

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Faculdade de medicina

Programa de pós-graduação em ciências da saúde:

Infectologia e Medicina Tropical

**ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS, CONHECIMENTOS E FONTES DE
INFORMAÇÃO NAS CONDUTAS DOS CUIDADORES NO MANEJO DA FEBRE
NA CRIANÇA**

ANA CAROLINA MICHELETTI GOMIDE

Belo Horizonte

2011

ANA CAROLINA MICHELETTI GOMIDE

**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 em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Área de Concentração: Infectologia e Medicina Tropical.

Orientador(a): Prof.(a): Regina Lunardi Rocha.

Coorientador: Prof. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves.

**Belo Horizonte
Faculdade de Medicina - UFMG
2011**

G633e Gomide, Ana Carolina Micheletti.
Estudo da influência das crenças, conhecimentos e fontes de
informação nas condutas dos cuidadores no manejo da febre na criança
[manuscrito]. / Ana Carolina Micheletti Gomide. - - Belo Horizonte: 2011.
179f.: il.
Orientadora: Regina Lunardi Rocha.
Co-Orientador: Luiz Alberto Oliveira Gonçalves.
Área de concentração: Infectologia e Medicina Tropical.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Febre/terapia. 2. Percepção. 3. Conhecimento. 4. Atitude. 5. Criança.
6. Dissertações Acadêmicas. I. Rocha, Regina Lunardi. II. Gonçalves, Luiz
Alberto Oliveira. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de
Medicina. IV. Título.

NLM: WB 152

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor

Prof. Célio Campolina Diniz

Pró-Reitor de Pós-Graduação

Prof. Ricardo Santiago Gomez

Diretor da Faculdade de Medicina

Prof. Francisco José Penna

Coordenador do Centro de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina da UFMG

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde Infectologia e Medicina Tropical

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr (coordenador)

Prof. Manoel Otávio da Costa Rocha (subcoordenador)

Prof. Antônio Luiz Pinho Ribeiro

Prof. José Roberto Lambertucci

Prof. Ricardo de Amorim Corrêa

Antonio Vaz de Macedo (representante discente)



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 3409.9641 FAX: (31) 3409.9640



DECLARAÇÃO

A Comissão Examinadora abaixo assinada, composta pelos professores doutores: Regina Lunardi Rocha, Luiz Alberto Oliveira Gonçalves, Maria Flávia Carvalho Gazzinelli e Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho, aprovou a defesa de dissertação intitulada: **“ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS, CONHECIMENTOS E FONTES DE INFORMAÇÃO NAS CONDUTAS DOS CUIDADORES NO MANEJO DA FEBRE NA CRIANÇA”** apresentada pela mestranda **ANA CAROLINA MICHELETTI GOMIDE** para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, realizada em 26 de setembro de 2011.

Profa. Regina Lunardi Rocha
Orientadora

Prof. Luiz Alberto Oliveira Gonçalves
Coorientador

Profa. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli

Profa. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho



FACULDADE DE MEDICINA
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Av. Prof. Alfredo Balena 190 / sala 533
Belo Horizonte - MG - CEP 30.130-100
Fone: (031) 34099640 FAX: (31) 34099641



ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de ANA CAROLINA MICHELETTI GOMIDE, nº de registro 2009654379. Às quatorze horas do dia vinte e seis do mês de setembro de dois mil e onze, reuniu-se na Faculdade de Medicina da UFMG, a Comissão Examinadora de dissertação indicada pelo Colegiado do Programa, para julgar o trabalho final intitulado: “ESTUDO DA INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS, CONHECIMENTOS E FONTES DE INFORMAÇÃO NAS CONDUTAS DOS CUIDADORES NO MANEJO DA FEBRE NA CRIANÇA”, requisito final para a obtenção do grau de mestre em Ciências da Saúde – Infectologia e Medicina Tropical, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Regina Lunardi Rocha, após dar a conhecer aos presentes o teor das normas regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata, para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Regina Lunardi Rocha/Orientadora	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Prof. Luiz Alberto de Oliveira Gonçalves/Coorientador	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>
Profa. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho	Instituição: UFMG	Indicação: <u>aprovada</u>

Pelas indicações, a candidata foi considerada: aprovada

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de setembro de 2011.

Profa. Regina Lunardi Rocha [assinatura]
 Prof. Luiz Alberto de Oliveira Gonçalves [assinatura]
 Profa. Maria Flávia Carvalho Gazzinelli [assinatura]
 Profa. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho [assinatura]
 Prof. Vandack Alencar Nobre Júnior/Coordenador [assinatura]

Obs. Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador

[assinatura]
CONFERE COM O ORIGINAL
Centro de Pós-Graduação

Prof. Vandack Alencar Nobre Jr.
Coordenador do Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde:
Infectologia e Medicina Tropical
Faculdade de Medicina - UFMG

Dedico este trabalho a minha família, a meus pais Maria e Carlos (in memorium) e a minha irmã Maíra, meus exemplos e fontes de inspiração em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a primeiramente a Deus, por guiar em toda a minha vida e por estar presente, me auxiliando durante toda a trajetória desde estudo.

A Professora Regina Lunardi Rocha, por me orientar na construção dessa pesquisa, pelo carinho, paciência, disponibilidade e oportunidade de crescimento que me proporcionou. Agradeço todo o incentivo e possibilidade de maior contato com a pesquisa acadêmica.

Ao Professor Luiz Alberto Oliveira Gonçalves, pela co-orientação, fica a minha gratidão pelo empenho, ensinamentos, correções, e a disposição em ensinar um universo novo trabalhando com a pesquisa qualitativa.

A meus pais. A minha Mãe, não tenho palavras para agradecê-la, o seu amor incondicional, tem me guiado por todo o sempre transmitindo os ensinamentos mais importantes da minha vida. Ao meu pai Carlos, pelos valores que me deixou, sendo o meu espelho na decisão em trilhar caminhos rumo docência com amor e responsabilidade. Sou eternamente grata a Deus por ter me dado pais tão maravilhosos, vocês são meus exemplos.

A minha querida irmã Maíra, pela amizade e companheirismo, agradeço o carinho e o incentivo, que me impulsionam para vencer qualquer obstáculo.

A avó Conceição por me ensinar que com força e coragem podemos conseguir aquilo que desejamos. Aos meus tios Geraldo, João e Aguinaldo, tia Conceição, as primas Juliana e Cinara por acreditarem no meu potencial.

As amigas Vanessa e Liliane, pela amizade e torcida pela realização dos meus sonhos.

Ao amigo Ronaldo Machado Silva e as acadêmicas de enfermagem Cláudia Soares Fernandes, Mariane Mendes Miranda, Isabela Resende, Gisele Vieira, Camilla Gabriela Rodrigues de Castro e Aline Galupo que contribuíram na construção dessa pesquisa.

Ao Flavio Diniz Capanema, pelo acolhimento, apoio e colaboração fundamental para que pudéssemos realizar nossas atividades no Hospital Infantil João Paulo II.

Aos colegas do Hospital das Clínicas/UFMG, em especial, aos membros da VDTE, Leonor Gonçalves, Maria Dirce Mendonça, Lucio José Vieira e aos prezados colegas do pronto-atendimento, em especial as amigas Swraide Agripino, Aline Dimitrof Ribeiro, Julimar Novaes e Marta Curcini. Agradeço imensamente a oportunidade de aprendizado, crescimento profissional e pessoal.

Aos funcionários do setor de acolhimento com classificação de risco do Hospital Infantil João Paulo II/FHEMIG, pela receptividade.

*”Sonhe com aquilo que você quer ser,
porque você possui apenas uma vida
e nela só se tem uma chance
de fazer aquilo que quer.*

*Tenha felicidade bastante para fazê-la doce.
Dificuldades para fazê-la forte.
Tristeza para fazê-la humana.
E esperança suficiente para fazê-la feliz.*

*As pessoas mais felizes não tem as melhores coisas.
Elas sabem fazer o melhor das oportunidades
que aparecem em seus caminhos.*

*A felicidade aparece para aqueles que choram.
Para aqueles que se machucam
Para aqueles que buscam e tentam sempre.
E para aqueles que reconhecem
a importância das pessoas que passaram por suas vidas”.*
Clarice Lispector

RESUMO

Introdução: a “febre fobia” dos pais, suas preocupações e o tratamento inapropriado da febre na infância tem sido documentados a há aproximadamente duas décadas. A forma como os pais compreendem compreensão a febre, pode determinar as suas preocupações, temores e reações em relação do cuidado com a criança. *Objetivo:* verificar o conhecimento, crenças, fontes de informação, práticas e atitudes dos pais e cuidadores no manejo da febre na criança. *Metodologia:* trata-se de um estudo descritivo transversal, de caráter qualitativo quantitativo. Os participantes foram recrutados nos meses de setembro de 2010 a janeiro de 2011. A população estudada foi composta por todos os pais e cuidadores que procuraram o serviço de urgência do Hospital Infantil João Paulo II, com queixa de febre ou relato de febre na criança nas últimas 72 horas. A amostra foi constituída por 286 participantes. Todos responderam a um questionário elaborado sobre manejo da febre e destes 6 pais/cuidadores foram convidados para participar de uma entrevista semi-estruturada. Os dados coletados foram tabulados e submetidos a análises uni- e bi-variadas com o auxílio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Science)*, versão 15.0 e *STATA* versão 10.0, com o intuito de elaborar o tratamento estatístico para responder as questões levantadas pela pesquisa. *Resultados/Discussão:* Para detectar a febre, 202 (70,5%) usam o termômetro e 84 (29,4%) utilizam a palpação das partes do corpo ou observam alguns sinais como irritação, coloração da pele ou prostração. A grande maioria dos participantes considera a febre perigosa 279 (97,6%) e apenas 80 (28%) acreditam que a febre pode trazer benefícios. Os pais e cuidadores que relataram acreditar que a febre pode provocar graves problemas de saúde em seus filhos, citaram a convulsão 201 (70,3%), sonolência 51 (17,8%), prostração 45 (15,7%), desidratação 20 (7%) e danos cerebrais 11 (3,8%), como seus principais temores. Para controle da febre 275 (96,2%) administram antitérmicos e 40 (14%) utilizam antibióticos, mas a maioria dos entrevistados desconhecem os efeitos adversos dessas medicações. Para obter informações sobre a febre os pais utilizam veículos como a internet 49 (17%), livros 24 (8%), televisão 47 (16,4%) e jornais 17 (5,9%) e também buscam informações com profissionais de saúde 155 (54%), amigos 24 (8%) e parentes 85 (29,7%). *Conclusões:* O medo exacerbado dos pais gera preocupações que associadas as suas concepções direcionam as condutas e práticas do manejo da febre da criança na amostra populacional estudada. A febre fobia persiste, e os pais/cuidadores demonstram sentimentos de insegurança para cuidar de uma criança febril.

Palavras chaves: febre, conhecimento, criança, percepção, atitude.

ABSTRACT

Introduction: the “fever phobia” of parents, concerns and inappropriate treatment of fever in children has been documented for approximately two decades. The understanding of parents regarding fever, can determine their concerns, fears and reaction to child care. *Aim:* verifying knowledge, beliefs, sources of information, practices and attitudes of parents and caregivers in the management of fever in children. *Methodology:* This is a descriptive cross-sectional of character qualitative and quantitative. Participants were recruited from september 2010 to january 2011. The study population consisted all parents and caregivers who sought the emergency department at Children’s Hospital John Paul II, with reports that the child has a fever or had a fever in the past 72 hours. The sample consisted of 286 participants. All answered a questionnaire about management of fever and 6 parents/caregivers were invited to participate in a semi-structure interview. The data collected were tabulated and submitted to univariate and bi-varied with the aid of software *SPSS (Statistical Package for Social Science)* version 15.0 and *STATA* version 10.0, in order to establish the statistical treatment to answer questions raised by research. *Results/ Discussion:* To detect fever, 202 (70,5%) use a thermometer and 84 (29,4%) use palpation of body parts or observe some signs such as irritation, skin-colored or prostration. The vast majority of participants considered dangerous fever 279 (97,6%) and only 80 (28%) believed that fever is beneficial. Parents and caregivers reported that reported that fever can cause serious health problems in their children, in relation to damage than can cause fever, were cited on a larger scale convulsion 201 (70,3%), somnolence 51 (17,8%), weakness 45 (15,7%), dehydration 20 (7%) and brain damage 11 (3,8%). For fever control in 275 (96,2%) administered antipyretics and 40 (14%) use antibiotics, but the majority of respondents unaware of the adverse effects of these medications. For information about fever parents use vehicles such as the internet 49 (17%), books 24 (8%), TV 47 (16,4%) and newspapers 17 (5,9%) and also seek information to health professionals that 155 (54%), friends 24 (8%) and relatives 85 (29,7%). *Conclusions:* The fear exacerbated raises concerns related to their conceptions direct their conduct and practices of management of fever. Fever phobia persists, and parents and caregivers had feelings of insecurity to caring for a feverish child.

Key words: fever, knowledge, child, perception, attitude.

LISTA DE ABREVIATURAS

AAS - Amostragem aleatória simples

AAS - Ácido acetilsalicílico

AIDS - Síndrome da imuno deficiência adquirida

ANVISA - Agência de Vigilância Sanitária

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

COEP/UFMG - Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais

CEP/FHEMIG - Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais

Et al. - *Et alter* (e outro)

FHEMIG - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais

HSP - Heat shock proteins

IL 1 - Interleucina I

IL 6 - Inteleucina 6

IFN-beta - Interferon-Beta

IFN-gama - Interferon-Gama

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

PGE2 - Prostaglandinas

PUBMED - National Library of Medicine

RFAg - Resposta da fase aguda

SCIELO - Scientific Electronic Library Online

SNC - Sistema nervoso central

SPSS - *Statistical Package for the Social Science*

TNF - Fator de Necrose Tumoral

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE TABELAS

Tabelas

- TABELA 1** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo quem conduziu ao serviço de saúde. **65**
- TABELA 2** - Distribuição das idades dos pacientes com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011. **65**
- TABELA 3** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo a Cidade de origem. **66**
- TABELA 4** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo possuir ou não termômetro em casa. **67**
- TABELA 5** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de termômetro. **67**
- TABELA 6** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo forma de aferir a temperatura sem uso do termômetro. **68**
- TABELA 7** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo saber ou não manusear o termômetro. **68**
- TABELA 8** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo valores conceituados como febre. **69**
- TABELA 9** - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo via utilizada para aferir temperatura com uso do termômetro..... **69**
- TABELA 10** Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo intervalo de tempo gasto para retirada do termômetro de mercúrio..... **70**

TABELA 11 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo intervalo de tempo gasto para retirada do termômetro digital.	70
TABELA 12 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tempo gasto para procurar atendimento médico, ao identificar que a criança se encontra febril.....	71
TABELA 13 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo administração de antitérmicos.	71
TABELA 14 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de antitérmico administrado.	72
TABELA 15 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo parâmetro para dosagem do antitérmico.	72
TABELA 16 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo conhecimento dos efeitos adversos causados pelos antitérmicos.....	73
TABELA 17 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo efeitos adversos dos antitérmicos relatados.	73
TABELA 18 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo administração de antibiótico.	74
TABELA 19 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de antibiótico administrado.	74
TABELA 20 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo conhecimento dos efeitos adversos causados pelos antibióticos.	75
TABELA 21 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo fonte de informações para decidir sobre medicação para controle da febre. ...	75

TABELA 22 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo métodos não medicamentosos utilizados para baixar a febre.	76
TABELA 23 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo considerar ou não que a febre traz benefícios.	76
TABELA 24 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo benefícios ocasionados pela febre.	77
TABELA 25 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 que segundo malefícios ocasionados pela febre.	78
TABELA 26 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo representação da febre.	79
TABELA 27 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo considerar ou não a febre perigosa.	79
TABELA 28 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo considerar o porquê consideram a febre perigosa.....	80
TABELA 29 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo danos que a febre pode produzir.	81
TABELA 30 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo veículo utilizado para buscar informações sobre a febre.	81
TABELA 31 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo as pessoas que utilizam como fonte de informação.	82
TABELA 32 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo estado civil.	82

TABELA 33 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo número de filhos.	83
TABELA 34 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo pessoas com as quais reside.	83
TABELA 35 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo número de pessoas que habitam sua residência.	84
TABELA 36 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo proximidade de residência em relação aos avós maternos, paternos ou outros familiares.	84
TABELA 37 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de residência.	85
TABELA 38 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo renda média mensal familiar.	85
TABELA 39 - Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo grau de escolaridade.	86
TABELA 40 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administrar ou não antitérmicos.	87
TABELA 41 - Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração ou não de antibiótico.....	88
TABELA 42 - Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração de antibióticos.	88
TABELA 43 - Comparação entre a idade das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo o tempo aguardado pelo pais para procurar por atendimento médico.	89

TABELA 44 - Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 morarem próximo aos pais ou parentes e usar ou não antitérmicos.	90
TABELA 45 - Associação entre veículos utilizados pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 para busca de informações e profissionais da saúde consultado para decisão de qual medicação administrar.	91
TABELA 46 - Associação entre pessoas com quem os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 buscam informações sobre a febre e o uso de fármaco.	92
TABELA 47 - Associação entre medicamentos antitérmicos/antibióticos e métodos não farmacológicos utilizados pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011.	92
TABELA 48 - Associação entre utilização de medicamentos pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e número de pessoas que residem em suas casa.	93
TABELA 49 - Associação entre utilização de métodos não farmacológicos pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e número de pessoas que residem na casa.	93
TABELA 50 - Associação entre uso de antitérmico pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber os efeitos colaterais causados pelo mesmo.	94
TABELA 51 - Associação entre o uso de antibiótico pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber os efeitos colaterais causados pelo mesmo.	95
TABELA 52 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber manusear o termômetro.....	143
TABELA 53 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber utilizar o termômetro de mercúrio.	144

TABELA 54 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber utilizar o termômetro digital.	144
TABELA 55 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber conceituar o valor da febre.	145
TABELA 56 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração ou não antibiótico.	146
TABELA 57 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar ou não a febre perigosa.	146
TABELA 58 - Associação entre escolaridade pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e representação da febre.	147
TABELA 59 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e utilizar ou não métodos não farmacológicos.	148
TABELA 60 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e veículo utilizado para busca de informações sobre a febre.....	149
TABELA 61 - Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e pessoas com quem buscam informações sobre a febre.	150
TABELA 62 - Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber conceituar o valor da febre.	150
TABELA 63 - Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração ou não de antitérmico.	151
TABELA 64 - Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar ou não a febre perigosa.	152

TABELA 65 - Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e utilizar ou não métodos não farmacológicos.	152
TABELA 66 - Associação entre renda média mensal dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e veículo utilizado para busca de informações sobre a febre.	153
TABELA 67 - Associação entre renda média mensal dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e pessoas com as quais se busca informações sobre a febre.	153
TABELA 68 - Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber conceituar o valor da febre.	154
TABELA 69 - Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar a febre perigosa.	154
TABELA 70 - Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar a febre benéfica.	155
TABELA 71 - Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e tempo para procurar atendimento médico.	156
TABELA 72 - Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração de antitérmicos.	156
TABELA 73 - Comparação da idade das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo os pais considerarem ou não a febre perigosa.	157
TABELA 74 - Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 residirem próximo aos pais ou parentes e saberem conceituar o valor da febre.	157
TABELA 75 - Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 residirem próximo aos pais ou parentes e utilizar métodos não farmacológicos no manejo da febre.	158

TABELA 76 - Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 morarem próximo aos pais ou parentes e usar ou não antibióticos.	158
TABELA 77 - Associação entre veículo utilizado pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 para busca de informações sobre a febre e utilizar ou não fármaco.	159
TABELA 78 - Associação entre veículo utilizado pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 para busca de informações sobre a febre e utilizar métodos não farmacológicos.	159
TABELA 79 - Associação entre pessoas com quem os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 buscam informações sobre a febre e o uso de não métodos não farmacológicos.	160
TABELA 80 - Associação entre pessoas a quem os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 pedem informações sobre a febre e os profissionais de saúde consultados para a decisão do tratamento.	161

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura

FIGURA 1 - Fisiopatologia da febre.	44
---	-----------

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
2 REVISÃO DA LITERATURA	26
2.1 Conhecimentos dos pais acerca da febre	26
2.1.1 Os pais e a febre	26
2.1.2 Como os pais avaliam a temperatura febril na criança	28
2.1.3 Crenças dos pais	30
2.1.4 Fontes de informação	33
2.1.5 Entendimento da saúde da criança	34
2.1.6 Atitudes, práticas e experiências dos pais	35
2.1.7 Administração de medicamentos pelos pais quando seus filhos se encontram febris ..	38
2.1.7.1 A escolha do antipirético	39
2.2 Conhecimento científico acerca da febre	40
2.2.1 Febre	40
2.2.2 O papel da febre nas defesas orgânicas	45
2.3 A criança com febre no serviço de urgência	46
2.4 Convulsão Febril	47
2.5 Os profissionais de saúde e a febre infância	50
2.6 Intervenção Educativa	53
3 OBJETIVOS	55
3.1 Geral	55
3.2 Específicos	55
4 METODOLOGIA	56
4.1 Caracterização do estudo	56
4.1.2 Metodologia do referencial teórico	56
4.2 Local de estudo	57
4.3 Amostra	57
4.3.1 Critérios de inclusão	57
4.3.2 Critérios de exclusão	58

4.4 Técnicas de Pesquisa	58
4.4.1 Questionário e Entrevistas semi-estruturadas	58
4.5 Análise estatística	62
4.5.1 Metodologia de Análise	62
4.6 Aspectos éticos	64
5 RESULTADOS	65
5.1 Caracterização da Amostra	65
5.2 Relacionamento dos dados	86
5.1.2 Associação entre Características Socioeconômicas e Conhecimento sobre a Febre	86
5.3 Resultados das entrevistas	95
5.3.1 Quadro síntese das Entrevistas Semi-Estruturadas	97
6 DISCUSSÃO	98
6.1 Discussão dos dados obtidos através da aplicação dos questionários aos pais e cuidadores	98
6.2 Discussão dos dados obtidos através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas aos pais e cuidadores	113
6.2.1 A febre associada a fatores externos e internos	114
6.2.2 Situações que geram febre segundo os pais entrevistados	115
6.2.3 Experiências de vida dos pais no tratamento da febre	115
6.2.4 Danos acarretados pela febre segundo os pais entrevistados	118
6.2.5 Motivos pelos quais os pais apresentam medo e preocupações em relação a febre infantil	120
7 CONCLUSÕES	123
REFERÊNCIAS	125
ANEXOS	131
ANEXO A – QUESTIONÁRIO	
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (REFERENTE AO QUESTIONÁRIO)	
ANEXO C - ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (REFERENTE A ENTREVISTA)

ANEXO E – TABELAS 52 A 80

ANEXO F – ENTREVISTAS

ANEXO G - SIGNIFICADOS DAS CORES E TEMPO ALVO ATÉ O PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO SEGUNDO SISTEMA DE TRIAGEM DE MANCHESTER (MANCHESTER TRIAGE SYSTEM)

ANEXO H – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA UTILIZADO COMO FUNDAMENTAÇÃO PARA A FORMULAÇÃO DAS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

ANEXO I – PARECER COEP/UFMG PROJETO MAIOR

ANEXO J – PARECER DO PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL

ANEXO L – PARECER DA CÂMARA DEPARTAMENTAL DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG.

ANEXO M – PARECER DO CEP/ FHEMIG PROJETO MAIOR

ANEXO N – PARECER DO CEP/FHEMIG

1 INTRODUÇÃO

A febre é um sintoma de enfermidade comum na infância, sendo uma das causas de procura de atendimento para consulta ao pediatra em serviços de emergência, ambulatorios ou consultórios particulares (TROTTA & GILIO, 1999; CONSIDINE & BRENNAN, 2007; ALVES, ALMEIDA & ALMEIDA, 2008).

Segundo ALVES, ALMEIDA & ALMEIDA (2008), 19 a 30% das visitas ao pediatra nos serviços de urgência e emergência, se deve a essa sintomatologia. Tal situação ocorre com frequência devido à associação de doença e febre, servindo como sinal alerta para aqueles que buscam o atendimento diante dessa circunstância. O sintoma febre é acompanhado da sensação de ansiedade, insegurança e preocupação por parte dos pais ou cuidadores (MURAHOVSKI, 2003).

Febre é definida como elevação da temperatura corpórea em resposta a um estímulo patológico, pode indicar processo inflamatório, infeccioso ou não, desordem neoplásica ou uma reação a determinadas drogas (TROTTA & GILIO, 1999; MACAMBIRA, 2007). Em se tratando do conceito de “febre na infância”, não há consenso absoluto entre os vários autores a respeito de sua definição exata (TROTTA & GILIO, 1999; MURAHOVSKI, 2003).

Esta definição implica em estabelecer o que é temperatura dentro dos padrões fisiológicos, tarefa não simples, pois a mesma varia de acordo alguns fatores conhecidos como: faixa etária; o lactente apresenta temperatura normal mais elevada que a do adulto; a partir de um ano de idade, a temperatura tende a diminuir para níveis semelhantes ao do adulto. Outro fator é a variação circadiana, quando a temperatura corporal é mais baixa de madrugada e no início da manhã, sendo máxima no final da tarde e início da noite. A atividade física intensa e temperatura ambiental elevada, em local pouco ventilado, podem acarretar elevação da temperatura. O local de aferição da temperatura no corpo também apresenta variações, sendo a temperatura retal é maior que a bucal, e esta é maior que a axilar (MURAHOVSKI, 2003).

Os autores TROTTA & GILIO (1999), consideram que a medida mais confiável da temperatura corpórea é aquela medida por via oral ou retal. Alguns estudos classificam como febre a temperatura retal acima de 37.7°C ou 38.0°C. A medida da temperatura axilar, timpânica ou por palpação são consideradas menos confiáveis. Apesar disso, em nosso meio,

a medida axilar com termômetro de mercúrio é bastante utilizada. A temperatura axilar é 0,3 a 0,4°C menor do que a temperatura retal.

Diversos estudos na literatura internacional relatam que os pais apresentam concepções variadas, muitas vezes equivocadas, em relação ao valor exato da temperatura considerada febre na infância. Além disso, preocupações sobre a febre costumam ser compostas por associações incorretas entre a febre e gravidade das doenças (CONSIDINE & BRENNAN, 2007).

Discrepância entre a literatura científica e concepções de febre necessitam ser exploradas assim como as definições atribuídas pelos pais acerca de febre elevada e perigosa, pois tais conceitos podem influenciar as suas práticas (WALSH, EDWARD & FRASER, 2008).

A febre na infância tem efeitos socioeconômicos, físicos e emocionais nos pais. Pais de crianças febris se afastam do trabalho, buscam por conselhos médicos, fazem compras farmacêuticas e necessitam de mais assistência em casa (WALSH, EDWARD & FRASER, 2008).

Segundo ROCHA *et al.* (2009), a baixa compreensão da febre revela a necessidade de mais pesquisas que determinem com precisão o que os pais sabem sobre esse assunto, o grau de ansiedade e medo associados e a forma como essa alteração é tratada. Com a criação de programas voltados à saúde da comunidade será possível passar para os pais orientações sobre o manejo da febre na criança.

Este estudo visa identificar como os pais lidam com a febre infantil. Dados da literatura indicam a incidência elevada de procura por atendimento para consulta ao pediatra em serviços de emergência, ambulatórios ou consultórios particulares, com a queixa principal de febre.

Contudo, faz-se necessária a realização de estudos que visem investigar o conhecimento dos pais em relação à febre infantil e métodos de manejo da febre. Com isso será possível identificar se de fato, a maior parte dos casos de procura aos serviços de emergência com queixa de febre, se enquadra dentro da perspectiva deste tipo de serviço, que é tratar o risco iminente de morte. Assim, será possível intervir de forma positiva e educativa no campo de

saber desses indivíduos (pais/cuidadores), para que os mesmo saibam identificar o que é febre, quais os são os benefícios e danos ocasionados pela febre, como cuidar de forma segura de uma criança febril em casa e quando se deve procurar um serviço de saúde diante dessa condição clínica.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Conhecimentos dos pais acerca da febre

2.1.1 Os pais e a febre

Não é raro observar a presença dos pais nos serviços de emergência, devido indisposições comuns na infância. A febre é um dos sintomas mais comuns na infância e dos que mais levam os pais a procurar por assistência médica e conselhos de profissionais de saúde.

Concepções equivocadas dos pais sobre a febre, muitas vezes, fazem com que os mesmo procurem por esses serviços sem necessidade (KRANTZ, 2001; MATZIOU *et al.*, 2008).

Pais geralmente apresentam dificuldade de avaliar a gravidade da doença. A febre de seus filhos aparece como indicador de enfermidade, sendo considerada prejudicial por muitos pais (WALSH & EDWARDS, 2006).

Não somente os pais, mas também alguns profissionais de saúde usam a temperatura do corpo para determinar estado de saúde, ou seja, febre é interpretada como doença (WALSH & EDWARDS, 2006).

De acordo com BROOME *et al.* (2003), pesquisas têm documentado que os pais apresentam crenças diversas sobre a febre. Preocupações dos pais sobre os efeitos prejudiciais da febre têm sido relatadas acerca de vinte anos (WALSH & EDWARDS, 2006).

Em 1980, um artigo escrito por SCHMITT (1980), investigou a participação dos pais no manejo da febre. Esse autor criou o termo “febre fobia”, para descrever os medos irrealis dos pais sobre a febre. Esse termo tem sido adotado para descrever receios imaginários sobre febre em pais e profissionais de saúde. Para MATZIOU *et al.* (2008) a percepção de febre como manifestação de doença aliada ao conhecimento insuficiente sobre seus efeitos na saúde das crianças levam ao medo excessivo e a ansiedade. Essas atitudes são designadas “febre fobia”.

De acordo com TESSLER *et al.* (2008), etnia, cultura e fatores socioeconômicos podem influenciar as atitudes e práticas com respeito à saúde e doença. Os poucos dados avaliados em relação à febre na infância de diversas populações sociodemográficas apontam para diferenças nas crenças e práticas dos pais. A concepção dos pais acerca da febre apresenta uma dimensão histórica, nos séculos XVI e XVII, prevalecia a concepção que a febre representava uma reação do corpo para auxiliar o organismo a separar e eliminar substâncias nocivas além de um sinal da presença da invasão de agentes estranhos do corpo. A crença que a febre pode causar danos como injúria cerebral e morte são recentes (TESSLER *et al.*, 2008).

Sintetizando numerosas opiniões são influenciadas através da história, e práticas diversas são aplicadas para o tratamento do paciente febril (indução de vômito, banho, uso de medicamentos, e outras). O medo irreal da febre ou “febre fobia” está relacionada à concepções surgidas no século XIX (TESSLER *et al.*, 2008).

A busca para entender e orientar os pais no manejo da febre perdura até hoje e pesquisadores tentam entender a preocupação dos cuidadores com a febre e testam novos métodos de aperfeiçoamento no manejo da febre pelos pais (WALSH & EDWARDS, 2006).

Pesquisas acerca das crenças e práticas dos pais em relação à febre na infância tiveram início na América do Norte e Europa (IMPICCIATORE *et al.*, 1998).

Ao longo de 24 anos de literatura revisada, foi contatado por WALSH & EDWARDS (2006), que diversos pais acreditam que a febre pode ter efeitos prejudiciais, por isso esses pesquisadores se preocupam com essa percepção dos efeitos danosos da febre, porque ela não inclui os numerosos relatos dos benefícios da febre baixa a moderada na literatura médica e científica (WALSH & EDWARDS, 2006).

As causas das preocupações e tratamento inapropriado da febre na infância pelos pais são documentadas e possivelmente são multifatoriais, geralmente ocasionados pela 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, amigos, entre outras (WALSH & EDWARDS, 2006).

Em estudos recentes, pesquisadores acham que a febre é considerada como uma das mais antigas e melhores manifestações da doença observada. A compreensão dos pais quanto à importância de um sintoma pode determinar as suas preocupações, medos e reações em relação do cuidado com a criança (AL-NOURI & BASHEER, 2005; DIXON *et al.*, 2006).

O desafio enfrentado pelos pais que cuidam de crianças é, portanto identificar quando uma criança com febre tem o potencial para se tornar gravemente doente e quais sinalizadores o permitem reconhecer precocemente uma criança grave (DIXON *et al.*, 2006).

2.1.2 Como os pais avaliam a temperatura febril na criança

Em pesquisa realizada por WALSH, EDWARDS & FRASER (2008) com pais australianos, foi identificado que estes consideram que a temperatura normal do organismo varia entre 35,2°C e 38,7°C, com 95,9% dos pais relatando as temperaturas entre 36,0 °C e 37,9°C, aproximando da definição de febre na ciência (WALSH, EDWARDS & FRASER 2008).

No Brasil mães consideram apenas aferições acima de 38,0°C como presença de febre, mostrando, não considerando valores abaixo de 38,0°C como febre (ROCHA *et al.* 2009).

SCHMITT (1984) mostrou que os pais atribuíam temperaturas acima de 40,0°C indicativos de febre moderada, 40,5°C febre alta e 41,6°C febre perigosa (com associação de danos cerebrais). Em estudo mais recente WALSH & EDWARDS (2006), relatam que alguns pais definem como febre temperaturas entre 37,0, 38,0 e 39,0 °C e febre alta como temperaturas entre 39,0 e 40,0°C, aproximando as duas definições dadas pelos pais em épocas diferentes.

Alguns estudos realizados em relação à febre infantil não encontraram diferenças nas temperaturas indicativas de febre, dentro das diversas culturas populacionais dos Estados Unidos, Latinos, e Afro-americanos. (WALSH & EDWARDS, 2006).

Investigando as formas como os pais mediam a temperatura de seus filhos para saber se estão com febre ou não WALSH e EDWARDS (2006), os pais aferem a temperatura pela palpação de partes do corpo ou usa o termômetro. Estes autores consideram o conhecimento deles em relação à temperatura considerada normal e febre é carente. Para exemplificar tal fato os

autores descrevem que BLUMENTHAL (1998), mostrou em seu estudo que muitos pais não acreditam que a temperatura aumenta em um dia quente (BLUMENTHAL *apud* WALSH; EDWARDS, 2006, p.218).

BLUMENTHAL (1998), observou que 75% dos pais acreditam que o uso do termômetro é o melhor método para avaliar a febre. Em locais de poucos recursos, onde o uso do termômetro é restrito aos estabelecimentos de saúde, o diagnóstico inicial da febre na criança baseia-se na avaliação das mães, realizada muitas vezes pelo toque. Mesmo em países desenvolvidos, onde os termômetros estão mais facilmente disponíveis nas casas, pode ocorrer das mães não usá-los corretamente ou optarem por tocar as crianças para detectar febre (TENG *et al.* 2007).

Em estudo prospectivo com 130 crianças examinadas semanalmente durante três meses, cuidadores utilizando o tato e entrevistadores utilizando termômetros mostraram em 79% dos casos que o corpo quente apresentavam febre, enquanto a proporção de crianças afebril não ter o corpo quente foi de 99,3% (TENG *et al.* 2007).

Em outro estudo realizado por MATZIOU *et al.* (2008), na maioria das crianças o local preferencial para aferir a temperatura são as axilas. Os pais parecem evitar mensurar a temperatura retal de suas crianças, por receio de lhes causar algum mal.

A falta de habilidade dos pais para aferir a temperatura de forma precisa foi relacionada a dificuldade de leitura do termômetro. Não foram encontradas correlações entre a idade materna ou a experiência com outras crianças em casa. Entretanto pais jovens e com maior nível socioeconômico conseguem ler com exatidão o termômetro de mercúrio (WALSH & EDWARDS, 2006).

MATZIOU *et al.* (2008) examinando a literatura internacional inferem que o conhecimento de grande parte mães sobre febre e o seu tratamento é muito limitado, elas freqüentemente não sabem definir qual é o valor de temperatura considerado febre, e classificam febre baixa como alta. Devido a isso, escolhem medidas inapropriadas de tratamento, e com freqüência reduzem temperaturas consideradas normais. BLUMENTHAL (1998) verificou em sua pesquisa que 63,9% dos pais acreditam que o meio mais efetivo de tratamento da febre é uma combinação de antipiréticos e medidas médicas. Já WALSH & EDWARDS (2006) mostram que as mães procuram por conselhos médicos e de outros profissionais quando as temperaturas de suas

crianças não reduzem para o nível que consideram satisfatórios, apesar das doses de medicamentos administradas e levando suas crianças a hospitais quando essas apresentam baixas temperaturas. O grau da febre geralmente é fator de decisão comum dos pais para conduzir a criança ao serviço de emergência.

2.1.3 Crenças dos pais

A febre fobia persiste em 1980, SCHMITT descobriu que os pais tinham crenças diversas sobre a febre em seus filhos. Em seu estudo inicial foi revelado que 94 % dos pais acreditavam que a febre poderia causar efeitos colaterais, 63% dos pais afirmaram que se preocupavam muito com os danos graves resultantes da febre e que outras conseqüências graves podiam ser causadas por febre de 38,9°C ou superior e 16% acreditavam que a temperatura do corpo poderia subir acima de 43,3°C se não fosse tratada com antipiréticos.

