

Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos

ANA PAULA PESTANA*

RESUMO

A febre é uma das queixas mais frequentes em saúde infantil, levando muitos pais a consultar o médico de família ou os serviços de urgência. Embora saibam medir e tratar a febre, temem-na, com receio de doenças graves ou até mesmo convulsões.

Numerosos estudos internacionais efectuados com pais de crianças pequenas e em idade pré-escolar, mostraram uma concepção generalizada: "fever phobia" a qual, conduz frequentemente a atitudes terapêuticas agressivas e inapropriadas.

Foram inquiridos 160 pais, num estudo não randomizado, visando perceber conhecimentos, atitudes e receios dos pais acerca da febre dos filhos e do seu tratamento. 76,88% dos pais consideram febre a partir dos 37,5°C, tratando a criança apenas quando a temperatura atinge 38°C (64,38%). O paracetamol (acetaminofeno) foi considerada a droga de escolha (89,94%). 81,88% dos pais receiam convulsões, o que se traduz na verificação nocturna da temperatura (84,3%) e procura de cuidados médicos (37,5%). A maior parte dos pais (66,25%) consideram o profissional de saúde como a principal fonte de informação.

Uma melhor percepção dos conhecimentos e atitudes dos pais poderá facilitar a comunicação, adequando os programas de educação dirigidos à população. Requererá contudo, esforço no aperfeiçoamento das informações veiculadas pelos profissionais de saúde: definição adequada da febre, das suas consequências e do seu tratamento.

Palavras-chave: febre, conhecimentos, atitudes, pais, questionário.

a uma excessiva utilização dos serviços médicos ou a adoptar comportamentos desajustados e tratamentos demasiado agressivos^{2,3,4}.

Continua a ser sentido em todos os estratos sócio-económicos e culturais a necessidade de combater o sintoma, mediante a utilização excessiva de antipiréticos, com efeitos potencialmente tóxicos⁵.

As concepções dos pais acerca da febre estão, muitas vezes, associadas a preconceitos veiculados pela tradição e em geral mistificados, sendo as suas atitudes o reflexo das mesmas⁶.

A febre faz parte de uma resposta fisiológica, integrada e complexa a agressões por microorganismos ou outras, sendo muito provavelmente útil como mecanismo de defesa anti-infecciosa, raramente cursando com complicações pelo que a sua terapêutica sintomática deve ser racionalizada¹.

Nas crianças em idade pré-escolar, a febre é geralmente causada por infecções virais auto-limitadas e doenças agudas do aparelho respiratório superior².

Perante uma criança febril dever-se-á fazer o diagnóstico da doença febril subjacente, excluir doença grave, aliviar o desconforto associado à febre e diminuir o risco de convulsões febris em crianças susceptíveis^{2,7}.

INTRODUÇÃO

A febre é a manifestação de doença mais comum em Saúde Infantil e o mais frequente motivo para recurso a cuidados médicos¹.

Razões históricas e falta de informação acerca do significado da febre estão na origem daquilo que Schmitt designou por "fever phobia"² estado de grande ansiedade familiar, provavelmente resultante da milenar perversão do seu valor como sintoma, podendo conduzir

*Interna do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar. Centro de Saúde de Oeiras

Vários trabalhos internacionais demonstraram concepções erradas dos pais acerca da medição e tratamento da febre nos filhos^{2,3,7}.

Foi apenas encontrado um único estudo nesta área em Portugal⁵, efectuado em 1986, pelo que parece de todo o interesse realizar um estudo exploratório sobre conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos, com vista a uma melhor educação e maior eficácia na detecção e no tratamento deste sinal evitando eventuais complicações (convulsões, etc.) e idas desnecessárias aos serviços de urgência. Este estudo poderá ser ainda a base para planeamento de futuras estratégias de divulgação de informação/formação dos pais da comunidade.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo de observação transversal e descritivo.

A amostra foi de conveniência, constituída por progenitores (pai ou mãe) de crianças, com idades compreendidas entre os 6 meses e os 10 anos de idade, que recorreram ao Atendimento Complementar e ao Serviço de Vacinação do Centro de Saúde de Oeiras, nos meses de Fevereiro, Março e Abril de 2002.

As variáveis consideradas foram:

1. Idade, sexo e número de irmãos da criança.
2. Respondente, definido como o progenitor que respondeu ao questionário.
3. Escolaridade de ambos os progenitores (analfabeto, escola primária, ensino básico, ensino secundário, ensino superior).
4. Idades de ambos os progenitores.
5. Primeiro método de verificação da temperatura, definido como o primeiro passo para perceber a temperatura corporal da criança (mão, termómetro, outro).
6. Comparação entre a mão e o termómetro, como meio de verificação da temperatura, definida como a opinião do respondente sobre qual o método mais eficaz para a percepção da temperatura corporal da criança (melhor, pior, igual, não sabe/não se aplica).
7. Tipo de instrumento de medição da temperatura corporal, definido como o tipo de termómetro, vulgarmente utilizado pelo respondente para a determinação da temperatura corporal da criança (termómetro de mercúrio, electrónico, outro).
8. Local onde se efectua a medição, definido como o local habitual de avaliação da temperatura da criança (ânus, boca, axila, tímpano). Para facilidade de compreensão da questão, foram incluídos entre parêntesis, no formulário do questionário, os seguintes termos: a) rabo, c) sovaco e d) ouvido.
9. Valor numérico a partir do qual se considera febre, definido como o valor da temperatura medido pelo termómetro, no local habitualmente usado para tal, que os pais consideram febre. Foram consideradas variações de meio grau centígrado entre 35° e 40° e a opção «não sabe».
10. Valor numérico a partir do qual se administra terapêutica, definido como o valor da temperatura medido pelo termómetro, no local habitualmente usado para tal, que os pais consideram necessidade de administração de cuidados terapêuticos. Foram consideradas variações de meio grau centígrado entre 35° e 40° e a opção «não sabe».
11. Tipo de terapêutica administrada, definido como o ou os meios terapêuticos utilizados, farmacológicos ou não, pelos pais, para combater a febre dos filhos (nenhum tratamento, despir, banho em água morna, medicação, não sabe o que fazer).
12. Ordenação dos fármacos de acordo com a frequência com que são utilizados, começando pelo fármaco mais frequentemente utilizado até ao que é utilizado menos vezes, por ordem decrescente (do mais utilizado para o

