

FEBRE INFANTIL E SEU MANEJO PELOS PAIS OU CUIDADORES

Data de aceite: 01/06/2020

Data da submissão: 02/04/2020

Ana Carolina Micheletti Gomide Nogueira de Sá

Programa de Pós-Graduação em Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/3810359998794355>

Ronaldo Machado Silva

Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/5763544779064612>

Elton Junio Sady Prates

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/9005897138032168>

Flávio Diniz Capanema

Coordenação do Núcleo de Inovações Tecnológicas e Proteção ao Conhecimento e Diretoria de Desenvolvimento Estratégico e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/1309227974526694>

Antonio Tolentino Nogueira de Sá

Programa de Pós-Graduação em Ciências Aplicadas à Saúde do Adulto da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/3475457090327325>

Luiz Alberto Oliveira Gonçalves

Departamento de Ciências aplicadas à Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/5887145600907673>

Regina Lunardi Rocha

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Belo Horizonte – Minas Gerais

<http://lattes.cnpq.br/0822233553980084>

RESUMO: Objetivo: identificar o conhecimento, fontes de informação e atitudes e compreender a influência das crenças, experiências e práticas na conduta dos pais ou cuidadores no manejo da febre infantil. Metodologia: estudo de método misto. A amostra foi composta por 286 pais ou cuidadores que procuraram o serviço de urgência de um Hospital Infantil em Belo Horizonte com relato de febre na criança. Destes, 6 pais ou cuidadores foram

selecionados para participar de entrevista semiestruturada. Resultados: 45,6% dos pais e cuidadores possuíam o ensino médio, 54% ganhavam até um salário mínimo e 42% tinham um filho. 70% possuíam termômetro, 48,4% não observaram o tempo adequado para retirá-lo. 29,4% verificavam pela palpação. 34,3% conceituaram febre a partir de 37,5°C. 96,3% administravam antitérmicos e 83,3% desconheciam os efeitos adversos. 14% administravam antibióticos. 70% consideravam que a febre trazia malefícios e que o pior dano é a convulsão. Os discursos sugeriram forte influência cultural e do saber comum. Conclusão: Considera-se, portanto, que os participantes possuíam medos, crenças e práticas de manejo da febre similares. Em algumas situações demonstraram conhecimento e percepções limitados, ocasionando em atitudes errôneas frente à febre. A febre fobia persiste, pais ou cuidadores demonstram insegurança para cuidar da criança febril.

PALAVRAS-CHAVE: Febre. Conhecimento. Criança. Percepção. Atitude.

CHILD FEVER AND ITS MANAGEMENT BY PARENTS OR CAREGIVERS

ABSTRACT: Objective: to identify knowledge, sources of information and attitudes and to understand the influence of beliefs, experiences and practices in the conduct of parents or caregivers in the management of childhood fever. Methodology: study of mixed method. The sample consisted of 286 parents or caregivers who sought the emergency service of a Children's Hospital in Belo Horizonte with a report of fever in the child. Of these, 6 parents or caregivers were selected to participate in a semi-structured interview. Results: 45.6% of parents or caregivers had high school education level, 54% earned up to a minimum wage and 42% had one child. 70% had a thermometer and 48.4% did not observe the adequate time to remove it. 29.4% verified by palpation. 34.3% considered fever from 37.5°C. 96.3% administered antipyretics and 83.3% were unaware of the adverse effects. 14% administered antibiotics. 70% considered that the fever was harmful and that the worst damage is the seizure. The reports suggested a strong cultural influence and common knowledge. Conclusion: Therefore, it is considered, that the participants had similar fears, beliefs and management practices for fever. In some situations, they demonstrated limited knowledge and perceptions, leading to erroneous attitudes towards fever. The phobia fever persists, parents or caregivers demonstrate insecurity to care for the feverish child.

KEYWORDS: Fever. Knowledge. Child. Perception. Attitude.

1 | INTRODUÇÃO

A febre é um sintoma de enfermidade comum na infância, sendo causa de procura de atendimento para consulta ao pediatra em serviços de emergência, ambulatórios ou consultórios particulares. 19 a 30% das visitas ao pediatra nos serviços de urgência e emergência, se deve a essa sintomatologia (TROTTA; GILIO, 1999; ALVES; ALMEIDA; ALMEIDA, 2008). Tal situação, ocorre devido à associação de febre e doença, e

as preocupações aumentam por considerarem o sintoma como sinal de gravidade (CONSINDINE; BRENNAN, 2007). Desta forma, a febre serve como sinal alerta para buscarem por atendimento nesta circunstância.