Em 2001 foi realizado estudo semelhante ao de SCHMITT (1980) sobre as atitudes dos pais em relação a febre. Noventa e um por cento dos pais acreditam que a febre pode causar efeitos nocivos, tais como convulsões, danos cerebrais, como, delírio, cegueira e morte, 56% estavam preocupados com a febre e seu potencial para causar danos e 7% acreditavam que a temperatura poderia ultrapassar 43,3°C, se não tratada (CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT, 2001).

No ano de 2003, KALLESTRUP & BRO (2003) relataram em seu estudo que a febre é o sintoma mais prevalente mencionado pelos pais, e é motivo de preocupação porque estes temem que seus filhos sejam prejudicados por tais sintomas, podendo evoluir para meningite e câibras.

Estudo realizado em 2006 mostra que crenças sobre os danos ocasionados pela febre, identificados na década de 80, como agravos cerebrais, convulsão febril e a morte, persistem independentemente do nível educacional e status socioeconômico dos pais. Preocupação sobre convulsões febril, desidratação e desconforto associado com a febre tem aumentado, e atitudes em relação à febre parecem ser semelhantes em vários países (WALSH; EDWARDS, 2006).

Em 2007 crenças adicionais de problemas cardíacos e acidente vascular cerebral foram relatadas, transferindo a doença para outros órgãos e destacando o medo dos pais. Crenças que a febre indica doença grave foram reforçadas por relatos da mídia associando febre e meningite. Atualmente a cobertura da mídia e o acesso à informação via internet mantém, fortalecem e consolidam essas crenças (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2007).

Quando interrogados acerca do controle da febre, os pais acreditam que esta deve ser controlada, tratada rapidamente para prevenir qualquer aumento que possa prejudicar seus filhos. Embora alguns acreditem que a febre branda pode ser benéfica, eles são relutantes em permitir que a febre fique muito alta (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2007).

Em estudo realizado por AL-NOURI & BASHEER (2005) mães iraquianas revelaram acreditar que convulsões e delírios permanecem como efeitos da febre além de outros danos mais graves como paralisia, meningite, retardo mental, epilepsia, cegueira, coma e óbito. Resultados semelhantes foram encontrados em outros trabalhos, mas o medo da morte foi menor na Arábia Saudita (18%), Canadá (11%) e Estados Unidos (8%). O medo da morte ou de seqüelas graves pode fazer com que os pais procurem rapidamente a atenção médica muitas vezes em menos de 24 horas do início do quadro febril.

Outro estudo realizado por TESSLER *et al.* (2008), com pais judeus e beduínos, com a finalidade de comparar as preocupações entre os dois grupos étnicos, apontou que ambos os grupos tinham numerosas crenças e práticas sobre a febre. Nos dois grupos foram documentados os efeitos nocivos da febre ambos relataram que febre baixa pode causar danos e que iniciam o tratamento rapidamente de uma criança febril, levando-as ao médico, e freqüentemente monitorando a temperatura. A administração de antipiréticos também é freqüente e em altas doses, muitos pais acordam a criança febril para dar antitérmicos. Comparando os dois grupos, os pais beduínos administram mais medicamentos para temperaturas abaixo de 38,0°C e buscam por atendimento médico no prazo de 24 horas (TESSLER *et al.*,2008).

Saindo do contexto de grupos religiosos, crenças de pessoas leigas foram investigadas perguntando aspectos específicos da febre e seu tratamento. Declarações de alguns pais refletem alguns dos conceitos previamente identificados como crenças populares, que freqüentemente contém fundamentação científica. Existem algumas evidências de modernas

crenças científicas, por exemplo, aceitação que a febre ocorre como o resultado de vários tipos de infecção (PURSSELL, 2008).

Alternativamente isso pode refletir uma real integração de concepções biomédicas dentro das crenças populares, um fenômeno que foi acelerado pelo aumento de informações médicas disponíveis na mídia (PURSSELL, 2008).

Outras declarações feitas pelos pais, alicerçadas em crenças populares foram sobre as causas da febre, incluindo que esta poderia ser causada pela erupção dentária, tempo, temperatura ambiente ou uso de roupas. Comentários individuais sobre a causa da febre também incluíram esforço excessivo, estilo de vida e fadiga (PURSSELL, 2008).

Em relação aos cuidados que se deve ter com a criança febril, quando questionados quanto a suas condutas, as respostas dos pais foram aceitação generalizada da necessidade de maior ingestão de líquido, refletindo o medo de desidratação grave (PURSSELL, 2008).

Mudanças nas atividades são comuns, incluindo ficar em ambientes fechados. Essa alteração é coerente com os possíveis benefícios da febre e os sintomas que a acompanham. Se uma pessoa que está doente e possivelmente vulnerável é isolada, isso permite a recuperação, e reduz a chance de infectar outras (PURSSELL, 2008).

Tem sido argumentado que é impossível compreender as crenças de saúde de indivíduos leigos sem compreender a sua origem. O estabelecer da crença entre esses pais é intensificada com a preocupação, por isso é importante identificar a origem dessas preocupações. (PURSSELL, 2008).

A ansiedade é considerada uma emoção negativa relacionada à fobia que os pais apresentam em relação à febre. Essa ansiedade foi encontrada em uma variedade de países, incluindo Estados Unidos, Reino Unido Itália e Arábia Saudita (SCHMITT, 1980, IMPICCIATORE *et al.*, 1998, AL-EISSA *et al.*, 2000, CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT, 2001 & PURSSELL, 2008).

Adicionalmente as preocupações expressas pelos pais, crenças fóbicas ou ações também têm sido observadas em profissionais de saúde incluindo médicos e enfermeiros. A conservação

da natureza da ansiedade relacionada à febre ao longo do tempo, cultura e entre pais e profissionais, sugere que tais crenças não são apenas resultados da mídia e sim influenciada por causas multifatoriais (PURSSELL, 2008).

2.1.4 Fontes de informação

A interminável busca por informações realizada pelos pais acerca da febre e as varias fontes de informação geralmente criam problemas adicionais. Informações de familiares, amigos, livros e profissionais de saúde são freqüentemente contraditórias. Esses conflitos de informações aumentam as preocupações relacionadas ao cuidado e manejo da febre promovendo sentimentos de insegurança (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2007).

Em estudo realizado por CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT (2001), em amostra de 340 pais, verificou-se que 46% procuram como primeira fonte de informação sobre febre, médicos e enfermeiros, 28% buscam por conselhos de amigos e 11% usam como fonte a leitura de materiais.

No ano de 2002 estudo realizado por KARWOWSKA *et al.* (2002), mostrou que os livros e revistas estavam entre as mais importantes fontes de informações utilizadas pelos pais, no entanto, observaram que poucos pais relataram o uso da internet como fonte de informação. O uso da internet como informação mostrou-se freqüente entre os pais mais jovens sugerindo que a internet pode ser fonte crescente de informações sobre a saúde. Além disso, foi observado que os pais estão mais propensos a utilizar a internet quando a criança está gravemente doente.

De acordo com BROOME *et al.* (2003), pesquisas têm relatado que profissionais de saúde não são a única fonte de informação dos pais para aprender lidar com a febre e que muitas das informações sobre o manejo da mesma são obtidas através de parentes, amigos e livros.

WALSH & EDWARDS (2006) descrevem que os pais aprendem a lidar com a febre através de diversas fontes de informação. Na Índia, eles buscam por aprendizado com pais e parentes, entretanto, pais indianos com nível socioeconômico mais elevado procuram aprender com leituras e médicos. Na Arábia Saudita, os pais igualmente usam como fonte de informação,

parentes, amigos, médicos e livros. Mães da Itália aprendem o manejo da febre com médicos durante um episódio febril. Pais nos Estados Unidos aprendem mais com médicos e enfermeiros do que com amigos, parentes, experiências, livros ou televisão. Os pais canadenses buscam por informações com médicos, embora também busquem outras fontes como família, enfermeiros, livros, revistas e coletam algumas informações da internet e televisão.

Em estudo realizado no ano de 2007, os autores WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), descrevem que os pais buscam por informações adicionais com profissionais de saúde e literatura ou baseiam suas decisões de como cuidar da febre em experiências passadas, que não necessariamente foram experiências positivas.

Estudo realizado por SAKAI & MARUI (2009) com mães japonesas apontaram que a leitura e a busca de informações com médicos e parentes eram as principais fontes de informação para lidar com a febre infantil.

Em relação ao tratamento da febre, nos anos 80, nos Estados Unidos, os pais aprendiam a dosagem de antipiréticos com médicos, experiências prévias, amigos e livros de referência médica. No século XXI, eles coletam informações com médicos e nas embalagens de medicamentos. No entanto, a fonte de informação para a administração de antipirético não determina diferença significativa entre as doses corretas e incorretas nos Estados Unidos (WALSH & EDWARDS, 2006).

PURSSEL (2007) identificou através de estudo realizado em hospital de Londres, que a principal fonte de informação dos pais era os médicos (97%), seguido de amigos, livros e revista. Também utilizaram como fonte de informação a internet, enfermeiros (95%) e farmacêuticos (91%) (PURSELL, 2007).

2.1.5 Entendimento da saúde da criança

Antigas visões de doença giravam em torno de três características: da epidemia, morte e isolamento, doenças que afetavam populações (epidemias), doenças para as quais pouco poderia ser feito levando o indivíduo a morte e pelo isolamento, a exclusão muitas vezes era

uma forma de se controlar a doença. Mais tarde o termo “as febres” tornou-se associada muitas vezes a doenças fatais e infecciosas, incluindo a varíola, sarampo e coqueluche. O conceito de contágio e febre nessas doenças era amplamente aceito por indivíduos leigos, antes mesmo dos médicos o adotarem e principalmente após a publicação do trabalho de Pasteur (PURSSELL, 2008).

Entre os anos de 1860 e 1910, era comum classificar a saúde das crianças em duas categorias: “ a criança normalmente forte e a criança delicada”. Até a última década do século XIX, a literatura médica e os relatos feitos pelos pais de diversas origens sociais apresentaram um conjunto de idéias similares. Os pais geralmente descreviam o estado de seus filhos como “naturalmente” em boa saúde. A doença era concebida como súbita e imprevisível. Para justificar como identificavam o ser saudável, os pais freqüentemente se baseavam em idéias que o organismo funcionava como um único sistema, regido por fluxos por dentro e por fora do corpo (POOLEY, 2010).

Esses entendimentos não foram criados apenas sob o ponto de vista médico, mas foram construídos através da diversidade popular em relação às compreensões de saúde. Os pais relatavam que seus medos se concentravam em situações que pudessem causar a doença em seus filhos, tais situações eram exposição a condições meteorológicas extremas, o consumo descontrolado de alimentos impróprios fora da casa dos pais e agressões físicas. Os temores em relação à febre evoluíram, apesar dos avanços nas intervenções preventivas e curativas. Essa persistência e a natureza conservadora da ansiedade relacionada à febre entre as diferentes culturas podem sugerir que as ações e atitudes dos pais têm passado por algumas adaptações evolutivas com objetivo do aumento da sobrevivência (PURSSELL, 2008; POOLEY, 2010).

2.1.6 Atitudes, práticas e experiências dos pais

Para IMPICCIATORE *et al.*(1998), o principal motivo que leva aos pais a buscarem por atendimento médico quando a criança esta febril é excluir que seja uma doença grave.

Os pais interpretam os sinais e sintomas e esta interpretação direciona as suas ações. Frente a uma criança com febre as ações dos pais dependem da confiança que possuem em deter o

controle da situação e se a consideram como perigosa ou não. Geralmente os pais procuram por ajuda quando interpretam a situação como falta de controle, que consideram como a progressão dos sintomas ou um desejo de obter um diagnóstico. As expectativas dos pais são mais específicas, geralmente estes querem que a criança seja examinada e desejam receber explicações para o que esta acontecendo de errado com seus filhos (KALLESTRUP; BRO, 2003).

Em estudo realizado por KALLESTRUP & BRO (2003), estes identificaram o que os pais esperavam quando buscavam por atendimento médico para suas crianças febris e verificaram que 19% esperavam que o médico prescrevesse um antibiótico, 50% desejavam receitas. Essas atitudes podem refletir as variações entre países, definições de febre atribuídas pelos pais e também uma conduta mais restritiva ao uso de antibióticos que vem ocorrendo desde 1990.

Segundo WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), sentimentos de culpa dos pais foram associados ao manejo inadequado da febre em casa. Alguns pais acreditam que podem precipitar a convulsão febril caso ocorra atraso na procura da assistência à saúde para a febre que requer intervenções médicas, como a prescrição de antibióticos.

Em 2008, MATZIOU *et al.* (2008) relataram que a idade é fator decisivo para conduzir a criança ao médico e apontou a idade inferior a um ano aliada a experiência excessiva de medo e ansiedade, levam os pais a buscarem os serviços de saúde.

Entretanto, ROCHA *et al.* (2009), colocam que a ansiedade, o medo e a falta de informação dos pais também provocam atitudes nos profissionais de saúde, como por exemplo, a prescrição de medicamentos desnecessários pelos pediatras, com intuito de reduzir o desconforto da criança e tranquilizar os pais.

Diante disso ROCHA *et al.* (2009), propõem que, na ausência de outros sinais e sintomas, os pediatras intervenham educacionalmente e orientem os pais a incluir tratamentos não-farmacológicos para reduzir a temperatura.

Além da administração de medicamentos como antibióticos e antipiréticos, outras práticas de manejo da febre têm sido usada pelos pais. Na década de 1980, tais práticas incluíam, o banho

tépido, a aplicação de compressas com água fria/gelada e fricção com álcool. Embora a realização do banho tépido ainda continue nos anos 2000, o uso de compressa com água fria/gelada e fricção com álcool foi reduzido consideravelmente. Em relação a esses dados, achados semelhantes têm sido encontrados em um número diferente de países e culturas (WALSH & EDWARDS, 2006).

Todas essas práticas, atitudes e condutas do manejo da febre pelos pais em seus filhos, são aprendidas, segundo BROOME *et al* (2003) pelas próprias experiências anteriores em episódios febris.

Em relação às práticas para detecção da febre em seus filho, ERKEK *et al.* (2010) descrevem que os pais tocam na criança ou observam a sua aparência e alguns usam o termômetro. A via de escolha preferencial dos pais para aferição da temperatura é a axilar.

Para WALSH, EDWARDS & FRASER (2007) os comportamentos, atitudes e condutas dos pais frente a febre infantil são influenciados por experiências com febres. A identificação da causa da febre, estratégias de manejo da febre e da doença considerada como grave, são buscadas através de livros, amigos, profissionais de saúde entre outros. Os pais percebem a necessidade de reafirmação de profissionais de saúde com os primeiros episódios febris, isto é uma experiência de aprendizagem que lhes permitem diferenciar doenças brandas e doenças graves de doenças que requerem intervenção médico.

As influências das experiências são evidentes quando relacionadas com crenças prévias negativas em relação ao primeiro bebê e atuais crenças positivas. Experiências negativas durante o episódio febril são associadas ao aumento da monitoração e uso de anti-térmicos (WALSH; EDWARDS & FRASER, 2007).

WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), relatam que as experiências dos pais com diagnósticos errados ou que consideram insatisfatórios são motivo de ansiedade. A identificação médica de “virose” como causa da febre tem sido relatada pelos pais como fator de confusão e aumento da ansiedade.

2.1.7 Administração de medicamentos pelos pais quando seus filhos se encontram febris

Em estudo realizado por SCHMITT (1980), foi identificado que todas as crianças têm consumido antipiréticos antes de receber o primeiro atendimento hospitalar. Quase metade das mães estudadas administrava essas medicações por iniciativa própria e um número substancial de mães determinava a dosagem de medicações

Segundo LINDER *et al.* (1999) o pouco conhecimento dos pais pode levá-los a “hiper-tratar” a febre infantil ou dar elevadas doses de antipiréticos. Conseqüentemente, algumas crianças correm o risco de sofrerem efeitos tóxicos dessas medicações, enquanto outras são levadas aos serviços de urgência ou a consultórios médicos porque a febre não parece responder à medicação convencional.

BROOME *et al.* (2003) relatam que muitos pais consideram temperaturas abaixo de 38.0°C como febre e freqüentemente já iniciam o antipirético. Além disso, muitos pais iniciam métodos inapropriados de manejo da criança febril, tal como administração de doses incorretas de antipiréticos e outras medicações (descongestionantes) e fricção com álcool.

Em 2006, DIXON *et al.* em trabalho de revisão de literatura relataram que a administração de antipiréticos em crianças febris tem ocorrido livremente, em doses incorretas e em crianças normotérmicas. Tal conduta é realizada apesar dos relatos que o uso inadequado de produtos farmacêuticos, especialmente quando as crianças estão desidratadas, tem o potencial de hepatotoxicidade. Alguns autores aconselham cautela na administração de antipiréticos e recomendam evitar intervenções farmacológicas para febre na infância, a menos que a temperatura esteja acima de 38,5°C ou 39,0°C (DIXON *et al.*; 2006).

No mesmo ano os autores WALSH & EDWARDS (2006), mostraram que os antipiréticos têm sido e permanecem como o método preferido por muitos pais para reduzir a febre. Estes preferem tratar a febre com antipiréticos a remover roupas ou dar banho na criança. Segundo estudos, o uso desse tipo de medicação (antipiréticos) pelos pais para o controle da febre aumentou em uma porcentagem de 67% no ano de 1980, para 95% no ano de 2002. Atualmente, 46% dos pais usam antipiréticos para promover bem-estar na criança durante episódio febril (WALSH & EDWARDS, 2006).

Os mesmo autores ainda colocam que dosagens incorretas de antipiréticos têm sido relatadas com frequência. Muitos pais ao administrarem antipiréticos incorrem em erros tais como número excessivo de doses, doses muito elevadas ou baixas. A sobredosagem ocorre com maior frequência em crianças mais jovens e de baixo peso (WALSH & EDWARDS, 2006).

Em 2007, WALSH, EDWARDS & FRASER referem que a fim de prevenir danos, os pais expõem que a febre alta deve ser prevenida, controlada e reduzida, e as crianças monitoradas rigorosamente.

Em trabalho realizado por MATZIOU *et al.* (2008), foi observado em amostra constituída por mães com idade superior a 30 anos, que estas seguiam tratamento agressivo e inapropriado da febre, resultado da administração de antipiréticos e repetição dessas medicações antes de completar a eficácia terapêutica.

Em 2009, WALSH, EDWARDS & FRASER (2009), relataram que o medo apresentando pelos pais quando seus filhos se encontram febris levam ao uso excessivo de medicações para normalizar a febre.

2.1.7.1 A escolha do antipirético

BARRETT (2000) relata que o uso do paracetamol é freqüente e diferentes concentrações são medicamento são muitas vezes incorretas. Além disso, alguns pais referem que aspirina e paracetamol possuem propriedades anti-histamínicas, anti-virais e descongestionante. Em relação ao paracetamol alguns pais relatam acreditar que esta droga gera bem estar, previne convulsões febris ou danos cerebrais (SARRELL, COHEN & KAHAN, 2002).

LAGERLØV, HELSETH & HOLAGER (2003), realizaram pesquisa de caráter qualitativo quanto o uso do paracetamol em crianças doentes. Foi observado o uso freqüente do paracetamol para o tratamento da febre e a maioria dos pais entrevistados tinha experiências pessoais com o uso da medicação. Poucos pais tinham preocupações sobre os efeitos adversos da droga. Eles descreveram três razões para administrar o paracetamol, queriam ajudar a criança durante a doença, aliviando o seu sofrimento; almejavam ajudar a família e também

queriam seguir as recomendações dos profissionais de saúde que recomendavam essa medicação para o tratamento da febre.

Um estudo realizado por AL-NOURI & BASHEER (2005), com mães de cem crianças teve como objetivo avaliar o conhecimento e a atitude das mães iraquianas sobre a febre em seus filhos, e em relação à administração de medicamentos para febre, 94% das mães usavam o paracetamol para reduzir a febre na criança, 23% usavam aspirina como medicamento alternativo. Sessenta e duas administravam também antibióticos, e como escolha tinham a cefalexina, eritromicina, penicilina G ou amoxicilina. Elas não tinham qualquer conhecimento quanto aos efeitos colaterais, dos antitérmicos e antibióticos, mas algumas mencionaram que essas medicações poderiam gerar alergias, paralisia após injeção, erupção cutânea, convulsão e morte.

WALSH, EDWARDS & FRASER (2009), relatam que além do aumento do uso de medicações e o uso dessas de forma alternada, pouco mudou durante as três décadas. Um estudo realizado na Austrália mostrou que atualmente, 91 a 95% dos pais preferem usar medicamentos como ibuprofeno e paracetamol para controlar e reduzir a febre (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2009).

No Brasil, um estudo realizado por ROCHA *et al.* (2009), com uma amostra composta por 60 mães, revelou que 100% destas administram antipiréticos, dentre eles a dipirona (73,3%) e o paracetamol (45%). Também foi constatado que as principais indicações desses medicamentos pelos pediatras, tem sido o alívio do desconforto da criança, bem como da ansiedade dos pais. Foi mencionada a administração de antibióticos por 3,3% das mães em crianças com febre, sem o conhecimento exato da causa e sem prescrição médica (ROCHA *et al.*, 2009).

2.2 Conhecimento científico acerca da febre

2.2.1 Febre

A temperatura corpórea é controlada por um centro termo-regulatório localizado no hipotálamo anterior, e que funciona como termostato, ao qual compete manter o equilíbrio

entre produção e perda de calor (o termostato age mais controlando a perda de calor), mantendo a temperatura interna em aproximadamente 37,0°C. Isso ocorre por meio de um sistema de feed-back. Na febre, o regulador eleva o ponto de termorregulação (set point) da temperatura para um patamar mais elevado (MURAHOVSKI, 2003; ROCHA *et al.*, 2009).

A fisiopatologia da febre é bem definida. A temperatura do corpo é controlada por neurônios termo-sensíveis, localizados no hipotálamo anterior (GLATSTEIN & SCOLNIK, 2008).

Uma alteração do controle no centro termorregulador ocasiona a febre, um dos sintomas mais comuns de doenças em crianças, que ocorre na presença de pirógenos, sendo considerada como uma resposta normal do organismo no combate às infecções. Essa ação benéfica da febre se dá pelo retardo do crescimento e da reprodução de bactérias e vírus, aumento da produção de neutrófilos e proliferação de células T (ROCHA *et al.*, 2009).

Em relação à seqüência patogênica na febre, os agentes infecciosos (bactérias, vírus, fungos ou toxinas) ou não infecciosos (tóxicos, drogas, antígenos), os chamados pirógenos exógenos estimulam as células inflamatórias fagocíticas entre elas os linfócitos T, a produzirem substâncias de natureza protéica às citocinas conhecidas como pirógenos endógenos. Entre as citocinas envolvidas na produção da febre estão: Interleucina I (IL 1), Interferon-Beta (IFN-beta), Interferon-Gama (IFN-gama), Fator de Necrose Tumoral (TNF), e Interleucina 6 (IL 6) (MURAHOVSKI, 2003; GLATSTEIN & SCOLNIK, 2008).

Ao serem detectados pelos tecidos neurais fora da barreira hematoencefálica, os pirógenos endógenos desencadeiam a produção de prostaglandinas (PGE₂), que atuam no centro termorregulador, elevando o patamar da termorregulação, induzindo e ativando a resposta febril e resultando em febre. A produção da PGE₂ é controlada por enzimas, as cicloxigenases (MURAHOVSKI, 2003; GLATSTEIN & SCOLNIK, 2008).

A partir da transmissão neuronal, o hipotálamo leva a conservação e geração de calor, elevando a temperatura corporal. Nos seres humanos o aumento de temperatura está associado com a diminuição da reprodução microbiana e o aumento da resposta inflamatória. Evidências sugerem que a febre é uma resposta adaptativa e poderia ser tratada apenas em determinadas circunstâncias (GLATSTEIN & SCOLNIK, 2008).

Febre e hipertermia não são sinônimos. Na hipertermia não há envolvimento do sistema nervoso central. Nesta ocorre um aumento da produção ou diminuição da perda de calor, sem alteração do termostato hipotalâmico (MURAHOVSKI, 2003).

CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT (2001), relatam que é importante repassar aos pais os conceitos de febre e hipertermia, uma vez que o tratamento das duas situações é diferente. A hipertermia em contraste com a febre é caracterizada por falha da termorregulação normal. O termostato hipotalâmico, e os mecanismos periféricos, tais como sudorese e dilatação arteriolar, são incapazes de manter a temperatura do corpo estável. O resultado é o aumento da temperatura corpórea. A hipertermia pode ocorrer em algumas doenças, pelo uso de determinados medicamentos ou por anormalidades da produção de calor e outros estresses térmicos.

Em crianças, a hipertermia pode ocorrer por excesso de agasalhos ou por exposição a altas temperaturas. As crianças mais velhas e adolescentes podem sofrer de estresse térmico e insolação. É importante que jovens atletas bebam água ao praticar esportes em climas quente e úmido. As pessoas com maior risco de hipertermia incluem os muito jovens, os idosos, os obesos e as pessoas desidratadas (CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT, 2001).

De acordo com os autores BARBOSA *et al.* (2000), na febre há aumento da produção endógena de calor, gerado pela intensa atividade metabólica relacionada à liberação de pirógenos endógenos desencadeando a resposta hipotalâmica. Na hipertermia, há produção endógena normal de calor, mas há diminuição da perda que pode ser gerada principalmente pelo aumento da temperatura ambiente, aquecimento excessivo por agasalhos, exercícios físicos intensos e perda de peso por baixa ingestão hídrica.

Febre é elevação anormal da temperatura corporal, controlada pelo sistema nervoso central (SNC), em resposta a um estímulo endógeno ou exógeno. Hipertermia é elevação da temperatura corpórea por mecanismos distintos dos da febre, sem a alteração do termostato hipotalâmico (RINCÓN & BUSTOS, 2003).

Clinicamente, a febre se manifesta por temperatura corpórea elevada, extremidades frias e ausência de sudorese, enquanto que na hipertermia ocorre elevação da temperatura corporal, inclusive das extremidades e sudorese abundante. Enquanto a febre deve ser tratada com

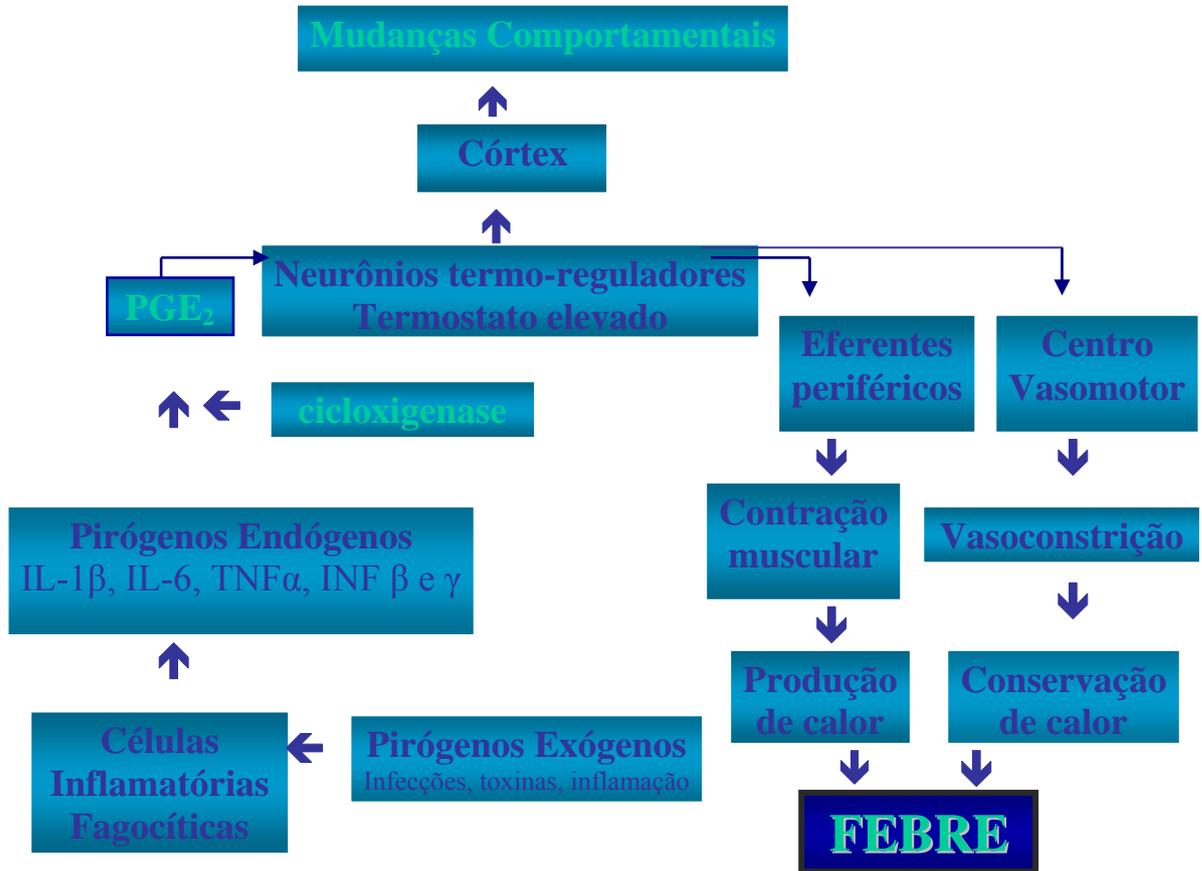
antitérmicos, o tratamento da hipertermia é de suporte e inclui remoção do ambiente quente e o uso de roupas leves e frescas e hidratação oral/venosa (CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT, 2001).

De acordo com GLATSTEIN & SCOLNIK (2008), a febre aumenta as perdas insensíveis através do aumento da transpiração, leva ao aumento do consumo do oxigênio, à produção de dióxido de carbono e ao aumento do débito cardíaco. Estudos sobre o valor adaptativo da febre demonstram associação entre a elevação da temperatura do corpo e diminuição na morbidade e mortalidade durante a infecção. Tem sido sugerido que a febre evoluiu como mecanismo de defesa do hospedeiro que o tem preservado por centenas de milhões de anos de evolução.

Em relação às definições da temperatura fisiológica tem-se que esta varia de acordo com o local e apresenta alteração diurna de 0.5°C, e seu valor varia entre 35.0°C e 37.2°C (BLUMENTHAL, 1998; ROCHA *et al.* 2009). Entretanto existe indefinição das temperaturas consideradas como normal, febre ou febre alta relatados na literatura (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2008). De acordo com HERZOG & COYE (1993), a temperatura normal da criança varia de $37,5 \pm 0,3$ °C, com 0,3°C de variação sazonal entre verão e inverno, considerando a temperatura de 38,2°C, como a mais aceitável de indicativo de febre na criança.

Já os autores CHAMBERLAIN *et al.* 1995, definem que 38.0°C é indicativo de febre na criança. CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT (2001), definem febre como temperatura oral de 37.8°C, temperatura timpânica e retal de 38.0°C e temperatura axilar de 37.2°C.

Figura 1 – Fisiopatologia da febre



2.2.2 O papel da febre nas defesas orgânicas

Segundo estudo de revisão de literatura realizado por VOLTARELLI (1994), as pequenas elevações da temperatura corporal semelhantes às observadas durante a resposta febril, potencializam a defesa do organismo contra agentes infecciosos e células neoplásicas.

Nos processos febris, a febre alta atua nas funções da resposta imune, acarretando a aceleração da quimiotaxia de neutrófilos e da secreção de substâncias antibacterianas (lisozina e lactoferrina), aumentando a produção e a atividade antiviral e antitumoral dos interferons, estimulando fases de reconhecimento e sensibilização da resposta imunológica, resultando em interação mais eficiente entre macrófago e linfócito T e maior proliferação destes últimos. Além disso, ocorre a diminuição da disponibilidade de ferro, limitando a proliferação bacteriana e de alguns tumores. Este fenômeno é causado pela hipotransferrinemia da resposta da fase aguda (RFAg), pelo aumento da afinidade do ferro pela lactoferrina intracelular e pela maior produção de proteínas quelantes de ferro pelas bactérias (VOLTARELLI, 1994).

A febre e alguns estímulos inflamatórios atuam na produção de uma família de proteínas conhecidas como proteínas do choque térmico (heat shock proteins – HSP), presentes em toda a escala animal e exibindo amplas interações com o sistema imunológico específico e inespecífico. Entre estas, destaca-se a proteção conferida pelas HPS às células expostas à própria hipertermia e a mediadores inflamatórios lesivos, como os radicais livres oxidantes e o fator de necrose tumoral (TNF). Pelo menos uma destas proteínas, a HPS70, parece funcionar como um verdadeiro termômetro celular, regulando a produção de outras HPS e, indiretamente, desencadeando mecanismos de termoproteção. Deste modo, as HPS constituem uma classe peculiar de antioxidantes e sua síntese na resposta inflamatória poderia explicar, pelo menos em parte, o valor adaptativo da febre (VOLTARELLI, 1994).

A maioria das ações benéficas da febre sobre as defesas orgânicas, mencionadas acima, são mediadas indiretamente por citocinas de efeito pirogênico secretadas na RFAg, principalmente IL-1 e TNF. Entretanto, estas e outras citocinas, aliadas a substâncias pró-inflamatórias como as prostaglandinas, produzem várias manifestações adversas, tanto na fase aguda como na fase crônica da reação inflamatória. Muitas destas manifestações (sonolência, astenia, mialgia, lombalgia, artralgia, cefaléia e anorexia) constituem apenas sintomas desconfortáveis da reação febril aguda, sem grandes conseqüências patológicas. Por outro

lado, em estados febris de longa duração, como na AIDS e em várias outras doenças crônicas, as ações metabólicas dos pirogênicos podem ter significativa morbidade, causando desnutrição, osteoporose, anemia da doença crônica e fibrose em tecidos inflamados. Além disto, um episódio único de febre ($> 37,8$ °C) no primeiro trimestre da gestação duplica o risco de malformações do tubo neural no feto. O mecanismo patogênico destas alterações é multifatorial e incompletamente desvendado (VOLTARELLI, 1994).

WALSH, EDWARDS & FRASER (2008), relatam que a febre é benéfica e que existem provas irrefutáveis de que a febre é uma resposta adaptativa em todos os vertebrados. A febre leve a moderada está associada com resposta imunológica mais intensa e desempenha papel fundamental no processo de resposta anti-inflamatória.

2.3 A criança com febre no serviço de urgência

A febre na criança é a principal razão para os pais buscarem por atenção médica. A compreensão dos pais quanto à importância desse sintoma geralmente determina as suas preocupações e o medo e isso repercute em suas atitudes. Até 30% de todos os atendimentos infantis nos serviços de urgência se deve a esse sintoma. A febre na infância, portanto, gera impactos sobre a atenção primária, secundária e terciária em saúde (KARWOWSKA *et al.*, 2002; AL-NOURI & BASHEER, 2005; DIXON *et al.*, 2006).

A maioria das admissões pediátricas nos serviços de emergência ocorre fora do horário normal de trabalho dos pais quando os mecanismos de apoio não estão disponíveis, portanto não seria exagero supor que a educação dos pais acerca da febre iria ajudá-los a lidar melhor com a situação e evitar admissões em turnos desnecessários e consultas que resultam em gastos para os serviços de saúde (BLUMENTHAL, 1998).

O funcionamento do Serviço de Emergência/ Urgência tem sido ao longo dos anos, uma preocupação constante. E por razões de cunho diversificado esse tipo de serviço tem se transformado na porta da entrada. Anualmente, verifica-se o crescimento da procura por serviços de emergência/urgência, sendo que aproximadamente 40% destes atendimentos não necessitam efetivamente de cuidados de urgência. Consequentemente, existe o desvio de recursos humanos e privação do atendimento àqueles que realmente necessitam o que pode

causar impacto negativo na qualidade dos cuidados prestados, devido à superlotação dos pronto-socorros e pronto-atendimentos (ANDRADE & DONELLI, 2004).

Os autores ANDRADE E DONELLI (2004), relatam que pacientes que procuram por serviços de urgência indevidamente, recebem, em parte um atendimento inadequado, devido à impossibilidade de abordagem global ao doente, dificuldade no controle de doenças crônicas; Impossibilidade de construir uma relação funcional médico-paciente, dificuldade de abordar o paciente com múltiplas patologias. Para os serviços de saúde, tal fato implica em redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas adequadas às reais necessidades da população. A grande procura de atendimento nos pronto-socorros por esses usuários refletem o não conhecimento por parte deste, sobre qual é a finalidade deste tipo de serviço, que seria o atendimento ao risco iminente de morte.

Vários mitos cercam a febre na infância e aumentam à preocupação dos pais. Estes geralmente consideram a febre como doença ao invés de sintoma ou sinal de doença, e acreditam que os efeitos colaterais incluem danos cerebrais e morte. A “febre fobia” existe ainda hoje e se manifesta de várias maneiras, incluindo tratamentos agressivos e desnecessários realizados em casa com conseqüentes atrasos na procura de tratamento adequado ou aumento de visitas ao médico e hospitais (DIXON *et al.*, 2006).

