

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde Comunitária

**O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA
FEBRE EM CRIANÇAS DE FORTALEZA**

Ana Paula Soares Gondim

Fortaleza
1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde Comunitária

O uso do medicamento no tratamento biomédico da febre
em crianças de Fortaleza

Ana Paula Soares Gondim

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Saúde Pública do
Departamento de Saúde Comunitária da
Universidade Federal do Ceará para a
obtenção do título de Mestre.

Orientadora:

Prof^a Dr^a Helena Lutécia Luna Coelho

Co-orientadora:

Dr^a Cristina Maria Gomes do Monte

Fortaleza

1998

Gondim, Ana Paula Soares

G635u O uso do medicamento no tratamento biomédico da febre em crianças de Fortaleza / Ana Paula Soares Gondim. Fortaleza, 1998.

____f.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Helena Lutécia Luna Coelho.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Curso de Mestrado em Saúde Pública.

1. Febre - criança - Fortaleza. 2. Medicamentos - estudo e uso. 3. Febre - uso de antitérmico. 4. Febre - tratamento. I. Título.

CDD 616:047



O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA FEBRE EM CRIANÇAS DE FORTALEZA

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Saúde Pública do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará como requisito para o Título de Mestre em Saúde Pública.

Data da Aprovação: 1º de junho de 1998

BANCA EXAMINADORA:

Profª Drª Helena Lutécia Luna Coelho
Orientadora

Drª Cristina Maria G. Monte

Prof. Dr. Adalberto de Paula Barreto

*Dedico este estudo às minhas filhas
(Ana Carolina e Isabela) e todas as crianças*

AGRADECIMENTOS

A realização desse estudo não seria possível se não tivesse existido o desejo de partilhar juntos emoções, discussões coletivas, ensinamentos e apoio para ultrapassar certas adversidades e, sobretudo, por nossos sonhos.

Ao Hospital Infantil Albert Sabin, a todos os seus funcionários, e às crianças, sem as quais não poderia ter realizado esta pesquisa;

Ao Hospital Infantil Prontidão, a todos os seus funcionários, e às crianças, sem as quais não poderia ter realizado esta pesquisa;

À Helena Lutécia Coelho, minha orientadora, à atenção e o incentivo nesta caminhada;

À Cristina Monte, minha co-orientadora e amiga, à atenção e à disposição das horas incansáveis;

Ao Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), pelo apoio e amizade;

Ao Estatístico Francisco Lopes, da divisão de Pesquisa do Departamento Regional Nordeste do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Ceará, por suas informações precisas e preciosas para o estudo;

Ao Departamento de Saúde Comunitária (UFCE), pelo apoio em vários momentos;

À Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP), pela colaboração em fornecer a listagem dos pediatras;

À Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP), pelo apoio financeiro nesta pesquisa;

À Organização Mundial da Saúde (OMS), pelo apoio financeiro nesta pesquisa;

Aos alunos e colegas do curso de Farmácia, Paulo Sérgio D. Arrais, Robelma France C. de Oliveira, Danúbio Andrade, Andréa S. dos Santos, Janaína Catunda, Andréa Yunes, Nelly Sobreira, Ana Paula S. do Carmo, Claudiana O. Pereira, Kellen Sá, Cilene de Lourdes Lima, Kelly Rose T. Neves, Marjorie M. Guedes, Gladys M. Diniz, Emérita S. Silva, Gisele R. de Norões, Cinara N. de Alencar, Roberta Carolina R. da Silva e Bianca Neilyse C. dos Santos que participaram da pesquisa de campo;

À Prof^a Rosa Salani agradeço pelas sugestões feitas para a realização da análise estatística;

Ao Prof. Adalberto Barreto pelas sugestões feitas na fundamentação teórica e conclusão que enriqueceram mais ainda esse estudo;

Às colegas do Curso de Mestrado, Ana Cláudia Teixeira e Maria Eneida Fernandes que pelos sonhos e opiniões participaram desse processo de ensinamento;

À minha irmã pelo apoio na finalização desse trabalho;

Ao meu esposo pela compreensão e pelas horas ausentes.

RESUMO

Um estudo transversal foi conduzido no período de janeiro de 1996 a janeiro de 1998 para investigar os conhecimentos e atitudes das mães e pediatras em relação à febre e as formas de tratamento que os mesmos adotam. O estudo foi realizado junto: A) 212 mães de crianças menores de seis anos com episódios de febre levadas a duas emergências pediátricas de Fortaleza, uma pública e outra privada; B) 317 mães em seus domicílios; C) 96 pediatras em seus locais de trabalho. Das mães entrevistadas no domicílio 34,0% delas consideram a febre um sintoma e 20,2% uma doença. No entanto, para 34% dos pediatras a febre é um sinal de alerta e para 30,2% deles a febre é só uma elevação da temperatura do corpo. A grande maioria das mães do domicílio e dos pediatras acreditam que a febre pode causar algum problema na criança, principalmente convulsão (60,5% e 82,4%, respectivamente). As principais razões que os levam a tratar a febre é a temperatura superior a 38,0°C (38,5%) e o risco de convulsão febril (19,2%). O metamizol e o paracetamol foram os antitérmicos mais usados pelas mães das emergências (51,0% e 29,5%, respectivamente) e pelas mães no domicílio (62,9% e 21,4%, respectivamente). Estes antitérmicos, também foram os mais recomendados pelos pediatras, sendo o metamizol mais prescrito no serviço público (58,8%) e enquanto o preferido no serviço privado foi o paracetamol (52,4%). A prevalência de antitérmicos (57%) nas prescrições pediátricas nas duas emergências pediátricas foi considerada elevada. O estudo mostra o uso indiscriminado de antitérmicos pelas mães é reforçado pela orientação dos pediatras e ainda, indica um conflito entre conhecimentos e percepções das mães e dos pediatras sobre a febre e seu manejo. Isto indica a necessidade de uma intervenção educacional para as mães que inclua os aspectos culturais para contribuir para a redução do uso de antitérmicos. Além disso há a necessidade de atualização dos pediatras para que se atinja entre os mesmos um consenso no manejo da febre baseado no conhecimento científico atual sobre o assunto no momento.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1.** Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função do sexo e faixa etária56
- Tabela 2.** Distribuição das mães em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função do nível de escolaridade.....56
- Tabela 3.** Distribuição das crianças segundo o uso de algum tipo tratamento relacionado à faixa etária.....57
- Tabela 4.** Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função das formas de tratamento da febre utilizadas pelas mães em casa58
- Tabela 5.** Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função dos medicamentos utilizados pelas mães em casa59
- Tabela 6.** Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função de quem recomendou às mães fazer uso do medicamento60
- Tabela 7.** Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência em função da queixa principal das mães que motivaram sua ida à emergência.....61
- Tabela 8.** Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência em função das queixas das mães associadas à febre62
- Tabela 9.** Distribuição dos dez grupos terapêuticos principais mais prescritos, segundo o tipo de emergência.....63

Tabela 10. Distribuição das doze substâncias ativas dos medicamentos mais prescritos, de acordo com o tipo de emergência	65
Tabela 11. Distribuição dos antitérmicos por prescrição, de acordo com o tipo de emergência	66
Tabela 12. Distribuição dos medicamentos injetáveis prescritos para uso no momento da consulta, de acordo com o tipo de emergência	67
Tabela 13. Distribuição do diagnóstico (CID 10 ^a Revisão - três caracteres) em função da emergência pública	68
Tabela 14. Distribuição das crianças, de acordo com a faixa etária.....	71
Tabela 15. Distribuição das mães, de acordo com a faixa etária	71
Tabela 16. Distribuição das mães em função da estrutura familiar	72
Tabela 17. Distribuição das mães, segundo o nível de escolaridade.....	73
Tabela 18. Distribuição dos pais, segundo o nível de escolaridade.....	73
Tabela 19. Distribuição das mães, de acordo com a variável renda familiar mensal.....	74
Tabela 20. Distribuição das mães, segundo ocupação	75
Tabela 21. Distribuição dos pais, segundo ocupação	76
Tabela 22. Distribuição das mães, de acordo com a variável quem cuida da criança.....	77
Tabela 23. Distribuição das mães de crianças menores de seis anos, segundo a condição de propriedade da moradia.....	77
Tabela 24. Distribuição dos domicílios das mães de crianças menores de seis anos, segundo o acesso à água, saneamento e eletricidade	78

Tabela 25. Características físicas do domicílio de mães de crianças menores de seis anos.....	79
Tabela 26. Distribuição dos domicílios, segundo a existência de aparelhos eletrodomésticos e equipamentos eletrônicos.....	80
Tabela 27. Distribuição das mães, conforme a opinião sobre temperatura normal.....	80
Tabela 28. Distribuição das mães, conforme a opinião sobre febre.....	81
Tabela 29. Distribuição das mães, conforme a opinião sobre febre alta.....	81
Tabela 30. Distribuição das mães, conforme o instrumento utilizado por ela para medir a febre.....	82
Tabela 31. Distribuição das mães, de acordo com as partes do corpo da criança usadas pelas mães para aferir a febre.....	83
Tabela 32. Distribuição das mães, segundo o maior problema que a febre pode provocar.....	84
Tabela 33. Distribuição das mães, de acordo com a temperatura que pode causar problema na criança.....	84
Tabela 34. Distribuição das mães, de acordo com a primeira atitude que toma quando o filho tem febre.....	85
Tabela 35. Distribuição das mães em função das formas de tratamento da febre utilizadas pelas mães em casa.....	86
Tabela 36. Distribuição das mães que indicam quando a febre deve ser tratada, segundo a temperatura.....	87
Tabela 37. Distribuição das mães, de acordo com os antitérmicos utilizados por elas para baixar a febre em casa.....	87

Tabela 38. Distribuição das mães, de acordo com quem recomendou usar o antitérmico.....	88
Tabela 39. Distribuição das mães, de acordo com as fontes de informação sobre febre.....	88
Tabela 40. Distribuição dos pediatras em função do sexo, faixa etária, tempo de formado e residência médica	91
Tabela 41. Distribuição dos pediatras, de acordo com os tipos de emprego que têm	92
Tabela 42. Distribuição dos pediatras, de acordo com a última atividade de reciclagem.....	92
Tabela 43. Distribuição dos pediatras, de acordo com a média de horas trabalhadas / dia no serviço privado e público.....	93
Tabela 44. Distribuição dos pediatras, de acordo com as complicações sérias que a febre pode provocar	95
Tabela 45. Distribuição dos pediatras quanto a iniciar o tratamento da febre.....	96
Tabela 46. Distribuição dos pediatras, de acordo com as razões para tratar sempre toda febre	96
Tabela 47. Distribuição dos pediatras, segundo a conduta terapêutica adotada por eles para tratar a febre	98
Tabela 48. Distribuição dos pediatras, de acordo com as medidas recomendadas	99
Tabela 49. Distribuição dos pediatras, de acordo com o antitérmico mais adequado por eles para tratar a febre.....	100
Tabela 50. Distribuição dos pediatras em relação ao tipo de antitérmico prescrito, de acordo com o serviço público e privado.....	100

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Freqüência do tipo de antitérmico em função do tipo de emergência66

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1.** Comparação entre os problemas relatados pelas mães e o diagnóstico prescrito por médico de emergência.....69
- Quadro2.** Lista dos bairros / setores Anexo 2

LISTA DE MAPAS

Mapa 1. Mapa do Município de Fortaleza Anexo 1

SUMÁRIO

RESUMO	VI
LISTA DE TABELAS	VII
LISTA DE GRÁFICOS	XI
LISTA DE QUADROS	XII
LISTA DE MAPAS	XIII
INTRODUÇÃO	16
1.1 Objetivos	19
1.1.1. Geral	19
1.1.2. Específicos	20
1.2 Justificativas	20
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2.1 Medicalização	22
2.2 A necessária perspectiva cultural	23
2.3 O conhecimento comum	25
2.4 Percepções sobre a doença e o uso de medicamentos	27
2.5 Fatores que podem influenciar a prescrição médica	28
2.6 Ensaio clínico X estudos de utilização de medicamentos na pediatria	29
2.7 O modelo biomédico da febre e seu tratamento	30
2.8 Controvérsias sobre o tratamento da febre	33

2.9 A predominância do modelo biomédico	36
2.10 Intervenções educacionais	37
METODOLOGIA	38
3.1 Desenho do estudo	38
3.2 Área do estudo	39
3.3 Descrição e seleção da amostra	40
3.4 Tamanho da amostra	41
3.5 Recrutamento, seleção e treinamento dos entrevistadores	43
3.6 Coleta de dados	45
3.7 Implementação do estudo	50
3.8 Processamento e análise dos dados	52
3.9 Forma de apresentação	53
3.10 Questões éticas	53
3.11 Cronograma global	54
RESULTADOS	55
DISCUSSÃO	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	129
ABSTRACT	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

Este estudo investiga alguns aspectos relativos às atitudes e conhecimentos das mães e pediatras de Fortaleza em relação ao modelo biomédico da febre e suas formas de tratar em crianças menores de seis anos de idade. Trata-se de uma investigação que procura descrever como a febre é vista por ambos os atores sociais envolvidos, ou seja, mães e pediatras, partindo das formas de tratar até a percepção de febre, bem como a utilização de medicamentos, ressaltando-se os aspectos sociais e culturais envolvidos em tal fenômeno. Sendo, portanto, um estudo de Farmacoepidemiologia ou Epidemiologia dos Medicamentos.

Em primeiro lugar, é importante destacar a inserção desse estudo na área de Farmacoepidemiologia. Quanto à construção do objeto, esta originou-se de indagações sobre o uso desnecessário e indiscriminado de antitérmicos em crianças, onde não se sabia exatamente o significado quantitativo e qualitativo de tal questionamento. Questões ligadas às percepções das mães e pediatras constituíam, portanto, ponto de interesse.

Convém ressaltar que a revisão bibliográfica apontou uma escassez de trabalhos referentes à percepção do modelo biomédico da febre bem como a percepção do uso de antitérmicos por mães e pediatras.

Conforme já referido, a área de Farmacoepidemiologia foi eleita para a realização do estudo, devido permitir contrastar questões objetivas e subjetivas pertinentes ao objeto do estudo. Vale lembrar, que esta disciplina, encontra-se dentro do âmbito conjunto da Farmacologia Clínica e da Epidemiologia.

De acordo com Tognoni e Laporte (1993), a epidemiologia dos medicamentos compreende o estudo do uso e dos efeitos dos agentes terapêuticos e seus determinantes na população. Pode-se, portanto, entender a Farmacoepidemiologia

como composta por duas vertentes complementares que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações.

São elas:

1. Farmacovigilância, contempla *“a identificação e a avaliação dos efeitos do uso agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos”* (TOGNONI, LAPORTE, 1993).

2. Estudos de utilização de medicamentos são definidos como aqueles voltados à: *“comercialização, distribuição, prescrição e uso dos medicamentos na sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes”* (TOGNONI, LAPORTE, 1993).

No entanto, sabe-se que a utilização de medicamentos não se baseia apenas nos conhecimentos médicos sobre a doença ou nas características “intrínsecas” dos fármacos. Existem outros fatores que interferem no seu uso tais como fatores culturais, psicológicos, sociais e econômicos relacionados ao médico e/ou ao paciente (AVORN et al., 1982 *apud* BRICKS, 1995).

Deve-se destacar que o uso de medicamentos difere significativamente de país para país. Isto pode ser explicado parcialmente pelos diferentes níveis de morbidade. Outros fatores que estão envolvidos nessa divergência são as inúmeras decisões feitas individualmente com relação a quem pode dar o medicamento ou quando tomar (LUNDE, BAKSAAS, 1989 *apud* PEPE, 1994).

Os primeiros estudos de utilização dos medicamentos foram basicamente quantitativos, voltados para os custos dos medicamentos e limitados a alguns países, pioneiros na avaliação dos medicamentos, como os países nórdicos, a Checoslováquia e a Irlanda do Norte. Enquanto os estudos analíticos e mais qualitativos foram introduzidos posteriormente. Foi também posteriormente que outros países passaram a desenvolvê-los até se tornaram uma importante ferramenta para a melhoria do uso dos medicamentos e, conseqüentemente, da atenção prestada ao paciente (PEPE, 1994).

Quanto ao número de medicamentos comercializados no Brasil ultrapassa em muito o que seria o suficiente para responder às necessidades. Neste sentido, a existência de uma grande variedade de medicamentos, no mercado, não se traduz em reais benefícios para a população, particularmente a população infantil.

O perfil de consumo de medicamentos, em nosso país no ano de 1990 avaliado por classes terapêuticas, teve os medicamentos com ação no *sistema nervoso central* (20,8%) em primeiro lugar, seguidos dos *antiinfeciosos* (14,0%) e dos fármacos de ação no trato *gastrintestinal* (13,7%) (GEREZ, 1993). Sendo que, este consumo não reflete o perfil de mortalidade brasileiro onde as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de óbito.

Outra questão relevante é a facilidade de acesso aos medicamentos antitérmicos em nosso país (venda sem receita médica e distribuição gratuita pela rede pública de saúde) o que propicia a automedicação, inclusive o tratamento das crianças pelas mães.

Por outro lado, o fato de ter acesso aos medicamentos não significa, necessariamente, que o resultado de seu uso seja satisfatório. Outros fatores que se conjugam para favorecer a utilização inadequada de medicamentos é uma oferta de baixa qualidade, a indução do consumo pela propaganda, a falta de controle da distribuição pelos órgãos governamentais e a prescrição inadequada (TRAKAS, SANZ, 1992).

Quanto à prescrição médica inadequada, vale ressaltar que há uma precária difusão de informações científicas seguras para os profissionais de saúde e consumidores, bem como dificuldades em termos de recursos humanos, financeiros e técnicos, que acabam, além de outros fatores, por afetar também a prescrição (TRAKAS, SANZ, 1992).

Em relação ao uso de antitérmicos, alguns estudos realizados no Brasil têm evidenciado um elevado consumo de analgésicos - antitérmicos pela população, particularmente do sexo feminino, principalmente por automedicação (COELHO et

al., 1993; ARRAIS et al., 1997), tendo como campeões de venda o ácido acetilsalicílico e o metamizol sódico (dipirona).

Para avaliar o complexo problema de como uma sociedade vê e trata uma enfermidade é necessário descrever alguns aspectos sociais e culturais do processo saúde-enfermidade. No caso da febre é preciso investigar como a informação é gerada e transmitida pela comunidade à respeito da febre em crianças menores de seis anos de idade e as formas de tratá-la, tanto na visão das mães como na visão médica. Os resultados obtidos servirão de subsídio para o planejamento de uma intervenção educativa/informativa programada com a participação dos atores sociais envolvidos, quer dizer, mães e pediatras.

Nesse sentido, o modelo biomédico da febre será utilizado apenas como um recurso para tentar explicar as descrições dos pediatras sobre febre, seus perigos e formas de tratar. Convém lembrar que se trata de um modelo mecanicista do processo saúde-enfermidade, onde o homem é reduzido a um campo em sua dimensão biológica e as dimensões relacionais, afetivas, psíquicas, metafísicas não são valorizadas. Além disso, tal modelo tem uma visão fragmentada e distorcida do corpo biológico/corpo social, tornando-o impossível ou difícil de integrá-lo as partes e reconhecer o sinergismo, bem como compreendê-lo em sua totalidade.(BOSI, 1994).

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral:

- Contribuir para o conhecimento sobre como a febre em crianças pequenas é vista e tratada por mães e pediatras, tendo como perspectiva uma abordagem mais adequada (de menor risco) do problema.

1.1.2 Objetivos Específicos:

- Determinar a prevalência da indicação de antitérmicos em prescrições pediátricas de crianças com idade de 0 a 6 anos atendidas em serviços de saúde (privado e público);
- Analisar os conhecimentos e atitudes das mães em relação à febre, seus perigos e as formas de tratamento que as mesmas adotam;
- Analisar os conhecimentos e atitudes dos pediatras em relação à febre, seus perigos e as formas de tratamento que os mesmos adotam;
- Identificar os fatores que podem contribuir ou impedir atitudes e formas de tratamento racional da febre em crianças menores de seis anos de idade, incluindo o perfil sócio-cultural dos grupos individuais.

1.2 Justificativas:

Consideramos esse estudo relevante para a Saúde Pública, particularmente na área Pediátrica, visto que a febre é um sinal muito comum na primeira infância (McGOWAN et al., 1973; STERN, 1977; GROSSMAN, 1986), particularmente, entre crianças pobres que vivem em ambientes insalubres, o que propicia o uso freqüente de antitérmicos, contribuindo de tal forma para agravos cuja freqüência e dimensão não conhecemos bem.

De acordo com Buchanan (1987) anualmente, no mundo, grandes quantidades de antitérmicos são administrados a crianças, mas em muitos casos esse uso é desnecessário e até mesmo inadequado pois pode mascarar doenças mais sérias.

Na medida em que não existe um consenso quanto ao tratamento da febre em crianças, julgamos que tal situação merece ser avaliada à luz do conhecimento científico atual e das práticas de tratamento recomendadas internacionalmente.

Diante disso, é necessário conhecermos as percepções culturais e o itinerário terapêutico - *tratamento cultural da febre e o tratamento biomédico da febre* - que em conjunto traduzem a compreensão e a concepção das mães e pediatras sobre febre, e a interpretação correta desse fenômeno é fundamental para o desenvolvimento de um programa educativo/informativo apropriado para as mães relativo a febre e seu tratamento em crianças menores de seis anos de idade e para os profissionais de saúde.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Medicalização:

A medicalização é um processo em que as pessoas não podem enfrentar a doença sem uma medicina moderna causando à sua saúde desgaste maior e assim necessitando com mais freqüência dos serviços médicos. Por exemplo, na década de 60, quase todas as mulheres chilenas amamentavam seus bebês no primeiro ano de vida. Nos anos 70 houve uma queda drástica dessa prática no primeiro ano de vida das crianças e a duração da amamentação passou a ser no máximo 2 meses. Essa mudança nutricional ocorreu devido a uma intensa doutrina política para a “modernização do leite”. O uso de mamadeiras era um sinal de *status*. Isto resultou mais tarde num aumento da morbi-mortalidade de doenças infecciosas entre crianças que não se alimentavam no peito (ILLICH, 1975).

Boltanski (1984) destaca a relação entre a hierarquização social e a inovação tecnológica, com o fenômeno da medicalização. Por exemplo, muitas vezes o médico aconselha uma nova técnica de diagnóstico ou uma nova terapêutica para pessoas ricas, ou seja, só tem acesso as inovações tecnológicas pessoas privilegiadas socialmente. Desta forma, a sociedade moderna não está apenas estratificada, mas hierarquizada também.

Sendo a febre um dos sintomas mais comuns na primeira infância. Muitos pais ficam bastante ansiosos e aflitos quando seus filhos têm febre, favorecendo assim, uma procura maior pelos serviços de saúde, particularmente nas emergências pediátricas. Neste sentido, as diversas idas aos serviços de emergências geram uma relação de dependência com os pais e mães carentes de informações seguras

e completas sobre febre com os serviços de saúde e com o próprio médico, além dos recursos disponíveis, principalmente a utilização de antitérmicos.

2.2 A Necessária Perspectiva Cultural:

Um dos problemas resultante do distanciamento existente entre a comunidade e o médico é a diferença cultural, que cria um hiato entre as percepções do médico e do paciente comprometendo todo trabalho de cura e prevenção. Outro problema gerado por tal distanciamento é a dificuldade de comunicação, devido à existência de linguagens codificadas culturalmente. Isto dificulta e até mesmo impossibilita uma comunicação capaz de apreender “as mensagens” emitidas por ambas as partes. Para que o profissional de saúde tenha uma ação mais eficiente, precisa romper com este hiato. E esta ruptura só pode ocorrer, quando se tem acesso ao universo cultural do outro, para poder viabilizar uma prática mais participativa, integrada e receptora dos valores do outro.

Um estudo realizado em Fortaleza, por exemplo, demonstrou a importância do conhecimento pelos profissionais de saúde sobre o conceito, crenças e práticas das mães para se obter práticas mais favoráveis para o cuidado da criança. Um diálogo entre profissionais de saúde, mães e pessoas que cuidam das crianças, bem como o envolvimento direto das mães na deformação das mensagens educativas é uma metodologia que se mostrou eficiente para se obter uma melhoria das práticas de higiene, preparo e administração de alimentos de desmame (MONTE et al., 1997).

A relevância da perspectiva cultural é bastante ressaltada nos estudos antropológicos. Tais estudos, no entanto, são pouco desenvolvidos na área da saúde.

É o estudo da cultura de um grupo social, que elucida as atividades e condutas de seus indivíduos. Portanto para compreender a cultura é necessário ter acesso à matriz geradora de comportamentos.

A cultura é um complexo produto de uma sociedade ou de um grupo social que vai da aquisição de bens materiais, emocionais, experiências, modo de viver, crenças e tradições (LAPLANTINE, 1974; BARRETO, 1997).

Nos estudos antropológicos e sociológicos é justificado fazer a distinção conceitual entre *disease* e *illness*. De tal modo a distinção de *disease* (significa doença) no paradigma da medicina ocidental é o mau funcionamento ou má adaptação dos processos biológico e fisiológico no indivíduo. *Illness* (significa a enfermidade como ela é percebida pela pessoa) representa as reações pessoais, interpessoais e culturais da doença ou desconforto. *Illness* é formado pelos fatores culturais, regidos pela percepção, explicação e avaliação de experiências desconfortáveis embutidos nos complexos processos familiar, social e nexos culturais (KLEINMAN, 1978).

Existem situações onde a construção e o ordenamento do significado cultural pode ser o único componente para elaborar uma terapia. Com essa visão, a antropologia muitas vezes rejeita o modelo Cartesiano e o modelo Biomédico das doenças. Já o modelo analítico pode ser usado para explicar alguns termos empregados na terapêutica denominado modelo explicativo da doença. Esse modelo está composto por um conjunto de crenças, que apresenta uma certa familiarização com a clínica e segue uma seqüência lógica que aborda aspectos como: etiologia, surgimento dos sinais e sintomas, fisiopatologia, desenvolvimento da doença e tratamento (KLEINMAN 1980; LEAVELL, CLARK 1979). No entanto, esse modelo só é atribuído ao indivíduo. Portanto, não contempla as culturas envolvidas, sendo improvável ocorrer uma homogeneidade equilibrada a todos os indivíduos de uma mesma comunidade ou mesma cultura.

Os fatores culturais têm grande importância na terapêutica, visto que as crenças e os conceitos sobre benefício, segurança e custos dos tratamentos variam com o meio e podem interferir na utilização dos medicamentos. Em alguns locais, os medicamentos comprados em farmácias são considerados melhores do que os obtidos gratuitamente; muitas vezes, os medicamentos por via injetável são considerados mais "poderosos" do que os fármacos prescritos para uso oral e até a

cor dos medicamentos pode ser associada à sua maior ou menor eficácia (MAZZULLO, 1972).

2.3 O Conhecimento Comum:

As atitudes das mães sobre as doenças de suas crianças pequenas independe da classe social à qual pertençam e apresentam praticamente o mesmo comportamento, ou seja, todas as mães procuram imediatamente um serviço de saúde quando seus filhos adoecem. Boltanski (1984) afirma que " os comportamentos das mães pertencentes às classes populares ou à faixa inferior das classes médias, frente às doenças que atingem seus filhos e a atenção dirigida à saúde das crianças é sempre maior do que a concedida à saúde dos adultos, e o recurso médico, é mais freqüente. O resultado disso é que as normas que regem as práticas médicas familiares são, nesse caso, ao mesmo tempo mais numerosas e estritas".

As mães, atentas à saúde dos filhos, sabem reconhecer por certos sintomas se a criança está em boa saúde ou doente, e se, nessa última eventualidade, elas próprias podem tratá-la ou devem chamar um médico. Esses sintomas são bastante estereotipados. As mães guiam-se pelo comportamento da criança "manhosa", "calma demais", "cansada", "falta de apetite", ou em função das dores de que ela se queixa. Sendo esses sinais apenas secundários, enquanto que a febre constitui para as mães o sintoma mais claro da doença (BOLTANSKI, 1984).

Portanto, as mães em geral possuem uma espécie de repertório próprio das doenças que podem atingir as crianças, sendo que cada doença é reconhecida por um sinal particular que permite distingui-la entre todas as outras. Por exemplo, as doenças rinofaringíticas, distinguem-se: ao resfriado, quando a criança "fica com o nariz escorrendo" sem ter febre; a gripe, caracterizada pela febre; a bronquite pela tosse. Como se vê, existe uma espécie de nosografia popular que define as doenças infantis que a mãe tem o direito, principalmente quando a febre é baixa, de tratar, total ou parcialmente, que é totalmente ignorada pelo modelo biomédico.

É estabelecido pelas mães uma relação particularizada entre o estado de saúde do seu filho e uma doença que tem conhecimento, tendo como base, mesmo que restrito, o seu "repertório de doenças".

Neste sentido, as mães utilizam o seu próprio conhecimento para aplicar um tratamento quando suas crianças estão doentes, ou seja, é simplesmente administrar à criança um medicamento tido como "específico" para aquela doença. Como as mães conhecem um número limitado de doenças, elas também conhecem um número limitado de medicamentos. Assim sendo, da mesma forma como as doenças, que são classificadas numa ordem de gravidade crescente, os remédios também são. Numa ordem de eficácia ou de "força" crescentes, os medicamentos mais "fortes", que são essencialmente os antibióticos, são também difíceis de serem manipulados e sua utilização é mais nociva, ficando reservado em muitas situações, ao tratamento das doenças mais perigosas e que só o médico está habilitado a tratar.

Em algumas circunstâncias, a mãe desenvolve um procedimento próprio para tratar alguns sintomas ou doenças "não perigosas", como a febre ou resfriados comuns. BOLTANSKI (1984) considera que

"... a mãe, quando empreende o tratamento do filho doente, faz portanto duas operações mentais: põe em relação, termo a termo, primeiramente um sinal escolhido dentro de um repertório de todos os sinais conhecidos, com uma doença escolhida dentro de um repertório de todas as doenças conhecidas, e em segundo lugar, a doença assim identificada com um remédio escolhido dentro de um repertório de todos os remédios conhecidos. A doença, assim definida, está então inteiramente qualificada pela sua relação, em primeiro lugar com um sinal e, em segundo, com um remédio: a gripe é a que se manifesta através da febre e se cura com a aspirina".

2.4 Percepções sobre a Doença e o Uso de Medicamentos:

Para se falar das variadas definições e percepções das doenças é, necessário primeiramente lembrar que as concepções de saúde / doença possuem características próprias, de acordo com o contexto cultural dos diferentes grupos que compõem a sociedade.

Conforme Laplantine (1986), a interpretação da doença é um processo que pode ser regido por dois modelos de representações a respeito da saúde / doença, sendo um o modelo aditivo e o outro modelo subtrativo. O primeiro é representado pela noção de que a doença é notada como algo externo ao corpo. Sendo o segundo, ao contrário, a doença é vista como algo ausente ao organismo.

Sob o ponto de vista da percepção da doença, alguns autores afirmam que tal percepção é um dos maiores determinantes da utilização de medicamentos. Quando aumenta a percepção de morbidade, a utilização de medicamentos, tanto prescritos, como não prescritos, aumentam proporcionalmente (JACKSON et al., 1982).

A expectativa da família sobre o medicamento está diretamente relacionada à percepção da doença e isso pode influir na decisão médica sobre a escolha do tratamento. Tornando a qualidade da relação médico-paciente dependente desses fatores (CASEY et al., 1984).

