<b>Falta de apetite</b>						
Sim	28	44.4	169	56.9	197	54.7
Não	1	1.6	15	5.1	16	4.4
Não sei	34	54.0	113	38.0	147	40.8
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

### Sintomas que fazem recorrer ao serviço de urgência

Finalmente procurou-se saber quais os sintomas que determinam o recurso ao serviço de urgência, por parte dos pais/acompanhantes. Conforme a Tabela 23, apurou-se que o que leva os homens a recorrer ao serviço de urgência é, por ordem decrescente, o mau estado geral da criança, (54.0%), os vômitos e desidratação (42.9%), a prostração (36.5%), a dificuldade respiratória (30.2%), seguindo-se, com percentagens pouco relevantes, outros sintomas como manchas no corpo e não brincar. Nas mulheres são preocupações major os vômitos e desidratação (56.9%), o mau estado geral (55.2%) e a dificuldade respiratória (46.8%). Acresce que os sintomas mais preocupantes como a criança ter menos de 3 meses de idade (85.7% vs 85.9%) e febre com uma evolução superior a 5 dias (79.4% vs 63.0%), não são tidos em consideração pelos inquiridos, o que é prodromico da falta de conhecimento.

Tabela 23 – Sintomas preocupantes para recorrer ao Serviço de Urgência quando a criança tem febre

Sintomas de preocupação para recorrer o Serviço de Urgência	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Mau estado geral</b>						
Não	29	46.0	133	44.8	162	45.0
Sim	34	54.0	164	55.2	198	55.0
<b>Prostração</b>						
Não	40	63.5	182	61.3	222	61.7
Sim	23	36.5	115	38.7	138	38.3
<b>Vômitos/desidratação</b>						
Não	36	57.1	128	43.1	164	45.6
Sim	27	42.9	169	56.9	196	54.4
<b>Manchas no corpo (patéquias)</b>						
Não	46	73.0	188	63.3	234	65.0
Sim	17	27.0	109	36.7	126	35.0
<b>Não brinca</b>						
Não	48	76.2	239	80.5	287	79.7
Sim	15	23.8	58	19.5	73	20.3
<b>Tem menos de 3 meses de idade</b>						
Não	54	85.7	255	85.9	309	85.8
Sim	9	14.3	42	14.1	51	14.2
<b>Dificuldade respiratória</b>						
Não	44	69.8	158	53.2	202	56.1
Sim	19	30.2	139	46.8	158	43.9
<b>Falta de apetite</b>						
Não	49	77.8	214	72.1	263	73.1
Sim	14	22.2	83	27.9	97	26.9
<b>Febre com mais de 5 dias</b>						
Não	50	79.4	187	63.0	237	65.8
Sim	13	20.6	110	37.0	123	34.2
<b>Nenhum</b>						
Não	62	98.4	296	99.7	358	99.4
Sim	1	1.6	1	0.3	2	0.6
<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:**

- quanto à via/local que os participantes mais utilizam para avaliar a temperatura do seu filho(a) com o termómetro, a preferência recai tanto para os pais (97.3%), como para as mães (87.5%) na via axilar (87.5%);

- a maioria da amostra (64.7%) tem uma noção errada acerca da febre, tendo respondido que a mesma é considerada entre 37-37,5°C; 33.1% dos inquiridos respondeu corretamente ao afirmarem que a febre ocorre quando a criança tem temperatura acima de 38°C;

- as medidas que os participantes mais adotam para diminuir a febre do seu filho é a administração de antipiréticos (84.7%), se a temperatura for superior a 38°C, diminuir a quantidade de roupa (68.6%), dar banho em água morna (48.3%) e hidratar a criança oferecendo líquidos a seu gosto (67.8%);

- as mulheres (56.6%), comparativamente aos homens (49.2%) tomam mais uma das referida atitudes para diminuir a febre da criança, se a temperatura for superior a 38°C; 50.8% do sexo masculino e 41.1% do sexo feminino admitem tomar essa atitude quando a criança tem uma temperatura entre 37-37,5°C;

- apurou-se que 61.9% dos pais/acompanhantes administram antipirético se a criança tiver temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$ , dos quais 55.6% são homens e 63.3% mulheres; 42.9% dos homens e 35.7% das mulheres referem administrar o antipirético quando a criança tem temperatura entre 37-37,5°C;

- quanto aos indicadores de conhecimento, 41.92% ( $\pm 21.15\%$ ) da amostra possuem conhecimento sobre os indicadores de conhecimento geral sobre a febre, com uma amplitude entre 0% e 92.86%;

- referente à terapêutica medicamentosa, os índices mínimos e máximo foram de 0% e 100.0%, com uma média de 45.93% e desvio padrão de 30.25%;

- em ambos os sexos, o maior percentual recai nos que possuem “conhecimento fraco”, sendo que apenas 0.7% das mulheres possui “bom conhecimento”;

- mais de metade dos homens apresenta-se “sem conhecimento”, ponderando nas mulheres os percentuais mais elevados nos que possuem “conhecimento fraco” (30.3%) e “conhecimento razoável” (30.0%);

- as mães/acompanhantes do sexo feminino (84.2%) recorrem com maior frequência ao uso do paracetamol ou do ibuprofeno (29.3%); os pais/acompanhantes masculinos

demonstram ter pouco conhecimento sobre o uso de antipirético a utilizar, pois 11.1% afirmam utilizar o ácido acetilsalicílico;

- o antipirético mais utilizado (82.8%) é o paracetamol;

- quanto à dose de antipirético a administrar à criança, mais de metade da amostra (55.3%) afirma fazê-lo através do peso da criança, sendo esta atitude tomada por 59.3% das mulheres e 36.5% dos homens;

- constatou-se que 57.5% dos pais/acompanhantes afirmaram que alternam habitualmente os antipiréticos quando a criança tem febre (58.7% dos homens e 57.2% das mulheres);

- apurou-se que 41.7% dos participantes consideram a existência de possíveis efeitos secundários dos antipiréticos, correspondendo a 49.2% dos homens e 40.1% das mulheres;

- dos pais/acompanhantes que afirmam saber que os antipiréticos possuem efeitos secundários, os homens referem mais os vômitos (32.3%) e as diarreias (38.7%), enquanto as mulheres referem as náuseas (43.7%), a diarreia (42.9%) e os vômitos (42.0%);

- a maioria dos inquiridos (77.2%) considera a febre um sinal de alerta indicativo de que algo não está bem, 58.1% veem-na como um processo de defesa do organismo, 45.8% como sinal de infeção;

- cerca de 9 em cada 10 (88.6%) participantes confirmou que a febre alta pode causar algum problema de saúde, opinião partilhada por 77.8% dos homens e 90.9% das mulheres; os homens e as mulheres apontam particularmente para as convulsões (77.6% vs 78.1%) e para os vômitos (53.1% vs 50.7%);

- há um claro predomínio de participantes a considerarem que a causa da febre deve ser identificada e tratada (95.3%), uma opinião consensual a 82.5% dos homens e 98.0% das mulheres;

- os homens valorizam o choro intenso (60.3%), a falta de ar (55.6%) e as manchas no corpo (54.0%), enquanto sinais/sintomas associados à criança com febre; as mulheres atribuem mais atenção à falta de ar (60.9%), às manchas no corpo e choro intenso (57.6%) e à falta de apetite (56.9%); a prostração, como sinal de febre, é desconhecida por 66.7% dos homens e 49.5% das mulheres;

- o que leva os homens a recorrer ao Serviço de Urgência é o mau estado geral da criança, (54.0%), os vômitos e desidratação (42.9%), a prostração (36.5%), a dificuldade respiratória (30.2%); nas mulheres são preocupações *major* os vômitos e desidratação (56.9%), o mau estado geral (55.2%) e a dificuldade respiratória (46.8%);

- o facto de a criança ter menos de 3 meses de idade (85.7% vs 85.9%) e febre com uma evolução superior a 5 dias (79.4% vs 63.0%) não foram considerados pelos inquiridos, revelando falta de conhecimento.

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

Apresentam-se, seguidamente, os resultados referentes às fontes de informação, a que os pais/acompanhantes da criança recorrem quando a criança tem febre. Numa análise aos valores globais, é notório que as mais frequentes fontes de informação são os profissionais de saúde, nomeadamente o médico (65.8%) e o enfermeiro (50.6%). Em relação aos *media* os participantes não atribuem muita confiabilidade, verificando-se que apenas 17.2% dos inquiridos recorrem à televisão e internet e 16.4% a livros/revistas. Numa análise por sexo, os resultados são similares aos obtidos para a amostra global, diferenciando-se sobretudo nas mulheres que utilizam muito da sua experiência própria (cf. Tabela 24).

Tabela 24 – Fontes de informação sobre a febre

Fontes de informação sobre a febre	Sexo		Feminino		Total	
	Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Amigos</b>						
Não	55	87.3	243	81.8	298	82.8
Sim	8	12.7	54	18.2	62	17.2
<b>Familiares</b>						
Não	39	61.9	194	65.3	233	64.7
Sim	24	38.1	103	34.7	127	35.3
<b>Médico</b>						
Não	25	39.7	98	33.0	123	34.2
Sim	38	60.3	199	67.0	237	65.8
<b>Enfermeiro</b>						
Não	20	46.0	149	50.2	178	49.4
Sim	34	54.0	148	49.8	182	50.6
<b>Farmacêutico</b>						
Não	48	76.2	216	72.7	264	73.3
Sim	15	23.8	81	27.3	96	26.7
<b>Livros/revistas</b>						
Não	54	85.7	247	83.2	301	83.6
Sim	9	14.3	50	16.8	59	16.4
<b>Televisão/Internet</b>						
Não	51	81.0	247	83.2	298	82.8
Sim	12	19.0	50	16.8	62	17.2
<b>Experiência própria</b>						
Não	47	74.6	178	59.9	225	62.5
Sim	16	25.4	119	40.1	135	37.5
<b>Outra</b>						
Não	63	100.0	287	96.6	350	97.2
Sim	-	-	10	3.4	10	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>

**Em síntese:**

- as fontes de informação, sobre a febre, mais frequentes são os profissionais de saúde, nomeadamente o médico (65.8%) e o enfermeiro (50.6%).