menos utilizado) (paracetamol, ibuprofeno, ácido acetilsalicílico, nimesulide, outro). Numa tentativa de facilitar as respostas, foram incluídos, entre parêntesis, no formulário do questionário, os seguintes nomes comerciais dos fármacos: a) Ben-U-Ron[®], Panasorbe[®], b) Brufen[®], Arfen[®], c) Aspirina[®], Aspegic[®], d) Nimed[®], Donulide[®], Jabasulide[®], Sulimed[®] e Aulin[®].

13. Medição da temperatura durante a noite, definida como avaliação da temperatura durante o período nocturno, entre as 21h e as 8h do dia seguinte, período em que a criança está a dormir, podendo acordá-la ou não, utilizando termómetro ou a mão (sempre, algumas vezes, nunca).

14. Outras queixas que preocupem os pais, definida como outros sinais/sintomas acompanhantes da febre, que constituam motivo de preocupação para os pais (falta de ar, manchas no corpo, irritabilidade, choro intenso, prostração, falta de apetite, outra).

15. Evolução da febre, definida como aquilo que os pais consideram eventuais complicações da evolução/agravamento da febre que não é convenientemente tratada (convulsões, doença do cérebro, morte, outras complicações, nada, melhoria, não sabe).

16. Necessidade de atendimento médico, definida como a obrigatoriedade sentida pelos pais de levar o seu filho ao médico, quando tem febre, ou se, pelo contrário são capazes de orientar a terapêutica inicial, observando a evolução do quadro, antes de se dirigirem ao médico assistente (sim, não, não sabe).

17. Quem forneceu os conhecimentos sobre a febre, definida como as fontes de informação sobre a febre que possibilitaram os conhecimentos que os pais possuem e influenciaram as respostas às perguntas deste questionário (amigos/parentes, profissional de saúde: médico ou enfermeira, farmacêutico, livros/revistas, televisão/Internet, ex-

periência própria, outros, não sabe).

Instrumento de medida

Previamente à colheita dos dados foi elaborado, pela autora, um instrumento de medida, constituído por questões de resposta fechada, excepto as formuladas: outro/a/os/as, que possibilitam ao respondente dizer quais. Baseamos-nos em algumas das questões utilizadas na bibliografia consultada e outras produzidas pela autora e pelo Dr. André Biscaia. Todas as questões foram validadas do ponto de vista linguístico, tendo-se efectuado um teste piloto constituído por trinta questionários a pais que cumprissem os critérios de inclusão anteriormente mencionados, com o objectivo de se tentar avaliar a forma mais correcta de colocar as questões, e a facilidade de compreensão/interpretação por parte dos respondentes. Para além da caracterização sócio-demográfica dos inquiridos, elaboraram-se treze questões sobre conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos.

Após esta fase foi entregue uma versão corrigida do inquérito a um grupo de peritos, constituído por dois médicos de família, dois pediatras e quatro enfermeiras especialistas de pediatria, no sentido de assegurar a validade do conteúdo do instrumento de medida. Com a validade estabelecida, testou-se a fiabilidade através de um teste-reteste de apenas quatro questionários, com um período de intervalo de quatro semanas. Obtiveram-se resultados sobreponíveis.

Consideradas todas estas fases foi então elaborado um questionário final constituído por vinte e uma questões.

Colheita de dados

Todos aqueles que cumprissem os critérios de inclusão foram abordados (progenitores da criança: pai ou mãe, cujo filho tivesse idade compreendida entre os seis meses e os 10 anos, inclusive), por entrevista directa, após a inscrição no AC, enquanto aguardavam

atendimento médico, ou na sala de espera do Serviço de Vacinação.

Os dados foram colhidos nos meses de Fevereiro, Março e Abril de 2002, tendo sido, posteriormente, codificados e introduzidos numa base de dados (Excel) criada para o efeito. Foram posteriormente analisados com base nas variáveis escolhidas (análise de frequência).

RESULTADOS

Durante os meses de Fevereiro, Março e Abril de 2002 foram recolhidos cento e sessenta (160) questionários no Centro de Saúde de Oeiras. Nenhum pai ou mãe recusou responder ao inquérito e todos responderam integralmente a todas as questões.

Dos 160 questionários, 93,1% foram respondidos por mães e 6,9% por pais, neste caso estando geralmente acompanhados pela mãe da criança.