Um estudo feito por OLIVEIRA & SCHOCHI (2008), diz que a concepção do pronto-socorro por alguns usuários é elaborada a partir de fatores como: gravidade do problema de saúde, necessidade de hospitalização e casos que consideram que o centro de saúde não é capaz de resolver, o que demonstra tendência auto-diagnóstica e prognóstica quanto à escolha do serviço de saúde. O reflexo desse contexto é sentido no cotidiano dos prontos-socorros, com acúmulo de tarefas, sobrecarga de trabalho num ambiente muitas vezes tenso onde a não-definição do tipo de doente a ser atendido e o livre acesso aos setores de emergência, contribuem para que esses sejam verdadeiros palcos de situações melodramáticas.

2.4 Convulsão Febril

Em relatório emitido pelo Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos em 1980, a convulsão febril é definida como um evento na infância, que geralmente ocorre entre três

meses e cinco anos de idade, associada com febre ou sem evidências de infecção intracraniana ou causa definida. Esta definição exclui os casos de convulsão febril nas crianças que já apresentaram convulsão afebril (HIRTZ & NELSON, 1983; FETVEIT, 2008).

Em 1993, ocorreu uma modificação na definição de convulsão febril, pela Liga Internacional Contra a Epilepsia, declarando que convulsão epilética ocorre na infância após um mês de idade, associada à doença febril não causada por infecção do sistema nervoso central, sem convulsões neonatais prévias, ou uma crise sem causas anteriores e a ausência de critérios que satisfaçam outras crises sintomáticas agudas (FETVEIT, 2008).

Apesar de crises convulsivas febris na infância serem na maioria dos casos benignas e auto-limitadas, quando testemunhadas pelos pais tornam-se uma experiência aterrorizante e causa de apreensão. A convulsão febril é a forma mais comum de convulsão na infância. Nos Estados Unidos, esse tipo de convulsão afeta cerca de 2 a 5% das crianças. Geralmente ocorre entre três meses e cinco anos de idade, com pico de incidência aos dezoito meses. O início de convulsão febril em crianças maiores de seis anos é incomum (HIRTZ & NELSON, 1983; WARUIRU & APPLETON, 2004; FETVEIT, 2008).

Os fatores de risco para o desenvolvimento de convulsão febril são a idade, a presença de febre e a história familiar positiva para desenvolver convulsão febril, principalmente se forem familiares próximos (parentes de primeiro grau). Aproximadamente 25 a 40% das crianças que apresentam convulsão febril possuem história familiar positiva (WARUIRU & APPLETON, 2004; FETVEIT, 2008).

As doenças febris virais ou bacterianas também são fatores de risco para a convulsão febril. Infecções virais em particular, são freqüentemente associadas a convulsões febris. A prevalência de infecções bacterianas em crianças com convulsão febril é baixa (FETVEIT, 2008).

VAN STUIJVENBERG *et al.* (1999) relatam que as crianças são freqüentemente acometidas por doenças febris, principalmente devido a infecções sem graves conseqüências. A febre na criança é motivo constante para que os pais busquem por consultas com pediatra ou atendimentos em serviços de emergência dos hospitais. Os pais geralmente ficam preocupados com a febre, eles costumam ter medo de ser doença grave, e dos efeitos adversos

que a febre pode acarretar e dentre estes merece destaque a convulsão febril (VAN STUIJVENBERG *et al.*, 1999).

A maioria dos estudos populacionais não mostram risco aumentado ou incidência de mortalidade aumentada em crianças com convulsão febril, incluindo estados epiléticos febris e excluindo infecção de sistema nervoso central. Além disso, não parece existir qualquer associação entre convulsão febril e morte súbita infantil. Tal dado é muito importante e deve ser enfatizado nas discussões acerca de convulsão febril com os pais, familiares ou cuidadores das crianças (WARUIRU & APPLETON, 2004).

Em estudo realizado por VAN STUIJVENBERG *et al.* (1999), cujo tema era o medo pais em relação à febre e convulsão febril, contou com a participação de 230 pais europeus. Estes foram submetidos à aplicação de questionários com intuito de averiguar a sua percepção e o seu conhecimento acerca da febre e da convulsão febril. Metade dos pais responderam que tinham com medo ou muito medo da febre que afetam seus filhos. Setenta e nove por cento dos pais temem a convulsão como a maior consequência da febre.

Os resultados do estudo de VAN STUIJVENBERG *et al.* (1999), revelaram que a ocorrência de convulsão febril durante a febre alta é a principal questão abordada pelos pais. E relatou que em recente estudo, 40% dos pais de crianças expuseram a sensação de alívio no momento do evento agudo, quando receberam informações tranquilizadoras dos profissionais de saúde. Eles revelaram diminuição da ansiedade, mas não o alívio completo de seus medos.

Os pais da pesquisa realizada por VAN STUIJVENBERG *et al.* (1999), não tinham concepções claras sobre o que eles definiam como febre ou febre alta. Além disso, 21% deles mencionaram que as informações fornecidas no hospital faziam com que considerassem as convulsões febris como não prejudiciais. Os autores concluíram que a população de pais de crianças afetadas por convulsões febris ficam ainda mais assustados com a febre e com a convulsão, porque provavelmente teriam recebido poucas informações a respeito.

O medo dos pais tem várias implicações negativas para a vida diária da família. O sono dos pais é um grande problema que se agrava com a frequência de recorrência da convulsão febril em seus filhos. Alguns pais chamam por socorro através dos atendimentos de emergência pré-hospitalares, outros se deslocam para os hospitais em carro próprio, sendo um evento

estressante e perigoso com uma criança que acham que está morrendo (VAN STUIJVENBERG *et al.*, 1999).

Na pesquisa feita por VAN STUIJVENBERG *et al.* (1999), 47% dos pais acham que seus filhos estão morrendo ao apresentarem convulsão febril, indicando falta de informação. E relata que se os pais recebessem informações antes da primeira crise convulsiva em seus filhos, parte substancial deles poderia se lembrar das informações e reconhecer uma convulsão febril, de forma a reduzir o medo e a ansiedade.

2.5 Os profissionais de saúde e a febre na infância

Os autores SARRELL, COHEN & KAHAN (2002), realizaram pesquisa com intuito de verificar o conhecimento dos pais, médicos e enfermeiros acerca da febre infantil. Médicos e enfermeiros obtêm conhecimento principalmente através da leitura de livros, jornais, artigos científicos e internet. No entanto, esses profissionais não estão livres da cultura popular e outras influências.

Em relação ao papel da febre nas defesas orgânicas, foi identificado que a maioria dos médicos (85,8%) consideravam que a febre é geralmente benéfica para o sistema de defesa de organismo, enquanto muitas enfermeiras consideravam que não (36%) (SARRELL; COHEN & KAHAN, 2002) .

Quando questionados quanto aos danos ocasionados pela febre a maioria dos médicos estavam preocupados com a desidratação e convulsão, enquanto os enfermeiros estavam menos preocupados com convulsões. Surpreendentemente grandes proporções de médicos da família expressaram preocupações acerca de danos cerebrais (40,5%) e morte (34,1%) (KARWOWSKA *et al.*, 2002).

Ao serem abordadas questões referentes ao tratamento da febre, averiguaram que muitos profissionais de saúde consideravam o estado clínico da criança e conforto para decidir qual o tipo de tratamento iriam iniciar (KARWOWSKA *et al.*, 2002).

SARRELL, COHEN & KAHAN (2002), expõem que os pediatras geralmente recomendam o uso de métodos naturais e não farmacológicos para controle e tratamento da febre baixa, não com o intuito de acelerar a recuperação, mas apenas reduzir o desconforto da criança.

Obviamente, alguns antipiréticos que também são analgésicos são comumente utilizados para aliviar a agitação e inquietação da criança, mesmo quando esta apresenta febre baixa (SARRELL, COHEN & KAHAN, 2002).

Dada a aparente preocupação dos profissionais de saúde em relação à febre, não é de se estranhar que estes também verificam constantemente a temperatura (KARWOWSKA *et al.*, 2002).

Em relação às práticas utilizadas por enfermeiras pediátricas no manejo da febre, WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG (2007), relataram que práticas inconsistentes ainda são utilizadas e que as atitudes e conhecimentos desses profissionais frente à febre na infância é limitado. Algumas práticas descritas por enfermeiros atuantes nos hospitais na Austrália, não são baseadas em informações científicas atuais, o que implica em conhecimento inadequado sobre as atitudes negativas acerca da febre. As práticas inconsistentes de enfermagem podem causar confusão sobre as melhores práticas a serem abordadas na febre na criança entre os profissionais de enfermagem novos no campo de trabalho e também nos pais das crianças febris.

A pesquisa realizada por WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG (2007), com enfermeiros, teve como objetivo principal identificar as temperaturas consideradas como febre por esses profissionais e quando as intervenções para reduzir devem ser iniciadas. Enfermeiros do Reino Unido, Estados Unidos da América, Canadá e Austrália são unânimes em relatar a temperatura representativa como febre em torno de 38,0°C. As temperaturas relatadas por enfermeiros para dar início às estratégias de redução da febre, nos Estados Unidos é quando a temperatura esta em torno de 38,3°C e 38,0°C na Arábia Saudita. Nas décadas de 1980 e, 1990, eram 39,9°C nos Estados Unidos e 38,6°C no Canadá. Mudanças na Austrália não têm sido significantes, os valores se concentram em torno de 38,3°C e 38,4°C.

Outra questão identificada no estudo de WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG (2007), foram déficits de conhecimento dos enfermeiros acerca da fisiologia e alterações imunológicas associadas à febre. Além disso, déficits nos princípios gerais de manejo da febre foram relatados juntamente ao desconhecimento dos efeitos da febre e do momento de se iniciar a redução da mesma. Também identificaram dúvidas sobre antipiréticos e pouco conhecimento sobre o pico de absorção e efeitos adversos do paracetamol.

Um achado interessante foi que verificou-se que enfermeiros recém-formados e enfermeiros mais experientes, com um a quatro anos de exercício de profissão, tinham conhecimento similar a respeito da febre (WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG, 2007).

As maiorias dos estudos identificam atitudes negativas em relação à febre. Relatos de enfermeiros confirmam as práticas e atitudes negativas, muitos consideram a febre como perigosa e temem a convulsão febril. Outros resultados prejudiciais incluem lesões cerebrais e desidratação. Alguns enfermeiros descreveram que tratam a febre ativamente, de forma a reduzi-la e prevenir convulsão febril, para aumentar o conforto e reduzir a ansiedade dos pais (SARRELL, COHEN & KAHAN, 2002; KARWOWSKA *et al.*, 2002; WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG, 2007).

Estudos realizados no Reino Unido e Israel tiveram relatos de enfermeiros que acordam crianças febris para administrar antitérmicos. E mais de um terço de enfermeiros que atuam em setores de emergência nos Estados Unidos, administram antitérmicos alternados em crianças nas quais a temperatura não reduziu suficientemente em uma hora e alguns repetiram o mesmo antipirético (GONZALEZ-DEL REY & MONROE, 2000; SARRELL, COHEN & KAHAN, 2002; WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG, 2007)

Enfermeiros e profissionais de saúde com conhecimentos limitados acerca da febre na criança podem levar a atitudes negativas e inconsistentes na prática do cuidado e tal fato gera preocupações acerca da qualidade do atendimento prestado (WALSH, COURTNEY, MONAGHANS, WILSON & YOUNG, 2007).

Um estudo recente concluiu que os profissionais de saúde estão em posição única para educar os pais no que diz respeito à febre na infância. Muitos pais têm como principais fontes de informação médicos, enfermeiros e familiares, sugerindo a necessidade desses profissionais deterem o conhecimento científico acerca da febre e práticas de manejo da febre (CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT, 2001; KARWOWSKA *et al.*, 2002).

A febre na infância continua a inspirar medo nos pais e profissionais de saúde, médicos e enfermeiros são importantes fontes de informação dos pais e podem transmitir informações contraditórias que podem aumentar a ansiedade dos pais e desencadear a utilização de serviços de saúde sem necessidade. Médicos e enfermeiros devem ser capacitados para dar aos pais informações corretas, a fim de evitar a “febre fobia” (KARWOWSKA *et al.*, 2002).

KARWOWSKA *et al.*, 2002, sugerem que os profissionais de saúde se capacitem de forma a adquirir e atualizar conhecimentos científicos acerca da febre infantil, os dados mostram a necessidade de educação desses profissionais, a fim de dissipar seus próprios equívocos sobre a febre, para que posteriormente possam beneficiar os pais com informações consistentes, dando-os segurança para lidar com a febre na criança.

2.6 Intervenção Educativa

A eficácia da educação em saúde para os pais em relação à febre na criança pode contribuir para uma melhoria na confiança destes, ao serem instruídos sobre a febre e isso pode acarretar em diminuição das visitas aos atendimentos de emergência dos hospitais. Essas informações devem ser fornecidas ao visitarem o centro de saúde, unidades de emergência ou consultórios médicos. Muitos pais apresentam medo da febre, isto implica em aspectos negativos para a vida diária da família e a adequada disponibilização de informações contribui para reduzir esse medo e confortar os pais (VAN STUIJVENBERG *et al.*, 1999)

Diante do que foi exposto, estudos sobre a maneira com que os pais lidam com a febre infantil, podem ser importantes precursores para a realização de educação intervencional dessa população tendo como alvo as necessidades específicas dos pais. Existe necessidade de identificar o conhecimento, atitudes e práticas dos pais, para que se possa desenvolver uma

forma de intervir educacionalmente, baseada em mudança comportamental (WALSH & EDWARDS, 2006).

Os autores WALSH e EDWARDS (2006) relatam que, a educação em saúde é responsabilidade de todos os profissionais de saúde. Educação sobre a febre deve ser baseada em evidências científicas, e atitudes dos profissionais em relação aos benefícios da febre baixa e moderada devem ser positiva. É possível preparar os pais para o manejo do episódio febril durante visitas ao clínico, quando a criança se encontra bem, de preferência previamente ao episódio febril. Os pais devem ser aconselhados sobre a exatidão ao medir a temperatura, como cuidar seguramente da criança febril, quando procurar por assistência profissional, o papel da febre no processo imunológico, quando reduzir a febre com antipiréticos e como administrar essas medicações de forma segura. Achados na literatura focalizam a necessidade da educação para os pais sobre febre e seu manejo, para assegurar que a criança seja cuidada com segurança em casa, sem a procura por aconselhamento médico, e para que os pais tenham tranquilidade para lidar com cada episódio febril.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Estudar a influência das crenças, conhecimentos e fontes de informação na conduta dos cuidadores no manejo da febre na criança.

3.2 Específicos

- Identificar o que os pais sabem sobre febre.
- Pesquisar o conhecimento, as crenças, experiências e fontes de informação dos pais que os influenciam no cuidado da criança com febre.
- Verificar se a escolaridade, renda mensal familiar e número de filhos dos pais e cuidadores influenciam o conhecimento, as crenças e práticas desenvolvidas por estes em relação à febre infantil.
- Verificar se o fato dos pais e cuidadores residirem próximo a parentes influenciam no conceito de febre e condutas frente à febre infantil.
- Identificar se a idade da criança esta relacionada ao tempo que os pais aguardam para procurar por atendimento médico.
- Averiguar quais métodos de controle da febre são utilizados pelos pais e cuidadores na criança febril, métodos farmacológicos, não farmacológicos ou ambos.
- Contribuir com estudos relacionados à febre na infância, por meio da descrição das crenças e atitudes dos pais frente ao quadro febril de seus filhos.

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

Trata-se de estudo descritivo transversal, de caráter qualitativo quantitativo. Os participantes do estudo foram recrutados nos meses de setembro de 2010 a janeiro de 2011. A população do estudo consistiu por pais e cuidadores da criança que procuravam por atendimento médico no serviço de urgência e emergência quando a criança se encontrava febril.

Os pais que procuraram atendimento para suas crianças com relato de febre, foram convidados a participar do estudo, sendo explicados os objetivos da pesquisa e os procedimentos para responder o questionário. Após os indivíduos assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido para participar deste estudo, teve início a coleta de dados através da aplicação de questionário.

4.1.2 Metodologia do referencial teórico

O referencial teórico foi estabelecido a partir de pesquisa digital, de relatos de casos clínicos, revisões bibliográficas de capítulos de livros e artigos científicos sobre conhecimento, crenças, experiências, fontes de informação e prática dos pais no manejo da febre na infância. Os dados foram coletados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na National Library of Medicine (PubMed), em que foram pesquisados e analisados artigos científicos dos anos de 1980 a 2011.

Os critérios utilizados para a seleção dos artigos científicos foram: artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, com os resumos disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período compreendido entre 1980-2011, os artigos que abordassem a temática de como os pais lidam com a febre infantil. O levantamento foi realizado em periódicos indexados nos bancos de dados citados no parágrafo anterior; artigos publicados até 2011, independentes do método de pesquisa utilizados. Os decritores utilizados foram: febre, conhecimento, criança, percepção, atitude.

Foi encontrado um total de setenta e sete artigos. No entanto, após adquirirmos as cópias e termos realizamos a leitura dos mesmos, optamos por excluir os estudos publicados anteriormente à década de 1980 e estudos não condizentes com o tema proposto. Foram selecionados artigos publicados nos últimos 31 anos, para que pudéssemos averiguar a importância e os avanços em relação a como os pais lidam com a febre infantil, as influências das crenças, conhecimentos e fontes de informação no cuidado da criança com febre, desde a invenção do termo febre fobia por SCHMITT (1980), e desde então uma grande gama de estudos principalmente no meio internacional vem sido publicados com esse intuito.

4.2 Local de estudo

O estudo foi realizado no setor de acolhimento com classificação de risco, no pronto-atendimento do Hospital Infantil João Paulo II pertencente à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), inseridos na rede pública de saúde. O serviço é aberto à comunidade, sendo a sua clientela procedente da região metropolitana de Belo Horizonte e dos municípios do interior do Estado de Minas Gerais.

4.3 Amostra

A amostra estudada foi constituída por todos os pais e cuidadores que procuraram o serviço de urgência com relato de que a criança está com febre ou apresentou a febre nas últimas 72 horas. A amostra foi constituída por 286 participantes.

4.3.1 Critérios de inclusão

Os pais ou cuidadores das crianças e foram eleitos a partir de alguns critérios incluindo idade superior a 18 anos, autorização do participante constando a assinatura do mesmo, capacidade de ler e conversar em português, pais de criança de 0 a 12 anos referente a faixa etária de atendimento do Hospital Infantil João Paulo II.

4.3.2 Critérios de exclusão

Pais ou cuidadores das crianças que não se enquadravam dentro dos critério de inclusão foram excluídos do estudo, e pais que não responderam a 20% das questões presentes no questionário.

4.4 Técnicas de Pesquisa

4.4.1 Questionário e Entrevistas semi-estruturadas

Um questionário específico foi desenvolvido após a realização de uma extensiva revisão de literatura e a partir de experiências de alguns autores em pesquisas relacionadas ao manejo da febre infantil. Sua construção foi embasada em estudos internacionais, tendo como alicerce para estruturação das perguntas, o roteiro de uma entrevista semi-estruturado elaborado pelos autores WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), direcionadas a mães australianas. Posteriormente esse instrumento foi adaptado a realidade dos pais brasileiros que constituíram a amostra dessa pesquisa.

O questionário foi proposto com o intuito de averiguarmos o conhecimento, as crenças, os saberes, métodos de manejo da febre, fontes de informação e influências culturais dos pais em relação à febre na criança.

Esses questionários específicos foram aplicados nos pais e cuidadores que procuraram o serviço de urgência do Hospital Infantil João Paulo II, com relato de que a criança estava com febre ou apresentou a febre nas últimas 72 horas.

As aplicações dos questionários ocorreram em turnos alternados manhã, tarde e noite, durante os sete dias da semana, principalmente durante o turno diurno, devido maior procura de atendimento pelos pais quando a criança apresentava febre. Essa aplicação foi feita pela pesquisadora, e por três acadêmicos de enfermagem, treinados para a execução da atividade pela própria pesquisadora.

Primeiramente foram aplicados questionários pilotos nos meses de junho a agosto de 2010, o modelo do questionário proposto inicialmente estava estruturado em 30 (trinta questões),

direcionadas a avaliação de nível socioeconômico, e conhecimento sobre febre, uso do termômetro, administração de medicamentos para o tratamento da febre, crenças e fontes de informação no manejo da febre. A versão final do questionário contou com 33 (trinta e três questões), sendo as questões de número 1(um) a 25 (vinte e cinco) referentes ao manejo da febre na criança e as questões de número 26 (vinte e seis) a 33 (trinta e três) referentes a aspectos socioeconômicos e foram aplicados nos meses de setembro de 2010 a fevereiro de 2011.

O recrutamento dos pais e cuidadores ocorriam quantos estes ao procuravam o setor de urgência do Hospital Infantil João Paulo II, com relato de febre na criança, previamente a consulta médica. Estes passavam pela recepção onde eram abordados por dois técnicos de enfermagem, que perguntavam o motivo pelo qual estavam procurando por atendimento, e posteriormente eram encaminhados a uma sala de classificação de risco, onde eram acolhidos por um enfermeiro que classificava as crianças quanto ao risco de vida segundo o Protocolo de Manchester.

A tecnologia do acolhimento com classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Essa tecnologia de avaliação pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise, sob a óptica de protocolo pré-estabelecido, do grau de necessidade do usuário, proporcionando atenção centrada no nível de complexidade e não na ordem de chegada (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAUDE, 2004). Essa classificação é feita pelo profissional enfermeiro, devidamente capacitado através do curso de formação do Sistema de Triagem de Manchester.

A nível hospitalar, o Sistema de Triagem de Manchester, é um protocolo de classificação de risco que tem como pretensão ser um método capaz de assegurar que o doente seja observado com a prioridade ajustada ao seu estado clínico e à premência da terapêutica (TRIGO, GAGO, MIMOSO, SANTOS, MARQUES & GOMES, 2008).

Este sistema classifica o doente em cinco categorias de acordo com a prioridade clínica, sendo que a situação emergente recebe a cor vermelha e o tempo alvo até a primeira avaliação médica é de 0 minutos; Muito urgente recebe a cor laranja e o tempo alvo é 10 minuto; Urgente recebe a cor amarela e o tempo alvo é 60 minutos; Pouco urgente recebe a cor verde

e o tempo alvo corresponde a 120 minutos; Não urgente recebe a cor azul e tempo alvo é de 240 minutos (TRIGO, GAGO, MIMOSO, SANTOS, MARQUES & GOMES, 2008). Pacientes classificados como branco, são os casos não compatíveis com o serviço de urgência, não cabível a utilização do protocolo, como por exemplo, aqueles que procuram o atendimento apenas para realização de exames, admitidos para cirurgias eletivas e não apresentam queixas naquele momento (DIOGO, 2007).

Após a realização da classificação de risco esses pais ou cuidadores recebiam uma senha para passar por atendimento médico. Enquanto aguardavam por esse atendimento, em uma sala separada, estes eram convidados a participar do estudo, respondendo a um questionário.

Previamente a aplicação do questionário, os pais ou cuidadores eram informados quanto aos objetivos da pesquisa, era apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e colhido as assinaturas de autorizando responder as questões.

Alguns pais e cuidadores após responderem ao questionário também foram convidados a participar de entrevistas semi-estruturadas gravadas em áudio, com intuito de compreender melhor a percepção e as crenças destes em relação à febre infantil. TURATO (2000) coloca que esse método de pesquisa visa compreender melhor o comportamento e a experiência humanos, procurando entender o processo pelo qual as pessoas constroem significados e descrevem o que são aqueles significados, tentando dar sentido ou interpretar fenômenos em termos dos significados que as pessoas lhe trazem.

Seis pais foram selecionados para participar da entrevista semi-estruturada. O número de pais foi determinado por critério de saturação. Foi proposto um roteiro de entrevista, que abordaram as seguintes questões: a que os pais atribuíam que a febre estava relacionada, o que gerava febre, como as febres eram tratadas em suas experiências de vida, em quais situações a febre poderia ocasionar danos e quais eram os motivos para ficarem com medo ou preocupados frente a um quadro febril.

Os critérios de seleção para a escolha desses pais também foram indícios apresentados pelos mesmos ao responder o questionário que gostariam de falar mais sobre ao assunto. À medida que algumas questões eram abordadas, estes traziam informações sobre crenças, com conduziam as suas atitudes frente à febre infantil, falaram sobre as influências sociais e

culturais, discorreram sobre situações passadas relacionadas à febre, métodos diferenciados de manejo da febre e demonstraram interesse em falar mais sobre o assunto.

Também foi apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido e colhido as assinaturas de autorizando a participação na entrevista.

As entrevistas foram conduzidas pela pesquisadora da pesquisa juntamente com um acadêmico de enfermagem.

O recrutamento dos pais e cuidadores tanto para responder ao questionário quanto para participarem da entrevista, aconteceu anteriormente à consulta médica e posteriormente a criança ser classificada quanto ao risco pelo enfermeiro da unidade. Tal conduta foi tomada para que esses fossem ouvidos no momento imediato em apresentavam medo, ansiedade e preocupação frente ao episódio febril da criança e para que pudéssemos observar as possíveis conseqüências acarretadas por esses sentimentos que poderiam influenciar suas condutas e atitudes. Segundo AL-EISSA *et al.*(2000), a opinião colhida dos pais no momento em que seus filhos estão com febre tem maior importância clínica.

FREITAS (2002) relata que trabalhar com a pesquisa qualitativa numa abordagem sócio-histórica consiste numa preocupação de compreender os eventos investigados, descrevendo-os e procurando as suas possíveis relações, integrando o individual com o social. A observação não se deve limitar à pura descrição de fatos singulares, o seu verdadeiro objetivo é compreender como uma coisa ou acontecimento se relaciona com outras coisas e acontecimentos. Trata-se, pois, de focalizar um acontecimento nas suas mais essenciais e prováveis relações. Quanto mais relevante é a relação que se consegue colher em uma descrição, tanto mais se torna possível a aproximação da essência do objeto, mediante uma compreensão das suas qualidades e das regras que governam as suas leis. Quanto mais se preservam em uma análise as riquezas das suas qualidades, tanto mais é possível a aproximação das leis internas que determinam sua existência. De fato, só ao colher os traços mais importantes e depois aqueles mais secundários, identificando suas possíveis conseqüências, é que começam a emergir claras as relações que os ligam entre si. O objetivo da observação se enriquece, assim, de uma rede de relações relevantes.

4.5 Análise estatística

4.5.1 Metodologia de Análise

Este estudo tem por objetivo avaliar o conhecimento, fontes de informação, crenças e percepções dos pais e cuidadores frente à febre em crianças atendidas uma instituição pública de saúde no município de Belo Horizonte. Além disso, pretende-se avaliar a relação entre esses fatores e outros diversos fatores socioeconômicos dos entrevistados.

Dentro desse contexto foi necessário determinar a população e a amostra de estudo. Os termos que definem população e amostra precisam estar bem delineados para garantir que os resultados obtidos para a amostra descrevam fielmente o que ocorre na população de interesse. População é um conjunto de elementos que apresentam características em comum. Ao se retirar parte desta população, obtém-se uma amostra, um subconjunto da população, do qual é possível fazer inferências estatísticas da população de estudo.

A população de estudo desta pesquisa foi constituída por todos os pais e cuidadores que procuraram o serviço de urgência com relato de que a criança está com febre ou apresentou a febre nas últimas 72 horas.

Para seleção da amostra, considerou-se um dos objetivos desse estudo que é o de estimar o percentual de pessoas que utilizam termômetro, dentro da população estudada. A unidade amostral será o acompanhante do paciente e o esquema amostral utilizado para coleta dos dados a amostragem aleatória simples (AAS), onde cada unidade amostral dentro da população tem a mesma probabilidade de ser selecionado para fazer parte da amostra (TRIOLA, 2005). Nesse estudo, um acompanhante poderá ser selecionado uma única vez, configurando amostra aleatória simples sem reposição (MINGOTI *et al.*, 2000).

Outro ponto importante está ligado ao tamanho amostral necessário para se garantir uma margem de erro e uma confiança adequada na estimação do percentual de edifícios avariados. Esse cálculo será feito através de uma fórmula que avalia uma amostra mínima que garanta, na estimação de uma proporção, uma confiança adequada e uma margem de erro máxima. Esses cálculos serão feitos tendo como referência uma população com tamanho desconhecido, uma margem de erro de 5 pontos percentuais com 95% de confiança e a estimativa da proporção, fixada em 76,7% pessoas que utilizam o termômetro (ROCHA *et al.*, 2009).

Segue abaixo a fórmula utilizada para o cálculo amostral desta pesquisa:

$$N = \frac{P \cdot Q \cdot (1,96)^2}{E^2} = 275$$

A partir dessas observações, determinou-se uma amostra mínima de 275 acompanhantes de forma a garantir os objetivos definidos anteriormente. Assim, foram obtidos 286 acompanhantes da população estudada, selecionados de forma aleatória, que aceitaram participar da pesquisa. Estes responderam a um questionário contendo 33 questões relacionadas ao conhecimento sobre o manejo da febre e características socioeconômicas dos entrevistados.

Os dados coletados foram tabulados e submetidos a análises uni- e bi-variadas com o auxílio do *software SPSS (Statistical Package for the Social Science)*, versão 15.0 e *STATA* versão 10.0, com o intuito de elaborar o tratamento estatístico para responder as questões levantadas pela pesquisa.

A análise dos dados iniciou-se com a utilização de técnicas de análise descritiva, a saber, tabelas contendo a frequência absoluta e relativa e medidas resumo como média, mediana, desvio padrão, mínimo e máximo para a identificação das principais características entrevistados e dos pacientes sob estudo.

A avaliação da existência de associação entre as variáveis que descrevem o conhecimento e a percepção dos pais e cuidadores quanto à febre com as variáveis socioeconômicas foi realizada através do teste exato de Fisher.

Para avaliar a existência de possíveis diferenças entre os grupos de entrevistados segundo a idade das crianças foi realizado o teste t-Student, no caso de dois grupos e ANOVA a um fator no caso de três ou mais grupos.

Para determinar se as diferenças e associações encontradas são estatisticamente significativas, utilizou-se o nível de significância de 5%. Assim consideraram-se como significativas,

diferenças e associações cuja probabilidade de significância do teste, p-valor, é menor ou igual a 0,05.

4.6 Aspectos éticos

Para a realização do presente estudo foram consideradas as recomendações da Organização Mundial de Saúde, Declaração de Helsinque de 1975 e a Resolução 196/96 envolvendo Seres Humanos, no intuito de resguardar e preservar o bem estar dos participantes da pesquisa.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP), com o parecer número ETIC 0037.0.287.203-10, no Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar de Minas Gerais (CEP –FHEMIG), com o parecer número 038/2010 e pela Câmara do Departamento de Pediatria da Faculdade de medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, com o parecer número 08/2010.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterização da Amostra:

A análise descritiva da amostra foi realizada através da análise univariada das informações obtidas no questionário. Inicialmente é feita a descrição da distribuição dos pais e cuidadores segundo quem conduziu a criança ao serviço de urgência, conforme a Tabela 1 (tab.1):

Tabela 1: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo quem conduziu ao serviço de saúde.

Responsável	Frequência	Percentual
Mãe	257	89,9
Responsável	17	5,9
Pai	8	2,8
Sem resposta	4	1,4
Total	286	100,0

Verificou-se que aproximadamente 90% das crianças foram levadas ao serviço de saúde pelas mães, 6% pelos cuidadores e 3% pelos pais. Apenas quatro questionários não apresentaram esta informação.

A descrição da idade dos pacientes encontra-se na Tabela 2 (tab.2)

Tabela 2: Distribuição das idades dos pacientes com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011.

Faixa Etária	Frequência	Percentual	Percentual AC.
Até 1 ano	108	37,8	37,8
De 1,01 a 3 anos	72	25,2	62,9
De 3,01 a 6 anos	41	14,3	77,3
De 6,01 a 12 anos	61	21,3	98,6
Sem Resposta	4	1,4	100,0
Total	286	100,0	-

Observou-se que aproximadamente 40% das crianças possuem até um ano de idade, sendo que 80% tem seis anos ou menos. A idade média dos pacientes foi de 3,4 anos com desvio

padrão de três anos. O coeficiente de variação, mostra que existe grande variabilidade dos dados em torno da média, sendo este igual a 91%.

A Tabela 3 (tab.3) apresenta a descrição da cidade de origem dos pais e cuidadores das crianças conduzidas ao serviço de urgência.

Tabela 3: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo a Cidade de origem

Cidade	Frequência	Percentual
Belo Horizonte	138	48,3
Santa Luzia	39	13,6
Sabará	31	10,8
Ribeirão das Neves	26	9,1
Contagem	26	9,1
Vespasiano	10	3,5
Esmeraldas	8	2,8
Ibirité	2	0,7
Moaima	1	0,3
Ipatinga	1	0,3
Coronel Xavier	1	0,3
Piedade	1	0,3
Curvelo	1	0,3
Sem resposta	1	0,3
Total	286	100,0

Esta tabela mostra que quase metade dos pais e cuidadores das crianças (138 pessoas) residem em Belo Horizonte, 142 entrevistados são de municípios pertencentes à região metropolitana da capital e somente cinco pessoas moram em cidades mais distantes como Ipatinga, Curvelo e outras.

Nesta fase, inicia-se a descrição dos resultados relacionados à utilização do termômetro. A seguir será feita a avaliação dos entrevistados segundo possuir ou não termômetro.

Tabela 4: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo possuir ou não termômetro em casa.

Possui Termômetro	Frequência	Percentual
Sim	202	70,6
Não	84	29,4
Total	286	100,0

A partir da Tabela 4 (tab.4) é possível perceber que mais de 70% dos entrevistados dizem possuir termômetro em casa e 29% não possuem.

A Tabela 5 (tab.5) descreve o tipo de termômetro utilizado pelos entrevistados que disseram possuir o instrumento.

Tabela 5: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de termômetro.

Tipo	Frequência	Percentual
Digital	171	84,6
Coluna de Mercúrio	28	13,9
Ambos	3	1,5
Total	202	100,0

Dentre os entrevistados que possuem o instrumento para aferição da febre, 85% disseram possuir o termômetro digital e 14% de mercúrio. Deve-se mencionar que três entrevistados possuem os dois instrumentos.

Vejam na tabela abaixo como os entrevistados que não possuem o termômetro aferem a temperatura da criança.

Tabela 6: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo forma de aferir a temperatura sem uso do termômetro.

Forma	Frequência	Percentual
Através da Palpação	59	70,2
Criança fica irritada	1	1,2
Criança fica vermelha	1	1,2
Criança fica quente e quieta	1	1,2
Sem resposta	22	26,2
Total	84	100,0

Observou-se que mais de 70% dos que não possuem termômetro dizem avaliar a febre através de palpação. Foram mencionadas ainda que a criança ficar irritada, vermelha e quente e quieta são indicadores qualitativos da febre.

A seguir é feita a descrição dos entrevistados quanto a saber ou não manusear o termômetro. A Tabela 7 (tab.7) mostra os resultados obtidos.

Tabela 7: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo saber ou não manusear o termômetro.

Manuseio	Frequência	Percentual
Sim	219	76,6
Não	14	4,9
Sem resposta	53	18,5
Total	286	100,0

Verifica-se que mais de um quarto dos entrevistados (76,6%) consideram que sabem manusear o termômetro e 5% disseram não saber manusear o termômetro.

Na próxima tabela é feita a avaliação dos valores conceituados como febre pelos pais e cuidadores através da Tabela 8 (tab.8).

Tabela 8: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo valores conceituados como febre.

Temperatura Febre	Frequência	Percentual	Percentual AC.
De 37,0° a 37,5°	84	29,4	29,4
Acima de 37,5°	98	34,3	63,6
De 38,0° a 38,5°	79	27,6	91,3
Acima de 38,5°	9	3,1	94,4
De 38,5 a 39,0°	6	2,1	96,5
Acima de 39,0°	7	2,4	99,0
Sem resposta	3	1,0	100,0
Total	286	100,0	100,0

Na Tabela 8, verificamos que 30% dos entrevistados consideram que a febre está entre os valores de 37,0° a 37,5°C e que 34,3% consideram como febre valores acima de 37,5°C.

A Tabela (tab.9) mostra a via utilizada pelos acompanhantes das crianças para aferir a temperatura utilizando o termômetro.

Tabela 9: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo via utilizada para aferir temperatura com uso do termômetro.

Via	Frequência	Percentual
Axilar	233	81,5
Oral	1	0,3
Retal	1	0,3
Timpânica	1	0,3
Axilar e Oral	1	0,3
Sem resposta	49	17,1
Total	286	100,0

Através dessa tabela nota-se que a via de aferição da temperatura mais utilizada pelos pais e cuidadores é a axilar, citada por mais de 80% dos entrevistados. Foram citadas ainda as vias oral, retal e timpânica, mas estas são pouco utilizadas.

A descrição do intervalo de tempo gasto para retirada do termômetro de mercúrio é realizada através da Tabela 10 (tab.10), descrita a seguir.

Tabela 10: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo intervalo de tempo gasto para retirada do termômetro de mercúrio.

Tempo	Frequência	Percentual	Percentual Ac.
De 1 a 3 minutos	6	19,4	19,4
De 3 a 5 minutos	16	51,6	71,0
Acima de 5 minutos	9	29,0	100,0
Total	31	100,0	-

Dentre os entrevistados que mencionaram possuir termômetro de mercúrio, mais de 50% retiraram o mesmo no intervalo de tempo de três a cinco minutos, sendo que aproximadamente 30% retiraram após cinco minutos.