**2.1.3. Atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre****Métodos de confirmação da febre**

A Tabela 25 reporta-se ao método utilizado pelos pais/acompanhantes da criança quando suspeitam de febre e à sua confirmação pela utilização do termómetro. Em relação ao método, aponta-se que o mais utilizado é o toque da pele com a mão (55.8%). Deste grupo fazem parte 66.7% dos homens e 53.5% das mulheres. O termómetro é utilizado por 35.3% dos inquiridos, denotando-se um maior percentual (37.4% vs 25.4%) entre as mulheres. Já a concomitância termómetro e mão verifica-se em 7,2% da totalidade da amostra.

Quanto à confirmação da febre, há um predomínio de participantes (95.0%) que admitem recorrer ao uso do termómetro com ascendente nas mulheres 96.6%.

Tabela 25 – Primeiro método utilizado para confirmar a febre na criança

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Primeiro método</b>						
Não utiliza	-	0.0	6	2.0	6	1.7
Toque da pele com a mão	42	66.7	159	53.5	201	55.8
Termómetro	16	25.4	111	37.4	127	35.3
Termómetro e mão	5	7.9	21	7.1	26	7.2
<b>Confirmação febre termómetro</b>						
Não	8	12.7	10	3.4	18	5.0
Sim	55	87.3	287	96.6	342	95.0

Reportando ao tipo de termómetro usado, observa-se pela Tabela 26 que há uma predominância do termómetro digital (86.1%), em detrimento do termómetro de mercúrio que ainda é utilizado por 13.6% dos inquiridos. A utilização de outros tipos de termómetro é residual, figurando apenas em 2.5% dos inquiridos.

Tabela 26 – Tipo de termómetro utilizado

Tipo de termómetro	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº (63)	% (17.5)	Nº (297)	% (82.5)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Termómetro de mercúrio</b>							
Não		53	84.1	258	86.9	311	86.4
Sim		10	15.9	39	13.1	49	13.6
<b>Termómetro digital</b>							
Não		10	15.9	40	13.5	50	13.9
Sim		53	84.1	257	86.5	310	86.1
<b>Outro termómetro</b>							
Não		91	96.8	290	97.6	351	97.5
Sim		2	3.2	7	2.4	9	2.5

### Autorização para administrar antipirético

Intentou-se saber se os pais/acompanhantes tomavam a atitude de conceder autorização para ministração de antipirético ao filho na creche, escola, ama, atividades de tempos livres, tendo-se constatado que a maioria (57.5%) concede essa autorização, com percentual mais elevado nas mulheres comparativamente aos homens (62.6% vs 33.3%). Em 22.2% dos casos esta situação não se aplica (cf. Tabela 27).

Tabela 27 – Autorização para administração de antipirético na creche, escola, ama e atividades de tempos livres

Autorização	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		21	33.3	186	62.6	207	57.5
Não		8	12.7	45	15.2	53	14.7
Não se aplica		34	54.0	66	22.2	100	14.7
<b>Total</b>		<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>

Contudo, dos pais/acompanhantes que autorizam a administração do antipirético a maioria (58.9%) admite tê-lo feito por escrito (42.9% dos homens vs 60.8% das mulheres), mas 36.2% dos participantes afirmou não ter concedido a autorização por escrito, sendo que destes 47.6% são homens e 34.9% mulheres (cf. Tabela 28).

Tabela 28 – Cedência de autorização por escrito para administração de antipirético

Autorização por escrito	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim		9	42.9	113	60.8	122	58.9
Não		10	47.6	65	34.9	75	36.2
Não se aplica		2	9.5	8	4.3	10	4.8
<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 e do serviço de urgência

Face à multiplicidade de respostas encontrada para a questão “em que momento procura um profissional de saúde para tratar a febre”, optou-se por recodificar a variável constituindo-se dois grupos, os que responderam corretamente afirmando que procuravam o profissional de saúde quando a febre já tinha uma duração de 3 a 5 dias e os que responderam incorretamente e que englobou todos os que optaram por outro tipo de

resposta. Os resultados da Tabela 29 indicam que 52.8% da amostra assume corretamente essa atitude quando a febre tem uma duração de 3 a 5 dias, com percentuais de 57.1% e 51.9% para homens e mulheres respectivamente. Verificou-se, ainda, que 42.9% dos pais/acompanhantes e 48.1% das mães tomam atitudes incorretas.

Tabela 29 – Momento em que procuram um profissional de saúde para tratar a febre

Procura de profissional de saúde	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atitude incorreta	27	42.9	143	48.1	170	47.2		
Atitude correta	36	57.1	154	51.9	190	52.8		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>		

Quanto à procura do serviço de urgência, a análise da Tabela 30 mostra que prevalecem os pais/acompanhantes da criança que admitem já ter recorrido ao serviço de urgência com a criança por febre, com uma representatividade 90.8%, fazendo parte destes 93.7% dos participantes do sexo masculino e 90.2% do sexo feminino. Apenas, 9.2% dos participantes referem nunca ter tido esta atitude.

Tabela 30 – Recurso ao serviço de urgência com a criança por febre

Recurso ao serviço de urgência	Sexo		Masculino		Feminino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sim	59	93.7	268	90.2	327	90.8		
Não	4	6.3	29	9.8	33	9.2		
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100.0</b>	<b>297</b>	<b>100.0</b>	<b>360</b>	<b>100.0</b>		

No seguimento da questão anterior procurou-se saber quem aconselhou a ida ao serviço de urgência. Apurou-se que nos homens a linha de saúde 24 foi a mais utilizada com 27.1%, seguida, com percentuais iguais (25.4%), do médico de família e da enfermeira pediatra. Também nas mulheres se denota a procura da linha de saúde 24 com 23.5%, seguida do médico de família (22.4%) e do pediatra (16.8%). Acresce referir que 25.4% e 36.9% de homens e mulheres, respectivamente, recorrem ao serviço de urgência sem qualquer aconselhamento (cf. Tabela 31).

Tabela 31 – Procura de aconselhamento para recorrer ao serviço de urgência

Procura de aconselhamento	Sexo	Masculino		Feminino		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
		<b>59</b>	<b>(18.0)</b>	<b>(268)</b>	<b>(82.0)</b>	<b>(327)</b>	<b>(100.0)</b>
<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

Conforme descrito na metodologia, através das várias questões relacionadas com as atitudes foi possível a obtenção de um score cuja pontuação oscilaria entre 0 e 16. Este score foi seguidamente transformado em valor percentual através da seguinte fórmula  $((\text{score bruto} - \text{score mínimo}) / \text{amplitude}) * 100$ , resultando daí um índice que oscila entre 0 e 100%. Na Tabela 32 são apresentadas as estatísticas que revelam um percentual mínimo de 18.75% e máximo de 87.5%, sendo que a média obtida 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 32 - Estatísticas relacionadas com as atitudes perante a criança com febre

Sexo	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>

Procedeu-se também à classificação das atitudes tendo como pontos de corte os percentis 25 e 75. Dos resultados obtidos e expressos na Tabela 33 verificou-se que em relação ao sexo, dos 82.5% das mulheres que participaram no estudo, a maior prevalência (38.7%) recai nas classificadas com atitudes intermédias. Quanto aos homens obteve-se o

mesmo percentual (39.7%) quer para os classificados com atitudes desadequadas, como para atitudes intermédias.

No que concerne à idade, para os de idade inferior ou igual a trinta anos registou-se a maior prevalência (39.3%) nos que possuem atitudes adequadas, enquanto nos pertencentes ao grupo etário de 31 a 37 anos e superior ou igual a 38 anos as percentuais recaem para os de atitudes intermédias (cf. Tabela 33).

Tabela 33 - Classificação das atitudes por sexo e idade

Sexo	Atitude	Desadequada		Intermédia		Adequada		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Feminino		76	25.6	115	38.7	106	35.7	297	82.5
Masculino		25	39.7	25	39.7	13	20.6	63	17.5
<b>Idade</b>									
	≤ 30 anos	26	23.2	42	37.5	44	39.3	112	31.1
	31 – 37 anos	41	31.5	47	36.2	42	32.3	130	36.1
	≥ 38 anos	34	28.8	51	43.2	33	28.0	118	32.8

#### Em síntese:

- há um predomínio de participantes (95.0%) que admitem recorrer ao uso do termómetro para confirmação da febre, sobretudo as mulheres 96.6%; segue-se o toque da pele com a mão (55.8%) por parte de 66.7% homens e 53.5% das mulheres;

- o termómetro digital (86.1%) é o mais usado pela maioria dos participantes;

- maioritariamente, os pais/acompanhantes (57.5%) tomam a atitude de conceder autorização para ministração de antipirético ao filho na creche, escola, ama, atividades de tempos livres;

- dos participantes que autorizam a administração do antipirético, 58.9% admitem tê-lo feito por escrito (42.9% dos homens vs 60.8% das mulheres);

- constatou-se que 52.8% da amostra assume corretamente a atitude de procurar um profissional de saúde quando a febre tem uma duração de 3 a 5 dias (57.1% dos homens vs 51.9% das mulheres); 42.9% dos homens e 48.1% das mulheres tomam atitudes incorretas;

- prevalecem os pais/acompanhantes da criança (90.8%) que admitem já ter recorrido ao serviço de urgência com a criança por febre (93.7% dos homens vs 90.2% das mulheres);

- apurou-se que homens e mulheres (24.1% vs 23.5%) recorrem à linha de saúde 24 para aconselhamento da ida ao serviço de urgência, ao médico de família (25.4% vs 22.4%) e ao enfermeiro de pediatria (25.4% vs 16.8%);

- as mulheres (média=57.61% ± 13.71%) possuem melhores atitudes que os homens (média=52.97% ± 12.28%) perante a criança com febre;

- 38.7% das mulheres revelam atitudes intermédias e 39.7% dos homens atitudes desadequadas e intermédias.