47,5% corresponderam a crianças do sexo masculino e 52,5% do sexo feminino.

40% das crianças são filhos únicos e 33,75% têm apenas um irmão.

A maioria dos progenitores apresenta como grau de escolaridade o ensino secundário (40% dos pais e 47,5% das mães – Fig. 1).

A média das idades dos pais foi de 36,0 anos e o desvio padrão foi de $\pm 7,4$ anos, a moda foi 34 anos e a mediana 36 anos. A média das idades das mães foi de 33,2 anos, com um desvio padrão de $\pm 6,9$ anos, a moda foi 35 anos e a mediana 33 anos (Fig. 2).

Embora a maioria dos pais considere o termómetro um instrumento mais fiável na avaliação da temperatura corporal dos seus filhos (58,8%), continuam a usar a mão (75,0%) ou os lábios (11,9%) como primeiro método de percepção da mesma. Justificam-no por a mão/lábios ser um método mais acessível, utilizando o termómetro quando o primeiro contacto sugere febre.

Alguns admitem mesmo que a mão é melhor (4,4%) ou igual (9,4%) em relação ao termómetro, como meio de avaliar a febre. 27,5% dos pais não sabem/não respondem, dizendo que não são comparáveis.

O termómetro mais utilizado foi o electrónico (61,3%), seguido do de mercúrio (38,8%). Em apenas três ques-

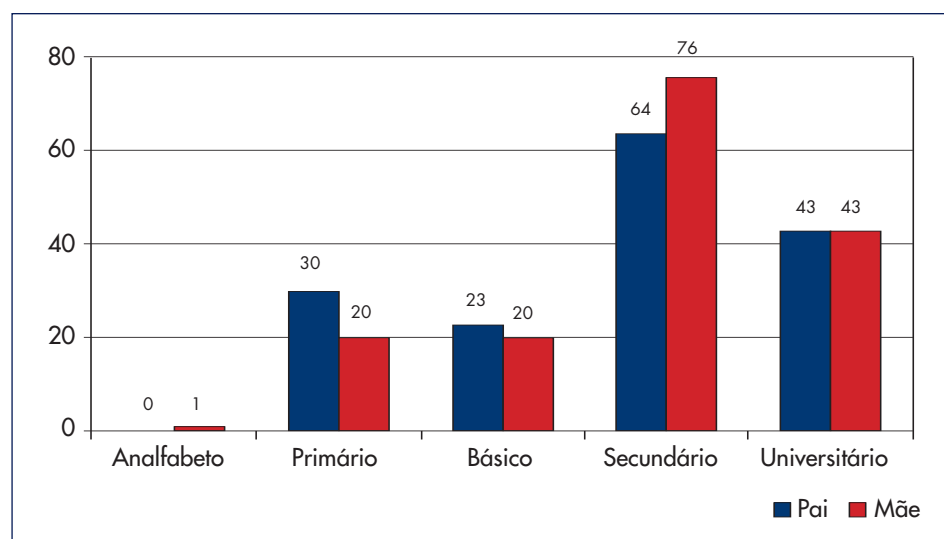


Figura 1. Distribuição da escolaridade dos pais.

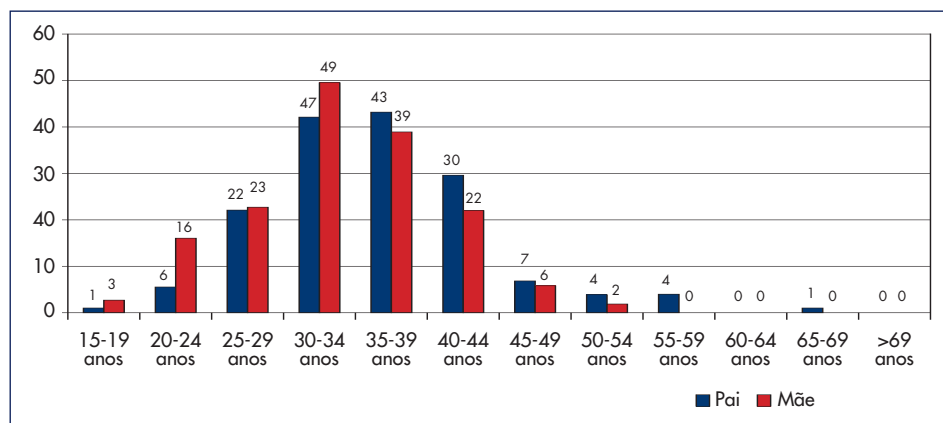


Figura 2. Distribuição por idades dos pais.