A Tabela 11 (tab.11) mostra o intervalo de tempo gasto para retirada do termômetro digital.

Tabela 11: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo intervalo de tempo gasto para retirada do termômetro digital.

Tempo	Frequência	Percentual	Percentual Ac.
De 1 a 3 minutos	1	0,6	0,6
De 3 a 5 minutos	1	0,6	1,2
Acima de 5 minutos	1	0,6	1,8
Após o sinal sonoro	166	95,3	97,1
Sem resposta	5	2,9	100,0
Total	174	100,0	-

Nesta tabela nota-se que dentre os entrevistados que possuem o termômetro digital mais de 95% disseram retirar o mesmo após o sinal sonoro. Somente três pessoas disseram retirar o termômetro digital após algum tempo.

A seguir é realizada a descrição dos entrevistados de acordo com o tempo que eles gastam para procurar por atendimento médico ao identificar que a criança se encontra febril. A Tabela 12 (tab.12) mostra os resultados obtidos.

Tabela 12: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tempo gasto para procurar atendimento médico, ao identificar que a criança se encontra febril.

Tempo	Frequência	Percentual	Percentual AC.
Procura imediatamente (até 6 horas)	42	14,5	14,5
Aguarda de 6,1 a 12 horas	35	12,1	26,6
Aguarda de 12,1 a 24 horas	64	22,1	48,7
Aguarda de 24,1 a 36 horas	67	23,3	72,0
Aguarda de 36,1 a 48 horas	39	13,5	85,5
Aguarda de 48,1 a 72 horas	35	12,1	97,6
Sem resposta	7	2,4	100,0
Total	286	100,0	-

A partir da análise da Tabela 12 é possível observar que aproximadamente 15% dos entrevistados procuram imediatamente por atendimento médico, em até seis horas. A maioria aguarda de 24 a 36 horas, representando 23%. Perceba que aproximadamente 15% esperam mais de 48 horas para procurar atendimento.

A seguir será feita a descrição dos entrevistados segundo administração de antitérmicos. Os resultados são apresentados pela Tabela 13 (tab.13), descrita a seguir.

Tabela 13: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo administração de antitérmicos.

Administração de Antitérmicos	Frequência	Percentual
Sim	275	96,2
Não	11	3,8
Total	286	100,0

Observou-se que 275 entrevistados disseram que administram antitérmicos, representando mais de 96% do total de pessoas avaliadas. A Tabela 14 (tab.14) mostra os antitérmicos administrados pelos entrevistados para baixar a febre.

Tabela 14: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de antitérmico administrado.

Antitérmicos	Frequência	Percentual
Dipirona	139	50,5
Paracetamol	108	39,3
Dipirona e Paracetamol	24	8,7
Ibuprofeno	3	1,1
AAS	1	0,4
Total	275	100,0

A partir da análise da Tabela 14 é possível observar que quase 60% das pessoas administram somente dipirona e 40% administram somente paracetamol. Foram mencionados ainda o uso de dipirona e paracetamol juntos, ibuprofeno e AAS. A seguir é feita a descrição da distribuição dos entrevistados segundo o parâmetro utilizado para dosagem do antitérmico.

Tabela 15: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo parâmetro para dosagem do antitérmico.

Parâmetros	Frequência	Percentual
Peso (1 gota por quilo)	248	90,2
Idade	10	3,6
Prescrição médica / receitas médicas anteriores	9	3,3
Peso e Idade	1	0,4
Peso, Idade, área da superfície corporal, prescrição médica e receitas médicas anteriores	1	0,4
Nenhuma das alternativas	6	2,2
Total	275	100,0

A Tabela 15 (tab.15) nos mostra que a grande maioria dos entrevistados utilizam o peso como referência para escolher a dosagem do antitérmico, representando mais de 90% das respostas, seguido pela idade e prescrição médica.

A distribuição dos entrevistados segundo o conhecimento dos efeitos adversos causados pelos antitérmicos é descrita a seguir pela Tabela 16 (tab.16).

Tabela 16: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo conhecimento dos efeitos adversos causados pelos antitérmicos.

Conhece Efeitos Adversos Antitérmico	Frequência	Percentual
Não	238	83,3
Sim	41	14,3
Sem Resposta	7	2,4
Total	286	100,0

A partir da análise da Tabela 16 é possível constatar que mais de 80% dos entrevistados não conhecem os efeitos adversos causados pelos antitérmicos. A Tabela 17 (tab.17) mostra a distribuição dos pais e cuidadores segundo os efeitos adversos que acreditam que os antipiréticos possam ocasionar.

Tabela 17: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo efeitos adversos dos antitérmicos relatados.

Conhece Efeitos Adversos Antitérmico	Frequência	Percentual
Sonolência	13	31,7
Alergia	6	14,6
Queda da Pressão Arterial	4	9,8
Taquicardia	2	4,9
Edema nos olhos	1	2,4
Vômito	1	2,4
Criança fica quieta e prostrada	1	2,4
Arritmia	1	2,4
Falta de ar e vômito	1	2,4
Edema	1	2,4
Parada cardiorrespiratória	1	2,4
Sonolência e queda de Pressão Arterial	1	2,4
Ressecamento dos lábios	1	2,4
Sem Resposta	7	17,1
Total	41	100,0

Dentre os que disseram conhecer os efeitos adversos das medicações antitérmicas, a maioria acredita que estas causem sonolência, mencionado por 32% dos entrevistados. Foram relatados ainda reações como alergia (15%), queda da pressão arterial (10%), taquicardia (5%) dentre outros.

A Tabela 18 (tab.18) apresenta a distribuição dos entrevistados segundo a administração de antibióticos.

Tabela 18: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo administração de antibiótico.

Administração de Antibiótico	Frequência	Percentual
Não	243	85,0
Sim	40	14,0
Sem resposta	3	1,0
Total	286	100,0

Podemos averiguar que 85% dos entrevistados disseram não administrar antibiótico para as crianças febris. A seguir é feita a distribuição segundo o tipo de antibiótico administrado. A Tabela 19 (tab.19) apresenta os resultados obtidos.

Tabela 19: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de antibiótico administrado.

Antibiótico	Frequência	Percentual
Amoxicilina	28	70,0
Cefalexina	3	7,5
Bactrim®	2	5,0
Pencilina	1	2,5
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	1	2,5
Amoxicilina e Cefalexina	1	2,5
Amoxicilina, Amoxicilina + Clavulanato de Potássio e Cefalexina	1	2,5
Sem Resposta	3	7,5
Total	40	100,0

A Amoxicilina é o antibiótico mais utilizado, sendo mencionado por mais de 70% dos entrevistados que informaram ter administrado esse tipo de medicamento. Foram citados ainda a cefalexina, o bactrim e a penicilina. A Tabela 20 (tab.20) mostra a distribuição dos entrevistados segundo conhecimento dos mesmos em relação aos efeitos adversos causados pelos antibióticos.

Tabela 20: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo conhecimento dos efeitos adversos causados pelos antibióticos.

Conhece Efeitos Adversos Antibiótico	Frequência	Percentual
Não	188	65,7
Sim	44	15,4
Sem Resposta	54	18,9
Total	286	100,0

Assim como no caso dos antitérmicos, aqui também o percentual de pessoas que não conhecem os efeitos adversos causados pelos antibióticos é elevado, representando mais de 65%. Apenas 15% relataram saber os efeitos colaterais causados por esse tipo de medicação.

A Tabela 21 (tab.21) mostra a distribuição dos entrevistados segundo às fontes de informação para decidir sobre medicação para controle da febre.

Tabela 21: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo fonte de informações para decidir sobre medicação para controle da febre.

Fonte para decidir medicação	Frequência	Percentual
Não utiliza farmacêutico e/ou balconista da farmácia	165	57,7
Farmacêutico	105	36,7
Balconista da Farmácia	15	5,2
Sem resposta	1	0,3
Total	286	100,0

Esta tabela mostra que aproximadamente 37% dos entrevistados procuram o farmacêutico e 5% o balconista da farmácia, para obter informações quanto à escolha da medicação para o controle da febre infantil.

A Tabela 22 (tab.22) mostra a descrição dos entrevistados segundo aos métodos não medicamentosos utilizados para baixar a febre.

Tabela 22: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo métodos não medicamentosos utilizados para baixar a febre.

Métodos não Medicamentosos	Frequência	Percentual
Dar banho na criança	211	73,8
Dar banho e aplicar compressa ou algodão embebido em álcool	27	9,4
Aplicar compressa ou algodão embebido em álcool	12	4,2
Aplicar compressa de água fria	10	3,5
Dar banho e aplicar compressa de água fria	7	2,4
Dar banho, aplicar compressa de água fria e álcool	1	0,3
Não utilizo nenhum desses	15	5,2
Sem resposta	3	1,0
Total	286	100,0

Pode-se observar que dar banho na criança é o método mais freqüente utilizado pelos pais e cuidadores para baixar a febre, sendo associado a outros métodos como aplicar compressa de algodão embebido em álcool e compressa de água fria, representando mais de 70% das respostas obtidas.

A Tabela 23 (tab.23) mostra a distribuição dos entrevistados segundo considerar ou não que a febre traz benefícios.

Tabela 23: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo considerar ou não que a febre traz benefícios.

Febre traz benefícios	Frequência	Percentual
Não	203	71,0
Sim	80	28,0
Sem resposta	3	1,0
Total	286	100,0

A partir da análise da Tabela 23 percebemos que mais de 70% dos entrevistados não consideraram que a febre traz nenhum tipo de benefício e 28% dos entrevistados disseram acreditar que a febre traz benefícios, esses foram descritos na Tabela 24 (tab.24) a seguir.

Tabela 24: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo benefícios ocasionados pela febre.

Benefícios	Frequência	Percentual
Sinal de alerta	36	45,0
Nos mostra que há algo de errado	29	36,1
Sinal de infecção	4	5,0
Sinal de complicação	1	1,3
Sem resposta	10	12,6
Total	80	100,0

Nota-se que dos entrevistados que consideram que a febre traz algum benéfico, 45% disseram que a febre é um sinal de alerta e para 36% mostra que há algo de errado.

A seguir são apresentadas as respostas obtidas para aqueles que consideram que a febre traz algum malefício. Esses resultados foram apresentados na Tabela 25 (tab.25), em que os malefícios citados pelos pais e cuidadores foram divididos em duas categorias: indicadores clínicos e alterações de comportamento. Os indicadores clínicos são dados descritos pelos entrevistados ao observarem visualmente que a criança apresentava algum mal estar físico. Já as alterações de comportamento são dados descritos pelos entrevistados em que estes observaram mudanças de comportamento nas crianças com febre.

Tabela 25: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 que segundo malefícios ocasionados pela febre.

Malefícios	Frequência	Percentual
Indicadores Clínicos		
Sinal de algo ruim	10	4,9
Sinal de algo mais grave	7	3,4
Pode dar convulsão	6	3,0
Sinal de doença	3	1,5
Sinal de defesa do organismo	1	0,5
Sinal de imunidade baixa	1	0,5
Sinal de infecção	23	11,3
Alterações de Comportamento		
Nos mostra que há algo de errado	20	9,9
A criança está passando mal	11	5,4
A criança fica prostrada	5	2,5
A criança não alimenta	4	2,0
A criança fica nervosa	3	1,5
A criança fica enjoada	3	1,5
A criança chora muito	2	1,0
Prejudica a criança	2	1,0
A criança fica triste	2	1,0
Altera o comportamento da criança	2	1,0
A criança fica cansada	2	1,0
Pode dar vômitos	1	0,5
A criança fica muito frágil	1	0,5
Sem resposta	94	46,3
Total	203	100,0

Para os que consideram que a febre traz malefícios, 11% mencionaram que é um sinal de infecção e 10% disseram que ser maléfica porque mostra que há algo errado, uma resposta obtida também para os benéficos.

A Tabela 26 (tab.26) descrita a seguir mostra a distribuição dos entrevistados segundo conceitos que atribuem para a representação da febre.

Tabela 26: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo representação da febre.

Representação da febre	Frequência	Percentual
Sinal de alerta, mostrando que há algo de errado com o organismo	124	43,4
Sinal de infecção	96	33,6
Sinal de alerta, mostrando que há algo de errado com o organismo, sinal de infecção e é parte do mecanismo de defesa do organismo	51	17,8
Sinal de alerta, mostrando que há algo de errado com o organismo e sinal de infecção	8	2,8
É parte do mecanismo de defesa do organismo	6	2,1
Sem resposta	1	0,3
Total	286	100,0

Para 43% dos entrevistados, a febre é um sinal de alerta, mostrando que há algo de errado com o organismo e para 34% esta é um sinal de infecção.

A Tabela 27 (tab.27) mostra a distribuição dos entrevistados segundo considerar ou não a febre perigosa.

Tabela 27: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo considerar ou não a febre perigosa.

Febre perigosa	Frequência	Percentual
Sim	279	97,6
Não	7	2,4
Total	286	100,0

A partir da análise da Tabela 27 verificamos que quase 98% dos entrevistados consideram a febre perigosa.

Os resultados descritos a seguir da Tabela 28 (tab.28) mostram o porquê de alguns pais e cuidadores considerem a febre perigosa, os dados apresentados foram divididos em três categorias: componentes objetivos, componentes indiciários e componentes preditivos. Sendo que os componentes objetivos são aqueles que acontecem durante o período febril e são vivenciados pelos pais e cuidadores, os componente indiciários são sinais indicativos do

porquê consideram a febre perigosa e os componentes preditivos representam o que a febre pode causar na criança segundo o relato dos entrevistados.

Tabela 28: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo considerar o porquê consideram a febre perigosa.

Febre perigosa	Frequência	Percentual
Componentes Preditivos		
Pode causar convulsão	177	63,2
Pode levar ao óbito	17	6,1
Pode trazer complicações	7	2,5
Pode levar a danos cerebrais	2	0,7
Pode causar hemorragia	1	0,4
Pode ser pneumonia	1	0,4
Pode causar parada cardiorespiratória	1	0,4
Componentes Indiciários		
Sinal que há algo errado	19	6,8
Sinal de gravidade	8	2,9
Sinal de infecção	7	2,5
Sinal de doença	6	2,2
Indica dor	1	0,4
Componentes Objetivos		
Prostração	1	0,4
Sem resposta	31	11,1
Total	279	100,0

Para mais de 63% dos entrevistados a febre pode causar convulsão. Foram mencionados ainda pelos pais que a febre é perigosa, pois é sinal de que há algo errado 7%, pode levar ao óbito 6%, dentre outros menos representativos.

A distribuição dos entrevistados segundo complicações que a febre produz é descrita a seguir pela Tabela 29 (tab.29).

Tabela 29: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo danos que a febre pode produzir.

Complicações	Frequência	Percentual
Convulsão	201	70,3
Sonolência	51	17,8
Convulsão, Sonolência, Prostração, Desidratação e Danos cerebrais	51	17,8
Prostração	45	15,7
Desidratação	20	7,0
Danos cerebrais	11	3,8
Não produz complicações	2	0,7
Sem resposta	1	0,3

A convulsão foi o dano mais citado por mais de 70% dos entrevistados, seguida pela sonolência e convulsão, sonolência, prostração, desidratação e danos cerebrais.

A Tabela 30 (tab.30) mostra o tipo de veículo de comunicação utilizado para buscar informações sobre a febre.

Tabela 30: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo veículo utilizado para buscar informações sobre a febre.

Fonte de Informação	Frequência	Percentual
Nenhuma das alternativas	107	37,4
Internet	49	17,1
Televisão	47	16,4
Livros	24	8,4
Jornais	17	5,9
Experiência própria	5	1,7
Bula	1	0,3
Radio	1	0,3

Aproximadamente 37% dos entrevistados disseram não utilizar estes veículos de informação, sendo que 17% utilizam a internet, seguida pela televisão com 16%, livros com 8% e jornais com 6%.

A Tabela 31 (tab.31) mostra as pessoas com quem os entrevistados buscam se orientar sobre a febre.

Tabela 31: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo as pessoas que utilizam como fonte de informação.

Pessoas	Frequência	Percentual
Profissionais da Saúde	155	54,2
Familiares	85	29,7
Amigos / Vizinhos	24	8,4
Pessoas mais experientes	15	5,2

Mais da metade dos entrevistados buscam se orientar com profissionais da saúde, representando 54%. Os que se orientam com familiares representam 30%, com amigos e vizinhos 8% e com pessoas mais experientes, 5%.

A partir daqui serão apresentadas as descrições das características socioeconômicas dos entrevistados. A Tabela 32 (tab.32) descrita a seguir apresenta a distribuição dos entrevistados segundo o estado civil.

Tabela 32: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo estado civil.

Estado Civil	Frequência	Percentual
Casado(a)	139	48,6
Solteiro(a)	89	31,1
Outro(a)	37	12,9
Separado(a) / Desquitado(a) / Divorciado(a)	17	5,9
Viúvo(a)	4	1,4
Total	286	100,0

A Tabela 32 nos mostra que a metade dos entrevistados são casados e que mais de 30% são solteiros sendo que existem ainda outras situações e separado, desquitado, divorciado e viúvo.

A Tabela 33 (tab.33), a seguir descreve quantidade de filhos apresentadas pelos pais ou cuidadores.

Tabela 33: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo número de filhos.

Número de Filhos	Frequência	Percentual	Percentual Ac.
1	120	42,0	42,0
2	92	32,2	74,2
3	44	15,4	89,6
4 ou mais	29	10,1	99,7
Sem resposta	1	0,3	100,0
Total	286	100,0	-

Observou-se que 42% dos entrevistados possuem somente um filho, 32% possuem dois e 15% possuem três, sendo que aproximadamente 90% possuem até três filhos.

A Tabela 34 (tab.34) mostra a distribuição dos entrevistados segundo as pessoas com as quais reside.

Tabela 34: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo pessoas com as quais reside.

Pessoas	Frequência	Percentual
Com o cônjuge e/ou filhos	151	52,8
Outros	76	26,6
Com os pais e/ou outros parentes	57	19,9
Com amigos	1	0,3
Sem resposta	1	0,3
Total	286	100,0

Dentre os entrevistados, mais de 50% moram com o cônjuge e/ou filhos, 27% se apresentam em outra situação, 20% com pais e/ou parentes.

A Tabela 35 (tab.35) mostra a distribuição dos entrevistados segundo o número de pessoas que habitam sua residência.

Tabela 35: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo número de pessoas que habitam sua residência.

Habitantes	Frequência	Percentual	Percentual Ac.
Um ou dois	18	6,3	6,3
Três ou quatro	157	54,9	61,2
Cinco ou seis	77	26,9	88,1
Mais que 6	34	11,9	100,0
Total	286	100,0	-

A grande maioria dos entrevistados disseram que em sua residência habitam três ou quatro pessoas, representando 55% do total de entrevistados, seguida por cinco ou seis com 27%. Somente 6% disseram existir uma ou duas pessoas na residência.

A seguir é feita a descrição dos entrevistados segundo proximidade da residência em relação aos parentes mais próximos. A Tabela 36 (tab.36) apresenta os resultados obtidos.

Tabela 36: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo proximidade de residência em relação aos avós maternos, paternos ou outros familiares.

Habita próximo a Familiares	Frequência	Percentual
Sim	161	70,3
Não	67	29,3
Sem resposta	1	0,4
Total	286	100,0

Observou-se que mais de 70% dos entrevistados moram próximo aos familiares próximos, avós maternos, paternos ou outros familiares.

A Tabela 37 (tab.37) descrita a seguir mostra a distribuição dos entrevistados segundo o tipo de residência, se própria, alugada ou cedida.

Tabela 37: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo tipo de residência.

Residência	Frequência	Percentual
Própria	204	71,3
Alugada	65	22,7
Cedida	15	5,2
Sem resposta	2	,7
Total	286	100,0

Nota-se que mais de 70% dos entrevistados moram em casa própria, 23% residem em casa alugada e somente 5% em casa cedida.

A Tabela 38 (tab.38) apresenta a renda média mensal familiar das pessoas entrevistadas.

Tabela 38: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo renda média mensal familiar.

Residência	Frequência	Percentual	Percentual Ac.
Até 2 Salários Mínimos	154	54	54,0
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	73	25,5	79,5
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	21	7,3	86,8
Mais de 5,1 Salários Mínimos	5	1,7	88,5
Não possui renda mensal fixa	24	8,4	96,9
Sem resposta	9	3,1	100,0
Total	286	100,0	-

A grande maioria dos entrevistados recebem até dois salários mínimos, representando 54%. Aproximadamente 80% dos entrevistados recebem até três salários mínimos e somente 2% recebem mais de cinco salários.

A seguir a Tabela 39 (tab.39) em que descreve o grau e escolaridade dos entrevistados.

Tabela 39: Distribuição dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo grau de escolaridade.

Escolaridade	Frequência	Percentual	Percentual Ac.
Nenhuma escolaridade	1	0,3	0,3
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	23	8	8,3
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	123	43	51,3
Ensino Médio	130	45,6	96,9
Ensino Superior	7	2,4	99,3
Sem resposta	2	0,7	100,0
Total	286	100,0	-

Através da Tabela 39, percebe-se que mais de 45% dos entrevistados possuem ensino médio completo sendo que mais da metade não possui ensino médio completo e somente 2% possuem ensino superior.

5.2 Relacionamento dos dados:

5.2.1 Associação entre Características Socioeconômicas e Conhecimento sobre a Febre:

Nesta seção foram feitas avaliações das relações entre as características socioeconômicas e questões pertinentes ao manejo da febre pelos pais e cuidadores. Esta análise inicia-se com a associação entre escolaridade e saber manusear o termômetro. Os resultados obtidos são descritos a seguir.

A escolaridade dos pais e cuidadores não se mostrou significativo na conduta dos entrevistados frente à crianças febris. A escolaridade foi enfatizada em cinco níveis (nenhuma escolaridade, ensino fundamental, ensino médio de 1º a 4º série, ensino médio 5º a 8º série e ensino superior) e associada às seguintes variáveis: manejo do termômetro, conceito de febre, uso de antitérmicos, uso de antibióticos, considerar a febre perigosa, representação de febre, uso de métodos não farmacológicos e fontes de informação. Tabelas 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60 e 61 no Anexo E.

Houve associação significativa entre escolaridade e administração de antitérmicos conforme a Tabela 40 (tab.40) apresentada abaixo:

Tabela 40: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administrar ou não antitérmicos.

Escolaridade	Administra antitérmicos		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	0 (0,0)	1 (9,1)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	22 (8,1)	1 (9,1)	23 (8,1)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	117 (42,9)	6 (54,5)	123 (43,3)	0,011
Ensino Médio	128 (46,9)	2 (18,2)	130 (45,8)	
Ensino Superior	6 (2,2)	1 (9,1)	7 (2,5)	

* Teste Exato de Fisher.

A partir da análise da Tabela 40 é possível perceber que existe associação significativa entre escolaridade e administração antitérmicos; os entrevistados que possuem ensino fundamental de 5ª a 8ª tendem a não administrar antitérmicos quando comparados aos demais entrevistados.

A renda mensal familiar dos entrevistados foi estratificada em cinco níveis (recebe até 2 salários mínimos, de 2,1 a 3 salários mínimos, 3,1 a 5 salários mínimos, mais de 5,1 salários mínimos e não possui renda mensal fixa) e relacionadas às seguintes variáveis: conceito de febre, uso de antitérmicos, uso de antibióticos, considerar a febre perigosa, uso de métodos não farmacológicos e fontes de informação. Não se verificando associação significativa em nenhuma delas. Conforme as Tabelas 62, 63, 64, 65, 66 e 67 no Anexo E.

Abaixo segue Tabela 41 (tab.41), exemplificando. Esta tabela mostra a relação entre a distribuição da renda dos entrevistados e administração ou não de antibióticos nas crianças.

Tabela 41: Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração ou não de antibiótico.

Renda Familiar	Administra antibiótico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	17 (44,7)	137 (58,1)	154 (56,2)	0,053
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	11 (28,9)	60 (25,4)	71 (25,9)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	4 (10,5)	16 (6,8)	20 (7,3)	
Mais de 5,1 Salários Mínimos	3 (7,9)	2 (0,8)	5 (1,8)	
Não possui renda mensal fixa	3 (7,9)	21 (8,9)	24 (8,8)	

* Teste Exato de Fisher.

Observe que existe grande similaridade na distribuição da renda dos pacientes em relação a administrar ou não antibióticos. O teste Exato de Fisher mostra administrar ou não antibiótico independe da renda dos entrevistados, sendo a probabilidade de significância, p-valor maior que 0,05.

O número de filhos dos entrevistados foi estratificada em quatro níveis (um, dois, três, quatro ou mais filhos) e relacionada às seguintes variáveis: conceito de febre uso de antitérmicos, uso de antibióticos, considerar a febre perigosa, considerar a febre benéfica, tempo aguardado pelos pais/cuidadores para procura de atendimento quando seus filhos se encontram febris. Tabelas 68, 69, 70, 71 e 72 no Anexo E.

Houve associação estatisticamente significativa entre o número de filhos e o uso de antibióticos, conforme a Tabela 42.

Tabela 42: Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração de antibióticos.

Número de Filhos	Administra antibióticos		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1	15 (37,5)	103 (42,6)	118 (41,8)	0,005
2	9 (22,5)	83 (34,4)	92 (32,6)	
3	5 (12,5)	38 (15,7)	43 (15,2)	
4 ou mais	11 (27,5)	18 (7,4)	29 (10,3)	

* Teste Exato de Fisher.

Os entrevistados que mencionaram administrar antibiótico apresentam em geral mais que um filho. A partir do teste Exato de Fisher conclui-se que existe associação significativa entre o número de filhos e administrar ou não antibióticos, sendo o p-valor menor que 0,05.

A idade da criança foi estratificada em quatro níveis (até um ano, de 1,01 a 3 anos, de 3,01 a 6 anos e de 6,01 a 12 anos) e relacionada às seguintes variáveis: tempo que os pais e cuidadores aguardam para procurar por atendimento médico quando seus filhos se encontram febris e considerar a febre perigosa. Tabela 73 no Anexo E. Na nossa hipótese de trabalho, acreditávamos que quanto mais nova a criança, mais rapidamente os pais procurariam por atendimento médico, considerando a febre perigosa, entretanto não houve variação significativa entre as variáveis. Conforme a Tabela 43 (tab.43) exemplificada abaixo, que mostra a comparação entre as idades das crianças com quadro febril agudo e o tempo para aguardado pelos pais e cuidadores para procurar atendimento médico.

Tabela 43: Comparação entre a idade das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo o tempo aguardado pelo pais para procurar por atendimento médico

Tempo que aguardam	Média	Mediana	Desvio Padrão	P-valor*
Procura imediatamente (até 6 horas)	2,9	2,0	2,7	> 0,05
Aguarda de 6,1 a 12 horas	4,2	4,0	3,4	
Aguarda de 12,1 a 24 horas	4,1	2,0	3,6	
Aguarda de 24,1 a 36 horas	3,5	2,0	3,2	
Aguarda de 36,1 a 48 horas	2,6	2,0	2,4	
Aguarda de 48,1 a 72 horas	2,7	2,0	2,4	

* ANOVA

A partir da análise da Tabela 43 percebemos que apesar da diferença entre as idades das crianças, não existe diferença estatisticamente significativa de acordo com o teste ANOVA, sendo a probabilidade de significância do teste maior que 0,05.

Morar próximo aos pais ou parentes foi relacionado às seguintes variáveis: conceito de febre, uso de antitérmicos, uso de antibióticos e uso de métodos não farmacológicos. Tabelas 74, 75, e 76 no Anexo E. Não havendo associação significativa entre as variáveis especificada, para exemplificar segue a Tabela 44.

A Tabela 44 (tab.44) apresenta a distribuição dos entrevistados que administram ou não antitérmicos e morar ou não próximo aos pais.

Tabela 44: Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 morarem próximo aos pais ou parentes e usar ou não antitérmicos.

Antitérmicos	Mora próximo aos Pais		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Sim	155 (96,3)	64 (95,5)	219 (96.1)	0,523
Não	6 (3,7)	3 (4,5)	9 (3,9)	

* Teste Exato de Fisher.

Nesta tabela verificamos que utilizar antitérmicos independe de morar próximo aos pais, tendo em vista que o teste Exato de Fisher apresenta probabilidade de significância maior que 0,05.

Os veículos utilizados como fonte de informação para os entrevistados foram relacionados à administração de fármacos (antitérmicos e antibióticos) na criança febril ou optarem pelo uso de métodos não farmacológicos, também foi relacionado ao profissional de saúde consultado para decidir qual medicação usar no controle da febre na criança. Segundo as Tabelas 77 e 78 no Anexo E.

Entretanto houve associação significativa apenas na relação entre veículos utilizados como fonte de informação e profissionais de saúde consultada pelos entrevistados para a escolha da medicação, conforme descrito na Tabela 45 (tab.45) abaixo:

Tabela 45: Associação entre veículos utilizados pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 para busca de informações e profissionais da saúde consultado para decisão de qual medicação administrar.

Veículos de busca de informação	Profissional da Saúde			Total [n (%)]	P-valor*
	Balconista Farmácia [n(%)]	Farmacêutico [n(%)]	Nenhum Destes [n (%)]		
Livros	1 (7,1)	8 (8,0)	7 (4,5)	16 (5,9)	
Jornais	0 (0,0)	7 (7,0)	7 (4,5)	14 (5,2)	
Televisão	8 (57,1)	19 (19,0)	17 (10,8)	44 (16,2)	0,001
Internet	1 (7,1)	21 (21,0)	21 (13,4)	43 (15,9)	
Não utiliza	4 (28,6)	45 (45,5)	105 (66,9)	154 (56,8)	

* Teste Exato de Fisher.

Foi observado que existe forte associação entre o veículo utilizado para busca de informações sobre a febre e o profissional da saúde consultado para decidir a medicação a se administrar. Quem busca informações na televisão procura mais o balconista da farmácia.

Com intuito de verificar a influência das fontes de informação nas condutas dos pais/cuidadores frente à febre infantil, foram relacionados às pessoas com quem os entrevistados usam como fontes de informação com o uso de medicamentos (antibióticos e antitérmicos) e o uso de métodos não farmacológicos utilizados no controle da febre na criança. Também foram associados às pessoas com quem os pais/cuidadores buscam por informações e os profissionais de saúde consultados (farmacêuticos e balconista da farmácia). Não houve associação significativa entre essas variáveis conforme as Tabelas 79 e 80 no Anexo E.

A Tabela 46 (tab.46) exemplifica os dados citados no parágrafo acima e mostra a associação entre as pessoas com quem os entrevistados disseram buscar informações sobre a febre e o uso de fármaco.

Tabela 46: Associação entre pessoas com quem os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 buscaram informações sobre a febre e o uso de fármaco.

Pessoas	Utiliza Fármaco		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Profissional da Saúde	139 (57,4)	6 (66,7)	17 (6,3)	0,839
Familiares	74 (30,6)	2 (22,2)	14 (5,1)	
Amigos / Vizinhos	10 (4,1)	0 (0,0)	43 (15,8)	
Pessoas mais Experientes	19 (7,9)	1 (11,1)	154 (56,6)	

* Teste Exato de Fisher.

Observou-se que o uso de fármaco independe das pessoas com as quais se busca informações sobre a febre.

Ao compararmos a escolha do uso de medicamentos (antitérmicos e antibióticos) com o uso de métodos não farmacológicos verificamos que dos 286 entrevistados, 96,6% utilizavam os dois métodos associados.

A Tabela 47 (tab.47) mostra os resultados obtidos para avaliação da associação entre utilização de medicamentos e métodos não farmacológicos.

Tabela 47: Associação entre medicamentos antitérmicos/antibióticos e métodos não farmacológicos utilizados pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011.

Medicamento	Método Não Farmacológico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Sim	259 (96,6)	14 (93,3)	273 (96,5)	0,425
Não	9 (3,4)	1 (6,7)	10 (3,5)	

* Teste Exato de Fisher.

A Tabela 47 demonstra que o número de pessoas que utiliza medicamentos é maior tanto para os que não utilizam métodos não farmacológicos quanto para os que utilizam. O teste Exato de Fisher mostra que estas duas características são independentes, tendo em vista que o p-valor é maior que 0,05.

A influência ou o papel exercido pelos familiares sobre os pais e cuidadores de crianças febris foi avaliado pela relação do número de pessoas morando na mesma casa que os entrevistados com o uso de medicamentos e uso de métodos não farmacológicos. Entretanto não houve associação significativa entre essas variáveis.

A associação entre utilização de medicamentos e número de pessoas que residem em casa é descrita a seguir pela Tabela 48 (tab.48).

Tabela 48: Associação entre utilização de medicamentos pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e número de pessoas que residem em suas casas.

Nº Pessoas	Utiliza Fármaco		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1 ou 2	18 (6,6)	0 (0,0)	18 (6,4)	1,000
3 ou 4	149 (54,6)	6 (60,0)	155 (54,8)	
5 ou 6	73 (26,7)	3 (30,0)	76 (26,9)	
Mais que 6	33 (12,1)	1 (10,0)	34 (12,0)	

* Teste Exato de Fisher.

O fato dos entrevistados utilizarem ou não fármacos independe do número de pessoas que residem na casa tendo em vista que a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher é maior que 0,05.

A Tabela 49 (tab.49), descrita a seguir mostra a distribuição do número de pessoas que residem em casa e utilizar ou não métodos não farmacológicos.

Tabela 49: Associação entre utilização de métodos não farmacológicos pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e número de pessoas que residem na casa.

Nº Pessoas	Método Não Farmacológico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1 ou 2	18 (6,6)	0 (0,0)	18 (6,3)	0,303
3 ou 4	149 (55,0)	8 (53,3)	157 (54,9)	
5 ou 6	74 (27,3)	3 (20,0)	77 (26,9)	
Mais que 6	30 (11,1)	4 (26,7)	34 (11,9)	

* Teste Exato de Fisher.

A partir da análise da Tabela 49 é possível perceber que utilizar ou não métodos não farmacológicos independe do número de pessoas que residem em casa. Conclui-se que não existe associação significativa entre estas características de acordo com o teste Exato de Fisher.

Dos 286 entrevistados, 238 disseram desconhecer os efeitos adversos dos antitérmicos e 188 revelaram desconhecer os efeitos colaterais dos antibióticos. Ao compararmos o uso de medicamentos (antibióticos e antitérmicos) com o conhecimento dos efeitos adversos dos mesmos, verificamos que a administração de antitérmicos independentemente do conhecimento de seus efeitos colaterais.

Quanto ao uso de antibióticos, identificamos que 40 entrevistados revelaram usar esse tipo de fármaco na criança febril sob os seus cuidados. Destes, apenas 11 relataram conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos usados. Conforme tabelas abaixo.

A Tabela 50 (tab.50) mostra a distribuição de saber os efeitos colaterais e administrar ou não antitérmicos.

Tabela 50: Associação entre uso de antitérmico pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber os efeitos colaterais causados pelo mesmo.

Sabe os Efeitos Colaterais	Antitérmico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Sim	40 (14,7)	1 (14,3)	41 (14,7)	0,726
Não	232 (85,3)	6 (85,7)	238 (85,3)	

* Teste Exato de Fisher.

De acordo com a tabela acima não existe diferença entre saber os efeitos colaterais dos antitérmicos para o grupo que administra antitérmicos e para o grupo que não administra esse tipo de medicamento. O teste Exato de Fisher mostra que não existe associação significativa entre estas variáveis.

A Tabela 51 (tab.51) mostra estes resultados para utilização de antibiótico.

Tabela 51: Associação entre o uso de antibiótico pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber os efeitos colaterais causados pelo mesmo.

Sabe os Efeitos Colaterais	Antibiótico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Sim	11 (27,5)	33 (17,2)	44 (19,0)	0,101
Não	29 (72,5)	159 (82,8)	188 (81,0)	

* Teste Exato de Fisher.

Também podemos verificar que não existe associação entre utilizar ou não antibióticos e saber seus efeitos colaterais, tendo em vista que a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher é maior que 0,05.

5.3 Resultados das entrevistas

Entrevistas semi-estruturadas foram feitas com intuito de ouvir alguns pais, para que pudessemos compreender as crenças, comportamento, influencia cultural e a experiência destes no que diz respeito ao manejo da febre infantil. Para tanto as entrevistas semi-estruturadas foram agrupadas em cinco temas: a febre associada a fatores internos e externos, que situação gera febre, como as febres eram tratadas de acordo com a experiência de vida, danos que a febre pode acarretar, motivos pelos quais os pais apresentam medo e preocupações em relação a febre.

As análises das entrevistas seguiram procedimentos de categorização tal como proposto por Uwe Flick (2009). Segundo esse autor, a codificação teórica tem a função de analisar dados coletados para desenvolver os saberes que os sujeitos produzem nas suas práticas cotidianas. Na presente pesquisa, trata-se de recompor a partir da fala das entrevistadas os saberes que elas têm sobre a febre infantil e como elas se conduzem no cotidiano para cuidar das crianças que estão sob sua responsabilidade. O material de análise corresponde a seis entrevistas realizadas com mães de criança que levaram seus filhos no Hospital Infantil João Paulo II.

