

Millenium, 2(ed espec. nº7), 17-25.

pt

PAIS/CUIDADORES DA CRIANÇA COM FEBRE – ATITUDES EM CONTEXTO DE URGÊNCIA
PARENTS/CAREGIVERS OF CHILDREN WITH FEVER – ATTITUDES IN EMERGENCY CONTEXT
PADRES/CUIDADORES DE NIÑOS CON FIEBRE - ACTITUDES EN CONTEXTO DE EMERGENCIA

Carla Silva¹
Isabel Bica²
João Duarte³
Madureira Dias³

¹Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real de Tás-Os-Montes, Portugal

²Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, NursID: CINTESIS; UICISA:E, Viseu, Portugal

³Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, UICISA:E, Viseu, Portugal

Carla Silva - carlamariasilva1@gmail.com | Isabel Bica - isabelbica@gmail.com | João Duarte - duarte.johnny@gmail.com |
Madureira Dias - madureiradias@gmail.com



Autor Correspondente

Maria Isabel Bica Carvalho

Rua Camilo Castelo Branco Lote 94-A

3500 – 393 Viseu - Portugal

isabelbica@gmail.com

RECEBIDO: 09 de dezembro de 2020

ACEITE: 11 de dezembro de 2020



RESUMO

Introdução: A febre continua a impelir os pais/cuidadores na procura desproporcionada dos cuidados de saúde diferenciados, traduzindo-se numa ineficácia da qualidade dos mesmos. Esta busca parece estar associada a ansiedades e receios que os pais/cuidadores manifestam em relação à forma como lidam com a febre que repentinamente surge nos seus filhos ou crianças ao seu cuidado.

Objetivos: Identificar as atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre em contexto de serviço de urgência; identificar as fontes de informação que as influenciam.

Métodos: Desenvolveu-se um estudo quantitativo, transversal e descritivo-relacional, numa amostra não probabilística por conveniência. Foi aplicado um questionário de autopreenchimento a 144 pais/cuidadores que recorreram à Urgência Pediátrica de uma instituição hospitalar da região norte do país, com crianças com sinais de febre.

Resultados: A média de idade dos pais/cuidadores é de 32.6 anos (± 5.68 anos), sendo maioritariamente mulheres (mães, avó e ama). Mais de metade dos participantes reside em meio rural, 45.5% possuem o ensino superior e 57.9% das mulheres e 47.9% dos homens exercem uma profissão técnica.

Os pais/cuidadores que procuraram como fonte de informação o profissional de saúde revelaram uma atitude mais adequada perante a criança com febre ($p=0.035$). Verificou-se que 25% recorreram à linha de saúde 24, 18.1% ao pediatra, 16.0% ao médico de família, apenas 6.3% recorre ao enfermeiro/a e 4.9% ao enfermeiro/a de pediatria.

Conclusão: É imperativo conferir aos pais/cuidadores competências que os ajudem a gerir com maior cuidado e eficácia os efeitos decorrentes da febre, por forma a adquirirem atitudes mais adequadas perante este sinal.

Palavras-chaves: febre; pais; cuidadores; criança; atitude; urgência

ABSTRAT

Introduction: Fever continues to impel parents/caregivers into disproportionate demand for differentiated health care, resulting in an ineffective quality of care. This search seems to be associated with anxieties and fears that parents/caregivers manifest regarding how they deal with the fever that suddenly arises in their children or children in their care.

Objectives: Identify as attitudes of parents / caregivers towards a child with fever in the context of emergency; and identify the sources of information that influence them.

Methods: A quantitative, transversal and descriptive-relational study was conducted, in a non-probabilistic convenience sample. A self-administered questionnaire was applied to 144 parents/caregivers who used the Pediatric Emergency Department of a hospital in the north of the country, with children with signs of fever.

Results: The average age of parents/caregivers is 32.6 years (± 5.68 years), being mostly women (mothers, grandmothers and nannies). More than half of the participants live in rural areas, 45.5% have higher education and 57.9% of women and 47.9% of men have a technical profession.

Parents/caregivers who sought health professionals as a source of information revealed a more appropriate attitude towards children with fever ($p = 0.035$). It was found that 25% resorted to the health line, 18.1% to the pediatrician, 16.0% to their physician doctor, only 6.3% to the nurse and 4.9% to the pediatric nurse.

Conclusion: It is imperative to give parents/caregivers skills that help them manage the effects of fever more carefully and effectively, in order to adopt a more appropriate attitude to this sign.

