
ARTIGO ORIGINAL

Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças*Parent's knowledge about fever in children*Tatherine Feldhaus¹, Ana Carolina Lobor Cancelier²**Resumo**

Objetivo: Analisar o conhecimento dos pais a respeito da febre e seu tratamento nas crianças. **Método:** Estudo transversal conduzido no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão, Santa Catarina, no período de março a maio de 2010, cuja amostra final constituiu-se de 151 crianças. Os dados foram analisados por meio dos testes de chi-quadrado e ANOVA, com nível de significância de 95%. **Resultados:** Neste estudo observou-se uma maior prevalência de crianças com idade de sessenta meses, com predominância do gênero masculino. Para avaliar a febre na criança, 74,2% dos entrevistados utilizavam o termômetro em casa, sendo que 92,7% possuem o termômetro no domicílio. Com relação à temperatura para o início da medicação, 47,7% dos entrevistados iniciavam com temperaturas entre 37°C e 38°C. A maior preocupação dos pais diz respeito ao risco de convulsões febris (61,6%) e o antipirético mais utilizado para baixar a temperatura foi o paracetamol (58,3%), seguido da dipirona (33,1%) e do ibuprofeno (6%). **Conclusões:** A maior prevalência de febre ocorreu nas crianças com sessenta meses de idade, com predominância do gênero masculino e o antipirético mais utilizado foi o paracetamol. O conhecimento dos pais sobre a febre pôde ser considerado satisfatório.

Descritores: Febre. Crianças. Antipirético.**Abstract**

Objective: The analysis of the knowledge of the parents about children's fever and their treatment. **Method:** A cross-sectional study was conducted at Nossa Senhora da Conceição Hospital, in Tubarão, Santa Catarina, from March to May 2010, which the sample was constituted of 151 children. The data was analyzed using the chi-square and ANOVA tests, with a level of significance of 95%. **Results:** Was observed a higher prevalence of children aged around sixty months, with a predominance of males. Most of fever analysis (74.2%) was observed using parent's thermometer at home. It's important to note that 92.7% of the parents had a thermometer at home. Around forth eight percent (47.7%) of the parents started the medication when the temperature was 37°C and/or 38°C. The greatest concern of parents with regard to the risk of febrile seizures was 61.6% and the most commonly medications used were paracetamol (58.3%), or dipyrone (33.1%) and ibuprophen (6%). **Conclusions:** The higher prevalence of fever occurred in children with sixty months of age, predominance in males and the antipyretic paracetamol was the most common used. The knowledge of parents about fever was considered acceptable.

Keywords: Fever. Children. Antipyretic.

1. Acadêmica do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL.

2. Mestre em Ciências da Saúde pela UNESC. Especialista em Pediatria. Professora do Sistema Materno Infantil do Curso de Medicina da Universidade do Sul de Santa Catarina -UNISUL.

Introdução

A febre é uma das queixas mais frequentes em consultas pediátricas, não somente a nível ambulatorial, como também em emergências, podendo chegar até a 25% de todas as queixas. Essa alta prevalência como motivo de consulta pode decorrer do grande temor dos pais ou responsáveis acerca da febre, que acabam procurando auxílio médico mesmo em condições benignas e que poderiam ter um tratamento inicial domiciliar. Assim, torna-se necessário um serviço de triagem para minimizar e agilizar o atendimento médico emergente em nível de hospital e de pronto socorro ⁽¹⁻⁴⁾.

A temperatura é considerada febril quando atinge valor igual ou superior a 38°C, se medida no reto, pois a temperatura neste local apresenta melhor correlação com a temperatura central, controlada pelo centro termorregulador hipotalâmico. Entretanto, outros locais podem ser aferidos tais como a boca, a axila, o tímpano ou até mesmo por meio da palpação, sendo esses menos confiáveis pela maior variação em relação à temperatura central. No Brasil, a temperatura usualmente aferida ainda é a axilar, devido em parte pela maior comodidade e aceitação do paciente ^(5,6).

Os valores da temperatura corporal podem apresentar oscilações entre 0,5°C a 1°C durante o dia. Tal fato deve-se tanto às variações de cada indivíduo como do próprio dia. Logo, fatores como a temperatura ambiental, o ciclo menstrual, a digestão dos alimentos, a prática de exercícios físicos, o estresse emocional e a desidratação devem ser sempre questionados pelo médico frente à avaliação de um paciente febril ⁽⁷⁾.

