

Millenium, 2(ed espec nº1), 15-21.

GERIR A FEBRE EM CRIANÇAS: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DOS PAIS

MANAGING FEVER IN CHILDREN: PARENTS' KNOWLEDGE AND PRACTICES

GESTIONAR LA FIEBRE EN LOS NIÑOS: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS PADRES

Margarida Santos^{1,2}

Celina Casanova³

Paula Prata^{1,2}

Isabel Bica^{4,2}

¹Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal

²CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Universidade do Porto, Portugal

³Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., Barcelos, Portugal

⁴CI&DETS, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

RESUMO

Introdução: a febre é um dos sintomas mais comuns na infância e uma das queixas e razões mais habituais na procura de serviços de saúde.

Objetivo: analisar os conhecimentos e as práticas dos pais, com filhos menores de seis anos, na gestão de sintomas da febre.

Métodos: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com uma amostra de conveniência. Colheita de dados por questionário, no norte de Portugal.

Resultados: amostra constituída por 145 pais, com idades entre 21 e 47 anos, 46.9% tinham o ensino superior. A maioria usava termómetro eletrónico associado ao toque para avaliar a febre e considerava valores abaixo de 38°C como febre, 31.2% assumiram dar antipiréticos, ao filho, com valores entre 37°C e 37.8°C. A medicação antipirética era a intervenção preferida pela maioria dos pais. Em associação recorriam a intervenção não farmacológica, sendo a mais utilizada a diminuição da quantidade de roupa. Os pais acreditavam que a febre não tratada era capaz de causar meningite, coma, atraso mental e até mesmo morte.

Conclusões: os resultados mostram uma clara falta de conhecimento dos pais sobre como cuidar de uma criança com febre: consideram valores relativamente baixos de temperatura corporal como febre e como valor de referência para a administração de antipirético e têm crenças erróneas sobre as consequências da febre na saúde das crianças. As intervenções de educação para a saúde dirigidas aos pais são necessárias para os ensinar a gerir eficazmente os sintomas da febre em crianças.

Palavras-chaves: Conhecimento; Criança; Febre; Pais

ABSTRACT

Introduction: fever is one of the most common symptoms in childhood and one of complaints and most common reasons in demand for health services by the parents.

Objective: to analyse parents' knowledge and practices in managing fever symptoms in their children under six years.

Methods: Quantitative, exploratory and descriptive study with a convenience sample. Data collection by questionnaire in the north of Portugal.

Results: our sample comprises 145 parents, aged between 21 and 47 years old, 46.9% had a degree. Most use electronic thermometer in association with touch to assess fever, consider values under 38°C as fever and 31.2% assume to give antipyretics with values between 37°C and 37.8°C. The antipyretic medication is the preferred intervention of the majority of the parents. In association to antipyretic medication they appeal to non-pharmacological intervention, the most used is the decrease in the amount of clothes. Parents believe that the untreated fever will be able to cause meningitis, coma, mental retardation and even death.

Conclusions: the results show a clear lack of parental knowledge about how to care a child with fever: consider relatively low values of body temperature as fever and as value of reference for antipyretic administration, have erroneous beliefs about fever and consequences it can have on children's health. We can conclude that health education interventions targeted are necessary for parents to learn how to effectively manage the symptoms of fever in child.

Keywords: Knowledge; Child; Fever; Parents

RESUMEN

Introducción: la fiebre es uno de los síntomas más comunes en la infancia y una de las quejas y de las razones más comunes de la demanda de servicios de salud por parte de los padres.

Objetivos: analizar el conocimiento y las prácticas de los padres no manejo de los síntomas de fiebre en niños menores de seis años.

Métodos: Estudio cuantitativo, exploratorio y descriptivo, con una muestra de conveniencia. Recolección de datos, mediante un cuestionario, en el norte de Portugal.

Resultados: muestra de 145 padres, edades comprendidas entre los 21 y 47 años, 46.9% tenían un grado. La mayoría utiliza termómetro electrónico asociado con el toque para evaluar la fiebre, consideran valores por debajo de 38 °C como fiebre y 31.2% asumen dar antipiréticos con valores entre 37°C y 37.8°C. El medicamento antipirético es la intervención preferida de la mayoría de los padres. En asociación recurren a la intervención no farmacológica, la más utilizada es la disminución de la cantidad de ropa. Los padres creen que la fiebre no tratada será capaz de causar meningitis, coma, retraso mental e incluso la muerte.