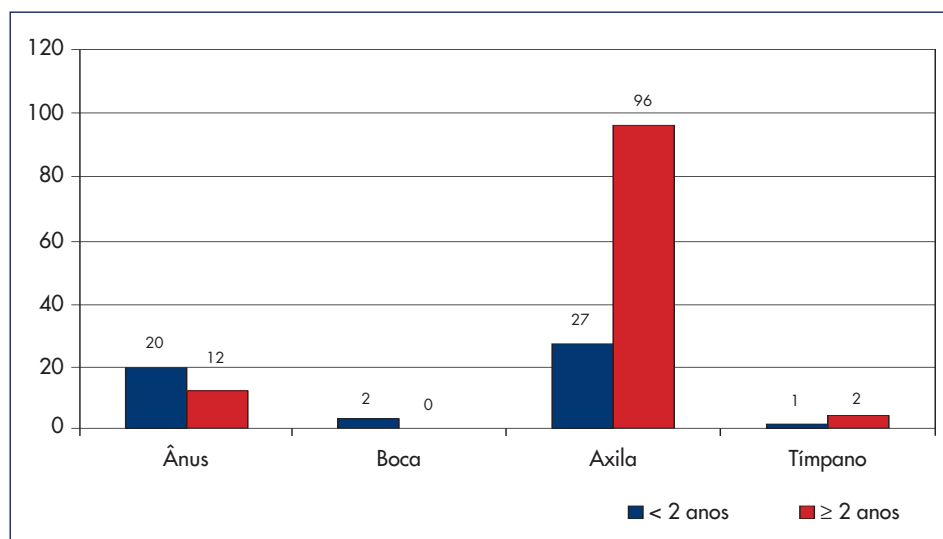


Figura 3. Distribuição dos locais de medição da Temperatura em relação com a idade da criança.

tionários foi referido o uso de um termómetro electrónico de contacto timpânico que ficou incluído (para efeitos de apresentação) no primeiro grupo (termómetros electrónicos).

Os locais preferenciais de colheita dos valores da temperatura foram a axila (76,9% dos casos), seguida do ânus (20,0%) e os restantes locais (boca e tímpano), menos frequentemente. O local da recolha também é dependente da idade da criança, sendo que nas mais jovens é muito utilizado o ânus e, acima dos dois anos de idade, funda-

mentalmente a axila (Fig. 3).

Dos que medem na axila (76,9%), 75,6% consideram febre quando o termómetro marca 37,5° C ou mais, e apenas 24,4% abaixo deste valor.

Dos 20% que medem habitualmente a temperatura no ânus, 56,3% consideram febre para valores iguais ou superiores a 38° C e 43,8% abaixo deste valor.

Quanto aos valores da temperatura considerados febre, a maioria (76,9%) considera-a acima dos 37,5° C e cerca de 64,4% só começa a tratar a febre

quando os valores ultrapassam os 38°C.

No nosso trabalho a maioria dos pais considera febre valores acima de 37,5° C, mas a vasta maioria só inicia tratamento para valores superiores a 38° C, como mostra a comparação dos valores na Fig. 4.

São utilizados múltiplos processos de baixar a temperatura, sendo o preferencial (98,8%) a terapêutica medica-

mentosa. Cerca de 47,5% dos pais, também têm por hábito dar banho à criança, geralmente referindo o uso de água tépida. Todos negaram a utilização de água fria ou gelada ou álcool para arrefecimento da criança. Em menor percentagem 30,6% consideraram despir a criança, colocando-a mais confortável, com roupas mais leves em ambiente resguardado (Fig. 5).

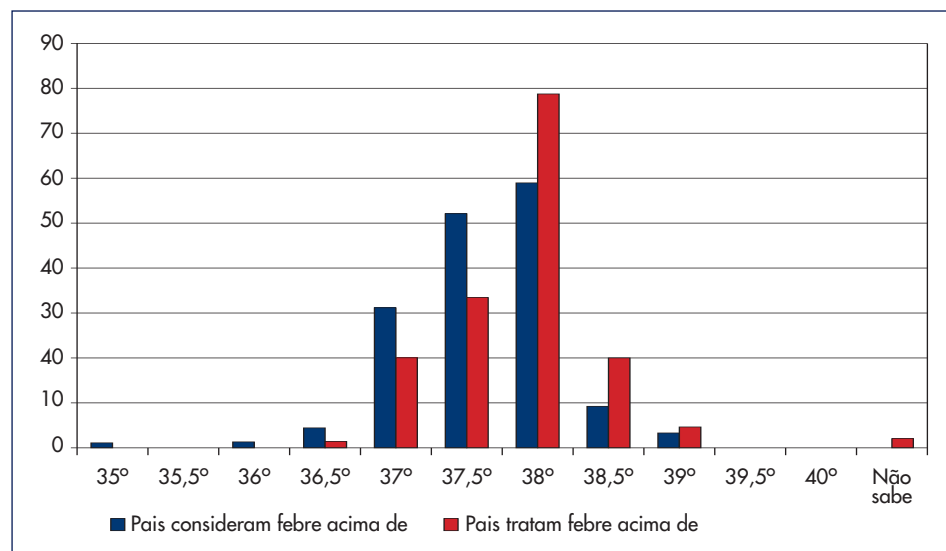


Figura 4. Valores de temperatura para os quais, os pais: consideram febre/tratam febre