Keywords: fever; parents; caregivers; child; attitude; urgency

RESUMEN

Introducción: La fiebre sigue impulsando a los padres/cuidadores a buscar de forma desproporcionada una atención sanitaria diferenciada, lo que se traduce en una ineficacia de su calidad. Esta búsqueda parece estar asociada a ansiedades y temores que los padres/cuidadores manifiestan en relación con la forma en que tratan la fiebre que de repente surge en sus hijos o niños a su cuidado.

Objetivos: Identificar las actitudes de los padres/cuidadores frente al niño con fiebre en el contexto de un servicio de emergencia; y identificar las fuentes de información que les influyen.

Métodos: Se desarrolló un estudio cuantitativo, transversal y descriptivo-relacional, en una muestra no probabilística por conveniencia. Se aplicó un cuestionario autoadministrado a 144 padres/cuidadores que acudieron a la Urgencia Pediátrica de una institución hospitalaria de la región norte del país, con niños con signos de fiebre.

Resultados: La edad media de los padres/cuidadores es de 32,6 años ($\pm 5,68$ años), siendo mayoritariamente mujeres (madres, abuelas y niñeras). Más de la mitad de los participantes residen en el medio rural, el 45,5% tienen estudios superiores y el 57,9% de las mujeres y el 47,9% de los hombres ejercen una profesión técnica.



Los padres/cuidadores que buscaron profesionales de la salud como fuente de información, revelaron una actitud más adecuada hacia el niño con fiebre ($p = 0,035$). Se constató que el 25% recurrió a la línea de salud 24, 18,1% al pediatra, 16,0% al médico de familia, sólo el 6,3% recurre al enfermero y el 4,9% al enfermero pediátrico.

Conclusión: Es imperativo que los padres/cuidadores dispongan de competencias que les ayuden a manejar los efectos de la fiebre con el fin de adoptar actitudes más adecuadas ante esta señal.

Palabras clave: fiebre; padres; cuidadores; niño; actitud; urgencia

INTRODUÇÃO

A febre é o sinal que isoladamente mais conduz os pais/cuidadores à procura dos serviços de urgência. Como consequência imediata, pode colocar em causa a qualidade de atendimento nos cuidados, uma vez que as estratégias de atendimento nem sempre são eficazes nem coadunadas às situações. O atendimento em situações de doença grave (principal função destes serviços), fica condicionada pela afluência acrescida, maior tempo de espera e insatisfação quer do profissional quer do utente (Nunes, 2011).

O medo exagerado que a febre acarreta a quem cuida de crianças, persiste ao longo dos tempos, como é descrito na literatura, resultando em preocupações e tratamentos desnecessários (Chiappini, Principi & Longhi, 2009). Apesar dos esforços efetuados para minimizar as lacunas de informação existente sobre o assunto, muitos pais/cuidadores evidenciam poucos conhecimentos e sentimentos de insegurança para cuidar de uma criança febril (Gomide, 2011).

Assim, entendemos ser necessário identificar as variáveis que mais contribuem para a prevalência destes medos e receios dos pais, e neste sentido permitir que os profissionais de saúde possam dirigir informações precisas e significativas acerca do problema, devendo-se acima de tudo, compreender as suas perceções sobre a etiologia da febre, consequências e tratamento da mesma. Neste contexto, assume grande relevância a aquisição de competências nesta área, pelo que foram definidos para o presente estudo os seguintes objetivos: Identificar as atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre em contexto de serviço de urgência; Identificar as fontes de informação que influenciam essas atitudes.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Febre – breves conceções

A febre é uma das manifestações mais frequentes de doença na idade pediátrica, definindo-se como um aumento da temperatura corporal acima da normal variação diurna (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2004). Esta é regulada pelo centro termorregulador do organismo que funciona como termóstato e mantém o equilíbrio entre a produção e a perda de calor, conseguindo uma temperatura interna de cerca de 37°C. Contudo este valor não é consensual, uma vez que não existe uma temperatura normal, mas um conjunto de temperaturas individuais, que variam de indivíduo para indivíduo. De acordo com a DGS (2017, 2018) a febre é a subida de, pelo menos, 1°C acima da média da temperatura basal diária individual, em função do local de medição. Na ausência do conhecimento da temperatura basal individual, considera-se febre quando se está perante os seguintes valores medidos de temperatura segundo a DGS (2018): Retal $\geq 38^\circ\text{C}$; Axilar $\geq 37,6^\circ\text{C}$; Timpânica $\geq 37,8^\circ\text{C}$ e Oral $\geq 37,6^\circ\text{C}$. Contudo admite-se o valor de 38°C , limite superior de variação normal, como temperatura de referência para recurso ao tratamento com antipirético (*National Collaborating Center for Women's and Children's Health (NCCWCH)*, 2007).