Conclusiones: los resultados muestran una clara falta de conocimiento de los padres sobre cómo cuidar a un niño con fiebre: consideran valores relativamente bajos de temperatura corporal como fiebre y como valor de referencia para administración de antipiréticos, y tienen creencias erróneas sobre la fiebre y sus consecuencias en la salud de los niños. Las intervenciones de educación sanitaria dirigidas son necesarias para que los padres aprendan a gestionar eficazmente los síntomas de la fiebre de los niños.

Palabras Clave: Conocimiento; Niño; Fiebre; Padres

INTRODUÇÃO

Em contexto pediátrico, a febre é, inequivocamente, um dos mais, ou mesmo o mais, frequente sinal de doença e um dos mais antigos e reconhecidos ao longo dos séculos. A temperatura corporal é considerada um dos sinais vitais mais relevantes e, como tal, mensurá-la constitui uma intervenção muito importante na avaliação da criança.

A grande maioria das crianças febris apresenta uma doença benigna e autolimitada (Abramczyk, 2005) e tolera, com bastante facilidade, temperaturas corporais relativamente elevadas, comparativamente com os adultos (Broom, 2007).

Vários estudos demonstram que os pais mostram falta de conhecimento sobre como cuidar de uma criança com febre.

A necessidade de conhecer mais aprofundadamente esta problemática conduziu ao presente estudo que teve como objetivo identificar as intervenções adotadas pelos pais, das crianças menores de seis anos de idade, para gerir os episódios febris dos filhos.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

São variadíssimas as causas da febre apesar de, em pediatria, ser a infecciosa (viral ou bacteriana) a grande responsável pela sua ocorrência (El-Radhi, 2008; Powell, 2005). A febre tem um importante papel no mecanismo de defesa contra os diversos micro-organismos envolvidos no processo infeccioso sendo, por isso, um processo que não deve ser combatido com medidas farmacológicas, ou não farmacológicas, de forma arbitrária.

As principais desvantagens da febre são o aumento da taxa metabólica e do aumento do consumo de oxigénio e a produção de dióxido de carbono (Zomorodi & Attia, 2008) pelo que a febre pode assim "(...) exacerbar a insuficiência cardíaca em pacientes com doença cardíaca ou anemia crónica (...), insuficiência pulmonar em pacientes com doença pulmonar crónica, e instabilidade metabólica em crianças com Diabetes Mellitus ou erro inato do metabolismo" (Powell, 2005, p. 889).

Quanto ao valor assumido em pediatria para classificar febre, pode ser definido como uma temperatura superior ou igual a 38°C, independentemente do local onde é avaliada e do termómetro utilizado (Algren & Arnow, 2006; National Collaborating Center for Women's and Children's Health [NCCWCH], 2007). Este valor foi o ponto de referência do nosso trabalho. Estamos, no entanto, cientes que não é de todo o mais correto utilizar-se um valor único de referência para febre, uma vez que cada criança tem a sua própria amplitude térmica, seja em contexto de doença ou não, pelo que na maioria das situações febris benignas, em pediatria, é mais relevante a confirmação da presença de febre do que propriamente conhecer o seu valor exato (NCCWCH, 2007).

Na tentativa de explicar os receios e ansiedades parentais relacionados com a febre, no início da década de 80, Schmitt usou, pela primeira vez, o termo "Fever Phobia" para designar a panóplia de mitos e receios infundados que envolvem a situação de febre em contexto pediátrico. Os seus estudos enfatizaram a falta de conhecimento dos pais para gerirem adequadamente a situação febril dos seus filhos e foram o ponto de partida para inúmeras pesquisas. Em 2001, Crocetti, Moghbell e Serwint, investigaram se as práticas e receios dos pais acerca da febre na criança, se mantinham sobreponíveis ao que tinha sido registado no estudo de Schmitt (1980). Curiosamente, ou não, a conclusão foi que, volvidos 20 anos, se mantinha a fobia da febre e que continuava a ser necessário que os profissionais de saúde investissem nesta problemática. Quase 10 anos após esta investigação, num outro estudo realizado em contexto de urgência pediátrica, e tendo por base o estudo efetuado por Crocetti, Moghbell e Serwint (2001), verificou-se que, a febre, se mantinha como a principal queixa dos pais que procuravam os serviços de saúde e que continuava a ser necessário investir na sua formação (Poirier, Collins, & McGuire, 2010), não só para diminuir os seus receios e medos, que são uma das principais justificações para procurarem os serviços de urgência num episódio febril como, possivelmente, para evitar algumas inadequadas e potencialmente perigosas, práticas parentais no domicílio.