- os participantes com idade inferior ou igual a trinta anos (39.3%) possuem atitudes adequadas, 43.2% dos pertencentes ao grupo etário de 31 a 37 anos e superior ou igual a 38 anos têm atitudes intermédias;

#### 2.1.4. Conhecimento sobre febre

Em conformidade com o descrito no capítulo da metodologia, determinou-se um índice empírico que permitiu quantificar o conhecimento dos participantes sobre a febre. O score obtido foi posteriormente transformado num índice percentual através da fórmula já descrita para as atitudes. A Tabela 34 apresenta as estatísticas do conhecimento para a amostra global e por sexo. Como se observa o índice mínimo foi de 20,0% e o máximo de 97.5%, sendo que a média revela um índice de conhecimento bom ao situar-se nos 62.0% (±13.11). Os índices mínimos foram para o sexo masculino de 20.0% e de 27,5% para o feminino, enquanto os máximos foram de 80.0% e 97.5%, respetivamente. Face aos índices médios, apurou-se que as mulheres possuem maior nível de conhecimento (média= 63.33%±12.32dp) que os homens (média=56.15% ±15.08). Os coeficientes de variação apresentam dispersões moderadas e os valores de assimetria e curtose indiciam curvas normocurticas mas enviesadas à direita para a globalidade da amostra.

Tabela 34 - Estatísticas relativas ao conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre

Sexo	Min	Max	M	D.P.	CV (%)	Sk/erro	K/erro	KS
Masculino	20.00	80.00	56.15	15.08	26.85	-2.890	0.127	0.000
Feminino	27.50	97.50	63.33	12.32	19.45	-1.929	0.131	0.002
<b>Total</b>	<b>20.00</b>	<b>97.50</b>	<b>62.07</b>	<b>13.11</b>	<b>21.12</b>	<b>-4.100</b>	<b>1.988</b>	<b>0.000</b>

Procedeu-se à classificação do conhecimento considerando os percentis 25 e 75. Dos resultados insertos na Tabela 35 sobressai que foram classificados com bom conhecimento 45.6% da totalidade da amostra, mas percentagem muito próxima (42.2%) figura nos que possuem fraco conhecimento.

Traçando o perfil dos inquiridos que possuem fraco conhecimento, verificou-se que na sua maioria possuem idade acima dos 38 anos (36.2%), habitam com companheiro (77.0%), em zona rural (69.3%) e possuem até ao terceiro ciclo de escolaridade (53.9%). Quanto aos classificados com bom conhecimento, afere-se que têm idade até 37 anos (68,2%), residem igualmente com companheiro (89.0%) e em zona urbana (53.0%) e possuem como habilitações literárias o ensino superior (43.3%). Relativamente aos sexos, verifica-se que as mulheres apresentam maior percentual para o bom conhecimento (87.2%) enquanto a maioria dos homens (22.7%) apresenta razoável conhecimento (cf. Tabela 35).

Tabela 35 - Classificação do conhecimento em função das variáveis sociodemográficas

Conhecimento	Fraco		Razoável		Bom		Total	
	Nº (152)	% (42.2)	Nº (44)	% (12.2)	Nº (164)	% (45.6)	Nº (360)	% (100.0)
<b>Sexo</b>								
Feminino	120	78.9	34	77.3	143	87.2	297	82.5
Masculino	32	21.1	10	22.7	21	12.8	63	17.5
<b>Idade</b>								
≤ 30 anos	47	30.9	9	20.5	56	34.1	112	31.1
31 – 37 anos	50	32.9	24	54.5	56	34.1	130	36.1
≥ 38 anos	55	36.2	11	25.0	52	31.7	118	32.8
<b>Estado Civil</b>								
Sem companheiro	35	23.0	13	29.5	18	11.0	66	18.3
Com companheiro	117	77.0	31	70.5	146	89.0	294	81.7
<b>Zona residência</b>								
Rural	104	69.3	24	54.5	77	47.0	205	57.3
Urbana	46	30.7	20	45.5	87	53.0	153	42.7
<b>Escolaridade</b>								
Até 3º ciclo	82	53.9	19	43.2	37	22.6	138	38.3
Secundário	39	25.7	14	31.8	56	34.1	109	30.3
Superior	31	20.4	11	25.0	71	43.3	113	31.4

Com os resultados acima apresentados, obteve-se resposta para a primeira questão formulada que indagava sobre o conhecimento dos pais perante a criança com febre.

#### Em síntese:

- as mulheres possuem maior nível de conhecimento (média= 63.33%±12.32dp) que os homens (média=56.15% ±15.08);
- na totalidade da amostra, 45.6% dos participantes revelam bom conhecimento e 42.2% possuem fraco conhecimento perante a criança com febre;
- com fraco conhecimento encontram-se, na sua maioria, os participantes com idade acima dos 38 anos (36.2%), que habitam com companheiro (77.0%), residentes em zona rural (69.3%) e que possuem até ao 3º ciclo de escolaridade (53.9%);

- a revelarem bom conhecimento, estão os pais/acompanhantes com idade até 37 anos (68,2%), que vivem com companheiro (89.0%), residentes em zona urbana (53.0%) e com o ensino superior (43.3%);

- a maioria das mulheres apresenta bom conhecimento (87.2%) e a maioria dos homens (22.7%) apresenta razoável conhecimento.

## 2.2. Análise inferencial

Depois da caracterização da amostra face às diversas variáveis em estudo, este subcapítulo focar-se-á na análise inferencial, com a finalidade de dar resposta às questões de investigação formuladas.

A segunda questão de investigação procurava saber que variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, zona de residência, escolaridade e nº de filhos) e as de caracterização da criança (idade, sexo, peso, sofrer de uma doença) têm repercussão no conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

### 2.2.1. Relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis sociodemográficas e de caracterização da criança

No que se refere ao sexo, os resultados indicam que as mulheres possuem maior nível de conhecimento perante a criança com febre do que os homens, com relevância estatística ( $p=0.002$ ) (cf. Tabela 36).

Tabela 36 – Relação entre o conhecimento sobre febre e sexo

Variáveis	OM	UMW	p
Feminino	188.24	7055.500	0.002
Masculino	143.99		

Reportando à idade, nota-se que os pais/acompanhantes com idade entre os 31-37 anos possuem mais conhecimento sobre febre, enquanto os mais velhos são os que possuem menos conhecimento, mas a diferença entre os grupos não é significativa (cf. Tabela 37).

Tabela 37 – Relação entre o conhecimento sobre febre e idade

Variáveis	Média	dp	f	p
≤30 anos	61.98	13.885		
31-37 anos	63,36	11.831	1.244	0.290
≥38 anos	60.74	13.663		

Ao analisar-se os resultados da Tabela 38 relativos ao estado civil, apurou-se que os que vivem com companheiro(a) possuem mais conhecimento perante a criança com febre, sendo significativa a diferença ( $p=0.005$ ).

Tabela 38 – Relação entre o conhecimento sobre febre e o estado civil

Variáveis	OM	UMW	p
Sem companheiro	147.74		
Com companheiro	187.85	7540.000	0.005

No que se refere à zona de residência, os resultados da Tabela 39 revelam que os residentes da zona urbana possuem mais conhecimento sobre febre, comparativamente aos residentes em meio rural, com significância estatística ( $p=0.000$ ).

Tabela 39 – Relação entre o conhecimento sobre febre e a zona de residência

Variáveis	Média	dp	t	p
Rural	59.74	13.125		
Urbano	65.52	11.984	-4.276	0.000

Tendo em consideração a escolaridade dos pais/acompanhantes das crianças, os resultados da Tabela 40 indicam que os que possuem o ensino superior têm mais conhecimento sobre febre, enquanto os com formação literária até ao 3º ciclo são os que revelam menos conhecimento. As diferenças são estatisticamente significativas ( $p=0.000$ ), e localizam-se, de acordo com o teste *Post Hoc Tukey*, entre os participantes com habilitações literárias até ao 3º ciclo e os que possuem o ensino superior.

Tabela 40 – Relação entre o conhecimento sobre febre e escolaridade

Variáveis	Média	dp	f	p
Até ao 3º ciclo	56.86	12.600		
Ensino secundário	62.93	11.374	7287.962	0.000
Ensino superior	67.61	12.927		

Reportando à existência de mais filhos observa-se que os pais/acompanhantes que possuem mais filhos revelam mais conhecimento, comparativamente aos que não possuem mais filhos, sem relevância estatística ( $p=0.106$ ) (cf. Tabela 41).

Tabela 41 – Relação entre o conhecimento sobre febre e existência de mais filhos

Variáveis	Média	dp	t	p
Não	61.14	13.383	-1.619	0.106
Sim	63.41	12.640		

Na continuação da Tabela anterior, tendo em consideração o número de filhos, denota-se que os que possuem apenas mais um filho revelam mais conhecimento perante a criança com febre, ao invés dos que possuem mais dois filhos que são os que demonstram possuir menos conhecimento. As diferenças têm relevância estatística ( $p=0.001$ ), que se localizam, em conformidade com o teste *Post Hoc Tukey*, entre os participantes com mais um filho e os que possuem mais dois filhos (cf. Tabela 42).

Tabela 42 – Relação entre o conhecimento sobre febre e número de filhos

Variáveis	Média	dp	f	p
1 filho	209.00	101.188	7.272	0.001
2 filhos	139.53	93.313		
≥ 3 filhos	140.91	96.938		

Analisando a relação entre o conhecimento sobre a febre e a idade da criança, afere-se pelos resultados da Tabela 43 que os participantes que acompanham crianças com idade inferior ou igual a 24 meses são os que revelam mais conhecimento sobre a febre e os com crianças com idade superior ou igual a 73 meses, indiciam ter menos conhecimento mas sem relevância estatística ( $p=0.145$ ).

Tabela 43 – Relação entre o conhecimento sobre febre e a idade da criança

Variáveis	Média	dp	f	p
≤ 24 meses	63.81	13.208	1942	0.145
25-72 meses	61.50	12.955		
≥ 73 meses	60.65	13.052		

No estudo da relação entre o sexo da criança e os conhecimentos dos pais perante a criança com febre, apurou-se que os pais/acompanhantes com crianças do sexo feminino possuem mais conhecimento do que os congêneres com crianças do sexo masculino, mas sem evidências estatísticas (cf. Tabela 44).

Tabela 44 – Relação entre o conhecimento sobre febre e sexo da criança

Variáveis	Média	dp	t	p
Masculino	61.30	14.06	-1.076	0.283
Feminino	62.79	12.14		

Também o facto de a criança apresentar patologia associada não traduz mais conhecimento para os pais/acompanhantes quando comparados com os seus oponentes (cf. Tabela 45).