Uma opção de tratamento da febre na criança seria a utilização de métodos não farmacológicos para baixar a temperatura corporal como, por exemplo, o uso de cobertores, os banhos mornos, as compressas umedecidas, porém a partir do momento em que há a diminuição da temperatura é preciso retirá-los para permitir a liberação de calor na criança. Além disso, também está indicada a hidratação da criança, pois a febre condiciona perdas aumentadas de água, normalmente através da transpiração e da diminuição do apetite. É importante ressaltar que a utilização de contenções físicas não tem valor prognóstico quando são aplicadas isoladamente em razão de não atuarem no mecanismo fisiopatológico da febre ⁽⁸⁾.

A necessidade de se combater a febre com o uso de antitérmicos é bastante controversa, sendo indicado somente quando a febre cause algum tipo de desconforto ou risco para a criança. Apesar disso, os antipiréticos estão entre os medicamentos mais utilizados em crianças, sendo responsáveis por causar intoxicações em decor-

rência de interações medicamentosas ocorridas com outros fármacos de uso e também pelas doses e/ou intervalos errôneos utilizados ⁽⁹⁾.

Os fármacos mais administrados pelas crianças em nosso país são o ácido acetilsalicílico (AAS), o paracetamol (acetaminofeno), a dipirona e o ibuprofeno (AINH). Os efeitos colaterais causados pelo uso indiscriminado dos antitérmicos geralmente não são graves podendo ocasionar dor e desconforto abdominal, contudo podem causar efeitos mais preocupantes como a agranulocitose, a hipersensibilidade medicamentosa, a intolerância hepática ^(10,11).

O presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento dos pais a respeito da febre e seu tratamento nas crianças.

Método

Estudo com delineamento transversal, observacional e analítico, englobando os pais de crianças internadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), no período compreendido entre março e maio de 2010. Neste estudo foram incluídas todas as crianças com idade inferior a 14 anos que estivessem internadas na unidade de pediatria cujos pais concordassem em participar da pesquisa. A amostra contou com 151 crianças.

Os pais que concordaram em participar desta pesquisa assinaram o termo de consentimento e receberam um questionário contendo perguntas relacionadas aos dados demográficos (idade da criança e pais, sexo, grau de escolaridade), referentes a conhecimentos sobre febre (quanto considera febre e febre alta, como mede a temperatura), se há história de convulsões febris, como trata a febre nos seus filhos e qual a frequência de consultas médicas por febre nos últimos meses.

Os dados foram tabulados e analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS 16.0. As respostas foram apresentadas em números absolutos e relativos e as variáveis quantitativas em médias e desvios-padrão. A presença de associação entre as variáveis foi analisada por meio dos testes de chi-quadrado e ANOVA, com nível de significância de 95%.

Esta pesquisa foi autorizada pela Instituição envolvida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina – UNISUL, sob número de registro 09.557.4.01.III.

Resultados

Neste estudo foram entrevistadas 151 pessoas que haviam trazido crianças para internação no Hospital Nos-

sa Senhora da Conceição, em Tubarão. Dessas, 125 eram as mães das crianças, oito os pais e 18, outros familiares. A idade dos responsáveis variou de 16 a 64 anos, com uma média de $33 \pm 9,2$ anos. O grau de escolaridade dos responsáveis pode ser observado na Tabela 1.

As crianças estudadas eram na sua maioria meninos (62,4%) e a idade variou de um a 168 meses (66 ± 55 meses). Das 151 crianças, 41 apresentaram febre nos últimos seis meses e destas, 20 tinham menos de 48 meses.

Para avaliar se a criança estava com febre, 25,8% dos familiares utilizaram o método palpatório e 74,2% utilizaram o termômetro. A maioria dos pais (92,7%) tinha termômetro em casa, sendo 47,7% de mercúrio e 45% digital. Neste estudo não foram observados diferenças significativas entre os tipos de termômetros utilizados, o grau de escolaridade dos pais ou a idade das crianças.

Com relação à temperatura que consideraram necessária para medicar, 47,7% dos entrevistados medicaram as crianças com temperaturas entre 37°C e 38°C . Consideraram febre alta temperaturas inferiores a 38°C 43,9% dos entrevistados.