2. MÉTODOS

Estudo exploratório, descritivo, transversal, integrado no paradigma da investigação quantitativa.

2.1 Amostra

Amostra não probabilística por conveniência, constituída por 145 pais (mãe ou pai) de crianças, menores de seis anos de idade, residentes em Portugal.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: ser pai ou mãe, pelo menos, de uma criança menor de seis anos de idade, saber ler e escrever e aceitar participar no estudo, e como critérios de exclusão: a criança ter história de convulsão febril e/ou de

neoplasia. Estipulámos estes critérios de exclusão pois achamos que a criança, que tem um historial de convulsões febris, já teve, com certeza, pelo menos, uma recorrência aos serviços de saúde e, portanto, os pais terão sido orientados anteriormente, sobre como atuar em futuros episódios febris. Em relação ao historial de neoplasia da criança, seguiu-se o mesmo raciocínio uma vez que, estas crianças têm também inúmeros contactos com os sistemas de saúde e, os pais, têm orientações muito específicas, transmitidas pelos profissionais de saúde, de como atuar em caso de febre.

A maioria dos progenitores do sexo masculino (62.5%; n=10) tinha mais de 35 anos de idade e do sexo feminino (56.6%; n=73) tinha entre 25 e 35 anos. No que diz respeito às habilitações literárias 46.9% (n=68) possuíam o ensino superior e 32.4% (n=47) o ensino secundário. Relativamente à idade das crianças, sobre as quais os pais responderam ao questionário, a média de idades, era de 35.1 meses (DP=17.3 meses), a moda situava-se nos 48 meses e a mediana nos 36 meses, variando entre um mínimo de 4 e máximo de 60 meses de idade.

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Para recolha de informação utilizou-se um questionário com 36 questões abertas e fechadas. O pré-teste foi aplicado a 10 pais (mãe ou pai) de crianças menores de seis anos de idade.

2.3 Procedimentos

A colheita de dados ocorreu no período de maio a julho de 2011, em dois Jardins de Infância, localizados no norte de Portugal e de agosto a dezembro de 2011 via online, tendo para tal sido construída uma versão digital do questionário o qual foi aplicado recorrendo à amostragem por redes (bola-de-neve).

O estudo foi aprovado pelo Conselho Técnico Científico da Escola Superior de Enfermagem do Porto e obteve-se a autorização da direção dos Jardins de Infância para a realização do estudo. Os intervenientes assinaram um documento de consentimento informado.

Nos infantários, os questionários foram entregues aos pais pelos funcionários dos estabelecimentos e, após o preenchimento, foram guardados no envelope fornecido e distinto do destinado a recolher o consentimento informado assinado, não havendo, portanto, hipótese de associar os participantes aos seus questionários. Relativamente ao inquérito em formato digital, o site escolhido para elaborar as questões, não permitia uma associação entre o respondente e o questionário pelo que o anonimato esteve, à partida, assegurado.

Os principais procedimentos de análise estatística utilizados foram a estatística descritiva: medidas de tendência central e de dispersão e a estatística inferencial: teste de Independência de Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher.

Considerou-se que os valores encontrados eram significativos quando $p < .05$; muito significativos quando $p < .01$ e extremamente significativos quando $p < .001$. Valores estatísticos com p igual ou superior a 0.05 foram considerados como diferença estatística não significativa.

O tratamento dos dados foi processado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 19.0, para Windows.

3. RESULTADOS

Os resultados obtidos mostraram que 60.5% (n=87) dos pais consideravam valores inferiores a 38°C (M=37.6°C) como febre, 55.3% (n=73) referiram administrar antipirético a partir dos 38°C (M=37.9°C) e 31.2% (n=41) assumiram administrar com valores compreendidos entre os 37°C e os 37.8°C. A administração de medicação antipirética era a intervenção preferida pela maioria dos pais (88.9%, n=120), sendo que 64.4% (n=88), referiram recorrer ao uso de dois fármacos antipiréticos, nomeadamente o paracetamol e o ibuprofeno.