Tabela 45 – Relação entre o conhecimento sobre febre e patologia associada

Variáveis	OM	UMW	p
Não	183.45	5599.500	0.133
Sim	157.57		

#### Em síntese:

- as mulheres possuem maior nível de conhecimento perante a criança com febre do que os homens, com relevância estatística ( $p=0.002$ );
- os pais/acompanhantes com idade entre os 31-37 anos possuem mais conhecimento sobre febre e os mais velhos têm menos conhecimento;
- os inquiridos que vivem com companheiro(a) possuem mais conhecimento perante a criança com febre, sendo significativa a diferença ( $p=0.005$ );
- os residentes na zona urbana apresentam mais conhecimento sobre febre, com significância estatística ( $p=0.000$ );
- os pais/acompanhantes com o ensino superior têm mais conhecimento sobre febre e os que possuem até ao 3º ciclo revelam menos conhecimento, as diferenças são estatisticamente significativas ( $p=0.000$ );
- os participantes que têm mais filhos revelam mais conhecimento sobre a febre;
- os inquiridos com mais um filho mostram mais conhecimento perante a criança com febre, as diferenças têm relevância estatística ( $p=0.001$ );
- os pais/acompanhantes com filhos na faixa etária inferior ou igual a 24 meses são os que evidenciam mais conhecimento sobre a febre;
- os sujeitos da amostra com crianças do sexo feminino possuem mais conhecimento sobre febre;
- os pais/acompanhantes com crianças sem patologia associada mostram mais conhecimento sobre febre.

### 2.2.2. Relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis contextuais da febre

Ainda na sequência da segunda questão de investigação procurar-se-á agora saber quais as variáveis contextuais da febre que influenciam o conhecimento dos pais perante a criança com febre.

#### Fontes de informação

Em relação às fontes de informação observou-se que os participantes que tiveram como fonte de informação os profissionais de saúde, seguidos dos que se informaram através das redes de comunicação social e experiência própria, possuem mais conhecimento do que os que não procuraram qualquer fonte de informação, com diferenças estatísticas entre grupos. O teste *Post Hoc de Tukey* localiza as diferenças entre os participantes que tiveram como fonte de informação o profissional de saúde e os que não tiveram qualquer fonte de informação (cf. Tabela 46).

Tabela 46 – Relação entre o conhecimento sobre febre e as fontes de informação

Variáveis	Média	dp	f	p
Profissional saúde	195.52	101.854	7.300	0.000
Amigos e familiares	161.16	91.067		
Redes comunicação social e experiência própria	169.50	108.351		
Ninguém	114.30	98.765		

#### Atitudes perante a criança com febre

No que se reporta à relação entre o conhecimento e as atitudes perante a criança com febre, os resultados da Tabela 47 mostram que os pais/acompanhantes com atitudes adequadas são os que revelam mais conhecimento, comparativamente aos que apresentam atitudes desadequadas, tendo resultado em diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.004$ ).

Tabela 47 – Relação entre o conhecimento sobre febre e as atitudes

Variáveis	Média	dp	t	p
Atitude desadequada	60.57	13.585	-2.918	0.004
Atitude adequada	64.73	11.821		

Termina-se a análise inferencial, efetuando uma regressão linear múltipla univariada com recurso á Análise de Equações Estruturais (AEE), através do programa AMOS (*Analysis of Moments Structures*), versão 22 para Windows. Este procedimento é o mais adequado quando se pretende relacionar uma variável quantitativa com várias variáveis quantitativas em simultâneo. Como variável latente considera-se o conhecimento dos pais/acompanhantes da criança e como variáveis manifestas a idade dos pais/acompanhantes, sexo (transformada em variável “dummy variável”), as atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e ainda as variáveis de caracterização da criança (peso e idade da criança).

O primeiro passo consistiu em determinar as estimativas e os rácios críticos das trajetórias entre as diferentes variáveis. Comprova-se pelos resultados da Tabela 48 que os rácios críticos são altamente significativos ( $p < 0.001$ ) exceto para as trajetórias idade dos pais/acompanhantes e peso da criança cujas probabilidades foram de  $p=0.444$  e  $p=0.101$ , respetivamente.

Tabela 48 – Estimativas e rácios críticos - modelo inicial

Trajetórias			Estimativas	Erro	Rácios críticos	p	Rr <sup>2</sup>
Conhecimento	<---	Peso criança	,127	,077	1,642	,101	0.144
Conhecimento	<---	Idade	,072	,094	,765	,444	0.044
Conhecimento	<---	Sexo	-5,965	1,764	-3,381	***	-0.173
Conhecimento	<---	Atitudes	,183	,049	3,702	***	0.189
Conhecimento	<---	Idade criança	-,065	,023	-2,860	,004	-0.248

A Figura 5 representa o output gráfico do modelo com os coeficientes estandardizados. Neste modelo, o coeficiente de regressão ou de trajetória com o conhecimento para a idade é ínfimo ( $\beta=0.04$ ), oscilando nos restantes casos entre ( $\beta=0.14$ ) na trajetória peso da criança e conhecimento e ( $\beta=-0.25$ ) na idade da criança e conhecimento. O modelo explica 10% da variabilidade.

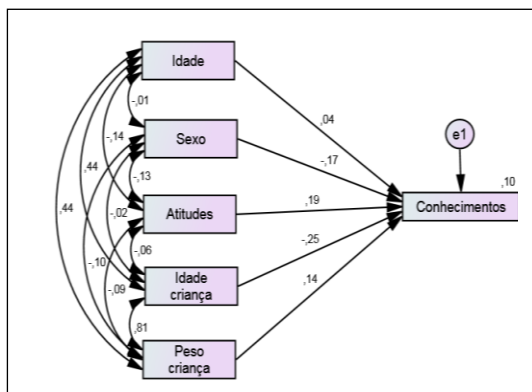


Figura 5 - Modelo inicial

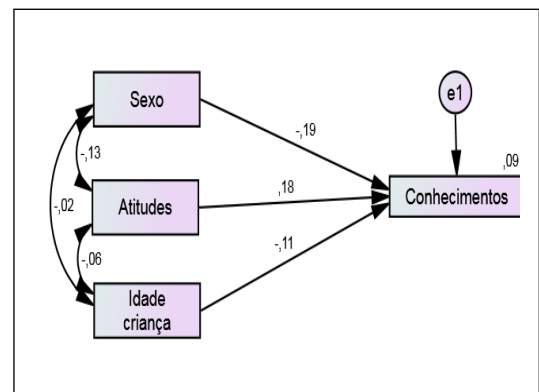


Figura 6 - Modelo final refinado

Efetuu-se o refinamento do modelo eliminando as variáveis que não se mostraram como preditoras. Os rácios críticos neste segundo modelo são altamente significativos para as trajetórias sexo e atitudes dos pais/acompanhantes e significativos para a idade da criança, com o conhecimento (cf. Tabela 49)

Tabela 49 – Estimativas e rácios críticos - modelo inicial

Trajetórias		Estimativas	Erro	Rácios críticos	p	r <sup>2</sup>
Conhecimento	<--- Sexo	-6,458	1,751	-3,688	***	-0.187
Conhecimento	<--- Atitudes	,171	,049	3,473	***	0.177
Conhecimento	<--- Idade criança	-,030	,013	-2,252	,024	-0.114

A Figura 6 evidencia o modelo final onde são explanados os coeficientes estandardizados Beta. Denota-se que os coeficientes relativos às trajetórias das variáveis preditoras com a variável latente sofreram um ligeiro aumento para o sexo e diminuição para as atitudes e idade da criança bem como para a percentagem de variância explicada do conhecimento que passou a ser de 9%. As variáveis sexo dos pais/acompanhantes e idade da criança estabelecem uma relação inversa e as atitudes dos pais/acompanhantes uma relação direta com o conhecimento, o que nos permite afirmar que as mulheres e os pais/acompanhantes de crianças com menos idade e os que possuem melhores atitudes têm melhor conhecimento perante a criança com febre.

#### Em síntese:

- os participantes que tiveram como fonte de informação os profissionais de saúde e os que se informaram através das redes de comunicação social e experiência própria possuem mais conhecimento sobre febre, com diferenças estatísticas entre grupos ( $p=0.000$ );

- os pais/acompanhantes com atitudes adequadas são os que revelam mais conhecimento, com diferenças estatisticamente significativas ( $p=0.004$ );

- rácios críticos altamente significativos ( $p<0.001$ ) nas trajetórias com o conhecimento para o sexo, atitudes e idade da criança;

- o modelo de regressão ou de trajetória com o conhecimento para a idade é ínfimo ( $\beta=0.04$ ), oscilando nos restantes casos entre ( $\beta=0.14$ ) na trajetória peso da criança e conhecimento e ( $\beta=-0.25$ ) na idade da criança e conhecimento;

- o sexo e as atitudes dos pais/acompanhantes e a idade da criança são preditoras de conhecimento sobre febre, com rácios críticos altamente significativos para as trajetórias sexo e atitudes e significativos para a idade da criança com o conhecimento;

- as mulheres e os pais/acompanhantes de crianças com menos idade e os que possuem melhores atitudes têm melhor conhecimento perante a criança com febre.



### **3. Discussão**

No presente capítulo procede-se, em primeiro lugar, à discussão metodológica, seguindo-se a discussão dos resultados, na tentativa de se dar resposta às questões de investigação e aos objetivos inicialmente traçados.

#### **3.1. Discussão metodológica**

Desde o início da concetualização do presente estudo, que uma das preocupações foi desenvolver um trabalho metodologicamente rigoroso. A metodologia usada facilitou e tornou possível a realização deste estudo, contudo, durante a sua execução deparou-se com algumas dificuldades metodológicas, as quais se passam a mencionar.

Começa-se por referir que uma limitação prende-se com o facto de o estudo ser de corte transversal, cuja maior desvantagem consiste na impossibilidade de estabelecer relações causais por não provar a existência de uma sequência temporal entre exposição ao fator e o subsequente desenvolvimento do fenómeno em estudo (Fortin, 2009).