Para Lefèvre (1993) que analisa a função simbólica dos medicamentos, muitas vezes tais medicamentos são considerados como a *"...solução mágica para a resolução de todos os tipos de problemas e como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado - a saúde"*. Dentro desse contexto, torna-se fundamental melhorar a qualidade da relação médico-paciente, para que se possa esclarecer aos familiares sobre o discurso desse tipo de conceito e orientá-los na adoção de medidas mais eficazes na solução dos problemas de saúde.

2.5 Fatores que Podem Influenciar a Prescrição Médica:

Muitas pesquisas que abordam os aspectos sociais do uso de medicamentos prescritos interessam-se pelos fatores que influenciam o comportamento dos médicos relativo às prescrições.

Alguns modelos explicativos dos fatores que influenciam a prescrição têm sido desenvolvidos para promover uma maior sistematização conceitual. Hemminki (1988) citado por Trakas e Sanz (1992) propõe um modelo explicativo que faz a distinção entre os fatores que afetam a prescrição à nível de sociedade (microcontexto) e os que afetam no nível macrocontexto, que influenciam os médicos individualmente.

O primeiro nível identifica:

1. As demandas e expectativas da sociedade;
2. A influência da indústria farmacêutica e os resultados de pesquisas na área;
3. As medidas regulamentadoras e de controle imposta pelas autoridades de saúde.

O segundo nível macrocontexto identifica:

1. As tradições e educação da população que molda as expectativas dos pacientes e a visão do médico;
2. O ensino médico e o pensamento profissional, que determina o uso dos serviços médicos e que define o conceito de saúde/doença;
3. A ideologia, o poder estatal e a distribuição da renda em cada país uma vez que afetam a disponibilidade de profissionais e o acesso aos medicamentos;
4. O poder de viabilidade da indústria farmacêutica.

A influência das forças desses fatores dependerá da formação do médico, com pós-graduação ou não, bem como a informação comercial e profissional que é dada aos médicos.

A indústria farmacêutica é quem investiga, desenvolve, produz e comercializa os medicamentos e sendo um dos principais atores. A decisão médica sobre qual medicamento prescrever tem como um de seus suportes as opções de medicamentos existentes no mercado.

O sistema de saúde influencia na acessibilidade não somente na assistência médica mas também à assistência farmacêutica. Ele pode afetar, tanto a prescrição, como também a baixa qualidade do consumo de medicamentos (LAPORTE et al., 1993).

Hemminki (1988) *apud* Trakas e Sanz (1992) aponta algumas demandas da sociedade e do paciente como passíveis de influenciar a prescrição médica. Nesse sentido, uma série de expectativa e demanda do paciente e sua família seria imposta ao médico.

Diante disso, é necessário realizar estudos mais aprofundados à respeito de cada um desses fatores que influenciam a prescrição médica. Sabe-se de uma proposta que demonstra uma certa reciprocidade dos fatores envolvidos: tanto as expectativas dos pacientes podem influenciar os médicos como os hábitos prescritivos dos médicos são capazes de influenciar as expectativas dos pacientes (HEMMINKI, 1988 *apud* TRAKAS E SANZ, 1992).

2.6 Ensaios Clínicos X Estudos Utilização de Medicamentos na Pediatria:

Os estudos de eficácia e segurança de um determinado medicamento só é possível de ser estabelecida após a realização de ensaios clínicos. Esses estudos geralmente são realizados em adultos jovens. Portanto são excluídas crianças,

mulheres grávidas e idosos e indivíduos com patologias associadas. Todos estes grupos podem vir a utilizar o medicamento testado após a sua comercialização.

Em Pediatria, as questões relacionadas à seleção de medicamentos, dosagens, monitorização, terapêutica, e cuidados contam mais com a experiência profissional do que com dados consistentes para sua resolução.

No cenário mundial vários pesquisadores têm se dedicado a elucidar o quê, quanto e como é usado pela população infantil, incluindo tendências de uso em gêneros e faixas etárias. Muitos dos relatos focalizam situações de utilização de medicamentos na comunidade, em ambulatórios. Outros em hospitais se dedicam a investigar temas, como eficácia e segurança de fármacos, regimes terapêuticos, assistência farmacêutica e padrões de uso, objetivando a qualidade aliada à contenção de custos (CASTRO, 1996).

2.7 O Modelo Biomédico da Febre e seu Tratamento:

A febre é um dos sintomas mais comuns nas emergências pediátricas. Inicialmente, ocorre durante um processo infeccioso agudo, condição de síndrome virais é auto-limitada e rotineiramente pode ser utilizada como um indicador para monitorar o curso de algumas doenças.

O modelo biomédico da febre tem sido explicado como sendo um dos componentes da resposta de fase aguda (RFA), que é uma série de alterações que o hospedeiro lança mão como resposta às infecções, traumas, processos inflamatórios e até alguns tumores. A elevação da temperatura de 38 para 39°C tem efeito direto sobre a imunidade, aumentando a atividade de células B e a síntese de imunoglobulinas. Além disso, a temperatura em níveis febris diminuiria a replicação de certos vírus, bactérias e tumores. Foi demonstrado que a necessidade de ferro, como fator de crescimento para alguns microorganismos, aumenta em temperaturas elevadas (DUFF, DURUM, 1982).

Apesar de hoje com todo o conhecimento disponível sobre a febre, é comum médicos tratarem a febre para aliviar a ansiedade dos familiares, e/ou a sua própria ansiedade. Um **tratamento racional de febre** requer uma compreensão dos mecanismos de regulação da temperatura corporal, de como se processa a produção, conservação e perda de calor no organismo, de uma apreciação da fisiopatologia do estado febril, bem como do conhecimento sobre os mecanismos pelos quais os diferentes métodos terapêuticos reduzem a temperatura corporal (STERN, 1977).

Determinar a origem da febre é fundamental, já que é preferível tratar a causa e não o sinal. As causas mais comuns da febre em crianças são as infecções virais agudas, principalmente das vias respiratórias superiores; sendo menos comuns outras causas tais como infecções bacterianas, desidratação, enfermidades malignas, lesões do sistema nervoso central, imunizações, radiações e medicamentos. Nas crianças menores de três meses a febre pode ter causas mais graves devido a imaturidade do seu sistema imunológico (BOLETIM TERAPÉUTICO ANDALUZ, 1995).

Quanto à tratar a febre para proporcionar o conforto ao paciente, deve-se ter em mente que a maioria das febres são bem toleradas. Há situações em que a antipirese proporciona mais desconforto que a febre. Na fase da febre em que o organismo do paciente busca se aquecer, estão contra-indicadas as medidas físicas que visam baixar a temperatura devido ser anti-fisiológico. Além disso os efeitos antipiréticos podem mascarar o quadro clínico de uma infecção bacteriana (CUTOLO et al., 1993).

Algumas diretrizes desenvolvidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), quanto a tratar a febre em crianças para algumas enfermidades tais como as infecções respiratória agudas (IRA) e as doenças diarréicas. Em 1994, a OMS através do Programa Nacional de Atualização Pediátrica elaborou algumas recomendações para o controle da febre nas IRAs para países em desenvolvimento, onde o uso de antilérmicos associado as medidas de suporte (hidratação, ventilação do ambiente). O paracetamol é a droga de escolha recomendada para criança; o

ácido acetilsalicílico é a droga de segunda escolha; quando não houver o paracetamol, o anti-inflamatório não hormonal ibuprofeno é também recomendado como antitérmico, ressaltando as contra-indicações específicas.

Tais recomendações são adotadas no presente estudo como modelo para comparação dos resultados obtidos objetivando o **uso racional de antitérmicos**, o qual contempla a *segurança, eficácia e custo do medicamento bem como os fatores sociais e culturais dos sujeitos envolvidos*.

No Brasil como em vários outros países, por exemplo Inglaterra, Argentina e Espanha não há uma normatização para o tratamento da febre em crianças, mas os medicamentos antitérmicos comumente utilizados são ácido acetilsalicílico, metamizol sódico (dipirona) e paracetamol.

De acordo com a nova Relação de Medicamentos Essenciais do Brasil (RENAME), vigente desde início do mês de maio do ano corrente. O paracetamol passa a constar da lista de medicamentos do serviço público e restringiu o uso do metamizol para forma injetável, somente à nível hospitalar e em casos de hipertermias graves, permanecendo o ácido acetilsalicílico. Todos são distribuídos gratuitamente e sem nenhum controle quanto ao uso no serviço público.

Há que se considerar que os medicamentos antitérmicos existentes são potencialmente nocivos à saúde: O metamizol produz reações alérgicas (asma e edema angioneurótico) e manifestações raras de discrasias sangüíneas (anemia aplásica, púrpura trombocitopênica) e agranulocitose. Tal medicamento foi retirado do mercado em vários países pelo risco de provocar discrasias sangüíneas (ARELLANO, SACRISTAN, 1990). Em diversos países europeus, Estados Unidos, Canadá, França e Alemanha e não faz parte da lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial de Saúde (1995).

Recentemente, foi publicado um estudo multicêntrico realizado em vários países da Europa. Nesse estudo os autores chegaram à conclusão de que em geral, o excesso de risco de agranulocitose e anemia aplásica atribuível ao uso de analgésicos não narcóticos, incluindo o metamizol, é muito baixo. A maior estimativa

de risco para agranulocitose por metamizol foi 0,6 casos por milhão, durante uma semana de exposição (KAUFFMAN, NELSON, 1991).

Enquanto o ácido acetilsalicílico além das reações de hipersensibilidade (INSEL, 1996), pode levar ao desenvolvimento da síndrome de Reye em crianças menores de 12 anos (PORTER, 1990), esta síndrome rara mas freqüentemente fatal tem sido associado à utilização do ácido acetilsalicílico em crianças com infecção por varicela e diversos outros vírus, em especial o vírus da influenza. Por este motivo o seu emprego em crianças ou adolescentes com catapora ou influenza é contra-indicado (INSEL, 1996).

O paracetamol é um fármaco de baixa toxicidade para a mucosa gástrica, medula, plaquetas e rins. Raramente pode causar hepatotoxicidade e envenenamento fatal. Apesar dessas considerações, foi realizado um estudo por Kincard-Smith e Becker (1978) que sugerem o envenenamento crônico como sendo muito mais perigoso do que a toxicidade aguda. Por ser considerado um medicamento seguro, muitas vezes pais ansiosos utilizam o paracetamol de 6 a 8 vezes por dia, ignorando a recomendação de que deve ser utilizado até, no máximo, 4 vezes/dia.

Por outro lado, o ibuprofeno parece ser uma razoável alternativa ao paracetamol, é considerado mais seguro e apresenta um tempo maior de ação, mas a desvantagem é o alto custo e seria necessária alterações da legislação em muitos países onde o uso pediátrico não é aprovado (LESKO, MITCHEL, 1995). Por exemplo, Food and Drug Administration (FDA), órgão que fornece o registro de medicamentos nos Estados Unidos, recentemente aprovou a utilização do ibuprofeno em crianças.

2.8 Controvérsias sobre o Tratamento da Febre:

O tratamento da febre é um assunto bastante polêmico. Alguns autores consideram que a febre auxilia no combate às infecções e de modo geral não deve

ser tratada. Existem trabalhos realizados em animais de laboratório e em humanos, em que a febre se comporta como uma resposta ajustada do hospedeiro, funcionando como um mecanismo de defesa às infecções (KLUGER, 1992; SCHMITT, 1984; DONE, 1983). Outros autores consideram que a febre deve ser controlada pois representa um risco potencial, com repercussões sobre o bem estar do paciente. Dentro desta perspectiva, Styrt e Sugarman (1990) afirmam que não existem dados suficientes para afirmar que o mecanismo de defesa contra as infecções no homem esteja bem claro.

Em se tratando de crianças pequenas, existe, por parte de mães e pediatras a chamada "*fobia da febre*". Tal fobia fundamenta-se principalmente no suposto risco de convulsões febris. Schmitt (1980), o primeiro a empregar a denominação "*fobia da febre*", realizou um estudo descritivo, em 1980, sobre a compreensão que os pais tinham da febre num hospital pediátrico de referência em Nova York - Estados Unidos, em uma amostra de 100 pais que aguardavam o atendimento de suas crianças. Neste estudo verificou-se que os pais americanos apresentam uma preocupação "agressiva" a respeito da febre. Cerca de 58% dos pais consideram febre de 38,9°C ou até mesmo abaixo desse valor como sendo "febre alta" e 94% deles acreditam que a febre pode causar "efeito colateral", do tipo neurológico(convulsão), coma e/ou morte.

Num outro estudo descritivo realizado entre 1989 e 1990, também nos Estados Unidos, avaliando 172 pediatras, observou-se que estes podem contribuir para a fobia da febre, através da transmissão de mensagens incompletas e confusas aos pais. Neste estudo, os pediatras concordam em não despertar a criança febril durante o sono para fazer uso de uma terapia antipirética, no entanto, afirmam que a febre pode ser perigosa para a criança, podendo levar a complicações mais sérias, como a convulsão e/ou morte. O mesmo estudo verificou que a maioria dos pediatras (72%) tratam da febre com antitérmicos quando a temperatura está entre 38,6 e 39°C, para o conforto da criança. Não ficou claro, no entanto, se os pediatras explicam totalmente aos pais suas razões para recomendar uma terapia antipirética. Assim sendo, tais atitudes dos pediatras aliada à ansiedade dos pais podem

2.9 A Predominância do Modelo Biomédico:

Por ser a febre um sintoma comum em patologias, muitas vezes utiliza-se de medicamentos sintomáticos para tratá-la, não buscando o sistema de saúde. Parece que tal observação não diverge muito do cenário mundial, reforçando assim a prática da automedicação. A decisão de buscar a assistência médica está ligada à gravidade que o paciente percebe em seus sintomas, nesse caso, a febre é destacada como um problema sério (HULKA, WHEAT, 1985). Entretanto, alguns indivíduos, apesar de quererem buscá-la não o conseguem por deficiência inerentes ao próprio sistema de saúde.

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, 1980, foram entrevistados 100 pais que aguardavam atendimento de emergência, evidenciou que 56% dos pais automedicam seus filhos com antitérmicos, principalmente com o paracetamol, quando a febre está entre 37,0 e 37,8°C e 85% dos pais usam antitérmicos antes que a temperatura ultrapasse os 38,9° C, somente após tais atitudes é que os pais procuram o serviço de saúde (SCHMITT, 1980).

Como foi evidenciado em vários estudos (SINGHI, SINGHI, 1990; ANDERSEN, 1988) a maioria dos pais trata a febre de seus filhos em casa, apesar disso eles não deixam de levá-los a um serviço de saúde. Isso pode significar que eles compreendem a febre como um dos sintomas de doença e portanto o seu controle não dispensa a ida ao médico. Por outro lado, é possível que, como afirma Capra (1986) *"mesmo existindo um descontentamento generalizado em relação à medicina e aos médicos, a maioria das pessoas não se percebe de que uma das principais razões do atual estado de coisas é a exígua base conceitual da medicina. Pelo contrário, o modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão enraizados em nossa cultura que se tornou até o modelo popular dominante da doença. A maioria dos pacientes não entende muito bem a complexidade de seu organismo, foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que os deixará bons de novo. Por outro lado, muitos médicos mais progressistas fazem grandes esforços*

para mudar a atitude das pessoas a respeito da saúde, para que elas não insistam em que lhes seja receitado um antibiótico quando estão com um resfriado, mas o poder do sistema de crenças dos pacientes faz com que esses esforços sejam freqüentemente baldados”.

2.10 Intervenções Educacionais:

As estratégias utilizadas na educação e reciclagem de profissionais da área da saúde, bem como a divulgação de informações e os esclarecimentos sobre a saúde para a população também interferem na utilização de medicamentos. A falta de reciclagem em conhecimentos já adquiridos e a necessidade de uma constante atualização dos profissionais que atuam na área da saúde têm grande influência no comportamento de prescrição de medicamentos (OMS, 1995).

As intervenções educacionais voltadas para uma abordagem mais adequada ao problema da febre são escassas na literatura seja focalizada em pediatras ou em mães. Como é sugerido por Casey (1984) e Robinson (1989) a intervenção educacional sobre a febre pode modificar a atitude dos pais e diminuir o excessivo uso dos serviços de saúde.

METODOLOGIA

3.1 Desenho do Estudo:

O presente estudo está inserido no campo da Farmacoepidemiologia, caracterizando-se como um Estudo de Utilização de Medicamentos, com enfoque específico no tratamento da febre em crianças com idade abaixo de seis anos.

Trata-se de um estudo transversal, prospectivo e está dividido em três fases:

Fase 1 - *Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica*, que compreende um estudo de utilização de antitérmicos de crianças menores de seis anos com episódios de febre, levadas por suas mães a duas emergências pediátricas de referência em Fortaleza, sendo uma do serviço público e outra do serviço privado;

Fase 2 - *Inquérito Domiciliar com Mães* no município de Fortaleza, que tem como objetivo investigar as atitudes e conhecimentos das mães em relação à febre, seus perigos e as formas de tratar que as mesmas adotam;

Fase 3 - *Inquérito com Pediatras* no município de Fortaleza, que tem como objetivo investigar as atitudes e conhecimentos dos pediatras em relação à febre, seus perigos e as formas de tratar que os mesmos adotam.

3.2 Área do Estudo:

O trabalho foi realizado no município de Fortaleza, capital do Ceará, que compreende uma população total de 1.768.637 habitantes, distribuídos em 114 bairros e dividida por nove (09) regiões administrativas, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e Censo Demográfico e Agropecuário de 1991. A escolha desse município foi devido o mesmo oferecer os mais diversos serviços de saúde para a população em geral, particularmente para a população infantil, mas a disponibilidade e a facilidade de acesso para a realização de todas as fases do estudo é que foram determinantes para tal escolha. Além disso, Fortaleza concentra mais de 80% pediatras do Ceará. Grande parte da população de Fortaleza tem origem no interior do estado, 23,6% dos chefes do domicílio tem renda inferior a um salário mínimo e 17,8% da população sem escolaridade.

3.2.1 Características dos Hospitais:

I. Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) - Hospital público de nível terciário com 240 leitos e de referência em Fortaleza, localizado à rua Tertuliano Sales, 544 - Vila União. Caracterizado por apresentar um serviço de pronto atendimento (emergência e urgência), ambulatórios com as diversas especialidades, desde pediatria geral até serviços de quimioterapia e hematologia infantil, blocos cirúrgicos e unidades de terapia intensiva (UTI). Sua clientela é, exclusivamente, oriunda do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, são na maioria crianças carentes e de baixa renda. O atendimento médio é de 1.000 crianças/dia que apresentam os mais diversos problemas de saúde.

II. Hospital Infantil Prontidão (PRONTIDÃO) - Hospital privado de nível terciário com 9 apartamentos e 10 enfermarias e de referência de Fortaleza, localizado à avenida 13 de Maio, 1400, bairro de Fátima. Caracterizado por

apresentar um serviço de pronto atendimento (emergência e urgência), além de consultórios particulares (ambulatórios), blocos cirúrgicos e unidades de terapia intensiva (UTI). Atende clientes particulares ou usuários de convênios privados, portanto, uma clientela oriunda da classe média. O atendimento médio é de 300 a 500 crianças/dia.

3.3 Descrição e Seleção da Amostra:

Fase 1 - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica:

O procedimento para seleção aleatória das crianças menores de seis anos que chegavam as emergências para serem atendidas, que estivessem com febre igual ou acima de 38⁰C ou com história de febre nas últimas 24 horas e apresentassem ou não prescrição pediátrica. Esse procedimento foi aplicado igualmente nas duas emergências pediátricas, HIAS e PRONTIDÃO. As mães que concordaram em participar da pesquisa foram entrevistadas antes e depois da consulta médica e as informações contidas nas prescrições pediátricas foram registradas em formulários para análise. A inclusão das crianças que tinham história de febre nas últimas 24 horas foi um dado observado no pré-teste. Foram excluídas as crianças não acompanhadas pela mãe e crianças que tiveram febre mais de 24 horas atrás.

Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães: Foram selecionadas aleatoriamente para essa fase mães biológicas ou adotivas e em caso de responsabilidade as mães sociais que fossem responsáveis pela criança, residentes no município de Fortaleza, que tinham filhos menores de seis anos de idade e estavam presentes em seus domicílios no momento da visita das entrevistadoras. Foram excluídas mães de crianças com doenças (asma, problemas reumáticos), problemas neurológicos e internações frequentes.

Fase 3 - Inquérito com Pediatras: Para essa fase foram selecionados aleatoriamente os pediatras residentes no município de Fortaleza, que fizessem parte da lista dos associados da Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP) e que estavam exercendo suas atividades profissionais em seus respectivos locais de trabalho, oriundo tanto do serviço público como do serviço privado. Foram excluídos os pediatras que residiam em Fortaleza, mas não trabalhavam em Fortaleza e vice-versa.

3.4 Tamanho da Amostra:

Na definição do tamanho da amostra para cada fase do estudo, foram levados em consideração os seguintes fatores:

- 1) A amostra utilizada em cada fase do estudo devia estar em consonância com a dotação orçamentaria do projeto;
- 2) A existência de um limite restrito de tempo para a realização do estudo;
- 3) Uma logística possível para execução do trabalho de campo. O número de entrevistadores, por exemplo, não podia ser grande.

A definição do tamanho da amostra e a sistematização do método de amostragem empregado no estudo, foi realizada com a assessoria de um pesquisador e estatístico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O cálculo amostral para todas as fases do estudo teve por base a seguinte fórmula geral:

$$n = \frac{N_h \cdot p \cdot q}{N_h \cdot (d / Z)^2} = 317 \text{ mães em domicílios}$$

n → amostra

N_h → número de domicílios de Fortaleza (386.789 domicílios)

p → probabilidade das crianças nos domicílios

q → probabilidade complementar

d → desvio da amostra $1 - \alpha = 95\%$ (margem de segurança)

Z → $Z=1,96$ (valor da normal padrão correspondente ao nível de significância de 10%)

Fase 1 - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica:

A amostra estratificada calculada foi de 212 crianças levadas às emergências pediátricas por suas respectivas mães (106 crianças para cada emergência). Serviu de base para o cálculo dessa amostra uma estimativa de erro padrão amostral de 6,73%, um nível de segurança de 95% e estimar o tamanho de dois desvios padrão amostral de 1,96% para cada hospital.

Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães: A amostra foi dimensionada adotando-se um modelo de amostragem estratificada proporcional com erro padrão amostral de 5,5%, considerando uma prevalência para febre em crianças de 20% (GROSSMAN, 1986) e nível de segurança de 95%, perfazendo 317 mães que residem no município de Fortaleza das nove (09) Regiões Administrativas (anexo 1), com seleção aleatória dos bairros pertencentes a cada região. Um total de 20 bairros foram selecionados; cada bairro foi estratificado em dois setores censitários. Totalizando quarenta (40) setores censitários (anexo 2). Para chegar a esse valor que foi realizado um processo de amostragem utilizando os seguintes processos técnicos de amostragem: probabilística estratificada, probabilística aleatória e probabilística sistemática. Tais técnicas foram realizadas em múltiplas etapas. a fim

de que a amostra fosse representativa do universo das mães do município de Fortaleza. O processo teve como base a malha censitária do IBGE, divisão da Região Administrativa, de bairros e setores censitários do município de Fortaleza, segundo dados do IBGE.

O setor censitário é uma unidade territorial de coleta dos Censo Demográfico e Agropecuário de 1991, que originariamente são áreas menores e subdividem os bairros e regiões administrativas.

Fase 3 - Inquérito com Pediatras: Para o dimensionamento da amostra para essa fase foi adotado um modelo de amostragem estratificada e sistemática com um erro padrão amostral de 10% e nível de significância de 95%, cujo valor foi estimado à partir de listagem datada do ano 1997 fornecida pela SOCEP, que contém um cadastro de 718 pediatras para todo o estado do Ceará, portanto, perfazendo um total de 96 pediatras residentes em Fortaleza.

3.5 Recrutamento, Seleção e Treinamento dos Entrevistadores:

Fase 1 - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica: Idealmente, os entrevistadores deveriam ter experiência em pesquisa epidemiológica e tempo integral para a realização da coleta de dados. No entanto, devido à insuficiência de recursos financeiros, essa proposta foi descartada e a alternativa encontrada foi recrutar estudantes de farmácia, interessados neste tipo de pesquisa.

Foram recrutados e selecionados cinco (05) estudantes de farmácia e bolsistas do núcleo de pesquisa e extensão do GPUIM para exercerem a função de entrevistadores. Os entrevistadores foram treinados pela coordenadora geral num período de 12 horas.

A metodologia do treinamento incluiu:

- a) Realizar sessões em grupos para possibilitar e estabelecer a logística e planejar a coleta de dados;
- b) Simular entrevistas para familiarização da técnica de abordagem às mães;
- c) Apresentar e discutir o manual de instruções que pode ser visto no anexo 3;
- d) Como abordar e entrevistar as mães;
- e) Familiarizar os entrevistadores com as perguntas do questionário; f) Aplicar a etapa piloto.

Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães: Foi feita uma convocação pública pelo Departamento de Farmácia para quem se interessasse em realizar esse tipo de pesquisa. A metodologia do treinamento incluiu o mesmo critério da fase I.

Para essa fase foram recrutadas e selecionados nove (09) entrevistadoras sendo todas do sexo feminino e estudantes do Curso de Farmácia. As entrevistadoras foram treinadas pela coordenadora geral, durante 16 horas.

Fase 3 - Inquérito com Pediatras: A seleção e recrutamento dos entrevistadores foi feita de forma semelhante à fase II. Os critérios de seleção também foram os mesmos de fase anterior. A metodologia do treinamento incluiu o mesmo que na fase II.

Para essa fase foram recrutadas cinco (05) entrevistadoras sendo todas do sexo feminino e estudantes do Curso de Farmácia. Mas não foram recrutadas as mesmas entrevistadoras da fase II. As entrevistadoras foram treinadas pela coordenadora geral, durante 20 horas.

3.6 Coleta de Dados:

3.6.1 O Instrumento de Coleta de Dados e Descrição das Variáveis:

Fase 1 - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica:

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, pré-codificado e previamente testado (anexo 3), que constava de três partes: A parte 1 destinou-se aos dados da mãe e da criança. A parte 2 destinou-se aos dados relativo à prescrição e orientação sobre febre. A última parte foi preenchida, a partir do livro de registro do serviço de pronto atendimento (SPA) referente ao diagnóstico da criança. A seguir, apresentamos um resumo das informações presentes no questionário:

Alguns critérios foram utilizados para definir determinadas variáveis relativo à essa fase do estudo, tais como:

☉ Idade: A idade da criança foi calculada em meses, a partir da data do nascimento até a data do início dessa fase;

☉ Medicamentos antitérmicos utilizados no dia da entrevista: Foram considerados todos os medicamentos antitérmicos utilizados pela criança no dia anterior aquele em que foi levada ao hospital;

☉ Reações adversas dos medicamentos antitérmicos: Os problemas provocados por antitérmicos após o seu uso nas últimas 24 horas antes de levar a criança ao hospital;

☉ Fonte de informação para utilização do medicamento antitérmico: Os medicamentos foram classificados de acordo com a pessoa que indicou seu uso;

✱ Problemas que levaram à utilização de antitérmicos antes da ida ao hospital: Os problemas (sintomas) que a criança tem correspondem às informações fornecidas pela mãe aos entrevistadores;

✱ Os medicamentos prescritos: Foram classificados de acordo com a Anatomical-Therapeutic-Chemical System (Código ATC, 1997). A opção por esse código é permitir agrupar os medicamentos;

✱ Diagnóstico: As informações como descrições sintomáticas, sindrômicas ou patologias, registradas no livros de registro do serviço de pronto atendimento (SPA).

Os diagnósticos foram classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID - 10ª Revisão).

Foram estabelecidos critérios para busca do diagnóstico, no livro de registro. Os critérios foram para diferenciar a inexistência da informação do diagnóstico e da falta de informação do diagnóstico. Considerou-se "sem informação" o acesso negado aos prontuários no hospital privado. Como "inexistente" quando havia no livro de registro a respeito da criança relativo a anamnese mas não havia referências sobre o diagnóstico. E considerou-se "ilegível" quando havia no livro de registro a respeito da criança relativo a anamnese e por sua vez havia referências sobre o diagnóstico, mas esse não estava legível para o entrevistador.

Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães: Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, pré-codificado e previamente testado para entrevistar mães em seus domicílios (anexo 4), que constava de três partes: A parte 1 destinou-se as informações sobre a mãe e a criança selecionada. A parte 2 destinou-se a composição e classificação sócio-econômica da família. A última parte destinou-se ao conhecimento e formas de tratamento da febre. A seguir estão descritas de forma resumida as seguintes seções com perguntas abertas e fechadas:

Alguns critérios foram utilizados para definir determinadas variáveis relativo à essa fase do estudo, tais como:

☆ Idade: A idade da criança foi calculada em meses, a partir da data do nascimento até a data de início dessa fase;

☆ Idade da mãe: A idade da mãe foi expressa em anos;

☆ Características do domicílio: Para preencher o questionário relativo a esses dados a entrevistadora precisava observar o domicílio da mãe selecionada, somente perguntava em caso de dúvida;

☆ Escolaridade: A escolaridade da mãe e do pai foi classificada de acordo com a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), que classifica a escolaridade em três tipos de ensino: Ensino fundamental, ensino médio e ensino superior, sendo que o ensino médio engloba o técnico e/ou pedagógico;

☆ Renda familiar: Os valores de renda fornecidos a partir das pessoas que trabalhavam em casa serviram para calcular a renda familiar;

☆ Definição de febre e seus perigos: Foram consideradas todas as informações que as mães forneceram a respeito desse assunto;

☆ Definição de temperatura normal: Foram consideradas todas as informações que as mães forneceram a respeito desse assunto;

☆ Medidas utilizadas para verificar a febre: Foram consideradas todas as medidas que as mães utilizam para verificar a febre;

☆ Atitudes das mães em relação à febre: Foram consideradas todas as informações que as mães forneceram relativo à primeira atitude que a mesma toma quando seu filho tem febre;

☆ Formas de tratar a febre: Foram consideradas todas as formas que as mães utilizam para tratar a febre de suas crianças em casa, com medicamentos ou não;

☆ Fonte de informação para utilização do medicamento antitérmico: Os medicamentos foram classificados de acordo com a pessoa que indicou seu uso.

Fase 3 - Inquérito com Pediatras: Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário estruturado, pré-codificado e previamente testado para entrevistar pediatras em seus locais de trabalho ou domicílios (anexo 5), que constava de sete partes: As partes 1 e 2 destinaram-se às informações de identificação do pediatra selecionado e característica do mesmo. A parte 3 destinou-se ao conhecimento sobre febre. A parte 4 destinou-se a forma de avaliação da temperatura. A parte 5 destinou-se à forma de tratamento. A parte 6 destinou-se à orientação aos pais. A última parte destinou-se às fontes de informações.

A seguir estão descritas de forma resumida as seguinte seções com perguntas abertas e fechadas:

Alguns critérios foram utilizados para definir determinadas variáveis relativo à essa fase do estudo, tais como:

- ⊛ Idade: A idade do pediatra foi expressa em anos;
- ⊛ Tempo de formado: O tempo contado após ao término da graduação;
- ⊛ Tipos de pós-graduação: Foi classificada em sensu lato (residência, especialização) ou sensu estrito (mestrado e doutorado);
- ⊛ Áreas de trabalho do pediatra: Foram consideradas todas as informações que os pediatras forneceram a esse respeito;
- ⊛ Número de pacientes que atende: Foi considerada a média de pacientes atendidos por dia pelo pediatra, segregando em serviço público e serviço privado;
- ⊛ Atividade de reciclagem: Foram consideradas todas as atividades de reciclagem que os pediatras participaram no último ano;

★ Definição de febre e febre alta: Foram consideradas todas as informações que os pediatras forneceram a respeito desse assunto;

★ As definições dos termos danos e complicações empregado nesse estudo foi descrito como: Dano é qualquer problema orgânico, metabólico ou neurológico que desencadeie uma doença no paciente. Por outro lado, complicação refere-se a uma doença ou uma desordem no organismo que surja no paciente como uma desordem preexistente, ou que surja de uma causa conhecida mas que pode agravar uma desordem preexistente.