A literatura aponta para uma discrepância em relação as concepções de febre pelos pais, o que traz a necessidade de serem exploradas, assim como a importância de investigações quanto as definições atribuídas pelos pais sobre febre elevada e perigosa, pois tais conceitos podem influenciar em suas práticas (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007).

A febre na infância tem efeitos socioeconômicos, físicos e emocionais nos pais, como o afastamento do trabalho, busca por conselhos médicos, gastos com compras farmacêuticas, além da necessidade de maior assistência em casa (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007). A baixa compreensão da febre infantil revela a necessidade de estudos que determinem com precisão o que os pais sabem sobre esse assunto, bem como o grau de ansiedade e medo, para que se possa orientá-los com maior exatidão sobre o manejo da febre (ROCHA et al., 2009).

As condutas dos pais ou cuidadores apresentam uma dimensão história e diversas práticas são aplicadas para o controle e tratamento do paciente febril (indução de vômito, banho, uso de medicamentos, e outras). O medo irreal da febre ou “febre fobia” está relacionada a concepções surgidas no século XIX (TESSLER et al., 2008). A busca para entender e orientar os pais no manejo da febre perdura na atualidade e pesquisadores tentam entender os motivos dessa preocupação (WALSH; EDWARDS, 2006). A literatura documenta que a etnia, cultura, crenças e fatores socioeconômicos podem influenciar as atitudes e práticas com respeito à saúde e doença, e conseqüentemente em relação ao manuseio da criança febril (TESSLER et al., 2008).

A “febre fobia” permanece por todo o mundo e isso se deve a percepção dos efeitos danosos da febre, por causas multifatoriais, como experiência do passado com uma criança febril, histórias trágicas resultantes da febre na criança, influências culturais e fontes de informação como família, profissionais de saúde ou amigos (WALSH; EDWARDS, 2006; WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007; WALSH; EDWARDS; FRASER, 2008; TESSLER et al., 2008).

O cenário abordado evidencia a necessidade de estudos que visem investigar o conhecimento dos pais em relação à febre infantil e bem como o manejo da febre. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo identificar o conhecimento, as fontes de informação e atitudes e compreender as percepções, influência das crenças, experiências e práticas na conduta dos pais ou cuidadores no manejo da febre infantil.

2 | METODOLOGIA

Estudo de método misto, que propôs a integração entre dados quantitativos e qualitativos em uma mesma investigação, realizado no setor de acolhimento com classificação de risco, no pronto-atendimento de um Hospital Infantil de Belo Horizonte, Minas Gerais. A população do estudo foi composta por todos os pais e cuidadores que procuraram o serviço de urgência com relato que a criança estava ou tinha manifestado febre nas últimas 72 horas.

Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, autorização do participante constando a assinatura, nacionalidade brasileira, capacidade de ler e conversar em português, pais de crianças de 0 a 12 anos referente à faixa etária de atendimento do Hospital, preenchimento acima de 20% das respostas do questionário. Os critérios de exclusão foram: pais ou cuidadores que questionários obtiverem índices de preenchimento resposta inferiores a 20% e que os filhos apresentavam idade igual ou superior a 13 anos.

O recrutamento dos pais ou cuidadores aconteceu anteriormente à consulta médica, no momento em que seus filhos estavam ou que acreditavam que a criança estava febril. Tal conduta foi tomada para que fossem ouvidos quando estavam com medo e preocupados, para que fosse possível observar as consequências desses sentimentos, pois poderia influenciar em suas condutas.

Para seleção da amostra, considerou-se o percentual de pais ou cuidadores que utilizavam o termômetro dentro da população do estudo. A unidade amostral foram os pais ou cuidadores das crianças e o esquema amostral utilizado para coleta de dados foi a amostragem aleatória simples (AAS), sendo assim cada unidade amostral dentro da população tinha a mesma probabilidade de ser selecionado para fazer parte da amostra. Para garantir o tamanho amostral, os cálculos foram feitos tendo como referência uma margem de erro de 5 pontos percentuais com 95% de confiança e a estimativa da proporção fixada em 76,7% das pessoas que utilizaram o termômetro.

Os participantes responderam um questionário contendo questões sobre características socioeconômicas, conhecimento e manejo da febre. O questionário construído pelos pesquisadores teve como embasamento teórico, o roteiro de entrevista do estudo de Walsh, Edwards e Fraser (2007). O instrumento foi adaptado a realidade dos pais ou cuidadores que constituíram a amostra dessa pesquisa, após a aplicação de piloto. O questionário final possuía 33 questões. As aplicações dos questionários ocorreram em turnos alternados manhã, tarde e noite, durante os sete dias da semana.