O primeiro procedimento foi transcrever as entrevistas conservando todas as expressões utilizadas pelas próprias entrevistadas (conforme o anexo), como forma de deixar explícito o vocabulário que usam para enunciar suas idéias. O objetivo é de evidenciar no vocabulário as

marcas dos saberes que influenciam a forma como as entrevistadas falam do tema da pesquisa.

O segundo procedimento foi trabalhar as entrevista codificando os sentidos que os sujeitos deram às suas falas e a seus argumentos. Para tanto, foi utilizada a “codificação aberta”, conforme proposta por Flick, ou seja, como “uma forma de expressar dados coletados sob a forma de conceito” (FLICK, op. Cit, p. 277). Foram utilizadas barras em seqüências curtas de frases com objetivo de associar conceitos ou tópicos que permitissem uma análise mais inclusiva e uma comparação das seis narrativas coletadas. Os trechos das entrevistas foram a separados por uma barra diagonal e acrescido de um número. Foram daí que se produziram os códigos. Estes de certa forma compuseram os tópicos que foram estabelecidos no planejamento do presente estudo, a saber: a) fatores que provocam a febre, tratamento (forma de detectar, medicamentos e procedimentos para reduzir a febre), hábitos familiares, danos produzidos pela febre, motivo de preocupação ou de medo, circunstâncias que levam ao medo e relato de experiência.

Terceiro procedimento foi construir um quadro síntese no qual é possível se ter uma imagem mais global de como as entrevistadas se situam quanto aos saberes e as crenças sobre a febre infantil

5.3.1 Quadro síntese das Entrevistas Semi-Estruturadas

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Fatores que Causam a Febre	Externos: Tempo Interno: Infecções, inflamações, garganta	Interna: Infecção Gripe Vem de dentro	Interna: infecções, catapora	Infecções e gripe	Infecção, inflamação e caroço	Dentro do organismo
Tratamento		Febre de 40 graus é febre Dipirona, Paracetamol, banho com álcool, pouca roupa	Banho e medicação	Suor e corpo quente - água, dipirona paracetamol Fragmentos 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67 e 68 (ANEXO)	Chá caseiro, antibiótico e hospital	Banho e hospital
Hábitos Familiares	Chazinho/ remédio do mato Baixa a febre	Banho com álcool, pouca roupa Abaixa a febre	Chá amargo “tudo que amarga é bom para febre Baixa a febre	Raizada e chá		
Danos Promovidos pela Febre	Morte. Não consegue identificar danos intermediários Convulsão	Convulsões		Convulsões	Convulsões	Convulsões
Motivo de preocupação ou medo	Quando a criança está dormindo, não sabe se dome ou se está morta	Não saber o que fazer nas convulsões	Não deixou explícito na fala	Não deixou explícito na fala	Não deixou explícito na fala	Não deixou explícito na fala
Circunstâncias que levam ao médico		Quando a febre não passa Espera 4 dias se não passa leva ao médico				
Relato de Experiência		Sobrinha do marido tem convulsões. Posto de saúde que não detectou nenhuma enfermidade na criança que morreu depois		Fragmentos do 72 ao 83 (ANEXO)		

6 DISCUSSÃO

6.1 Discussão dos dados obtidos através da aplicação dos questionários aos pais e cuidadores

A febre é um problema que acomete crianças e geralmente preocupa os pais, conceitos equivocados podem levá-los a tratamentos inadequados, bem como a utilização desnecessária dos serviços de saúde (ROCHA *et al.*, 2009; SCHMITT, 1980; AL-EISSA *et al.*, 2000).

Os pais e cuidadores selecionados para fazer parte desse estudo representaram um amplo espectro socioeconômico. Eles foram entrevistados no momento em que seus filhos se encontravam febris, o que pode ser considerado um fator gerador de ansiedade e apreensão. A ansiedade dos pais frente ao quadro febril da criança e a incompreensão do desenvolvimento deste sintoma levam à exacerbação do medo e à concepções equivocadas sobre a febre (AL-EISSA *et al.*, 2000).

Na definição da amostra podemos observar que a maior parte da população que participou desse estudo é casada 48,6% (tab.32). Mais de 50% reside com o cônjuge (tab.34), e em suas casas moram de três a quatro pessoas (tab.35). Aproximadamente 70% possuem casa própria e residem próximo aos pais ou parentes (tab.37 e tab.36). Essa proximidade em relação à casa de familiares pode ser um fator que influencie em suas condutas e práticas frente à febre na crianças, devido a possibilidade de compartilhar experiências e práticas.

Em relação à escolaridade (tab.39), dos entrevistados, a maior parte possui ensino médio (45,6%), seguido de ensino fundamental completo (43%) e apenas 2,4% possuíam curso superior. Na pesquisa realizada por ROCHA *et al.* (2009), no município de São Paulo nenhum dos participantes tinham cursado faculdade e a maior parte deles possuía o ensino fundamental incompleto (40%). IMPICCIATORE *et al.* (1998), relataram em seu estudo que a preocupação exagerada das mães diante da febre está associada ao baixo nível educacional. Entretanto nessa pesquisa observamos que a maioria dos pais/cuidadores apresenta escolaridade até o ensino médio, mostrando que o nível de escolaridade desses pais não é baixo, o que pode sugerir a presença de outros fatores que podem interferir nas concepções destes em relação à febre infantil.

Dos entrevistados, 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% apresentava renda de 3,1 a 5 salários e apenas 1,7% dessas pessoas recebiam mais de 5,1 salários mínimos por mês (tab.38). Observa-se que a maioria dos entrevistados apresentam baixa renda mensal familiar.

Cabe ressaltar que o presente estudo foi desenvolvido em um hospital público que atende pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), o que poderia explicar o fato de grande parcela dos entrevistados possuírem uma renda mensal de até dois salários mínimos e apenas sete pais/cuidadores correspondendo a 2,4% possuir ensino superior.

Além disso, a maior parte dos pais e cuidadores possuíam um (42%) ou dois (32,2%) filhos (tab.33), o que sugere pouca experiência sobre febre em suas crianças. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por ROCHA *et al.* (2009), no qual a maioria das mães tinham um (35%) e dois (36,7%) filhos. Embora fosse esperado que o maior número de filhos gerasse medo e receio nos pais, este fator não foi significativo neste trabalho.

Os dados encontrados mostram que a maior parte das crianças conduzidas pelos pais ao serviço de urgência se encontrava na faixa etária de um a seis anos de idade, conforme a (tab.2). Um estudo realizado na Dinamarca também apresentou dados similares; em uma amostra de 146 crianças febris levadas ao serviço de urgência, 85% apresentavam até cinco anos de idade (KALLESTRUP & BRO, 2003).

A maioria dessas crianças foram encaminhadas para atendimento médico pelas mães (tab.1). Os resultados dessa pesquisa, assim como em outros estudos sugerem que a preocupação em relação à febre infantil, faz com que algumas mães mudem suas rotinas diárias, BLUMENTHAL (1998) relatou que as mães deixam os seus empregos rumo atendimento médico para seus filhos em horários comerciais e a maior parte dessas crianças foram também conduzidas ao serviço de saúde nos turnos diurnos, uma vez que a maioria dos atendimentos médicos ocorreu durante o dia.

Entre os pais/cuidadores que encaminharam suas crianças com relato de febre para atendimento no Hospital Infantil João Paulo II, 48,3% residem no município de Belo Horizonte (Minas Gerais) e 49,6% eram provenientes das cidades da região metropolitana da capital e apenas seis entrevistados eram de cidades do interior do estado de Minas Gerais

(tab.3). Tal fato nos leva a crer que os serviços de saúde das cidades da região metropolitana de Belo Horizonte não estão conseguindo suprir parcela considerável de suas demandas em saúde, já que a grande parte das crianças encaminhadas com relato de febre ao Hospital Infantil João Paulo II são provenientes de cidades da região metropolitana. Alguns trabalhos relataram que concepções dos pais em relação à febre infantil fazem com que estes usem em excesso os serviços de urgência sem necessidade (ANDRADE & DONELLI, 2004).

MURAHOVSKI (2003) relata que é necessária a investigação imediata da febre, quando esta apresenta duração maior que três dias (acima de 72 horas), contada com a maior precisão possível a partir do momento presumido do início da febre. As infecções virais têm “direito” a três dias de febre (adenovírus podem causar febres mais prolongadas). Ultrapassados os três dias, pode-se pensar em infecção bacteriana, como por exemplo, infecção urinária, especialmente em crianças abaixo de dois anos, sem outra sintomatologia, mas se a febre prolongar uma infecção de vias aéreas superiores, suspeitar de contaminação bacteriana (rinosinusite-otite).

Quando questionados em relação ao tempo que aguardam para procurar atendimento médico para as crianças febris (tab.12), 23,3% dos entrevistados responderam que aguardam de 24 a 36 horas, 22,1% de 12 a 24 horas, 14,5% procuram imediatamente (aguardam no máximo até 6 horas) e apenas 12,1% aguardam de 48 a 72 horas. O fato de terem mais ou menos filhos (tab.71), não foi significativo relacionado ao tempo em que procuram por atendimento médico. A idade das crianças também não foi um fator significativo relacionado ao tempo que buscam por atendimento médico (tab.43). Mesmo aqueles que têm alguma experiência, ou seja, já vivenciou o quadro febril de alguma criança, ainda apresenta medo em relação à febre e sentimentos como preocupações, ansiedade e insegurança, fato que aproximadamente metade dos entrevistados aguarda em média 12 e 36 horas da evolução do quadro febril na criança para buscar por atendimento médico.

ROCHA *et al.* (2009), identificaram que a má compreensão do manejo da criança febril pode ser reforçada em seu estudo pelo fato de 58,3% das mães terem relatado que levam seus filhos ao médico logo após algumas horas do aparecimento da febre. Fato confirmado também nessa pesquisa, mostrando que o pouco conhecimento acerca da febre, fez com que a maioria dos pais e cuidadores se deslocassem com as crianças ao serviço de urgência do Hospital Infantil João Paulo II, antes que completassem 72 horas de febre.

ANDRADE E DONELLI (2004), relatam que pacientes que procuram por serviços de urgência indevidamente, recebem, em parte, um atendimento inadequado. Na urgência não há possibilidade de abordagem global do doente, não é o local adequado para o controle de doenças crônicas, nem de construir uma boa relação médico-paciente; sendo muito difícil abordar o paciente com múltiplas doenças. Para os serviços de saúde, tal fato implica em redução da eficiência, com maior dificuldade em dar respostas adequadas às reais necessidades da população.

Dentre os 286 participantes do estudo, 202 (70,6%) pais relataram possuir termômetro em casa e aferem a temperatura utilizando o mesmo. Enquanto que 84 (29,4%) participantes disseram não possuir o instrumento em sua residência e relataram detectar a febre pela palpação das partes do corpo (70%). Outra parcela dos entrevistados identifica a febre através de sinais apresentados pela criança como irritação (1,2%) e vermelhidão (1,2%) e há ainda os que informaram identificar a febre quando a criança está quente e quieta (1,2%) (tab.4 e tab.6). Em estudo realizado por ROCHA *et al.* (2009), na cidade de São Paulo, com uma amostra de 60 mães, 58 entrevistados tocavam a pele da criança em locais como cabeça e pescoço e 46 utilizavam o termômetro para detectar a febre.

Embora os pais estejam preocupados com o valor da temperatura de seus filhos, principalmente se esta estiver elevada nem todos possuem o termômetro em casa, FISCHER, MOORE & ROAMA (1985), identificou em seu estudo que 38 a 44% dos pais não tinham o termômetro em casa. Além disso, afirmaram também que o fato de possuírem ou não o termômetro não prevê a habilidade de ler precisamente as temperaturas. Os autores FISCHER, MOORE & ROAMA (1985), WALSH & EDWARDS (2006), PORTER & WENGER (2000), TAVERAS *et al.* (2004), relatam que poucos pais (30 a 40%) poderiam ler com precisão as temperaturas.

Quanto ao tipo de termômetro, a maioria dos pais possui o digital (84,6%), se comparado ao de mercúrio 13,9% (tab.5). A preferência pelo termômetro digital se deve possivelmente a maior facilidade no manuseio e leitura do mesmo em relação ao de coluna de mercúrio Tal fato sugere que possivelmente estes tenham maior facilidade no manuseio e leitura do termômetro digital em relação ao termômetro de coluna de mercúrio (13,9%).

Quando questionados quanto a saber ou não manusear o termômetro a maior parte afirmou saber manusear o instrumento (76,6%) (tab.7). Ao serem questionados em relação ao intervalo de tempo gasto para a retirada do termômetro (tab.10) de mercúrio apenas 51,6% dos entrevistados procederam com as normas preconizadas deixando o termômetro na criança de 3 a 5 minutos, 29% deixam acima de 5 minutos e 19,4% de 1 a 3 minutos. Quanto ao termômetro digital (tab.11) 95,3%, retiram o termômetro após o sinal sonoro.

Para que se obtenha o valor correto da temperatura através da medição pelo termômetro, deve-se respeitar o intervalo de tempo adequado para a retirada do mesmo. Em se tratando do termômetro de mercúrio, este deve permanecer de 3 a 5 minutos, e em termômetros digitais até que ocorra o sinal audível no mostrador digital, caso contrário o valor concedido pode não ser confiável (POTTER, 2002; KOCH *et al.*2004).

Os dados obtidos em relação ao intervalo de tempo gasto para a retirada do termômetro de mercúrio pelos pais mostram que aproximadamente a metade dos entrevistados não observa o tempo adequado para a retirada do instrumento. É importante mencionar que apenas 28 entrevistados nessa pesquisa utilizam o termômetro de mercúrio. Também uma pequena parcela dos pais não respeita o intervalo adequado de tempo para a retirada do termômetro digital. Mostrando que a medida de temperatura nem sempre é confiável.

O pouco conhecimento no manejo do termômetro pode levar a aferições de temperaturas erradas, algumas consideradas como febre não se enquadram nessa categoria, e alguns pais podem estar tratando ou conduzindo crianças aos serviços de saúde sem necessidade. As Tabelas 52, 53 e 54, mostraram que a escolaridade não interfere em saber ou não manusear o termômetro seja esse instrumento digital ou de mercúrio.

FISCHER *et al.* (1985) examinaram correlações entre a inabilidade e a leitura precisa do termômetro, diferentemente dessa pesquisa observou em sua população estudada que o baixo “status” socioeconômico prediz uma inabilidade para a leitura correta do termômetro. Também identificaram que pais com níveis educacionais mais elevados apresentavam maior acurácia na leitura do termômetro de mercúrio, resultados semelhantes aos encontrados pelos autores PORTER & WENGER (2000). Nossos dados são diferentes dos dados da literatura pelo tipo de termômetro usado.

Neste trabalho a via axilar foi escolhida pela maioria dos pais (81,5%), apesar da literatura relatar que a medida mais confiável da temperatura é aquela aferida pelas vias oral ou retal (TROTA & GILIO, 1999).

POTTER (2002) relata que as temperaturas axilares consideradas fisiológicas estão entre 35.5°C e 37.5°C. Os entrevistados desta pesquisa quando questionados em relação ao valor considerado como febre (tab.8), apenas 34,3% responderam que corresponde à febre temperaturas de 37.5°C.

A literatura internacional traz alguns valores considerados como febre pelos pais. Em trabalho realizado por WALSH, EDWARDS & FRASER (2008), com 210 pais da Austrália, 51%, consideravam febre entre 38.0° e 38.5°C. Em outro estudo realizado com 1.211 pais da Noruega, 21% consideraram temperaturas entre 37.0° e 38.5°C como febre e 28% definiram febre acima de 38.5% (ESKERUD, HOFTVEDT & LAERUM, 1991). Em pesquisa realizada com mães italianas a grande maioria considera que suas crianças têm febre quando a temperatura está acima de 37.0°C (IMPICCIATORE *et al.*, 1998). Em trabalho realizado na Arábia Saudita com 560 pais, 26% consideram temperaturas abaixo de 38.0°C como febre e 30% consideram 38.0°C como febre (AL-EISSA *et al.*, 2000). Em outro estudo realizado no Brasil, foi identificado que 40% dos pais consideravam apenas aferições acima de 38.0°C como febre (ROCHA *et al.*, 2009).

Tanto a literatura nacional (ROCHA *et al.*, 2009) como a literatura internacional (ESKERUD, HOFTVEDT & LAERUM, 1991; IMPICCIATORE *et al.*, 1998; AL-EISSA *et al.*, 2000; WALSH, EDWARDS & FRASER, 2008), revelaram que pais de diferentes culturas apresentam conceitos incorretos quanto ao diagnóstico da febre, semelhantes aos dados obtidos nessa pesquisa.

A escolaridade, renda mensal familiar, número de filhos e residir próximos aos pais foram associados com saber conceituar o valor da febre (tab.55, tab.62, tab.68 e tab.74), os achados mostram que esses fatores sócio-econômicos, no presente estudo, não interferiram nos valores conceituados como febre pelos pais.

Para controlar a febre na criança, este estudo revelou que 96.3% dos entrevistados administram antitérmicos (tab.13 e tab.14), dentre eles 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 relatado por 0,4% dos pais. Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado por ROCHA *et al.* (2009), em que 100% recebiam antitérmicos, a dipirona era usada em 73.3% dos casos e o paracetamol em 45%.

IMPICCIATORE *et al.* (1998), identificaram que, em relação às medicações utilizadas por mães italianas, a maioria administra paracetamol (81,2%), 1,1% usa dipirona e 1,1% o AAS. Em outro estudo realizado por KARWOWSKA *et al.* (2002), com pais canadenses a medicação de escolha destes é o paracetamol, ERKEK *et al.* (2010), em seus achados mostrou que 85,6% dos pais administram paracetamol, 11,6% usam ibuprofeno e 2,8% administram outras medicações como AAS e dipirona. Devemos lembrar que nos países europeus e nos da América do Norte a dipirona não é usada sob a alegação de produzir agranulocitose.

De acordo com os autores DIXON *et al.* (2006) e ROCHA *et al.* (2009) somente temperaturas entre 38.5°, 39.0°C e 40.0° ou maiores, deveriam ser reduzidas por meio de medicamentos, portanto a administração de antipiréticos deveria ser individualizada e baseada em outros sinais além da temperatura.

A decisão de tratar ou não a febre depende de outros fatores além da temperatura elevada, pois 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 poderiam ocorrer em níveis próximos de 42.5°C, a febre em alguns casos se associa com desconforto e em crianças suscetíveis pode causar convulsões. Baseadas nessas premissas, o tratamento deve ser singular (MURAHOVSKI, 2003).

Os pais que afirmaram administrar antitérmicos em suas crianças quando estas estão febris, também foram questionados quanto ao conhecimento dos efeitos adversos causados por essas medicações (tab.16) e 83,3% relataram desconhecê-los e apenas 14,3% responderam que conheciam os efeitos colaterais. Apesar disso a maior parte da população dessa pesquisa optou pelo uso da medicação em um episódio febril (tab.50). Nossos dados diferem dos encontrados por ROCHA *et al.* (2009), estes autores relataram que, embora maioria das mães administrasse antitérmicos às crianças febris, grande parte delas (71,6%) acreditava que esses medicamentos poderiam causar efeitos como alergia, vômitos e náuseas.

Os pais e cuidadores que relataram saber a existência de efeitos adversos ocasionados por antitérmicos (tab.17) acreditam que estes podem provocar sonolência (31,7%), alergia (14,6%), queda da pressão arterial (9,8%), taquicardia (4,9%). Também foram relatados por menor quantidade de entrevistados reações como edema nos olhos e no corpo, vômitos, arritmias, falta de ar, ressecamento dos lábios e até parada cardiorrespiratória.

Dados como número de filhos, escolaridade e renda mensal dos entrevistados foram associados à administração dos antitérmicos (tab.72, tab.40, tab.63). A quantidade de filhos e a renda mensal familiar não foram significativos. Os entrevistados, em sua maioria administram antitérmicos independentemente desses fatores. Entretanto a escolaridade associada a administração de antitérmicos apresentou-se significativa, pais com maior escolaridade, que possuem até o ensino médio administram mais antitérmicos (46,9%).

Esse fato sugere que os pais com maior escolaridade, podem sentir mais seguros para administrar essas medicações por conta própria. Neste caso a experiência educacional destes pode ter influenciado significativamente o conhecimento dos entrevistados (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2008) em relação aos antitérmicos.

Embora esperássemos encontrar relação entre o uso de antitérmicos e a convivência com pais ou parentes (mesma habitação ou vizinhança) a associação entre as duas variáveis não se mostrou significativa.

Em relação à dosagem de antitérmicos administrados na criança febril, 90% dos entrevistados revelaram usar como parâmetro o peso; 3,6% consideraram a idade da criança; 3,3% seguiram o que está descrito nas receitas médicas e alguns pais em menor proporção (0,4%) consideraram juntamente os parâmetros peso, idade, área de superfície corporal e receitas médicas para decidir a dosagem de antitérmico a ser dado.

A maioria dos pais e cuidadores usam 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 (SUKIENNI *et al.*, 2006).

O conhecimento dos pais sobre a eficácia e dosagem apropriada dos anti-piréticos é questionável (WALSH & EDWARDS, 2006). Os autores SULLIVAN & FARRAR (2011), relataram que aproximadamente metade dos pais administram doses incorretas de antitérmicos, os resultados de sua pesquisa encontram que aproximadamente 15% dos pais dão doses supra terapêuticas de paracetamol ou ibuprofeno. Os dados encontrados nesse estudo sugerem que a maioria dos pais e cuidadores administram antitérmicos, usando como parâmetros o peso da criança independentemente de conhecerem a apresentação desses medicamentos (tab.15), o que torna nossos resultados semelhantes aos relatados na literatura.

No presente estudo, verificou-se que 40 (14%) pais/cuidadores afirmaram administrar antibióticos nas crianças com febre e 243 (85%), relataram que não administram essas medicações por conta própria (tab.18). No estudo de ROCHA *et al.* (2009), apenas duas mães (3,3%) administravam antibiótico em crianças febris sem conhecimento exato da causa e prescrição médica.

O antibiótico de escolha dos pais e cuidadores é em 70% dos casos a amoxicilina. Seguem em menor percentual a cefalexina (7,5%), o bactrim® (5,0%), penicilina (2,5%) e amoxicilina com clavulanato de potássio (2,5%) (tab.19). É possível perceber o uso indiscriminado dessas medicações pela população estudada, entretanto quando questionados sobre os efeitos colaterais dessas medicações (tab.20) grande parte dos entrevistados que administram antibiótico às crianças febris relataram não conhecê-las (65,7%) (tab.51). ROCHA *et al.* (2009), afirmam que esses dados demonstram o pouco conhecimento dos pais em relação a esse assunto.

É importante notar que, dos entrevistados que disseram não administrar antibióticos nas crianças febris, 43% tinham apenas um filho (tab.42), tal dado pode sugerir que a pouca experiência dos pais/ cuidadores em relação ao número de filhos, pode ter levado a uma menor administração dessa medicação.

Cabe ressaltar que a coleta de dados deste trabalho presente foi iniciada em setembro/2010. É possível que este tipo de medicamento somente não foi utilizado em maior escala, em razão da edição da Resolução da ANVISA nº 44 de 26/10/10 que regulamentou o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, exigindo para a

venda a apresentação de receita com a devida prescrição médica, conforme se infere do art. 2º do referido diploma legal:

“**Art. 2º** A dispensação de medicamentos a base de antimicrobianos de venda sob prescrição somente poderá ser efetuada mediante receita de controle especial, sendo a 1ª via - Retida no estabelecimento farmacêutico e a 2ª via - Devolvida ao Paciente, atestada, como comprovante do atendimento”. (BRASIL, Anvisa. Resolução-RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010).

Também foi analisada a relação entre escolaridade, renda familiar e residir próximo a parentes (tab.56, tab.41 e tab.76) e a administração de antibióticos pelos entrevistados. A escolaridade e “residir perto de familiares” não foram fatores que interferiram no uso dessas medicações. Os antitérmicos foram administrados na criança febril independente do grau de estudo ou do fato de morar perto de parentes. Já a renda mensal familiar foi fator de destaque, embora não significativo estatisticamente quanto maior a renda mensal familiar mais se administra antibióticos. Isso pode ser atribuído ao valor dessas medicações, tornando-as menos acessíveis aos entrevistados com menor poder aquisitivo.

A análise do uso de medicações (antitérmicos e antibióticos) e o número de pessoas que residem na casa dos entrevistados (tab.48) mostrou que independentemente da quantidade de pessoas que residem em suas casas, a maior parte dos entrevistados utiliza as medicações para controle da temperatura em crianças febris. Tal observação sugere que esta atitude pode ser influenciada por um hábito cultural dessas famílias.

Em relação ao uso de métodos não farmacológicos (tab.22), apenas 5,2% dos entrevistados não os utilizam para controle da febre infantil. Dentre aqueles que revelaram usar métodos não medicamentos, 73,8% optam em dar banho na criança, outros em menor proporção fazem uso de aplicações de compressas embebidas em álcool e aplicação de compressa de água fria.

Dentre os entrevistados, 259 (96,6%), associam o uso de métodos não farmacológicos com farmacológicos, 3,4% usam apenas métodos não farmacológicos (tab.47).

Nessa pesquisa foi revelado que independentemente do número de pessoas residentes na casa dos entrevistados (tab.49), ou estes morarem próximo a parentes (tab.75), esses utilizam os métodos não farmacológicos, preferencialmente o banho.

WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), em sua pesquisa relatou que os pais da Austrália 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 dão banho. Pais ingleses relataram o uso de banho tépido (PURSSELL, 2007). Em outro estudo realizado em um hospital da Inglaterra, com 392 pais, 211 (63,9%), tratavam a criança febril com antipiréticos associados ao banho tépido e 6% utilizava apenas o banho.

Os meios físicos como banho, compressas frias e aplicação de álcool na pele não tem valor quando usados isoladamente, porque não atuam no mecanismo fisiopatológico da febre. Mas uma vez que o ponto da termorregulação hipotalâmico tenha sido rebaixado farmacologicamente e, se for ainda necessário, depois da retirada de agasalhos e permanência num ambiente ventilado, pode-se recorrer a banhos mornos de imersão por 10 a 20 minutos, deixando-se a água esfriar lentamente, ou fricção delicada com esponja umedecida em água morna, fazendo-se essa fricção em partes sucessivas do corpo num total de 20 a 30 minutos. Esse processo somente deve ser utilizado se trazer evidente conforto para a criança e não causar mais problemas para os pais. A água fria pode causar calafrios e tremores, que além do desconforto, aumentam a temperatura (WHO, 1993; MURAHOVSKI, 2003).

O álcool pode ser absorvido pela pele e causar toxicidade sistêmica e por isso, nunca deve ser utilizado. Convém estimular a ingestão de líquido para evitar a hipernatremia, a qual aumenta a febre (MURAHOVSKI, 2003).

Não foram significativas as associações entre renda mensal familiar, escolaridade e o uso de métodos não farmacológicos (tab.65 e tab.59).

Em relação aos conceitos e representações atribuídas à febre (tab.26), aproximadamente 43% dos entrevistados, consideraram que a febre é um sinal de alerta, mostrando que há algo de errado com o organismo e 37% relataram que a febre representa um sinal de infecção. Também podemos observar que os conceitos que os pais e cuidadores atribuem para representar a febre independentemente da escolaridade dos mesmos (tab.58).

Segundo MURAHOVSKI (2003), 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. 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).

O fato de muitos pais buscarem por atendimento se deve a essa consideração da febre como sinal de alerta. Também podemos perceber que o fato de acreditarem que há algo de errado com o organismo, mostra certo conhecimento da febre relacionado às defesas orgânicas mesmo que inconscientemente. De acordo com ERKEK *et al.* (2010) a febre é uma resposta adaptativa do organismo em resposta a invasão de microorganismos ou outros pirógenos conhecidos.

ROCHA *et al.* (2009), mostraram que a infecção foi apontada por 91,7% dos entrevistados como a principal causa da febre, AL-NOURI & BASHEER (2005), também acharam dados similares, nessa pesquisa parcela considerável de pais/cuidadores também relataram que a febre é um sinal de infecção. É um consenso entre os pediatras que mais de 90% das febres agudas em crianças são oriundas de infecções virais (CASEY *et al.*, 1984).

Quando perguntando se a febre acarretava benefícios (tab.23), apenas 28% dos entrevistados consideraram que a febre traz algo de benéfico. Os pais/cuidadores expuseram em sua maioria que consideram como benéficos (tab.24) a febre ser um sinal de alerta (45%) e lhes mostrar que há algo de errado (36%)

WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), em seu estudo afirmam que o fato dos pais considerarem a febre como sinal de alerta, é algo bom, sugere a febre como parte do mecanismo de defesa do organismo no combate a patógenos. Muitos pais não são cientes dos efeitos dos benefícios imunológicos associados à febre.

A literatura traz que a febre retarda o crescimento e a reprodução de bactérias e vírus, aumenta a produção de neutrófilos e proliferação de linfócitos T, e auxilia o organismo na reação da fase aguda. A maioria das febres são de curta duração, benignas e podem proteger efetivamente de hospedeiros. Dados mostram efeitos benéficos de certos componentes do sistema imunológico na febre e poucos dados revelam que a febre realmente ajuda o corpo a ser recuperar das infecções virais (SULLIVAN & FARRAR, 2011).

A maioria dos pais (70%) consideram que a febre traz malefícios como: sinal de infecção, sinal de algo ruim, sinal de gravidade, perda de apetite, sinal de doença, pode acarretar convulsão, a criança fica prostrada, chora muito, alteração do comportamento, entre outros (tab.25).

ROCHA *et al.* (2009) e AL-NOURI & BASHEER (2005), em seus estudos apontaram que os pais consideram como os principais efeitos ocasionados pela febre a perda de apetite e o choro excessivo.

Os pais desse estudo predominantemente consideraram a febre perigosa (97,6%), conforme mostra a Tabela 27, podendo levar a hemorragias, parada cardiorespiratória e pode ser uma pneumonia, etc. Independentemente do número de filhos, escolaridade e renda mensal dos pais/cuidadores a maior parte desses consideraram a febre perigosa (tab.69, tab.57 e tab.64), o nível educacional, a renda financeira e a quantidade de filhos não foram fatores que diminuíram o medo e as preocupações dos pais em relação à febre. Neste contexto, observando os motivos pelos quais consideram a febre perigosa (tab.28), podemos compreender o medo dos pais em relação à febre na criança, pois estes expressaram preocupações específicas.

A idade média das crianças é menor para os entrevistados que consideram a febre perigosa (tab.73), isso pode sugerir que os pais/cuidadores associam menor faixa etária de idade a maior fragilidade da criança em relação à febre, entretanto esta diferença não foi significativa tendo em vista o ponto de vista estatístico, alguns pais de crianças em idades mais avançadas também consideraram a febre perigosa.

PURSELL (2008), diz que o grau de preocupação geralmente se reflete nos tratamentos utilizados, e, nessa pesquisa identificamos que a maior parte usam antitérmicos e métodos não farmacológicos, na tentativa de combater a febre e prevenir complicações que julgam que pode acontecer.

O principal dano que os pais acreditam que pode ocorrer em uma criança febril é a convulsão (tab.29). Nesse estudo aproximadamente 70% dos entrevistados citaram a ocorrência desse dano, outras complicações como sonolência (17,8%), prostração (15,7%), desidratação (7%) e danos cerebrais (3,8%) também foram expostos. Apenas 0,7% relataram que a febre não

acarreta danos. Muitas pesquisas mostraram que a convulsão é apontada pelos pais como o principal dano acarretado pela febre concordando com os achados desse estudo (AL-NOURI & BASHEER, 2005; AL-EISSA *et al.*, 2000, CROCETTI, MOGHBELI & SERWINT, 2001; ROCHA *et al.* 2009).

Outros estudos também mostraram achados semelhantes em relação a danos citados pelos pais como danos cerebrais, desidratação e não acarretar danos (AL-EISSA *et al.*, 2000, ERKEK *et al.* 2010; BLUMENTHAL, 1998; AL-NOURI & BASHEER, 2005).

Em relação às fontes de informação utilizadas pelos pais/cuidadores para obter subsídios no manejo da febre (tab.30), 17% dos entrevistados utilizam a internet, 16,4% televisão, 8,4% pesquisam em livros, 5,9 em jornais, apenas 0,3% fazem leitura da bula dos medicamentos e buscam por essas informações através do rádio. Trinta e sete por cento dos entrevistados revelaram que não utilizam essas ferramentas.

Quanto às pessoas usadas como fontes de informação sobre controle e cuidado da febre na criança (tab.31), 54% dos entrevistados buscam por profissionais de saúde, constituindo a maior parte da população em estudo, 30% pedem informações a familiares, 8% tiram suas dúvidas com amigos/vizinhos e 5% com pessoas mais experientes. E alguns ainda utilizam como fontes de informação para decidir quais medicações usar no controle da febre (tab.21), o farmacêutico (36,7%) e o balconista da farmácia (5,7%).

Os pais aprendem o manejo da febre através de diferentes fontes. Nesse estudo assim como em outras pesquisas a maior parte dos pais preferem utilizar como fontes de informação os profissionais de saúde (PURSSELL, 2007; SAKAI & MARUI, 2009). Mas observamos que grande parte dos pais e cuidadores preferem buscar informação com familiares, amigos e leituras de livros, jornais e muitos acessam a internet. WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), colocam que as informações dadas por profissionais de saúde geralmente são mais verdadeiras e aponta que em alguns sites da internet a acurácia das informações são questionáveis.

Nesta pesquisa observamos que pais utilizam diversas fontes de informação para sanar suas dúvidas sobre febre e utilizam tanto pessoas como veículos, independente de sua renda mensal familiar e escolaridade (tab.66, tab.67, tab.60 e tab.61). Podemos observar como

destaque que todos os veículos são bastante utilizados por pais com ensino fundamental e ensino médio completos, sendo que o grupo que possui ensino fundamental em sua maioria busca informações em jornais (78,6%).

Também observamos que independente das fontes de informação utilizadas pelos entrevistados, estes usam os métodos não farmacológicos e farmacológicos em grande proporção (tab.77, tab.78, tab.79, tab.80 e tab.46).

A partir da Tabela 45 é possível constatar que os entrevistados que recorrem aos veículos de informação mais limitados, como por exemplo, a televisão possuem a tendência de buscar a informação de maneira mais restrita, haja vista que se socorrem no balconista a fim de obter o esclarecimento desejado. De outro lado os pais/cuidadores que utilizam meios de informações mais ricos recorrem a instruções mais amplas, obtendo a mesma através do farmacêutico, ou ainda através de outros profissionais.

As fontes de informação geralmente tem 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 uma variedade de fontes pode criar problemas adicionais. Informações de familiares, amigos, livros e profissionais de saúde freqüentemente são contraditórias. Os conflitos de informação aumentam as preocupações acerca da febre, e podem promover sentimentos de insegurança WALSH, EDWARDS & FRASER (2007).

Cuidar de uma criança febril é uma fase emocionalmente desafiadora para os pais, para facilitar este processo, intervenções educativas devem ser feitas aos mesmos. Os profissionais de saúde envolvidos no cuidado dessas crianças devem abordar esses pais e cuidadores, avaliar os seus conhecimentos, as suas crenças e atitudes, de forma a orientá-los quanto ao manejo da febre. É importante tentar desmistificar algumas crenças negativas e concepções errôneas para que se proporcione tranquilidade a esses cuidadores, para que os mesmos saibam lidar com segurança de uma criança febril e compreendam quando é necessário o buscar por atendimento médico.

6.2 Discussão dos dados obtidos através da aplicação de entrevistas semi-estruturadas aos pais e cuidadores

A febre fobia permanece por todo o mundo. As mães brasileiras que participaram dessa pesquisa não apenas reforçaram a idéia do medo diante da febre como apontaram as razões para ter medo, preocupações, sentimentos de ansiedade e insegurança frente à febre na criança. Diante deste contexto torna-se necessário desvelar as representações sociais e influências culturais desses pais acerca da febre infantil, para que possamos compreender as suas crenças, práticas e a influência dos saberes populares no manejo da febre.

Os estudos que trabalham o conceito de representações sociais dos processos de saúde e doença no Brasil se intensificam nas duas últimas décadas, contribuindo, de forma expressiva, para o entendimento das matrizes culturais das quais emergem os conjuntos de significados e ações relativos à saúde e doença (GAZZINELLI, *et al.*, 2005).

WALCHELKE & CAMARGO (2007), trazem que as representações sociais são elaboradas no âmbito dos fenômenos comunicacionais e repercutem sobre as interações e as mudanças sociais.

NÓBREGA (2003) define como representação social um sistema de valores, de noções e de práticas que possuem uma dupla tendência. Uma tendência seria a de instaurar uma ordem que dá aos indivíduos a possibilidade de se orientarem em um ambiente social e material, de dominá-lo. A outra tendência seria a de assegurar a comunicação entre os membros de uma comunidade propondo-lhes um código para as suas trocas. Assim, por meio da comunicação dos grupos em um contexto intergrupar, são negociadas convenções para lidar com eventos da realidade (WALCHELKE & CAMARGO, 2007).