A febre aparece como resposta a agentes infecciosos, agentes não infecciosos, ou mesmo como causa psicológica. Traduz-se num importante mecanismo de defesa do organismo contra infeções, pois retarda o crescimento e reprodução de microrganismos, potenciando a resposta auto-imune (Silva, 2015). Para a DGS (2004, 2017) a febre na criança tem valor como um sinal de doença e não como doença em si própria, devendo o seu combate ser racionalizado. O tratamento da febre vai depender de uma série de fatores como o estado geral da criança, a idade da mesma, os fatores de risco que lhe possam estar associados, entre outros (Arcos et al., 2010). Contudo, independentemente da etiologia, deve tratar-se o desconforto gerado pela febre na criança (Ward, Edwards & Torchia, 2014), através de medidas físicas e/ou com antipiréticos, nomeadamente o choro prolongado, a irritabilidade, a diminuição da atividade física e do apetite, e as alterações do padrão de sono (*NCCWCH*, 2007).

A temperatura corporal rege-se por um ritmo circadiano, oscilando ao longo do dia, e varia individualmente com a idade e atividade física. Apesar de haver opiniões divergentes, o melhor tipo de avaliação da temperatura corporal é a retal, pois representa a melhor correlação com a temperatura central do organismo (Feldhaus & Cancelier, 2012). Todavia, além de não ser higiénico e exigir cuidados especiais em crianças neutropénicas, não é prático para ser utilizado em serviços de urgência. Os termómetros auriculares, frequentemente utilizados, são de fácil manuseamento, cómodos, rápidos na avaliação da temperatura à criança, têm a vantagem de não contribuir para o aumento das infeções cruzadas, e não sofrerem a influência da temperatura ambiente (El-Radhi et al., 2006). No entanto, podem não refletir com precisão a temperatura real. A literatura tem alertado para este facto pois parece haver grande variação, inclusive entre as avaliações nos dois ouvidos. Por isso, deverá usar-se o mesmo ouvido e repetir a avaliação, ou até confirmar o resultado com o termómetro convencional (Coutinho, 2013). O método mais utilizado continua a ser a determinação da

temperatura axilar, que embora não tão precisa como a retal, é a mais indicada na prática clínica diária (Coutinho, 2013). É importante realçar que esta avaliação oscila em cerca de 1°C abaixo em relação à determinação central.

A temperatura corporal é um sinal vital muito importante, em Pediatria, por isso recomenda-se que seja avaliada. Nesse sentido, o instrumento padrão para o fazer deverá ser o termómetro digital, devido à sua fiabilidade, segurança e rapidez de avaliação. Apesar de haver mais dispositivos no mercado, vários estudos têm comprovado a sua ineficácia.

Existe um consenso clínico para começar a tratar a febre axilar a partir dos 38.0°C ou 38.5°C (DGS, 2004). Após o início do tratamento, o objetivo não é normalizar a temperatura corporal completamente, mas sim conferir algum conforto à criança. As medidas físicas, facilmente aplicáveis em todos os locais, poderão ser uma solução, mas estas devem ser utilizadas, apenas, nos períodos de defervescência e nunca em subida térmica (Arcos et al., 2010). O tremor ou arrepio é sinal de subida de temperatura, pelo que estas medidas devem ser suspensas quando está presente este sintoma (NCCWCH, 2007). Segundo a DGS (2004), as medidas físicas de arrefecimento devem estar sempre, associadas, à terapêutica farmacológica, porquanto, isoladamente, poderão aumentar a produção de calor. Torna-se também importante reforçar a hidratação oral nestas situações, visto que os estados febris conduzem ao aumento de perdas de água e, conseqüentemente, levar a estados de desidratação.

O efeito dos antipiréticos, refere Sullivan e Farrar (2011), procura aumentar o conforto da criança e aliviar a ansiedade parental, pois geralmente as crianças ficam menos irritadas, queixosas e alimentam-se melhor, facto que reduz, naturalmente, a preocupação dos pais. Uma vez iniciado o tratamento farmacológico, o antipirético de eleição deverá ser o paracetamol, pela sua eficácia e segurança (DGS, 2004). A dose oral recomendada é de 10-15mg/Kg (dose diária máxima: 90 mg/Kg/ dia); máximo de 1.000 mg/dose; A dose retal: 15-20 mg/Kg/dose (dose diária máxima: 100 mg/Kg/ dia); máximo de 1.000 mg/dose; No recém-nascido: dose oral ou retal 7,5 a 15 mg/kg/dose; dose máxima 60 mg/kg/dia; Intervalo mínimo entre duas administrações consecutivas: 4 horas; máximo de 5 tomas nas 24 horas (DGS, 2004, 2018). A dose a administrar terá sempre por base o peso e não a idade da criança, pelo risco de toxicidade hepática em caso de sobredosagem (Pursell, 2010). A monoterapia deve ser respeitada em Pediatria, mas em situações pontuais poder-se-á recorrer à utilização de dois antipiréticos diferentes no mesmo episódio febril. Como alternativa ao paracetamol, caso tenha sido administrado há 3 horas sem que no entanto surta efeito, será o ibuprofeno o fármaco a administrar (DGS, 2004). A dose recomendada será 5-10mg/Kg/dose em cada 6-8 horas (DGS, 2004). Esta terapêutica não deve ser utilizada em lactentes inferiores a 6 meses devido à sua imaturidade renal, nem em crianças portadoras de infeções dos tecidos moles principalmente a varicela (Sullivan e Farrar, 2011; DGS, 2018). Cada criança e situação clínica apresentam as suas particularidades, daí ser importante seguir as indicações/prescrição do enfermeiro/médico (enfermeiro especialista de saúde infantil, pediatra, médico de família).