Outra limitação metodológica refere-se ao facto de os participantes terem sido recrutados segundo um processo de amostragem não probabilística por conveniência, podendo resultar em alguns vieses em termos de resultados. Contudo, considera-se o tamanho da amostra suficientemente elevado o que se pode traduzir em resultados fiáveis, ainda que o tipo de amostragem não seja representativo, impedindo de fazer a generalização dos resultados a outra população de pais/acompanhantes de crianças com febre. Por conseguinte, o presente estudo precisa de confirmação através da realização de outros estudos na mesma área, e se possível com amostras mais alargadas.

Uma outra limitação encontrada prende-se com a extensão do questionário, podendo ter-se tornado exaustivo a nível de preenchimento, o que também poderá ter influenciado as respostas dadas, na medida em que as mesmas poderão não coincidir totalmente com a prática quotidiana.

Ainda que se tenha encontrado as referida limitações, considera-se que este estudo se assume como um contributo para a investigação em enfermagem, uma vez que se baseia nas evidências científicas, com implicações na prática profissional.

### 3.2. Discussão dos resultados

O conceito de febre como um mecanismo fisiológico ativo e benéfico no controlo da infeção deve ser transmitido aos pais a fim dissipar a obsessão pela apirexia (Rodrigues e Rodrigues et al., 2010). De acordo com os mesmos autores, o papel benéfico da febre na manutenção da homeostasia do organismo e o seu efeito potenciador da resposta imune, em contexto infeccioso, ainda é desconhecido por um número significativo de pais que frequentemente a consideram não como um sintoma/sinal, mas como uma doença em si mesma. Esta falta de conhecimento contribui para a ansiedade gerada em torno da criança febril.

Os resultados obtidos permitiram traçar um perfil sociodemográfico da amostra, tendo-se verificado que as mulheres, em média ( $M=34.78$  anos  $\pm 7.976$  anos), são mais velhas do que os homens ( $M=34.52$  anos  $\pm 7.73$  anos), prevalecendo os participantes do sexo masculino com idade superior ou igual a 38 anos (38.1%) e do sexo feminino com idades compreendidas entre os 31-37 anos (36.4%). Apurou-se também que predominam, quer para o sexo feminino (83.2%), quer para o sexo masculino (74.6%), os participantes a coabitarem com companheiro(a), residentes em meio rural (57.3%), com escolaridade até ao 3º ciclo (38.3%) e sem mais filhos (58.9%). No caso dos participantes com mais filhos, há um claro predomínio dos que afirmaram ter apenas um (71.6%). A maioria das crianças (75.3%) foi acompanhada pela mãe, quando a criança teve o episódio de febre.

Estes resultados corroboram, em parte, os estudos consultados, na medida em que a grande maioria dos respondentes são mães (Casanova, 2012, Pestana, 2003, Pursell, 2008, Rocha et al., 2009, Rodrigues et al., 2010, Walsh et al., 2007, Walsh et al., 2008). O facto de, no presente estudo, se ter encontrado uma idade média de 34.74 anos ( $\pm 7.925$  anos), enquanto nos demais estudos a média ronda os 34.2 anos, não parece ser significativamente diferente para se poder inferir que a idade poderá ter sugerido resultados diferentes. Quanto à escolaridade, tal como referido, a maioria dos pais/acompanhantes, tem até ao 3º ciclo, o que não corrobora os resultados de outros estudos, nomeadamente de Casanova (2012), onde prevaleceram os pais com o ensino secundário e licenciados, mas estão em conformidade com os apurados por Pestana (2003), de Matziou et al. (2008) e Walsh et al. (2008) que nos seus estudos encontraram pais com uma escolaridade até ao 3º ciclo.

### 3.2.1. Conhecimento e atitudes dos pais/acompanhantes perante a criança com febre

No que concerne ao conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre, apurou-se que, em relação à via/local que mais utilizam para avaliar a temperatura do seu filho(a) com o termómetro, a preferência recaiu quer para os pais (97.3%), quer para as mães (87.5%), na via axilar (87.5%). A este propósito, refere-se que a avaliação da temperatura axilar é particularmente bem aceite e a mais usada pelo público em geral dado tratar-se de uma forma segura, facilmente acessível e que não causa grande desconforto na criança. Estes resultados estão em conformidade com os apurados por Matziou et al. (2008). Bastos (2002) e Pestana (2003) referem que a medição da temperatura axilar representa maior comodidade e aceitação por parte da criança e, tendo em conta que o mais relevante é a presença de febre e não o seu nível exato, esta via é a mais recomendada. Contudo, salvaguarda-se que, embora não tão precisa como a retal, esta satisfaz plenamente em termos clínicos (Murahovschi, 2003). Na mesma ótica, El-Radhi e Barry (2006) defendem que a medição da temperatura axilar é mais segura, fácil e confortável, todavia pouco acurada, pois com a vasoconstricção intensa, na subida térmica, a temperatura da pele baixa à medida que a central sobe. De igual modo, a sudação e a evaporação resultam na sua diminuição, quanto à temperatura central. No entanto, ressalva-se que, de acordo com Chiappini et al. (2009), esta via aparenta ser um método extremamente acurado em recém-nascidos.

Ainda neste âmbito, apurou-se que, para além da maioria dos participantes (95.0%) ter admitido que recorre ao uso do termómetro para confirmação da febre, foi também referenciado o toque da pele com a mão (55.8%), por parte de 66.7% homens e 53.5% das mulheres, o que corrobora os estudos de Pestana (2003), Rodrigues et al. (2010) e de Rocha et al. (2009), que também mostram que os pais atribuem importância a esta avaliação subjetiva da febre, sobretudo, porque consideram o toque da pele com a mão como o método de eleição para detetar a presença de febre na criança. Esta avaliação subjetiva do aumento da temperatura corporal, por parte dos pais/acompanhantes deve ser valorizada pelos profissionais de saúde, continuando a ser um meio válido para os pais detetarem a presença de febre no seu filho (Al-Nouri & Basheer, 2006).

O termómetro digital (86.1%) é o mais usado pela maioria dos participantes do presente estudo. Estes resultados são análogas aos de Casanova (2012), Al-Nouri e Basheer (2006) e Walsh e Edwards (2006), que confirmaram que a maioria dos pais mede a febre através da palpação do corpo e recorrem ao termómetro digital.

Outro resultado a que se chegou refere-se ao facto de a maioria da amostra (64.7%) ter uma noção errada acerca da febre, tendo respondido que a mesma é considerada entre 37 e 37,5°C e apenas 33.1% dos inquiridos respondeu que a febre ocorre quando a criança tem temperatura acima de 38°C. Importa referir que atendendo a que não há um valor único e universal para definir um valor de temperatura como febre, estabelecemos que, para este estudo, os 38°C seriam aceites como o valor de referência, o que sugere que os participantes que se enquadram nesta avaliação responderam corretamente. Realça-se que 64.7% dos pais/acompanhantes consideram valores relativamente baixos de temperatura corporal como febre, o que vai ao encontro da maioria dos estudos consultados (Pestana, 2003; Rocha et al., 2009; Rodrigues et al., 2010).

Em relação às medidas que os participantes mais adotam para diminuir a febre do seu filho constam a administração de antipiréticos (84.7%), se a temperatura for superior a 38°C, diminuir a quantidade de roupa (68.6%), dar banho em água morna (48.3%) e hidratar a criança oferecendo líquidos a gosto (67.8%). Apurou-se também que 61.9% dos pais/acompanhantes administram antipirético se a criança tiver temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$ , Estes resultados corroboram os de Casanova (2012), na medida em que a autora observou que a maioria dos respondentes considera a temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$  como valor para recorrer à administração de antipiréticos, sendo usualmente aceite como temperatura de referência para o recurso ao tratamento farmacológico, apesar de não ser consensual tal atitude (Rodrigues et al., 2010). Constatou-se também que outras investigações, à semelhança do presente estudo, demonstraram que há pais a administrar antipiréticos com valores inferiores a 38°C, sendo esses valores baixos para adotarem esta atitude (Crocetti et al., 2009; Pestana, 2003; Pursell, 2008; Rodrigues et al., 2010). Quanto ao uso de medidas não farmacológicas o estudo de Walsh et al. (2008), indica que poucos pais deram prioridade ao arrefecimento físico e ao uso de roupas leves para a redução da temperatura, prevalecendo o uso de antipiréticos, o que não ocorreu no presente estudo, pois, para além do uso do antipirético, há uma prevalência considerável de pais/acompanhantes que recorrem à diminuição da quantidade de roupa, ao banho em água morna e à hidratação da criança, oferecendo-lhe líquidos a gosto. Estes resultados estão ainda em consonância com os obtidos por de Pestana (2003), Rodrigues et al. (2010), Rocha et al. (2009) e de Walsh e Edwards (2006), que concluíram que os pais, embora usem, maioritariamente, medidas farmacológicas para resolução das situações febris, a maioria associava igualmente medidas de arrefecimento físico.

Quanto ao tipo de antipirético utilizado, constou-se que as mães/acompanhantes do sexo feminino recorrem com maior frequência ao uso do paracetamol (84.2%) ou do ibuprofeno (29.3%), enquanto os pais/acompanhantes demonstram ter pouco conhecimento

sobre o uso de antipirético a utilizar, ao optarem pelo ácido acetilsalicílico. Os resultados do presente estudo estão em conformidade com o de outros autores ao afirmarem que os antipiréticos mais utilizados em Pediatria são o paracetamol e o ibuprofeno (Bastos, 2002, DGS, 2004, Chiappini et al., 2009, Rodrigues & Rodrigues et al., 2010).