Para caracterizar a amostra, realizou-se análises descritivas de frequência absoluta e relativa e medidas resumo como média, mediana e desvio padrão. Para avaliação da existência de associação entre as variáveis de conhecimento e a percepção sobre febre com variáveis socioeconômicas procedeu-se o teste exato de Fisher. As diferenças entre os grupos para variáveis contínuas, foram estimadas pelo teste t-Student (dois grupos)

e análise de variância (ANOVA) para três ou mais grupos. Os dados foram tabulados e submetidos a análises uni e bi-variadas com o auxílio do *software Statistical Package for the Social Science (SPSS) 15.0* e *STATA 10.0*. Para as análises utilizou-se o nível de significância de 5%.

Posteriormente, foram selecionados seis pais ou cuidadores por critério de saturação para serem entrevistados. As entrevistas foram gravadas e o intuito foi ouvir alguns pais ou cuidadores, para tentar compreender as crenças, comportamentos, influências e a experiência. As entrevistas semiestruturadas aplicadas continham perguntas abertas. A abordagem teórica utilizada foi a teoria das representações sociais. Tais representações são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais e repercutem nas interações e mudanças sociais (WALCHELKE; CAMARGO, 2007). Os entrevistados foram identificados com a letra E seguida de números de 1 a 6 (E.1, E.2, E.3, E.4, E.5 e E.6).

As análises das entrevistas seguiram procedimentos de categorização proposto por Flick (2009). A codificação teórica tem a função de analisar dados coletados para desenvolver os saberes que os sujeitos produzem nas suas práticas cotidianas. No presente estudo, trata-se de recompor a partir da fala dos entrevistados, os saberes que têm sobre a febre infantil e como se conduzem no cotidiano para cuidar das crianças que estão sob sua responsabilidade.

Primeiramente, realizou-se à transcrição das entrevistas conservando as expressões dos entrevistados, de forma a deixar explícito o vocabulário que usaram para enunciar suas ideias. Em seguida, trabalhou-se com a codificação dos sentidos que os sujeitos deram às suas falas e a seus argumentos, para tanto foram utilizadas barras em sequências curtas de frases para associar conceitos ou tópicos que permitissem uma análise mais inclusiva e uma comparação das seis narrativas coletadas. Os trechos das entrevistas foram separados por uma barra diagonal e acrescido de um número e assim produziram-se os códigos. Estes compuseram os cinco temas: 1) fatores que provocam a febre; 2) tratamento (forma de detectar, medicamentos e procedimentos para reduzir a febre); 3) hábitos familiares; 4) danos produzidos pela febre, 5) motivo de preocupação ou de medo, circunstâncias que levam ao medo e relato de experiência.

Os participantes do estudo foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, com o parecer número 0037.0.287.203-10.

3 | RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação as características socioeconômicas dos participantes, 48,6% era casado, 52,8% residia com o cônjuge e em suas casas moravam de três a quatro pessoas e 70,3% residiam próximo aos pais ou parentes. A proximidade com a casa de familiares pode

ser um fator que influencie as condutas e práticas frente à febre na criança, devido a possibilidade de compartilhar experiências e práticas. 45,6% possuíam o ensino médio, 43% ensino fundamental completo e apenas 2,4% curso superior. Estudo realizado no Brasil, no município de São Paulo, nenhum dos participantes tinham cursado faculdade e a maior parte deles possuía o ensino fundamental incompleto (40%) (ROCHA et al., 2009). Estudo na Itália, identificou que a preocupação exagerada das mães diante da febre estava associada ao baixo nível educacional (IMPICCIATORE et al., 1998). Entretanto nessa investigação verificou-se que o nível de escolaridade não é baixo, o que pode sugerir a presença de outros fatores que podem interferir nas concepções em relação à febre infantil.

Evidenciou-se que 54% tinham renda mensal familiar de até dois salários mínimos, 25,5% de 2,1 a 3 salários, 8,5% não possuía renda mensal fixa, 7,3% renda de 3,1 a 5 salários e apenas 1,7% recebiam mais de 5,1 salários mínimos por mês. Ressalta-se que o estudo foi desenvolvido em hospital público que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que poderia explicar o fato de grande parcela dos entrevistados possuírem renda mensal de até dois salários mínimos e apenas sete pais ou cuidadores (2,4%) possuírem ensino superior. 42% possuíam um filho, 32% tinham dois e 15% três filhos e aproximadamente 90% até três filhos. Dados semelhantes aos encontrados em outro estudo, sugerindo assim, pouca experiência com suas crianças (ROCHA et al., 2009).