Os relatos demonstraram que a maior preocupação (61,6%) dos entrevistados com relação à febre foi o risco de convulsões febris, seguida da dificuldade de diminuição do estado febril. As convulsões febris foram observadas em 11,2% das crianças. Além disso, havia maior preocupação dos familiares com as crises febris em relação às crianças que já tinham apresentado as crises ($p=0,02$). O motivo da febre foi preocupação para 33,8% dos entrevistados e a febre alta para 21,2%.

A maioria dos responsáveis (68,9%) levou seus filhos para consulta médica nas primeiras 24 horas de febre. A média de idade destas crianças foi significativamente menor que a das que os pais levaram à consulta após 24 horas de febre, conforme pode ser observado na Tabela 2.

Com relação aos métodos utilizados para baixar a temperatura, apenas uma pessoa respondeu usar somente métodos físicos do tipo compressas, álcool, chás caseiros, entre outros. Neste caso a criança em questão tinha seis meses de idade. Dos demais pacientes, 56 (37,1%) utilizaram apenas remédios e 94 (62,3%) utilizaram remédios e métodos físicos associados. Não houve diferenças estatísticas entre as duas formas para baixar a temperatura e o grau de escolaridade dos pais ou média de idade das crianças.

O medicamento mais utilizado para baixar a temperatura foi o paracetamol, seguido da dipirona e do ibuprofeno. Conforme pode ser observado na Tabela 3, a média de idade das crianças que receberam a dipirona

foi maior do que aquelas que receberam o paracetamol. O grau de escolaridade não foi relacionado com o tipo de medicamento utilizado pelos pais.

Discussão

A febre pode ser definida como o aumento da temperatura corporal ocasionada por uma desigualdade entre a produção e a perda de calor. Ela serve como sinal de alarme para os familiares ou para o médico responsável, mesmo que, na sua grande maioria a causa seja uma situação autolimitada e raramente determine complicações^(1,2,12,13).

A febre geralmente é um mecanismo de defesa frente a um processo patológico diverso, identificável ou não, durante o curso de infecções virais, bacterianas, dano tecidual, processo inflamatório, neoplasias ou medicamentos. Dentre estas afecções, as infecções respiratórias agudas são uma das principais causas de morbidade em crianças. Estima-se que cada criança apresente de cinco a oito episódios de infecções respiratórias agudas ao ano nos primeiros cinco anos de vida. Entretanto, em até 20% dos casos apesar de história clínica minuciosa e exame físico completo, não é obtido o diagnóstico final ou o possível foco desencadeador da elevação da temperatura corporal⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. A febre pode ser o primeiro sinal ou sintoma de doenças graves e, assim, parâmetros como a idade da criança, a condição clínica apresentada e os dados laboratoriais anormais podem falar a favor de uma maior gravidade^(12,13).

No presente estudo a maior frequência de febre ocorreu em menores de 48 meses. Estudo realizado no Rio de Janeiro⁽¹⁶⁾ de 1996 a 1997 com 723 crianças que foram diagnosticadas com infecção respiratória aguda encontrou que 551 delas tinham menos de cinco anos e um predomínio do gênero masculino. Em Belo Horizonte/MG, Santana et al⁽¹⁷⁾ de um total de 1.058 crianças, encontraram uma prevalência de infecção respiratória aguda em menores de quatro anos de 22,7%. Sabe-se que essas taxas em menores de cinco anos podem ser decorrentes de uma série de fatores, dentre eles pode-se destacar o tabagismo passivo, os agentes poluidores atmosféricos, a aglomeração (em especial as creches infantis), as variações climáticas (os meses mais frios do ano) e o sistema imunológico ainda deficiente dessas crianças^(18,19).

Pesquisa realizada na cidade de Anápolis²⁰ (2006/2007) com 598 participantes mostrou que a principal forma usada para perceber a febre das crianças foi por meio do contato (46,4%), sendo o termômetro usado em 23,6% dos casos. Neste estudo 74,2% dos pais faziam o uso de termômetro para afirmar a febre em seus filhos observando-se, com isso, que a maioria

dos pais reconhece que o uso do termômetro constitui o melhor método para avaliar a temperatura corporal das crianças. No presente estudo não houve diferenças entre os tipos de termômetro utilizados. No estudo realizado por Pestana⁽²¹⁾ em 2003 o termômetro de mercúrio manteve-se o mais utilizado nos lares, e isto se deve, provavelmente, pelo seu preço mais acessível em relação ao digital. Contudo, atenção especial deve ser observada nos casos em que se têm termômetros partidos pelo risco do mercúrio derramado que pode causar envenenamento em crianças⁽²²⁾.