★ Medidas utilizadas para verificar a febre: Foram consideradas todas as medidas que os pediatras utilizam para verificar a febre;

★ Atitudes dos pediatras relação à febre: Foram consideradas todas as informações que os pediatras forneceram relativo as atitudes que tomam para cuidar de uma criança febril;

★ Formas de tratamento da febre: Foram consideradas todas as formas que os pediatras utilizam para tratar a febre das crianças, com medicamentos ou não;

★ Orientação aos pais: Foram consideradas todos os aspectos abordados na orientação que o pediatra dá aos pais no momento da consulta, a criança estando com febre ou não;

★ Fontes de informação dos pediatras: Foram consideradas todas as fontes de informação que os pediatras utilizam para se informarem sobre febre e suas formas de tratar;

★ Reação da mãe: Foram consideradas todas as informações que os pediatras fornecerem sobre a reação da mãe à febre da criança;

★ Atitudes dos pediatras do serviço público e privado: Foram consideradas todas as informações que os pediatras fornecerem sobre as atitudes dos pediatras que trabalham no serviço público e no serviço privado.

3.7 Implementação do Estudo:

3.7.1 Etapa Piloto:

Fase 1 - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica:

Foi realizado um pré-teste somente nessa fase do estudo, com o propósito de definir a metodologia mais adequada e escolher o local.

A realização da etapa piloto ocorreu no período de 06 a 20/11/95 no turno da manhã e o tempo de permanência foi de 5 horas. Este turno foi escolhido por ter maior fluxo na emergência do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). O objetivo era testar o instrumento e verificar a viabilidade dessa fase do estudo. Para a realização desse fase foram selecionadas todas as crianças menores de seis anos que chegavam ao hospital com febre igual ou acima de 38°C.

Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães: A realização da etapa piloto para testar o instrumento e a viabilidade da coleta de dados ocorreu no período de 31/08 a 02/09/96 e foram aplicados 27 questionários. O tempo para reformulação do instrumento, incluindo coleta e análise dos resultados foram dois dias após essa data. O trabalho de campo foi iniciado em 05 de setembro de 1996. Após o piloto algumas perguntas do questionário foram reformuladas para incluir os termos utilizados pelas mães. Alguns ajustes foram feitos na logística proposta inicialmente. As entrevistas passaram a ocorrer, também nos finais de semana. A amostra não precisou ser ajustada.

Fase 3 - Inquérito com Pediatras: A realização da etapa piloto com o objetivo de testar o instrumento e verificar a viabilidade dessa fase do estudo, ocorreu no período de 18/09 a 25/09/97, no qual foram aplicados 5 questionários. Este tempo

foi prolongado devido à metodologia dessa fase era necessário estabelecer inicialmente um contato telefônico com o pediatra selecionado e só após tal contato é que se marcava a entrevista, com local e hora definido pelo mesmo. Mais detalhes sobre a estratégia metodológica dessa fase serão descritos posteriormente. O tempo para reformulação do instrumento, incluindo coleta e análise dos resultados foi de uma semana após essa data.

A etapa piloto resultou no ajuste de algumas perguntas do questionário com relação aos termos utilizados pelos pediatras. Em relação a logística proposta inicialmente as mudanças que ocorreram foram as mesmas acontecidas no inquérito com mães com relação aos horários das entrevistas em vez de ser só na semana passou a ocorrer nos finais de semana também. A amostra não precisou de ajuste. A dificuldade encontrada foi com relação à construção de algumas perguntas do questionário que não estavam suficientemente claras.

3.7.2 Coleta de Dados Propriamente Dita:

Fase 1 - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergência Pediátrica:

O tempo de duração da coleta dos dados no hospital público (HIAS) foi de uma semana no período de 29 de janeiro a 02 de fevereiro de 1996 e foram entrevistadas 106 mães, enquanto que no hospital privado (PRONTIDÃO) foi de três meses de duração no período de 26 de fevereiro a 17 de maio de 1996 e foram entrevistadas 106 mães. Verificou-se que a demora para coletar os dados necessários no PRONTIDÃO foi devido a facilidade de acesso ao pediatra particular que as mães de nível sócio-econômico mais elevado têm via telefone. Assim sendo, só procuram o serviço em caso de urgência. O mesmo, no entanto, não acontece no serviço público. O tempo médio gasto em cada entrevista foi de aproximadamente 50 minutos.

Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães: O trabalho de campo foi realizado no período de 05 de setembro de 1996 a 17 de janeiro de 1997, através de entrevistas domiciliares em todo o município de Fortaleza, sendo utilizado um questionário com questões abertas e fechadas previamente codificado, perfazendo uma amostra de 317 mães. O tempo médio gasto em cada entrevista foi de 15 minutos.

Fase 3 - Inquérito com Pediatras: O trabalho de campo foi realizado no período de 03 de outubro de 1997 a 12 de janeiro de 1998, através de entrevista para a qual se utilizou um questionário com questões abertas e fechadas previamente codificado. Um total de 96 pediatras foram entrevistados. O tempo médio gasto nas entrevistas foi de 20 minutos.

3.8 Processamento e Análise dos Dados:

Os resultados foram armazenados e analisados em microcomputador tipo PC, utilizando o programa Epi Info (Versão 6.04 - Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA e World Health Organization, Geneva, Switzerland, 1996). Para cada fase do estudo foi criado um banco de dados apropriado. Para análise estatística, realizou-se uma análise exploratória (estatística descritiva) e aplicou-se o teste de qui-quadrado.

3.8.1 Controle de Qualidade:

Para garantir a qualidade dos resultados foram adotadas algumas medidas de controle, tais como:

- Foram elaborados questionários padronizados para cada fase com seus respectivos manuais de instruções (anexo 6);
- Foram realizados treinamentos com os entrevistadores em cada fase;
- Realização da etapa piloto em cada fase;
- Avaliação diária dos resultados durante todo o trabalho de campo;
- Elaboração de relatórios semanais dos entrevistadores;
- Supervisão aproximada de 20% do total das entrevistas realizadas pela coordenadora geral;
- Realização de entrevistas pela coordenadora geral aproximadamente de 30% do total das entrevistas.

3.9 Forma de Apresentação:

Os resultados foram apresentados sob a forma de tabelas, de acordo com as Normas de Apresentação Tabular, publicadas em 1994 pelo Centro de Documentação e Disseminação de Informações da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Nas tabelas, os números em valores absolutos foram representados por N e a frequência relativa por %. Alguns resultados foram apresentados sob forma gráfica.

3. 10 Questões Éticas:

Foram respeitados todos os casos de recusa a atender a entrevista, por quaisquer que sejam os motivos.

3.11 Cronograma global:

Descrição das Atividades	Meses				
	Janeiro - Maio/96	Junho/96 Out./96	Set./96 - Jan./97	Fev./97 - Set./97	Out./97 - Jan./98
Etapa Piloto da Fase I (Estudo da Utilização da Antitérmicos em Emergências Pediátricas)	■				
Trabalho de Campo	■				
Análise dos Dados e Relatório	■	■			
Etapa Piloto da Fase II (Inquérito Domiciliar com Mães)			■		
Trabalho de Campo			■		
Análise dos Dados e Relatório			■	■	
Etapa Piloto da Fase III (Inquérito com Pediatras)					■
Trabalho de Campo					■
Análise dos Dados e Relatório					■
Relatório Final					■

RESULTADOS

4.1 Fase 1 - Estudo da Utilização de Antitérmicos em Emergências Pediátricas:

4.1.1 Características das Crianças:

Da população infantil atendida nas duas emergências pesquisados o maior percentual ocorre para crianças do sexo masculino com 53,3% (113) - na emergência pública 51,9% (55) e na emergência privada 54,7% (58) - o restante 46,7% (99) para o sexo feminino (*Tabela 1*).

Observou-se, que 73,1% (155) das crianças que foram levadas à emergência concentravam-se na faixa etária de 0 a 3 anos de idade - 79,2% (84) na emergência pública e 67,0% (71) na emergência privada (*Tabela 1*).

Constatou-se que 54,1% (112) das crianças que chegavam nas emergências estavam com febre acima de 38^oC. O número de crianças que chegavam com febre na emergência privada foi de 49,0% (51) das crianças enquanto na emergência pública foi de 59,2% (61) das crianças.

Tabela 1. Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função do sexo e faixa etária - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Características	Tipo de Emergência			
	Pública		Privada	
	n	%	n	%
Sexo:				
Masculino	55	51,9	58	54,7
Feminino	51	48,1	48	45,3
Faixa Etária (Meses):				
00 — 12	33	31,1	26	24,5
12 — 24	29	27,3	21	19,8
24 — 36	22	20,8	24	22,6
36 — 48	7	6,6	17	16,0
48 — 60	7	6,6	10	9,5
60 — 72	8	7,6	8	7,6
Total	106	100,0	106	100,0

4.1.2 Características das Mães:

As mães do serviço público tinham menor nível de escolaridade, 80% (84) delas só tinham cursado o ensino fundamental. Enquanto todas as mães do serviço privado tinham cursado a escola e apenas 18,9% delas tinham cursado apenas o ensino fundamental (*Tabela 2*).

Tabela 2. Distribuição das mães em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função do nível de escolaridade - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Nível de Escolaridade	Tipo de Emergência					
	Pública		Privada		Total*	
	n	%	n	%	n	%
Nunca estudou	10	9,5	-	-	10	4,7
Ensino Fundamental	84	80,0	20	18,9	104	49,3
Ensino Médio	11	10,5	63	59,4	74	35,1
Ensino Superior	-	-	23	21,7	23	10,9
Total	105	100,0	106	100,0	211	100,0

* Uma mãe não informou a sua escolaridade

4.1.3 Comparação entre as Atitudes das Mães do Hospital Público e do Privado:

Em ambos as emergências, 85,8% (182) das mães tentaram baixar a febre de suas crianças em casa e o restante 14,2% (30) das mães não usou nenhum tratamento para baixar a febre. Sendo que 84,9% (90) das mães no hospital público tentaram baixar a febre em casa e 86,8% (92) das mães na emergência privada.

Constatou-se que a utilização de algum tipo de tratamento para baixar a febre pelas mães das crianças foi significativamente relacionada com idade (*Tabela 3*). Aproximadamente 86% (182) das crianças com menos de três anos que foram levadas por suas mães a uma emergência pediátrica receberam pelo menos um tipo de tratamento para baixar a febre em casa.

Tabela 3. Distribuição das crianças segundo o uso de algum tipo tratamento relacionado à faixa etária - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Tratamento	Faixa Etária das Crianças (meses)					
	0 — 36		36 — 72		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	138	89,0	44	77,2	182	85,8
Não	17	11,0	13	22,8	30	14,2
Total	155	100,0	57	100,0	212	100,0

$$\chi^2 = 4,81, p = 0,0283$$

Das 212 mães que procuravam atendimento de emergência para seu filho com febre, a maioria (86,8%) utilizou só medicamento para tentar baixar a febre em casa. A segunda forma mais comum de tratamento foi a combinação de medicamento e meios físicos (9,8%) tais como banho de água (fria, morna e/ou com eucalipto), banho de álcool, compressa de água fria e/ou chá. A aplicação exclusiva de meio físico foi feita por 3,4% (6) das mães (*Tabela 4*).

Tabela 4. Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função das formas de tratamento da febre utilizadas pelas mães em casa - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Formas de Tratamento	Tipo de Emergência					
	Pública		Privada		Total	
	n	%	n	%	n	%
Só Medicamento	80	88,9	78	84,8	158	86,8
Medicamento + Meio Físico	8	8,9	10	10,8	18	9,8
Só Meio Físico:						
Banho de Água Fria	1	1,1	2	2,2	3	1,6
Banho de Água Morna	-	-	2	2,2	2	1,2
Banho de Álcool	1	1,1	-	-	1	0,6
Total	90	100,0	92	100,0	182	100,0

O predomínio do uso de medicamento sobre as outras práticas antitérmicas foi comum entre as mães independentemente do nível educacional; já o uso de meios físicos foi maior entre as mães com maior nível educacional.

4.1.4 Medicamentos mais Utilizados:

Verifica-se na *Tabela 5* que, as mães que freqüentam o hospital privado haviam tratado os seus filhos em casa com paracetamol na maioria dos casos (47,7%), enquanto que as mães atendidas no hospital público haviam utilizado preferencialmente o metamizol (62,5%).

Segundo as mães das 182 crianças que usaram medicamentos para baixar a febre em casa: em 34,5% (31) das crianças do hospital público a febre passou logo após o uso de medicamento e 25,0% (23) do hospital privado.

Tabela 5. Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função dos medicamentos utilizados pelas mães em casa - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Medicamentos Utilizados	Tipo de Emergência					
	Público		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Metamizol	55	62,5	30	34,2	85	48,2
Paracetamol	10	11,4	42	47,7	52	29,5
Acido Acetilsalicílico	16	18,2	5	5,8	21	11,9
Metamizol + Paracetamol	2	2,3	3	3,4	5	2,8
Metamizol + Ác. Acetilsalicílico	2	2,3	1	1,1	3	1,7
Ác. Acetilsalicílico + Paracetamol	-	-	2	2,3	2	1,1
Ác. Acetilsalicílico + Penicilina V	1	1,1	-	-	1	0,6
Diclofenaco	-	-	1	1,1	1	0,6
Metamizol + (Amoxicilina+Clavulonato)	-	-	1	1,1	1	0,6
Metamizol + Diclofenaco	1	1,1	-	-	1	0,6
Metamizol + (Sulfa+Trimetoprim)	-	-	1	1,1	1	0,6
Nimesulide	1	1,1	-	-	1	0,6
Piroxicam	-	-	1	1,1	1	0,6
Sulfa + Trimetoprim	-	-	1	1,1	1	0,6
Total	88	100,0	88	100,0	176	100,0

Quanto a ocorrência de eventos adversos, observados pelas mães, após o uso dos antitérmicos. Cinco crianças do hospital público apresentaram algum problema, sendo 2 casos de vômito, 1 caso de convulsão e 1 caso de erupção cutânea.

Enquanto no hospital privado ocorreram 11 casos, sendo o vômito o problema mais freqüente (81,8%).

4.1.5 Quem Recomendou Fazer Uso do Medicamento:

A maioria das mães informou (61,2%) ter administrado o medicamento de acordo com a orientação médica anterior. Sendo que, 36,5% (63) das mães administraram o medicamento sem prescrição médica (*Tabela 6*).

O dobro das mães (50,6%) do serviço público em relação ao serviço privado, usou medicamento por conta própria.

Tabela 6. Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência que foram atendidas em função de quem recomendou às mães fazer uso do medicamento - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Quem Recomendou	Tipo de Emergência					
	Público*		Privado**		Total	
	n	%	n	%	n	%
Médico / Pediatra	41	47,1	65	75,6	106	61,2
Por conta própria	44	50,6	19	22,1	63	36,5
Parentes	1	1,1	2	2,3	3	1,7
Pais	1	1,1	-	-	1	0,6
Total	87	100,0	86	100,0	173	100,0

* Uma mãe não informou quem recomendou o medicamento;

** Duas mães não informaram quem recomendou o medicamento.

4.1.6 Principais Queixas das Mães:

Como pode ser observado na *Tabela 7*, a queixa principal das mães que motivaram sua ida em ambas as emergências pediátricas foi a febre (79,2%), seguida por problema de garganta (4,7%), no hospital privado sendo a segunda queixa principal (7,6%), o cansaço foi terceira queixa principal observada nas duas emergências (3,8%), já no hospital público é a segunda queixa principal (7,6%). Tais queixas representados pelas mães como doença são apresentadas como sinais e sintomas.

Tabela 7. Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência em função da queixa principal das mães que motivaram sua ida à emergência - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Queixa Principal	Tipo de Emergência					
	Público		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Febre	84	79,2	84	79,2	168	79,2
Garganta	2	1,9	8	7,6	10	4,7
Cansaço	8	7,6	-	-	8	3,8
Diarréia	4	3,8	3	2,8	7	3,3
Gripe	1	0,9	3	2,8	4	1,9
Bronquite	-	-	2	1,9	2	0,9
Outros	7	6,6	6	5,7	13	6,2
Total	106	100,0	106	100,0	212	100,0

A febre foi a principal razão pela qual as mães procuraram a emergência tanto pública quanto privada.

Evidenciou-se que a febre foi descrita como queixa principal, mas existiram outras queixas associadas à febre. Das dez principais queixas associadas à febre referidas pelas mães o maior percentual ocorre para febre e diarréia no hospital

privado 23,6% (17), seguida por febre e gripe (22,2%) e terceiro por febre e problema de garganta (19,4%). Enquanto no hospital público o maior percentual ocorreu para febre e cansaço (28,4%), seguida por febre e diarreia (13,5%) e terceiro ocorre para febre e dor (10,8%). 10,3% das mães referiram a febre como um problema isolado dos outros sintomas (*Tabela 8*).

Observou-se que as queixas do aparelho respiratório foram mais freqüentes se considerarmos a junção das queixas de cansaço, garganta e gripe associados ou não à febre, perfazendo um total de 91 queixas (42,9%).

Tabela 8. Distribuição das crianças em relação ao tipo de emergência em função das queixas das mães associadas à febre - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Febre e Outra Queixa	Tipo de Emergência					
	Público		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Febre e Diarreia	10	13,5	17	23,6	27	18,5
Febre e Cansaço	21	28,4	3	4,2	24	16,4
Febre e Gripe	5	6,7	16	22,2	21	14,4
Febre e Garganta	7	9,6	14	19,4	21	14,4
Febre Isolada	6	8,1	9	12,5	15	10,3
Febre e Dor	8	10,8	4	5,6	12	8,2
Febre e Tosse	3	4,1	4	5,6	7	4,8
Febre e Fastio	5	6,7	2	2,8	7	4,8
Febre e Vômito	5	6,7	2	2,8	7	4,8
Febre e Pneumonia	4	5,4	1	1,3	5	3,4
Total	74	100,0	72	100,0	146	100,0

4.1.7 Comparação do Comportamento da Prescrição entre os Pediatras dos Hospitais Público e Privado:

Das 212 crianças que foram atendidas 91,0% delas receberam uma prescrição pediátrica, sendo 92,4% no hospital privado e 89,6% no hospital público.

Um total de 574 medicamentos foram prescritos em 193 prescrições nos dois hospitais (em média 3,0 medicamentos/prescrição), temos que desses 574 medicamentos 50,2% deles ocorreram em hospital público e o restante 49,2% no hospital privado.

Entre os dez grupos terapêuticos mais prescritos (99,0% do total) os analgésicos - antipiréticos (23,3%), os antiasmáticos (18,1%) e os antibióticos sistêmicos (14,6%) correspondem a 56,0% do total (Tabela 9).

Tabela 9. Distribuição dos dez grupos terapêuticos principais mais prescritos, segundo o tipo de emergência - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Grupos Terapêuticos Principais	ATC	Tipo de Emergência					
		Público		Privado		Total	
		n	%	n	%	n	%
Analgésicos e Antipiréticos	N02	91	31,6	43	15,0	134	23,3
Antiasmáticos	R03	62	21,6	42	14,7	104	18,1
Antibióticos Sistêmicos	J01	40	13,9	44	15,4	84	14,6
Subst. Do Plasma e Soluções de Perfusão	B05	37	12,8	26	9,1	63	11,0
Ag. Anticolinérg. e Antiespasmód.	A03	21	7,3	20	7,0	41	7,1
Antidiarréicos	A07	9	3,1	18	6,3	27	4,8
Preparações Tosse e Resfriado	R05	-	-	17	5,9	17	3,0
Antiinflamatórios e Prod. Antireumáticos	M01	2	0,7	14	4,9	16	2,8
Preparações Nasais (Sist. Resp.)	R01	4	1,4	12	4,2	16	2,8
Vitaminas	A11	3	1,0	8	2,8	11	1,9
Outros		19	6,6	42	14,7	61	10,6
Total		288	100,0	286	100,0	574	100,0

As doze substâncias ativas mais prescritas *Tabela 10* perfizeram 68,8% das 212 prescrições. Destacou-se o metamizol (18,8%), como antitérmico; a solução fisiológica (9,9%), um coadjuvante dos broncodilatadores para uso por via inalatória; o bromidrato de fenoterol (8,5%), um estimulante β - adrenérgico específico com ação broncodilatadora e o brometo de ipratrópio (5,8%), um anticolinérgico antimuscarínico também com ação broncodilatadora. Entre os demais encontra-se: a metoclopramida (4,9%), um bloqueador dopaminérgico, antiemético; sulfametoxazol-trimetoprim (4,9%), um antimicrobiano sistêmico de amplo espectro e o paracetamol (4,5%), um antitérmico.

A prevalência dos antitérmicos nas prescrições pediátricas das duas emergências foi de 57%. A prática de prescrever antitérmicos é mais comum entre os médicos que trabalham em serviços públicos. Portanto, a prevalência de antitérmicos prescritos na emergência pública foi de 61,0%, enquanto em emergência privada foi de 39,0% (*Tabela 11*). Existe uma relação significativa ($p < 0,005$) entre o tipo de hospital e a presença antitérmico na prescrição.

Tabela 10. Distribuição das doze substâncias ativas dos medicamentos mais prescritos, de acordo com o tipo de emergência - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Substâncias Ativas	ATC	Tipo de Emergência					
		Público		Privado		Total	
		n	%	n	%	n	%
Metamizol	N02BB02	87	30,2	21	7,3	108	18,8
Solução Fisiológica	B05CB01	30	10,4	27	9,4	57	9,9
Bromidrato de Fenoterol	R03AC04	29	10,1	20	7,0	49	8,5
Brometo de Ipratrópio	R03BB01	17	5,9	16	5,6	33	5,8
Metoclopramida	A03FA01	21	7,3	7	2,4	28	4,9
Sulfa + Trimetoprim	J01EE01	17	5,9	11	3,8	28	4,9
Paracetamol	N02BE01	4	1,4	22	7,7	26	4,5
Sais de Reidratação Oral	A07CA	9	3,2	12	4,2	21	3,7
Bromoprida	A03FA04	-	-	13	4,5	13	2,3
Salbutamol	R03CC03	12	4,2	1	0,4	13	2,3
Cloreto de Benzalcônio	R01AX10	3	1,0	8	2,8	11	1,9
Ambroxol	R05CB06	-	-	10	3,5	10	1,7
Outros		59	20,4	118	41,4	177	30,8
Total		288	100,0	286	100,0	574	100,0

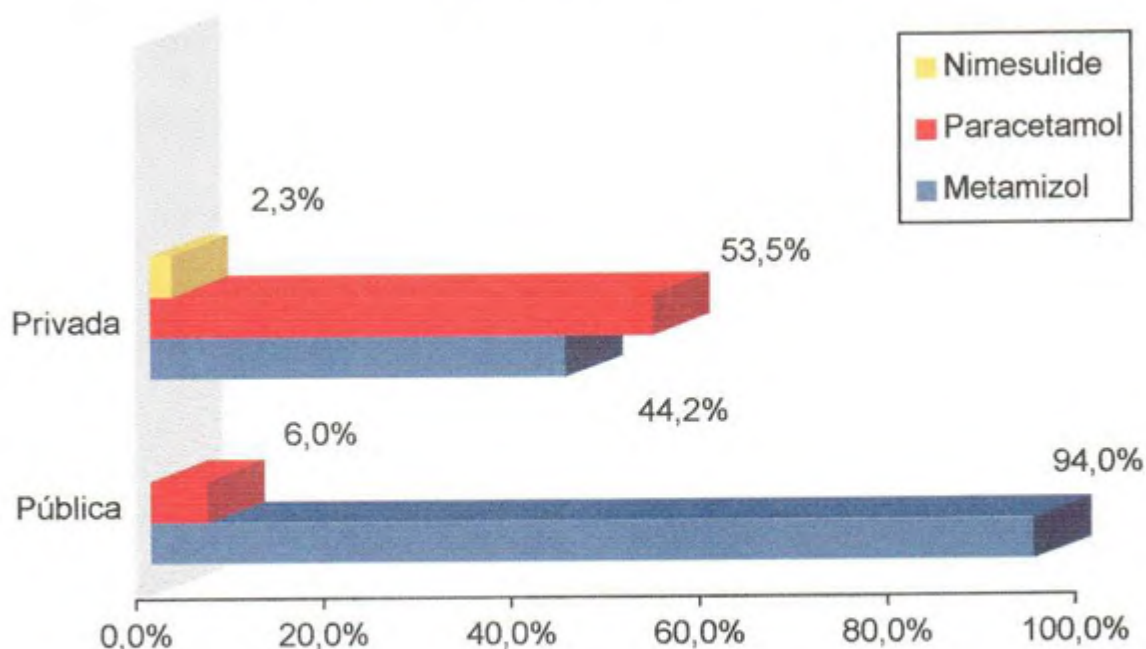
Tabela 11. Distribuição dos antitérmicos por prescrição, de acordo com o tipo de emergência - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Antitérmico Prescrito	Tipo de Emergência					
	Público		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Sim	67	70,5	43	43,9	110	57,0
Não	28	29,5	55	56,1	83	43,0
Total	95	100,0	98	100,0	193	100,0

$$\chi^2 = 13,98, p = 0,0001851$$

Noventa e quatro por cento dos antitérmicos prescritos no hospital público corresponderam ao metamizol sódico e 6,0% ao paracetamol, já no hospital privado o paracetamol apresentou 53,5% dos antitérmicos prescritos, metamizol sódico (44,2%) e nimesulide (2,3%), ver *Gráfico 1*.

Gráfico 1 - Frequência do tipo de antitérmico em função do tipo de emergência - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96



Dos medicamentos injetáveis prescritos (19,3%), 83,0% (93) dos medicamentos foram administrados logo após a consulta, sendo o metamizol intramuscular (IM) o mais prescrito no hospital público 46,6% dos injetáveis, seguido da metoclopramida IM (23,3%). Enquanto no hospital privado, a bromoprida IM (35,0%) e o metamizol IM (30,0%) foram os injetáveis mais prescritos (*Tabela 12*).

Tabela 12. Distribuição dos medicamentos injetáveis prescritos para uso no momento da consulta, de acordo com o tipo de emergência - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Medicamentos Injetáveis Prescritos	Tipo de Emergência					
	Público		Privado		Total	
	n	%	n	%	n	%
Metamizol	34	46,6	6	30,0	40	43,0
Metoclopramida	17	23,3	2	10,0	19	20,4
Bromoprida	-	-	7	35,0	7	7,5
Penicilina Benzatina	6	8,2	1	5,0	7	7,5
Aminofilina	4	5,6	-	-	4	4,3
Solução Glicofisiológica	4	5,6	-	-	4	4,3
Hidrocortisona	3	4,1	-	-	3	3,1
Ampicilina	-	-	2	10,0	2	2,2
Prometazina	1	1,3	1	5,0	2	2,2
Solução Glicosada 5%	2	2,7	-	-	2	2,2
Dexametasona	-	-	1	5,0	1	1,1
Fenobarbital	1	1,3	-	-	1	1,1
Penicilina Procaína	1	1,3	-	-	1	1,1
Total	73	100,0	20	100,0	93	100,0

4.1.8 Orientação às Mães:

Do total de mães cujos filhos receberam prescrição contendo antitérmicos (n=110), aproximadamente 55,0% delas sabiam que se tratava de um "remédio" para tratar a febre (49,8% do hospital público e 62,8% do hospital privado). Enquanto um total 25 (22,7%) mães não informaram nada sobre o medicamento.

Das mães desse grupo correspondentes ao hospital público foi 52,2% que receberam alguma orientação sobre o uso do antitérmico durante a consulta na emergência. Enquanto no hospital privado foram mais alto 74,4% (32) das mães.

4.1.9 Diagnóstico

São apresentados apenas os dados de diagnóstico colhidos no hospital público, já não obtivemos dados do hospital privado.

Dos diagnósticos prescritos no livro de registro, aproximadamente, 32,1% (34) dos diagnósticos foram referidos e 1,9% "ilegíveis".

Os três diagnósticos que apresentaram maior frequência no hospital público foram 23,6% (8) dos diagnósticos de pneumonia, 17,6% (6) dos diagnósticos de bronquite e 14,8% (5) dos diagnósticos de asma (*Tabela 13*).

Tabela 13. Distribuição do diagnóstico (CID 10ª Revisão - três caracteres) em função da emergência pública - Fortaleza (Ce), janeiro - maio/96

Diagnóstico	CID	Pública	
		n	%
Pneumonia	J11	8	23,6
Bronquite	J20	6	17,6
Asma	J45	5	14,8
Vômitos	R11	3	8,8
Abscesso	L02	2	6,0
Diarréia Aguda	A09	2	6,0
Amigdalite Aguda	JO3	1	2,9
Angina	J02	1	2,9
Artrite	M09	1	2,9
Constipação	R19	1	2,9
Infecção Hepatoesplenomegalia	R16	1	2,9
Meningocele Rota	Q01	1	2,9
Parotite	K11	1	2,9
Urticária	L27	1	2,9
Total		34	100,0

4.1.10 Comparação entre o Diagnóstico Fornecido pelo Médico e os Problemas das Crianças Relatados pela Mãe:

Verificou-se que existe uma certa concordância entre a descrição que a mãe fez a respeito dos problemas de saúde da criança e o diagnóstico prescrito pelo médico na emergência, apresentado no *Quadro 1*. Confirma que as mães tem um senso acurado de observação nas crianças. É, portanto, importante que as mães sejam ouvidas porque são auxiliares para o diagnóstico da criança.

Quadro 1. Comparação entre os problemas relatados pelas mães e o diagnóstico prescrito por médico de emergência

Problemas da Criança	Diagnóstico
Febre, Tumores no Corpo	Estafilococcia
Febre, Rosto Inchado e Vermelho	Bronquite
Cansaço, Gripe	Bronquite
Febre, Diarréia	Meningocele Rota
Febre, Falta de Apetite	Bronquite
Febre, Tosse	Bronquite
Febre, Cansaço, Tosse	Pneumonia
Febre, Diarréia, Gripe, Vômito	Pneumonia
Febre, Garganta	Pneumonia
Febre, Pneumonia, Prob. Neurológico	Pneumonia
Glândula Inchada	Parotite
Boca c/ Bolha, Cansaço, Diarréia	Pneumonia
Febre, Pneumonia, Vômito	Pneumonia
Febre, Pneumonia	Pneumonia
Febre, Cansaço, Constipação	Pneumonia
Febre, Vômito	Diarréia Aguda
Febre, Cólica, Prisão de Ventre	Constipação
Abscesso no Pescoço	Abscesso
Febre, Fastio, Vômito	Amigdalite Aguda
Febre	Angina
Febre, Dores nas Pernas E Quadril	Artrite
Febre, Asma	Asma
Febre, Barriga "Fofa", Cansaço	Bronquite
Febre, Tosse	Bronquite
Cansaço, Garganta	Asma
Febre, Cansaço	Asma
Febre, Cansaço E Gripe	Asma
Febre, Diarréia	Diarréia Aguda
Febre, Coceira, Urticária	Urticária
Febre, Vômito	Vômitos
Vômito	Vômitos

4.2 Fase 2 - Inquérito Domiciliar com Mães:

4.2.1 Distribuição dos Bairros:

Uma cobertura ampla, incluindo os diversos setores de Fortaleza foi obtido pelo estudo. Foram entrevistadas 317 mães de crianças menores de seis anos de idade, apresentando-se a seguinte distribuição de acordo com os bairros selecionados: 11,7% (37) das mães no bairro de Granja Portugal; 8,8% (28) das mães no bairro de Messejana; 8,5% (27) das mães no bairro de Aldeota; 7,2% (23) das mães no bairro de Álvaro Weyne; 6,3% (20) das mães no bairro de Cais do Porto; 5,7% (18) das mães no bairro de Conjunto Ceará; 5,0% (16) das mães no bairro de Autran Nunes; 5,0% (16) das mães no bairro de Rodolfo Teófilo; 4,7% (15) das mães no bairro de Floresta; 4,1% (13) das mães no bairro de Itaoca; 4,1% (13) das mães no bairro de Jôquei Clube; 3,8% (12) das mães no bairro de Jardim Guanabara; 3,5% (11) das mães no bairro de Barroso; 3,5% (11) das mães no bairro de Cidade dos Funcionários; 3,5% (11) das mães no bairro de Padre Andrade; 3,2% (10) das mães no bairro de Aerolândia; 3,2% (10) das mães no bairro de Conjunto Esperança; 3,2% (10) das mães no bairro de José Bonifácio; 2,8% (9) das mães no bairro de Parque Dois Irmãos; 2,2% (7) das mães no bairro de Engenheiro Luciano Cavalcante.