Quanto à dose de antipirético a administrar à criança, mais de metade da amostra (55.3%) afirma fazê-lo através do peso da criança, sendo esta atitude tomada por 59.3% das mulheres e 36.5% dos homens, o que também está em consonância com o referido em vários estudos consultados, ao apontarem para dosagens cuidadosamente calculadas de antipirético não em função da idade da criança, mas do seu peso (Purssell, 2008). Ainda neste âmbito, observou-se que 57.5% dos pais/acompanhantes afirmaram que alternam habitualmente a administração de antipiréticos quando a criança tem febre (58.7% dos homens e 57.2% das mulheres). Resultados análogos foram encontrados por Casanova (2012) e por Pestana (2003), onde a maioria dos pais a alternância de administração de antipiréticos, quando a temperatura febril não diminui. A utilização de um segundo fármaco antipirético, na gestão dos episódios febris, assume-se como uma atitude presente também noutros estudos (Rodrigues, et al., 2010; Walsh e Edwards, 2006), mas importa ressaltar que a DGS (2004, p 10) desencoraja esta prática, referindo que a mesma só deve ser utilizada em situações pontuais e que se passa a citar a “monoterapia deve permanecer a regra na prescrição de antipiréticos em Pediatria, salvaguardando-se casos excepcionais, onde há a persistência de desconforto da criança depois da administração do primeiro antipirético, tendo de recorrer-se à utilização de um segundo, no mesmo episódio febril” (DGS, 2004, NCCWCH, 2013). Neste âmbito, Bastos (2002) recomenda aconselhar os pais a usar um único agente no tratamento das crianças febris.

Ainda em relação aos antipiréticos, 41.7% dos participantes consideraram a existência de possíveis efeitos secundários, os homens referiram mais os vômitos (32.3%) e as diarreias (38.7%), enquanto as mulheres as náuseas (43.7%), a diarreia (42.9%) e os vômitos (42.0%). Na administração de antipiréticos deve ter-se em consideração, tal como apontado na literatura (DGS, 2004, Bricks, 2006, Costa et al., 2010), os seus efeitos secundários que ocorrem frequentemente, sobretudo, quando são administrados em sobredosagem e em associação. Realçamos que os fármacos não deveriam ser utilizados rotineiramente em todas as crianças simplesmente porque têm febre (Costa et al., 2010), devendo ser administrados principalmente nas que manifestam sinais de desconforto, estando incluído o choro prolongado, a irritabilidade, a diminuição da atividade física, do apetite e as alterações do padrão de sono (NCCWCH, 2007).

Outro resultado importante tem a ver com o facto de a maioria dos inquiridos (77.2%) considerar a febre um sinal de alerta indicativo de que algo não está bem, sendo que 58.1%

a veem como um processo de defesa do organismo e 45.8% como sinal de infeção. Estes resultados confirmam os de Gomide (2011), cujo estudo demonstrou que, para a maioria dos pais, a febre é um sinal de alerta que surge associado à doença. Por outro lado, Pestana (2003) e Considine e Brennan (2007) referem que as preocupações dos pais sobre a febre costumam ser compostas por associações incorretas entre a febre e a gravidade das doenças. Já Walsh e Edwards (2006) observaram que os pais revelam, na sua maioria, fracos conhecimentos sobre a febre nos seus filhos, traduzindo-se em crenças que apontam para a ideia de que a febre é indicativa de uma doença grave, como a meningite.

Verificou-se que cerca de 9 em cada 10 (88.6%) dos participantes confirmou que a febre alta pode causar algum problema de saúde, opinião partilhada por 77.8% dos homens e 90.9% das mulheres, que apontam particularmente para as convulsões (77.6% vs 78.1%) e para os vómitos (53.1% vs 50.7%). De acordo com a literatura, a febre pode precipitar convulsões febris em lactentes e crianças suscetíveis, ou seja, com predisposição genética e/ou com história convulsiva prévia (Pimentel, 2001; Murahovschi, 2003). As crianças com idade superior a um ano e que já apresentaram episódios febris acima de 38,7°C e não tiveram convulsão, dificilmente estarão expostas às mesmas (Murahovschi, 2003). Em conformidade com vários autores, a sua ocorrência depende de vários fatores, nomeadamente a idade, a intensidade da febre, a velocidade de elevação da temperatura e as infeções associadas (Pimentel, 2001; Bastos, 2002, Athamneh et al., 2014). Sublinham ainda que este tipo de convulsões não resulta em risco de lesão cerebral (Pimentel, 2001; Murahovschi, 2003). No estudo de Walsh e Edwards (2006), a maioria dos pais revelaram preocupação sobre as convulsões febris, desidratação e desconforto físico associado à febre.

Quanto ao facto de os participantes do presente estudo considerarem que a causa da febre deve ser identificada e tratada, registou-se uma opinião consensual, por parte de 82.5% dos homens e de 98.0% das mulheres, que responderam afirmativamente, o que corrobora os resultados de Tessler (2008), segundo o qual, a maioria dos respondentes afirmou que a febre deve ser identificada e tratada.

No que se refere aos sinais/sintomas associados à criança com febre, os homens valorizam o choro intenso (60.3%), a falta de ar (55.6%) e as manchas no corpo (54.0%), enquanto sinais/sintomas associados à criança com febre; as mulheres atribuem mais atenção à falta de ar (60.9%), às manchas no corpo e choro intenso (57.6%) e à falta de apetite (56.9%); a prostração, como sinal de febre, é desconhecida por 66.7% dos homens e 49.5% das mulheres. Neste contexto, começa-se por referir que o facto de haver pais/participantes que não atribuem importância à prostração denota que não estão sensibilizados para o facto de que este sinal deva ser valorizado na criança,

particularmente quando febril. Contrariamente aos presentes resultados, Gomide (2011), no seu estudo, verificou que a maioria dos pais associou à criança com febre a prostração, a irritação e a coloração da pele.

Constituiu-se também como objetivo do presente trabalho averiguar os sintomas que mais preocupam e levam os participantes a recorrer ao Serviço de Urgência. Assim, constatámos que o que leva os homens a recorrer ao Serviço de Urgência é o mau estado geral da criança, (54.0%), os vômitos e desidratação (42.9%), a prostração (36.5%), a dificuldade respiratória (30.2%); nas mulheres são preocupações *major* os vômitos e desidratação (56.9%), o mau estado geral (55.2%) e a dificuldade respiratória (46.8%), o que está em consonância com o conjunto de critérios definidos por Salgado (2014). Salientamos o facto de a criança ter menos de 3 meses de idade e com febre há mais de cinco dias terem sido motivos menos referenciados, o que não vai ao encontro das diretrizes da DGS (2004) para o recurso ao Serviço de Urgência, que os aponta como sintomas mais preocupantes para recorrer a este serviço. Os resultados do presente estudo corroboram os apurados por Rodrigues et al. (2010), cujo estudo revelou que os problemas de saúde da criança que motivaram a procura do Serviço de Urgência, para mais de metade dos pais, foram os vômitos/desidratação, dificuldade respiratória e o mau estado geral da criança. Neste âmbito, também verificámos que homens e mulheres (24.1% vs 23.5%) recorreram à linha de saúde 24 para aconselhamento da ida ao Serviço de Urgência, ao médico de família (25.4% vs 22.4%) e ao enfermeiro de pediatria (25.4% vs 16.8%). Contrariamente, Caldeira Santos, Pontes, Dourado e Rodrigues (2006) observaram, no seu estudo, que o recurso ao Serviço de Urgência foi na maioria dos casos por iniciativa própria e apenas 14,7% das crianças vinham referenciadas.

Constatou-se que 52.8% dos participantes deste estudo assume corretamente a atitude de procurar um profissional de saúde quando a febre tem uma duração de 3 a 5 dias (57.1% dos homens vs 51.9% das mulheres). De acordo com Salgado (2014), existe uma noção muito divulgada de que a criança com febre só deve ser observada pelo médico no terceiro dia. Contudo, esse é um período de tempo demasiado precoce para doenças ligeiras e demasiado tardio para doenças graves. Face ao exposto, Salgado (2014) refere a necessidade de definição de critérios de alerta que, com pequena margem de erro, mesmo que por excesso, facultem indicações aos pais do momento mais adequado para procurarem assistência médica.

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

Relativamente às fontes de informação procuradas pelos pais/acompanhantes das crianças sobre a febre, aferiu-se que as mais frequentes foram os profissionais de saúde, nomeadamente o médico (65.8%) e o enfermeiro (50.6%). Estes resultados são contraditórios em relação aos apurados por Casanova (2012), cuja principal fonte de informação sobre como devem atuar quando os filhos têm febre foi a experiência pessoal, seguindo-se os médicos e os familiares, com menos referência aos enfermeiros. De igual modo, Pestana (2003) e Walsh et al. (2008) apuraram que a principal fonte de informação é a experiência pessoal, dado que a grande maioria dos seus participantes tinham outros filhos, sugerindo este facto que a própria experiência com outros filhos tenha sido uma fonte de conhecimentos e identicamente um modelador de atitudes perante a febre dos mesmos. No entanto, os resultados obtidos corroboram os encontrados por Crocetti, Moghbeli e Serwint (2001), que observaram que 46% dos pais procuram como, primeira fonte de informação sobre a febre, os médicos e os enfermeiros.

### **3.2.3. Relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis sociodemográficas e de caracterização da criança**

Constitui-se como objetivo do presente estudo verificar relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis sociodemográficas e de caracterização da criança. Assim, começa-se por referir que as mulheres possuem maior nível de conhecimento perante a criança com febre do que os homens, com relevância estatística ( $p=0.002$ ). Em conformidade com o apurado, aferiu-se que há um paralelismo de resultados com os estudos de Al-Nouri e Basheer (2006), de Walsh e Edwards (2006) e de Rocha et al. (2009), que revelaram que são as mulheres quem significativamente acompanham as crianças com febre aos serviços de saúde, sobretudo as mães, demonstrando mais conhecimento perante a criança com febre.