Em relação a esta pesquisa, 47,7% dos entrevistados medicaram as crianças com temperaturas entre 37°C a 38°C. Este resultado é semelhante ao encontrado no estudo de Pestana⁽²¹⁾ em 2003, no qual a temperatura em que 45,5% dos participantes da pesquisa consideravam como febre e, portanto, medicavam as crianças, eram valores entre 37,5°C a 38°C. Pearce e Curtis⁽²³⁾ (2005) consideram febre baixa as temperaturas que atingem até 38°C e alguns autores consideram como febre alta as temperaturas acima de 38,5°C ou 39°C (Eichenwald⁽²⁴⁾, 2003). Ainda em relação ao estudo de Pestana⁽²¹⁾, 69,7% dos indivíduos consideraram febre alta temperaturas a partir de 38,5°C, o que não foi verificado neste estudo demonstrando, portanto, que o conhecimento das pessoas em relação ao que se considera febre alta não é compatível com tal fato.

Convulsão febril é denominada como um evento que ocorre na infância, associada à febre e sem evidência de infecção intracraniana ou de outra causa neurológica definida. A incidência de convulsão febril varia de 1 a 14% dependendo do estudo, e é mais comum no gênero masculino^(8,25,26). Ela é única na maioria das crianças, entretanto 25-50% delas apresentam crises febris recorrentes⁽²⁷⁾. Neste estudo as crises convulsivas febris haviam acometido 11,2% das crianças, sendo esta a maior preocupação dos entrevistados. Em estudo realizado por Tedrus e Fonseca⁽²⁸⁾ (2007), a recorrência de convulsão febril foi de 37,9% dos casos, sendo mais significativa se a primeira crise tivesse ocorrido com idade inferior a 12 meses⁽²⁹⁻³¹⁾. Todavia, o presente estudo não teve como objetivo avaliar a idade da primeira convulsão febril, não tendo, portanto, este dado descrito.

Em suma, frente a uma criança febril o médico deve preocupar-se em fazer o diagnóstico da causa da febre, excluir uma doença mais grave que pode estar presente, aliviar o desconforto associado e diminuir o risco de convulsões febris em crianças susceptíveis. Para baixar a temperatura das crianças que tinham febre, 37,1% dos entrevistados utilizavam apenas medicamentos e 62,3% deles utilizavam remédios e métodos físicos associados.

A febre se associa com desconforto, o qual pode ser aliviado por meios diversos que normalizam a temperatura. Com base nisso, a febre pode ser controlada por meios não convencionais e por medicamentos antipiréticos⁽²¹⁾. Os meios não convencionais como banho morno, compressas frias, aplicação de álcool na pele não têm valor quando usados isoladamente porque não atuam nos mecanismos fisiopatológicos da febre. Além disso, o álcool pode ser reabsorvido pela pele e causar toxicidade sistêmica e, portanto, não deve ser utilizado⁽¹⁰⁾.

Quanto às medidas farmacológicas para baixar a temperatura em crianças, o medicamento mais utilizado foi o paracetamol, seguido da dipirona e do ibuprofeno. Atualmente, os únicos antitérmicos recomendados para tratamento de crianças com febre são paracetamol, dipirona e ibuprofeno, sendo o uso alternado de ibuprofeno e paracetamol mais efetivo do que a monoterapia para manter a criança afebril^(9,32). Segundo estudo de Murahovschi⁽¹⁰⁾ (2003), os antitérmicos mais utilizados foram o ácido acetilsalicílico (AAS), o paracetamol (acetaminofeno), a dipirona e os anti-inflamatórios não-hormonais (AINH), como o ibuprofeno. Com isso, os antitérmicos apesar de diminuírem a temperatura das crianças, podem causar alguns efeitos adversos⁽¹⁰⁾. Tratando-se da dipirona, ainda bastante difundida e aceita em nosso meio, foi retirada do mercado nos Estados Unidos da América (EUA) pelo seu risco indesejável de toxicidade medular. Quanto ao ácido acetilsalicílico, ele pode estar associado à Síndrome de Reye e hemorragia digestiva, sendo esta última considerada de maior incidência e risco pelo uso desse fármaco. O uso do acetaminofeno pode causar intoxicações hepáticas e até mesmo mortes após doses extremas dessa medicação logo, tem sido questionado o seu consumo em alguns países. O uso em longo prazo do ibuprofeno, embora em uma menor porcentagem, também pode causar gastrites, inclusive hemorrágicas, hipersensibilidade medicamentosa, toxicidade, entre outros. No entanto, este fármaco tem sido bastante aceito tendo como uma de suas vantagens a duração do efeito antitérmico mais prolongada^(10,11).