4.2.2 Características das Crianças:

As crianças menores de seis anos filhas das mães selecionadas eram em sua maioria menores de três anos (58,7%) (ver Tabela 14). Também no estudo realizado nas emergências a maioria das crianças era menor de três anos.

Tabela 14. Distribuição das crianças, de acordo com a faixa etária - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Faixa Etária (Meses)	Número de Crianças	
	n	%
00 — 12	57	18,0
12 — 24	70	22,1
24 — 36	59	18,6
36 — 48	51	16,1
48 — 60	31	9,8
60 — 72	49	15,5
Total	317	100,0

4.2.3 Características das Mães:

A idade das mães variou de 14 a 64 anos. Sendo que 50,3% delas tinha idade inferior a 30 anos (*Tabela 15*).

A grande maioria das mães entrevistadas eram mães biológicas (93,1%), seguiu-se a mãe social (6,3%), incluindo avó e tia e mãe adotiva (0,6%).

Tabela 15. Distribuição das mães, de acordo com a faixa etária - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Faixa Etária(anos)	Número de Mães	
	n	%
≤ 19	20	6,3
19 — 29	139	44,0
29 — 39	108	34,2
≥ 39	49	15,5
Total*	316	100,0

* Uma mãe não informou a sua idade.

4.2.4 Características da Família:

As características das famílias são apresentadas na *Tabela 16*. Para fins deste estudo consideramos como extensivas as famílias em que conviviam três ou mais gerações, e como nucleares as demais famílias. De acordo com este critério, 34,7% das famílias estudadas eram extensivas. Praticamente todas as crianças vivem com suas mães biológicas. O número médio de pessoas que moram no domicílio é de 5,7. O número mínimo de pessoas que moram no domicílio é de 2 pessoas e o número máximo de 20 pessoas.

Tabela 16. Distribuição das mães em função da estrutura familiar - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Estrutura Familiar	
Pai vive com a criança	237 (74,8%)
Mãe Biológica vive com a criança	309 (97,5%)
Família nuclear	207 (65,3%)
Número de Pessoas na casa (Média)	5,7

4.2.5 Características Sociais das Mães e Pais das Crianças Selecionadas:

De acordo com o nível de escolaridade 57,9% (179) das mães afirmaram ter cursado o ensino fundamental, 8,4% (26) das mães cursado o ensino superior e 5,9% (18) das mães afirmaram que nunca estudaram (*Tabela 17*). Evidenciou-se que 10,7% (34) das mães não sabiam ler um bilhete e 12,3% (39) das mães não sabiam escrever um bilhete.

Tabela 17. Distribuição das mães, segundo o nível de escolaridade - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Nível de Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental	179	57,9
Ensino Médio	86	27,8
Ensino Superior	26	8,4
Nunca Estudou	18	5,9
Total*	309	100,0

* Oito mães não souberam informar a sua escolaridade.

Comparando-se os percentuais do estudo nas emergências e do inquérito domiciliar, observou-se que a maioria das mães (80,0%) da emergência pública cursou o ensino fundamental e 19,0% das mães da emergência privada cursaram o ensino fundamental, são valores que divergem dos achados no inquérito domiciliar.

Com relação à educação paterna 20,8% das mães não sabiam informar o nível de escolaridade do pai da criança devido ao fato de não viverem maritalmente com seus parceiros. A maioria dos pais (47,8%) havia cursado o ensino fundamental; apenas 13,9% (35) dos pais cursaram o ensino superior e nunca estudou (6,4%). Verificou-se que 9,5% (30) dos pais não sabiam ler um bilhete e 9,5% (30) pais não sabiam escrever um bilhete (*Tabela 18*).

Tabela 18. Distribuição dos pais, segundo o nível de escolaridade - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Nível de Escolaridade	n	%
Ensino Fundamental	120	47,8
Ensino Médio	80	31,9
Ensino Superior	35	13,9
Nunca Estudou	16	6,4
Total	251	100,0

4.2.6 Características Econômicas da Família:

Na *Tabela 19* é apresentada a distribuição de freqüência das mães por classes de rendimento mensal familiar; observa-se que a faixa de maior freqüência é de 1,1 a 3 salários mínimos que corresponde a 24,0% das famílias; aproximadamente 29,7% das mães não declararam a renda familiar, em muitos casos desconhecem.

Tabela 19. Distribuição das mães, de acordo com a variável renda familiar mensal - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Renda Familiar (Salário Mínimo)	n	%
≤ 1	29	9,1
1,1 a 3	76	24,0
3,1 a 6	46	14,5
6,1 a 10	32	10,1
≥ 10	40	12,6
Sem declaração	94	29,7
Total	317	100,0

Com relação à atividade ocupacional das mães *Tabela 20*, mais da metade (53,9%) são donas de casa, seguindo-se em ordem decrescente domésticas (4,7%), comerciárias ou vendedoras (4,7%) e costureiras (3,5%).

Tabela 20. Distribuição das mães, segundo ocupação - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Ocupação	n	%
Dona de casa	171	53,9
Doméstica	15	4,7
Vendedora	15	4,7
Costureira	11	3,5
Comerciante	9	2,8
Professora	8	2,5
Lavadeira e engomadeira	7	2,2
Manicure	7	2,2
Profissionais de saúde (nível superior)	6	1,9
Faxineira	4	1,2
Atendente	3	1,0
Auxiliar de enfermagem	3	1,0
Bancária	3	1,0
Funcionária pública	3	1,0
Decoradora	2	0,6
Outros	50	15,8
Total	317	100,0

Já a atividade ocupacional do pai difere um pouco (*Tabela 21*), é mais abrangente se comparada com as atividades das mães; 8,8% (25) dos pais estavam desempregados no momento da entrevista; 10,7% (34) das mães não informaram a ocupação do pai da criança.

Tabela 21. Distribuição dos pais, segundo ocupação - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Ocupação	n	%
Desempregado	25	8,8
Comerciante	23	8,1
Motorista	12	4,2
Funcionário público	11	3,9
Mecânico	11	3,9
Vendedor	11	3,9
Profissional de nível superior	9	3,2
Pedreiro	8	3,1
Servente	8	2,7
Vigilante	8	2,7
Aposentado	6	2,2
Bancário	6	2,2
Taxista	6	2,2
Técnico (elétrico, computação, laboratório, etc.)	6	2,2
Auxiliar(computação, produção, mecânico)	5	1,8
Marceneiro	5	1,8
Operador de máquinas / computador	5	1,8
Cobrador	3	1,0
Contador	3	1,0
Padeiro	3	1,0
Policial	3	1,0
Agente de saúde	2	0,6
Ambulante	2	0,6
Caminhoneiro	2	0,6
Militar	2	0,6
Construtor civil	1	0,4
Outros	98	34,5
Total	284	100,0

Evidenciou-se que 54,8% (171) das mães não trabalham fora de casa (dona de casa), 33,3% (104) das mães trabalham fora de casa e 11,2% (35) das mães realizam suas atividades ocupacionais dentro de casa. 1,5% (5) das mães não informaram se trabalhavam.

Com relação ao cuidado com a criança prevalece a atuação da mãe (77,2%), seguida das avós (14,8%) e empregadas/babás(3,6%). Este último recurso é mais utilizado pelas mães de maior renda (*Tabela 22*).

Tabela 22. Distribuição das mães, de acordo com a variável quem cuida da criança Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Quem Cuida da Criança	n	%
Mãe	244	77,2
Pai	1	0,3
Avós/Bisavós	47	14,8
Tios	8	2,6
Irmão/Irmã Mais Velha	2	0,6
Babá/Empregada	11	3,6
Creche	2	0,6
Vizinha	1	0,3
Total*	316	100,0

*Uma mãe não informou quem cuida da criança

4.2.7 Características do Domicílio:

A condição de propriedade da moradia das mães foi uma das variáveis analisadas nesta seção. Um total de 67,2% (213) das mães informaram que moravam em casa própria e 17,7% (56) moravam em casa alugada, ver *Tabela 23*.

Tabela 23. Distribuição das mães de crianças menores de seis anos, segundo a condição de propriedade da moradia - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Condição da Casa	n	%
Própria	213	67,2
Alugada	56	17,7
Cedida	31	9,8
Vive em casa de familiar e/ou amigos	14	4,4
Não especificou	2	0,6
Invadida	1	0,3
Total	317	100,0

Foram analisadas algumas variáveis relacionadas às condições de moradia e de saneamento. Os resultados mostram que 92,8% das famílias contam com água encanada (dentro ou fora de casa). No que se refere as instalações sanitárias 67,8% das famílias apresentavam vaso sanitário com descarga e em apenas 39,1% das famílias apresentavam fossa / sumidoro (Tabela 24).

Tabela 24. Distribuição dos domicílios das mães de crianças menores de seis anos, segundo o acesso à água, saneamento e eletricidade - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Variável	n	%
Água para uso geral:		
Encanada dentro de casa	154	48,6
Encanada fora de casa	140	44,2
Poço ou cacimba	20	6,3
Chafariz	2	0,6
Rio/lagoa	1	0,3
Água para beber:		
Encanada dentro de casa	139	43,8
Encanada fora de casa	128	40,4
Água mineral	26	8,2
Poço ou cacimba	12	3,8
Chafariz	12	3,8
Instalação sanitária:		
Com descarga	215	67,8
Sem descarga	94	29,7
Nenhuma	8	2,25
Esgoto:		
Fossa / sumidoro	124	39,1
Rede de esgotos	108	34,1
Céu aberto / rego na rua	85	26,8
Iluminação:		
Luz elétrica	315	99,4
Lampião a gás	1	0,3
Lamparina (Querosene)	1	0,3

Com relação as características físicas dos domicílios investigados, observou-se que todos apresentavam paredes de tijolos. O piso na maioria dos domicílios (53,9%) era de mosaico ou cimento, quase todas as casas (90,5%) eram cobertas com telhas. Enquanto, 60,9% das casas não tinham forro, como demonstra na *Tabela 25*.

Tabela 25. Características físicas do domicílio de mães de crianças menores de seis anos - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Característica	n	%
Parede (Tijolo):	317	100,0
Piso:		
Mosaico / Cimento	171	53,9
Cerâmica	124	39,1
Taco / Madeira	18	5,7
Terra Batida / Barro	3	1,0
Granito	1	0,3
Telhado:		
Telhas	287	90,5
Bloco De Concreto	24	7,6
Amianto	5	1,6
Madeira / Palha	1	0,3
Forro:		
Não Tem	193	60,9
Cimento	114	35,9
Gesso	4	1,3
Madeira	4	1,3
Amianto	1	0,3
Concreto	1	0,3

Observa-se na *Tabela 26*, uma outra medida de qualidade de vida que é a posse de determinados eletrodomésticos ou equipamentos como rádio, televisão, geladeira, ou ainda de posse de alguns meios de transporte.

Rádio e TV podem, portanto, ser usados como canais de comunicação para uma futura intervenção educacional.

Tabela 26. Distribuição dos domicílios, segundo a existência de aparelhos eletrodomésticos e equipamentos eletrônicos (n=317) - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Variável	n* de domicílios	%
Rádio	288	90,9
Televisão	305	96,2
Telefone	106	33,4
Geladeira	276	87,1

* Algumas das perguntas admitem mais de uma resposta.

4.2.8 Características Relacionadas ao Conhecimento e Formas de Tratamento da Febre:

Entre as 317 mães entrevistadas 27,1% (86) não souberam responder qual é a temperatura normal de uma criança.

Observou-se na *Tabela 27* que a opinião sobre temperatura normal foi mais freqüentes entre as mães que relataram temperaturas abaixo 37,0°C (96,0%). Aproximadamente 24,0% (27) de todas as mães ignoraram o valor de temperatura normal e 20,8% (66) das mães não souberam responder o que significava temperatura normal . 96% das mães sabem que temperatura corporal normal está abaixo de 37°C.

Tabela 27. Distribuição das mães, conforme a opinião sobre temperatura normal - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Temperatura Normal	n	%
Abaixo de 36,5°C	88	50,6
Abaixo de 37,0°C	79	45,4
Abaixo de 38,0°C	4	2,3
Abaixo de 37,5°C	2	1,1
Abaixo de 36,0°C	1	0,6
Total	174	100,0

Trinta e quatro por cento das mães consideram que a febre é um sintoma e 20,2% delas consideram que a febre é uma doença. 13,6% (43) das mães não souberam responder nada a respeito do que é febre (*Tabela 28*).

Tabela 28. Distribuição das mães, conforme a opinião sobre febre - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Opinião	n	%
Sintoma	109	34,4
Doença	64	20,2
Elevação da temperatura	42	13,2
Infecção	34	10,7
Defesa	8	2,5
Sintoma + Doença	5	1,6
Inflamação	4	1,3
Moleza	4	1,3
Sintoma + Elevação da temperatura	4	1,3
Total	274	100,0

Quanto à febre alta, 34,6% (73) das mães consideram ser febre alta a temperatura acima de 39° C, 31,8% (67) consideram febre alta acima de 38°C e 23,0% (49) usam o método táctil para diagnosticar febre alta, usando os termos quente ou muito quente. 17,0% (54) das mães ignoram o que é febre alta e 16,4% (52) não sabem dizer qual é a temperatura que caracteriza febre alta. A moleza no corpo e a criança gripada foram referências fornecidas sobre febre alta (*Tabela 29*).

Tabela 29. Distribuição das mães, conforme a opinião sobre febre alta - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Febre Alta	n	%
Acima de 39,0°C	73	34,6
Acima de 38,0°C	67	31,8
Quando está muito quente	41	19,4
Acima de 40,0°C	12	5,7
Acima de 37,0°C	8	3,8
Quando está quente	8	3,8
Outros	2	0,9
Total	211	100,0

Quase 64,0% (202) das mães informaram usar o termômetro como instrumento para medir a febre e 36,1% das mães afirmam utilizar métodos e instrumentos próprios para medir a febre, confirmando os relatos anteriores (*Tabela 30*).

Tabela 30. Distribuição das mães, conforme o instrumento utilizado por ela para medir a febre - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Instrumento	n	%
Termômetro	202	63,9
Partes da mão utilizadas para toque:		
Dorso	60	19,0
Palma	43	13,6
Toque em geral	11	3,5
Total*	316	100,0

* Uma mãe não informou o instrumento que utiliza para medir a febre.

Os resultados relativo às partes do corpo da criança tocada pela mãe para aferir a febre apresentou a seguinte distribuição: 38,4% das mães tocam à testa da criança; 27,4% das mães tocam o pescoço e rosto e 6,7% das mães tocam o pulso, ver *Tabela 31*.

Tabela 31. Distribuição das mães, de acordo com as partes do corpo da criança usadas pelas mães para aferir a febre - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Partes do Corpo	n	%
Partes isoladas:		
Testa	28	38,4
Pescoço	10	13,7
Rosto	10	13,7
Pulso	5	6,7
Cabeça	2	2,7
Barriga	1	1,4
Boca	1	1,4
Braço	2	2,7
Outras		
Partes combinadas:	3	4,1
Testa e pulso	2	2,7
Testa e pescoço	2	2,7
Testa e rosto	1	1,4
Barriga e rosto	1	1,4
Pescoço e cabeça	1	1,4
Pescoço e pulso	1	1,4
Pescoço e rosto	1	1,4
Pescoço e tórax	1	1,4
Testa e barriga	1	1,4
Total	73	100,0

Quase todas as mães (97,8%) acreditam que a febre pode causar algum problema na criança. Para 60,5% (153) das mães o maior problema que a febre pode provocar é a convulsão, 7,5% (19) referiram a problema cerebral e 4,3% (11) referem-se a morte (*Tabela 32*).

Tabela 32. Distribuição das mães, segundo o maior problema que a febre pode provocar - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Problema	n	%
Convulsão	153	60,5
Problema cerebral	19	7,5
Convulsão e problema cerebral	13	5,1
Pneumonia	13	5,1
Convulsão e morte	12	4,7
Morte	11	4,3
Epilepsia	7	2,9
Problema respiratório	3	1,2
Problema cardíaco	2	0,8
Outros	20	7,9
Total	253	100,0

Percebe-se na *Tabela 33*, que 76,5% (160) das mães sentem que temperaturas inferiores a 40° C podem causar algum dano a criança e 4,8% (10) definiram este valor de temperatura pelo método táctil. 10,7% (34) das mães ignoram o valor da temperatura e 23,3% (74) delas não souberam informar sobre este valor.

Tabela 33. Distribuição das mães, de acordo com a temperatura que pode causar problema na criança - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Temperatura	n	%
Temperatura acima de 39,5°C	93	44,5
Temperatura acima de 39,0°C	45	21,5
Temperatura acima de 40,0°C	39	18,7
Temperatura acima de 38,5°C	14	6,7
Quando está muito quente	10	4,8
Temperatura acima de 38,0°C	7	3,3
Temperatura acima de 36,0°C	1	0,5
Total	209	100,0

Com relação à primeira atitude que as mães tomam quando o filho tem febre é 87,3% (274) das mães tratam logo em casa, 9,2% (29) levam ao médico ou a um posto de saúde ou a um hospital, 2,2% (7) telefonam para o pediatra, 1,0% (3) monitoram a febre da criança em casa e 0,3% (1) leva o filho à farmácia. Apenas 0,9% (3) das mães não informaram qual a primeira atitude que tomam quando seu filho está com febre (*Tabela 34*).

Tabela 34. Distribuição das mães, de acordo com a primeira atitude que toma quando o filho tem febre - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Atitude	n	%
Trata em casa	274	87,3
Leva ao médico / posto de saúde / hospital	29	9,2
Telefona p/ pediatra	7	2,2
Monitora em casa	3	1,0
Leva à farmácia	1	0,3
Total*	314	100,0

* Três mães não informaram sobre a primeira atitude que toma quando o filho tem febre.

Aproximadamente 95,0% (301) das mães usam algum tratamento por conta própria para controlar a febre em casa e somente 5,0% (16) delas não fazem uso de qualquer tipo de tratamento para a febre.

Quanto às formas de tratamento, 52,5% (158) das mães referiram usar o medicamento como única forma de tratamento e 42,9% (129) usaram o medicamento combinado com métodos tradicionais (banho de água fria, banho de álcool, chá, compressa de água e álcool e outras). Aproximadamente, 95,0% (287) das mães usam medicamentos combinados ou não a medidas tradicionais (*Tabela 35*).

Tabela 35. Distribuição das mães em função das formas de tratamento da febre utilizadas pelas mães em casa - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Formas de Tratamento	n	%
Só medicamento	158	52,5
Medicamento + banho de água fria	53	17,5
Medicamento + banho de álcool	29	9,5
Medicamento + banho de água morna	21	7,0
Medicamento + chá	5	1,7
Só água (banho frio ou morno)	4	1,2
Medicamento + compressa de água e álcool	3	1,0
Medicamento + compressa de álcool	3	1,0
Só chá	2	0,6
Medicamento + compressa de água morna	2	0,6
Medicamento + banho de água morna + banho de água fria	2	0,6
Medicamento + banho de álcool + chá	2	0,6
Medicamento + banho de água morna + chá	2	0,6
Só álcool (banho)	1	0,3
Medicamento + chá + banho de eucalipto	1	0,3
Medicamento + chá + banho de água de manjeriço	1	0,3
Medicamento + banho de água morna + local ventilado	1	0,3
Medicamento + banho morno c/alfavaca	1	0,3
Medicamento + banho de água e álcool	1	0,3
Medicamento + banho de eucalipto	1	0,3
Medicamento + gergelim	1	0,3
Total	301	100,0

Observou-se na *Tabela 36* que 26,7% (58) das mães afirmaram que a temperatura acima de 38,5°C é a temperatura para iniciar um tratamento para baixar a febre, 18,0% (39) indicaram o método táctil novamente como indicativo de febre. 27,9% (84) das mães não souberam informar a temperatura para iniciar o tratamento para reduzir a febre.

Tabela 36. Distribuição das mães que indicam quando a febre deve ser tratada, segundo a temperatura - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Temperatura para Tratar	n	%
Acima de 38,5°C	58	26,7
Acima de 38,0°C	51	23,5
Quando está quente ou muito quente	39	18,0
Acima de 37,0°C	38	17,5
Acima de 39,0°C	21	9,7
Acima de 39,5°C	7	3,2
Acima de 36,0°C	2	0,9
Febre muito alta	1	0,5
Total	217	100,0

Evidenciou-se na *Tabela 37* que o metamizol isolado ou combinado (62,9%) é o medicamento mais utilizado pelas mães para baixar a febre em casa, seguido do paracetamol isolado ou combinado (21,4%) e ácido acetilsalicílico sozinho ou combinado (15,3%). A descrição do antitérmico combinado refere-se a associação de antitérmicos.

Tabela 37. Distribuição das mães, de acordo com os antitérmicos utilizados por elas para baixar a febre em casa - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Antitérmicos	n	%
Metamizol	137	46,6
Paracetamol	60	20,4
Metamizol combinado*	48	16,3
Ácido acetilsalicílico	43	14,6
Paracetamol combinado*	3	1,0
Ácido acetilsalicílico combinado*	2	0,7
Antibiótico	1	0,4
Total	317	100,0

* Associação de antitérmicos.

Na *Tabela 38*, observamos que das 294 mães que utilizaram medicamentos para tratar a febre em casa, 33,7% (246) utilizaram o medicamento recomendado

por médicos em consultas anteriores e 9,8% (29) aplicaram medicamento por conta própria.

Tabela 38. Distribuição das mães, de acordo com quem recomendou usar o antitérmico - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Quem Recomendou	n	%
Médicos	246	83,7
Por conta própria	29	9,8
Parentes	12	4,1
Farmacêutico	4	1,4
Outros	3	1,0
Total	294	100,0

As fontes de informação sobre a febre utilizadas pelas mães são, como podemos observar na *Tabela 39*, 29,0% o próprio conhecimento sobre febre; 27,1% médicos; 19,2% das mães dizem utilizar como fonte de informação os médicos, por conta própria, parentes e vizinhos e 2,5% das mães utilizam como fonte leitura em livros, jornais ou televisão.

Tabela 39. Distribuição das mães, de acordo com as fontes de informação sobre febre - Fortaleza (Ce), setembro/96 a janeiro/97

Fontes de Informação	n	%
Só por conta própria	92	29,0
Só médico	86	27,1
Médico + outras combinações	61	19,2
Só parentes	43	13,6
Por conta própria + outras combinações	14	4,4
Livros, revistas, televisão ou jornais	8	2,5
Amigos	8	2,5
Só enfermeira	4	1,3
Só farmacêutico	1	0,4
Total	317	100,0

4.2.9 Análise das Atitudes das Mães com Relação a Episódio de Febre em Suas Crianças nas Duas Últimas Semanas:

Tal análise inclui apenas as mães de crianças que tiveram febre nas duas semanas que antecederam a entrevista domiciliar num total de 76. Foram estudadas as seguintes variáveis: Procura por um médico; explicação fornecida à respeito do que deve fazer; como usar o termômetro e quando deve tratar.

Verificamos que das 42,1% das mães que procuraram um médico, 65,6% destas receberam pelo menos um tipo de orientação sobre o que deve fazer quando o filho tem febre, o que é febre, como usar o termômetro e quando deve tratar a febre.

Das 21 mães que receberam algum tipo de orientação: 90,3% (28) delas não receberam explicação nenhuma a respeito do que é febre; 80,6% (25) não receberam explicação a respeito da utilização do termômetro e 61,3% (19) não receberam explicação quando deve tratar a febre.

Com relação a forma de tratamento recomendada a maioria dos médicos prescreveu o uso de antitérmicos, destacando-se o metamizol e paracetamol, como também foi recomendado o uso de antitérmico em associação a medidas físicas.

Segundo algumas mães os médicos homeopatas que elas conheceram não indicam o uso de antitérmicos, apenas as medidas tradicionais como banho de água fria ou morno.

4.3 Fase 3 - Inquérito com Pediatras

4.3.1 Características dos Pediatras:

Dos 96 pediatras que foram entrevistados, o maior percentual 75,0% (72) é do sexo feminino e o restante 25,0% (24) do sexo masculino.

A distribuição etária se apresentou da seguinte forma: 6,3% (6) dos pediatras na faixa etária de 20 a 29 anos; 33,7% (32) com idade de 30 a 39 anos; 41,1% (39) entre 40 e 45 anos e 18,9% (18) com idade acima de 50 anos; a idade média foi de 42,01 com um desvio padrão de 8,36.

Quase todas as entrevistas (93,7%) foram realizadas nos locais de trabalho dos pediatras, destacando-se consultórios (37,5%), hospitais (29,2%), postos ou centros de saúde (13,6%), maternidades (8,3%) e residências (6,3%).

O percentual de pediatras que se formaram pela Universidade Federal do Ceará foi de 86,5% (83) e em outras universidades foi de 13,5% (13).

Setenta e nove por cento (76) dos pediatras afirmaram ter concluído o curso de Medicina há mais de 11 anos e 20,9% (20) há menos de dez anos.

Observou-se que 76,1% (73) dos pediatras haviam feito residência médica, 31,3% (30) apenas especialização e 6,3% (6) concluíram ou estão cursando mestrado e doutorado.

Dos 76,1% pediatras que fizeram residência, 71,2% (52) deles optaram por pediatria geral, 24,7% (18) fizeram residência em especialidades pediátricas e 4,1% (3) fizeram outras especialidades não pediátricas, ver *Tabela 40*.

Tabela 40. Distribuição dos pediatras em função do sexo, faixa etária, tempo de formado e residência médica - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Características	n	%
Sexo		
Feminino	72	75,0
Masculino	24	25,0
Faixa etária (anos)*		
20 - 29	6	6,3
30 - 39	32	33,7
40 - 49	39	41,1
50 - 59	14	14,7
> 60	4	4,2
Tempo de formado		
3 - 4	2	2,1
5 - 10	18	18,8
11 - 15	29	30,2
16 - 20	24	25,0
21 - 25	12	12,5
26 - 30	5	5,2
≥31	6	6,2
Áreas de residência médica		
Pediatria geral	52	71,2
Especialidades pediátricas	18	24,7
Áreas não pediátricas	3	4,1
Total	96	100,0

* Um pediatra não informou sobre a idade.

Com relação ao tipo de emprego que os pediatras têm, levando em consideração que a grande maioria deles apresentam mais de tipo um emprego,

observa-se na *Tabela 41*, que 57,7% dos pediatras trabalham em consultórios privados, desses oito pediatras trabalham somente em consultório; 47,9% dos pediatras trabalham em serviço público do estado e 47,9% dos pediatras trabalham em instituição privada, do tipo hospitais ou maternidades particulares.

Tabela 41. Distribuição dos pediatras, de acordo com os tipos de emprego que têm (n=96) - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Tipos de emprego	%
Consultório privado	57,7
Serviço público do estado	47,9
Instituição privada	47,9
Serviço público do município	40,6
Serviço público federal	27,1
Cooperativa dos pediatras	2,1

Como atividade de reciclagem mais recente, a maioria (51,8%) dos pediatras citou o curso de atualização da Nestlé, seguido do congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria (18,5%), ver *Tabela 42*.

Tabela 42. Distribuição dos pediatras, de acordo com a última atividade de reciclagem - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Atividade de Reciclagem	n	%
Curso de atualização da Nestlé	42	51,8
Congressos brasileiros na área de pediatria	15	18,5
Outros curso de atualização	22	27,2
Congressos internacionais	2	2,5
Total	81	100,0

A média de pacientes que os pediatras atendem/dia, 57,0% (45) dos pediatras atendem no serviço privado até 20 pacientes e 3,8% (3) atendem entre 21 e 30

pacientes, enquanto no serviço público, 16,5% (14) dos pediatras atendem até 20 pacientes, 18,8% (16) atendem entre 21 e 30 pacientes, 12,9% (11) atendem entre 31 e 40 pacientes.

A média de horas que os pediatras trabalham por dia, 45,0% (36) dos pediatras trabalham no serviço privado de 3 a 4 horas e 11,2% (9) trabalham de 5 a 6 horas e 8,8% (7) trabalham mais de 10 horas, enquanto no serviço público, 28,2% (24) dos pediatras trabalham de 3 a 4 horas, 14,1% (12) trabalham de 5 a 6 horas e 8,2% (7) trabalham mais de 10 horas (*Tabela 43*). Lembrando que a maioria dos pediatras trabalham nos dois serviços.

Tabela 43. Distribuição dos pediatras, de acordo com a média de horas trabalhadas / dia no serviço privado e público (n=96) - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Horas trabalhadas / dia	Privado		Público	
	n	%	n	%
3 - 4	36	45,0	24	28,2
5 - 6	9	11,2	12	14,1
7 - 8	4	5,0	13	15,3
10 e + horas	7	8,8	7	8,2
Outros	24	30,0	29	34,2
Total	80	100,0	85	100,0

4.3.2 Definição de Febre pelos Pediatras e Opiniões Quanto à Conseqüência:

O nível de temperatura reconhecido por eles como indicador de febre varia de 37,5 a 37,8°C. Trinta e quatro por cento (33) dos pediatras consideram a febre como um sinal de alerta, 30,2% (29) consideram febre só uma elevação da temperatura corporal e 16,7% (16) afirmaram que a febre é uma defesa do organismo ou uma reação a um agente estranho. Alguns pediatras procuraram definir febre usando

alguns termos técnicos tais como: hipertermia ou alteração das "piridoxinas", entre outros.

Quanto à febre alta, 44,8% (43) dos pediatras consideram temperatura acima de 39° C ser febre alta, 36,5% (35) consideram febre alta acima de 38,5° C e 8,3% (8) consideram febre alta acima de 38° C .

Aproximadamente 83% (80) dos pediatras afirmaram que a febre pode causar algum dano à criança, sendo que o dano mais referido pelos pediatras foi a convulsão febril (82,4%). De acordo com as considerações dos próprios pediatras, a ocorrência de tal dano muitas vezes está ligada a história familiar da criança ou predisposição da criança ao estímulo.

Além da convulsão febril, outros danos que a febre pode provocar referidos pelos pediatras foram problemas neurológicos, psicológicos, adinamia, mal-estar ou desconforto para a criança, anorexia, dores musculares, desnaturação das proteínas entre outros.