98,6% das crianças conduzidas ao serviço de urgência se encontravam na faixa etária de um a seis anos de idade. 89,9% das crianças encaminhadas para atendimento médico foram levadas pelas mães. A preocupação faz com que as mães mudem suas rotinas diárias, rumo a atendimento médico para seus filhos (BLUMENTHAL, 1998).

Quanto ao tempo que aguardavam para procurar por atendimento médico, 23,3% aguardavam de 24 a 36 horas, 22,1% de 12 a 24 horas, 14,5% procuram imediatamente e apenas 12,1% aguardam de 48 a 72 horas. A idade da criança e o número de filhos, não foram estatisticamente significativas relacionado ao tempo em que procuram por atendimento. A má compreensão do manejo da criança febril foi reforçada em estudo, o qual 58,3% mães relataram que levavam seus filhos ao médico após algumas horas do aparecimento da febre (ROCHA et al., 2009).

70,6% pais ou cuidadores possuíam termômetro e 29,4% não possuíam o instrumento e detectavam a febre pela palpação das partes do corpo. Outra parcela dos entrevistados identificava a febre por sinais como irritação (1,2%), vermelhidão (1,2%) ou quando a criança estava quente e quieta (1,2%). Estudo realizado em São Paulo, com 60 mães, 58 tocavam a pele em e 46 utilizavam o termômetro para detectar a febre (ROCHA et al., 2009). Pesquisa realizada na cidade de Santa Catarina, apresentou dados próximos em que 25,8% utilizavam o método palpatório, 74,2% o termômetro e 92,7% tinham o termômetro em casa (FELDAHAUS; CANCELIER, 2012).

84,6% possuía o termômetro digital se comparado ao de mercúrio (13,9%). A

preferência se deu pela maior facilidade no manuseio e leitura. 76,6% sabiam manusear o termômetro. Quanto ao intervalo de tempo gasto para a retirada do termômetro de mercúrio, apenas 51,6% procederam com as normas preconizadas deixando o termômetro na criança de 3 a 5 minutos (KOCH et al., 2004; POTTER, 2002). 29% deixavam acima de 5 minutos e 19,4% de 1 a 3 minutos. 95,3%, retiravam o termômetro digital após o sinal sonoro. Aproximadamente a metade dos entrevistados (48,4%), não observaram o tempo adequado para a retirada do termômetro de mercúrio. Assim, a medida de temperatura nem sempre é confiável, conforme pesquisa que afirmou que o fato de possuir termômetro em casa não prevê a habilidade de leitura (WALSH; EDWARDS, 2006). Os termômetros digitais devem permanecer até a ocorrência de sinal audível, caso contrário o valor pode não ser confiável (KOCH et al., 2004; POTTER, 2002).

A escolaridade e status socioeconômico não interferiram em saber manusear o termômetro. Diferentemente de outro estudo, em que baixo status socioeconômico foi associado a inabilidade de leitura do termômetro e maior escolaridade com maior acurácia na leitura do termômetro de mercúrio (PORTER; WENGER, 2000). Quanto a via de aferição de temperatura preferencial foi a axilar (81,5%), apesar da literatura relatar que a medida mais confiável é aquela aferida pelas vias oral ou retal (TROTTA; GILIO, 1999).

Quanto ao valor considerado como febre, 34,3% responderam que corresponde à febre temperaturas de 37,5°C. Temperaturas axilares consideradas fisiológicas estão entre 35,5 e 37,5°C (POTTER, 2002). A literatura revela diferenças culturais quanto a conceitos incorretos sobre o diagnóstico de febre, semelhantes aos dados obtidos nessa pesquisa. Em estudo realizado na Austrália, 51% consideravam febre valores entre 38,0° e 38,5°C, na Noruega, 21% temperaturas entre 37,0° e 38,5°C, na Itália acima de 37,0°C, na Arábia Saudita 30% consideram 38,0°C e em outro estudo no Brasil 40% conceituavam febre como temperaturas de 38,0°C (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2008; ESKERUD; HOFTVEDT; LAERUM, 1991; IMPICCIATORE et al., 1998; AL-EISSA et al., 2000; ROCHA et al., 2009).