Em relação ao estudo de Pestana⁽²¹⁾ (2003), 99,4% utilizavam para tratamento da febre o acetaminofeno, sendo o ácido acetilsalicílico e a nimesulida de uso raro e apenas utilizado em crianças com mais idade. De acordo com o trabalho da cidade de Anápolis⁽²⁰⁾ (2006/2007), já citado anteriormente, também demonstrando a frequência de fármacos utilizados pelos pais para o tratamento da febre em seus filhos, evidenciou-se que de um total de 487 entrevistados, 54% utilizavam o paracetamol e 25,1% a dipirona. Por conseguinte, pode-se notar que os achados de tais estudos citados anteriormente corroboram com

os achados do estudo atual. Estudo realizado no Canadá⁽³³⁾ concluiu que a "fobia" da febre persiste entre pais, principalmente naqueles cujos filhos tiveram convulsões febris. Mais ainda, coloca que muitas informações podem piorar tal medo e que os profissionais da saúde devem estar aptos a transmitir informações claras e objetivas acerca da febre para reduzir o temor dos pais.

Conclusões

Conclui-se que o conhecimento dos pais sobre a febre pôde ser considerado satisfatório. A maioria dos pais utilizou o termômetro para avaliar a febre nas crianças e fez o uso de medicamentos adequados para baixar a temperatura corporal, sendo que o paracetamol foi o antitérmico mais utilizado.

Referências

- Mahajan P, Stanley R. Fever in the toddler-aged child: old concerns replaced with new ones. *Clin Pediatr Emerg Med* 2008; 9:221-227.
- Machado BM, Cardoso DM, Paulis M, Escobar AMU, Gilio AE. Fever without source: evaluation of a guideline. *J Pediatr* 2009; 85:426-432.
- Schmitt BD. Fever phobia. Misconceptions of parents about fever. *Am J Dis Child* 1980; 134:176-181.
- Taveras EM, Duroseau S, Flores G. Parents' beliefs and practices regarding childhood fever. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20:579-587.
- Slater M, Krug SE. Evaluation of the infant with fever without source: an evidence based approach. *Emerg Med Clin North Am* 1999; 17:97-126.
- Anagnostakis D, Matsaniotis N, Grafakos S, Sarafidou E. Rectal-axillary temperature difference in febrile infants and children. *Clin Pediatr* 1993; 32:268-272.
- Bauchner H, Pelton SI. Management of the young febrile child: a continuing controversy. *Pediatr* 1997; 100:137-138.
- Siddiqui TS. Febrile convulsions in children: relationship of family history to type of convulsions and age at presentation. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2002; 14:26-28.
- Bricks LF, Silva CAA. Recomendações de uso de anti-inflamatórios não-hormonais em crianças. *Pediatr* 2005; 27:181-193.
- Murahovschi J. A criança com febre no consultório. *J Pediatr* 2003; 79:55-64.
- Hamerschlak N, Maluf E, Pasquini R, et al. Incidence of aplastic anemia and agranulocytosis in Latin America. *Med J* 2005; 123:101-104.
- Bonadio WA. Defining fever and other aspects of body temperature in infants and children. *J Pediatr* 1993; 22:467-473.
- Sur DK, Bukont EL. Evaluating fever of unidentifiable source in young children. *Am Fam Physician* 2007; 75:1805-1811.
- Kluger MJ. Fever revisited. *Pediatr* 1992; 90:846-850.
- Akintemi OB, Roberts KB. Evaluation and management of the febrile child in the conjugated vaccine era. *Adv Pediatr* 2006; 53:255-278.
- Duarte DMG, Botelho C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *J Pediatr* 2000; 76:207-212.
- Sant'anna CC, Aguiar MJB, Medeiros NM, Pedroso LMV, Braga GHR, Botelho PP. Infecções respiratórias agudas na infância. *Clin Ped* 1986; 12:32-38.
- Prietsch SOM, Fischer GB, César JA, et al. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 2003; 13:303-310.
- Zaman K, Baqui AH, Yunus M, et al. Acute respiratory infections in children: a community-based longitudinal study in rural Bangladesh. *J Trop Pediatr* 1997; 43:133-137.
- Freitas SL, Metzker FS, Fernandes RO, et al. Uso racional de antipiréticos em crianças da cidade de Anápolis. Programa de Iniciação Científica. Universidade Estadual de Goiás, 2007; 1-6. [acesso em 05/2010]. Disponível em: www.prp.ueg.br/06v1/conteudo/pesquisa/inic.../resumo65.pdf.
- Pestana, AP. Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. *Rev Port Clin Geral* 2003; 19:333-343.
- Blumenthal I. What parents think of fever. *Fam Pract* 1998; 15:505-506.
- Pearce C, Curtis N. Fever in children. *Aust Fam Physician* 2005; 34:769-771.
- Eichenwald, HF. Fever and antipyresis. *Bulletin of the World Health Organization* 2003; 81:372-374.
- Chiu SS, Tse CYC, Lau YL, Peiris M. Influenza A infection is an important cause of febrile seizures. *Pediatrics* 2001; 108:e63.
- Guerreiro MM. Tratamento das crises febris. *J Pediatr* 2002; 78:9-13.