25,0% (20) dos pediatras foram de opinião que a febre independe da temperatura para poder provocar algum dano à criança e 11,3% (9) dos pediatras consideram que temperaturas acima de 38,0° C já podem provocar danos à saúde da criança.

Observou-se que 75,8% (72) dos pediatras afirmaram que a febre pode provocar complicações. Dentre as complicações mais referidas pelos pediatras destacou-se a convulsão febril (40,3%), desidratação e descompensação de doença crônicas, problemas neurológicos, cardiopatias, também foram referidas. Porém, quanto a manifestação de tais complicações devem estar associadas a história familiar da criança de convulsão e predisposição a problemas neurológicos, de acordo com relatos dos pediatras.

A maioria dos pediatras (79,2%) afirmaram que a convulsão febril é a complicação mais séria provocada pela febre. Outras complicações relatadas pelos pediatras foram os problemas neurológicos, desnaturação das proteínas, complicação renal e cerebral (*Tabela 44*).

Tabela 44. Distribuição dos pediatras, de acordo com as complicações sérias que a febre pode provocar - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Complicação Mais Séria	n	%
Convulsão febril	57	79,2
Desidratação	1	1,4
Convulsão febril + desidratação	3	4,2
Outros	11	15,2
Total	72	100,0

O meio mais utilizado pelos pediatras para aferir a temperatura foi o termômetro (85,4%). Sendo a via mais usada para realizar essa aferição foi a axilar, 93,9% dos pediatras do serviço privado usam tal via, enquanto no serviço público foi de 94,2% dos pediatras.

4.3.3 Formas de Tratamento Empregadas pelos Pediatras:

Evidenciou-se que, 29,2% (28) dos pediatras tratam toda febre e 38,5% (37) deles afirmam que a temperatura para o início de tal tratamento é temperatura acima de 38,0°C, resultados apresentados na *Tabela 45*.

De acordo com os resultados da *Tabela 46*, as principais razões que levaram os pediatras a tratarem a febre em crianças menores de seis anos de idade foram: Febre alta acima de 38,0°C (38,5%), convulsão e/ou risco de convulsão (19,2%), quadro infeccioso (15,4%), pós-operatório (15,4%) e febre acima de 38,0°C (11,5%). Sendo que algumas dessas razões apresentaram combinações entre elas.

Foram relatadas pelos pediatras outras razões para que toda febre fosse tratada tais como o desconforto que a febre provoca na criança, quando apresenta

um estado geral de saúde grave ou quando ocorre um quadro neurológico, entre outras.

Tabela 45. Distribuição dos pediatras quanto a iniciar o tratamento da febre - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Variável	n	%
Toda febre deve ser tratada:		
Não	68	70,8
Sim	28	29,2
Temperatura para tratar febre *:		
Temperatura acima de 38,0	37	38,5
Temperatura acima de 37,8	26	27,1
Temperatura acima de 38,5	24	25,0
Temperatura acima de 37,5	5	5,2
Temperatura acima de 39,0	2	2,1

* Dois pediatras não informaram a temperatura para tratar a febre.

Tabela 46. Distribuição dos pediatras, de acordo com as razões para tratar sempre toda febre - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Razões para tratar sempre toda febre	n	%
Febre alta acima de 38,5° c	10	38,5
Convulsão / risco de convulsão	5	19,2
Apresentando quadro infeccioso	4	15,4
Pós-operatório	4	15,4
Febre acima de 38,0° c	3	11,5
Total	26	100,0

Alguns pediatras fazem referência a tratar empregando outros termos tais como: "observar" ou "cuidar" da febre, se necessário, para evitar algum dano à criança ou a febre podendo levar alguma complicação e/ou a ocorrência de convulsão ou para acalmar a mãe da criança ou diante de um quadro de pós-operatório, mesmo quando para isso utilizem alguma medida farmacológica ou física para controlar a febre.

Por outro lado, as razões para não tratar a febre referidas pelos pediatras foram temperaturas abaixo de 38,0° C (20,6%), exposição a algum tipo de fonte de calor combinada com alguma atividade física (19,2%), exposição a algum tipo de fonte de calor isolada (8,8%), virose (8,8%) e outros (26,4%). Evidenciou-se outras razões para tratar a febre como criança alérgica, febre de origem psicológica, hipertireoidismo, estresse e febre emocional.

Quanto ao porque de não tratar a febre os pediatras afirmaram que os principais motivos são a febre ser uma resposta natural do organismo, ser apenas um sinal de alerta e uma hipertermia.

Conforme os resultados da *Tabela 47*, a conduta terapêutica mais aplicada pelos pediatras foi o uso de medicamento combinado com o banho de água morna (82,3%), seguido pelo banho de água morna isolado (76,0%); este último não é considerado pelos pediatras um tratamento propriamente dito, mas um recurso físico empregado e a terceira conduta foi o uso de medicamento isolado (54,2%). Enquanto 6,3% dos pediatras não recomendam ou nem aplicam o banho de eucalipto e 5,2% não recomendam o uso de chás para tratar a febre. Quase todos os pediatras (91,7%) condenam o banho de álcool isolado como conduta terapêutica para febre e 88,5% dos pediatras condenam o banho de álcool combinado com medicamento.

Para os pediatras a temperatura mais aconselhada para iniciar o uso de medidas físicas ou tradicionais é 38,0° C (20,8%), seguida das temperaturas acima de 39,0° C (18,8%); 15,0% dos pediatras iniciam as medidas físicas acima 37,5° C e 5,2% dos pediatras iniciam o uso dessas medidas com temperaturas acima de 39,5° C.

Tabela 47. Distribuição dos pediatras, segundo a conduta terapêutica adotada por eles para tratar a febre (n=96) - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Conduta Terapêutica	Aplica	
	n	%
Medicamento	52	54,2
Banho de álcool	7	7,3
Banho de água morna	73	76,0
Banho de água fria	36	37,5
Medicam. + banho (álcool)	8	8,3
Medicam. + banho (morna)	79	82,3
Medicam. + compressa(fria)	51	53,1
Medicam. + banho (fria)	36	37,5
Chá	21	21,9
Banho eucalipto	31	32,3

Os meios físicos mais recomendados entre os pediatras são o banho de água morna (60,6%), seguido por ventilação do ambiente (51,1%), compressa ou envoltório com água (44,6%), podendo a água estar em temperatura ambiente ou morna, outra medida foi o banho de água (25,5%), podendo utilizar água fria, "quebrada a frieza" ou mesmo usar água em temperatura ambiente, outras medidas recomendadas foram banho morno com eucalipto ou banho combinado de álcool e água. Essas medidas que foram referidas pelos pediatras podem admitir mais de uma resposta, conforme distribuição tabular, ver *Tabela 48*. Apenas dois pediatras não usam nenhuma medida física recomendam assim diagnosticado febre, logo o uso de medicamento antitérmico.

Tabela 48. Distribuição dos pediatras, de acordo com as medidas recomendadas (n=94) - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Medidas Físicas Recomendadas	n	%
Banho de água morna	57	60,6
Ventilação do ambiente	48	51,1
Compressa / envoltório c/água	42	44,6
Banho de água (fria, quebrada a frieza ou temp. ambiente)	24	25,5
Chá	9	9,6
Compressa + banho de água	9	9,6
Hidratar / desagasalhar	6	6,4
Banho de álcool	3	3,2
Outros	2	2,1

35,8% (34) dos pediatras informaram que a reação da mãe à febre da criança interfere na sua decisão em tratar a febre da criança com medicamento e 5,3% (5) dos pediatras informaram que às vezes a reação das mães interfere em tal decisão.

O medicamento antitérmico considerado mais adequado pelos pediatras do serviço público ou privado para tratar a febre em crianças menores de seis anos de idade é o paracetamol (47,9%) e em segundo lugar o metamizol (37,5%), apresentado na *Tabela 49*.

Observou-se que 38,0% (35) dos pediatras afirmaram que a temperatura acima de 38,5° C é a temperatura para iniciar um tratamento com antitérmico, 27,2% (25) dos pediatras consideram a temperatura acima de 38,5° C para iniciar o uso de medicamento para tratar a febre. Sendo que 4,3% (4) dos pediatras não informaram a temperatura para iniciar o tratamento com antitérmico para reduzir a febre.

Tabela 49. Distribuição dos pediatras, de acordo com o antitérmico mais adequado por eles para tratar a febre - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Antitérmico	n	%
Paracetamol	46	47,9
Metamizol	36	37,5
Metamizol + paracetamol	9	9,4
Metamizol +ác. acetilsalicílico	1	1,0
Homeopático	4	4,2
Total	96	100,0

O antitérmico que os pediatras mais prescrevem no serviço público é o metamizol (58,8%), seguido pelo paracetamol (25,9%) e 15,3% dos pediatras prescrevem dois antitérmicos para serem usados de forma alternada, ou seja, primeiro começa usando um tipo de antitérmico e quando for usar a segunda dose já muda para o outro antitérmico. Enquanto no serviço privado o paracetamol (52,4%) é o mais prescrito, seguido pelo metamizol (28,7%) e nimesulide (1,3%), ver *Tabela 50*.

Tabela 50. Distribuição dos pediatras em relação ao tipo de antitérmico prescrito (n=96), de acordo com o serviço público e privado - Fortaleza (Ce), out/97 a jan/98

Tipo de Antitérmico Prescrito	Público		Privado	
	n	%	n	%
Metamizol	50	58,8	23	28,7
Paracetamol	22	25,9	42	52,4
Metamizol + Paracetamol	9	10,6	12	15,0
Metamizol + Ác. Acetilsalicílico	3	3,5	1	1,3
Paracetamol + Ác. Acetilsalicílico	1	1,2	1	1,3
Nimesulide	-	-	1	1,3
Total	85	100,0	80	100,0

Com relação o termo "febre controlada", aproximadamente 48,0% dos pediatras afirmaram que esse termo corresponde a febre que se mantém constante dentro de um nível de temperatura e não havendo necessidade do uso de antitérmico, enquanto, 32,0% deles já afirmam o contrário, que a febre se mantém dentro de um nível de temperatura mas que para isso é necessário aplicar um tratamento farmacológico ou a utilização meios físicos. Apenas 3,0% dos pediatras nunca ouviram falar nesse termo, informando tratar-se de um termo popular. Já a temperatura para definir a febre controlada, 27,1% dos pediatras relataram temperaturas abaixo de 37,8° C e 12,5% dos pediatras relataram entre o intervalo de 37,8 e 38,5° C. 20,8% dos pediatras não souberam informar que temperatura seria utilizada para febre controlada.

Observou-se que 87,4% (83) dos pediatras mudam de antitérmico quando o mesmo não surte o efeito desejado, 12,6% (12) dos pediatras não mudam de antitérmico e 1,0% não informou sobre a razão de mudar de antitérmico. Na maioria das vezes essa mudança é realizada devido a problemas alérgicos ou quando o medicamento não apresenta o efeito desejado.

Sendo que tal troca é realizada mais comumente entre o uso do paracetamol que para o uso do metamizol (59, 1%) e o uso do metamizol ao invés do paracetamol (18,2%).

Sessenta e seis (68,8%) pediatras prescrevem antitérmicos por telefone, 25 (26,0%) pediatras não prescrevem antitérmicos por telefone e 5 (5,2%) pediatras prescrevem só às vezes. As situações mais comuns para tal atitude é pais que os procuram de madrugada ou nos finais de semana, quando a febre está em torno de 38,0° C e pais bastante aflitos e ansiosos e aliada essas situações antes de mais nada são pacientes conhecidos do próprio pediatra.

Os principais aspectos abordados na orientação que é fornecida aos pais referidos pelos pediatras foram: A aplicação de medidas físicas (70,8%), recomendar que os pais desagasalhem seus filhos quando tem febre e deixem em um ambiente ventilado (64,6%), explicações a respeito de como a febre ocorre

(57,3%), informações sobre o que é febre, relatando que é apenas um sintoma (56,3%), quando se deve tratar (56,3%) entre outros.

Observou-se que a maioria dos pediatras (62,8%) dá explicação a respeito dos problemas que a febre pode provocar, particularmente para os pais que tem filhos com história de convulsão.

As fontes de informação sobre o assunto febre mais utilizadas são os livros textos de pediatria, sendo os autores mais citados Jayme Murahovschi ou Nelson, como também algum livro-texto de farmacologia, bem como as diretrizes institucionais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Organização Mundial da Saúde ou Ministério da Saúde; quanto as revistas e jornais utilizados como fonte de informação e atualização destaca-se o jornal da SBP.

Quanto à reação das mães quando os filhos tem febre, 27 (28,1%) pediatras informaram que a reação das mães à febre das crianças é de pavor, 20 (20,8%) pediatras informaram que muitas manifestam uma reação de medo da criança ter uma convulsão ou morrer, 11 (11,5%) pediatras informaram que a reação da mãe é de ansiedade para tratar logo a criança, 5 (5,2%) pediatras relataram que a mãe tem uma apreensão com relação ao estado de saúde da criança; outros chamaram a atenção para a desinformação da mãe, sua insegurança e o fato verem a febre como uma doença.

Por outro lado, observou-se que, 42,7% (41) dos pediatras informaram que a reação da mãe frente ao tratamento da febre é de aguardar ou acatar a sua orientação de tratamento, 25,0% (24) informaram que a reação da mãe é automedicar com antitérmico ou impor que o pediatra prescreva um antitérmico devido acreditarem na sua eficácia, 3,1% (3) relataram que a reação da mãe é usar antibiótico para tratar a febre por entenderem que a febre é uma doença, portanto, deve-se tratar com antibiótico, 3,1% (3) informaram que a reação com relação ao uso de meios físicos é de recusa ou de falta de credibilidade. Outras reações descritas são de expectativa, medo de convulsão, desejo de respostas rápidas ou tratamentos rápidos, como o uso de injetáveis. No entanto, conforme os médicos

algumas mães revelam terem medo de injetáveis principalmente do metamizol pelo risco de provocar hipotermia.

Com relação à comparação da conduta dos pediatras no serviço público e no serviço privado 55,8% (53) dos pediatras informaram que há diferença de atitude e 41,1% (39) dos pediatras informaram que não há diferença. As razões descritas para essa diferença são o pouco tempo disponível no serviço público para atender o paciente comparando-se com o serviço privado, a escassez de recursos no serviço público, particularmente quanto à disponibilidade de medicamentos.

Quanto às atitudes das mães que buscam o serviço público ou serviço privado, 64,9% (61) dos pediatras informaram existir diferença de atitudes nas mães e 34,0% (32) dos pediatras informaram não existir diferença de atitudes nas mães.

Já as razões para tal diferença segundo aqueles que concordaram são de natureza cultural, educacional e acesso mais fácil ao pediatra para as mães que vão a um serviço privado, o fato da mãe escolher o pediatra, terem mais informações sobre os cuidados com a criança; por outro lado estas mães segundo os médicos usam mais medicamentos do que as mães que freqüentam o serviço público.

4.3.4 Esquema Terapêutico Adotado pelos Pediatras do Estudo:

Existe um esquema terapêutico para tratar a febre mesmo não havendo um consenso. A maior parte dos pediatras afirma começar utilizando algum meio físico no caso de febre baixa (temperatura entre 37,8° C e 38,0° C), se a febre não ceder é que passam para o uso de antitérmico. O tratamento farmacológico tem início com o uso do paracetamol gotas, se este não surte efeito, passa-se o metamizol gotas ou solução; caso o resultado for negativo administra-se o paracetamol supositório (em febre alta de 39,0° C), ou mesmo metamizol injetável, por via intramuscular (IM). Se a criança tem história de convulsão ou história familiar de convulsão ou problema neurológico, prescreve-se a via retal ou IM já em temperaturas acima de 38,5° C.

Quando a criança apresenta estado febril é recomendado hidratá-la e deixá-la em lugar ventilado.

DISCUSSÃO

O delineamento proposto resultou na obtenção de amostras representativas das populações do estudo. No total foram incluídas 212 crianças menores de seis anos com episódios de febre, levadas por suas mães a duas emergências pediátricas de referência em Fortaleza, sendo uma do serviço público e outra do serviço privado; em um segundo momento foram entrevistadas 317 mães em seus domicílios e um outro inquérito envolveram 96 pediatras em seus locais de trabalho.

Este tipo de estudo é caracterizado por ser um estudo multifaseado, ou seja, composto por fases que se complementam a partir da obtenção dos seus resultados.

Quanto à comparação entre as três fases do estudo deve ser analisada sob alguns aspectos. Dentre eles, os pediatras dos serviços não foram incluídos no estudo de utilização de medicamentos e para garantir uma maior comparabilidade por se tratar de populações com características distintas, foram utilizadas algumas variáveis comuns entre elas, tais como atitudes e conhecimentos sobre a febre e suas formas de tratar.

Os estudos de utilização de medicamentos realizados em diversos países, além de abordarem os aspectos sociais do uso de medicamentos prescritos, enfatizam principalmente os fatores que influenciam a atitude e o comportamento dos médicos quanto à prescrição, incluindo a demanda e expectativa da sociedade; a influência da indústria farmacêutica; as medidas regulamentadoras e de controle imposto pelas autoridades de saúde; tradição e educação da população; ensino médico e o pensamento profissional; a ideologia; o poder estatal e a distribuição de renda de cada país; formação do médico, com pós-graduação ou não, bem como a informação comercial e profissional que é dada ao médico.

Tais estudos geralmente apresentam um único objeto de investigação, ou seja, o médico que prescreve o medicamento ou a população que usa medicamento. Portanto, a comparação deste estudo com os achados da literatura torna-se difícil, na medida em que o mesmo utilizou dois objetos bastantes distintos sob vários aspectos. Dentre estes, destacam-se as características das populações estudadas, no caso das mães, incluem faixas etárias diferentes, diversos níveis de escolaridade e renda familiar, a disponibilidade dos recursos e ao acesso a serviços de saúde. Quanto aos pediatras inclui a formação profissional e a possibilidade de reciclagem. Além disso, o método, os instrumentos utilizados, bem como a classificação que foi dada às variáveis estudadas, tornam-se limitadas as comparações do estudo com outros estudos existentes.

5.1. Prevalência dos Antitérmicos nas Emergências Pediátricas:

Das 212 crianças atendidas em emergências 91,0% delas receberam uma prescrição pediátrica, sendo 92,4% na emergência privada e 89,6% na emergência pública.

Pepe (1994) demonstra em um estudo realizado no Rio de Janeiro num serviço de atenção primária e com pacientes adultos que a taxa de prescrição foi de 91,6%. Tal evidência também foi recorrente no presente estudo, no entanto, a comparação deve ser relativizada pelas diferenças metodológicas, bem como o período de tempo e a população.

Para explicar as altas taxas de prescrições nas emergências pediátricas é preciso considerar alguns aspectos, dentre eles o acesso mais fácil ao pediatra do serviço privado, onde cada mãe tem um pediatra de escolha e isto não ocorre no serviço público. As mães atendidas em serviço privado são mais informadas com relação aos cuidados com a criança e fazem consultas prévias ao pediatra por telefone antes de levá-las à emergência. Portanto, só procuram um serviço de saúde em casos graves ou de urgência. Por outro lado, as mães do serviço público

não tem acesso a essa prática, resultando numa procura maior pelo serviço de saúde pública.

Talvez muitos pediatras que prescrevem antitérmicos no serviço público, usam isso para compensar a falta de tempo para uma orientação mais adequada frente a um quadro de febre.

A formação continuada dos pediatras é um dos fatores mais importantes que podem influenciar a prescrição médica. Nesse estudo evidenciou que a formação dos pediatras locais é predominantemente uma formação *lato sensu*, particularmente tipo especialização. Demonstrou-se que a atuação dos pediatras locais em atividades científicas que envolvam sociedades brasileiras ou internacionais é muito incipiente, sendo mais atuantes nos congressos das indústrias multinacionais do setor alimentício, destacando-se os congressos de atualização da Nestlé.

Quanto às prescrições pediátricas foram prescritos 574 medicamentos (em média 3,0 medicamentos/prescrição). Onde 50,2% deles ocorreram em emergência pública e o restante 49,2% em emergência privada.

Um estudo comparativo sobre a utilização de medicamentos em crianças menores de 14 anos em ambulatórios, realizado na Espanha e na Suécia, em 1989, revelou que a média de medicamentos prescritos é de, 2,3 fármacos/prescrição na Espanha e 1,4 fármacos/prescrição na Suécia (SANZ et al,1989). Entretanto, o valor obtido nesse estudo foi de 3,0 fármacos/prescrição, portanto bem superior aos valores da literatura. Sabe-se que prevalência de prescrições pediátricas com polifármacos é bastante elevada em países em desenvolvimento, devido em muitos casos não existir um uma política de controle desses medicamentos.

A prevalência dos antitérmicos nas prescrições pediátricas das duas emergências foi de 57%. A prática de prescrever antitérmicos é mais comum entre os médicos que trabalham em serviços públicos. Portanto, a prevalência de antitérmicos prescritos na emergência pública foi de 61,0%, enquanto em emergência privada foi de 39,0%.

May e Bauchner (1992) confirmam a alta prevalência (72%) de antitérmico prescrito por pediatras americanos em serviço de emergência. Portanto os valores observados são consonantes com os valores apresentados em países desenvolvidos, principalmente o verificado no serviço público.

O metamizol sódico correspondeu 94,0% dos antitérmicos prescritos na emergência pública e 6,0% correspondeu o paracetamol. Na emergência privada o paracetamol representou 53,5% dos antitérmicos prescritos, o metamizol sódico (44,2%) e o nimesulide (2,3%).

Face aos antitérmicos, o metamizol não faz parte da lista de medicamentos essenciais da OMS (1995), nem da Farmacopéia Americana (1994) e nem da lista de medicamentos essenciais do Brasil - RENAME (1998), no entanto, deve-se lembrar que neste estudo esse antitérmico é amplamente usado não só por pediatras como também por mães.

Muitos livros-texto de Pediatria e Terapêutica Pediátrica, publicados no Brasil, recomendam o uso do metamizol em criança com temperatura elevada. Nesse estudo observou-se que as fontes de informação mais utilizadas para aprendizado dos pediatras locais são os livros-texto de pediatria, de autores como Jayme Murahovschi ou Nelson, que recomendam o uso desse antitérmico.

Além disso, verificou-se que nenhum pediatra prescreveu o ácido acetilsalicílico para baixar a febre em crianças. Por outro lado, estão substituindo este antitérmico por um antiinflamatório não-esteroidal, o nimesulide.

Sabe-se que o ácido acetilsalicílico está associado a ocorrência da síndrome de Reye em crianças menores de doze anos (HALL, 1986). Nesse estudo evidenciou-se que os pediatras rapidamente absorveram essa informação. Muitos deles procuraram explicar as razões para o não uso em pediatria. Destacando-se a informação à respeito da possível ocorrência da síndrome de Reye e as informações epidemiológicas sobre o aumento de casos de dengue hemorrágica e/ou clássica no estado do Ceará onde é contra-indicado o seu uso. Sendo que tal informação é bastante difundida no serviço público.

Alguns países vêm adotando um sistema de vigilância para a síndrome de Reye, tais como Inglaterra e Países Baixos (1981), Itália (1986) e Estados Unidos (1978) e estabelecendo assim um controle quanto ao uso do ácido acetilsalicílico (HALL, 1987; MARCHETTI, 1991).

Quanto ao nimesulide, sabe-se que a forma de suspensão não causa reações adversas, tais como desconforto gastro-intestinal e é bem tolerada por crianças, em um curto período de tempo. Lecomte e col. (1991), pesquisando os efeitos antipiréticos do nimesulide em crianças, identificaram em um estudo randomizado com crianças de 6 meses a 8 anos de idade e que tinham infecção respiratória aguda um efeito satisfatório se utilizado em um curto período tempo e usado concomitantemente com antibiótico.

Dos medicamentos injetáveis prescritos (19,3%), 83,0% dos medicamentos foram administrados logo após a consulta, sendo o metamizol intramuscular (IM) o mais prescrito na emergência pública 46,6% dos injetáveis, seguido da metoclopramida IM (23,3%). Enquanto na emergência privada, a bromoprida IM (35,0%) e o metamizol IM (30,0%) foram os injetáveis mais prescritos.

O problema do uso abusivo de antitérmicos injetáveis é mais freqüente em países em desenvolvimento e, segundo a OMS (1994), o uso desses injetáveis para o tratamento da febre em crianças pequenas não encontra justificativa.

Em relação às reações adversas oriundas do uso metamizol injetável, sabe-se que seu uso é muito mais prejudicial se comparado às suas formas orais, podendo produzir reações pseudo-alérgicas (rinites, pólipos nasais, asma brônquica e urticárias), bem como associar-se a um risco de hipotensão e colapso cardiovascular, no entanto, tais reações são de origens distintas (ANDALUCIA, 1995; BISCARINI, 1992).

Verificou-se nesse estudo uma ampla prescrição de medicamentos sintomáticos, por exemplo, entre os dez grupos terapêuticos mais prescritos (99,0% do total) os analgésicos - antipiréticos (23,3%) os antiasmáticos (18,1%) e os antibióticos sistêmicos (14,6%) correspondem a 56,0% do total. Já no que se refere

aos fármacos, o metamizol foi o de maior prescrição (18,8% do total), tendo como maior peso na emergência pública (30,2%) em comparação com a emergência privada.

Sanz e col. (1989) publicaram um estudo comparativo sobre prescrições pediátricas entre a Suécia e a Espanha. Onde esses autores encontraram entre os quinze grupos terapêuticos mais comuns: os agentes do aparelho respiratório (35,8%); antibióticos (26,0%) e antitérmicos (2,2%) na Suécia, enquanto na Espanha foram os antibióticos (28,2%); agentes do aparelho respiratório (16,1%) e os antitérmicos (7,7%).

Os antibióticos constituem de 15 a 20% de todas prescrições e 30 a 50% do custo de medicamentos utilizados em hospitais (COPERMAN, 1977 *apud* BRICKS, 1995).

Outros sintomas foram associadas à febre. Segundo as mães da emergência privada o maior percentual ocorreu para "diarréia" (23,6%), seguida por "gripe" (22,2%) e terceiro por "problema de garganta" (19,4%). Já na emergência pública o maior percentual ocorreu para "cansaço" (28,4%), seguida por "diarréia" (13,5%) e terceiro a "dor" (10,8%). Apenas 10,3% das mães referiram a febre como um problema isolado dos outros sintomas.

Quanto ao diagnóstico, no hospital público destacou-se pneumonia (23,6%), bronquite (17,6%) e asma (14,8%).

Outro achado interessante foi a prescrição de solução fisiológica (9,9%), inalações nasais para aliviar a obstrução nasal. Porém, a associação dessa observação com o diagnóstico não foi possível de ser concretizada, devido não ser propósito desse estudo analisar os tipos de tratamentos de acordo com o diagnóstico.

5.2 O Mito da Convulsão Febril:

As afirmações sobre os problemas ou complicações que a febre pode provocar foram até certo ponto comuns a mães e pediatras.

A maioria das mães (76,5%) consideram que temperaturas abaixo de 40°C podem causar algum dano a criança e 4,8% delas definiram este valor de temperatura pelo método táctil. 10,7% ignoram o valor da temperatura e 23,3% não souberam informar sobre este valor.

Quase todas as mães no inquérito domiciliar (97,8%) acreditam que a febre pode trazer algum problema à criança. 60,5% relataram que o maior problema que a febre pode provocar é a convulsão, 7,5% referiram a problema cerebral e 4,3% referem-se a morte.

Para os pediatras (75,8%) a febre pode provocar complicações. 79,2% dos pediatras afirmaram que a convulsão febril é também a complicação mais séria provocada pela febre. Outras complicações como problemas neurológicos, desnaturação das proteínas, complicação renal e cerebral foram referidos.

Quanto à convulsão, segundo os pediatras entrevistados as manifestações devem estar associadas a antecedentes familiares e a predisposição da criança a problemas neurológicos.

A crença de que a febre pode causar algum dano como a convulsão febril evidenciada por mães e pediatras não apresenta respaldo na literatura. Usualmente as febres em crianças não causam danos a não ser em situações extremas como febres entre 41,0 e 42,0°C que podem causar danos no sistema nervoso central ou desordens no centro termoregulador (ANDERSEN, 1988; McCATHY et al, 1976).

A maioria das febres são bem toleradas, portanto não devem ser tratadas antes de chegar ao limite de 41,0°C (KLUGER, 1992; SCHMITT, 1984; DONE, 1982).

Quanto aos perigos que a febre podem provocar a hipertermia é geralmente definida como temperatura acima de 41°C. Porém, febres a este nível de temperatura são raras (McCATHY et al, 1976, TOMLINSON, 1975).

Dubois (1949) afirma que a febre alta está associada a infecções tais como pneumonia e malária, enquanto McCarthy et al. (1976) em seus estudos sobre febre alta em crianças estão associados a meningite bacteriana.

Schmitt (1980) realizou uma revisão nos livros-texto de patologia, fisiologia e pediatria nos Estados Unidos sobre os perigos que a febre pode provocar. Nessa revisão ele evidencia a falta de consenso quanto ao nível de temperatura que pode provocar dano à pessoa com febre alta, bem como a falta de esclarecimento sobre os tipos de danos.

Para Schmitt (1980) a febre raramente provoca alguma complicação sendo que tal afirmação não está em consonância entre os pediatras entrevistados, onde a maioria não afirmaram tal achado.

Diversos estudos epidemiológicos revelam que convulsões febris em crianças são eventos auto-limitados e geralmente, benignos. Além disso, dificilmente pode-se evitar, o surgimento de uma convulsão febril, que na maioria das vezes acontece durante uma elevação abrupta da temperatura (MARCHETTI, BONATI, 1995; VERITY, 1991; VAN DEN BERG, YERUSHALMY, 1969; NELSON, 1976). Entretanto, as opiniões colhidas nesse estudo tanto com mães como com pediatras não refletem essa compreensão.

Quanto ao risco das crianças desenvolverem a convulsão febril, de acordo com a OMS (1994), *"crianças com menos de 5 anos, e especialmente entre 6 meses e 3 anos, têm risco de convulsões febris, principalmente em temperaturas retais de 40°C ou mais. Entretanto, muitas destas convulsões ocorrem no início do episódio febril, enquanto a febre está se elevando e, muitas vezes, antes que os pais tenham detectado a febre. As convulsões febris normalmente se resolvem espontaneamente e não estão associadas com complicações neurológicas a longo prazo"*.

5.3 Descrição da Febre por Mães e Pediatras:

Segundo McCarthy (1976) a prevalência da febre em crianças que procuram os serviços de emergência nos hospitais americanos é de 20%, enquanto nos serviços de saúde na Arábia Saudita este valor é bem superior (50%). Nos países tropicais a febre já é uma condição comum, por conta da alta incidência das doenças infecciosas e da temperatura ambiental elevada (ABDULLAH et al, 1987)

Os dados deste estudo mostram que as definições de febre, temperatura limite para febre e febre alta não são uniformes entre as mães nem entre os pediatras.

A maioria das mães entrevistadas no inquérito domiciliar (96,0%) considera que a temperatura está normal quando abaixo de 37,0°C; 24,3% ignoram o valor da temperatura normal e 20,8% delas não souberam responder o que significava temperatura normal.

Singhi et al. (1991), afirmam que 55% das mães que procuraram um serviço de emergência em Chandigarh na Índia sabiam fazer referência a respeito da temperatura normal. Comparado com esse estudo as mães de Fortaleza apresentam um nível de conhecimento superior sobre temperatura normal.

Para Cutolo et al.(1993), a temperatura corporal normal no homem é em média 36,7°C e esses valores englobam 95% da população. Os resultados obtidos nesse estudo confirmam esses valores quanto ao conhecimento que a mãe a respeito de temperatura normal.