Pelo descrito, não há evidência científica que sustente a ideia de que o uso de dois antipiréticos no mesmo episódio de doença conduza a uma descida mais rápida de temperatura e/ou tenha uma maior eficácia do que qualquer dos agentes usados na dose adequada de forma isolada. Contudo os profissionais prescrevem este regime pelo conforto que transmitem aos pais, dando-lhes mais um meio de “luta” contra a febre. Raramente a febre é sinal de uma doença grave; esta noção deverá ser dada pelo modo como surgem e evoluem as manifestações na criança. De acordo com a DGS (2006), os sinais de alarme em criança com febre são: mau estado geral, prostração, gemido, sonolência, má perfusão periférica, vômitos incoercíveis e dificuldade respiratória.

Atitudes dos pais perante a criança com febre

A doença de um filho é sempre vivenciada com grande ansiedade por parte dos pais, pois estes não conseguem avaliar de forma eficaz a gravidade da mesma. A febre surge frequentemente como indicador de doença e muitos pais vêem-na simplesmente como uma ameaça com a qual não conseguem lidar. Assim, a febre é um dos principais motivos de consulta pediátrica e tem sido alvo de vários estudos em âmbito nacional (Barroso et al, 2003; Andrade et al, 2008; Casanova et al, 2014) e internacional (Al-Nouri e Basheer, 2006; Stephenson, Rosencrantz, & Knellertem, 2008). Muitos são conclusivos ao perceberem a informação deficitária que os cuidadores têm acerca do conceito, tratamento e manuseamento da febre. Sullivan e Farrar (2011) demonstraram no seu estudo que os tratamentos para a febre são muitas vezes excessivos e resultam do desconhecimento dos pais.

Os profissionais de saúde têm um papel indispensável no combate à “fobia” da febre, ou seja ao receio desproporcionado na presença da mesma. Só reduzindo as preocupações acerca da febre e os seus efeitos nocivos, poderão ser eliminadas atitudes e comportamentos desajustados ou excessivos. Oliveira (2012) refere que as atitudes são influenciadas pelo processo de socialização, assumindo-se como o reflexo dos padrões culturais vigentes e vão sendo reestruturadas pelas experiências de vida e pela formação de cada pessoa.

2. MÉTODOS

Estudo quantitativo, transversal e descritivo-relacional. Os dados foram recolhidos, através de um questionário de autopreenchimento, em 2018/2019, numa amostra não probabilística por conveniência constituída por de 144 pais/cuidadores que recorreram ao serviço de Urgência Pediátrica de uma instituição hospitalar da região norte do país com crianças/adolescentes com febre. Cerca de 9 em cada 10 das crianças foram acompanhadas pela mãe ao serviço de urgência, as outras foram acompanhadas pelo pai ou outro cuidador (avó, ama).



2.1 Amostra

A globalidade da amostra apresenta uma idade mínima de 19 anos e uma máxima de 56 anos, (média= 32.79 anos±7.79 anos). Os participantes são maioritariamente do sexo feminino (86.8%) com uma idade média de 32.60 anos (± 5.68 anos). Apurou-se um predomínio de participantes que coabitam maritalmente (86.8%) e mais de metade (51.4%) reside em meio rural. A maior percentagem possui ensino superior (45.1%), tanto mulheres como homens exercem, maioritariamente, uma profissão técnica (57.9% vs 47.4%). e 64.6% dos participantes possui apenas um filho. Quanto à caracterização das crianças, verificou-se que sobressaem as que possuem menos de 24 meses (57.6%), com predomínio dos rapazes (63.5%).