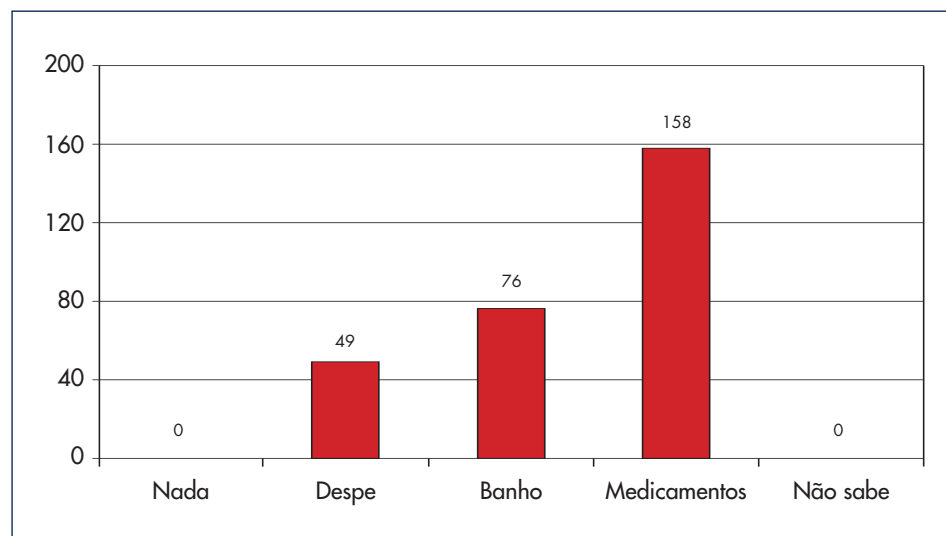


Figura 5. O que fazem os pais?

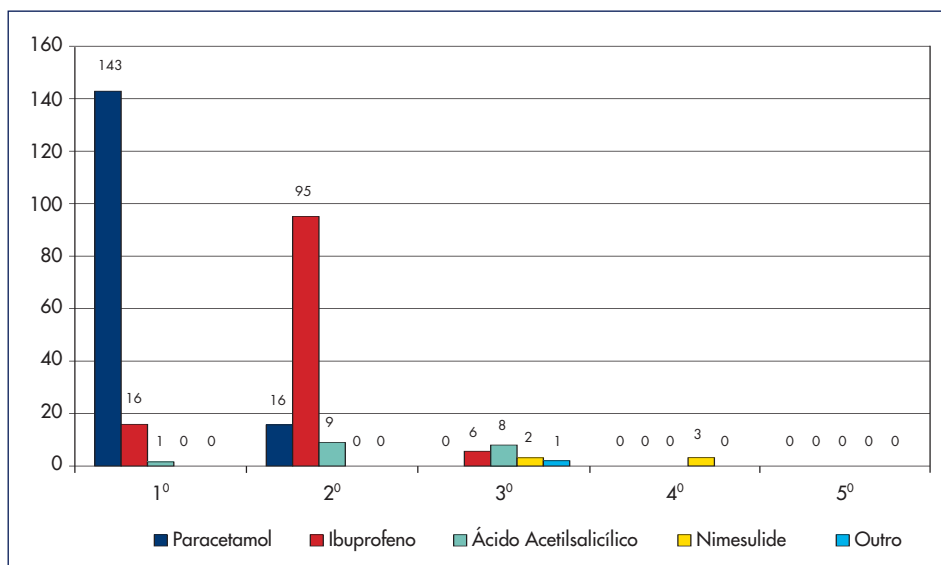


Figura 6. Escolha dos fármacos pelos pais.

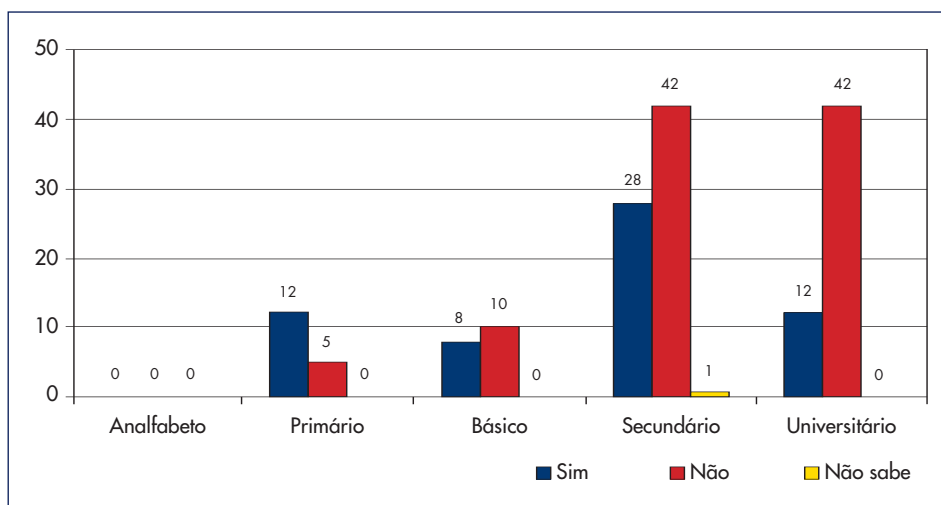


Figura 7. Escolaridade dos pais – necessidade de observação médica.

Dos fármacos mais utilizados, em primeiro lugar o paracetamol (89,9%), sendo que o fármaco usado em segundo lugar pelos pais é o ibuprofeno (81,2%). Cerca de (13,7%) dos pais utilizam o ibuprofeno em primeiro lugar e só então o paracetamol (10,1%). Apenas um progenitor usa o ácido acetilsalicílico em primeiro lugar, e outro utiliza em 3º lugar Novalgina® (Metamizol, sódio), medicamento que trouxe do Brasil

(Fig. 6).

Grande parte dos pais mede a temperatura durante a noite (41,8% sempre, 42,5% algumas vezes) podendo ou não acordar a criança. Outros (15,6%) consideram não ser essa uma atitude importante e, enquanto a criança dorme, preferem não incomodá-la. Apenas quando acorda, verificam a temperatura.