O nível de temperatura reconhecido pelos pediatras de Fortaleza como indicador de febre varia de 37,5 a 37,8°C.

Não há um consenso entre estes pediatras para definir febre dentro de um valor específico de temperatura. Em muitos estudos, os valores de temperatura são usados arbitrariamente para definir febre em crianças. No entanto, na maioria dos estudos que envolvem crianças com menos de três meses de idade a febre é

definida a partir de temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$. Estudos em crianças acima de três meses de idade usam valores que oscilam entre $37,7$ e $38,3^{\circ}\text{C}$, retalmente (BONADIO, 1993).

Deve-se ressaltar que o nível de temperatura como indicador de febre é relativo quanto aos costumes regionais. Para a OMS (1994), muitos países em desenvolvimento reconhecem febre quando o nível de temperatura retal está acima de 38°C e as temperaturas orais ou axilares estão entre $38,5$ e $38,8^{\circ}\text{C}$, respectivamente, desde que o termômetro seja colocado por pelo menos um minuto. Já em países desenvolvidos como os Estados Unidos muitos estudos publicados definem febre quando o nível de temperatura está acima de $37,8^{\circ}\text{C}$ oralmente ou $38,0^{\circ}\text{C}$ retalmente (ANDERSEN, 1988, SCHMITT, 1980).

Para 34,0% das mães de Fortaleza entrevistadas no domicílio a febre é um sintoma e para 20,2% delas a febre é uma doença. 13,6% das mães não souberam responder nada a respeito do que é febre.

Trinta e quatro por cento dos pediatras consideram a febre como um sinal de alerta, 30,2% consideram febre só uma elevação da temperatura corporal e 16,7% consideram que a febre é uma defesa do organismo ou uma reação a um agente estranho. Outros definiram febre usando alguns termos como hipertermia ou alteração das "piridoxinas".

Diversos estudos sugerem que a febre tem um papel protetor contra a multiplicação de microorganismos (KLUGER, 1992; ROBERTS, 1991). No entanto, em nosso trabalho, apenas 16,3% dos pediatras estão de acordo com essa maneira de encarar a febre. A grande maioria dos pediatras entrevistados consideram a febre um sintoma relacionado a outros problemas.

Tanto Schmitt (1984) como Kavukçu (1992) reconhecem a febre com um sintoma e não uma doença e que a grande maioria das crianças com febre apresentam infecções de origem viral ou bacteriana, que antes de qualquer atitude paliativa precisam ser diagnosticadas e tratadas adequadamente. O valor numérico da temperatura tão comumente referido por pediatras e mães deve ser analisado

não como um valor absoluto mas como um dos indicadores disponíveis para avaliar a gravidade de uma doença entre tantos outros.

Quanto à febre alta, 34,6% das mães entrevistadas no inquérito em Fortaleza consideram temperaturas acima de 39°C ser febre alta; 31,8% consideram febre alta acima de 38°C e 23,0% usam o método táctil para diagnosticar febre alta, usando os termos "quente" e "muito quente". Dezesete por cento das mães ignoram o que é febre alta e 16,4% delas responderam que não sabiam qual é a temperatura que caracteriza febre alta. A moleza no corpo e a criança gripada foram referências fornecidas sobre febre alta.

Febre alta para 44,8% dos pediatras é caracterizado por temperatura acima de 39°C; 36,5% consideram febre alta acima de 38,5°C e 8,3% consideram acima de 38°C.

Schmitt (1984) considera arbitrária associar um valor numérico à febre alta. Em um estudo que realizou sobre a fobia da febre entre pais americanos que procuravam um serviço de emergência pediátrica, 23% dos pais consideram febre alta temperatura acima de 38,3°C e 35% consideram temperatura acima de 38,9°C. Schmitt concluiu que o nível de referência para febre alta é a temperatura de 40,5°C, porque ocorre em apenas 5% das crianças febris e, além disso é comprovadamente associada a um aumento de bacteremia.

5.4 Métodos Utilizados para Diagnosticar a Febre:

A febre é um dos sintomas que pode ser medido, quantificado e até mesmo pode fornecer um indicativo de gravidade da doença. Por exemplo a artrite reumatóide juvenil e a febre reumática aguda são caracterizadas pela presença de febre. Febres prolongadas e manifestando-se diariamente pela manhã têm forte associação com a meningite bacteriana, bacteremia e pneumonia (ANDERSEN, 1988).

As mães utilizam métodos de aferição de temperatura da criança, que não necessariamente são usados pelos pediatras. Aproximadamente 64,0% das mães entrevistadas no domicílio informaram usar o termômetro como instrumento para medir a febre e 36,1% das mães afirmam utilizar métodos e instrumentos próprios para medir a febre. O termômetro é considerado artigo de luxo e muitas vezes é sinônimo de gravidade.

Em um estudo realizado na Espanha, em 1992, com mães de crianças de 6 meses a 6 anos de idade sobre do uso do termômetro, verificou-se que 93% delas tinham termômetro em casa, mas 2,5% delas não sabiam fazer a leitura correta do termômetro. Este valor estava associado ao nível de escolaridade muito baixo das mães (ANDONEGUI et al, 1993). Em nosso estudo o percentual de mães que fazem uso do termômetro é bem inferior (64,0%), talvez devido a falta de orientação adequada quanto ao uso do termômetro ou à influência de fatores culturais.

Mesmo que as mães não usem o termômetro, elas percebem a febre através do toque em partes do corpo de suas crianças; 38,4% das mães tocam a testa da criança, 27,4% das mães tocam o pescoço e rosto e para 6,7% das mães "pegam no pulso".

Pelo lado dos serviços de saúde, a presença de febre também mobiliza alguns esforços. Nas emergências estudadas a forma que é instituída para selecionar os casos graves é a presença de febre, tanto nas emergências privadas como nas públicas. Chegou uma criança com febre no serviço de triagem é logo encaminhada para o atendimento de urgência, sendo a verificação da temperatura com o termômetro uma das primeira ações realizadas e a segunda a utilização de antitérmico antes mesmo de ser atendida pelo pediatra.

Para reconhecer o sinal de febre, pode-se lançar mão de alguns recursos. A palpação, por exemplo, pode ser útil em jovens e crianças que adoecem agudamente, mas o caminho mais comum para se detectar febre em crianças é medindo a temperatura com um termômetro. Infelizmente, muitos pais têm dificuldades em usar o termômetro (KAVAKÇU, 1992).

5.5 Formas de Tratar a Febre adotada por Mães e Pediatras:

Este estudo revelou que, em Fortaleza, a opinião dos pediatras quanto à aplicação de um tratamento para baixar febre em crianças, não é a mesma que a das mães. As principais razões que levaram os pediatras a tratarem a febre em crianças menores de seis anos de idade foram: Febre "alta" acima de 38,0°C (38,5%), convulsão e/ou risco de convulsão (19,2%), quadro infeccioso, sendo o mais comum o quadro viral ou bacteriano (15,4%), pós-operatório (15,4%) e febre acima de 38,0°C (11,5%). Outras razões com que os pediatras justificam tratar a febre são o desconforto da criança, a presença de um estado de saúde grave, a ocorrência de um quadro neurológico ou mesmo para acalmar a mãe.

Até o momento, não há ensaios clínicos comparando o uso de antitérmicos e placebo para prevenir convulsões febris, iniciais ou recorrentes; a opinião médica está bastante dividida quanto ao uso de antitérmicos para evitar a ocorrência de convulsões febris (OMS, 1994).

Os resultados do estudo mostram que a conduta terapêutica adotada por mães e pediatras é semelhante tanto em relação às atitudes quanto à frequência das mesmas.

Tanto as mães entrevistadas nas duas emergências quanto às mães entrevistadas nos domicílios tiveram a mesma atitude quanto à forma de tratar a febre em casa, sendo a mais utilizada por elas o uso de medicamento isolado ou combinado com os métodos tradicionais (97,0%) e o uso exclusivo dos métodos tradicionais (3,0%). Evidenciou-se, portanto, uma alta prevalência do uso de medicamentos. Quase todas as mães usavam medicamentos, combinados ou não às medidas tradicionais. Os métodos tradicionais mais utilizados por mães que vão às emergências e mães entrevistadas nos domicílios são o banho de água fria, banho de álcool, banho de água morna, chá, compressa de água e álcool.

Em ambas as emergências, 85,8% das mães entrevistadas usaram algum tratamento na criança febril em casa (84,9% das mães na emergência pública e

86,8% das mães na emergência privada); enquanto aproximadamente 95,0% das mães entrevistadas nos domicílios usam algum tratamento para controlar a febre em casa. Somente 5,0% das mães não fazem uso de qualquer tipo de tratamento para baixar a febre antes de trazer a criança para a emergência.

Quanto à primeira atitude que as mães entrevistadas nos domicílios tomam quando o filho tem febre é: 87,3% das mães tratam logo em casa, 9,2% levam ao médico ou a um posto de saúde ou a um hospital, 2,2% telefonam para o pediatra, 1,0% monitora a febre da criança em casa e 0,3% leva o filho à farmácia.

Os achados sugerem que a conduta das mães entrevistadas nas emergências em relação ao uso de antitérmicos, reflete a orientação que recebem neste tipo de serviço. Este achado poderia, no entanto, ser influenciado por uma possível frequência habitual de um determinado grupo de mães àquele serviço.

Aproximadamente 86% (182) das crianças com menos de três anos que foram levadas por suas mães a uma emergência pediátrica receberam pelo menos um tipo de tratamento para baixar a febre em casa.

Este achado coincide com tendência detectada em alguns estudos de utilização de medicamentos que evidenciou que crianças, entre 0 e três anos, tomam mais medicamentos do que as de faixa etária acima de cinco anos (ORISAKWE et al., 1995; BRICKS, 1995).

De maneira geral os dados obtidos no presente estudo indicam que os antitérmicos são amplamente utilizados no tratamento da febre em crianças menores de seis anos no município de Fortaleza quer seja por iniciativa das mães, quer seja por orientação ou prescrição dos pediatras.

Embora o metamizol seja o antitérmico mais frequentemente prescrito nos serviços públicos, ele ocupa o segundo lugar na opinião dos pediatras quanto a sua adequação para uso.

O inquérito realizado com 96 pediatras que trabalham tanto em serviço público como em serviço privado mostrou que na opinião dos mesmos o medicamento

antitérmico mais adequado para tratar febre em crianças menores de seis anos é o paracetamol (47,9%). Metamizol foi referido por apenas 37,5% dos pediatras.

A prática referida pelos pediatras, no entanto, conflita com suas opiniões.

Embora não exista uma padronização sobre o esquema terapêutico para tratar febre, os pediatras utilizam esquemas semelhantes para tratar seus pacientes.

A maioria começa utilizando o meio físico para febre baixa (temperatura entre 37,8° C e 38,0°C). Se a febre não ceder então mudam para o uso de antitérmico. O primeiro antitérmico usado é o paracetamol gotas. Se não surte efeito passam para o metamizol gotas ou solução. Se o resultado com este também for negativo, passam para o paracetamol supositório (em febre alta de 39,0°C), ou mesmo metamizol injetável, por via intramuscular (IM). A forma de supositório ou injetável é prescrita em temperaturas acima de 38,5°C, se a criança tem história de convulsão ou história familiar de convulsão ou problema neurológico. Quando a criança apresenta estado febril os pediatras também recomendam hidratá-la e deixá-la em lugar ventilado.

Por outro lado, as razões referidas pelos pediatras para não tratar foram temperaturas abaixo de 38,0°C (20,6%), exposição a algum tipo de fonte de calor combinada com alguma atividade física (19,2%), exposição a algum tipo de fonte de calor isolada (8,8%), virose (8,8%) e outras razões como criança alérgica, febre de origem psicológica, hipertireoidismo, estresse e febre emocional, bem como a febre considerada como uma "resposta natural do organismo", um "sinal de alerta".

5.6 Tipos de Medicamentos Utilizados para Febre:

Os dados obtidos neste estudo, evidenciam a importância do papel que podem exercer os serviços de saúde na promoção da prática do uso adequado de antitérmicos pelas mães. As mães repetem as recomendações dadas pelos

pediatras nos serviços. No caso deste estudo o uso indiscriminado pelas mães ao invés de desencorajado está sendo estimulado pelos serviços de saúde.

As mães atendidas nas duas emergências utilizam preferencialmente o metamizol sozinho ou combinado (51,0%) seguido por paracetamol (29,5%) e ácido acetilsalicílico (11,9%). Enquanto que, as mães que freqüentam a emergência pública haviam utilizado preferencialmente o metamizol (62,5%) seguido por ácido acetilsalicílico (18,2%) e paracetamol (11,4%). As mães que freqüentam a emergência privada haviam tratado os seus filhos em casa com paracetamol na maioria dos casos (47,7%), seguido por metamizol (34,2%) e ácido acetilsalicílico (5,8%).

No entanto, os dados do inquérito domiciliar indicam que o fenômeno da utilização de antitérmico não está limitado apenas às mães que freqüentam serviços de emergência.

Entre as 317 mães entrevistadas no domicílio, evidenciou-se que o metamizol sozinho ou combinado (62,9%) é o medicamento mais utilizado para baixar a febre em casa, seguido do paracetamol sozinho ou combinado (21,4%) e ácido acetilsalicílico sozinho ou combinado (15,3%).

Estudo realizado na Índia (1989), quanto às atitudes das mães sobre como tratar a febre de suas crianças, evidenciou que 57% delas usavam o paracetamol para tratar a febre em casa (SINGHI, SINGH, 1990; SINGHI et al., 1991).

As informações sobre o tipo e freqüência de uso do medicamento pelas mães em casa antes de chegarem ao hospital estão em consonância com os percentuais observados nas prescrições.

Os antitérmicos que os pediatras informaram mais prescrever no serviço público foram o metamizol (58,8%), seguido pelo paracetamol (25,9%). Além disso, 15,3% dos pediatras prescrevem combinações deles. No serviço privado, o paracetamol (52,4%) é o mais prescrito, seguido pelo metamizol isolado (28,7%) e nimesulide (1,3%).

As mães tanto das emergências como dos domicílios utilizam o ácido acetilsalicílico como medicamento para tratar a febre em casa. No entanto, não é utilizado pelos pediatras como antitérmico em crianças.

Os dados referentes ao uso de medicamento de uma maneira geral indica um padrão inadequado de prescrição de antitérmico e discordante em relação à orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e à recente Lista de Relação de Medicamentos Essenciais (RENAME), que preconizam o uso do paracetamol, como fármaco de primeira escolha.

A literatura mundial (ARELLANO, 1990; SASSE, 1992) fortemente indica que o metamizol não deve ser usado nas crianças pelo risco de agranulocitose. A ampla prescrição de metamizol pelos pediatras e sua utilização pelas mães indica que a informação científica atualmente existente sobre o assunto não está sendo adequadamente repassada aos profissionais de saúde. Isto deveria ser incluído, com metodologia de ensino adequada, nas reciclagens e nos materiais de atualização que são repassadas pelas Sociedades Científicas pertinentes.

Das mães entrevistadas nas emergências, a maioria informou (61,2%) ter administrado o medicamento de acordo com a orientação médica anterior. Apenas 36,5% administraram o medicamento por automedicação.

A mesma tendência evidenciou-se nas mães entrevistadas no domicílio. Das 294 mães que utilizaram medicamentos para tratar a febre em casa, 83,7% delas utilizaram o medicamento recomendado por médicos em consultas anteriores e 9,8% aplicaram medicamento por conta própria.

As mães entrevistadas no domicílio utilizam as mais diversas fontes para se informar sobre febre desde o conhecimento "próprio" (29,0%), as informações fornecidas pelos médicos (27,1%), a informação combinada dos médicos, por conta própria, parentes e vizinhos (19,2%) e a leitura em livros, jornais ou televisão (2,5%).

Na emergência pública, mais da metade das mães entrevistadas (52,2%) receberam alguma orientação sobre o uso do antitérmico durante a consulta. Na emergência privada este valor é mais alto (74,4%).

Os principais aspectos abordados na orientação que é fornecida aos pais pelos pediatras foram: quando aplicar as medidas físicas (70,8%); desagasalhar os filhos e colocá-los em ambiente ventilado quando tem febre (64,6%); como a febre ocorre (57,3%); o que é febre, relatando que é apenas um sintoma (56,3%); e quando se deve tratar (56,3%).

A maioria dos pediatras (62,8%) informou que dá explicação a respeito dos problemas que a febre pode provocar, principalmente para os pais que têm filhos com história de convulsão.

Do total de mães cujos filhos receberam prescrição contendo antitérmicos (n=110), aproximadamente 55,0% sabiam que se tratava de um "remédio" para tratar a febre (49,8% da emergência pública e 62,8% da emergência privada). Das 110 mães entrevistadas 22,7% não sabiam a finalidade do uso do medicamento.

5.7 Reações das Mães Frente à Febre:

Segundo 35,8% dos pediatras entrevistados a reação da mãe à febre da criança interfere na decisão tomada por eles sobre tratar ou não a febre da criança com medicamento. 5,3% dos pediatras informaram que às vezes a reação das mães interfere em tal decisão.

As mães podem ter diversas reações quando suas crianças têm febre. Na opinião de 28,1% dos pediatras a reação das mães à febre das crianças é de pavor; 20,8% informaram que muitas manifestam uma reação de medo da criança ter uma convulsão ou morrer; 11,5% informaram que a reação da mãe é de ansiedade para tratar logo a criança; e 5,2% relataram que a mãe tem uma apreensão com relação

ao estado de saúde da criança. Também foram relatadas pelos pediatras outras atitudes como desinformação da mãe, sua insegurança e a percepção e tratamento da febre como uma doença e não como um sintoma.

A reação da mãe frente ao tratamento da febre, segundo a maioria dos pediatras (42,7%) é aguardar ou acatar a orientação pediátrica para tratar; 25,0% informaram que a reação da mãe é automedicar com antitérmico ou "impor" que o pediatra prescreva um antitérmico porque acreditou na sua eficácia; 3,1% relataram que a reação da mãe é usar antibiótico para tratar a febre por entenderem que a febre é uma doença, que deve ser tratada com "antibiótico"; 3,1% informaram que as mães não aceitam ou não acreditam na eficiência dos meios físicos para o tratamento da febre. Outras reações são de expectativa e medo de convulsão. Estas últimas são as razões pelas quais as mães querem respostas rápidas ou tratamentos imediatos, como até uso de medicamentos injetáveis, embora tenham revelado o medo de injetáveis, principalmente, do metamizol que pode provocar hipotermia.

Segundo os pediatras a sua conduta pode variar conforme o seu local de trabalho. 55,8% deles informaram que há diferença de atitude entre o serviço público e serviço privado. 41,1% dos pediatras informaram que tal diferença não existe. As razões para essa diferença é o pouco tempo disponível no serviço público para atender o paciente em comparação ao tempo disponível no serviço privado. Além disso no serviço público, os recursos disponíveis são escassos, e isto tem implicações para a escolha do antitérmico que o pediatra vai usar.

A literatura mostra que as práticas das mães são influenciadas de forma decisiva pela orientação, prescrições e práticas dos pediatras (SINGHI, 1990; SINGHI, 1991).

As práticas dos pediatras dependem do seu conhecimento e da disponibilidade de recursos para colocar estes conhecimentos em prática. Embora os pediatras conheçam a desvantagem do metamizol dificilmente o seu uso poderia ser banido de 100% das prescrições feitas em serviços públicos de saúde. Na maioria deles, metamizol é o medicamento que está disponível para ser distribuído gratuitamente

às mães. As mães que vão a serviço público, por serem geralmente de baixa renda não teriam condições de comprar o antitérmico ideal mesmo que ele fosse prescrito pelos pediatras, já que o custo de tal antitérmico é bem mais elevado que o do metamizol.

Vários fatores podem influenciar a forma como as mães cuidam da saúde das suas crianças.

O nível de escolaridade das mães é uma variável de relevância para o cuidados com a saúde dos seus filhos. Estudos mostram que mães com nível de escolaridade mais elevado tem condições de perceber, prevenir e tratar doenças de suas crianças de uma forma mais adequada (HAKKERT, 1986 *apud* VICTORA *et al.*, 1988). O nível de escolaridade da maioria das mães atendidas em ambas às emergências foi o ensino fundamental (49,3%). Este nível, no entanto, difere entre os grupos que freqüentam a emergência pública e privada. A maioria das mães da emergência pública tinha cursado apenas o ensino fundamental (80,0%) e 59,4% das mães da emergência privada tinham o ensino médio e apenas 19,0%, o ensino fundamental.

Outra variável estudada foi a faixa etária. Evidenciou-se, que a idade de 44,0% das mães que foram entrevistadas em seus domicílios concentrava-se na faixa etária de 19 a 29 anos.

Análises mais refinadas poderiam ter sido apresentadas como parte dos resultados deste estudo, em relação a influência de variáveis sócio-econômicas sobre a utilização de antitérmicos no nível domiciliar. Tais análises deixam de ser incluídas no entanto, uma vez que o estudo evidenciou claramente que existe uma diferença no tipo de prescrição médica feito nas emergências públicas e privadas. Indiscutivelmente as condições sócio-econômicas das mães são um fator que influencia a sua possibilidade de acesso a um determinado tipo de serviço. As mães de baixa renda utilizam o antitérmico mais inadequado o metamizol. Para as mães que vão a serviço de privado e portanto tem condições sócio-econômicas mais favoráveis elas podem usar antitérmicos de melhor qualidade.

Outro aspecto a ser considerado no que se refere a assistência à saúde da criança. Primeiro é que a maioria das mães do estudo reconhecem que a febre é indicativo de que seu filho não está bem de saúde. Portanto, as atitudes são semelhantes diferenciando somente na forma de receber a assistência. Por exemplo, a mãe do serviço público muitas vezes reconhece a febre como uma forma de gravidade de uma doença no seu filho e muitas vezes as situações em que ocorrem o surgimento de uma febre é a noite ou horário de trabalho da mãe e ficando, portanto, impossibilitada de levá-las imediatamente a um serviço de saúde, resultando assim na prática da automedicação. Entretanto, muitas vezes procuram os serviços de saúde mas não recebem um atendimento de imediato, devido existir uma hierarquização do serviço, onde é prioritário atender somente casos de febre acima de 38°C, portanto, crianças que chegam abaixo dessa temperatura são encaminhadas ao ambulatório, tendo que depositar um tempo maior nas instalações do serviço para aguardar um pronto atendimento. Diante desse quadro muitas mães só recorrem ao serviço quando seus filhos apresentam outros problemas associados a febre ou febre elevadas, devido essas situações garantirem um atendimento de emergência para sua criança. Pode ser que tal atitude seja um mecanismo de defesa que a mãe desenvolveu para garantir um atendimento mais rápido para sua criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

⇒ A prevalência de antitérmicos (57%) nas prescrições pediátricas nas duas emergências pediátricas de referência em Fortaleza, sendo uma do serviço privado e outra serviço público, foi considerada alta. Durante o trabalho de campo da Fase I (Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergências Pediátricas). A prática de prescrever antitérmicos é mais comum entre os médicos que trabalham em serviços públicos. Portanto, a prevalência de antitérmicos prescritos na emergência pública foi de 61,0%, enquanto em emergência privada foi de 39,0%.

⇒ As mães têm suas próprias percepções sobre as causas e conseqüências da febre para a saúde de suas crianças que não são consideradas pelos pediatras.

⇒ Os dados obtidos indicam que os antitérmicos são amplamente utilizados no tratamento da febre em crianças menores de seis anos no município de Fortaleza quer seja por iniciativa das mães, quer seja por orientação ou prescrição dos pediatras.

⇒ O estudo demonstra que os pediatras quando atuam no serviço público prescrevem os medicamentos disponíveis distribuídos gratuitamente pela rede pública, enquanto que na emergência privada prescrevem o que consideram mais adequado.

⇒ O metamizol foi recomendado em 74,5% das prescrições pediátricas na emergência pública. Quase todas as mães tanto das emergências quanto dos domicílios usam antitérmicos para tratar suas crianças febris em casa antes de procurar os serviços de saúde.

⇒ A baixa freqüência (menos de 5,0%) de referência a utilização de métodos tradicionais (banho de álcool, água fria ou morna e compressa de água e/ou álcool),

remédios caseiros e práticas culturais tais como “rezas”, busca de curandeiros, etc. Ressaltando-se o poder do modelo biomédico diante dos hábitos culturais das mães. Porém, vale salientar que esses hábitos possam ser percebidos com mais freqüência nos estudos que apresentem uma abordagem mais aprofundada (pesquisa qualitativa).

⇒ Apesar do número limitado de medicamentos injetáveis prescritos (19,3%), 83,0% dos medicamentos foram administrados logo após a consulta, sendo o metamizol intramuscular (IM) o mais prescrito na emergência pública 46,6% dos injetáveis, seguido da metoclopramida IM (23,3%). Enquanto na emergência privada, a bromoprida IM (35,0%) e o metamizol IM (30,0%) foram os injetáveis mais prescritos.

⇒ O papel educador (ou desencadeador) dos pediatras como formadores de hábitos de tratamento e determinantes de consumo de medicamentos.

⇒ Tradicionalmente a ida ao balcão de farmácia era um modo freqüente de buscar ajuda em caso de doenças menos graves. Nota-se no presente estudo a baixa freqüência dessa prática evidenciando a ausência da atuação farmacêutica nas estratégias de atenção à saúde.

⇒ É necessário o desenho e formulação de uma futura implementação de intervenção educacional para as mães objetivando a melhoria do entendimento e conhecimento sobre febre e conseqüentemente a redução do uso indiscriminado de antitérmicos.

⇒ É necessário criar mecanismos simples e viáveis para a atualização dos pediatras para que se atinja entre os mesmos um consenso no manejo da febre baseado no conhecimento científico sobre o assunto no momento, isto pode ser feito, através das Sociedades Científicas, exemplo Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP), Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME) entre outras, ou através dos órgãos que treinam e capacitam os profissionais de saúde como as Universidades, Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde.

⇒ Alguns métodos alternativos são utilizados pelas mães em casa para tratar a febre, que não são medicamentos. Pouco são usados e às vezes nem recomendados pelos pediatras. Mas essas alternativas não farmacológicas deveriam ser incluídas e incentivadas para o manejo da febre em casa pelas mães.

⇒ O estudo mostra o uso indiscriminado de antitérmicos pelas mães e que é reforçado pelos pediatras e ainda, indica um conflito entre conhecimentos e percepções das mães e dos pediatras sobre a febre e seu manejo. Isto indica a necessidade de uma intervenção educacional para as mães que inclua os aspectos culturais e contribuir para a redução do uso de antitérmicos. A necessidade de se realizar estudos antropológicos focalizados é para subsidiar o desenho de uma intervenção educacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDULLAH, M. A. *et al.* Fever in children: diagnosis and management by nurses, medical students, doctors and parents. **Ann. Trop. Paediat.**, v. 7, p. 194-199, 1987.
- ANDALUCIA, Junta de. Nuevos AINES: ¿Son en realidad mas seguros? **Alerta de Farmacovigilância**, n. 8, p. 13-16, 1995.
- ANDERSEN, A. R. *et al.* Parental perception and management of school-age children's fevers. **Nurse practitioner**, v. 13, n. 5, p. 8-18, 1988.
- ANDONEGUI, M. S. G. *et al.* Uso del termómetro entre madres de niños jóvenes. **An Esp. Pediatr**, v. 38, n.4, p. 291-294, 1993.
- ANNEGERS, J. F. *et al.* Factors prognostic of unprovoked seizures after febrile convulsions. **The New England J. M.**, v. 316, p. 493-498, 1987.
- ARELLANO, F., SACRISTÁN, J. A. Metamizole: reassessment of its therapeutic role. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v. 38, p. 617-19, 1990.
- ARRAIS, P. S. D. *et al.* Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.
- AVORN, J. L. *et al. apud* BRICKS, L. F. **Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches**. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, 1995.
- BAKER, M. D. *et al.* Childhood fever: correlation of diagnosis with temperature response to acetaminophen. **Pediatrics**, v. 80, p. 315-318, 1987.
-

- BARRETO, A. **Manual do terapeuta comunitário**. 1997. In press.
- BERG, A. T., SHINNAR, S. *et al.* A prospective study of recurrent febrile seizures. **N. Engl. J. M.**, v. 327, p. 1122-1127, 1992.
- BISCARINI, L. Anti-inflammatory analgesics and drugs used in gout. In: DUKES, M. N. **Meyler's side effects of drugs**. Amsterdam: Elsevier, 1992, p. 181-234.
- BOLETIM TERAPÉUTICO ANDALUZ. **Tratamiento de la fiebre en los niños**. Barcelona, v. 11, n. 2, 1995.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 2a. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984, 191 p.
- BONADIO, W. A. Defining fever and other aspects of body temperature in infants and children. **Pediatr. Ann.**, v. 22, p. 467-473, 1993.
- BOSI, M. L. M. A nutrição na concepção científica moderna: em busca de um novo paradigma. **R. Nutr. PUCCAMP.**, v. 7, n. 1, p. 32-47, 1994.
- BRICKS, L. F. **Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches**. Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, 1995.
- BUCHANAN, N. Paediatric Clinical Pharmacology and Therapeutics. In: SPEIGHT, T. M. **Avery's drug treatment**. New Zeland: Adis, 1987, p.152.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. In: _____. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Cultrix, 1986, p.155.
- CASEY, R. *et al.* Fever therapy: an educational intervention for parents. **Pediatrics**, v. 73, p. 600-605, 1984.
- CASTRO, C. G. S. O. **Estudo de utilização de medicamentos em unidade neonatal**. Rio de Janeiro, Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

- COELHO, H. L. L. *et al.* Prevalência do uso de medicamentos por mulheres em idade fértil no município de Fortaleza. In: ENCONTRO UNIVERSITÁRIO DE INICIAÇÃO À PESQUISA, 12º., Fortaleza, 1993. **Resumos.** Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação, UFC, p.136.
- COELHO, I. C. B. Estudo experimental da pirogenicidade induzida por componentes celulares extraídos de amostras virulenta e avirulenta de *Paracoccidioides brasiliensis*. Tese (Doutorado em Medicina). Universidade de São Paulo, 1994.
- CONSENSO - A criança com convulsão febril. **J. Pediatr.**, v. 68, p. 223-228, 1992.
- COPERMAN, E. M. *apud* BRICKS, L. F. **Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches.** Tese (Doutorado em Medicina) - Universidade de São Paulo, 1995.
- CUTOLO, L. R. A. *et al.* Febre em pediatria bases para o raciocínio clínico e terapêutico. **A. C. M.**, v. 22, p. 35-44, 1993.
- DONE, A. K. Treatment of fever in 1982: a review. **Am. J. Med.**, v. 74, suppl., p. 27-35, 1983.
- DORAN, T. F. *et al.* Acetaminophen: more harm than good for chickenpox? **J. Pediatr.**, v. 114, p. 1045- 48, 1989.
- DUBOIS, E. F. Why are fever temperatures over 106° F. rare? **A. J. Med. Scie.**, v. 217, p. 361-368, 1949.
- DUFF, G. W., DURUM, S. K. Fever and immunoregulation: hyperthermia, interleukins 1 e 2, and T-cell proliferation. **Yale J. Biol. Med.**, v. 55, p.437-442, 1982.
- GEREZ, J. C. Indústria Farmacêutica: histórico, mercado e competição. **Ciência Hoje**, v. 15, n. 89, p. 21-30, 1993.
- GROSSMAN, M. Management of the febrile patient. **Pediatr. Infect. Dis.**, v. 5, n. 6 p. 730-734, 1986.