2.2. Instrumento de recolha de dados

Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se um questionário construído para o efeito (*add hoc*), a partir de uma extensa revisão de literatura. Este foi sujeito à análise crítica de um grupo de peritos, constituído por dois médicos de família, dois pediatras, quatro enfermeiras especialistas em Saúde Infantil e Pediatria e dois pais no sentido de assegurar a validade do conteúdo do instrumento de medida. A versão preliminar foi testada em estudo piloto, aplicando-o individualmente a dez pais para aferir sobre a compreensão das questões, do vocabulário utilizado e o tempo médio despendido para o seu preenchimento, procedendo-se de seguida às alterações necessárias.

O questionário é constituído por duas partes em que a primeira pretende efetuar a caracterização sociodemográfica e contextual dos pais/cuidadores e alguns dados da criança e a segunda, contém um conjunto de questões que permitem avaliar as atitudes dos pais perante a febre na criança.

As questões inumeradas para esta segunda parte respeitam: (Q1) método que utiliza, primeiramente, quando suspeita que o filho/criança tem febre; (Q2) confirmação da febre com o termómetro; (Q3) tipo de termómetro utilizado, (Q16) conceder autorização para administração de antipirético na creche, escola, ama, atividade de tempos livres; (Q17) necessidade de assinar uma autorização por escrito para a administração de antipirético em contexto escolar; (Q24) momento em que procura um profissional de saúde para tratar a febre; (Q25) recorrer ao Serviço de Urgência para tratar o filho/criança com febre e (Q 26) o aconselhamento antes de recorrer ao serviço de urgência.

Para minimizar a possibilidade de divergências interpretativas e de se atribuir um significado claro e preciso às variáveis, procedeu-se à operacionalização conceptual e empírica de algumas das variáveis manifestas e latentes em estudo. Relativamente às atitudes, foi atribuído um score a cada um dos itens que constituem este constructo. O que permite uma cotação que oscila entre 0 e 16 pontos. Este score foi depois transformado numa escala de grandeza de 0 a 100 utilizando a seguinte fórmula (score bruto-valor mínimo) /amplitude) * 100. Para se classificarem as atitudes, efetuaram-se grupos extremos de corte tendo por base os percentis 25 e 75. Constituíram-se, assim, três grupos que foram denominados de acordo com o score obtida em atitudes desadequadas, atitudes adequadas, e muito adequadas.

2.3 Critérios de inclusão

Foram elegíveis os pais/cuidadores que recorreram serviço de urgência de pediatria do Centro Hospitalar da região norte de Portugal, acompanhantes de crianças/adolescentes com febre e idade inferior a 18 anos e com capacidade de ler e conversar em português.

2.4 Procedimentos

Para a realização deste estudo foi obtida a aprovação da Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu e a autorização formal da instituição hospitalar. Foi igualmente obtido o consentimento informado dos pais/cuidadores participantes no estudo. A informação recolhida por questionário foi anónima, voluntária e confidencial.

O tratamento estatístico, efetuou-se com recurso ao software estatístico *Statistical Program for the Social Sciences (SPSS 25.0)*. Recorreu-se à estatística descritiva e inferencial considerando-se o nível de significância $p < 0.05$.

3. RESULTADOS

A tabela 1 reporta as respostas sobre as atitudes dos pais/cuidadores das crianças com febre em contexto de urgência. Observou-se que relativamente ao método mais utilizado quando suspeitam de febre na criança, o termómetro figura como o método de eleição mais utilizado (52.1%); e a maioria (97.6%) admite utilizá-lo sempre para confirmar a febre. O termómetro digital (93.1%) é o mais usado enquanto o uso do termómetro de mercúrio é de (6.2%). Apesar dos danos físicos e ambientais que provocam e da normativa da DGS em 2000 que incentiva o desuso deste tipo de material, ainda existem pais/cuidadores que utilizam este aparelho nos seus lares.

Quando questionados sobre se concediam autorização para administrar antipirético na creche, escola, ama, atividades de tempos livres, a maioria dos pais/cuidadores (69.4%) afirmaram que concediam essa autorização, e os que responderam afirmativamente, mais de metade (61.0%), admitem que já o fizeram por escrito (cf. Tabela 1).