Quando inquiridos sobre que outras

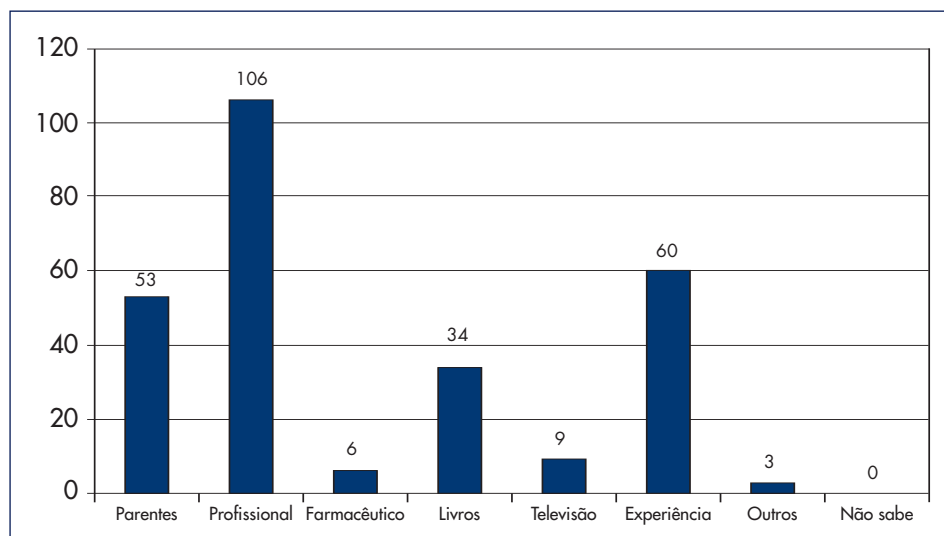


Figura 8. Fonte de conhecimentos.

situações acompanhantes da febre, que constituam motivo de maior preocupação para os pais, estes respondem de acordo com a sua experiência, com o seu próprio filho, admitindo todavia que todas as opções constituem eventual motivo de grande preocupação.

Quanto às consequências da febre não tratada, a maior parte dos pais (81,9%) refere as convulsões, embora alguns (11,9%) desconheçam o que poderá acontecer, outros (6,3%) apontam para alterações no cérebro, sem saber especificá-las, e um grupo (8,8%) refere meningite como uma complicação da febre alta. Dois respondentes consideram que o aumento de temperatura conduz a melhoria do estado da criança.

61,9% dos pais consideram não ser obrigatório levar os filhos imediatamente ao médico, aguardando a evolução do quadro clínico e, só se houver agravamento ou aparecimento de sintomatologia concomitante é que recorrem a cuidados médicos. Contudo 37,5% consideram ser sempre necessário recorrer ao médico em caso de febre, mesmo com menos de 24 horas de duração. Apenas um progenitor não sabe. Esta

necessidade é fundamentalmente sentida por pais com níveis de escolaridade do ensino primário e secundário (Fig. 7).

A maior parte dos pais (66,3%) consideram o profissional de saúde como a principal fonte de informação, havendo uma percentagem importante de pais (37,5%) que consideram a experiência própria como uma importante fonte de conhecimentos e modelador de atitudes perante a febre dos filhos. Quem respondeu este item refere ter aprendido muito com os vários filhos ou tomando conta de outras crianças.

Em três casos os pais responderam outros: eram profissionais da área da saúde, pelo que o seu saber se devia à formação profissional. Cerca de 33,1% dos pais consideram os parentes uma importante fonte de informação e aconselhamento e 21,3% os livros/revistas (Fig. 8).

DISCUSSÃO

Este estudo teve algumas limitações, sendo que inicialmente pretendia-se uma amostra aleatória, que não foi possível atendendo às condições em que o

estudo foi efectuado: os inquéritos foram recolhidos de forma não aleatória, de acordo com a disponibilidade da interna e com a afluência de crianças, quer ao AC, quer ao Serviço de Vacinação. Não podemos, portanto extrapolar os resultados obtidos para a população em geral, na medida em que a amostra não é representativa daquela. De qualquer forma este é um dos poucos estudos efectuados em Portugal nesta área, numa população com características sócio-culturais muito diferentes das estudadas nos restantes trabalhos internacionais.

Atendendo aos resultados obtidos dos questionários e baseada na bibliografia consultada, é possível apurar alguns factos importantes.

A temperatura corporal é um dos sinais clínicos mais comuns, procurado pelos pais, medindo-a antes de decidir se dão medicação ou recorrem a cuidados de saúde mais diferenciados⁵. A maioria dos pais reconhece que o uso do termómetro constitui o melhor método para avaliar a temperatura das crianças, embora continuem a utilizar a mão/lábios como primeiro método de identificação desta. Alguns estudos internacionais mostram que a palpação (mão, lábios) é, também um método sensível⁸.

Embora o mercúrio, actualmente, seja considerado uma substância perigosa, sendo progressivamente banidos todos os instrumentos que o contêm, mantêm-se nos lares grande número de termómetros de mercúrio, provavelmente pelo seu preço mais acessível em relação aos instrumentos electrónicos. Contudo, há que ter em atenção casos de envenenamento em crianças, por mercúrio derramado de termómetros partidos⁹.