- GUPTA, A. K., MOHAN, M. Antipyretics in pediatric practice. **Indian Pediatr.**, v. 27, p. 216-222, 1990.
- HALL, R. W. Aspirin and Reye's syndrome - do parents know? **J. Royal Coll. Gen. Pract.**, v.37, p. 459-460, 1987.
- HALL, S. M. Reye's syndrome aspirin: a review. **J. R. Soc. Med.**, v. 79, p. 596-598, 1986.
- HAWTON, K. *et al.* Why patients choose paracetamol for self poisoning and their knowledge of its dangers. **B. M. J.**, v. 310, p. 164, 1995.
- HEMMINKI, E. *apud* TRAKAS, D. J., SANZ, E.J. **Studying childhood and medicine use**. Athens: Comac workshop on medicines and childhood, 1992, 209 p.
- HULKA, B. S., WHEAT, J. R. Patterns of utilization: the patients perspective. **Medical Care**, v. 23, n.5, p. 438-458, 1985,
- ILLICH, I. Iatrogênese clínica. In: _____. **A expropriação da saúde**. 2^a. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975. p. 13 -43.
- INSEL, P. Analgesic-antipyretic and antiinflammatory agents and drugs employed in the treatment of gout. In: GOODMAN, GILMAN'S. **The pharmacological basis of therapeutics**. 9^a. ed. USA: McGraw-Hill, 1996, cap. 27, p. 617-658.
- JACKSON, J. D. *et al.* An investigation of prescribed and nonprescribed medicine use behavior within the household contest. **Soc. Sci. Med.**, v.16, p.2009-15, 1982.
- KAVUKÇU, S. Parents should how to take a child's temperature. **World Health Forum**, v. 13, p. 199, 1992.
- KAUFFMAN, R. E., NELSON, M. V. Effect of age on ibuprofen pharmacokinetics and antipyretic response. **J. Pediatr.**, v. 121, p. 969-973, 1992.
- KINCARD-SMITH, P., BECKER, G. J. Reflux nephropathy and chronic atrophic pyelonephritis: a review. **J. Infect. Dis.**, v. 138, p. 774-80, 1978.

- KRAMER, M. S. *et al.* Parenteral fever phobia and its correlates. **Pediatrics**, v. 75, p. 1110-1113, 1985.
- KRAMER, M. S. *et al.* Risks and benefits of paracetamol antipyresis in young children with fever of presumed viral origin. **Lancet**, v. 337, p. 591-594, 1991.
- KLEINMAN, A. *et al.* Clinical, illness and care. **Ann. Intern. Med.**, v. 88, p. 251-255, 1978.
- KLEINMAN, A. *apud* TRAKAS, D. J., SANZ, E. J. **Studying childhood and medicine use**. Athens: Comac workshop on medicines and childhood, 1992, 209 p.
- KLUGER, M. J. Fever: role of pyrogens and cryogens. **Physiol. Rev.**, v. 71, p. 93-127, 1991.
- KLUGER, M. J. Fever revisited. **Pediatrics**, v. 90, n. 6, p. 846-850, 1992.
- LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. 1ª. ed. São Paulo: Brasiliense, 1974.
- LAPLANTINE, F. Modèle additif et modèle soustractif. In: _____. **Anthropologie de la maladie**. 1ª. ed. Paris: Payot, 1986, cap. 3, p. 108-168.
- LAPORTE, J. R. *et al.* General background. In: DUKES, M. N. G. Drug utilization studies: methods and uses. Finland. **WHO Regional Publications**, 1993. (European Series, v. 45).
- LEAVELL, H., CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: Mc Graw - Hill, 1979, 744 p.
- LECOMTE, J. *et al.* Antipyretic effects of nimesulide in paediatric practice: a double-blind study. **C. Med. Res. and Opin.**, v. 12, p. 296-303, 1991.
- LEFÈVRE, F. Relações simbólicas mantidas com o medicamento pelo prescritor médico. In: _____. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1993, cap. 2, p. 76-83.
-

- LESKO, S. M., MITCHELL, A. A. An assessment of the safety of pediatric ibuprofen: a practitioner-based randomized clinical trial. **J. A. M. A.**, v. 273, p. 929-33, 1995.
- LUNDE, P. K. M., BAKSAAS, I. *apud* PEPE, V. L. **Estudo sobre a prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994
- MANAGEMENT OF CHILDHOOD FEVER [Editorial]. **Lancet**, v. 338, p. 1049-1050, 1991.
- MARCHETTI, F, BONATTI, M. 1995: Novedades sobre convulsiones febriles. **Rev. Epid. Com.**, n. 1, p. 7-11, 1995.
- MAY, A., BAUCHNER, H. Fever phobia: The pediatrician's contribution. **Pediatrics**, v. 90, n. 6, p. 851-854, 1992.
- MAZZULLO, J. The nonpharmacologic basis of therapeutics. **Clin. Pharmacol. Ther.**, v. 13, p.157-8, 1972.
- MAZUR, L. J. *et al.* Temperature response to acetaminophen and risk of occult bacteremia: a case-control study. **J. Pediatr.**, v. 115, p. 888-891, 1989.
- McCATHY, P. L. DOLAN Jr., T. F. Hyperpyrexia in children. **Am. J. Dis. Child.**, v. 130, p. 849-851, 1976.
- McGOWAN, J. E. *et al.* Bacteremia in febrile children seen in a "walk-in" pediatric clinic. **N. Engl. J. Med.**, v. 288, p. 1309-1312, 1973.
- MONTE, C. M. G. *et al.* Designing educational message to improve wearing food hygiene practices of families living in poverty. **Soc. Sci. Med.**, v. 44, p. 1453-1464, 1997.
- MURAHOVSKI, J. A criança febril e/ou infectada. In: _____. **Pediatria(Diagnóstico + Tratamento)**. Parte I. São Paulo: 1979, p. 813-818.

- NELSON, K .B., ELLENBERG, J. H. Predictors of epilepsy in children who have experience febrile seizures. **N. Engl. J. M.**, v. 295, p. 1029-1033, 1976.
- NELSON, W. **O tratado de Pediatria**. 13a. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1990, 1553p.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Oitava Lista de Medicamentos Essenciais da OMS**. Genebra. 1995 (Série de Informes técnicos, 825).
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. O controle da febre em crianças pequenas com infecções respiratórias agudas, em países em desenvolvimento. **Programa Nacional de Atualização Pediátrica (PRONAP)**. Ano 0 - Nov/Dez, 1994.
- ORISAKWE, O. E., ORISH, C. N., AKA, P.A. Prevalence of parenteral medication on children before going to the hospital. **Trop. Doct.**, v. 24, p. 182-183, 1994.
- PADRÓS, A. D. Convulsiones febriles. **Medicamentos & Salud Popular**, v. 6, n. 23, p. 851-854, 1993.
- PEPE, V. L. **Estudo sobre a prescrição de medicamentos em uma unidade de atenção primária**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994
- PORTER, J. D. H. Trends in the incidence of Reye's syndrome and the use of aspirin. **Arch. Dis. Child.**, v. 65, p. 826-29, 1990.
- ROBERTS, N. J. Jr. Impact of temperature elevation on immunologic defenses. **Infect. Dis.**, v. 13, p. 462-472, 1991.
- ROBINSON, J. S. *et al.* The impact of fever health education on clinical utilization. **Am. J. Dis. Chil.**, v. 143, p. 698-704, 1989.
- SANZ, E. J. *et al.* Paediatric drug prescribing. A comparison of Tenerife and Sweden. **Eur. J. Clin. Pharmacol.**, v. 37, p.65-68, 1989.

- SASSE, H. S. **Los cien años de Merckado en Latinoamerica**. 1ª edição. Alemanha: Buko, 1993. 47 p.
- SCHMITT, B. D. Fever phobia. **Am. J. Dis. Child.**, v. 134, p. 176-181, 1980.
- SCHMITT, B. D. Fever in childhood. **Pediatrics**, v. 74(suppl.), p. 929-936, 1984.
- SINGHI, S., SINGH, S. Fever: maternal knowledge, attitude and treatment practices in a rural area. **Indian Pediat.**, v. 27, p. 1103-1106, 1990.
- SINGHI, S. *et al.* Urban parents' understanding of fever in children: its dangers, and treatment practices. **Indian Pediat.**, v. 28, p. 501-505, 1991.
- SOCIEDADE ARGENTINA DE PEDIATRIA. **Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP' 94)**. Bueno Aires: n. 1, 1994.
- STERN, R. C. Pathophysiologic basis for symptomatic treatment of fever. **Pediatrics**, v. 59, p. 92-98, 1977.
- STYRT, B., SUGARMAN, B. Antipyresis and fever. **Arch. Intern. Med.**, v. 150, p. 1589-97, 1990.
- TOGNONI, G., LAPORTE, J. R. Estudios de utilización de medicamentos y de farmacovigilância. In: _____. **Principios de epidemiologia del medicamento**. 2 ed. Barcelona: Masson/salvat, 1993.
- TOMLINSON, W. A. High fever. **Am. J. Dis. Child.**, v. 129, p. 693-696, 1975.
- TRAKAS, D. J., SANZ, E. J. **Studying childhood and medicine use**. Athens: Comac workshop on medicines and childhood, 1992, 209 p.
- UNITED STATES PHARMACOPEIA. **Drug information for the health professional**. 14ª. ed. Rockville, M.D., United States Pharmacopeial Convention, 1994.
- UNITED STATES PHARMACOPEIA. **Drug information**. Volume I e II, 8a. edição, Espanha: EINSA, 1989, 2438p.

- VAN DEN BERG, B. J., YERUSHALMY, J. Studies on convulsive disorders in young children. **Pediatr. Res.**, v. 3, p. 298-304, 1969.
- VERITY, C. M., GOLDING, J. Risk of epilepsy after febrile convulsion: a national cohort study. **B. M. J.**, v. 303, p. 1373-1376, 1991.
- VICTORA, C. G. *et al.* **Epidemiologia da desigualdade**. São Paulo: Hucitec, 1988, 186 p.

ABSTRACT

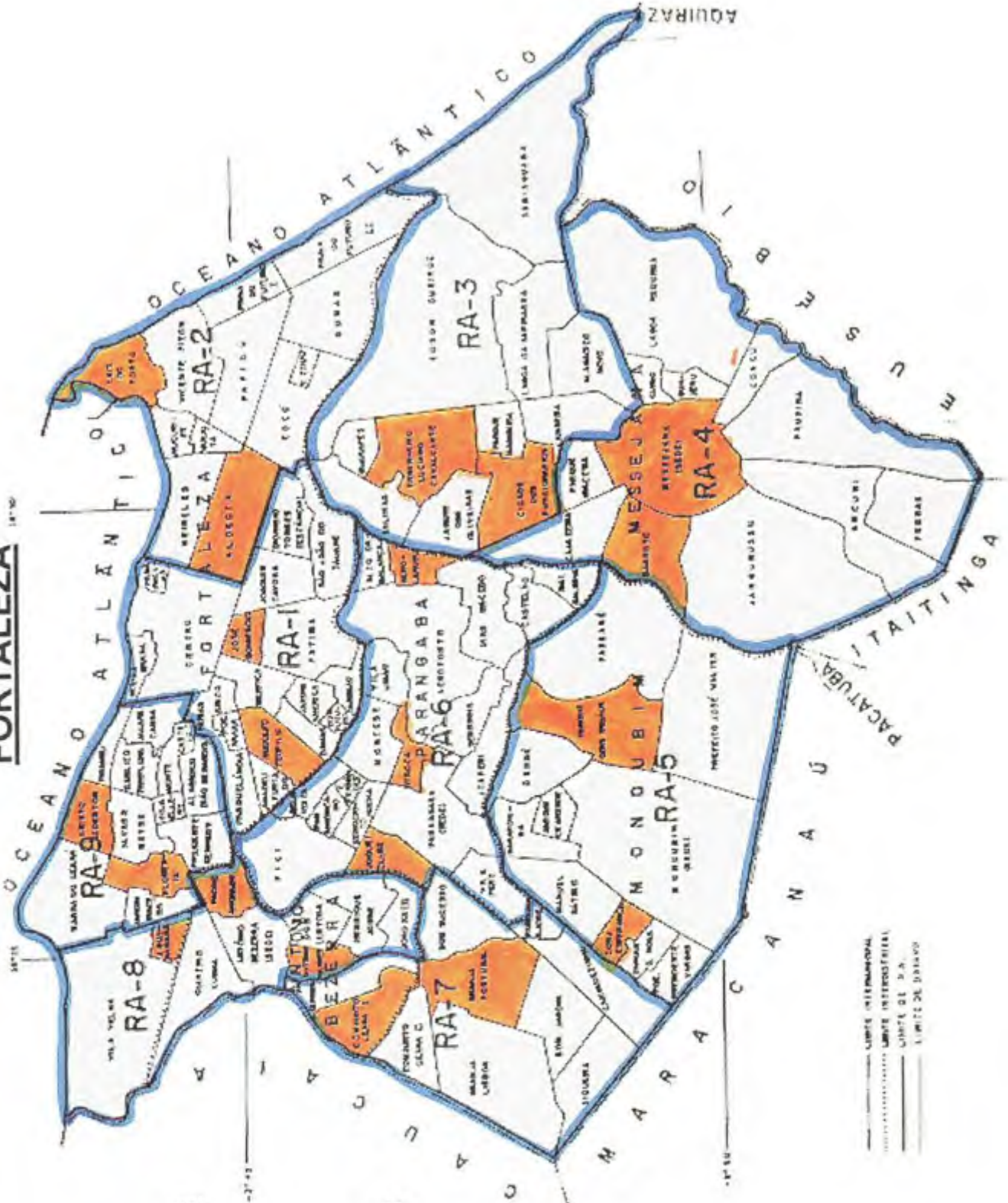
A cross-sectional study was carried out from January 1996 to January 1998 to investigate the perception, attitude and knowledge of mothers and paediatricians about fever, their harmful and their treatment. Data were collected for the study by interviewing: A) 212 mothers who brought their children under 6 years of age to two emergencies services (private and public); B) 317 mothers in their households; C) 96 paediatricians who work in Fortaleza. Out of the 212 mothers interviewed in domicile some 34.0% defined fever as a symptom and some 20.2% of them considered fever a disease. However, to be some 34.0% of the paediatricians define fever as a sign whilst some 30.2% of them stated that fever is a increase of the body temperature. Most of the mothers interviewed in domicile (97.8%) and paediatricians (83.0%) believe that fever may cause some health problem, mainly convulsion (60.5% and 82.4%, respectively). The mothers in domicile (26.7%) start some kind of treatment to reduce the body temperature when it reached 38.5°C. The paediatricians opinion differ from the mothers opinions. The main reasons to treat the fever is the temperatures above 38.0°C (38.5%) and risk of febrile convulsion. Metamizole and paracetamol are the antithermics more commonly used by mothers in domicile (51.0% and 29.5%, respectively) and by the mothers who came to emergencies (62.9% and 21.4%, respectively). In the two emergencies the metamizole and paracetamol were more prescribed (52.0%). Metamizole is more often prescribed in public service and paracetamol in private. The study indicates that there is a need to define an educational intervention for mothers in order to reduce the indiscriminate use of antithermics. It also points out need of up dating paediatrician's knowledge so that a consensus can be achieved on the fever treatment, based on current scientific knowledge.

ANEXOS

ANEXO

- 1 -

FORTALEZA



REGIÕES ADMINISTRATIVAS

- RA-1 CENTRO
- RA-2 MUCURIPE
- RA-3 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS
- RA-4 MESSEJANA
- RA-5 PREFEITO JOSÉ WALTER
- RA-6 PARANGABA
- RA-7 CONJUNTO CEARÁ
- RA-8 ANTONIO BEZERRA
- RA-9 BARRA DO CEARÁ

- - - - - LIMITE INTERNACIONAL
 LIMITE INTERMUNICIPAL
 - - - - - LIMITE DE P.M.
 - - - - - LIMITE DE DISTRITO

ANEXO

- 2 -

REGIÃO	BAIRRO	ENTREVISTA	SETOR	ENTREVISTA	SETOR	ENTREVISTA
		NO BAIRRO		NO SETOR		NO SETOR
R1	01. José Bonifácio	10	196	5	200	5
	02. Rodolfo Teófilo	16	194	9	296	7
R2	03. Aldeota	27	114	13	124	14
	04. Cais do Porto	20	472	10	478	10
R3	05. Cid. Funcionários	11	51	5	52	6
	06. Eng. Luc. Cavalc.	7	72	4	73	3
R4	07. Barroso	11	30	8	33	3
	08. Messejana	28	6	12	11	16
R5	09. Cj. Esperança	10	231	5	244	5
	10. Pq. Dois Irmãos	9	166	5	163	4
R6	11. Aerolândia	10	270	7	259	3
	12. Itaoca	13	103	8	102	5
	13. Joquei Clube	13	159	6	161	7
R7	14. Cj. Ceará I	18	156	9	148	9
	15. Granja Portugal	37	45	11	54	26
R8	16. Autran Nunes	16	87	7	91	9
	17. Padre Andrade	11	32	6	34	5
	18. Jardim Guanabara	12	754	4	766	8
R9	19. Cristo Redentor	23	664	14	635	9
	20. Floresta	15	739	8	723	7
	TOTAL	317		162		155

ANEXO

- 3 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS
PESQUISA: O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA
FEBRE EM CRIANÇAS DE FORTALEZA

**ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE ANTITÉRMICOS EM EMERGÊNCIAS
PEDIÁTRICAS**

A Sra. concorda em participar dessa pesquisa? ___ Sim ___ Não

I - IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E DA MÃE

ANTES DA CONSULTA			
1. Número de identificação: _____	NI: ___ ___ ___		
2. Nome do entrevistador: _____	DATA: ___/___/___		
3. Data da entrevista: ___/___/___	HOSPITAL: ___		
4. Hospital: <i>HIAS=1 PRONTIDÃO=2</i>	NASC: ___/___/___		
5. Nome da criança: _____	IDADE: ___		
6. Qual a data do nascimento da criança? ___/___/___	SEXO: ___		
7. Qual a idade da criança? _____	PESO: _____		
8. Qual o Sexo? <i>Masculino=1 Feminino=2 Ignorado=9</i>	FEBRE: ___		
9. Qual o peso da criança? _____ <i>Ignorado=9</i>	BAIRRO: ___		
10. Sua criança está com febre? <i>Não=1 Sim=2</i>	ESCOLA: _____		
11. Nome da mãe: _____	BAIXAR: _____		
12. Bairro: _____ Código: _____	ESCOLA: _____		
13. Até que série a Sra. completou na escola? (passou de ano) ___Série ___Grau <i>Ignorado=9 Analfabeto=00</i>	BAIXAR: _____		
14. A senhora tentou baixar a febre em casa? <i>Não=1 Sim=2</i> (Passe para questão N ^o 20, caso a resposta seja não)	BAIXAR: _____		
15. Se sim, qual a medida que a Sra. usou? (Passe para a questão N ^o 20, caso a resposta seja não para remédio)	SIM	NÃO	IGN
<i>Remédio=1</i>			REMEDIO
<i>Banho de álcool=2</i>			BANALCOL
<i>Banho de água morna=3</i>			BAMORNA
<i>Banho de água fria=4</i>			BANFRIA

<i>Compressa de água fria=5</i>				COMPFRIA
<i>Outros=6</i> _____				OUTROS
16. Qual foi o remédio que filho usou?	SIM	NÃO	IGN	
<i>Metamizol =1</i>				METAMIZOL
<i>Ácido acetilsalicílico =2</i>				AAS
<i>Paracetamol =3</i>				PARACETAMOL
<i>Outros=4</i>				OUTRO
17. A febre do seu filho passou? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>				PASSOU: _____
18. Quando a Sra. deu o remédio, a criança teve algum problema? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>				REPRO: _____
18.1. Se sim, qual? _____				
19. Quem lhe recomendou fazer uso desse remédio?	SIM	NÃO	IGN	
<i>Médico / Pediatra=1</i>				MEDICO
<i>Por conta própria=2</i>				PROPRIA
<i>Farmacêutico=3</i>				FARMAC
<i>Parentes=4</i>				PARENTE
<i>Pais=5</i>				PAIS
<i>Amigos=6</i>				AMIGO
<i>Outros=6</i>				OUTRA
20. O que é que a criança tem?				_____

II - RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E DADOS DA PRESCRIÇÃO

DEPOIS DA CONSULTA	
21. O médico passou algum remédio para o seu filho? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i> (Passe para questão N ^o 33, caso a resposta seja não)	MEPASS: _____
22. Passou algum remédio para febre? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i> 22.1 Se sim, qual? _____	REFEBRE: _____
23. A Sra. sabe o que este remédio faz com a febre? <i>Não=1 Sim=2 Outros=3</i> _____ <i>Ignorado=9</i>	SABEFE: _____

24. O médico explicou como usar o remédio para febre? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>	EXPLIC: _____
--	---------------

25. Se sim, a senhora pode repetir o que o médico disse?

DADOS DA PRESCRIÇÃO

26. Medicamento	27. N. genérico	28. Via administ.	29. Nº unidades	30. Posologia	31. Duraç. tratam.

(*)Coloque um asterisco no caso da criança tomar o remédio no hospital.

III - RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO

32. Nome do médico: _____
33. Diagnóstico provável: _____

ANEXO

- 4 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS
PESQUISA: O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA
FEBRE EM CRIANÇAS FORTALEZA

INQUÉRITO DOMICILIAR COM MÃES

A Sra. concorda em participar dessa pesquisa? Sim Não

I. INFORMAÇÕES BÁSICAS

1) No. Identificação:				NI
2) Nome do entrevistador:				
3) Data da entrevista:				DATA
4) Endereço:				
5) Bairro:				BAIRRO
6) Distrito:				DISTRITO
7) Setor:				SETOR
8) Nome da mãe:				
9) Categoria da mãe:				CATEG
<i>Mãe biológica=1 Mãe social=2</i>				
<i>Outro=3. Especificar</i>				
10) Idade da mãe(anos):				IDADMAE
11) Idade da criança selecionada (meses):				IDADCRI

II. CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA:

12) Quantas são as pessoas que moram na casa?			PEMORA
Total de pessoas:			
13) Quem são estas pessoas? (incluindo a criança selecionada)			
<i>Pai=1</i>			PAI
<i>Mãe=2</i>			MAE
<i>Crianças de 0 a 11 meses=3</i>			CRIAN0
<i>Crianças de 1 ano completo a 1 ano e 11meses=4</i>			CRIAN1
<i>Crianças de 2 anos completos a 2 anos e 11meses=5</i>			CRIAN2

<i>Crianças de 3 anos completos a 4 anos e 11 meses=6</i>		CRIAN3
<i>Crianças de 5 a 12 anos=7</i>		CRIAN5
<i>Irmãos da criança selecionada maiores de 12 anos=8</i>		IRMAOS
<i>Avós da criança selecionada=9</i>		AVOS
<i>Tios da criança selecionada=10</i>		TIOS
<i>Outros parentes/pessoas maiores de 12 anos=11</i>		PARENTE
14) Quem é que cuida do seu filho? (<i>Ignorado=9</i>) <i>Mãe=1 Pai=2 Avós=3 Tios=4 Irmão/Irmã mais velha=5</i> <i>Outros=6</i>		CUIDA
15) A Sra.(a mãe da criança) sabe ler? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>		MAELER
16) A Sra.(a mãe da criança) sabe escrever um bilhete? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>		MAESCR
17) Até que série a Sra. completou na escola (passou de ano)? <u> </u> série <u> </u> grau <i>Ignorado=9</i>		ESCOLA
18) A Sra. tem/faz algum trabalho que ganhe dinheiro? <i>Não=1, dona de casa (passar p/ Q20)</i> <i>Sim=2, trabalha em casa Sim=3, trabalha fora de casa</i> <i>Ignorado=9</i>		TRABMA
19) Em que a Sra. trabalha (ocupação)?		OCUPMA
20) O pai ou responsável pela criança sabe ler? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>		PAILER
21) O pai ou responsável pela criança sabe escrever um bilhete? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>		PAIESCR
22) Até que série ele completou na escola (passou de ano)? <u> </u> série <u> </u> grau <i>Ignorado=9</i>		SERIE
23) Ele trabalha? <i>Não trabalha/desempregado=1</i> <i>Sim, trabalho remunerado em casa=2</i> <i>Sim, trabalho remunerado fora de casa=3</i> <i>Aposentado=4 Ignorado=9</i>		TRABPA
24) Qual a principal ocupação do pai ou responsável? <hr/>		OCUPPAI

25) Quantas pessoas trabalham na casa? _____ pessoa(s)		PETRAB	
26) Quanto ganharam as pessoas que trabalham na casa no mês passado? 1. A mãe: R\$ _____ 2. O pai: R\$ _____ 3. O responsável: R\$ _____ 4. Outras pessoas da casa: R\$ _____ 5. Renda mensal familiar: R\$ _____		REDFAM	
27) A casa que a Sra. mora é sua? <i>Não=1 Sim=2 Ignorado=9</i>		MORA _____	
27.1) Se não, mencione se necessário a condição da casa? <i>Própria=1 Alugada=2 Cedida=3 Invadida=4</i> <i>Outra=5 Especificar: _____</i>		CONDIÇA _____	
28) Quais destes aparelhos (eletrodomésticos) a Sra. tem em casa?	SIM	NÃO	IGN
<i>Rádio=1</i>			RADIO
<i>Televisão=2</i>			TV
<i>Telefone=3</i>			FONE
<i>Geladeira=4</i>			GELAD
<i>Bicicleta=5</i>			BICICLE
<i>Carro=6</i>			CARRO
<i>Moto=7</i>			MOTO
CARACTERÍSTICAS DO DOMICÍLIO (Observe e pergunte se necessário)			
29) Paredes: <i>Tijolo=1 Taipa=2 Madeira=3 Outro=4. Especificar _____</i>			PAREDE
30) Piso: <i>Mosaico / cimento=1 Taco / madeira=2 Terra batida / barro=3</i> <i>Cerâmica=4 Outro=5. Especificar _____</i>			PISO
31) Telhado: <i>Telhas=1 Amianto=2 Madeira / Palha=3 Zinco=4</i> <i>Outro=5. Especificar _____</i>			TELHADO

<p>32) Forro: <i>Não tem=1 Cimento=2 Gesso=3 Madeira=4</i> <i>Outro=5. Especificar</i></p>	<p>FORRO</p>	
<p>33) De onde vem a água que a Sr^a usa na casa ?</p> <p>Para beber: Encanada dentro de casa=1 Encanada fora de casa=2 Poço ou cacimba=3 Chafariz=4 Rio / lagoa=5 Outra fonte=6 _____</p>	<p>Para uso geral: Encanada dentro de casa=1 Encanada fora de casa=2 Poço ou acimba=3 Chafariz=4 Rio / lagoa=5 Outra fonte=6 _____</p>	<p>AGUABEBE _____ AGUAGER _____</p>
<p>34) Que tipo de banheiro tem em casa ?</p> <p><i>Nenhum (céu aberto)=1 Sanitário com descarga=2</i> <i>Fossa negra (sem descarga)=3 Outro=4. Especificar</i></p>	<p>BANHEIRO</p>	
<p>35) Para onde vai a "água que a Sra. usa" em casa ?</p> <p><i>Céu aberto / rego na rua=1 Fossa / sumidoro=2</i> <i>Rede de esgotos=3 Outros=4. Especificar</i> _____</p>	<p>AGUASER _____ AGSVOUES _____</p>	
<p>36) Tipo de iluminação é mais usada na casa:</p> <p><i>Luz elétrica=1 Lâmpião a gás=2 Lâmparina (querosene)=3</i> <i>Outro=4. Especificar</i></p>	<p>ILUIMINA</p>	

III. RELACIONADOS AO CONHECIMENTO E FORMAS DE TRATAMENTO DA FEBRE:

<p>37) Na sua opinião o que é febre para Sra.? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)</p>	<p>SIM</p>	<p>NÃO</p>	<p>IGN</p>	
<p>É uma doença=1</p>				<p>FEBREDO</p>

<p style="text-align: center;"><i>É um sintoma=2</i></p>			FEBRESI
<p style="text-align: center;"><i>É uma elevação da temperatura=3</i></p>			ELEVTEM
<p style="text-align: center;"><i>Outros:4</i></p>			FEBOUT
<p>38) O que é que a Sra. acha que é febre alta? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)</p> <p style="text-align: center;"><i>Temperatura acima de 38,5°C=1</i> <i>Temperatura acima de 39,0°C=2</i> <i>Temperatura > 39,5°C=3</i> <i>Temperatura não mencionada=4</i> <i>Não sei=8</i> <i>Ignorado=9</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Outros=10</i></p>			FEBALTA
<p>39) A Sra. poderia falar qual é a temperatura de uma criança que não está com febre? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)</p> <p style="text-align: center;"><i>Temperatura abaixo de 36,5°C=1</i> <i>Temperatura abaixo de 37,0°C=2</i> <i>Não sei=8</i> <i>Ignorado=9</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Outros=10</i></p>			FEBNORM
<p>40) Como a Sra mede a febre? _____</p> <p>Se a resposta for o termômetro, passe para a próxima pergunta.</p> <p>Caso não, passe para questão No.46. Registre o que a mãe disse.</p>			MEDEFEB
<p>41) Onde a Sra. coloca o termômetro no seu filho(a)?</p> <p><i>Axilar=1 Anal=2 Outros=3</i> <i>Especifique:_____</i></p>			LOCAL

42) A Sra. faz alguma coisa com o termômetro antes de colocar na criança? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)	SIM	NÃO	IGN	
<i>Zerando e em seguida coloca no local=1</i>				ZERTE
<i>Coloca direto no local=2</i>				COLTE
<i>Limpa com álcool=3</i>				LIMTE
<i>Outros=10</i>				OUTE
43) Por quanto tempo a senhora deixa o termômetro na criança? _____ minutos				TERMO
44) Quantas vezes a Sra. usa o termômetro para ter certeza que seu filho está com febre? _____ vezes				QUANTU
45) Quem ler o termômetro? <i>Ela própria=1 O pai da criança=2 Parente=3</i> <i>Vizinha=4 Outro=5. Especificar</i>				LERTER
46) A Sra. acha que a febre pode causar algum problema? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>				FEPROB
46.1) Qual é o problema? _____				QUAFEB
47) A Sra. poderia dizer quanto de febre pode causar um problema?(a que temperatura) (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas) <i>Temperatura acima de 38,5°C=1</i> <i>Temperatura acima de 39,0°C=2</i> <i>Temperatura > 39,5°C=3</i> <i>Não sei=8</i> <i>Ignorado=9</i> <i>Outros=10</i>				FEBQUAN
48) Na sua opinião qual é o maior problema que a febre pode causar? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)	SIM	NÃO	IGN	
<i>Convulsão=1</i>				CONPRO

	<i>Desidratação=2</i>				DESPRO
	<i>Morte=3</i>				MOPRO
	<i>Não sei=8</i>				NAOPRO
	<i>Outro=10</i>				OUTPRO
<p>49) Quando seu(ua) filho(a) tem febre, qual é a primeira atitude que a Sra toma? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)</p> <p style="text-align: center;"><i>Somente monitora a febre em casa=1</i> <i>Aplica algum tratamento p/ conta própria=2</i> <i>Telefona rapidamente para o médico=3</i> <i>Leva o seu filho logo ao médico/hospital/ posto de saúde=4</i> <i>Ignorado=9</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Outros=10</i></p>					PRIMATI
SE A OPÇÃO FOR O ÍTEM=2, PASSE PARA QUESTÃO 51.					
50) A Sra. aplica algum tratamento para febre em casa? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>					TRATAFE
51) Qual é o tratamento que a Sra. aplica em casa?					
	<i>Remédio=1</i>	<i>SIM</i>	<i>NÃO</i>	<i>IGN</i>	REMEDIO
	<i>Banho de álcool=2</i>				BANALCOL
	<i>Banho de água morna=3</i>				BAMORNA
	<i>Compressa de água morna=4</i>				COMPMO
	<i>Chá=5</i>				CHA
	<i>Outros=6</i>				OUTROS
SE A RESPOSTA DA QUESTÃO 51 FOR O ÍTEM "1"(REMÉDIO) SIGA A SEQUÊNCIA DAS QUESTÕES.					
SE A RESPOSTA FOR QUALQUER OUTRO ITEM, PULE AS QUESTÕES 53, 54, 55 e 56					