Tabela 1 - Respostas referentes às atitudes dos pais/cuidadores em função do sexo

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primeiro método	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Toque da pele com a mão	18	42.1	61	48.8	69	47.9
Termómetro	11	57.9	64	51.2	75	52.1
Confirmação da febre com termómetro	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Não	1	5.3	2	1.6	3	2.1
Sim	18	94.7	123	98.4	141	97.9
Tipo de termómetro	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Termómetro analógico						
Não	18	94.7	117	93.6	135	93.8
Sim	1	5.3	8	6.4	9	6.2
Termómetro digital						
Não	1	5.3	9	7.2	10	6.9
Sim	18	94.7	116	92.8	134	93.1
Termómetro auricular						
Não	18	94.7	121	96.8	139	96.5
Sim	1	5.3	4	3.2	5	3.5
Autorização	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Sim	10	52.6	90	72.0	100	69.4
Não	6	31.6	22	17.6	28	19.4
Não se aplica	3	15.8	13	10.4	16	11.2
Autorização escrita	(10)	(10.0)	(90)	(90.0)	(100)	(100.0)
Sim	6	60.0	55	61.1	61	61.0
Não	4	40.0	32	35.6	36	36.0
Não se aplica	-	-	3	100.0	3	3.0

Existiu, também, a intenção de perceber qual o momento em que os pais/cuidadores recorreram a um profissional de saúde após o início do processo febril na criança. Constatou-se pelos dados apresentados na Tabela 2 que, a maior percentagem (45.1%), o fizeram após a criança manifestar febre durante três dias. Quanto ao pedido de aconselhamento a profissionais sobre esta problemática, verificou-se que 25% recorreu à linha de saúde 24, 18.1% ao pediatra e 16% ao médico de família.

Tabela 2 - Respostas referentes às atitudes dos pais/cuidadores em função do sexo (continuação)

Sexo	Masculino		Feminino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Momento em que procura um profissional de saúde para tratar a febre	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Após algumas horas						
Não	13	68.4	106	84.8	119	82.6
Sim	6	31.6	19	15.2	25	17.4
Após um dia						
Não	17	89.5	106	84.8	123	85.4
Sim	2	10.5	19	15.2	21	14.6
Após três dias						
Não	12	63.2	67	53.6	79	54.9
Sim	7	36.8	58	46.4	65	45.1
Após 4/5 dias						
Não	18	94.7	113	90.4	131	91.0
Sim	1	5.3	12	9.6	13	9.0
Recurso ao serviço de urgência	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Sim	16	84.2	105	84.0	121	84.0
Não	3	15.8	20	16.0	23	16.0
Pedido de aconselhamento	(19)	(13.2)	(125)	(86.8)	(144)	(100.0)
Enfermeiro de família						
Não	18	94.7	117	93.6	135	93.8
Sim	1	5.3	8	6.4	9	6.2



Sexo	Masculino		Feminino		Total	
Médico de família	16	84.2	105	84.0	121	84.0
Não	3	15.8	20	16.0	23	16.0
Sim						
Enfermeiro de pediatria	17	89.5	120	96.0	137	95.1
Não	2	10.5	5	4.0	7	4.9
Sim						
Pediatra	17	89.5	101	80.8	118	81.9
Não	2	10.5	24	19.2	26	18.1
Sim						
Linha de saúde 24	13	68.4	95	76.0	108	75.0
Não	6	31.6	30	24.0	36	25.0
Sim						
Ninguém	13	68.4	83	66.4	96	66.7
Não	6	31.6	42	33.6	48	33.3
Sim						

Determinadas as estatísticas das atitudes dos pais/cuidadores face à criança com febre, obteve-se um índice médio de 60.19% (± 12.47) com uma amplitude situada entre os 18.75% e 87.50%. As mulheres revelam melhores atitudes perante a febre (média=60.65% ± 12.67) que os homens (média=57.23% ± 10.87) mas sem significância estatística. Para a totalidade da amostra estabeleceram-se grupos de corte conforme descrito na metodologia. Apurou-se que 20.1% dos participantes revelaram atitudes pouco adequadas, 37.5% adequadas e 42.4% muito adequadas.

A tabela 3 relaciona os grupos de corte estabelecidos com o sexo. Dada a inexistência de homogeneidade entre os grupos em estudo, efetuou-se a leitura em coluna verificando-se que em todos os grupos, a maior prevalência recai para as participantes do sexo feminino.

Tabela 3 - Classificação das atitudes em função do sexo

Classificação das Atitudes	Pouco adequadas		Adequadas		Muito Adequadas		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Feminino	23	79.3	47	87.0	55	90.2	125	86.8
Masculino	6	20.7	7	13.0	6	9.8	19	13.2
Total	29	100.0	54	100.0	61	100.0	144	100.0

Quanto às fontes de informação procuradas pelos pais/cuidadores para obter informação sobre a febre apurou-se que a classe médica é a escolha principal (66.7%). A própria experiência surge em segundo lugar (47.2%) e o recurso à classe de enfermagem (43.8%) como terceira opção.

Em termos de análise inferencial não se encontrou significância estatística nos resultados relativos às atitudes, contudo, o sexo feminino parece ter atitudes mais adequadas (OM=74.04) e são os participantes mais novos que apresentam melhor atitude (OM=76.30) perante a febre.