Continua a haver discussão acerca do local óptimo para a recolha da temperatura. A escolha dependerá do propósito da medição; geralmente apenas se pretende estabelecer a presença de

febre e o seu valor aproximado⁵. A maioria dos pais prefere recolher a temperatura na axila em vez da rectal, apesar da temperatura rectal ser mais precisa^{5,9}, o que também é observado no nosso estudo.

Na raça humana a temperatura central normal medida no terço inferior do esófago oscila entre os 37° e os 38° C. Dentro desses limites a temperatura varia de indivíduo para indivíduo, segundo padrões bem definidos, com um ritmo circadiano. É sempre mais elevada durante o dia atingindo o seu valor máximo entre as 17 e as 19 horas e o mínimo entre as duas e as quatro horas. Este ritmo não existe no recém-nascido e só fica bem estabelecido a partir do final do segundo ano de vida. A amplitude de variação é maior nas crianças que nos adultos, podendo ser superior a 1° C. Temperaturas rectais próximas dos 38° C são normais em grande número de crianças, particularmente nos dois primeiros anos de vida¹.

Ao contrário da hipertermia, a febre é uma elevação da temperatura corporal controlada, raramente excedendo os 41° C, limite máximo da regulação hipotalâmica. Temperaturas superiores àquele valor devem ser consideradas como hipertermia, sendo de extrema gravidade podendo levar a lesões irreversíveis em múltiplos órgãos e até à morte¹.

Considera-se febre temperatura rectal superior a 38° C, oral superior a 37,8° C⁷ ou temperatura axilar superior a 37,2° C⁷. Até aos 5 anos de idade a colheita da temperatura deverá ser feita na axila, e se superior a 37,2° C deverá ser verificada a temperatura rectal⁷. Acima dos cinco anos deverá ser verificada a temperatura axilar⁶. Com excepção do período neonatal, temperaturas abaixo dos 41°C são relativamente inofensivas e de provável etiologia vírica, requerendo apenas terapêutica de suporte⁴. Contudo estes valores

estão sujeitos a controvérsia nos estudos consultados.

Em grande parte das famílias a febre é tratada por meios físicos e farmacológicos. Alguns estudos demonstram pouca utilidade da utilização de banhos de água morna para baixar a temperatura¹⁰. São eficazes a curto prazo, mas não alteram o «*set-point*» hipotalâmico (intervalo de temperaturas em que a temperatura corporal varia e que está aumentado no caso da febre) e o hipotálamo reage a esta tentativa de diminuição da temperatura aumentando aquele⁵. Outros estudos, pelo contrário, atribuem-lhe alguma utilidade¹¹. As crianças febris consideram banhos com água infortáveis, mesmo com água quente⁹. Parece haver pouca justificação para tal tratamento⁹, embora continue a ser muito aconselhada por pediatras e outros profissionais de saúde, tal como nas recomendações publicadas no artigo de 1988⁶: promover o arrefecimento físico desagasalhando a criança, mergulhando-a num banho de água tépida, meia-hora após ter fornecido um antipirético⁷.

Os antipiréticos actuam causando «*down-regulation*» do «*termóstato*» hipotalâmico⁹. A principal indicação para a prescrição de antipiréticos não é a redução da temperatura corporal, mas sim aliviar o desconforto da criança e, assim, a ansiedade dos pais.

O fármaco mais utilizado foi no nosso caso o paracetamol (acetaminofeno) (99,4%), o que está de acordo com grande parte da bibliografia consultada, por este ser uma droga segura e muito usada⁹. Ter em atenção, de acordo com o exposto nalguns artigos, que as doses utilizadas por vezes não são as correctas, atendendo ao peso da criança, podendo levar a visitas médicas desnecessárias⁹ por persistência da febre. Os outros fármacos são quase sempre opções de segunda ou mesmo terceira linha, utilizando-se o ácido acetilsalicílico e o nimesulide raramente e apenas

em crianças mais velhas, de acordo com os estudos de revisão¹¹.

A preocupação dos pais está patente no grande número que verifica a temperatura durante a noite (84,4%), provavelmente com receio de eventuais complicações: convulsões, etc⁹. Estas constituem o principal temor dos pais^{3,7,12}. Esta preocupação excessiva dos pais em relação à febre pode conduzir a atitudes desajustadas, tais como, verificações frequentes da temperatura, perturbando repetidamente a criança, acordá-la durante a noite ou até à administração excessiva de antipiréticos, com os riscos inerentes de intoxicações⁶.

Os efeitos laterais mais comuns associados com a febre são desidratação ligeira, delírio e convulsões febris simples^{2,7}.

Os pais referem para além das convulsões outras complicações, sendo a mais frequentemente mencionada a meningite, assumindo-a como uma das consequências e não como causa de febre⁶. Este «*fobia*» da meningite poderá estar relacionada com os meios de comunicação social pois, foi neste período (Março/Abril de 2002) que surgiram múltiplos casos de meningite no nosso país.

Das eventuais queixas acompanhantes, os pais respondem, tal como anteriormente referido, de acordo com a sua experiência individual, queixas dos outros filhos e idade da criança. Daí a grande dispersão de respostas obtidas. Uma das recomendações de um estudo publicado⁶ refere-se aos sinais e sintomas que, quando presentes numa criança febril deverão levar à procura de cuidados médicos: dificuldade respiratória, irritabilidade, dor, exantemas, recusa alimentar, cefaleias ou vômitos ou a criança que «*não está bem*»^{2,6,7}.