Outro resultado a que se chegou prende-se com o facto de terem sido os pais/acompanhantes com idade entre os 31-37 anos a possuírem mais conhecimento sobre febre e os mais velhos, menos conhecimento, bem como os que vivem com companheiro(a), sendo significativa a diferença entre o estado civil ( $p=0.005$ ). De igual modo, inferiu-se que a zona de residência, escolaridade e número de filhos foram variáveis que interferiram significativamente no conhecimento dos participantes perante a criança com febre. Especificamente, averiguou-se que os participantes residentes na zona urbana e que

possuem o ensino superior têm mais conhecimento sobre febre e os que possuem até ao 3º ciclo e com mais um filho revelam menos conhecimento sobre febre. Apesar de não se terem registado relevâncias estatísticas, observou-se que os pais/acompanhantes com filhos na faixa etária inferior ou igual a 24 meses e cuja criança não tem patologia associada são os que evidenciam mais conhecimento sobre a febre. Não se encontraram estudos que suportem empiricamente estes resultados por forma a poder fazer-se uma análise comparativa com os apurados no presente estudo. Todavia, salienta-se que, em relação às habilitações literárias, os resultados obtidos corroboram os de Rodrigues et al. (2010), que demonstram que os pais com mais habilitações literárias possuem mais conhecimento perante a criança com febre e, de igual modo, importa referir, tal como já exposto anteriormente a experiência com outros filhos é uma fonte de conhecimento, o que poderá justificar o facto de se ter verificado que os pais/acompanhantes com outro filho tenham mais conhecimento sobre febre (Pestana, 2003; Walsh et al., 2008)

Verificou-se que o sexo e as atitudes dos pais/acompanhantes da criança e a idade da criança são preditoras de conhecimento sobre febre, com rácios críticos altamente significativos para as trajetórias sexo e atitudes e significativos para a idade da criança com o conhecimento, sendo as mulheres, os pais/acompanhantes de crianças com menos idade e os que possuem melhores atitudes os que revelam melhor conhecimento perante a criança com febre. Pestana (2003) e Walsh et al. (2008) também observaram que as mulheres possuem mais conhecimento e atitudes mais adequadas, sendo estas variáveis indicadoras de como intervir perante a criança com febre.

Os resultados obtidos permitiram perceber de forma mais aprofundada o nível de conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre, o que poderá permitir traçar um plano futuro de intervenção nesta área junto dessa população.



#### 4. Conclusão

O presente estudo teve como objetivos determinar o nível do conhecimento dos pais perante a criança com febre, verificar se as variáveis sociodemográficas influenciam o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre; averiguar se as variáveis contextuais da febre interferem no conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e identificar se as variáveis de caracterização da criança interferem com o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre.

Deste modo, para atingir estes objetivos realizou-se um estudo quantitativo, transversal, descritivo e correlacional, optando por uma amostragem não probabilística por conveniência, constituída por 360 pais/acompanhantes de crianças, que se encontravam na consulta de Saúde Infantil de duas Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados, ambas da Região Centro do País.

O perfil sociodemográfico da amostra revela que as mulheres, com idades maioritariamente compreendidas entre os 31-37 anos, em média, são mais velhas do que os homens. Em ambos os sexos, registou-se um predomínio de participantes com companheiro(a), residentes em meio rural, com escolaridade até ao 3º ciclo e sem mais filhos, tendo sido a maioria das crianças acompanhada pela mãe.

No que concerne ao conhecimento e atitude dos pais/acompanhantes perante a criança com febre, mais concretamente em relação à via/local que estes mais utilizam para avaliar a temperatura do seu filho(a) com o termómetro, a preferência recaiu na via axilar, tendo sido também referenciado o toque da pele com a mão, com incidência na confirmação da febre através da palpação do corpo e recurso ao termómetro digital.

Concluiu-se que a maioria da amostra tem uma noção errada acerca da febre, considerando febre entre 37-37,5°C. Em relação às medidas que os participantes mais adotam para diminuir a febre do seu filho sobressaiu a administração de antipiréticos, caso a temperatura seja superior a 38°C, bem como diminuir a quantidade de roupa, dar banho em água morna e hidratar a criança oferecendo líquidos a seu gosto. Registou-se também que uma grande parte dos pais/acompanhantes administram antipirético se a criança tiver temperatura  $\geq 38^\circ\text{C}$ .

Outra conclusão do estudo empírico refere-se ao facto de a maioria das mães/acompanhantes recorrerem com maior frequência ao uso do paracetamol ou do ibuprofeno, enquanto os pais/acompanhantes utilizam o ácido acetilsalicílico. O antipirético mais utilizado é o paracetamol, tendo mais de metade da amostra afirmado fazê-lo através do peso da criança, alternando habitualmente os antipiréticos quando a criança tem febre.

Constatou-se que uma parte dos participantes considera a existência de possíveis efeitos secundários dos antipiréticos, sobressaindo os vômitos, as diarreias, e as náuseas.

Outro resultado importante tem a ver com o facto de a maioria dos inquiridos ter considerado a febre um sinal de alerta indicativo de que algo não está bem, vendo-a como um processo de defesa do organismo e como sinal de infeção. Verificou-se que cerca de 9 em cada 10 dos participantes confirmaram que a febre alta pode causar algum problema de saúde, particularmente as convulsões e os vômitos. Houve uma unanimidade de respostas por parte da maioria dos homens e das mulheres a considerarem que a febre deve ser identificada e tratada. Em relação aos sinais/sintomas associados à criança com febre, conclui-se que os mais evidenciados foram o choro intenso, a falta de ar, as manchas no corpo e a falta de apetite.

Verificou-se, de igual modo, que os sintomas *major* que mais preocupam e levam os participantes a recorrer ao Serviço de Urgência são o mau estado geral da criança, os vômitos e desidratação, a dificuldade respiratória. Constatou-se que mais de metade da amostra assume corretamente a atitude de procurar um profissional de saúde quando a febre tem uma duração de 3 a 5 dias.

No que concerne às fontes de informação sobre a febre, as mais apontadas pelos sujeitos da amostra, foram os profissionais de saúde, particularmente o médico e o enfermeiro.

Quanto à relação entre o conhecimento dos pais/acompanhantes perante a criança com febre e as variáveis sociodemográficas e de caracterização da criança, conclui-se que o sexo, a idade, o estado civil, a zona de residência e a escolaridade foram variáveis que interferiram estatisticamente no conhecimento dos participantes perante a criança com febre. Concluiu-se que o sexo e as atitudes dos pais/acompanhantes e a idade da criança são preditoras de conhecimento sobre febre, tendo sido as mulheres, os pais/acompanhantes de crianças com menos idade e os que possuem melhores atitudes a revelarem melhor conhecimento perante a criança com febre.

Sendo a febre um evento comum na infância e motivo frequente do recurso à consulta de Pediatria e sendo os pais os primeiros cuidadores da criança, mantém-se premente a necessidade de reforçar, nestes, conceitos relativos à fisiopatologia da febre, que lhes permita encará-la como um mecanismo fisiológico benéfico.

Os resultados obtidos neste estudo, tais como valores da temperatura erroneamente considerados febre; vulgarização do tratamento antipirético alternado ou uso de antipiréticos contraindicados na idade pediátrica; crença de que as convulsões são uma consequência esperada da febre e recurso frequente ao Serviço de Urgência Pediátrica apenas por a

criança estar febril, alertam para a necessidade de sensibilizar os pais para o papel benéfico da febre no combate à infecção. A mensagem dos profissionais de saúde deve incidir essencialmente nos benefícios da febre e na racionalização da terapêutica antipirética, orientada pelo grau de alteração do estado geral da criança e não pelo valor de temperatura, privilegiando esquemas de monoterapia.

Ao nível dos Cuidados de Saúde Primários, considera-se de extrema importância a realização contínua de sessões de educação para a saúde aos pais/acompanhantes da criança, individualmente e em grupo, que permitam esclarecer dúvidas e contrariar a obsessão pela apirexia. No contexto da prática clínica (Cuidados de Saúde Primários), os resultados alcançados com o estudo permitirão identificar os grupos com menor nível de conhecimento sobre a febre na criança e direcionar o ensino, mais incisivamente, para os mesmos: pais/acompanhantes do sexo masculino e pais/acompanhantes de idade superior a 38 anos, que habitam sem companheiro(a), em zona rural e possuem até ao 3º ciclo de escolaridade.

De igual importância é a realização de ações de formação para profissionais de saúde, com vista à atualização de conhecimentos e uniformização de protocolos de atuação perante a criança com febre. Neste sentido, considera-se fundamental que, a par de outros parâmetros avaliados na consulta de saúde infantil, conste a temperatura corporal da criança, permitindo aos pais e ao profissional de saúde, sobretudo ao enfermeiro, profissional que geralmente realiza esta avaliação, conhecer os valores normais da criança. Sugere-se, assim, a sua inclusão no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.



## Referências Bibliográficas

- Al-Nouri, L. & Basheer, K. (2006). Mothers' perceptions of fever in children. *Journal of Tropical Pediatrics*, 52(2), 9-15. Acedido em <http://www.library.nhs.uk/hdas/simpleresults?Keyword=Mothers&Field=fld.title&SearchNumber=0&PageNumber=142&PageSize=50&SortBy=&ShowAbstracts=False&BackToSearchResultsCount=1&databases=bnj.pub.MED>.
- Arreigoso, V.L. (2013). *A febre não deve ser o papão*. Acedido em <http://www.cristinasales.pt/UploadImages/Febre%20n%C3%A3o%20deve%20ser%20pap%C3%A3o.pdf>.
- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Urgência (2013). *Manual do Curso de Urgências Pediátricas*. Manuscrito não publicado, Escola Superior de Saúde de Viseu, IPV.
- Athamneh, L., El-Mughrabi, M., Athamneh, M., Essien, E.J. & Abughosh, S. (2014). Parents' knowledge, attitudes and beliefs of childhood fever Management in Jordan: a crosssectional study. *Journal of Applied Research on Children: Informing Policy for Children at Risk*, 5, 1-30. Acedido em <http://digitalcommons.library.tmc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1161&context=childrenatrisk>.
- Bastos, V. (2002). A febre. *Revista Saúde Infantil*, 24 (3), 11-22.
- Behrman, R. E.; Kliegman, R. M. & Jenson, H. B. N. (2002). *Tratado de pediatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Borges, A. (2011). Medição e avaliação da temperatura corporal na prática clínica. *Nursing*, 276, 14-16.
- Bricks, L.F. (2006). Tratamento da febre em crianças. *Pediatria*, 28(3), 155-158. Acedido em <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1172.pdf>.
- Broome, M. (2003). A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the calm approach. *Journal of Pediatric Health Care*, 17(4), 176-183. Acedido em [http://www.researchgate.net/publication/10674094\\_A\\_study\\_of\\_parentgrandparent\\_education\\_for\\_managing\\_a\\_febrile\\_illness\\_using\\_the\\_CALM\\_approach%2A1](http://www.researchgate.net/publication/10674094_A_study_of_parentgrandparent_education_for_managing_a_febrile_illness_using_the_CALM_approach%2A1)
- Caldeira, T.; Santos, G.; Pontes, E.; Dourado, R. & Rodrigues, L. (2006). O dia a dia de uma urgência Pediátrica. *Acta Pediatr Port*; 37:1-4. Acedido em: [http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624\\_APP\\_Vol\\_37\\_N1\\_OR\\_Dia\\_Dia\\_Urgencia\\_Pediatrica.pdf](http://www.spp.pt/Userfiles/File/App/Artigos/7/20080424151624_APP_Vol_37_N1_OR_Dia_Dia_Urgencia_Pediatrica.pdf)