A utilização de meios físicos de arrefecimento, particularmente o despir/vestir roupa mais fresca (69.6%, n=94) foi uma forma complementar de gestão dos episódios febris, que os pais referiram, havendo 2.3% (n=3) que reportaram dar banho de água fria. A maioria dos pais (84.2%, n=112) mencionou utilizar o termómetro eletrónico para avaliar a temperatura corporal do filho e 7.5% (n=10) referiram ainda utilizar o termómetro de mercúrio. Os locais anatómicos mais escolhidos pelos pais para avaliar a temperatura, eram a axila (76.7%, n=99) e o ânus (13.5%, n=18). A percepção sensorial continua a ser um importante método auxiliar no despiste da febre, salientando-se que 64.5% (n=87) referenciou avaliar a temperatura usando, simultaneamente, o termómetro e o toque na pele (com as mãos e/ou lábios).

Os principais receios dos pais quanto às complicações associadas ao não “tratamento” da febre eram as convulsões (71.1%, n=96), a desidratação (45.2%, n=61) e a meningite (19.3%, n=26), havendo também pais que referiram ter medo que a febre pudesse originar atraso mental, coma ou mesmo causar a morte da criança.

Concluiu-se que os pais habilitados com um curso superior recorriam mais à administração de medicação que os outros pais ($p=0.027$). Não se verificou existir uma associação estatisticamente significativa entre a opinião dos pais sobre as consequências da febre não tratada e a escolaridade, exceto sobre a possível ocorrência de meningite ($p=0.04$).

4. DISCUSSÃO

A maioria dos pais interpreta valores entre os 37°C e os 38°C como febre, pelo que podemos concluir que continuam a considerar valores relativamente baixos de temperatura corporal para o diagnóstico da mesma. Estes resultados estão de acordo com muitos dos estudos consultados e, em particular, com os realizados em Portugal (Rodrigues e Rodrigues, Monteiro, Neto, & Rodrigues, 2010). A maioria dos pais administra antipiréticos a partir dos 38°C, o que é usualmente aceite como a temperatura de referência para a administração de medicação antipirética, embora não seja consensual esta atitude (Rodrigues e Rodrigues et al., 2010). Devemos, no entanto, ter em consideração que um número significativo (31.2%, n=41) administra com valores inferiores, ou iguais, a 37.8°C o que, de um modo geral, são considerados valores relativamente baixos para tal prática pois, como vem demonstrando a evidência científica, estes fármacos não devem ser utilizados rotineiramente em todas as crianças com febre (Portugal, 2004), devendo ser administrados, principalmente, àquelas que apresentam sinais de desconforto ou patologias de base que possam exacerbar com o aumento da temperatura corporal (NCCWCH, 2007).

No que concerne às intervenções parentais, na presença de um episódio febril, o estudo reporta, que a generalidade dos pais associa a administração de medicação a medidas não farmacológicas. Contudo, as medidas farmacológicas foram referidas como de eleição ou mesmo como a primeira atitude a que recorrem para gerir a febre da criança. Os medicamentos mais frequentemente utilizados/reportados foram o paracetamol e o ibuprofeno. Esta prática, tal como afirmam diversos investigadores, pode ser considerada adequada, pois o paracetamol e o ibuprofeno são as drogas antipiréticas mais utilizadas na prática clínica portuguesa (Portugal, 2004) e também as mais recomendadas para uso pediátrico (Chiappini et al., 2009; Paul et al., 2010; Sullivan & Farrar, 2011). Igualmente a salientar, é a elevada percentagem de pais que dizem usar dois antipiréticos num mesmo episódio febril, atitude completamente sobreponível a estudos nacionais (Rodrigues e Rodrigues et al., 2010) e internacionais (Poirier et al., 2010; Walsh, Edwards, & Fraser, 2008), apesar da bibliografia mostrar que esta prática deve ser desencorajada (Bowden & Greenberg, 2008; Llerena Santa Cruz, Guarch Ibáñez, & Buñuel Álvarez, 2012; NCCWCH, 2007) e só utilizada em situações pontuais e excecionais (Portugal, 2004).