No que diz respeito ao estado civil, os que vivem com companheiro revelam melhor atitude (OM= 72.71) e os residentes em meio rural possuem atitudes mais adequadas (OM=60.21) quando comparados com aqueles que vivem em meio urbano. Os participantes com o ensino superior apresentaram atitudes mais adequadas em relação aos que possuem o 3º ciclo (OM=61.05 vs OM=60.31).

Relacionando as fontes de informação com as atitudes dos pais/cuidadores perante a criança com febre em contexto de serviço de urgência, verificou-se significância estatística ($X^2=8.587$; $p=0.035$), apurando-se que os participantes que procuram um profissional de saúde como fonte de informação são os que possuem atitudes mais adequadas, seguindo-se-lhes os que têm como fonte de informação as redes de comunicação e experiência própria (cf. Tabela 4).

Tabela 4- Relação entre as atitudes e as fontes de informação

Atitudes/ Fontes de informação	OM	X ²	P
Profissional de saúde	77.26	8.587	0.035
Amigos e familiares	50.82		
Redes comunicação e experiência própria	75.50		
Ninguém	49.20		

4. DISCUSSÃO

A realização de investigações sobre as atitudes dos pais/cuidadores perante a febre na criança é relevante e têm demonstrado que há uma elevada proporção de situações não urgentes nos cuidados diferenciados, sendo significativo o número de casos em que o motivo da procura é a febre na criança.

Rodrigues (2012) observou no seu estudo que a maioria dos acompanhantes da criança era do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 17 e os 53 anos, prevalecendo os casados, com apenas um filho, com um baixo índice de escolaridade. O presente estudo acaba por corroborar esses resultados, pois há uma prevalência de mulheres, na faixa etária dos 19 aos 59 anos, das quais 88.8% coabitam maritalmente, possuindo, na sua maioria, apenas um filho. Apesar do predomínio de participantes com o ensino superior, foi obtido um significativo percentual de homens e de mulheres que possuem até ao 3º ciclo do ensino básico (36.8% vs 26.4%), o que é indicativo de um índice baixo de escolaridade.

À semelhança do estudo de Rati et al. (2013) e de Rodrigues (2012), as crianças de tenra idade (menos de 24 meses), são as que mais recorrem à urgência sendo a média de idades neste caso de 39.6 meses.

Os pais/cuidadores usam maioritariamente o toque com a mão em associação com o uso do termómetro para confirmar a presença de febre na criança. Os dados obtidos vão ao encontro do estudo de Rocha et. al. (2009) e Rodrigues et al. (2010). O termómetro digital (93.1%) é o mais usado pela maioria dos participantes, resultado este, também, demonstrado por Casanova (2012) e por Walsh e Edwards (2006), e pensa-se que há uma procura precoce do conselho/observação profissional, conclusão que está de acordo com os vários estudos consultados (Crocetti, et al., 2011).

Apesar da variável sexo não apresentar significância estatística nas atitudes dos participantes, os resultados mostraram que as mulheres possuem atitudes mais adequadas que os homens, o que corrobora os resultados apurados por Walsh e Edwards (2006) e Rocha et al. (2009). Observou-se ainda que os pais/cuidadores com o ensino superior possuem melhor atitude perante a febre, o que está em conformidade com o estudo de Rodrigues et al. (2010).

No que se refere às fontes de informação sobre a febre, apurou-se que os médicos são a escolha principal (66.7%), seguidos da experiência própria (47.2%) e os enfermeiros (43.8%). Contrariamente, Casanova (2012) constatou que a principal fonte de informação foi a experiência pessoal, seguindo-se a classe médica e os familiares. Ressalva-se no presente estudo a crescente importância atribuída à classe de enfermagem