Desde o princípio de sua existência, o ser humano tem buscado alternativas diversas na tentativa de eliminar seus males físicos ou psíquicos. As diferentes ações de cuidado em saúde estão relacionadas ao contexto sócio-cultural que caracteriza cada momento histórico vivido pelo homem. Desse modo, os padrões culturais de uma realidade social devem ser entendidos como colaboradores nas concepções sociais que envolvem o processo saúde-doença (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

6.2.1 A febre associada a fatores externos e internos

Em relação aos fatores internos associados a febre infantil, diferentemente de outros estudos, nessa pesquisa os entrevistados não consideram a febre por si mesma como uma doença (SCHMITT, 1980). E a associação de febre a infecção e inflamação apareceram em diversos relatos dos participantes desse estudo. As falas abaixo também sugerem forte influência cultural e do saber comum quanto aos fatores e etiologia da febre.

P.2 A porque assim porque é de dentro né, ta com infecção... Interno. A febre é porque é alguma coisa por dentro dele.

P.3 Eu acho no meu pensar que é uma infecção urinária, uma infecção de garganta, é do próprio do organismo.

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

P.4 O interno é uma infecção. As vezes pode ser uma gripinha, que ta resfriando, e ai da, da também, pode dar.

P.5 Interno. Infecção ou inflamação. Algum caroço. Acho que nenhum fator externo causa febre à criança.

P.6 Por dentro do organismo, alguma infecção que ta saindo pra fora, acho que nenhum fator externo da febre.

Quanto aos fatores externos associados a febre na criança foram mencionados picada de inseto e gripe. AL-NOURI & BASHEER (2005), relatam que dentre as causas de febre, a gripe comum acarretada pelo ambiente foi mencionado por alguns pais, conforme observamos o relato de alguns entrevistados.

P.1 Acho que fatores externos é o tempo né...

P.2 Quando dependendo algum bichinho pica ele, ai dá febre, sabe...

P.4 O externo é uma gripe né, uma gripe comum.

6.2.2 Situações que geram febre segundo os pais entrevistados

Os entrevistados foram perguntados sobre que situações provocam a febre e a grande maioria acredita, assim como constatado em outros estudos, que a causa é a infecção (ROCHA *et al.*, 2009; AL-NOURI & BASHEER, 2005).

Alguns pais/cuidadores, também, relacionam a febre como sinal de doença, dentição e gripe. AL-NOURI & BASHEER (2005), em seu estudo relatou que alguns pais consideram que a gripe gera febre e ROCHA *et al.* (2009) mostrou que 58% dos pais relataram a erupção de dentária como responsável pelo surgimento do sintoma.

P.1 Ahh é quando tá para adoecer, quando a garganta tá inflamada aí causa febre.

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

P.3 Além de infecção? A gripe às vezes vem com febre, catapora, tem febre e depois sai, o dente né.

P.4 Que dá febre mesmo mais é a infecção, é algo que tá na criança que chega até a incomodar ela.

P.5 Infecção. Não sei mais.

P.6 Gripe. Ah, muita coisa pode levar febre...

Podemos observar que os entrevistados relatam situações semelhantes, muitos concordam que a febre é causada por infecção ou gripe, por exemplo, tal fato pode representar a teoria das representações sociais em que as formas de conhecimento são socialmente elaboradas e partilhadas, com objetivo prático, que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET *apud* WALCHELKE & CAMARGO, 2007, p.380).

6.2.3 Experiências de vida dos pais no tratamento da febre

Em relação ao tratamento da febre os relatos apresentados pelos pais/cuidadores, demonstram em média a existência de influência da cultura, hábitos familiares, saberes populares em suas histórias, bem como em suas experiências.

As entrevistas nos mostram que alguns comportamentos associados ao tratamento da febre são aprendidos por meio de experiências. A identificação das causas da febre e estratégias de manejo da febre são obtidas com amigos, familiares e outras fontes de informação (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2007).

O relato abaixo de uma das entrevistadas mostra como experiências negativas podem ser marcantes em suas histórias de vida.

P.4 Acho que uma vez presenciei um dano. Uma convulsão. É, uma vez que nós fomos no shopping, aí eu vi uma senhora gritando com uma menina no colo, e a menina enrolou a língua e a moça veio e enfiou o dedo na boca dela e tava puxando a língua dela e a mãe dela pedindo socorro.

Experiências positivas e negativas que os pais tiveram com febre podem influenciar fortemente as suas condutas. Experiências negativas durante um episódio febril são associadas com aumento da monitoração da temperatura e uso de antipiréticos. Sentimentos de culpa dos pais são associados com cuidar inadequadamente de uma criança febril em casa, e muitas vezes devido a isso recorrem à assistência médica o quanto antes e usam medicamentos, incluindo antibióticos, com intuito de prevenir uma convulsão febril (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2007).

As experiências insatisfatórias ou falsos diagnósticos de febre continuam a causar confusão e ansiedade nos pais. Os pais relatam que freqüentemente recorrem a uma segunda opinião, quando acreditam que suas crianças estão doentes ou precisão de tratamento (WALSH, EDWARDS & FRASER, 2007). Podemos observar tal situação no relato a seguir:

P.2 É igual tinha uma menina perto da minha casa lá no posto que tava com febre direto, falou que não tinha nada, depois quando foi ver com dois dias ela morreu, o organismo tava todo podre por dentro, e ele foi e não viu nada, não achou nada, e foi no posto não viu nada, por isso eu tenho medo, de ser alguma coisa por dentro dele.

Assim como no estudo de SIQUEIRA *et al.* (2006), foram constatadas opiniões quanto ao uso de recursos populares. Interrogados sobre os outros procedimentos para tratar a febre a maior parte dos entrevistados acreditam na eficácia de tais recursos e sendo assim, recorrem a essas

práticas para o controle da febre na criança. Condutas como banho morno, gelado ou com álcool, remoção de roupas, ingestão de líquidos, administração de medicamentos (antitérmicos e antibióticos), manifestações da fé (orações) voltadas para terapêutica e ainda o uso de chás caseiros, são utilizados previamente ao encaminhamento da criança para atendimento hospitalar.

P.1 Era remédio de mato. Chazinhos. Aprendi com minha mãe.

P.2 Eu faço igual a minha mãe, dou remédio, tipo dipirona, paracetamol e minha mãe dava mais era banho com álcool, também dou banho com álcool, de vez em quando...

P.2 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.

P.3 Antigamente nos meus tempos... Quando estava com febre geralmente tomava um chá amargando, amargoso, aquele... Esqueci o nome agora, aquele não sei se vocês conhecem. É chá verde do reino, mas hoje a gente já fala outro nome, a gente tomava né para febre, tudo o que era amargando dizem que era bom para a febre, a gente tomava e passava. A gente tomava um banho mais morno não frio né, porque hoje é gelado né, ai passava a febre. Mamãe dava para nós era o chá mesmo. A gente tomava era esse chá verde, e do outro aquele... era dente mesmo a gente tomava, mamãe dava banho nas crianças, nos netos dela, ela dava banho de chá verde também, mas com outro nome.

P.4 Ai eu já coloco a mão, quando eu vejo assim já é sintoma de febre, eu já sinto eles bem quente, ai eu já vou logo no banho, ai quando eu vejo que o banho melhorou, ai eu já acalmo um pouquinho para não precisar de dar o remédio, mas quando eu vejo que continua a febre no primeiro banho, e que eu já dei o banho e continua a febre, ai eu dou o remédio. A minha experiência foi de sempre, porque com todos os oito filhos eu cuidei deles assim, é mais é com água né, eu uso mais é água e o remedinho. Dipirona. Eu uso mais a dipirona né, hoje eu dei o paracetamol. Ahh o meu primeiro e o segundo foi mais é com raizada né, chá. Assim fazia um chazinho de laranja e dava, eu usava mais era isso mesmo.

P.4 Eu tenho uma menina que é a caçula minha, acima dessa de três anos, que eu levei ela no posto com febre muito alta e... Agora to lembrando desse caso, e ela tava com uma febre muito alta e eu levei ela no posto, só que e de repente ela começou a brincar, a médica disse então que a menina tava boa, que não era de posto não, que ela tava boa, que tinha outras pessoas lá que precisava, mas quando eu levei ela para casa, ela piorou, ai como eu sou evangélica, eu orei para ela e eu creio que na mesma hora Deus falou no meu coração que

ela tava com infecção de urina e realmente era infecção de urina. Depois que eu orei tudo que a infecção parou.

P.5 *Chá caseiro e antibiótico. Ia-se ao hospital, mas enquanto a febre estava branda tratava-se com chás até melhorar, mas se a situação piorasse ia para o hospital.*

P.6 *Dava banho. E também leva para o hospital.*

Os recursos alternativos utilizados são adquiridos a partir das experiências obtidas ao longo da vida, baseadas em saberes populares. São informações passadas entre gerações, advindas da família, da comunidade, e sendo assim, são resultados das tradições e costumes sócio-culturais, conforme descrito abaixo (SIQUEIRA *et al.*, 2006).

A população, no enfrentamento de seus problemas, utiliza diferentes estratégias num processo de apropriação e construção de saberes (ACIOLI *apud* SIQUEIRA *et al.*, 2006, p.71). As pessoas desse estudo diferentemente do estudo de SIQUEIRA *et al.* (2006) que utilizam práticas populares se preocupam tanto com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças e assim como com as respostas às suas necessidades em determinado momento. Os entrevistados alternam os saberes científicos e os saberes populares em relação as suas condutas tomadas frente à febre infantil, utilizam medicamentos, conduzem a criança ao hospital, além de utilizarem recursos como banho, chá caseiros, orações, etc.

6.2.4 Danos acarretados pela febre segundo os pais entrevistados

De acordo com os entrevistados do presente estudo, a temperatura é um fator preocupante, especialmente aquela considerada excessivamente alta ou ainda a que aumenta rapidamente. A convulsão é o maior dano relatado pelos entrevistadas que a febre pode acarretar. E elas não sabem o que fazer diante dessa situação. Uma delas para demonstrar as suas limitações descreve um episódio no shopping (remeter a página 127) e outra relata que a sobrinha do marido apresenta convulsão quando tem febre, conforme abaixo:

P.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....*

Outra entrevistada apresenta o medo e ansiedade da febre porque essa pode levar a morte. Quando a filha dorme com febre ela se angustia, pois não sabe se está viva ou morta.

P.1 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 tá dormindo mesmo... É, porque depois dorme e não acorda mais...

Uma das entrevistadas relata que a febre pode acarretar danos como problema cardíaco, de acordo com a fala descrita abaixo:

P.4 No coração, eu acho que a febre muito alta, ela pode alterar o batimento cardíaco.

E apenas duas entrevistadas não acreditam na ocorrência de danos, conforme mostram os relatos abaixo.

P.5 Não, nunca presenciei nenhuma situação que a febre prejudicasse tanto não.

P.6 Eu já vi meu irmão, ele deu convulsão por causa da febre e ficou muito grave, mas depois melhorou.

Os pais desta pesquisa, semelhantes a outros estudos, consideram a febre perigosa, tendo como principal preocupação a convulsão febril (CROCETTI *et al.*, 2001; WALSH, EDWARDS & FRASER, 2008; KARWOWSKA *et al.*, 2002; AL-EISSA *et al.*, 2000). Além da convulsão, a morte e outros problemas cardíacos também são fatores que fazem os responsáveis pelos cuidados com as crianças ter forte temor da febre, conforme demonstrado no estudo de WALSH, EDWARDS & FRASER (2007).

Interessantemente temperaturas a partir de 37.5°C foi relatado por um entrevistado como febre alta, mostrando o conhecimento limitado em relação aos valores conceituados como febre. Diferentemente do estudo feito por WALSH, EDWARDS & FRASER (2007) em que os pais acreditavam que temperaturas de 40.0°C ou acima eram consideradas perigosa.

P.1 Pode causar danos quando ela tiver muito alta né.... Acima de 37.5 – 38.0°C. Dependendo pode levar até a morte.

A força das idéias sobre febre se reside na identificação dos fatores que podem causá-la, identificam fatores internos. As representações sociais sobre febre associam-se à infecções e inflamações. São manifestações do próprio organismo que se explicitam de diferentes maneiras, uma delas é o aquecimento corporal.

P.4 Ai eu já coloco a mão, quando eu vejo assim já é sintoma de febre, eu já sinto eles bem quente.

São representações de “febre” tem como GAZZINELII *et al.*(2005) raízes nas “matrizes das crenças” de onde emerge os significados e ações relativas à saúde e à doença.

Em geral essas representações sociais integram fenômenos comunicacionais que se definem pela mídia ou pelos sistemas interativos de informação. Parte dessas mães fala de febre e seus filtros estão nas propagandas, nos cartazes, nas publicidades de medicamentos. Esse fenômeno difundido dessa forma acaba tendo como WALCHELKE & CAMARGO (2007), repercussões nas interações e nas mudanças sociais.

As influências podem ser observadas na identificação unânime em relação à infecção. Ou seja, esse é um dado consensual faz parte do universo cultural compartilhado que as infecções são geradoras de febre. Entretanto, a algo que é palpável. Por exemplo, a infecção de garganta. Essa identificação com a infecção foi objeto de outros estudos ressaltaram essa mesma vinculação com a febre (ROCHA *et al.* 2009).

Entendendo essa forma de interpretar a febre, e as representações sociais acerca da febre, verificamos que é por meio dela que as entrevistadas desenvolvem ações específicas para reduzi-la ou combatê-la.

6.2.5 Motivos pelos quais os pais apresentam medo e preocupações em relação a febre infantil

As Representações Sociais são provenientes do julgamento do saber comum, elaborado a partir dos fenômenos que emergem dos processos comunicacionais, os quais repercutem sobre

as interações e as mudanças sociais, respondendo as expectativas de interpretação do fenômeno observado (MOSCOVICI *apud* SILVA *et al.*, 2008, p.582).

Nessa perspectiva, a Teoria das Representações Sociais atende às expectativas de investigação e apreensão do conhecimento, posicionamentos, atitudes, sentimentos e comportamentos particulares desses sujeitos, bem como explora os aspectos subjetivos que possam influenciar no controle da doença, a partir do saber informal estruturado socialmente e manifestado em suas condutas e comportamentos (SILVA *et al.*, 2008).

A compreensão das mães acerca dos significados dos sintomas pode determinar seus medos, preocupações e reações ao cuidar de uma criança febril (AL-NOURI & BASHEER, 2005).

Pelos relatos abaixo pode-se observar uma associação entre febre e doença. E ainda que gera incômodos na criança, e isso pode ser um fator de preocupação para esses cuidadores. Dados da literatura apontam que realmente a febre infantil pode gerar desconforto (SULLIVAN & FARRAR, 2011).

P.1 Ahh é quando tá para adoecer, quando a garganta ta inflamada ai causa febre.

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

P.3 Além de infecção? A gripe às vezes vem com febre, catapora, tem febre e depois sai, o dente né.

P.4 Que da febre mesmo mais é a infecção, é algo que ta na criança que chega até a incomodar ela.

P.5 Infecção. Não sei mais.

P.6 Gripe. Ah, muita coisa pode levar febre...

Através das falas dos entrevistados podemos observar falsas crenças apresentadas pelos pais em relação à febre. Eles acreditam que a febre pode representar uma doença grave. Assim como no estudo realizado por WALSH, EDWARDS & FRASER (2007), em que a media dos relatos dos entrevistados reforçam as crenças que a febre pode causar danos e indicar uma doença séria.

PURSELL (2008) coloca que para que se compreendam as falsas crenças dos pais relacionadas à saúde de suas crianças, é necessário entender as suas origens, é importante tentar identificar a origem dessas preocupações. Estudos prévios têm identificado os medos associados à febre (SCHIMITT, 1980; CROCETTI *et al.*, 2001).

Os pais/cuidadores demonstram ter medos dos danos que acreditam que a febre pode acarretar, mais de um entrevistado apresentou receios como risco de óbito e convulsão. Também foram relatados sinal de gravidade e infecção. A experiência vivenciada também pode ser apontada como fator de preocupação.

P.2 Porque senão passar tem alguma coisa grave acontecendo com ele. É, senão passar porque né... Porque tá normal dá uma febre, por fora não dá para você vê que não tem nada, mas alguma coisa no organismo dele tá acontecendo por dentro, eu acho que tem que procurar o médico. É... Eu espero se depois de uns quatro dias eu vejo que não baixou tem alguma coisa, tem que ir no médico... Alguma infecção... É igual tinha uma menina perto da minha casa lá no posto que tava com febre direto, falou que não tinha nada, depois quando foi ver com dois dias ela morreu, o organismo tava todo podre por dentro, e ele foi e não viu nada, não achou nada, e foi no posto não viu nada, por isso eu tenho medo, de ser alguma coisa por dentro dele.

P.4 Eles sofrem, ficam muito paradinhas, não come. Na criança esquentar muito, como eu falei, pode provocar uma convulsão. No meu pensar, no meu pensamento, a febre já significa o que, pode ser uma infecção que tá iniciando, que tá iniciando na criança, minha preocupação é isso, por causa que começou a febre é porque já deu a infecção.

P.5 Eu tenho medo de deixar a febre chegar a uma situação insuportável para o organismo da criança e tenho muito medo ainda de convulsão.

P.6 Eu tenho medo de dar convulsão e morrer.

As crenças permitem ao homem livrar-se das incertezas que o cercam e, ao mesmo tempo, ajustar-se dentro de um processo evolutivo com a realidade cercada de mistérios e incógnitas (CRISTINO *apud* SIQUEIRA *et al.*, 2006, p.71). Mesmo que a ciência se proponha a explicar todos os fenômenos por meio de métodos científicos, evidencia-se que entre população, ainda permeiam crenças diversas relacionadas à saúde (SIQUEIRA *et al.*, 2006)

7 CONCLUSÕES

- Os 286 participantes dessa pesquisa possuem semelhante perfil sócio econômico e os achados também mostraram que os medos, crenças e práticas adotadas no manejo da febre na criança são similares.
- As representações sociais sobre febre apresentada pelos pais e cuidadores influenciam diretamente o conhecimento, crenças e as condutas destes frente ao cuidado de uma criança febril.
- Este estudo permitiu verificar que os pais possuem conhecimento limitado, percepções e algumas atitudes errôneas frente à febre. Percebemos que o medo exacerbado gera preocupações que associadas as suas concepções direcionam as suas condutas e práticas de manejo da febre. Assim como identificado em outros países a febre fobia persiste, e os pais/cuidadores demonstram sentimentos de insegurança para cuidar de uma criança febril.
- A população apresentada nesse estudo evidenciou conhecimentos e saberes elaborados e compartilhados socialmente em relação à febre infantil. Esses conhecimentos transitam pela comunicação, através das diversas fontes de informação que utilizam e isso direciona as suas condutas, comportamentos, sentimentos, medos e crenças que circundam a febre na criança.
- A influência cultural foi um fator marcante na população estudada em relação aos conceitos e crenças que possuem sobre a febre.
- O principal dano que os pesquisados acreditam que a febre pode ocasionar é a convulsão febril. Os achados nos mostram que os pais/cuidadores tentam prevenir a convulsão e outros danos, que acreditam que a febre pode acarretar através de diversos recursos, como o uso de métodos farmacológicos e não farmacológicos.
- Esse estudo evidenciou que os pais usam diversos métodos na tentativa de controle da febre. A maior parte dos pais/cuidadores iniciam o tratamento através do uso de

medicações (antitérmicos e antibióticos). Podemos destacar o uso de antitérmicos, utilizados pela maioria e os achados sugerem que frequentemente administram em doses incorretas.

- Os pais também usam em grande escala métodos não farmacológicos no controle da febre e possíveis danos que acreditam que esta pode acarretar.
- Também ficou claro que os entrevistados associam febre a doença, e muitos a consideram como um sinal de infecção.
- Foi possível verificar, através dos valores atribuídos como febre e o tempo que os pais/cuidadores aguardavam para procurar por atendimento quando suas crianças estavam febris, que muitos estavam buscando pelo serviço de urgência sem necessidade, contribuindo para a superlotação da unidade.
- Os pais buscam várias fontes de informação para aprenderem o manejo da febre, usam veículos de informação, como internet, televisão, livros e jornais. Mas também se informam com profissionais de saúde, parentes, amigos. A insegurança e as preocupações com a febre faz com busquem mais de uma opinião sobre o manejo da febre. Também aprender a lidar com a febre através de experiências ao longo de suas vidas.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J.G.B.; ALMEIDA, N.D.C.M. de.; ALMEIDA, C.D.C.M. de. Banho tépido e dipirona versus dipirona isolada no tratamento de crianças com febre. **São Paulo Medical Journal**. São Paulo, v.26, n.2, p.107-111, 2008.
- 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. **Annals of Saudi Medicine**. v.20,n.3-4, p.202-205, 2000.
- AL-NOURI; L.; BASHEER; K. Mothers' perceptions of fever in children. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 52, n. 2, 2005.
- ANDRADE, E.A.; DONELLI, T.M.S.; Acolhimento e humanização: proposta de mudança na recepção aos usuários de setor de urgências/urgência do Hospital Municipal de Novo Hamburgo (HMNH). **Boletim da Saúde**. Porto Alegre, v.18, n.2, jul./dez.2004.
- BARBOSA, Naila de Oliveira Elias *et al.* Caracterização da hipertermia em recém-nascidos de termo. **Pediatria (São Paulo)**, São Paulo, v.22, n.1, p.29-34, jan./mar.2000.
- BARRETT, N. Parental knowledge of different acetaminophen concentrations for infants and children. **Academic emergency medicine**, v.7, n.6, p.718-721, jun.2000.
- BLUMENTHAL, I. What parents think of fever. **Family Practice**, v.15, n.6, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de **Humanização. HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. Brasília: MS, 2004. Disponível em: <http://www.crh.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/docs/cartilha_acolhimento.pdf>. Acesso em: 07 set. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução-RDC Nº 44, De 26 De Outubro De 2010**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0044_26_10_2010.html> Acesso em: 03 mar. 2010.
- BROOME, Marion *et al.* A study of parent/grandparent education for managing a febrile illness using the calm approach. **Journal of Pediatric Health Care**, v.17, n.4, p.176-183, jul./ago.2003.
- CASEY, Rosemary *et al.* Fever therapy: an educational intervention for parents. **Pediatrics**, v.73, n.5, p.600-603, 1984.
- CHAMBERLAIN, James *et al.* Determination of normal ear temperature with an infrared emission detection thermometer. **Annals of Emergency Medicine**, v.25, n.1, jan.1995.
- CONSIDINE, J.; BRENNAN, D. Effect of an evidence-based paediatric fever education program on emergency nurses' knowledge. **Accident and emergency nursing**. Scotland: v.15, n.1, p.10-19, 2007.

CROCETTI, M.; MOGHBELI, N.; SERWINT, J. Fever phobia revisited: have parenteral misconceptions about fever changed in 20 years? **Pediatrics**, v.107, n.6, p.1241-1246, jun. 2001.

DIOGO, C.S. **Impacto da relação cidadão: Sistema de Triagem de Manchester na requalificação das urgências do SNS**. 2007. 214 f. Dissertação (Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde) – Instituto Superior das Ciências do Trabalho e da Empresa. Disponível em: <<https://repositorio.iscte.pt/bitstream/10071/993/1/IRCSistema+Triagem+Manchester+na+requalifica%C3%A7%C3%A3o+das+urg%C3%AAsncias+do+SNS.pdf>> Acesso em: 25 nov.2009.

DIXON, Gillian *et al.* Clinical and consumer guidelines related to the management of childhood fever: a literature review. **Journal of Research in Nursing**, London: v.11, n.3, p.263-278, 2006.

EDWARDS, H.; WALSH, A.; COURTNEY, M.; MONAGHAN, S.; WILSON, J.; YOUNG J. Improving paediatric nurses' knowledge and attitudes in childhood fever management. **Journal of Advanced Nursing**, v.57, n.3, p.257–269, 2007.

ERKEK, N.; SENEL, S.; SAHIN, M.; OZGUR, O.; KARACAN, C. Parents' perspectives to childhood fever: Comparison of culturally diverse populations. **Journal of Paediatrics and Child Health**, v.46, n.10, p.583–587, 2010.

ESKERUD, J.R.,; HOFTVEDT, B.O.; LAERUM, E. Fever: knowledge, perception and attitudes. Results from a Norwegian population study. **Family Practice**, v.8, n.1, p. 32-36, 1991.

FETVEIT, A. Assessment of febrile seizures in children. **European Journal of Pediatrics**, v.167, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FISCHER, H.; MOORE, K. ; ROAMAN, R.R. Can mothers of infants read a thermometer? **Clinical Pediatrics**, v. 24, p.120, 1985.

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

FREITAS, M.T. de A. A abordagem sócio-histórica como orientadora da pesquisa qualitativa. **Cadernos de Pesquisa**, n.116, p.21-39, jul.2002.

GAZZINELLI, Maria Flávia *et al.* Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, n.21, v.1, p.200-206, jan./fev.2005.

GIOLO, S. R. **Introdução à Análise de Dados Categóricos** – Departamento de Estatística – UFPR, 2006.

GLATSTEIN, M.; SCOLNIK, D. Fever: to treat or not to treat? **World Journal of Pediatrics**, v.4, n.4, nov. 2008.

HERZOG, L.; COYNE, L.. What is fever – normal temperature in infants less than 3 months old. **Clinical Pediatrics**, v.32, n.6, p. 142-146, 1993.

HIRTZ, D. G.; NELSON, K.B. The natural history of febrile seizures. **Annual Review of Medicine**. v.34, p.453-471, p.1983.

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, abr.1998.

KALLESTRUP, P.; BRO, F. Parents' beliefs and expectations when presenting with a febrile child at an out-of-hours general practice clinic. **British Journal of General Practice**, v. 53, p. 43-44, jan.2003.

KRANTZ, C. Childhood fevers: developing an evidence-based anticipatory guidance tool for parents. **Pediatric Nursing**, v.27, n.6, p.567-571, nov./dez.2001.

LAGERLØV, P.; HELSETH, S.; HOLAGER, T. Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. **Family Practice**, v.20, n.6, p.717-723, 2003.

KARWOWSKA, Anna *et al.* Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. **CJEM**, v.4,n.6, p.394-400, nov.2002.

KOCH, Rosi *et al.* **Técnicas básicas de enfermagem**. 20º ed. Curitiba: Século XXI; 2004.

LINDER, Nehama *et al.* Parental knowledge of the treatment of fever in children. **The Israel Medical Association Journal**, v.1, n.3, p.158-160, nov.1999.

MACAMBIRA, R. Febre: abordagem clínica. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.92, n.5, p.33-35, 2007.

MAGALHÃES, M. M.; LIMA, A. C. P. **Noções de Probabilidade e Estatística**. 6. ed. São Paulo: IME-USP, 2002.

MATZIOU, Vasiliki *et al.* What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: An interview study. **International Journal of Nursing Studies**, v.45, n.6, p.829-836, nov.2007.

MURAHOVSKI, J. A Criança com febre no consultório. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.79, n.1, p.55-64, 2003.

NÓBREGA, S. M. Sobre a teoria das representações sociais. In: Moreira, Antônia Silva Paredes; Jesuíno, Jorge Correia (orgs). **Representações Sociais: teoria e prática**. 2. ed. rev. ampl., João Pessoa: Editora Universitária/UFPB. p. 55-87. 2003.

OLIVEIRA, M.L.F.de.; SCOCHI, M.J. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. Maringá, v.1, n.1, p.123-128, 2002.

POIRIER, M.P.; DAVIS, P.H.; GONZALEZ-DEL REY, J.A.; MONROE, K.W. Pediatric emergency department nurses' perspectives on fever in children. **Pediatric Emergency Care**. v.16, n.1, p.9-12, 2000.

PORTER, R.S.; WENGER, F.G. Diagnosis and treatment of pediatric fever by caretakers. **Journal of Emergency Medicine**, v.19, n.1, p.1-4, 2000.

POOLEY, S. 'All we parents want is that our children's health and lives should be regarded': Child Health and Parental Concern in England, c.1860–1910. **Social History of Medicine**, v.23, n.3, p.528-548, 2010.

POPE, C.; MAYS, N. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health service research. **British Medical Journal**. London: n.311, p.42-45, 1995.

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

PURSSEL, E. Treatment of fever and over-the-counter medicines. **Archives of Disease Childhood**. v.92, n.10, p.900-901, 2007.

PURSSEL, E. Parental fever phobia and evolutionary correlates. **Journal of Clinical Nursing**. v.18, p.210-218, 2008.

RINCÓN, D. BUSTOS, J.C. Aumento de la temperatura corporal en niños: interpretación clínica y tratamiento. **Revista de la Facultad de Medicina**. v.51, n.1, p.32-39, 2003.

ROCHA, Cristiane Tomaz *et al.* Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v.21, n.3, p.244-251, set./dez. 2009.

SAKAI, R. MARUI, E. Fever phobia; can we blame the trend to nuclear family or having a single child. **Acta Paediatrica**, v.98, n.2, p.403-407, fev.2009.

SARRELL, M.; COHEN, H. A.; KAHAN, E. Physicians', nurses' and parents' attitudes to and knowledge about fever in early childhood. **Patient Education and Counseling**, v.46, p.61-65, 2002.

SCHMITT, B.D. Fever phobia: misconceptions of parents about fever. **American Journal of Diseases in Children**, v.134, n.2, p.176-181, 1980.

SCHMITT, B.D. Fever in childhood. **Pediatrics**, v.74, n.5, p.929-936, 1984.

SILVA, Maria Enoia Dantas Costa *et al.* As representações sociais de mulheres portadoras de Hipertensão Arterial. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.4, p.500-507, jul./ago.2008.

SIQUEIRA, Karina Machado *et al.* crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.15, n.1, p.68-73, 2000.

SULLIVAN, J.E.; FARRAR, H.C. Fever and Antipyretic Use in Children. **Pediatrics**, v.127, n.3, p.580-587, 2011.

SUKIENNIK, Ricardo *et al.* Antitérmicos na emergência pediátrica: estamos usando a dosagem adequada? **Pediatria**, v.28, n.3, p.175-183, 2006.

TAVERAS, E.; DUROUSSEAU, S.; FLORES, G. Parents' beliefs and practices regarding childhood fever - A study of a multiethnic and socioeconomically diverse sample of parents. **Pediatric Emergency Care**, v.20, n.9, p.579-587, 2004.

TENG, C.L.; NG, C.J.; NIK-SHERINA, H.; ZAILINAWATI, A.H.; TONG, S.F. The accuracy of mother's touch to detect fever in children: a systematic review. **Journal of tropical pediatrics**, v.54, n.1, p.70-73, 2007.

TESSLER, Hedva *et al.* Unrealistic concerns about fever in children: the influence of cultural-ethnic and sociodemographic factors. **The Israel Medical Association Journal**, v.10, n.5, p.346-349, mai. 2008.

TRIGO, J.; GAGO, P.; MIMOSO, J.; SANTOS, W.; MARQUES, N.; GOMES, V. Tempo de demora intra-hospitalar após triagem de Manchester no enfartos agudos do miocárdio com elevação de ST [86]. **Revista Portuguesa de Cardiologia**, v.27, n.10, p.1251-1259, out.2008.

TRIOLA, M. F. **Introdução à estatística**. 9.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

TROTTA, E.A.; GILIO, A, E. Febre aguda sem sinais de localização em crianças menores de 36 meses de idade. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.75, n.2, p. 214-222, 1999.

TURATO, E.R. Introdução a metodologia clínico-qualitativa – definição e principais características. **Revista Portuguesa de Psicossomática**, v.2, n.1, p.93-108, jan./jun.2000.

VAN STUIJVENBERG, M., VOS, S.de.; TJIANG, G.C.H.; STEYERBERG, E.W.; DERKSEN-LUBSEN, G.; MOLL, H.A. Parents' fear regarding fever and febrile seizures. **Acta Paediatric**, v.88, n.6, p.618-622, jun.1999.

VOLTARELLI, J.C. Febre e inflamação. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.27, n.1/2, p.7-48, jan./jun. 1994.

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.

WALSH, A.; EDWARDS, H. Management of childhood fever by parents: literature review. **Journal of advanced nursing**, v.54, n.2, p.217-227, apr.2006.

WALSH, A.; EDWARDS, H.; FRASER, J. Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources. **Jornal of Clinical Nursing**, England, v.16, n.12, p.2331-2340, 2007.

WALSH, A.; EDWARDS, H.; FRASER, J. Parent's childhood fever management: community survey and instrument development. **Journal of advanced nursing**, v.63, n.4, p.376-378, 2008.

WALSH, A.; EDWARDS, H.; FRASER, J. Attitudes and subjective norms: determinants of parents' intentions reduce childhood fever with medications. **Health education research**, v.24, n.3, p.531-545, 2009.

WARUIRU, C.; APPLETON, R. Febrile seizures: an update. **Archives of Disease Childhood**, v.89, n.8, p.751-756, fev.2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. The management of fever in young children with acute respiratory infections in developing countries. Geneva: **WHO**, 1993.

ANEXOS**ANEXO A - QUESTIONÁRIO:****IDENTIFICAÇÃO:**

Nome: _____.

Data de nascimento: ____/____/____.

Idade da criança: _____.

Pai da criança (). Mãe da criança (). Responsável pela criança ().

Endereço: _____.

Cidade: _____ Estado: _____.

Telefone: _____ E-mail: _____.

QUESTIONÁRIO SOBRE MANEJO DA FEBRE NA CRIANÇA**1 - VOCÊ POSSUI TERMÔMETRO EM CASA, EM CASO NE:**

1 () Sim.

2 () Não.

2- EM CASO NEGATIVO COMO VOCÊ FAZ PARA MEDIR A FEBRE, CITE:**3 – EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O TIPO DE TERMÔMETRO VOCÊ POSSUI:**

1 () Digital.

2 () Coluna de mercúrio.

4 - VOCÊ SABE MANUSEAR O TERMÔMETRO:

1 () Sim.

2 () Não.

5 – QUAIS DOS VALORES ABAIXO VOCÊ CONCEITUA COMO FEBRE:

1 () 37.0 a 37.5°C.

2 () acima de 37.5°C.

3 () 38.0 a 38.5°C.

4 () acima de 38.5°C.

5 () 38.5 a 39.0°C.

6 () Acima de 39.0°C.

6 - QUAL A VIA ABAIXO, VOCÊ UTILIZA PARA AFERIR A TEMPERATURA COM O TERMÔMETRO:

- 1 () Oral.
- 2 () Axilar.
- 3 () Retal.
- 4 () Timpânica.

7 – CASO SEU TERMÔMETRO SEJA DE MERCÚRIO, QUAL O INTERVALO DE TEMPO GASTO PARA A RETIRADA DO MESMO:

- 1 () de 1 a 3 minutos.
- 2 () de 3 a 5 minutos.
- 3 () acima de 5 minutos.
- 4 () Em caso de termômetro digital: Após o sinal sonoro.

8 – CASO SEU TERMÔMETRO SEJA DIGITAL, QUAL O INTERVALO DE TEMPO GASTO PARA A RETIRADA DO MESMO:

- 1 () de 1 a 3 minutos.
- 2 () de 3 a 5 minutos.
- 3 () acima de 5 minutos.
- 4 () Em caso de termômetro digital: Após o sinal sonoro.

9 - QUANTO TEMPO VOCÊ AGUARDA PARA PROCURAR POR ATENDIMENTO MÉDICO, AO IDENTIFICAR QUE SEU FILHO SE ENCONTRA FEBRIL:

- 1 () não aguarda e procura atendimento imediatamente.
- 2 () aguarda de 6 a 12 horas .
- 3 () aguarda de 12 a 24 horas.
- 4 () aguarda de 24 a 36 horas.
- 5 () aguarda de 36 a 48 horas.
- 6 () aguarda de 48 a 72 horas.

10- AO IDENTIFICAR A FEBRE NO SEU FILHO, VOCÊ ADMINISTRA ANTI-TÉRMICOS:

- 1 () Sim.
- 2 () Não.

11- EM CASO AFIRMATIVO, ASSINALE QUAL ANTI-TÉRMICO É ADMINISTRADO:

- 1 () Dipirona.
- 2 () Paracetamol (Tylenol).
- 3 () Ibuprofeno.
- 4 () Outros. Especifique: _____.

12 - QUANDO VOCÊ ADMINISTRA ANTI-TÉRMICOS A DOSAGEM UTILIZADA É DE ACORDO COM:

- 1 () peso da criança.
- 2 () idade da criança.
- 3 () área de superfície corporal.
- 4 () prescrição médica / receitas médicas anteriores.
- 5 () Todas as alternativas acima.
- 6 () Nenhuma das alternativas acima.

13 - VOCÊ SABE OS EFEITOS ADVERSOS QUE PODEM SER OCACIONADOS PELO USO DE ANTI-TÉRMICOS?

- 1 () Sim.
- 2 () Não.

14 – EM CASO POSITIVO CITE UM:**15 - AO IDENTIFICAR A FEBRE NO SEU FILHO, VOCÊ ADMINISTRA ANTIBIÓTICO:**

- 1 () Sim.
- 2 () Não.

16 – EM CASO AFIRMATIVO, ASSINALE QUAL ANTIBIÓTICO É ADMINISTRADO:

- 1 () Amoxicilina.
- 2 () Amoxicilina + Clavulanato de potássio.
- 3 () Cefalexina.
- 4 () Outros. Especifique: _____.