27. Yücel O, Aka S, Yazicioglu L, Ceran O. Role of early EEG and neuroimaging in determination of prognosis in children with complex febrile seizure. *Pediatr Int* 2004; 46:463-537.

28. Tedrus GMAS, Fonseca LC. Crise febril: correlação clínico-eletroencefalográfica em 1162 crianças. *J Epilepsy Clin Neurophysiol* 2007; 13:59-63.

29. Knudsen FU. Febrile seizures: treatment and prognosis. *Epilepsia* 2000; 41:2-9.

30. Nelson KB. Febrile seizures: is the EEG a useful predictor of recurrences? *Clin Pediatr* 1997; 36:31-36.

31. Piperidou HN, Heliopoulos IN, Maltezos ES, Stathopoulos GA, Milonas IA. Retrospective study of febrile seizures: subsequent electroencephalogram findings, unprovoked seizures and epilepsy in adolescents. *J Int Med Res* 2002; 30:560-565.

32. Nabulsi MM, Tamim H, Mahfoud Z, et al. Alternating ibuprofen and acetaminophen in the treatment of febrile children: a pilot study. *BMC Med* 2006; 4:1-8.

33. Karwowska A, Jordan CN, Jhonson D, Davies HD. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. *Pediatr EM* 2002; 4:394-400.

Tabela 3. Média de idade das crianças que utilizam medicamentos para baixar a temperatura.

Medicamento utilizado [§]	Número (%)	Média de idade em meses (±desvio padrão)
Paracetamol	88 (58,3)	55,10 (±50,73)*
Dipirona	50 (33,1)	93,16 (±57,25)*
Ibuprofeno	9 (6)	21,78 (±13,03)
Nimesulida	1 (0,7)	144
AAS	2 (1,3)	82,00 (±19,79)

[§] 1 criança não recebe medicamentos para baixar temperatura.

* diferenças estatisticamente significativas segundo Anova seguida de Tukey.

Tabelas

Tabela 1. Grau de escolaridade dos responsáveis pelas crianças.

	Frequência (Valores absolutos)	Percentual (%)
Analfabeto	2	1,3
Ensino fundamental incompleto	47	31,1
Ensino fundamental completo	19	12,6
Ensino médio incompleto	18	11,9
Ensino médio completo	46	30,5
Ensino superior incompleto	7	4,6
Ensino superior completo	11	7,3
Pós-graduação completa	1	0,7
Total	151	100

Tabela 2. Tempo de espera para consultas médicas após início da febre relacionado com a média de idade da criança.

Quanto tempo após o início da febre leva ao médico?	Número (%)	Média de idade da criança (meses)
Menos de 24 horas	104 (68,9)	58,24 (±54,71)*
24 a 48 horas	32 (21,2)	87,41 (±54,2)*
48 a 72 horas	10 (6,6)	73,80 (±46,91)
Mais de 72 horas	2 (1,3)	108,00 (±84,85)
Não respondeu	3 (2)	

* Diferenças estatisticamente significativas segundo Anova seguida de Tukey.

Endereço para correspondência

Tatherine Feldhaus
 Avenida Monsenhor Frederico Tombrock, 673.
 Bairro: Evolução
 São Ludgero, SC
 CEP: 88730-000
 E-mail: tathiefeldhaus@hotmail.com