Para controle da febre 96,3% administravam antitérmicos, com maior frequência a dipirona (50,5%) e o paracetamol (39,3%). O ibuprofeno foi usado por 1,1% dos pais e o uso do ácido acetilsalicílico (AAS) foi relato por 0,4% dos pais. Esses dados são semelhantes a outro estudo, em que 100% recebiam antitérmicos e a dipirona era usada em 73,3% dos casos e o paracetamol em 45% (ROCHA et al., 2009). Dos pais que afirmaram que administravam antitérmicos, 83,3% relataram desconhecer os efeitos adversos, diferentemente do estudo realizado em São Paulo, em que 71,6% relataram que essas medicações poderiam causar efeitos como alergia, vômitos e náuseas (ROCHA et al., 2009).

Somente temperaturas entre 38,5°, 39,0° e 40,0°C ou maiores, deveriam ser reduzidas com medicamentos, a administração de antipiréticos deve ser individualizada e

baseada em outros sinais além da temperatura (ROCHA et al., 2009). Existem evidências que a febre estimula as defesas do organismo, não existe risco pela febre alta em si, a não ser em crianças muito debilitadas, cardiopatas ou com insuficiência respiratória. Por outro lado, lesões do sistema nervoso podem ocorrer em níveis próximos de 42,5°C e em crianças suscetíveis pode causar convulsões (MURAHOVSKI, 2003).

Neste estudo, foi avaliado se o número de filhos, escolaridade e renda mensal interferiam na administração dos antitérmicos. A quantidade de filhos e a renda mensal familiar não foram estatisticamente significativos. Já escolaridade apresentou-se significativa, pais com maior escolaridade que possuíam até o ensino médio administraram mais antitérmicos (46,9%), o que sugere que a experiência educacional pode ter influenciado o conhecimento dos entrevistados (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2008).

Quanto à dosagem de antitérmicos administrados na criança febril, 90% dos entrevistados revelaram usar como parâmetro o peso, 3,6% consideravam a idade da criança, 3,3% receitas médicas. A maioria dos pais e cuidadores usavam como parâmetro 1 gota/Kg/dose tanto para dipirona como para paracetamol. A adequação da dose de cada antitérmico estabelecida pela literatura como faixa terapêutica, é de 10 e 15 mg/kg para o paracetamol, 10 a 20 mg/kg/dose para a dipirona (SUKIENNIK et al., 2006). O conhecimento dos pais sobre a eficácia e dosagem apropriada dos antipiréticos é questionável (WALSH; EDWARDS, 2006).

14% pais ou cuidadores também administravam antibióticos nas crianças com febre, sendo a amoxicilina o medicamento de escolha (70%). Em outro estudo no Brasil, 3,3% administravam antibiótico em crianças febris sem conhecimento exato da causa e prescrição médica (ROCHA et al., 2009). Assim, nota-se o uso indiscriminado dessas medicações pela população estudada. Entretanto quando questionados sobre os efeitos colaterais dessas medicações, 65,7% relataram não as conhecer. Dos entrevistados que não administravam antibióticos, 43% tinham apenas um filho, sugerindo que a pouca experiência pode ter levado a uma menor administração dessa medicação.

Dos métodos não farmacológicos, apenas 5,2% dos entrevistados não os utilizam para controle da febre. 73,8% davam banho, 9,4% banho e aplicação de compressa embebida em álcool, 4,2% aplicações de compressas embebidas em álcool e 2,4% aplicação de compressa de água fria. 96,6% associavam métodos não farmacológicos com farmacológicos. A literatura aponta que os pais controlam ou reduzem a febre com métodos não farmacológicos, farmacológicos ou ambos. Os não farmacológicos incluem remoção de roupas, ingestão de líquidos, aplicação compressão frias ou mornas e banho (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007). Salienta-se que banho, compressas frias e aplicação de álcool na pele não tem valor quando usados isoladamente, pois não atuam no mecanismo fisiopatológico da febre. O uso do álcool dessa maneira nunca deve ser utilizado, pois pode ser absorvido pela pele e causar toxicidade sistêmica e (MURAHOVSKI, 2003).

Os relatos dos entrevistados quanto as condutas de tratamento farmacológicas

e não farmacológicas para o controle da febre, desvelam a existência de influência cultural, hábitos familiares e recursos populares como uso de chás e manifestações de fé (WACHELKE; CAMARGO, 2007; SIQUEIRA et al., 2006). Os recursos alternativos utilizados são adquiridos a partir das experiências obtidas ao longo da vida, baseadas em saberes populares. As informações são passadas entre gerações, advindas da família e comunidade, resultados das tradições e costumes socioculturais. A população, no enfrentamento de seus problemas, utiliza diferentes estratégias de apropriação e construção de saberes (SIQUEIRA et al., 2006), como mostram os discursos a seguir:

E.1 Remédio de mato. Chazinhos. Aprendi com minha mãe.