17 - VOCÊ SABE OS EFEITOS ADVERSOS QUE PODEM SER OCASIONADOS PELO USO DE ANTIBIÓTICOS?

- 1 () Sim.
2 () Não.

18 - PARA DECIDIR QUAL A MEDICAÇÃO A SER UTILIZADA NO CONTROLE DA FEBRE, VOCÊ PEDE INFORMAÇÕES AO:

- 1 () Balconista da farmácia.
2 () Farmacêutico.
3 () Nenhuma das alternativas.

19 - QUE MÉTODOS NÃO MEDICAMENTOSOS VOCÊ UTILIZA PARA BAIXAR A FEBRE:

- 1 () Dou banho na criança.
2 () Utilizo compressas de água fria.
3 () Utilizo compressa ou algodão embebido no álcool.
4 () Não utilizo nenhum desses.

20 - VOCÊ CONSIDERA QUE A FEBRE TRAZ ALGUM BENEFÍCIO:

- 1 () Sim. Explique: _____

2 () Não. Explique: _____

21 - PARA VOCÊ A FEBRE É:

- 1 () É um sinal de alerta, mostrando que há algo de errado com o organismo da criança.
2 () A febre representa sinal de infecção.
3 () É parte do mecanismo de defesa do organismo.
4 () As três alternativas acima.

22 - VOCÊ CONSIDERA QUE A FEBRE É PERIGOSA?

- 1 () Sim. Explique: _____

2 () Não. Explique: _____

23 – QUAL DAS COMPLICAÇÕES ABAIXO A FEBRE PODE PRODUZIR:

- 1 () Convulsão.
- 2 () Desidratação.
- 3 () Sonolência.
- 4 () Prostração
- 5 () Danos cerebrais.
- 6 () Todas acima.
- 7 () Não produz complicações.

24 – QUAL DOS VEÍCULOS ABAIXO VOCÊ BUSCA INFORMAÇÕES SOBRE A FEBRE:

- 1 () Livros.
- 2 () Jornais.
- 3 () Televisão.
- 4 () Internet.
- 5 () Outros. Especifique:_____.

25 – FORA OS VEÍCULOS COM QUE PESSOAS VOCÊ BUSCA INFORMAÇÕES

- 1 () Profissionais de saúde.
- 2 () Familiares.
- 3 () Amigos / Vizinhos.
- 4 () Pessoas mais experientes (por exemplo: idosos, ou pessoas que já tem filhos).

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO**26 - ESTADO CIVIL:**

- 1 () Solteiro(a).
- 2 () Casado(a).
- 3 () Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a).
- 4 () Viúvo(a).
- 5 () Outro.

27 - QUANTOS FILHOS VOCÊ TEM?

- 1 () Um.
- 2 () Dois.
- 3 () Três.
- 4 () Quatro ou mais.

28 - COM QUEM VOCÊ MORA ATUALMENTE?

- 1 () Com os pais e/ou outros parentes.
- 2 () Com esposo(a) e/ou filho(s).
- 3 () Com amigos.
- 4 () Outros.

29 - QUANTAS PESSOAS HABITAM EM SUA RESIDÊNCIA:

- 1 () Um ou dois.
- 2 () Três ou quatro.
- 3 () Cinco ou seis.
- 4 () Mais do que seis.

30 - CASO NÃO RESIDA COM OS PAIS. SUA RESIDÊNCIA FICA PRÓXIMA A DOS AVÓS MATEMOS OU PATERMOS DE SEUS FILHOS, OU PRÓXIMO A OUTROS FAMILIARES (IRMÃOS/ PRIMOS, ETC.):

- 1 () Sim.
- 2 () Não.

31 -SUA RESIDÊNCIA É:

- 1 () Própria.
- 2 () Cedida.
- 3 () Alugada.
- 4 () Outros.

32 - RENDA MENSAL FAMILIAR (Soma dos rendimentos recebidos por todos que trabalham na casa):

- 1 () De 1 a 2 salários-mínimos.
- 2 () De 2 a 3 salários-mínimos.
- 3 () De 3 a 5 salários-mínimos.
- 4 () De 5 a 10 salários-mínimos.
- 5 () De 10 a 20 salários-mínimos.
- 6 () Não tem renda mensal fixa.

33 - GRAU DE ESCOLARIDADE:

- 1 () Nenhuma escolaridade.
- 2 () Ensino Fundamental: de 1ª a 4ª série.
- 3 () Ensino Fundamental: de 5ª a 8ª série.
- 4 () Ensino Médio.
- 5 () Superior.
- 6 () Pós-graduação.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (REFERENTE AO QUESTIONÁRIO)

Título do Projeto: Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimentos e fontes de informação no cuidado e manejo da febre na criança.

Orientações: Antes de aceitar participar desta pesquisa é importante que você e/ou seus responsáveis, leia(m) e compreenda(m) as explicações. Esta declaração descreve os objetivos, os procedimentos, os riscos, os objetivos e as precauções deste estudo. Também esclarece que você tem o direito de sair do estudo a qualquer momento.

Procedimentos: Esse é um estudo populacional, para verificar o conhecimento dos pais e cuidadores sobre febre infantil, quais são as crenças, experiências e fontes de informação dos pais (parentes, amigos, profissionais de saúde, livros e internet) que influenciam no cuidado da criança com febre. Essa pesquisa também tem por objetivo identificar os métodos utilizados no manejo da febre (medição da temperatura, administração de medicamentos para abaixar a febre, banho, aplicação de compressas de água ou álcool), assim como os métodos utilizados pelos pais para aprender a lidar com a febre. Para a realização desse estudo é necessário responder a um questionário sócio-econômico e sobre o manejo da febre na criança. Esse questionário será aplicado pela enfermeira Ana Carolina Micheletti Gomide ou pelo acadêmico de enfermagem Ronaldo Machado Silva, aos pais ou cuidadores que buscam por atendimento quando seus filhos estão febris ou quando tem relato de febre nas últimas 72 horas (nos últimos 3 dias). Ao procurar o pronto-atendimento do Hospital Infantil João Paulo II (FHEMIG), será feita a ficha de atendimento da criança e posteriormente a mesma será encaminhada para sala de classificação de risco, onde irá ser classificada pelo enfermeiro. A classificação ocorre da seguinte forma: a partir da queixas do paciente este irá receber uma cor que significa o grau de prioridade do atendimento e se o paciente apresenta risco de vida, a cor vermelha significa emergência, o laranja significa muito urgente, o amarelo é urgente, o verde é pouco urgente e o azul é não urgente (a cor verde e azul expressa que o paciente não tem risco de vida).

Riscos: Essa pesquisa apresenta riscos mínimos aos pacientes, já que os mesmos não serão submetidos a nenhum procedimento médico, e sim apenas a aplicação de um questionário. Os riscos possíveis que podem ocorrer são desconforto ou constrangimento do pesquisado ao responder as perguntas propostas no questionário.

Benefícios: através da investigação sobre o conhecimento dos pais em relação à febre infantil e métodos de manejo da febre, será possível identificar se de fato, a maior parte dos casos de procura aos serviços de emergência pelos pais com relato de criança febril, se enquadra dentro da perspectiva deste tipo de serviço, que é tratar o risco de vida. E para que seja possível orientar os pais, para que os mesmo saibam identificar o que é febre, quais os são os benefícios e danos ocasionados pela febre, como cuidar de forma segura de uma criança febril em casa e quando se deve procurar um serviço de

saúde diante desse sintoma. Não deve o paciente e/ou seu responsável legal esperar por benefício pessoal e/ou imediato.

Confidencialidade: as informações pessoais desse estudo serão confidenciais, estando sujeitas ao sigilo da enfermagem e médico. A ficha de atendimento e/ou prontuário da criança serão arquivados no SAME sob a co-responsabilidade do autor dessa pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.

Desligamento da pesquisa: a sua participação nesse estudo é voluntária. Sua recusa em participar do estudo não implica em nenhuma penalidade ou perda de benefícios aos quais você tem direito, nem na qualidade do atendimento recebido no pronto-atendimento.

Compensação financeira – ressarcimento e/ou indenização: você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo.

Contatos com a Comissão de Ética e com os responsáveis pela pesquisa: Se você tiver qualquer dúvida sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato pessoalmente ou telefonar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Alameda Vereador Álvaro Celso, nº100, Bairro Santa Efigênia e telefone 031 3239 9552 ou com os pesquisadores: Ana Carolina Micheletti Gomide, Rua Aquidabam 797 Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte - MG, telefone: 031 3412 3457 ou 031 9297 4266; Ronaldo Machado Silva, Rua Ramom Thomé 90 Bairro Vale do Jatobá, Belo Horizonte – MG, telefone: 031 3385 4066 ou 9648 8051; Professora Regina Lunardi Rocha, Rua Itapemirim 407, Bairro Serra, Belo Horizonte – MG, telefone: 031 9992 6773, Professor Flávio Diniz Capanema, Alameda Álvaro Celso, nº 100, Bairro Santa Efigênia, telefone 031 3239 9543, Belo Horizonte - MG. **Consentimento:** Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este termo de consentimento está sendo assinado voluntariamente por mim e/ou pelo meu responsável legal até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste termo de consentimento.

Nome do Paciente.

Nome do responsável legal.

Assinatura do responsável legal.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____

ANEXO C - ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Você acha que a febre está associada a fatores internos ou externos?
2. Que situação gera febre?
3. Na sua história de vida como as febres eram tratadas (com medicamentos ou outros métodos). Fale um pouco as sua experiência de vida.
4. Em que situação a febre pode causar algum dano. Você já vivenciou alguma situação em que a febre levou a algum dano. Conte sobre isso.
5. Você acha que tem algum motivo para as mães/pais terem medo ou ficarem preocupados com a febre.

ANEXO D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (REFERENTE A ENTREVISTA)

Título do Projeto: Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimentos e fontes de informação no cuidado e manejo da febre na criança.

Orientações: Antes de aceitar participar desta pesquisa é importante que você e/ou seus responsáveis, leia(m) e compreenda(m) as explicações. Esta declaração descreve os objetivos, os procedimentos, os riscos, os objetivos e as precauções deste estudo. Também esclarece que você tem o direito de sair do estudo a qualquer momento.

Procedimentos: Esse é um estudo populacional, para verificar o conhecimento dos pais e cuidadores sobre febre infantil, quais são as crenças, experiências e fontes de informação dos pais (parentes, amigos, profissionais de saúde, livros e internet) que influenciam no cuidado da criança com febre. Essa pesquisa também tem por objetivo identificar os métodos utilizados no manejo da febre (medição da temperatura, administração de medicamentos para abaixar a febre, banho, aplicação de compressas de água ou álcool), assim como os métodos utilizados pelos pais para aprender a lidar com a febre. Para a realização desse estudo você está sendo convidado a participar de uma entrevista semi-estruturada sobre o manejo da febre na criança e os conhecimentos e crenças acerca da febre infantil. Essa entrevista será realizado pela enfermeira Ana Carolina Micheletti Gomide e pelo acadêmico de enfermagem Ronaldo Machado Silva, aos pais ou cuidadores que buscam por atendimento quando seus filhos estão febris ou quando tem relato de febre nas últimas 72 horas (nos últimos 3 dias). Ao procurar o pronto-atendimento do Hospital Infantil João Paulo II (FHEMIG), será feita a ficha de atendimento da criança e posteriormente a mesma será encaminhada para sala de classificação de risco, onde irá ser classificada pelo enfermeiro. A classificação ocorre da seguinte forma: a partir da queixas do paciente este irá receber uma cor que significa o grau de prioridade do atendimento e se o paciente apresenta risco de vida, a cor vermelha significa emergência, o laranja significa muito urgente, o amarelo é urgente, o verde é pouco urgente e o azul é não urgente (a cor verde e azul expressa que o paciente não tem risco de vida).

Riscos: Essa pesquisa apresenta riscos mínimos aos pacientes, já que os mesmos não serão submetidos a nenhum procedimento médico, e sim apenas a realização de uma entrevista. Os riscos possíveis que podem ocorrer são desconforto ou constrangimento do pesquisado ao expor sua imagem através de filmagem em vídeo e ao falar acerca do que sabem sobre a febre e o cuidado da mesma e as crenças que permeiam a febre infantil.

Benefícios: através da investigação sobre o conhecimento dos pais em relação à febre infantil e métodos de manejo da febre, será possível identificar se de fato, a maior parte dos casos de procura aos serviços de emergência pelos pais com relato de criança febril, se enquadra dentro da perspectiva deste tipo de serviço, que é tratar o risco de vida. E para que seja possível orientar os pais, para que os mesmo saibam identificar o que é febre, quais os são os benefícios e danos ocasionados pela febre,

como cuidar de forma segura de uma criança febril em casa e quando se deve procurar um serviço de saúde diante desse sintoma. Não deve o paciente e/ou seu responsável legal esperar por benefício pessoal e/ou imediato.

Confidencialidade: as informações pessoais desse estudo serão confidenciais, estando sujeitas ao sigilo da enfermagem e médico. A ficha de atendimento e/ou prontuário da criança serão arquivados no SAME sob a co-responsabilidade do autor dessa pesquisa. A imagem cedida para a realização da filmagem em vídeo, não será divulgada sendo posteriormente arquivadas pelos autores da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente para esta pesquisa.

Desligamento da pesquisa: a sua participação nesse estudo é voluntária. Sua recusa em participar do estudo não implica em nenhuma penalidade ou perda de benefícios aos quais você tem direito, nem na qualidade do atendimento recebido no pronto-atendimento.

Compensação financeira – ressarcimento e/ou indenização: você não receberá qualquer compensação financeira por sua participação neste estudo.

Contatos com a Comissão de Ética e com os responsáveis pela pesquisa: Se você tiver qualquer dúvida sobre seus direitos como participante da pesquisa, poderá entrar em contato pessoalmente ou telefonar para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, Alameda Vereador Álvaro Celso, nº100, Bairro Santa Efigênia e telefone 031 3239 9552 ou com os pesquisadores: Ana Carolina Micheletti Gomide, Rua Aquidabam 797 Bairro Padre Eustáquio, Belo Horizonte - MG, telefone: 031 3412 3457 ou 031 9297 4266; Ronaldo Machado Silva, Rua Ramom Thomé 90 Bairro Vale do Jatobá, Belo Horizonte – MG, telefone: 031 3385 4066 ou 9648 8051; Professora Regina Lunardi Rocha, Rua Itapemirim 407, Bairro Serra, Belo Horizonte – MG, telefone: 031 9992 6773, Professor Flávio Diniz Capanema, Alameda Álvaro Celso, nº 100, Bairro Santa Efigênia, telefone 031 3239 9543, Belo Horizonte - MG. **Consentimento:** Li e entendi as informações acima. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este termo de consentimento está sendo assinado voluntariamente por mim e/ou pelo meu responsável legal até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste termo de consentimento.

Nome do Paciente.

Nome do responsável legal.

Assinatura do responsável legal.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.

ANEXO – E TABELAS REFERENTES AOS RESULTADOS

Nesta seção foram feitas avaliações das relações entre as características socioeconômicas e questões pertinentes ao manejo da febre pelos pais e cuidadores. Esta análise inicia-se com a associação entre escolaridade e saber manusear o termômetro. Os resultados obtidos são descritos a seguir pela Tabela 52 (tab.52).

Tabela 52: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber manusear o termômetro.

Escolaridade	Sabe Manusear Termômetro		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	12 (5,5)	2 (15,4)	14 (6,1)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	84 (38,6)	6 (46,2)	90 (39,0)	0,361
Ensino Médio	114 (52,3)	5 (38,5)	119 (51,5)	
Ensino Superior	7 (3,2)	0 (0,0)	7 (3,0)	

* Teste Exato de Fisher.

Na tabela acima verificamos que a distribuição da escolaridade dos entrevistados, em relação a saber ou não manusear o termômetro apresenta homogeneidade, ou seja, a distribuição da escolaridade para o grupo que sabe manusear o termômetro é a mesma que a para o grupo que não sabe manusear.

A partir do teste exato de Fisher é possível concluir que não existe associação significativa entre a escolaridade e saber ou não manusear o termômetro, de acordo com as respostas obtidas, sendo a probabilidade de significância (p-valor) maior que 0,05.

A Tabela 53 (tab.53) descrita a seguir apresenta a avaliação da associação entre a escolaridade e saber manusear o termômetro de mercúrio.

Tabela 53: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber utilizar o termômetro de mercúrio.

Escolaridade	Sabe Manusear Termômetro		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	0 (0,0)	1 (7,1)	1 (3,3)	0,527
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	4 (25,0)	6 (42,9)	10 (33,3)	
Ensino Médio	11 (68,8)	6 (42,9)	17 (56,7)	
Ensino Superior	1 (6,3)	1 (7,1)	7 (6,7)	

* Teste Exato de Fisher.

Através da Tabela 53, observamos que a distribuição da escolaridade dos entrevistados em relação a saber ou não manusear o termômetro de mercúrio apresenta homogeneidade, ou seja, a distribuição da escolaridade para o grupo que sabe manusear o termômetro é a mesma que a para o grupo que não sabe manusear.

A partir do teste exato de Fisher é possível concluir que não existe associação significativa entre a escolaridade e saber ou não manusear o termômetro de mercúrio, de acordo com as respostas obtidas, sendo a probabilidade de significância (p-valor) maior que 0,05.

A Tabela 54 (tab.54) descrita a seguir apresenta a avaliação da associação entre a escolaridade e saber manusear o termômetro digital.

Tabela 54: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber utilizar o termômetro digital.

Escolaridade	Sabe Manusear Termômetro		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	1 (0,6)	0 (0,0)	1 (0,6)	0,122
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	10 (6,0)	0 (15,4)	10 (5,9)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	64 (38,6)	1 (33,3)	65 (38,5)	
Ensino Médio	88 (53,0)	1 (33,3)	89 (52,7)	
Ensino Superior	3 (1,8)	1 (33,3)	4 (2,4)	

* Teste Exato de Fisher.

A distribuição dos pacientes segundo saber ou não utilizar o termômetro digital em relação à escolaridade apresenta resultados similares aos obtidos para o termômetro de mercúrio, não

existindo associação significativa entre os grupos, de acordo com o teste Exato de Fisher, sendo o p-valor menor que 0,05.

A seguir é avaliada a distribuição da escolaridade em relação, a saber, ou não conceituar o valor da febre.

Tabela 55: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber conceituar o valor da febre.

Escolaridade	Sabe Valor Febre		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	0 (0,0)	1 (1,2)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	13 (6,6)	10 (12,0)	23 (8,2)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	84 (42,4)	36 (41,0)	120 (42,7)	0,487
Ensino Médio	96 (48,5)	34 (33,3)	130 (46,3)	
Ensino Superior	5 (2,5)	2 (2,4)	7 (2,5)	

* Teste Exato de Fisher.

Na Tabela 55 (tab.55), nota-se que existe grande similaridade na distribuição da escolaridade dos entrevistados em relação à saber ou não conceituar o valor da febre, onde o ensino fundamental e médio compreendem a grande maioria dos acompanhantes. A partir do teste Exato de Fisher conclui-se que não existe associação entre saber o valor da febre e escolaridade, sendo a probabilidade de significância maior que 0,05.

A Tabela 56 (tab.56) mostra a associação entre escolaridade e administração de antibiótico.

Tabela 56: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração ou não antibiótico.

Escolaridade	Administra antibióticos		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	0 (0,0)	1 (0,4)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	6 (15,4)	17 (7,0)	23 (8,2)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	18 (46,2)	104 (43,0)	122 (43,4)	0,352
Ensino Médio	15 (38,5)	113 (46,7)	128 (45,6)	
Ensino Superior	0 (0,0)	7 (2,9)	7 (2,5)	

* Teste Exato de Fisher.

Observa-se que não existe diferença entre os grupos que administram ou não antibióticos quanto à escolaridade, sendo os grupos homogêneos. O teste Exato de Fisher mostra que não existe associação significativa entre estas características, sendo a probabilidade de significância maior que 0,05.

A avaliação da associação entre escolaridade e considerar ou não febre perigosa é realizada a seguir.

Tabela 57: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar ou não a febre perigosa.

Escolaridade	Febre Perigosa		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	22 (7,9)	1 (14,3)	23 (8,1)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	120 (43,3)	3 (42,9)	123 (43,3)	0,154
Ensino Médio	128 (46,2)	2 (28,6)	130 (45,8)	
Ensino Superior	6 (2,2)	1 (14,3)	7 (2,5)	

* Teste Exato de Fisher.

A Tabela 57 (tab.57) nos mostra que de acordo com a opinião dos entrevistados, considerar ou não a febre perigosa independe da escolaridade, tendo em vista que a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher é maior que o nível de significância considerado no estudo ($p=0,154$).

A Tabela 58 (tab.58) mostra os resultados obtidos para avaliação da associação entre a representação da febre e a escolaridade dos entrevistados.

Tabela 58: Associação entre escolaridade pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e representação da febre.

Representação da Febre	Escolaridade					Total [n (%)]	P-valor*
	Nenhuma [n(%)]	De 1 ^a a 4 ^a [n(%)]	De 5 ^a a 8 ^a [n(%)]	Médio [n (%)]	Superior [n (%)]		
Sinal de alerta	1 (100,0)	9 (40,9)	58 (47,2)	55 (42,3)	1 (14,3)	124	
Sinal de infecção	0 (0,0)	11 (50,0)	40 (32,5)	42 (32,3)	2 (28,6)	95	
Parte mecanismo de defesa	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,6)	4 (3,1)	0 (0,0)	6	0,515
Sinal de alerta, infecção e parte de defesa do organismo	0 (0,0)	2 (9,1)	18 (14,6)	26 (20,0)	4 (57,1)	50	
Sinal de alerta e infecção	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (4,1)	3 (2,3)	0 (0,0)	8	

* Teste Exato de Fisher.

Os conceitos que os pais e cuidadores atribuem para representar a febre independe da escolaridade dos mesmos, sendo a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher maior que 0,05.

A Tabela 59 (tab.59) mostra a avaliação da associação entre escolaridade e utilizar ou não métodos farmacológicos.

Tabela 59: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e utilizar ou não métodos não farmacológicos.

Escolaridade	Método Não Farmacológico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	21 (7,8)	2 (13,3)	23 (8,1)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	117 (43,5)	6 (40,0)	123 (43,3)	0,822
Ensino Médio	123 (45,7)	7 (46,7)	130 (45,8)	
Ensino Superior	7 (2,6)	0 (0,0)	7 (2,5)	

* Teste Exato de Fisher.

A Tabela 59 nos mostra que não existe associação significativa entre utilizar métodos não farmacológicos e a escolaridade, sendo estas características independentes. Esta conclusão foi obtida a partir da probabilidade de significância do teste Exato de Fisher.

A seguir na Tabela 60 (tab.60) é feita a descrição da avaliação da associação entre a escolaridade e os veículos utilizados para busca de informações sobre a febre.

Tabela 60: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e veículo utilizado para busca de informações sobre a febre

Escolaridade	Veículo					Total [n (%)]	P- valor*
	Livros [n(%)]	Jornais [n(%)]	Televisão [n(%)]	Internet [n (%)]	Outros [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,4)	
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (2,3)	2 (4,7)	19 (12,4)	23 (8,5)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	8 (47,1)	11 (78,6)	19 (44,2)	18 (41,9)	65 (40,5)	121 (44,8)	0,344
Ensino Médio	8 (47,1)	3 (21,4)	22 (51,2)	21 (48,8)	66 (43,1)	120 (44,4)	
Ensino Superior	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	2 (4,7)	2 (1,3)	5 (1,9)	

* Teste Exato de Fisher.

Não existe associação entre a escolaridade e o veículo utilizado para busca de informações sobre a febre, ou seja, o veículo utilizado independe da escolaridade dos entrevistados. Todos os veículos apresentam grande frequência de utilização para o Ensino Fundamental (5ª a 8ª) e Ensino Médio, sendo que a grande maioria que utiliza jornais (78,6%) se concentra no grupo do Ensino Fundamental (5ª a 8ª). Esta conclusão foi obtida a partir do teste Exato de Fisher cuja probabilidade de significância foi igual a 0,344.

A Tabela 61 (tab.61) descrita a seguir apresenta a avaliação da associação entre a escolaridade e as pessoas em que os entrevistados buscam informações sobre a febre.

Tabela 61: Associação entre escolaridade dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e pessoas com quem buscam informações sobre a febre.

Escolaridade	Pessoas				Total [n (%)]	P-valor*
	Profissional Saúde [n(%)]	Familiares [n(%)]	Amigos / Vizinhos [n(%)]	Pessoas Experientes [n (%)]		
Nenhuma escolaridade	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,4)	0,642
Ensino Fundamental: 1ª a 4ª Série	12 (8,2)	8 (10,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (7,9)	
Ensino Fundamental: 5ª a 8ª Série	64 (43,5)	28 (37,3)	7 (70,0)	12 (60,0)	111 (44,0)	
Ensino Médio	65 (44,2)	38 (50,7)	3 (30,0)	8 (40,0)	114 (45,2)	
Ensino Superior	5 (3,4)	1 (1,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (2,4)	

A partir da Tabela 61 é possível observar que a pessoa que o entrevistado busca para obter informações sobre a febre independe de sua escolaridade. Esta conclusão é obtida a partir do teste Exato de Fisher, sendo a probabilidade de significância igual a 0,642.

A avaliação da associação entre renda e saber conceituar o valor da febre é realizada a seguir através da Tabela 62 (tab.62).

Tabela 62: Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber conceituar o valor da febre.

Renda Familiar	Sabe Valor Febre		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	103 (54,9)	47 (58,0)	153 (55,8)	0,415
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	56 (27,5)	18 (22,2)	71 (25,9)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	17 (8,8)	4 (4,9)	21 (7,7)	
Mais de 5,1 Salários Mínimos	3 (1,6)	2 (2,5)	5 (1,8)	
Não possui renda mensal fixa	14 (7,3)	10 (12,3)	24 (8,8)	

* Teste Exato de Fisher.

A grande maioria dos entrevistados possui renda de até dois salários mínimos tanto para o grupo que sabe quanto para o que não sabe conceituar o valor da febre. Esta homogeneidade se mantém para os grupos que possuem renda diferente, não existindo diferença entre os

grupos. O teste Exato de Fisher mostra que não existe associação significativa entre a renda média familiar e saber ou não conceituar o valor da febre, sendo o p-valor maior que 0,05.

A seguir a Tabela 63 (tab.63) mostra a associação entre renda e administração ou não de antitérmicos.

Tabela 63: Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração ou não de antitérmico.

Renda Familiar	Administra anti-térmico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	149 (56,0)	5 (45,5)	154 (55,6)	0,734
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	69 (25,9)	4 (36,4)	73 (26,4)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	20 (7,5)	1 (9,1)	21 (7,6)	
Mais de 5,1 Salários Mínimos	5 (1,9)	0 (0,0)	5 (1,8)	
Não possui renda mensal fixa	23 (8,6)	1 (9,1)	24 (8,7)	

* Teste Exato de Fisher.

Esta tabela nos mostra que existe uma grande similaridade quanto à distribuição da renda dos grupos em relação a administrar ou não antitérmicos. Este resultado é comprovado pelo teste Exato de Fisher que mostra não existir associação significativa entre a renda e administrar ou não antitérmicos.

A Tabela 64 (tab.64) apresenta a distribuição da renda dos pacientes em relação a considerar ou não a febre perigosa.

Tabela 64: Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar ou não a febre perigosa.

Renda Familiar	Febre Perigosa		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	150 (55,6)	4 (57,1)	154 (55,6)	0,322
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	72 (26,7)	1 (14,3)	73 (26,4)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	19 (7,0)	2 (28,6)	21 (7,6)	
Mais de 5,1 Salários Mínimos	5 (1,9)	0 (0,0)	5 (1,8)	
Não possui renda mensal fixa	24 (8,9)	0 (0,0)	24 (8,7)	

* Teste Exato de Fisher.

A grande maioria dos entrevistados apresenta renda baixa, tanto para o grupo que considera a febre perigosa quanto para os que não a consideram. O teste Exato de Fisher mostra que considerar ou não a febre perigosa independe da renda dos entrevistados, sendo a probabilidade de significância maior que 0,05.

A Tabela 65 (tab.65) apresenta a distribuição da renda familiar em relação a utilizar ou não métodos não farmacológicos.

Tabela 65: Associação entre renda média mensal familiar dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e utilizar ou não métodos não farmacológicos.

Renda Familiar	Método Não Farmacológico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	144 (55,0)	10 (66,7)	154 (55,6)	0,698
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	70 (26,7)	3 (20,0)	73 (26,4)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	21 (8,0)	0 (0,0)	21 (7,6)	
Mais de 5,1 Salários Mínimos	5 (1,9)	0 (0,0)	5 (1,8)	
Não possui renda mensal fixa	22 (8,4)	2 (13,3)	24 (8,7)	

* Teste Exato de Fisher.

Pela Tabela 65 observamos que utilizar ou não métodos não farmacológicos independe da renda familiar, sendo a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher maior que 0,05. Estes resultados indicam que não existe associação entre estas características.

A Tabela 66 (tab.66) descreve os resultados obtidos para avaliação da associação entre renda média mensal e veículo utilizado para busca de informações.

Tabela 66: Associação entre renda média mensal dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e veículo utilizado para busca de informações sobre a febre.

Renda média mensal	Veículo de busca de informação					Total [n (%)]	P- valor*
	Livros [n(%)]	Jornais [n(%)]	Televisão [n(%)]	Internet [n (%)]	Outros [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	8 (47,1)	6 (46,2)	26 (60,5)	26 (60,5)	84 (56,4)	150 (566)	
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	3 (17,6)	5 (38,5)	15 (34,9)	8 (18,6)	38 (25,5)	69 (26,0)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	2 (11,8)	0 (0,0)	2 (4,7)	4 (9,3)	11 (7,4)	19 (7,2)	0,259
Mais de 5,1 Salários Mínimos	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (4,7)	2 (1,3)	4 (1,5)	
Não possui renda mensal fixa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (7,0)	14 (9,4)	23 (8,7)	

* Teste Exato de Fisher.

Observou-se que o veículo utilizado para busca de informações independe da renda dos entrevistados. Assim, conclui-se que não existe associação entre estas variáveis de acordo com o teste exato de Fisher, cuja probabilidade de significância, p-valor foi igual a 0,259.

A Tabela 67 (tab.67) descrita a seguir mostra a associação entre a renda mensal dos entrevistados e as pessoas fontes de informações sobre a febre.

Tabela 67: Associação entre renda média mensal dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e pessoas com as quais se busca informações sobre a febre.

Renda média mensal	Pessoas/Fontes de informação				Total [n (%)]	P-valor*
	Profissional Saúde [n(%)]	Familiares [n(%)]	Amigos / Vizinhos [n(%)]	Pessoas Experientes [n (%)]		
Até 2 Salários Mínimos	77 (53,1)	37 (51,4)	7 (70,0)	15 (75,0)	136 (55,1)	
De 2,1 a 3 Salários Mínimos	31 (26,9)	21 (29,2)	3 (30,0)	2 (10,0)	65 (26,3)	
De 3,1 a 5 Salários Mínimos	14 (9,7)	6 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	20 (8,1)	0,599
Mais de 5,1 Salários Mínimos	2 (1,4)	2 (2,8)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (1,6)	
Não possui renda mensal fixa	13 (9,0)	6 (8,3)	0 (0,0)	3 (15,0)	22 (8,9)	

* Teste Exato de Fisher

A partir da análise da Tabela 67 é possível observar que as pessoas com as quais se busca informações sobre a febre independe da renda dos entrevistados, de acordo com o teste Exato de Fisher, sendo a probabilidade de significância do teste, p-valor, igual a 0,559.

A Tabela 68 (tab.68) descreve a distribuição do número de filhos dos entrevistados em relação a saber conceituar o valor da febre.

Tabela 68: Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e saber conceituar o valor da febre.

Número de Filhos	Sabe Valor Febre		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1	81 (40,9)	37 (44,0)	118 (41,8)	0,190
2	62 (31,3)	30 (35,7)	92 (32,6)	
3	36 (9,5)	7 (11,9)	43 (15,2)	
4 ou mais	19 (7,3)	10 (12,3)	29 (10,3)	

* Teste Exato de Fisher.

Observou-se que existe grande homogeneidade entre os grupos que sabem ou não conceituar o valor da febre em relação ao número de filhos, sendo estes resultados comprovados pelo teste Exato de Fisher, que mostra não existir associação significativa entre o número de filhos e saber ou não conceituar o valor da febre.

A seguir será avaliada a associação entre o número de filhos e considerar a febre perigosa, através da Tabela 69 (tab.69).

Tabela 69: Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar a febre perigosa.

Número de Filhos	Febre Perigosa		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1	117 (42,1)	3 (42,9)	120 (42,1)	0,675
2	91 (32,7)	1 (14,3)	92 (32,3)	
3	42 (15,1)	2 (28,6)	44 (15,4)	
4 ou mais	28 (10,1)	1 (14,3)	29 (10,2)	

* Teste Exato de Fisher.

Novamente observa-se uma homogeneidade dos grupos que consideram ou não a febre perigosa em relação ao número de filhos. A probabilidade de significância do teste Exato de Fisher mostra que não existe associação significativa entre o número de filhos e considerar ou não a febre perigosa.

A Tabela 70 (tab.70) mostra a distribuição do número de filhos dos entrevistados em relação a considerar ou não a febre benéfica.

Tabela 70: Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e considerar a febre benéfica.

Número de Filhos	Febre Benéfica		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1	35 (44,3)	83 (40,9)	118 (41,8)	0,120
2	26 (32,9)	65 (32,0)	91 (32,3)	
3	15 (19,0)	29 (14,3)	44 (15,6)	
4 ou mais	3 (3,8)	26 (12,8)	29 (10,3)	

* Teste Exato de Fisher.

A partir da Tabela 70 percebemos que não existe associação significativa entre o número de filhos e considerar ou não a febre benéfica, existindo homogeneidade entre os grupos, onde a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher (p-valor) é maior que 0,05.

A Tabela 71 (tab.71) descreve a distribuição do número de filhos dos entrevistados em relação ao tempo para procura de atendimento.

Tabela 71: Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e tempo para procurar atendimento médico.

Tempo para Atendimento	Número de Filhos				Total [n (%)]	P-valor*
	1 [n(%)]	2 [n(%)]	3 [n(%)]	4 ou mais [n (%)]		
Imediatamente (até 6 horas)	17 (14,4)	15 (16,5)	4 (9,3)	6 (20,7)	42 (14,9)	0,410
Aguarda de 6,1 a 12 horas	14 (11,9)	11 (12,1)	3 (7,0)	7 (24,1)	35 (12,5)	
Aguarda de 12,1 a 24 horas	24 (20,3)	18 (19,8)	14 (32,6)	7 (24,1)	63 (22,4)	
Aguarda de 24,1 a 36 horas	32 (27,1)	19 (20,9)	11 (25,6)	5 (17,2)	67 (23,8)	
Aguarda de 36,1 a 48 horas	13 (11,0)	18 (19,8)	6 (14,0)	2 (6,9)	39 (13,9)	
Aguarda de 48,1 a 72 horas	18 (15,3)	10 (11,0)	5 (11,6)	2 (6,9)	35 (12,5)	

* Teste Exato de Fisher.

Observa-se que não existem grandes diferenças entre os grupos, sendo que o teste Exato de Fisher mostra que não existe associação significativa entre o número de filhos e o tempo para buscar atendimento médico. A probabilidade de significância do teste foi igual a 0,410.

A Tabela 72 (tab.72) apresenta a associação entre o número de filhos e administrar ou não medicamentos antitérmicos.

Tabela 72: Associação entre número de filhos dos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 e administração de antitérmicos.

Número de Filhos	Administra anti-térmicos		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
1	117 (42,7)	3 (27,3)	120 (42,1)	0,649
2	87 (31,8)	5 (45,5)	92 (32,3)	
3	42 (15,3)	2 (18,2)	44 (15,4)	
4 ou mais	28 (10,2)	1 (9,1)	29 (10,2)	

* Teste Exato de Fisher.

Podemos verificar pela Tabela 72 que os entrevistados que possuem um filho são os que mais administram antitérmicos e a maioria que não administram possuem dois ou mais. Porém, não existe associação significativa entre o administrar antitérmicos e o número de filhos, sendo a probabilidade de significância do teste, p-valor maior que 0,05.

A Tabela 73 (tab.73) descrita a seguir compara a idade das crianças quanto aos pais ou cuidadores considerarem ou não a febre perigosa.

Tabela 73: Comparação da idade das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 segundo os pais considerarem ou não a febre perigosa.

Febre Perigosa	Média	Mediana	Desvio Padrão	P-valor*
Sim	3,3	2,0	3,1	0,164
Não	5,0	6,0	3,5	

* Teste t-Student para comparação de dois grupos independentes.

A Tabela 73 revela que a idade média das crianças é menor para os entrevistados que consideram a febre perigosa, mas esta diferença não é significativa tendo em vista que a probabilidade de significância do teste t-Student é maior que 0,05.

A Tabela 74 (tab.74) mostra a distribuição de morar próximo aos pais em relação a saber ou não conceituar o valor da febre.