CONCLUSÃO

Fazendo-se uma súmula dos resultados apurados, é possível verificar que de uma forma global foram as mulheres que apresentaram melhor atitude perante a criança com febre. Os pais que procuram como fonte de informação o profissional de saúde, revelam melhores atitudes na sua atuação perante a criança com febre. Assim, impera a necessidade de desmistificar falsas concepções para que se direcionem melhores atitudes à criança com febre. Sugere-se uniformização de critérios por parte dos profissionais de saúde, através da elaboração de protocolos de atuação perante a criança com febre nos serviços de saúde. Proporcionar mais informação/educação aos pais durante as consultas de vigilância de saúde infantil e numa primeira ida aos cuidados diferenciados, privilegiando as classes mais desfavorecidas. Sugere-se igualmente uma abordagem pormenorizada à febre na preparação para o parto e parentalidade, no sentido melhorar as práticas parentais nos cuidados à criança com febre e consequentemente a procura adequada dos serviços de urgência. Propõe-se, ainda, a realização de estudos, com uma amostra de profissionais de saúde, particularmente a intervenção dos enfermeiros em diferentes contextos laborais, para identificar a promoção e educação para a saúde realizada aos pais/cuidadores das crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arcos, R. R., Cerón, M., González, L. R., Segur, F. G., Cervantes, G. V., Villarreal, J. A. L. & Medina, H. U. (2010). Fiebre en pediatría. *Revista Mexicana de Pediatría*, 77(Supl. 1), S3-S8. Acedido em <http://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2010/sps101b.pdf>.
- Casanova, C. M. R. G. (2012). *Intervenções parentais à criança com febre* (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Chiappini, E., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P. A., Becherucci, P., Bonsignori, F.,... Mugelli, A. M. (2009). Management of fever in children: Summary of the Italian Pediatric Society guidelines. *Clinical Therapeutics*, 31(8), 1826-43.
- Coutinho, J. A. (2013). *Febre: Que termómetro utilizar para avaliar a temperatura*. Acedido em <https://jorgeazevedocoutinho.files.wordpress.com/2013/03/febre-que-termc3b3metro-usar-para-avaliar-a-temperatura.pdf>
- Crocetti, M., Moghbeli, N. & Serwint, J. (2011). Fever phobia revisited: Have parental misconceptions about fever changed in 20 years? *Pediatrics*, 107(6), 1241-1246.
- Direção-Geral da Saúde. (2004). *Urgências no Ambulatório em Idade Pediátrica*. Lisboa: DGS, 2004.



- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Febre na criança: Protocolo*. Lisboa: DGS. Acedido em <http://www.arscentro.minsaude.pt/Institucional/projectos/crsmca/ucf/Documents/hospitais/vertente2/mapa/HSA/noc/Febre%20na%20Crian%20C3%A7a%20%28P0.PED.016.00%29.pdf>.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica: Febre na criança/adolescente: Folheto informativo para pais e cuidadores*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/norma-n-0142018-de-03082018-folheto-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde (2018). *Febre na criança e no adolescente: Definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores*. Lisboa: DGS. Acedido em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0042018-de-030820181.aspx>
- 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=lnk&exprSearch=664894&indexSearch=ID>.
- 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 apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Minas Gerais). Acedido em <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-8QCNGV>
- 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: National Institute for Health and Clinical Excellence. Acedido em <http://www.nice.org.uk/cg047/guidance/pdf/english>
- Nunes, C. (2011). *Caracterização da utilização da urgência pediátrica num hospital da área metropolitana de Lisboa* (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <http://run.unl.pt/bitstream/10362/6843/3/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Rita%20Nunes.pdf>
- Oliveira, T. C. F. (2012). *Atitudes do enfermeiro face às infeções associadas aos cuidados de saúde* (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu). Acedido em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1739/1/OLIVEIRA%20Tanea%20Cristina%20Fonseca%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado.pdf>
- Purssell, E. (2010). Ibuprofen for treatment of fever in infants. *Practice Nursing*, 21(10), 316-320. Acedido em <http://www.magonlinelibrary.com/doi/10.12968/pnur.2010.21.10.78719>.
- Rati, R. M. S., Goulart, L. M. H. F., Alvim, C. G., & Mota, J. A. C. (2013). Criança não pode esperar": A busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(12), 3663-3672. Acedido em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232013001200022&script=sci_arttext
- 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://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/463>
- Rodrigues e Rodrigues, L., Monteiro, T., Neto, T., & Rodrigues, C. (2010). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre. *Revista Saúde Infantil*, 32(1), 17-21. Acedido em http://saudeinfantil.asic.pt/comprar.php?article_id=152
- Rodrigues, S. S. O. F. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropriada de um serviço de urgência pediátrica. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(7), 73-82. Acedido em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserlIn7/serlIn7a08.pdf>
- Silva, C. M. A. (2015). *Conhecimento e atitudes dos pais perante a criança com febre em contexto de serviço de urgência* (Dissertação de Mestrado, Instituto politécnico de Viseu). Acedido em <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3215>
- Sullivan, J. E., & Farrar, H. C. (2011). Clinical Report: Fever and Antipyretic Use in Children. *Pediatrics*, 127(3), 580-587. Acedido em <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/3/580.full>
- Walsh, A., & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(2), 217-227.
- Ward, M. A., Edwards, M. S., & Torchia, M. M. (2014). *Patient information: Fever in children (Beyond the Basics)*. <http://www.uptodate.com/contents/fever-in-children-beyond-the>