Um grande número de pais reconhece que deve aguardar algum tempo antes de recorrer ao médico ou outros cuidados diferenciados, observando o evoluir do quadro clínico, mas é ainda pre-

ocupante o número (37,5%) que, no nosso estudo, recorre imediata/obrigatoriamente, apesar de teoricamente saber tratar o sintoma, havendo uma potencial «hiperutilização» dos Serviços de Saúde³.

Em parte esta «fever phobia²» dos pais deve-se, segundo Kramer, à influência dos pediatras e outros profissionais de saúde que lidam com crianças, aprendendo os pais, a partir da informação veiculada por estes^{3,13}. De valorizar, no nosso estudo, como fonte dos conhecimentos o profissional de saúde: médico ou enfermeira, o que testemunha a importância de programas de educação dirigidos à população^{2,3,4,13,14,15,16}, no sentido de melhor combater esta «fever phobia²». Estes programas podem produzir mudanças efectivas no comportamento dos pais⁴, preferencialmente fora dos episódios agudos, de modo ao pânico não se traduzir em tratamentos inadequados e procura excessiva de cuidados de saúde¹⁷. Este poderá vir a ser o tema de um futuro estudo de intervenção.

Referências Bibliográficas

1. Groz Dias P. A criança com febre. Temas de Infecção Pediátrica. Glaxo Farmacêutica, Lda. 1993; 3º vol: 495-512.
2. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. Am J Dis Child 1980; 134: 176-81.

3. Kramer MS, Naimark L, Leduc DG. Parental fever phobia and its correlates. Pediatrics 1985; 75:1110-3.

4. Casey R, McMahon F, McCormick MC, Pasquariello PS, Zavod W, King FH. Fever therapy: an educational intervention for parents. Pediatrics 1984;73: 600-5.

5. Impicciatore P, Nannini S, Pharm D, Pandolfini C, Bonati M. Mothers knowledge of, attitudes toward, and management of fever in preschool children in Italy. Prev Med 1998; 27: 268--73.

6. Duarte C, Monteiro M, Monteiro T. Concepções dos pais acerca de febre. Saúde Infantil 1988; 255-60.

7. Schmitt BD. Fever in childhood. Pediatrics 1984; 74(suppl): 929-36.

8. Hooker EA, Smith SW, Miles T, King L. Subjective assessment of fever by parents: comparison with measurement by noncontact tympanic thermometer and calibrated rectal glass mercury thermometer. Ann Emerg Med 1996; 28: 313-7.

9. Blumenthal I. What parents think of fever. Fam Pract 1998; 15: 505-6.

10. Newman J. Evaluation of sponging to reduce body temperature in febrile children. Can Med Assoc J 1985; 132: 641-2.

11. Kinmonth AL, Fulton Y, Campbell M. Management of feverish children at home. Br Med J 1992; 305:1134-6.

12. Van-Stuijvenberg M, de Vos S, Tjiang GC, Steyerberg EW, Derksen-Lubsen G, Moll HA. Parents fear regarding fever and febrile seizures. Acta Paediatr 1999; 88: 618-22.

13. Kai J. Parents and their child's fever: do as I say, not as I do? Fam Pract 1998; 15: 513-8.

14. Huang MC, Liu CC, Huang CC. Effects of an educational program on parents with febrile convulsive children. Ped Neurol 1998; 18: 150-5.

15. Steelman J, Kotchmar G S, Brehm W T, Greenwall K. Childhood fever education in a military population: is education enough?. J Miss State Med Assoc 1999; 40: 407-9.

16. Johnson W. Childhood fevers: advising parents on management. Community Nurse 1996; 2: 20, 22-3.

17. Andersen AR. Parental perception and management of school-age children's fevers. Nurse Pract 1988; 13: 8-9.

Recebido para publicação em: 13/02/03

Aceite para publicação em: 06/03/03

Endereço para correspondência:

Ana Paula Pestana
Avenida Conde São João nº 73 R/C C
2780-712 Paço D'Arcos

Children with a Fever: Parents' Knowledge and Attitudes

Fever is one of the most frequent presenting complaints from parents who take their children to their family doctor or to Casualty. Although parents usually know how to measure and treat fever, they are afraid of it, fearing serious illness or even seizures. Numerous international studies with parents of infants, toddlers, and pre-schoolers, have revealed a widespread concept of "fever phobia" which often leads to aggressive and inappropriate therapeutic measures. In a non-randomised study, 160 parents were surveyed on their knowledge, attitude and fears concerning their children's fever and its treatment. 76.8% of parents thought a fever was temperature at or higher than 37.5°C, and treated their child only when temperature reached 38.0°C (64.3%). Paracetamol was considered to be the first-line drug (89.9%). Night temperature checks (84.3%) and seeking medical care (37.5%) were to do with parents fearing seizure episodes (81.8%). Most parents (66.2%) view health professionals as their main source of information. Greater awareness of parents' knowledge and attitudes may facilitate communication in community health education programmes. Nevertheless, effort will have to be put into improving the way information is conveyed by health professionals: an adequate definition of fever, its consequences and its treatment.

Key-words: Fever; Knowledge; Attitudes; Parents; Questionnaire