A utilização dos meios físicos de arrefecimento é também muito referenciada, surgindo como uma atitude complementar à administração dos antipiréticos o que corrobora outros estudos (Crocetti, Moghbell, & Serwint, 2001; Crocetti, Sabath, Cranmer, Gubser, & Dooley, 2009; Erkek, Senel, Murat, Ozgur, & Karacan, 2010; Rodrigues e Rodrigues et al., 2010; Walsh et al., 2008). Porém, a bibliografia refere não ser o arrefecimento físico indicado, como norma, para o tratamento da febre e, de modo algum, deve ser realizado aquando da termogénese, sem associar medidas farmacológicas (Portugal, 2004), uma vez que estimula ainda mais a produção e conservação de calor sendo, por isso, antifisiológico (Seeley, Stephens, & Tate, 2005). O banho, independentemente da temperatura da água, e o despir, são intervenções contraindicadas (Chiappini et al., 2009; NCCWCH, 2007), se não associadas a medidas farmacológicas, além de serem extremamente desconfortáveis na fase da termogénese (Chiappini et al., 2009; Yilmaz et al., 2008; Zomorodi & Attia, 2008). A Direcção-Geral de Saúde (Portugal, 2004) preconiza que, durante a subida térmica, “(...) quando a criança está com calafrios e extremidades frias, deve-se aquecê-la (roupa, cobertor), após a administração do antipirético. Na defervescência, há que permitir a libertação de calor, logo, retirar a roupa. No fundo, o importante é respeitar o que o próprio organismo ‘pede’.” (p. 8).

Quanto ao tipo de termómetro utilizado, as guidelines inglesas (NCCWCH, 2007) e italianas (Chiappini et al., 2009), recomendam que a temperatura corporal seja avaliada, preferencialmente, com termómetros eletrónicos colocados na axila, em detrimento dos termómetros de infravermelhos. Os pais que participaram no estudo, utilizam instrumentos de avaliação da temperatura corporal adequados à idade pediátrica e de um modo correto, embora ainda seja reportado o uso de termómetros de mercúrio, facto contraproducente devido à toxicidade deste metal.

Os participantes referiram, também, utilizar o toque com a mão, em associação com o uso do termómetro, para detetar o aumento da temperatura corporal, mostrando a importância que atribuem ao toque na pele como indicador de febre. Os dados obtidos corroboram os de outros investigadores (Erkek et al., 2010; Rodrigues e Rodrigues et al., 2010), realçando-se que a avaliação subjetiva do aumento da temperatura corporal, por parte dos pais, deve ser sempre valorizada pelos profissionais de saúde (Chiappini et al., 2009; NCCWCH, 2007; Zomorodi & Attia, 2008) e é um meio válido para os pais detetarem a presença de febre

no seu filho (El-Radhi & Barry, 2006; NCCWCH, 2007).

CONCLUSÕES

A febre, na infância, é uma ocorrência inevitável e frequente, mas também uma assustadora experiência para os pais, particularmente quando não têm conhecimentos necessários para lidarem com a situação. Mantêm-se algumas crenças e atitudes desadequadas desde o primeiro estudo do género, efetuado há 30 anos por Barton Schmitt (1980), o que pode sugerir que não estarão a ser realizados todos os esforços no sentido de melhorar a informação aos pais. Esta investigação mostrou-nos que os pais precisam de compreender a fisiopatologia da febre para conseguirem distinguir entre as potenciais, e esperadas, complicações benignas inerentes a um episódio febril, daquelas que mais não são do que conceções irrealistas, fruto do desconhecimento e medo e que os levam a adotar atitudes particularmente agressivas e desadequadas.

Atendendo a que diversos estudos concluíram que os pais identificam no profissional de saúde a fonte dos conhecimentos e considerando que, os enfermeiros, se encontram numa posição privilegiada para promover a saúde da população através da mudança de mentalidades e, conseqüentemente, de comportamentos, provavelmente, se houvesse um maior investimento em educação para a saúde, dirigida aos pais, sobre os cuidados ao filho com febre, os ganhos em saúde seriam evidentes, mesmo que a longo prazo. Os profissionais de saúde têm uma "(...) tarefa fulcral no combate à fobia da febre, que está generalizada (...)" (Portugal, 2004, p. 11).