E.2 Eu faço igual a minha mãe, dou remédio, tipo dipirona, paracetamol.... Olho como ele tá, deixo ele mais a vontade, com menos roupa, dou banho nele, dou ele remédio e deixo e ai depois a febre abaixa... Minha mãe dava mais era banho com álcool, também dou banho com álcool, de vez em quando.

E.3 Antigamente nos meus tempos... Quando estava com febre geralmente tomava um chá amargando, amargoso...

43% dos entrevistados consideravam a febre como sinal de alerta, sinalizando que há algo de errado com o organismo e 37% como sinal de infecção. A febre tem a utilidade de servir como sinal de alerta, e estima-se que 20% a 30% das consultas pediátricas têm a febre como queixa única preponderante (MURAHOVSKI, 2003). A febre é considerada benéfica, pois é um aviso, um sinal de alerta para os pais que está acontecendo alguma coisa de errado no corpo da criança (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007). A febre leve a moderada está associada com resposta imunológica mais intensa e desempenha papel fundamental no processo de resposta anti-inflamatória (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2008). Evidenciou-se neste estudo o conhecimento da febre relacionado às defesas orgânicas.

70% dos pais consideravam que a febre trazia malefícios como: sinal de infecção, sinal de algo ruim, sinal de gravidade, perda de apetite, sinal de doença, convulsão, prostração, alteração do comportamento, dados semelhantes ao estudo realizado no Brasil (ROCHA et al., 2009). 97,6% consideravam a febre perigosa, pois acreditavam causavam complicações como hemorragias, parada cardiorrespiratória, pneumonia, etc. Possibilita-se, assim, compreender os motivos do medo em relação à febre, como evidenciam as falas:

E.1 Ahh é quando tá para adoecer, quando a garganta tá inflamada aí causa febre. [...] Pode causar danos quando ela tiver muito alta né.... Acima de 37.5 – 38.0°C. Dependendo pode levar até a morte.

E.2 Quando está com alguma infecção, quando está gripado, quando dependendo algum bichinho pica ele, aí dá febre, sabe...

E.3 Eu acho que alguma infecção dá febre, provavelmente porque alguma infecção forte ela dá febre. Eu penso que pode tá com uma infecção urinária, como eu falei infecção de

garganta. Além de infecção? A gripe às vezes vem com febre, catapora, tem febre.

E.4 Que dá febre mesmo mais é a infecção, é algo que ta na criança que chega até a incomodar ela. As vezes pode ser uma gripinha, que tá resfriando, e ai da, da também, pode dar. [...] Eles sofrem, ficam muito paradinhos, não come.

Quanto ao principal dano em decorrência da febre, 70% citaram a convulsão. Complicações como sonolência (17,8%), prostração (15,7%), desidratação (7%) e danos cerebrais (3,8%) também foram expostos. 0,7% relataram que não acarreta danos. Esses dados estão em conformidade com outros estudos (ROCHA et al., 2009; AL-EISSA et al., 2000). Os pais ou cuidadores que participaram dessa investigação reforçaram a ideia do medo da febre infantil e apontaram as razões para preocupações e sentimentos de ansiedade, sendo assim, importante desvelar suas representações sociais.

Cabe ressaltar que as experiências positivas e negativas vivenciadas pelos pais podem influenciar suas condutas. Experiências negativas durante um episódio febril são associadas ao aumento da monitoração da temperatura e uso de antipiréticos. Sentimento de culpa são associados com cuidar inadequadamente de uma criança febril em casa, e devido a isso recorrem à assistência médica e usam medicamentos, com intuito de prevenir uma convulsão febril (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007). Nesse sentido, dois participantes relatam:

E.1 Pode causar danos quando ela tiver muito alta né... Acima de 37.5 – 38.0°C. Dependendo pode levar até a morte.[...] Ahh.... Mais é a noite né... Porque dorme, por exemplo, não dá para olhar... Não é só isso não, ela tá passando mal e eu tenho que fazer as minhas coisas e toda hora tá dormindo, sei lá se ta dormindo mesmo... É, porque depois dorme e não acorda mais...

E.2 Eu tenho medo só de dar convulsão, ai eu não sei como vou fazer... É a sobrinha do meu marido, ela dá convulsão quando ela dá muita febre, eu tenho medo disso, eu não sei como cuidar...