Tabela 74: Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 residirem próximo aos pais ou parentes e saberem conceituar o valor da febre.

Mora Próximo aos Pais	Sabe Valor Febre		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Sim	111 (70,7)	50 (71,4)	161 (70,9)	0,522
Não	46 (29,3)	20 (28,6)	66 (29,1)	

* Teste Exato de Fisher.

Com a Tabela 74 percebemos que saber ou não conceituar o valor da febre independe de morar ou não próximo aos pais, sendo a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher maior que 0,05.

A Tabela 75 (tab.75) mostra a distribuição dos pacientes com relação a morar próximo aos pais e utilizar ou não métodos não farmacológicos.

Tabela 75: Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 residirem próximo aos pais ou parentes e utilizar métodos não farmacológicos no manejo da febre.

Métodos Não Farmacológicos	Morar Próximo aos Pais		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Dar banho	118 (74,2)	55 (83,3)	173 (76,9)	0,760
Compressa de água fria	6 (3,8)	3 (4,5)	9 (4,0)	
Compressa ou algodão embebido em álcool	6 (3,8)	1 (1,5)	7 (3,1)	
Não utiliza nenhum destes	11 (6,9)	2 (3,0)	13 (5,8)	
Dar banho e usar compressa de água fria	4 (2,5)	1 (1,5)	5 (2,2)	
Dar banho e usar compressa de algodão com álcool	14 (8,8)	4 (6,1)	18 (8,0)	

* Teste Exato de Fisher.

A grande maioria dos entrevistados utiliza o banho como método não farmacológico, independente de morar próximo aos pais. A partir do teste Exato de Fisher é possível concluir que não existe associação significativa entre o uso dos métodos não farmacológicos e morar ou não próximo aos pais, sendo a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher maior que 0,05.

A Tabela 76 (tab.76) mostra os resultados em relação a morar próximo dos pais e usar antibióticos.

Tabela 76: Associação entre os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 morarem próximo aos pais ou parentes e usar ou não antibióticos.

Antibióticos	Mora próximo aos Pais		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Sim	20 (12,5)	10 (15,2)	30 (13,3)	0,368
Não	140 (87,5)	56 (84,8)	196 (86,7)	

* Teste Exato de Fisher.

A partir da análise da Tabela 76 percebemos que existe homogeneidade entre os grupos de pessoas que moram ou não próximo aos pais e utilizar ou não antibióticos. A probabilidade de significância do teste Exato de Fisher comprova estes resultados, mostrando que administrar ou não antibióticos independe de morar ou não próximo aos pais.

A avaliação da associação entre veículo utilizado para busca de informações e utilizar ou não fármaco é descrita a seguir.

Tabela 77: Associação entre veículo utilizado pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 para busca de informações sobre a febre e utilizar ou não fármaco.

Veículos de busca de informação	Uso de fármaco		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Livros	17 (6,6)	0 (0,0)	17 (6,3)	0,486
Jornais	13 (5,0)	1 (10,0)	14 (5,2)	
Televisão	40 (15,4)	2 (20,0)	42 (15,6)	
Internet	43 (16,6)	0 (0,0)	43 (16,0)	
Não utiliza	146 (56,4)	7 (70,0)	153 (56,9)	

* Teste Exato de Fisher.

A partir da análise da Tabela 77 (tab.77) é possível observar que não existe associação entre o veículo utilizado para busca de informações sobre a febre e o uso de fármacos.

A Tabela 78 (tab.78) descreve os resultados obtidos para avaliação da associação entre veículo utilizado para busca de informações e utilizar ou não métodos não farmacológicos.

Tabela 78: Associação entre veículo utilizado pelos pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 para busca de informações sobre a febre e utilizar métodos não farmacológicos.

Veículos	Método Não Farmacológico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Livros	17 (6,6)	0 (0,0)	17 (6,3)	0,466
Jornais	14 (5,4)	0 (0,0)	14 (5,1)	
Televisão	43 (16,7)	1 (7,1)	44 (16,2)	
Internet	42 (16,3)	1 (7,1)	43 (15,8)	
Outros	142 (55,0)	12 (85,7)	154 (56,6)	

* Teste Exato de Fisher.

Notou-se que o uso de métodos não farmacológicos independe do veículo utilizado para busca de informações, sendo a probabilidade de significância do teste Exato de Fisher igual a 0,466.

Dos entrevistados 55% revelaram não utilizar nenhum dos veículos citados para a busca de informações sobre a febre.

A Tabela 79 (tab.79) descreve a associação entre as pessoas com as quais se busca informações e o uso de métodos não farmacológicos.

Tabela 79: Associação entre pessoas com quem os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 buscaram informações sobre a febre e o uso de métodos não farmacológicos.

Pessoas como fontes de informação	Método Não Farmacológico		Total [n (%)]	P-valor*
	Sim [n(%)]	Não [n (%)]		
Profissional da Saúde	141 (58,8)	7 (50,0)	148 (58,3)	0,274
Familiares	72 (30,0)	4 (28,6)	76 (29,9)	
Amigos / Vizinhos	10 (4,2)	0 (0,0)	10 (3,9)	
Pessoas mais Experientes	17 (7,0)	3 (21,4)	20 (7,9)	

* Teste Exato de Fisher.

Observou-se que mais da metade dos entrevistados buscaram informações com profissionais da saúde tanto os do grupo que utilizam métodos não farmacológicos quanto os do grupo que não utilizam. A partir do teste Exato de Fisher é possível concluir que o uso de métodos não farmacológicos independe da pessoa fonte de informações sobre a febre.

A Tabela 80 (tab.80) descrita a seguir mostra os resultados obtidos para associação entre pessoas/fontes de informação sobre a febre e profissionais da saúde consultados.

Tabela 80: Associação entre pessoas a quem os pais e cuidadores das crianças com quadro febril agudo atendidas no Hospital Infantil João Paulo II no período de setembro de 2010 a fevereiro de 2011 pedem informações sobre a febre e os profissionais de saúde consultados para a decisão do tratamento

Pessoas	Profissional da Saúde			Total [n (%)]	P-valor*
	Balconista Farmácia [n(%)]	Farmacêutico [n(%)]	Nenhum Destes [n (%)]		
Profissional da Saúde	8 (61,5)	53 (54,1)	87 (61,3)	148 (58,5)	0,291
Familiares	3 (23,1)	34 (34,7)	39 (27,5)	76 (30,0)	
Amigos / Vizinhos	2 (15,4)	2 (2,0)	5 (3,5)	9 (3,6)	
Pessoas mais Experientes	0 (0,0)	9 (9,2)	11 (7,7)	20 (7,9)	

* Teste Exato de Fisher.

Observa-se que não existe associação entre as pessoas utilizadas como fonte de informações sobre a febre e o profissional da saúde consultado, tendo em vista que os entrevistados que mencionam buscar informações com os profissionais da saúde se dividem de forma homogênea entre buscar informações com balconista, farmacêutico ou nenhum destes.

ANEXO F- ENTREVISTAS:***ENTREVISTA – 1:***

Pesquisador: Que fatores externos causam febre na criança?/1

Entrevistado: Acho que fatores externos é o tempo né.../2

Pesquisador: Acha que o tempo influencia na febre na criança./3

Pesquisador: E os internos? Você acha que o organismo?/4

Entrevistado: O organismo também.../5

Pesquisador: O que no organismo provocaria a febre na criança?/6

Entrevistado: Não sei./7

Pesquisador: Então que situação gera febre?/8 As situações que você vivenciou que gerou febre ou gera febre na criança?/9

Entrevistado: Ahh é quando tá para adoecer,/10 quando a garganta ta inflamada ai causa febre./11

Pesquisador: Mais alguma coisa?/11

Entrevistado: Não./12

Pesquisador: Na sua história de vida como as febres eram tratadas,/13 ao longo do tempo que a senhora já viveu, com os filhos que a senhora tem como era tratada a febre, conte um pouco da sua experiência com seus filhos para tratar a febre deles?/14

Entrevistado: Era remédio de mato./15

Pesquisador: Remédio de mato?/16 Quais remédios você lembra?/17

Entrevistado: Chazinhos./18

Pesquisador: Quem ensinou para a senhora usar esses remédios?/19

Entrevistado: Aprendi com minha mãe./20

Pesquisador: E eles abaixavam a febre da criança mesmo?/21

Entrevistado: Sim./22

Pesquisador: Em qual situação você acha que a febre pode causar danos? Você já alguma situação que a febre levou a algum dano?/22

Entrevistado: Não./23

Pesquisador: E qual que você acha que ela poderia causar danos?/24

Entrevistado: Pode causar danos quando ela tiver muito alta né.../25

Pesquisador: Muito alta para a senhora seria que valor?/26

Entrevistado: Acima de 37.5 – 38.0°C./27

Pesquisador: Ela causaria dano. E qual dano causaria?/28

Entrevistado: Dependendo pode levar até a morte./29

Pesquisador: Mas antes da morte teria algum outro sinal que a senhora saberia falar?/30

Entrevistado: Não soube responder./31

Pesquisador: Você acha que tem algum motivo para a mãe ou os pais terem medo ou ficarem preocupados com a febre?/32

Entrevistado: Tem./33

Pesquisador: Você sabe me falar quais motivos seriam esses?/34 A senhora pode explicar para a gente um pouquinho mais esses motivos?/35 Por exemplo, porque a senhora fica preocupada quando o seu filho tem febre?/36

Entrevistado: Ahh.... Mais é a noite né.../37 Porque dorme, por exemplo, não dá para olhar.../38

Pesquisador: Mas o que te preocupa na criança com febre em casa, quais são as suas preocupações de mãe?/39

Entrevistado: 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.../40

Pesquisador: A senhora tem medo de não estar viva?/41

Entrevistado: É, porque depois dorme e não acorda mais.../42

Pesquisador: E porque você o trouxe aqui no serviço de urgência?/43

Entrevistado: Porque tá com febre mesmo.../44

Pesquisador: Mas o que te tirou de casa? Preocupou a senhora para trazer ele para cá?/45

Entrevistado: É a convulsão.../46

Pesquisador: E tem quantos dias que ele ta com febre?/47

Entrevistado: Um./48

ENTREVISTA – 2

Pesquisador: Você acha que a febre está associada a fatores externos ou internos?/1

Entrevistado: Internos./2

Pesquisador: O que você chamaria de internos?/3

Entrevistado: A porque assim porque é de dentro né, ta com infecção.../4 Interno. A febre é porque é alguma coisa por dentro dele./5

Pesquisador: E externos, a senhora acha que teria algum?/6

Entrevistado: Acho que não.../7

Pesquisador: Se a senhora não entender pode perguntar para a gente./8 Externos que eu falo é o ambiente. Alguma coisa de fora que poderia causar a febre na criança./9

Entrevistado: Silêncio.../10

Pesquisador: Ai o ambiente é tudo, o tempo, a poeira, bichos.../11

Entrevistado: Só se algum bicho picar ele... Sei lá.../12

Pesquisador: Então que situação para você gera febre? O que você conhece que gera febre?/13

Entrevistado: Quando está com alguma infecção, quando está gripado, quando dependendo algum bichinho pica ele, ai dá febre, sabe.../14

Pesquisador: Para a senhora a febre é sinal de doença?/15

Entrevistado: É... Eu acho... /16

Pesquisador: Ao longo da sua história de vida como a febre era tratada, com medicamentos, outros métodos? Fale um pouco da sua experiência, como você percebeu que a febre era tratada pelos seus avós, pais, por você mesmo?/17

Entrevistado: Eu faço igual a minha mãe, dou remédio, tipo dipirona, paracetamol e minha mãe dava mais era banho com álcool, também dou banho com álcool, de vez em quando.../18

Pesquisador: Mas a senhora usa outras coisas também para tratar a febre?/19

Entrevistado: 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./20

Pesquisador: Em que situação a febre pode causar danos? Você já vivenciou alguma situação que a febre levou a algum dano na criança?/21

Entrevistado: Causar dano não... Ahh dano não.../22

Pesquisador: Mas qual situação que a senhora pensa que levaria a algum dano?/23 Alguma história que a senhora já ouviu falar que te traz alguma preocupação relacionada ao dano que a febre pode causar. Algum prejuízo. /24

Entrevistado: Eu tenho medo só de dar convulsão, ai eu não sei como vou fazer.../25

Pesquisador: Esse medo da convulsão alguém te contou?/26

Entrevistado: É a sobrinha do meu marido,/27 ela dá convulsão quando ela dá muita febre,/28 eu tenho medo disso, eu não sei como cuidar....

Pesquisador: Você sabe qual valor de febre, por exemplo, que ela poderá dar uma convulsão?/29

Entrevistado: Quarenta graus (40°C)./30

Pesquisador: Você acha que tem algum motivo para os pais terem medo ou ficarem preocupados com a febre? Você acha que a febre é preocupante?/31

Entrevistado: É.... /32

Pesquisador: Por quê?/33

Entrevistado: Porque senão passar tem alguma coisa grave acontecendo com ele./34

Pesquisador: Tem alguma coisa grave acontecendo com a criança?/35

Entrevistado: É, senão passar porque né.../36 Porque tá normal dá uma febre, por fora não dá para você vê que não tem nada, mas alguma coisa no organismo dele ta acontecendo por dentro, eu acho que tem que procurar o médico./37

Pesquisador: Por isso que a senhora tem medo?/38

Entrevistado: É... Eu espero se depois de uns quatro dias eu vejo que não baixou tem alguma coisa, tem que ir no médico.../39

Pesquisador: Essa coisa grave a senhora saberia me falar o que a senhora acha que é? Que poderia dar, além da convulsão?/40

Entrevistado: Não... Alguma infecção.../41 É igual tinha uma menina perto da minha casa lá no posto que tava com febre direto, falou que não tinha nada, depois quando foi ver com dois dias ela morreu, o organismo tava todo podre por dentro, e ele foi e não viu nada, não achou nada, e foi no posto não viu nada, por isso eu tenho medo, de ser alguma coisa por dentro dele./42

ENTREVISTA – 3

Pesquisador: Você acha que a febre esta associada a fatores internos ou externos ao organismo?/1

Entrevistado: Eu acho que é interno./2

Pesquisador: O que seria interno então?/3

Eu acho no meu pensar que é uma infecção urinária, uma infecção de garganta, é do próprio do organismo./4

Pesquisador: Você acha que fatores externos ao organismo também podem causar febre ou não podem causar febre?/5

Entrevistado: Eu acho que pode./6

Pesquisador: A senhora poderia dar algum exemplo?/7

Entrevistado: Eu acho que alguma infecção dá febre, provavelmente porque alguma infecção forte ela dá febre./8 Eu penso que pode ta com uma infecção urinária, como eu falei infecção de garganta./9

Pesquisador: No caso dos fatores externos, seriam os fora do organismo, por exemplo, o ambiente, alguma coisa assim a senhora acha que influencia?/10

Entrevistado: Não eu não acho não, no meu pensar/11 eu acho que não./12

Pesquisador: A gente ouviu muito falar em febre emocional, a senhora já ouviu esse termo? A senhora acha que é verdade, o que a senhora acha?/13

Entrevistado: Já. Eu acho que não. Posso estar errada, mas no meu pensar acho que não, pois a febre tem que ter uma causa, a febre tem causa./14

Pesquisador: Que situação a senhora acha que gera febre?/15

Entrevistado: Além de infecção?/16 A gripe às vezes vem com febre, catapora, tem febre e depois sai, o dente né./17

Pesquisador: Na sua história de vida, ao longo da vida da senhora, como que a febre era tratada?/18 A senhora pode falar um pouco da sua experiência de vida?/19

Entrevistado: Antigamente nos meus tempos.../20 Quando estava com febre geralmente tomava um chá amargando, amargoso, aquele.../21 Esqueci o nome agora, aquele não sei se vocês conhecem./22

Pesquisador: Como chama?/23

Entrevistado: É Chá verde do reino, mas hoje a gente já fala outro nome,/24 a gente tomava né para febre, tudo o que era amargando dizem que era bom para a febre,/25 a gente tomava e passava,/26 a gente tomava um banho mais morno não frio né, porque hoje é gelado né, ai passava a febre./27 Mamãe dava para nós era o chá mesmo./28

Pesquisador: Medicação tinha?/29

Entrevistado: Não./30 A gente tomava era esse chá verde, e do outro aquele... era dente mesmo a gente tomava, mamãe dava banho nas crianças, nos netos dela,/31 ela dava banho de chá verde também, mas com outro nome, como era o nome?/32

Pesquisador: E melhorava?/33

Entrevistado: Melhorava./34

Pesquisador: E hoje como a senhora vê que a febre é tratada? Como a senhora trata a febre? A senhora também usa esses métodos?/35

Entrevistado: Não, não uso porque geralmente a gente não acha. Era bom..../36

ENTREVISTA – 4

Pesquisador: Você acha que a febre esta associada a fatores internos ou externos ou os dois?/1

Entrevistada: Eu acho que os dois./2

Pesquisador: Você pode me dar exemplos, por exemplo, os internos.../3

Entrevistado: O interno é uma infecção, agora o externo é uma gripe né, uma gripe comum.

Pesquisador: A senhora tem mais algum exemplo?/4

Entrevistado: Não./5 Eu penso assim, quando ele chega a dar febre é porque já ta com alguma infecção./6

Pesquisador: E que situação gera febre? Qual situação dá febre na criança?/7

Entrevistado: Que da febre mesmo mais é a infecção, é algo que ta na criança que chega até a incomodar ela./8

Pesquisador: Você mede a febre na criança como?/9

Entrevistado: Olha, eu costume assim, eu reparo mais assim, no suor, sua demais da conta, e o corpo esquentando./10

Pesquisador: Você tem termômetro em casa?/11

Entrevistado: Não./12

Pesquisador: Na sua história... Esse é seu único filho? Ou você tem mais?/13

Entrevistado: Não eu tenho nove./14

Pesquisador: Nove filhos?/15

Entrevistado: É/16

Pesquisador: Então a senhora tem muita história para contar para gente, né.../17

Entrevistado: É. Risos.../18

Pesquisador: A gente gostaria de saber, como a febre era tratada em um tempo atrás, como ela é tratada hoje, como é a sua experiência relacionada a febre na criança?/19

Entrevistado: A minha experiência foi de sempre,/20 porque com todos os oito filhos eu cuidei deles assim,/21 é mais é com água né, eu uso mais é água e o remedinho./22

Pesquisador: Qual remédio?/23

Entrevistado: Dipirona./24 Eu uso mais a dipirona né, hoje eu dei o paracetamol./25

Pesquisador: Chazinho a senhora dá?/26

Entrevistado: Não. Não./26

Pesquisador: Você lembra dos seus pais? O que eles usavam?/27

Entrevistado: Ahh o meu primeiro e o segundo foi mais é com raizada/28 né, chá/29. Assim fazia um chazinho de laranja e dava, eu usava mais era isso mesmo./30

Pesquisador: Você mora perto dos seus pais?/31

Entrevistado: Moro. Minha mãe./32

Pesquisador: E a sua mãe conduz do mesmo jeito a febre? Ou ela usa outras coisas?/33

Entrevistado: Não antigamente era a mesma coisa, hoje ainda é a mesma coisa./34

Pesquisador: A senhora falou que dá a dipirona,/35 qual o intervalo de tempo que a senhora gasta, por exemplo,/36 a senhora medicou ela com dipirona agora, daí quanto tempo a senhora vai medicar com a dipirona de novo se a febre persistir?/37

Entrevistado: seis em seis horas, agora quando eu vejo que dei a primeira vez né, e aquilo consertou e a febre não voltou mais nesse intervalo de seis em seis horas ai eu já não dou mais./38

Pesquisador: Espera né?/39

Entrevistado: É./40

Pesquisador: Você sabe alguma situação que a febre pode causar danos?/41 Você já viu alguma situação ou vivenciou com seus filhos, que a febre provocou algum dano na criança?/42

Entrevistado: Nos meus graças a Deus não./43 Não teve dano nenhum, mas eu já, acho que uma vez presenciei um dano./44

Pesquisador: Como foi?/45

Entrevistado: Uma convulsão./46

Pesquisador: Uma convulsão?/47

Entrevistado: É, uma vez que nós fomos no shopping, ai eu vi uma senhora gritando com uma menina no colo,/48 e a menina enrolou a língua e a moça veio e enfiou o dedo na boca dela e tava puxando a língua dela e a mãe dela pedindo socorro./49

Pesquisador: A não ser a convulsão você acha que ela pode causar algum outro dano?/50

Entrevistado: No coração,/51 eu acho que a febre muito alta, ela pode alterar o batimento cardíaco./52

Pesquisador: Alterar o batimento do coração né... Mais alguma coisa que a senhora lembra?/53

Entrevistado: Não./54

Pesquisador: Tem alguma outra história que a senhora já viu, alguma outra coisa que a senhora usou?/55

Entrevistado: Não./56 Nunca, esse foi o primeiro caso que eu vi./57

Pesquisador: Quando os seus filhos estão com febre como eles ficam?/57

Entrevistado: Eles sofrem, ficam muito paradinhos, não come./58

Pesquisador: Ai a senhora suspeita que é.../59

Entrevistado: Ai eu já coloco a mão,/60 quando eu vejo assim já é sintoma de febre,/61 eu já sinto eles bem quente,/63 ai eu já vou logo no banho, ai quando eu vejo que o banho melhorou,/64 ai eu já acalmo um pouquinho para não precisar de dar o remédio,/65 mas quando eu vejo que continua a febre no primeiro banho,/66 e que eu já dei o banho e continua a febre,/67 ai eu dou o remédio./68

Pesquisador: Então antes de dar o remédio a senhora sempre dá o banho?/69

Entrevistado: Isso./70

Pesquisador: E geralmente o banho resolve?/71

Entrevistado: Muitas das vezes lá em casa já resolveu,/72 eu tenho uma menina que é a caçula minha, acima dessa de três anos, que eu levei ela no posto com febre muito alta/73 e... Agora to lembrando desse caso, e ela tava com uma febre muito alta/74 e eu levei ela no posto,/75 só que e de repente ela começou a brincar, a médica disse então que a menina tava boa,/76 que não era de posto não,/77 que ela tava boa,/78 que tinha outras pessoas lá que precisava,/79 mas quando eu levei ela para casa, ela piorou,/80 ai como eu sou evangélica, eu orei para ela e eu creio que na mesma hora Deus falou no meu coração que ela tava com infecção de urina/80 e realmente era infecção de urina./81 Depois que eu orei tudo que a infecção parou./82

Pesquisador: A senhora não deu nenhuma medicação?

Entrevistado: Não, não dei nada./83

Pesquisador: Você acha que tem algum motivo para os pais ficarem preocupados com a febre? /84

Entrevistado: Ahh eu acho./85

Pesquisador: Qual é o motivo que os pais tem para se preocupar com a febre?/86

Entrevistado: Na criança esquentar muito, como eu falei, pode provocar uma convulsão./87

Pesquisador: Mas essa é a única preocupação da senhora com relação a febre é a convulsão?/88

Entrevistado: A minha é./89

Pesquisador: Mas a febre pode causar só convulsão?/90

Entrevistado: No meu pensar, no meu pensamento, a febre já significa o que, pode ser uma infecção que ta iniciando,/91 que ta iniciando na criança, minha preocupação é isso, por causa que começou a febre é porque já deu a infecção./92

Pesquisador: A senhora acha que sempre que a criança tem febre é porque ela ta doente?/93

Entrevistado:Eu acho que não, muitas das vezes não, as vezes pode ser uma gripinha, que ta resfriando, e ai da, da também, pode dar./94

ENTREVISTA - 5

Pesquisador: Você acha que a febre está associada a fatores internos ou externos?/1

Entrevistado: Interno, infecção ou inflamação./2 Algum caroço./3 Acho que nenhum fator externo causa febre a criança./4

Pesquisador: Que situação gera febre?/5

Entrevistado: Infecção. Não sei mais./6

Pesquisador: Na sua história de vida como as febres eram tratadas (com medicamentos ou outros métodos). Fale um pouco as sua experiência de vida./7

Entrevistado: Chá caseiro e antibiótico/8. Ia-se ao hospital, mas enquanto a febre estava branda tratava-se com chás até melhorar, mas se a situação piorasse ia para o hospital./9

Pesquisador: Em que situação a febre pode causar algum dano. Você já vivenciou alguma situação em que a febre levou a algum dano. Conte sobre isso./10

Entrevistado: Não, nunca presenciei nenhuma situação que a febre prejudicasse tanto não./11

Pesquisador: Você acha que tem algum motivo para as mães/pais terem medo ou ficarem preocupados com a febre./12

Entrevistado: Eu tenho medo de deixar a febre chegar a uma situação insuportável para o organismo da criança e tenho muito medo ainda de convulsão./13

ENTREVISTA – 6

Pesquisador: Você acha que a febre está associada a fatores internos ou externos?/1

Entrevistado: Por dentro do organismo, alguma infecção que ta saindo pra fora,/2 acho que nenhum fator externo da febre./3

Pesquisador: Que situação gera febre?/4

Entrevistado: Gripe. Ah, muita coisa pode levar febre./5

Pesquisador: Na sua história de vida como as febres eram tratadas (com medicamentos ou outros métodos). Fale um pouco as sua experiência de vida./6

Entrevistado: Dava banho/7. E também leva para o hospital./8

Pesquisador: Em que situação a febre pode causar algum dano. Você já vivenciou alguma situação em que a febre levou a algum dano. Conte sobre isso./9

Entrevistado: Eu já vi meu irmão, ele deu convulsão por causa da febre e ficou muito grave, mas depois melhorou. Mas até hoje ele da convulsão, ele é especial./10

Pesquisador: Você acha que tem algum motivo para as mães/pais terem medo ou ficarem preocupados com a febre./11

Entrevistado: Eu tenho medo de dar convulsão e morrer./12

ANEXO G - Significados das cores e tempo alvo até o primeiro atendimento médico segundo Sistema de Triagem de Manchester (Manchester Triage System) – Protocolo utilizado no Hospital Infantil João Paulo II.

Número	Nome	Cor	Tempo Alvo
1	EMERGENTE	VERMELHO	0 min.
2	MUITO URGENTE	LARANJA	10 min.
3	URGENTE	AMARELO	60 min.
4	POUCO URGENTE	VERDE	120 min.
5	NÃO URGENTE	AZUL	240 min.

ANEXO H – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURA UTILIZADO COMO FUNDAMENTAÇÃO PARA A FORMULAÇÃO DAS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO

Questions used in semi-structured discussions

Identifying that child is febrile

How do you know when your child has a fever?

Beliefs about fever

What are your thoughts when your child has a fever?

Do you find you are concerned about the fever?

Are you worried about the height of the fever?

Has this changed as your child has grown older – or with successive children?

Managing fever

How do you manage your child when they have a fever?

How do you manage the fever?

What influences your management of fever?

Fever management knowledge

What do you know about fever?

Do you think fever has any benefits?

Do you think fever can be harmful?

Learning to manage fever

Can you remember where you learnt how to look after a child with a fever?

What information is needed by parents about fever management and when?

Fonte: WALSH, A.; EDWARDS, H.; FRASER, J. Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources. **Jornal of Clinical Nursing**, England, v.16, n.12, p.2331-2340, 2007.

ANEXO I – PARECER COEP/UFMG PROJETO MAIOR

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**

Parecer nº. ETIC 0037.0.287.203-10

**Interessado(a): Profa. Regina Lunardi Rocha
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 1º de dezembro de 2010, após atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado **"Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimento e fontes de informação no cuidado e manejo da febre na criança"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. T. Marques Amaral', is written over a horizontal line.

**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**

ANEXO J – PARECER DO PROGRAMA EM PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
 FACULDADE DE MEDICINA
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE: INFECTOLOGIA E MEDICINA TROPICAL
 Av. Prof. Alfredo Balena 190, Sala 7009 Belo Horizonte – MG - CEP 30.130-100
 Fone: (31) 3248 9641 FAX: (31) 3248 9640
 Home Page: <http://www.medicina.ufmg.br/ppg/medtrop/index.htm>
 e-mail: ppg@medicina.ufmg.br



Belo Horizonte, 09 de setembro de 2009

Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Infectologia e Medicina Tropical

PARECER CONSUBSTANCIADO PROJETO DE PESQUISA

Título: *Como os pais lidam com a febre infantil: influência das crenças, conhecimento e fontes de informação no cuidado e manejo da febre na criança.*

Pesquisador Responsável: Ana Carolina Micheletti Gomide
Orientador: Prof.ª Dra. Regina Lunardi Rocha

Delimitação e objetivos do estudo:

Trata-se de estudo transversal a ser realizado na unidade de Pronto Atendimento do Hospital das Clínicas da UFMG, no Setor de Acolhimento, onde os pais de crianças em condição de febre que ali comparecerem para atendimento serão convidados a participar do estudo verificar o grau de conhecimento dos mesmos e/ou cuidadores quanto ao manejo da febre nesta faixa etária.

Metodologia:

Os pais das crianças serão recrutados na unidade de Pronto Atendimento do HC-UFMG, onde a pesquisadora presta atendimento como enfermeira no Setor de Acolhimento. Estimou-se o tamanho da amostra em cerca de 435 crianças mensais a serem avaliadas no período de seis meses, baseado no registro de atendimento ocorrido no período de 01/01/2008 a 02/11/2008. O estudo descritivo, que não prevê cálculo amostral específico uma vez que não há intervenção ou hipóteses de trabalho, visa coletar dados através de um questionário simples que poderá trazer elementos que auxiliem na execução de programas de educação e esclarecimento junto à comunidade baseadas na realidade de suas crenças e adequadas à sua demanda específica.
 Os Critérios de Inclusão são claros.

Fundamentação teórica:

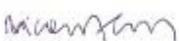
O estudo apresenta fundamentação teórica adequada que justifica a sua relevância clínica, tendo em vista a revisão da literatura apresentada.

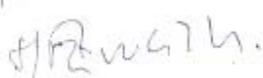
Aspectos éticos:

O Termo de consentimento Livre e Esclarecido está claro e de fácil entendimento.
 O Instrumento de Coleta de Dados foi apresentado.

Parecer:

Diante do exposto sou pela aprovação do projeto.


 Prof. Ricardo de Amorim Corrêa

Aprovado pelo Colegiado em 16.09.09


ANEXO L – PARECER DA CÂMARA DEPARTAMENTAL DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS – FACULDADE DE MEDICINA
CÂMARA DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

Parecer 08/2010

1-Título do Projeto

Como os pais lidam com a febre infantil: influência das doenças , conhecimentos e fontes de informação no cuidado e manejo da febre na criança

2. Nome dos interessados

Professora Regina Lunardi Rocha- Faculdade de Medicina UFMG

Ana Carolina Micheletti Gomide

3. Introdução

O conhecimento dos pais sobre a febre e o tratamento da mesma é desconhecido, podendo levá-los a "hipertratar" ou dar elevadas doses de antitérmicos. A literatura descreve que os pais aprendem a lidar com a febre através de diversas fontes de informação. É possível preparar os pais para o manejo da febre durante visitas ao clínico , quando a criança se encontra bem, de preferência previamente ao episódio febril.

O estudo será realizado no setor e classificação e risco do pronto-socorro do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e Hospital Infantil João Paulo II da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Os pais que procurarem por atendimento com relato e que a criança apresentou febre nas últimas 72 horas ou está com febre serão submetidos a aplicação de um questionário .Serão incluídos todos pais que se apresentarem nos serviços em um período de seis meses.

Trata-se de um estudo com delineamento transversal.

4. Mérito

Segundo os dados da literatura , 19 a 30% das consultas em serviços de urgência e emergência pediátricos, se devem a febre infantil.

Relevância

Com a elevada prevalência da febre infantil em serviços de pronto- atendimento o estudo é relevante , uma vez que procura buscar elementos que possibilitem intervir educacionalmente , para que os pais ou cuidadores saibam identificar o que é febre, como cuidar em casa com segurança e quando buscar por um serviço de atendimento.

4.1 Exequibilidade

O projeto será realizado no local de trabalho onde uma das autoras do estudo é enfermeira e poderá aplicar pessoalmente o questionário e estão sendo lotados também estudantes para a coleta de dados. Desta forma o projeto é plenamente exequível.

4.2 Aspectos éticos

Os pesquisadores apresentaram os termos de consentimento livre e esclarecido e o estudo é descritivo e não intervencional.

4.4 Custo e fontes financiadoras

Os pesquisadores não serão especificamente remunerados, e a presente pesquisa não acarretará custos.

5- Conclusão

Pelo exposto, somos favoráveis pela aprovação do projeto, sem ressalvas.

07/03/2010

Relatora

Laura Belizário Lamar

Professora Laura Maria de Lima Belizário Facury Lamar

Aprovação e parecer em 07/03/2010

Prof. Maria Aparecida Miletinska
Chefe do Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UNMG

ANEXO M – PARECER DO CEP/ FHEMIG PROJETO MAIOR



PARECER Nº. 038/2010

Data: 15/07/2010.

Registro CEP/FHEMIG: 038/2010 (este nº deve ser citado nas correspondências referente a este projeto)

CAAE – 0037.0.287.287-10

Hospital Infantil João Paulo II

Pesquisadora Responsável: Regina Lunardi Rocha.

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG) aprovou em 08 de julho de 2010 o projeto de pesquisa intitulado: "Como os pais lidam com a febre infantil: Influência das crenças, conhecimento e fontes informação no cuidado e manejo da febre na criança".

Segundo o item VII.13.d da Resolução 196/96, os pesquisadores ficam **OBRIGADOS** a enviar relatórios anualmente.

Assim o relatório parcial deverá ser entregue em **08/07/2011** e/ou o relatório final ao término da pesquisa.

O relatório poderá seguir o modelo de acompanhamento disponível na Intranet/FHEMIG.

- Formulário CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – deverá ser assinado, pelo pesquisador responsável, nos espaços apropriados, e em seguida o NEP deverá encaminhar a este CEP/FHEMIG 02 (duas) vias devidamente assinadas, enquanto a outra deverá ser entregue ao pesquisador responsável.

Valdirson Assis Romualdo
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa / FHEMIG

Valdirson Assis Romualdo
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

SIPRO: 00103841_2010-9

Alameda Vereador Álvaro Celso, 100 - Santa Efigênia - Belo Horizonte/MG
CEP: 30150-260 - Fone: 0(xx)31 3239-9500 - Fax: 0(xx)31 3239-9579
Site: <http://www.fhemig.mg.gov.br/> E-mail: fhemig@fhemig.mg.gov.br

ANEXO N – PARECER DO CEP/FHEMIG



SIPRO: 0010334/2010-9

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
PARECER Nº 038/2010

1 – Título:

"Como os pais lidam com a febre infantil: influenciadas crenças, conhecimento e fontes informação no cuidado e manejo da febre na criança."

2 – Folha de Rosto: 337773

3 – Pesquisadores: Regina Lunardi Rocha – doutora
 Ana Corolina Micheletti Gomide - mestranda

4 – Histórico:

Recebimento do projeto pelo CEP – **23 de junho de 2010.**
 Recebimento do projeto pelo Parecerista – **30 de junho de 2010.**
 Apresentação do projeto na Reunião do CEP – **08 de julho de 2010.**
 Entrega do Relatório pelo Parecerista ao CEP – **15 de julho de 2010.**
 Envio do Relatório ao NEP – **15 de julho de 2010.**

5 – Resumo do estudo**Visão Geral:**

Analisar as concepções dos pais sobre a febre, buscando entender e orientar os pais no manejo da febre a fim de minimizar a procura desnecessária pelos atendimentos nos Pronto Atendimentos.

Objetivos:

Verificar o conhecimento dos pais e cuidadores no manejo da febre na criança.

Metodologia:

Estudo descritivo transversal e ser realizado no setor de Pronto Atendimento do Hospital Infantil João Paulo II e Hospital das clínicas da UFMG. Os pais ou responsáveis pelas crianças com sintomas de febre serão submetidos a questionários e/ou entrevistas.

6 – Proteção dos Participantes:

Apresenta baixo risco, pois se baseia na aplicação de questionários e entrevistas, sem intervenção clínica.

Os pesquisadores garantem o cumprimento da resolução 196/96.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE):

Deixa claro que o indivíduo tem liberdade para participar, recusar ou se retirar do

trabalho a qualquer momento e sem nenhum prejuízo ou ônus; esclarece que não haverá custo nem remuneração ao participante, garante o sigilo e anonimato no tratamento das informações; disponibiliza três contatos telefônicos para esclarecimentos de dúvidas.

- Sugestão deste CEP: tornar o TCLE mais conciso, para facilitar a aplicação.

7 – Considerações e Mérito:

- **Projeto:** Relevante.
- **Metodologia:** Adequada para se alcançar o objetivo proposto;
- **Currículos:** Os pesquisadores apresentam currículo suficiente para a condução do trabalho;
- **Cronograma:** Defasado em relação ao início da coleta de dados.
- **Folha de Rosto** Devidamente preenchida e assinada.
- **Orçamento:** Adequado e de responsabilidade dos próprios pesquisadores.
- **TCLE:** Adequado.
- **Aspectos Éticos:** O projeto cumpre a Resolução 196/96 do CNS.

8 – Parecer:

APROVADO.

Belo Horizonte, 15 de julho de 2010.

Vanderson Assis Romualdo

Vanderson Assis Romualdo
Coordenador do CEP-FHEMIG