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abramczyk, M. L. (2005). Febre sem sinais localizatórios. In M. B. Morais, S. O. Campos, & W. S. Silvestrini (Eds.), *Pediatria: Guias de medicina ambulatorial e hospitalar* (pp. 375-380). São Paulo: Editora Manole Lda.
- Algren, C., & Arnow, D. (2008). Variações das intervenções de enfermagem pediátricas. In M. J. Hockenberry, & W. Winkelstein (Eds.), *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica* (7ª ed., pp. 706-786). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Bowden, V., & Greenberg, C. S. (2008). *Pediatric nursing procedures* (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams e Wilkins.
- Broom, M. (2007). *Physiology of fever. Paediatric Nursing*, 19(6), 40-44.
- Carrilho, E. (2003). A criança com febre. In J. M. Palminha, & E. M. Carrilho (Eds.), *Orientação diagnóstica em pediatria: dos sinais e sintomas ao diagnóstico diferencial* (pp. 463-487). Lisboa: Lidel.
- Chiappini, E., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P. A., Becherucci, P., Bonsignori, F., ... Writing Committee of the Italian Pediatric Society Panel for the Management of Fever in Children. (2009). Management of fever in children: Summary of the italian pediatric society guidelines. *Clinical Therapeutics*, 31(8), 1826-43. doi: 10.1016/j.clinthera.2009.08.006
- Crocetti, M., Moghbell, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited. Have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246.
- Crocetti, M., Sabath, B., Cranmer, L., Gubser, S., & Dooley, D. (2009). Knowledge and management of fever among latino parents. *Clinical Paediatrics*, 48(2), 183-189. doi: 10.1177/0009922808324949.
- El-Radhi, A. S. (2008). Why is the evidence not affecting the practice of fever management? *Archives of Diseases in Childhood*, 93(11), 918-20. doi: 10.1136/adc.2008.139949.
- El-Radhi, A. S., & Barry, W. (2006). Thermometry in paediatric practice. *Archives of Disease in Childhood*, 91(4), 351-356.
- Erkek, N., Senel, S., Murat, S., Ozgur, O., & Karacan, C. (2010). Parents' perspectives to childhood fever: comparison of culturally diverse populations. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 46, 583-587.
- Llerena Santa Cruz, E., Guarch Ibáñez, B., & Buñuel Álvarez, J. C. (2012). No existen pruebas suficientes que avalen el uso de ibuprofeno y paracetamol combinados para el tratamiento de la febre. *Evidencias en Pediatría*, 8(1). Acedido em <http://archivos.evidenciasenpediatria.es/files/41-11545-RUTA/18AVC.pdf>
- National Collaborating Center for Women's and Children's Health. (2007). *Feverish illness in children: Assessment and initial*

management in children younger than 5 years London: NICE. Acedido em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg160/documents/feverish-illness-in-children-update-nice-guideline2>

- Paul, I. M., Sturgis, S. A., Yang, C., Engle, L., Watts, H., & Berlin, C. M. Jr. (2010). Efficacy of standard doses of ibuprofen alone, alternating, and combined with acetaminophen for the treatment of febrile children. *Clinical Therapeutics*, 32(14), 2433-2440. doi: 10.1016/j.clinthera.2011.01.006.
- Poirier, M. P., Collins, E. P., & McGuire, E. (2010). Fever phobia: A survey of caregivers of children seen in a pediatric emergency department. *Clinical Pediatrics*, 49(6), 530-534. doi: 10.1177/0009922809355312.
- Portugal, Direção-Geral da Saúde, Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes . (2004). *Urgências no ambulatório em idade pediátrica*. Lisboa: DGS.
- Powell, K. R. (2005). Febre. In R. E. Behrman, R. M. Kliegman, & H. B. Jenson (Eds.), *Nelson: Tratado de pediatria* (17ª ed., pp. 888-890). Rio de Janeiro: Elsevier Editora.
- Rodrigues e Rodrigues, L., Monteiro, T., Neto, T., & Rodrigues, C. (2010). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre. *Saúde Infantil*, 32(1), 17-21.
- Schmitt, B. D. (1980). Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *American Journal of Disease of Children*, 134(2), 176-181.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). *Anatomia & Fisiologia* (6ª ed.). Loures: Lusociência.
- Sullivan, J. E., & Farrar, H. C. (2011). Clinical report: Fever and antipyretic use in children. *Pediatrics* 127(3), 580-587. doi: 10.1542/peds.2010-3852.
- Walsh, A., Edwards, H., & Fraser, J. (2008). Parent's childhood fever management: community survey and instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 376-388. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04721.x.
- Yilmaz, D., Arhan, E., Yuksel, D., Ozçelik, A., Senbil, N., Serdaroglu, A., & Gurer, Y.K. (2008). Attitudes of parents and physicians toward febrile seizures. *Clinical Paediatrics*, 47(9), 856-860. doi: 10.1177/0009922808319961.
- Zomorodi, A., & Attia, M. W. (2008). Fever: Parental concerns. *Clinical Paediatric Emergency Medicine*, 9(4), 238-243. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpem.2008.09.007>.