- Campana, A. O.; Padovani, C. R.; Iaria, C. T.; Freitas, C. B. D.; Paiva, S. A. R. & Hossne, W. S. (2001). *Investigação científica na área médica*. São Paulo: Manole.
- 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&RecPage=5&NewSearch=1&SearchTxt=%22TI%20Interven%E7%F5es%20paren>.
- Casanova, C., Reis, S.M.M., & Prata, A.P. (2014). *Atuação dos pais na situação febril dos filhos*. In *I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria: Livro de resumos* (pp. 12-13). Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- 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>.
- Considine, J. & Brennan, D. (2007). Effect of an evidence-based paediatric fever education program on emergency nurses' knowledge. *Accident and Emergency Nursing*, 15 (1), 10-19. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17218101>.
- Costa, C.F. (1997). A definição tradicional de conhecimento. *Princípios*; 5, 63-102.
- Costa, M.A., Lemos, M.C., Durães, F. & Palminha, J.M. (2010). *Terapêutica pediátrica em ambulatório: notas, conselhos, esquemas posológicos* (2ª ed.). Lisboa: Lidel.
- Crocetti, M., Moghbeli, N. & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: have parenteral misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11389237>.
- Decreto-Lei nº 744-A/1999. (1999, agosto 25). *Aprova os programas de ação específicos para evitar ou eliminar a poluição proveniente de fontes múltiplas de mercúrio* [Portugal]. *Diário da República*, 1 (198), pp. 5780-5785. Acedido em [http://www.estg.ipg.pt/legislacao\\_ambiente/ficheiros/Port.%20744-A-99.pdf](http://www.estg.ipg.pt/legislacao_ambiente/ficheiros/Port.%20744-A-99.pdf).
- Decreto-Lei n.º 28/2008. (2008, fevereiro 22). *Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde* [Portugal]. *Diário da República*, 1 (38), pp. 1182-1189. Acedido em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/639D1F2C-07BD-4ED3-8EA3-53FBB5EE0F30/0/0118201189.pdf>.

- 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/>.
- Feldhaus, T., Cancelier, A.C.L. (2012). Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, 41(1), 16-21. Acedido em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=664894&indexSearch=ID>.
- Ferreira, B., Monteiro, L., Fernandes, C., Cardoso, J., Veríssimo, M. & Santos, A.J. (2014). Percepção de Competência Parental: Exploração de domínio geral de competência e domínios específicos de auto-eficácia, numa amostra de pais e mães portuguesas. *Análise Psicológica*, 2 (32), 145-156. doi: 10.14417/ap.854.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Freitas, A.A.G., Silveira, C.M.B., Franceschi, M.G. & Carvalho, P.R.A. (2013). Avaliação da concordância entre diferentes termômetros na aferição da temperatura corporal de crianças. *Revista da AMRIGS*, 57(4), 299-303. Acedido em <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/104330>.
- Gomide, A.C.M. (2011). *Estudo da influência das crenças, conhecimentos e fontes de informação nas condutas dos cuidadores no manejo da febre na criança* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Minas Gerais). Acedido em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8QCNGV>.
- Gomide, A.C.M., Silva, R.M., Capanema, F.D., Gonçalves, L.A.O. & Rocha, R.L. (2014). Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimento e fontes informação no cuidado e manejo da febre na criança - revisão sistemática da literatura. *Revista Médica de Minas Gerais* 2014, 24(2), 180-185. Acedido em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=725966&indexSearch=ID>.
- International Council of Nurses (2011). *CIPE® Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Karwowska, A. (2002). Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. *CJEM*, 4(6), 394-400. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17637156>.

- 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>.
- Machado, B.M. (2010). Avaliação clínica de crianças de 0 a 36 meses com febre sem sinais localizatórios (Tese de doutoramento, Universidade de São Paulo). Acedido em <https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFJA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdispo>.
- 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).
- Maroco, J. (2014). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Matziou, V. Brokalaki, H., Kyritsi, H.; Perdikaris, P.; Gymnopoulou, E & Merkouris, A. (2008). What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: An interview study. *International Journal of Nursing Studies*, 45(6), 829-836. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17524405>.
- 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 Institute of Health and Clinical Excellence (2013). *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).
- Pestana, A. (2003). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 19, 333-343. Acedido em [https://www.google.pt/#q=Pestana%2C+A.+\(2003\).+Conhecimentos+e+atitudes+dos](https://www.google.pt/#q=Pestana%2C+A.+(2003).+Conhecimentos+e+atitudes+dos)

- +pais+perante+a+febre+dos+filhos.+Revista+Portuguesa+de+Ciência+Geral  
.+Volume+19%2C+3.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). Análise categórica, árvores de decisão e análise de conteúdo em ciências sociais e da saúde com o SPSS. Lisboa: Edições Lidel.
- Pimentel, M. H. (2001). A febre como um sinal ou sintoma. *Revista Sinais Vitais*, 34, 40-44.
- 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.
- Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde (2012). *Saúde infantil e juvenil: programa-tipo de atuação*. Lisboa: DGS.
- Powell, K. R. (2005). Febre. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, H. B. Jenson (Eds.), *Nelson: Tratado de Pediatria* (17<sup>a</sup> ed., pp. 888-890). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.
- Puga, J.M.G., Pozo, J.E.C., Diaz, L.C., Morillas, D.H., Torrecillas, F.J.G., Romero, T.J., ... Extremera, A.R. (2011). Conocimiento y actuación de los padres sobre la fiebre. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 51(13), 367-379. Acedido em [http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/\\_IXus5l\\_LjPrOfNrft0uEHfLn4tOd9l9o](http://www.pap.es/FrontOffice/PAP/front/Articulos/Articulo/_IXus5l_LjPrOfNrft0uEHfLn4tOd9l9o).
- Purssel, E. (2008). Parental fever phobia and evolutionary correlates. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 210-218. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18298501>.
- Regulamento N<sup>o</sup> 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%C3%A7aJov\\_aprovadoAG\\_20Nov2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciaCrian%C3%A7aJov_aprovadoAG_20Nov2010.pdf).
- Raygoza, N.P., Paloalto, M.L.R., Guerrero, R.D., Villanueva, G.O., Maldonado, A. & Mendoza, M.P.R. (2014). Correlación de mediciones de temperatura corporal com 3 termómetros: óptico, cutáneo y digital, en niños mexicanos. *Enfermería Clínica*, 24(3), 175-182. Acedido em <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-estadisticas-correlacion-mediciones-temperatura-corporal-con-90304819>.
- Rocha, C.T., Regis, R.R., Nelson-Filho, P. & Queiroz, A.M. (2009). Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna. *Revista de Odontologia da Universidade*

- Cidade de São Paulo, 21(3), 244-251. Acedido em <http://files.bvs.br/upload/S/1983-5183/2009/v21n3/a007.pdf>
- 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).
- 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).
- Santos, E., Bastos, V & Fonseca, J. (2005). Febre em pequenos lactentes: a realidade de um serviço. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 36(4), 180-186. Acedido em <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4876/3675>.
- Schmitt, B.D. (2004). Fever phobia: misconceptions of parents about fever. *American Journal of Diseases in Children*, 134(2), 176-181. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7352443>.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D. & Tate, P. (2011). *Anatomia & Fisiologia (8ª ed.)* Loures : Lusociência.
- Serwint, J.R. (2007). Alternating acetaminophen and ibuprofen in the treatment of fever. *Pediatric Review.*, 28 (10), 395. Acedido em [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&dbFrom=PubMed&from\\_uid=11875163](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?cmd=Link&dbFrom=PubMed&from_uid=11875163).
- Sousa, P. C. M. M. & Sousa, P. A. F. (2007). Bases para o desenvolvimento de parcerias de cuidados em pediatria: uma revisão de literatura. *Enfermagem Oncológica*, 10 (40), 11-23.
- Tessler, H. (2008). Unrealistic concerns about fever in children: the influence of cultural/ethnic and sociodemographic factors. *The Israel Medical Association Journal*, 10(5), 346-349. Acedido em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18605356>.
- Ugarte, E. M., Orue, C., Samudio-D, G.C. & Weber, E. (2009). Qué creen y hacen? *Pediatría (Asunción)*, 36 (3), 201-205. Acedido em <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v36n3/v36n3a05.pdf>.
- Vala, J. & Monteiro, M. B. (Org.) (2006). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- 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>.
- Zeferino, L. & Nunes, E. (2011). Febre na criança: pais e enfermeiros, parceiros no cuidar. *Enformação*, 15, 16-18. Acedido em <http://repositorio.chlc.min-saude.pt/handle/10400.17/783>.







## 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

Divorciado

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 – Parecer da Comissão de Ética



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

PARECER

Nº 05/2014

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

Tendo a estudante Manuela Silva Pereira sob a orientação da Pro<sup>fa</sup> 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 da Unidade de Saúde Personalizados D. Duarte do ACES Dão Lafões - Viseu, 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

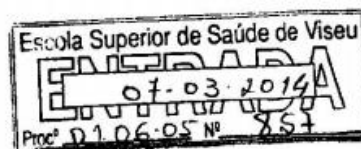
*Emília Botica Almeida*



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



MINISTÉRIO DA SAÚDE



SNTOP

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"

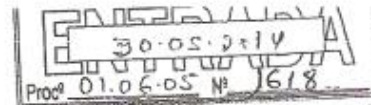
De acordo com o solicitado no Vosso n.º 0212 de 19-fevereiro-2014 somos a informar que é autorizada a aplicação do questionário, no entanto a divulgação pública dos resultados obtidos deverá ser precedida pelo prévio conhecimento deste ACeS.

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.)