Para manejo da febre, as fontes de informação utilizadas foram a internet (17%), televisão (16,4%), livros (8,4%), jornais (5,9%), leitura da bula dos medicamentos (0,3%), rádio (0,3%). 37% não utilizavam veículos de informação. 54% buscavam informações com profissionais de saúde, 30% familiares, 8% amigos/vizinhos e 5% com pessoas mais experientes. Alguns recorreram como fontes de informação para decidir medicações para controle da febre, o farmacêutico (36,7%) e o balconista da farmácia (5,7%). Em conformidade com estudo realizado na Dinamarca, em que os pais também usavam como fontes de informação, os profissionais de saúde, livros, família, amigos, internet, mas também se baseiam no senso comum, na experiência e intuição (KELLY et al., 2016).

Os pais aprendem o manejo da febre por meio de diferentes fontes, mas observou-se a preferência por profissionais de saúde, devido considerarem que as informações dadas por esses profissionais são mais verdadeiras e que em alguns sites da internet a acurácia das informações são questionáveis (WALSH; EDWARDS; FRASER, 2007). Neste estudo os pais utilizaram como fontes de informação tanto pessoas como

veículos, independentemente de sua renda mensal familiar e escolaridade. As fontes de informação têm forte influência no conhecimento e práticas dos pais em relação à febre, o conhecimento sobre os benefícios, embora limitados são obtidos com profissionais de saúde. A interminável busca por informações por meio de uma variedade de fontes pode criar problemas adicionais. Informações de familiares, amigos, livros e profissionais de saúde frequentemente são contraditórias. Os conflitos de informação aumentam as preocupações sobre a febre, e podem promover sentimento de insegurança (WALSH; EDWARDS, 2006).

4 | CONCLUSÃO

Considera-se, portanto, que desvelar as representações sociais dos pais ou cuidadores no manejo da febre infantil permitiu compreender a origem do medo, preocupação e sentimentos de ansiedade que esse sintoma proporciona. O medo exacerbado gera preocupações que associadas as suas concepções direcionam condutas e práticas de manejo da febre. As influências culturais e as crenças condicionam diretamente o conhecimento, crenças e as condutas no cuidado de uma criança febril. Esse estudo permitiu identificar que pais ou cuidadores apresentaram algumas percepções errôneas em relação febre. Evidenciou-se que a febre fobia persiste e os conhecimentos e saberes são elaborados e compartilhados socialmente em relação à febre infantil. Esses conhecimentos transitam pela comunicação, fontes de informação utilizadas e experiência adquirida ao longo de suas vidas, direcionando condutas, comportamentos, sentimentos e crenças. A influência cultural foi fator marcante na definição de conceitos e crenças sobre a febre.

REFERÊNCIAS

AL-EISSA, Y. A.; AL-SANIE, A. M.; AL-ALOLA, S. A.; AL-SHAALAN, M. A.; GHAZAL, S. S.; AL-HARBI, A. H.; AL-WAKEEL, A. S. **Parental perceptions of fever in children**. *Ann Saudi Med.*, v. 20, n. 3-4, p. 202-205, 2000. Disponível em: <encurtador.com.br/ilmxU>. Acesso em: 01 abr. 2020.

ALVES, J. G. B.; ALMEIDA, N. D. M.; ALMEIDA, C. D. C. M. **Banho tépido e dipirona versus dipirona isolada no tratamento de crianças com febre**. *São Paulo Med. J.*, v. 126, n. 2, p. 107-111, 2008. Disponível em: <encurtador.com.br/bnvNW>. Acesso em: 01 abr. 2020.

BLUMENTHAL, I. **What parents think of fever**. *Fam Pract.*, v. 15, n. 6, p. 513-518, 1998. Disponível em: <encurtador.com.br/nDNS2>. Acesso em: 01 abr. 2020.

CONSINDINE, J.; BRENNAN, D. **Effect of an evidence-based paediatric fever education program on emergency nurses' knowledge**. *Accid Emerg Nurs.*, v. 15, n. 1, p. 10-19, 2007. Disponível em: <encurtador.com.br/mELZ9>. Acesso em: 01 abr. 2020.

ESKERUD, J. R.; HOFTVEDT, B. O.; LAERUM, E. **Fever: knowledge, perception and attitudes. Results from a Norwegian population study**. *Fam Pract.*, v. 8, n. 1, p. 32-36, 1991. Disponível em: <encurtador.com.br/hktV2>.

Aceso em: 01 abr. 2020.

FELDAHAUS, T.; CANCELIER, A. C. L. **Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças.** Arq. Catarin. Med., v. 41, n. 1, p. 16-21, 2012. Disponível em: <encurtador.com.br/hvX07>. Acesso em: 01 abr. 2020.

IMPICCIATORE, P. M. D.; NANNINI, S. P. D.; PANDOLFINI, C. B. A.; BONATI, M. M. D. **Mothers' Knowledge of, Attitudes toward, and Management of Fever in Preschool Children in Italy.** Preventive Medicine, v. 27, n. 2, p. 268-273, 1998. Disponível em: <encurtador.com.br/ahm06>. Acesso em: 01 abr. 2020.

KELLY, M.; SAHM, L. J.; SHIELY, F.; O'SULLIVAN, R.; MCGILLICUDDY, A.; MCCARTHY, S. **Parenteral knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: a interview study.** BMC Public Health, v. 16, n. 1, p. 540. Disponível em: <encurtador.com.br/hnBJ6>. Acesso em: 01 abr. 2020.

KOCH, R. M.; HORIUCHI, L. M. O; PALOSCHI, I. M.; RIBAS, M. L. V.; MOTTA, H. S.; WALTER, R. L. **Técnicas básicas de enfermagem.** 20. ed. Curitiba: Século XXI, 2004.

LICK, U. **Introdução à Pesquisa Qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MURAHOVSKI, J. **A Criança com febre no consultório.** J Pediatr., Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 55-64, 2003. Disponível em: <encurtador.com.br/amwU5>. Acesso em: 01 abr. 2020.

PORTER, R. S.; WENGER, F. G. **Diagnosis and treatment of pediatric fever by caretakers.** J Emerg Med., v.19, n. 1, p. 1-4, 2000. Disponível em: <encurtador.com.br/myMZ7>. Acesso em: 01 abr. 2020.

POTTER, P. **Semiologia em enfermagem.** 4. ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2002.

ROCHA, C. T.; REGIS, R. R.; NELSON-FILHO, P.; QUEIROZ, A. M. **Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna.** Rev Odontol Univ São Paulo, v. 21, n. 3, p. 244-251, 2009. Disponível em: <encurtador.com.br/brEP5>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L. M. S. **Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais.** Texto Contexto Enferm., v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006. Disponível em: <encurtador.com.br/ghtCR>. Acesso em: 01 abr. 2020.

SUKIENNIK, R.; HALPERN, R.; MANICA, J. L. L.; PLENTZ, F. D.; BERGAMIN, G.; LOSS, L.; AYRES, M. V.; DALPHIANE, K. P. **Antitérmicos na emergência pediátrica: estamos usando a dosagem adequada?** Pediatria, v. 28, n. 3, p. 175-183, 2006. Disponível em: <encurtador.com.br/dzGNY>. Acesso em: 01 abr. 2020.

TESSLER, H.; GORODISCHER, R.; PRESS, J.; BILENKO, N. **Unrealistic concerns about fever in children: the influence of cultural-ethnic and sociodemographic factors.** Isr Med Assoc J., v. 10, n. 5, p. 346-349, 2008. Disponível em: <encurtador.com.br/howNR>. Acesso em: 01 abr. 2020.

TROTTA, E. A.; GILIO, A. E. **Febre aguda sem sinais de localização em crianças menores de 36 meses de idade.** J Pediatr, v. 75, n. 2, p. 214-222, 1999. Disponível em: <encurtador.com.br/eFPW3>. Acesso em: 01 abr. 2020.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. **Representações sociais, Representações individuais e Comportamento.** Revista Interamericana de Psicologia, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em: <encurtador.com.br/hESW3>. Acesso em: 01 abr. 2020.

WALSH, A., EDWARDS, H. **Management of childhood fever by parents: literature review.** J Adv Nurs., v. 54, n. 2, p. 217-227, 2006. Disponível em: <encurtador.com.br/hAP03>. Acesso em: 01 abr. 2020.

WALSH, A.; EDWARDS, H.; FRASER, J. **Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources.** J Clin Nurs., v. 16, n. 12, p. 2331-2340, 2007. Disponível em: <encurtador.com.br/

ktJKS>. Acesso em: 01 abr. 2020.

WALSH, A.; EDWARDS, H.; FRASER, J. **Parent's childhood fever management**: community survey and instrument development. *J Adv Nurs.*, v. 63, n. 4, p. 376-378, 2008. Disponível em: <encurtador.com.br/vGRZ8>. Acesso em: 01 abr. 2020.