52) A que temperatura a Sra. aplica este tratamento? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)				TEMPTRA
<i>Temperatura acima de 38,5°C=1</i> <i>Temperatura acima de 39,0°C=2</i> <i>Temperatura > 39,5°C=3</i> <i>Não sei=8</i> <i>Ignorado=9</i> <i>Outros=10</i>				
53) Qual é o remédio que a Sra. usa?				REMEDIO
54) Quantas vezes ao dia a Sra. faz uso do remédio? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)				USOREME
<i>1 vez=1</i> <i>2 vezes=2</i> <i>Não sei=8</i> <i>Ignorado=9</i> <i>Outros=10</i>				
55) A Sra. acorda o seu filho a noite para dar remédio para baixar a febre? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>				ACORDA
56) Quem lhe recomendou fazer uso desse remédio?	SIM	NÃO	IGN	
<i>Médico/Pediatra=1</i>				MEDICO
<i>Farmacêutico=2</i>				FARMA
<i>Por conta própria=3</i>				PROPRIA
<i>Parentes=4</i>				PARENT
<i>Vizinhos=5</i>				VIZINHO
<i>Outros=6</i>				OUTROS
57) Como é que a Sra. se informou sobre a febre?	SIM	NÃO	IGN	
<i>Médico=1</i>				MEDICO
<i>Farmacêutico=2</i>				FARMA
<i>Por conta própria=3</i>				PROPRIA
<i>Parentes=4</i>				PARENT
<i>Amigos=5</i>				VIZINHO
<i>Enfermeira=6</i>				ENFERM
<i>Leitura(livros, revista, jornal, etc)=7</i>				LEITURA

Televisão=8			TV
Rádio=9			RADIO
Outros=10			OUTROS
58) Quando foi a última vez que seu filho teve febre? (Registre o que a mãe diz. Manter os termos e marcar as alternativas)			ULTIFEB
<p style="text-align: right;">Último mês=1 Última semana=2 Ontem==3 Não lembra=4</p> <p style="text-align: center;">Outros=5</p>			
59) A Sra. procurou algum médico? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>			PROCURO
60) Se sim, a Sra. lembra se ele lhe explicou o que deve fazer quando o seu filho estiver com febre? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>			EXPLICOU
60.1) Se sim, O que deve fazer?			
61) Explicou o que é febre? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>			EXPFEB
62) Explicou como usar o termômetro? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>			TERMOM
63) Explicou quando deve tratar a febre o seu filho? <i>Sim=1 Não=2 Ignorado=9</i>			TRATAR



ANEXO

- 5 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS
PESQUISA: O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA
FEBRE EM CRIANÇAS DE FORTALEZA

INQUÉRITO COM PEDIATRAS

O Sr(a). concorda em participar dessa pesquisa? ___ Sim ___ Não

I - IDENTIFICAÇÃO

1) Número de identificação:	NI: <u> </u> <u> </u> <u> </u>
2) Nome do entrevistadora:	
3) Data da entrevista: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>
4) Nome do pediatra:	
5) Sexo: () Masculino=1 () Feminino=2 () Ignorado=9	SEXO: <u> </u>
6) Qual é a sua idade?	IDADE: <u> </u> <u> </u>
7) Local da entrevista:	LOCALENT: <u> </u>

II- CARACTERÍSTICAS DO PEDIATRA:

8) Em que faculdade o Sr(a) se formou? _____	FACULDADE: <u> </u> <u> </u>
9) Há quanto tempo o Sr(a) está formado? () <1 Ano=1 () 5-10 Anos=4 () 1-2 Anos=2 () 10-15 Anos=5 () 3-4 Anos=3 () Outros=6	TEMPO: <u> </u> TEMPOUT: <u> </u>
10) O Sr(a) fez residência médica? () Sim=1 () Não=2 () Outro=3 _____	RESIDENCIA: <u> </u>
10.1) Se sim, em que? _____	QUERES: <u> </u>
11) Há quanto tempo o Sr(a) fez sua residência? () <1 Ano=1 () 5-10 Anos=4 () 1-2 Anos=2 () 10-15 Anos=5 () 3-4 Anos=3 () Outros=6	QUANRE: <u> </u> QUANTOUT: <u> </u>

12) Sr(a) fez ou está fazendo algum curso de pós-graduação? () Sim=1 () Não=2		CURPOS: _____
12.1) Se sim, qual é o curso que fez ou está fazendo? () Mestrado=1 () Doutorado=2 () Especialização=3 () Outros=4		ESCURES: _____
13) Há quanto tempo o Sr(a) pratica pediatria? () <1 Ano=1 () 5-10 Anos=4 () 1-2 Anos=2 () 10-15 Anos=5 () 3-4 Anos=3 () Outros=6		PRATICA: _____ PRATOUT: _____
14) Onde o Sr(a) trabalha?		
14.1) SERVIÇO PÚBLICO: (TRABPUBLI)	14.2) SERVIÇO PRIVADO: (TRABPRI)	
Ambulatório=1 () Sim=1 () Não=2 Centro de Saúde=2 () Sim=1 () Não=2 Emergência=3 () Sim=1 () Não=2 Enfermaria=4 () Sim=1 () Não=2 UTI=5 () Sim=1 () Não=2 Outros=6 () Sim=1 () Não=2 Especifique: _____	Ambulatório=1 () Sim=1 () Não=2 Centro de Saúde=2 () Sim=1 () Não=2 Consultório=3 () Sim=1 () Não=2 Emergência=4 () Sim=1 () Não=2 Enfermaria=5 () Sim=1 () Não=2 UTI=6 () Sim=1 () Não=2 Outros=7 () Sim=1 () Não=2 Especifique: _____	
15) Quantos empregos o Sr(a) tem? Com o Estado=1 () Sim=1 () Não=2 Com Federal=2 () Sim=1 () Não=2 Com o Município=3 () Sim=1 () Não=2 Instituição privada=4 () Sim=1 () Não=2 Nenhum, só Consultório=5 () Sim=1 () Não=2 Outro=6 () Sim=1 () Não=2 Especifique: _____		ESTADO: _____ FEDERAL: _____ MUNICÍPIO: _____ INSTITUI: _____ SOCONSUL: _____ EMPREOUT: _____ SIMOUT: _____
16) Sr(a) costuma participar de atividades de atualização de conhecimento, tais como cursos, congressos, seminários, etc.? () Sim=1 () Não=2		PARTICIPA: _____
17) Se sim, qual foi a última atividade em que o Sr(a) participou? () Curso de Atualização=1 () Seminário=2 () Congresso=3 () Jornada=4 () Outro=5		ULTIPAR: _____ ULTIOUT: _____

17.1) E quando participou? Mês: _____ Ano: _____		ATIVIDADE: _____
18) Quantos pacientes em média o Sr(a) atende por dia?		
18.1) Serviço público: _____ _____	18.2) Serviço privado: _____ _____	PACPUBLI: _____
		PACPRIV: _____
19) Quantas horas o Sr(a) trabalha por dia?		
19.1) Serviço público: _____ _____	19.2) Serviço privado: _____ _____	HORSP: _____
		HORPRI: _____

III - CONHECIMENTO SOBRE FEBRE:

20) Como o Sr(a) define febre?		FEBSENTOMA: _____
É um sintoma: () Sim=1 () Não=2		FEBALERTA: _____
É um alerta: () Sim=1 () Não=2		FEBTEMP: _____
Temperatura acima de 37,5°C: () Sim=1 () Não=2		FEBTEMPERAT: _____
Temperatura acima de 37,8°C: () Sim=1 () Não=2		FEBOUTRO: _____
Outros: () Sim=1 () Não=2		ESFEBOUT: _____
Especifique: _____		
21) Na sua opinião, existe alguma diferença entre a temperatura da criança de berçário e das crianças maiores com relação a definir febre? () Sim=1 () Não=2		DIFEBRE: _____
21.1) Se sim, qual é a temperatura para a criança de berçário? _____		TEMPBER: _____

<p>22) E como o Sr(a) define febre alta?</p> <p>() <i>Temperatura acima de 38 °C=1</i></p> <p>() <i>Temperatura acima de 38,5 °C=2</i></p> <p>() <i>Temperatura acima de 39,0 °C=3</i></p> <p>() <i>Não faz distinção de febre alta=4</i></p> <p>() <i>Outros=5</i></p>	<p>FEBALTA: _____</p> <p>ESFEBALTA: _____</p>
<p>23) Na sua opinião, a febre pode provocar algum dano a uma criança?</p> <p>() <i>Sim=1</i> () <i>Não=2 (Vá para a questão 25)</i></p> <p>() <i>Outro=3</i></p>	<p>DANO: _____</p>
<p>23.1) Se sim, qual é o dano?</p> <p><i>Independente da temperatura:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Aumenta o metabolismo:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Desidrata:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Convulsão febril:::</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Outros:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Especifique:</i> _____</p>	<p>INDEPENDENTE: _____</p> <p>METABOLISMO: _____</p> <p>DESIDRATA: _____</p> <p>CONVULFE: _____</p> <p>DANOUT: _____</p> <p>ESPDOUT: _____</p>
<p>24) Quando a febre pode causar algum dano?</p> <p>() <i>Independente da temperatura=1</i></p> <p>() <i>Temperatura acima de 38,5°C=2</i></p> <p>() <i>Temperatura acima de 39,0°C=3</i></p> <p>() <i>Temperatura > 39,5°C=4</i></p> <p>() <i>Outros=5</i></p>	<p>TEMDANO: _____</p> <p>OUTEMDAN: _____</p>
<p>25) A febre pode trazer alguma complicação a uma criança?</p> <p>() <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i> () <i>Outros=3</i></p>	<p>COMPLICA: _____</p> <p>OUTCOMP: _____</p>
<p>25.1) Se sim, qual é a complicação?</p> <p><i>Convulsão:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Descompensar as doenças crônicas:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Desidratação:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Outros:</i> () <i>Sim=1</i> () <i>Não=2</i></p> <p><i>Especifique:</i> _____</p>	<p>CONVULSÃO: _____</p> <p>DESCOMP: _____</p> <p>COMDESID: _____</p> <p>COMPOUT: _____</p> <p>COMOUTESP: _____</p>

<p>26) Na sua opinião, qual é a complicação mais séria que a febre pode trazer a uma criança?</p> <p>Convulsão febril: () Sim=1 () Não=2</p> <p>Desidratação: () Sim=1 () Não=2</p> <p>Outros: () Sim=1 () Não=2</p> <p>Especifique:</p> <hr/>	<p>MASCONVULS: _____</p> <p>MASDESIDRAT: _____</p> <p>MASOUTRO: _____</p> <p>MASESP: _____</p>
--	--

IV- FORMAS DE AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA:

<p>27) Que meio Sr(a) usa para medir a temperatura da criança?</p> <p>() Usa o termômetro=1</p> <p>() Usa o toque na criança=2</p> <p>() Termômetro + toque=3</p> <p>() Outros=4</p>		<p>TEMPER: _____</p> <p>OUTEMPER: _____</p>
<p>28) Qual é a via que Sr(a) usa?</p>		
<p>28.1) No seu consultório:</p> <p>() Axila=1</p> <p>() Retal=2</p> <p>() Ouvido=3</p> <p>() Axila + Ouvido=4</p> <p>() Axila + Retal=5</p> <p>() Todas=6</p> <p>() Outra=7</p>	<p>28.2) Fora do seu consultório:</p> <p>() Axila=1</p> <p>() Retal=2</p> <p>() Ouvido=3</p> <p>() Axila + Ouvido=4</p> <p>() Axila + Retal=5</p> <p>() Todas=6</p> <p>() Outra=7</p>	<p>NOCONS: _____</p> <p>OUTCONS: _____</p> <p>FORACO: _____</p> <p>OUTFORAC: _____</p>
<p>29) Quantas vezes, em uma mesma ocasião, o Sr(a) usa o termômetro para diagnosticar febre?</p>		<p>LOCAL: ___ ___</p>
<p>30) Por quantas vezes Sr(a) mede para diagnosticar uma febre?</p>		<p>MEDE: ___ ___</p>

V - TRATAMENTO:

<p>31) Na sua opinião toda febre tem que ser tratada? <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2</p>	<p>OPINIAO: _____</p>
<p>31.1) Se sim, quais são os tipos de febre que devem ser tratadas? <i>Febre alta acima de 38,5 °C:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Risco de convulsão febril:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Pós-operatórios:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Apresentando quadro infeccioso:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Outros:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 Especifique: _____ 31.2) Anote o exemplo do quadro infeccioso que o pediatra comentou _____ _____</p>	<p>FEBA: _____ RISCO: _____ OPERATORIO: _____ INFECCIOSO: _____ TIPOOUTRO: _____ _____ ESPTIPOUT: _____</p>
<p>32) E por que deve a febre ser tratada? <i>Existe uma relação estatística de que pode ocorrer convulsão febril:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>No pós-operatório aumenta o metabolismo, aumenta a frequência cardíaca e alterações hemodinâmicas:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Acalma a mãe:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Outros:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 Especifique: _____</p>	<p>ESTATISTICA: _____ AUMENTA: _____ ACALMA: _____ DEVOUT: _____ _____ ESPDEVOUT: _____</p>
<p>33) Se não, quais são os tipos de febre que não devem ser tratadas? <i>Quando pratica algum esporte:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Quando fica exposto a uma fonte de calor (sol, fogo):</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 <i>Outros:</i> <input type="checkbox"/> Sim=1 <input type="checkbox"/> Não=2 Especifique: _____</p>	<p>ESPORTE: _____ CALOR: _____ NAOOUTRO: _____ ESPNAOUT: _____</p>
<p>34) E por que a febre não deve ser tratada? (REGISTRAR O QUE O PEDIATRA DIZ) _____ _____ _____</p>	

<p>35) A partir de que temperatura Sr(a) trata a febre?</p> <p>() Temperatura acima de 38,0°C=1 () Temperatura acima de 38,5°C=2 () Temperatura acima de 39,0°C=3 () Temperatura > 39,5°C=4 () Outros=5</p>	<p>TEMPTRA: _____</p> <p>OUEMPRA: _____</p>
<p>36) Como o Sr(a) trata a febre?</p> <p>Somente com medicamento: () Sim=1 () Não=2 Com medicamento e algum meio físico: () Sim=1 () Não=2 Inicia o tratamento com um meio físico e só quando não obtém resultado é que passa a usar medicamento: () Sim=1 () Não=2 Outros: _____ () Sim=1 () Não=2</p>	<p>MEDICAMENTO: _____</p> <p>MEIOFISICO: _____</p> <p>COMBINA: _____</p> <p>OUTRAT: _____</p> <p>ESPTRAT: _____</p>
<p>APENAS PARA MEDIDAS FÍSICAS, SE NENHUMA, PASSAR PARA QUESTÃO SEGUINTE:</p>	
<p>37) A que temperatura Sr(a) aconselha fazer uso de meios físicos?</p> <p>() Temperatura acima de 38,0°C=1 () Temperatura acima de 38,5°C=2 () Temperatura acima de 39,0°C=3 () Temperatura > 39,5°C=4 () Outros=5</p>	<p>MEIO: _____</p> <p>OUTMEDI: _____</p>
<p>38) Quais são as medidas físicas que o Sr(a) recomenda?</p>	
<p>Banho de álcool: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>BANALCOL: _____</p>
<p>Banho de água morna: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>BAMORNA: _____</p>
<p>Compressa de água morna: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>COMPMO: _____</p>
<p>Chá: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>CHA: _____</p>
<p>Ventilação do ambiente: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>VENTILA: _____</p>
<p>Outros: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>OUTROS: _____</p>
<p>Especifique:</p>	<p>OUTESPR: _____</p>
<p>Medida associada: () Sim=1 () Não=2</p>	<p>MEDIDA: _____</p>
<p>Se sim, qual?</p>	<p>QUAL: _____</p>

39) Na sua opinião, a reação da mãe à febre da criança interfere na sua decisão de tratar a febre? () <i>Sim</i> =1 () <i>Não</i> =2 () <i>Ignorado</i> =9		DECISAO: _____
39.1) Se sim, por favor descreva como ocorre essa interferência? _____ _____		
40) Na sua opinião, qual é o melhor medicamento para tratar a febre? () <i>Dipirona (Novalgina)</i> =1 () <i>Ácido acetilsalicílico (AAS)</i> =2 () <i>Paracetamol (Tylenol)</i> =3 () <i>Outro</i> =4		MELHOR: _____
41) A que temperatura Sr(a) aconselha fazer uso de antitérmicos? () <i>Temperatura acima de 38,0°C</i> =1 () <i>Temperatura acima de 38,5°C</i> =2 () <i>Temperatura acima de 39,0°C</i> =3 () <i>Temperatura > 39,5°C</i> =4 () <i>Outros</i> =10		TEMPUSO: _____ OUTUSO: _____ _____
42) Qual é o medicamento que Sr(a) mais recomenda?		
42.1) Serviço público: () <i>Dipirona (Novalgina)</i> =1 () <i>Ácido acetilsalicílico (AAS)</i> =2 () <i>Paracetamol (Tylenol)</i> =3 () <i>Outros</i> : _____	42.2) Serviço privado: () <i>Dipirona (Novalgina)</i> =1 () <i>Ácido acetilsalicílico (AAS)</i> =2 () <i>Paracetamol (Tylenol)</i> =3 () <i>Outros</i> : _____	MEDPUB: _____ OUTMEPUB: _____ _____ MEDPRI: _____ OUTMEPRI: _____ _____
43) Na sua opinião o que é uma febre "controlada"? _____		
44) Qual é a temperatura que o Sr(a) considera como uma febre "controlada"? () <i>Temperatura acima de 38,0°C</i> =1 () <i>Temperatura acima de 38,5°C</i> =2 () <i>Temperatura acima de 39,0°C</i> =3 () <i>Temperatura > 39,5°C</i> =4 () <i>Outros</i> =10		CONTROL: _____ OUTCONT: _____ _____

45) Existe alguma situação em que o Sr(a) muda de antitérmico? () Sim=1 () Não=2 () Outro=3 _____	SITUA: _____ OUTSIT: _____
45.1) Se sim, qual é essa situação? _____ _____ _____ _____	SITUACAO: _____
46) O Sr(a) prescreve medicamento para febre por telefone? () Sim=1 () Não=2	FONE: _____
Se sim, quando isso ocorre? _____ _____	OCORRE: _____
47) Se a criança continua a ter febre repetidamente o Sr(a) muda de antitérmico? () Sim=1 () Não=2 () Outro=3 _____	MUDA: _____ MUDOUT: _____
47.1) Se sim, para qual geralmente muda? () Dipirona (Novalgina)=1 () Ácido acetilsalicílico (AAS)=2 () Paracetamol (Tylenol)=3 () Outro=4 _____	QUAL1: _____ QUALOUT: _____
47.2) Qual a vantagem em mudar? _____	QUAL2: _____

VI- ORIENTAÇÃO AOS PAIS:

48) Que aspectos referentes a febre Sr(a) aborda na sua orientação?		
Conceitua a febre (febre não é doença e sim sintoma): () Sim=1 () Não=2		CONCEITO: _____
Explica à mãe o que é febre: () Sim=1 () Não=2		EXPLIC: _____
Anota a curva térmica: () Sim=1 () Não=2		CURVA: _____

Pede para desagalarhar ou colocar a criança em local arejado: () Sim=1 () Não=2	PEDE: ____
Medidas físicas: () Sim=1 () Não=2	FISICO: ____
Quando tratar a febre: () Sim=1 () Não=2	QUANTRA: ____
As razões que levam a pessoa a ter febre: () Sim=1 () Não=2	RAZAO: ____
Quando deve procurar o médico: () Sim=1 () Não=2	DEVE: ____
Instruções de uso do termômetro: () Sim=1 () Não=2	INSTER: ____
Possíveis complicações da febre: () Sim=1 () Não=2	POSSIVEL: ____
Outro: () Sim=1 () Não=2 Especifique: _____	OUTR: ____ OUTESP: ____ ____
49) Se a criança tem febre o Sr(a) dá alguma orientação específica sobre isto aos pais? () Sim=1 () Não=2	ORIENTA: ____
49.1) Se sim, como é essa orientação? _____ _____ _____ _____	COMORIENT: ____ ____
50) O Sr(a) dá alguma orientação aos pais sobre febre mesmo que a criança não esteja com febre? () Sim=1 () Não=2	NAOFEB: ____
50.1) Se sim, em que situações? Crianças de berçário: () Sim=1 () Não=2 Criança de 1ª consulta: () Sim=1 () Não=2 Orientação para todo tipo de paciente: () Sim=1 () Não=2 Outros: () Sim=1 () Não=2 Especifique: _____	BERCARIO: ____ PRIMEIRA: ____ TODOPACI: ____ SITOUTRO: ____ ESPSITOUT: ____
50.2) O Sr(a) muda em algum aspecto da orientação? () Sim=1 () Não=2	MUDASP: ____
50.3) Se sim, muda em quê? _____	SIMUDA: ____ ____

<p>51) O Sr(a) dá explicações a respeito dos problemas que a febre pode provocar, mesmo que a criança não tenha febre, ou só se tem febre?</p> <p>() <i>Sim</i>=1 () <i>Não</i>=2</p>	<p>EXPLICA: _____</p>
<p>51.1) Se sim, quais são essas explicações que o Sr(a) dar ? _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>QUAEXPLI: _____ _____</p>

VII- FONTES DE INFORMAÇÃO:

<p>52) Em que referência/publicação/livro o Sr(a) baseia a sua conduta para o tratamento da febre em crianças menores de 6 anos?</p> <p><i>Livro texto de pediatria:</i> () <i>Sim</i>=1 () <i>Não</i>=2</p> <p><i>Orientação da SBP:</i> () <i>Sim</i>=1 () <i>Não</i>=2</p> <p><i>Diretrizes do Estado/Ministério da Saúde:</i> () <i>Sim</i>=1 () <i>Não</i>=2</p> <p><i>Diretrizes da OMS:</i> () <i>Sim</i>=1 () <i>Não</i>=2</p> <p><i>Outros:</i> () <i>Sim</i>=1 () <i>Não</i>=2</p> <p>Especifique: _____</p>	<p>LIVRO: _____</p> <p>SBP: _____</p> <p>MINSA: _____</p> <p>OMS: _____</p> <p>OUTPUBLIIC: _____</p> <p>ESPOUTPUB: _____ _____</p>
---	--

53) Na sua opinião qual é a reação que em geral as mães tem sobre a febre? _____

54) E qual é a reação que em geral as mães tem sobre o tratamento da febre? _____

55) Na sua experiência, existe diferença de conduta no tratamento da febre e orientação à mãe dado por pediatras que trabalham em hospital público em relação ao privado? () *Sim*=1 () *Não*=2 DIFE: _____

Se sim, quais? _____

56) Com relação as atitudes que as mães tomam antes de levarem suas crianças a uma emergência tanto do hospital público quanto do hospital privado?

() *Há diferença*=1 () *Não há diferença*=2 ATITUD: _____

Se há diferença pode dizer-me como/qual é a diferença?

57) Dessas medidas físicas quais o Sr(a) aplica/recomenda e quais condena:

Só remédio	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	REMEDI: _____
Banho(álcool)	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	ALCOOL: _____
Banho(água morna)	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	MORNA: _____
Banho(água fria)	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	FRIA: _____
Remédio + banho (álcool)	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	REMALCO: _____
Remédio + banho (água morna)	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	REMORN: _____
Remédio + compres. água fria	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	RECOMP: _____
Remédio + banho (água fria)	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	REFRIA: _____
Chá	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	CHA1: _____
Banho com eucalipto	() <i>Aplica=1</i> () <i>Condena=2</i>	EUCALIP: _____

58) Há alguma outra informação sobre tratamento da febre, atitude dos pediatras ou das mães que gostaria de nos dar? () *Sim=1* () *Não=2*
INFORMA: _____

Se sim, qual? _____

ANEXO

- 6 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS (GPUIM)
MANUAL DE INSTRUÇÕES

PESQUISA

**O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA FEBRE EM
CRIANÇAS DE FORTALEZA**
(Fase I - Estudo de Utilização de Antitérmicos em Emergências Pediátricas)

SUPERVISORA:

Ana Paula Soares Gondim

FORTALEZA

1998

Este manual destina-se a fornecer instruções, aos entrevistadores, para a coleta de dados da pesquisa do uso de medicamento no tratamento biomédico da febre em crianças de 0-6 anos de idade em duas emergências pediátricas de referência de Fortaleza.

OBJETIVO DA PESQUISA

Conhecer a prevalência da indicação dos antitérmicos nas prescrições pediátricas, bem como investigar os conhecimentos e atitudes das mães em relação à febre, seus perigos e as formas de tratamento que as mesmas adotam antes de procurarem um atendimento de emergência.

1. INSTRUÇÕES GERAIS:

1.1. FAIXA ETÁRIA PARA O ESTUDO: Nesse estudo só deverá abranger crianças com idade de 0 a 6 anos (incompletos).

2. ATUAÇÃO DO ENTREVISTADOR:

2.1. ORIENTAÇÃO DE IMEDIATO: O entrevistador faz parte de uma equipe que trabalha sob a orientação de uma supervisora. Portanto, quando tiver dúvidas ou deparar com dificuldades relacionadas com o trabalho que desenvolve, o entrevistador deverá recorrer à supervisora.

2.2. PRINCIPAIS TAREFAS:

As principais tarefas do entrevistador são:

- a) Preparar o material para a etapa da entrevista;
- b) O entrevistador deverá preencher o questionário durante a permanência da criança na sala de espera da emergência pediátrica, para isso ele deverá ficar neste local (sala de espera);
- c) Entregar à supervisora os questionários corretamente preenchidos;

d) Fazer verificações de entrevistas, sempre que necessário;

e) Comunicar à supervisora os problemas encontrados na realização do trabalho.

3. DEVERES E RESPONSABILIDADES DO ENTREVISTADOR:

O entrevistador é o representante do GPUIM - UFC junto às crianças e mães pesquisadas. Os principais deveres e responsabilidades que o entrevistador assume nesta qualidade são descritos em seguida.

3.1. USAR O CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO E CARTEIRA DE ESTUDANTE: O entrevistador deverá sempre, identificar-se junto às informantes. Ao mostrar o seu crachá de identificação e carteira de estudante, o entrevistador dá à informante a segurança de estar tratando com uma pessoa credenciada para realizar uma pesquisa para o GPUIM - UFC.

O entrevistador deve ter todo o cuidado para não perder o seu crachá de identificação. Entretanto, se este fato ocorrer, deve comunicá-lo, de imediato, à supervisora.

3.2. GUARDAR SIGILO DAS INFORMAÇÕES: É essencial que o entrevistador conscientize-se de que o seu trabalho exige que guarde o sigilo das informações que pesquisa.

Todas as informações que são prestadas para a pesquisa do GPUIM - UFC tem caráter confidencial e só podem ser utilizadas para fins estatísticos.

Para garantir a inviolabilidade das informações o entrevistador não deve permitir que pessoa não autorizada pelo GPUIM o acompanhe quando estiver realizando o seu trabalho.

3.3. CRIAR UM CLIMA DE CORDIALIDADE: O entrevistador deve despertar a confiança e o interesse das informantes, tratando-as com cortesia e respeito em relação às suas crenças. Ser discreto na aparência (usar roupa branca) e cordato no relacionamento com as pessoas entrevistadas *criando um ambiente favorável ao trabalho que desenvolve.*

A conversa deve ser cordial e direcionada para a pesquisa, evitando assuntos alheios ao levantamento que possam causar constrangimento às pessoas entrevistadas.

O entrevistador deve estar consciente da importância do trabalho que realiza para transmiti-las nos contatos com as informantes.

3.4. SEGUIR RIGOROSAMENTE AS INSTRUÇÕES: O êxito de uma pesquisa depende fundamentalmente da etapa em que se coleta as informações. Um erro básico cometido nesta etapa dificilmente pode ser corrigido a contento nas fases subsequentes. Este fato exige uma atenção redobrada por parte do entrevistador.

Os conceitos, critérios, procedimentos e definições estabelecidos devem ser rigorosamente obedecidos ao investigar e efetuar os registros.

Em nenhum momento, o entrevistador deve se deixar levar por seus conceitos pessoais ou oriundos de outros levantamentos.

Siga a ordem das perguntas, uma vez que as mesmas apresentam uma seqüência lógica

Em casos de dificuldades no entendimento das perguntas, o entrevistador deve esclarecê-las, tendo todo o cuidado para não influenciar nas respostas.

4. LOCAIS DA PESQUISA:

4.1. HOSPITAL PÚBLICO - Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), localizado à rua Tertuliano Sales, 544;

4.2. HOSPITAL PRIVADO - Hospital Infantil Prontidão (PRONTIDÃO), localizado à avenida 13 de Maio, 1400.

5. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

O procedimento para inclusão serão as crianças menores de seis anos que apresentam febre ou história de febre no momento da entrevista, sendo o mesmo procedimento para as duas emergências pediátricas.

6. DESCRIÇÃO DO PROJETO FEBRE - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA:

O Projeto Febre - Questionário da pesquisa é o instrumento básico utilizado para o levantamento das informações em cada emergência pediátrica selecionada para a amostra.

O questionário da pesquisa encontra-se distribuído em três partes, que são:

Parte 1 IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA E DA MÃE (antes da consulta)

Parte 2 RELACIONADOS À ORIENTAÇÃO AO PACIENTE E DADOS DA PRESCRIÇÃO (depois da consulta)

Parte 3 RELACIONADO AO DIAGNÓSTICO

Em quase todas as partes do questionário, há espaços destinados a observações. Se necessário, pode-se usar o rodapé da página para os esclarecimentos que se fizerem necessários sobre situações relacionadas com os quesitos que nela se encontram.

7. INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

7.1. DATA DA ENTREVISTA - Refere-se a data de realização da entrevista;

7.2. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO - Deixar este espaço em branco;

- 7.3. HOSPITAL - Refere-se ao hospital selecionado para a entrevista;
- 7.4. DATA DO NASCIMENTO - Preencha o dia, mês e ano correspondente a data em que a criança nasceu;
- 7.5. IDADE - Registra-se a idade da criança em meses. *Esta informação deverá ser obtida da prescrição ou do cartão da criança ou mesmo da mãe da criança;*
- 7.6. PESO - Registre o peso da criança em gramas. Esta informação deve ser obtida da prescrição ou do cartão da criança ou do responsável pela criança durante a entrevista;
- 7.7. MEDICAMENTO - Registre o nome comercial do medicamento prescrito;
- 7.8. NOME GENÉRICO - Refere-se ao fármaco (princípio ativo) contido no medicamento;
- 7.9. VIA DE ADMINISTRAÇÃO - Registra-se a via de administração prescrita na receita para cada medicamento;
- 7.10. Nº DE UNIDADES - Registra a quantidade do medicamento prescrito na receita;
- 7.11. POSOLOGIA - Registre a forma como a manda;
- 7.12. DURAÇÃO DO TRATAMENTO - Registre o tempo de duração especificado na prescrição;
- 7.13. DIAGNÓSTICO - Registre o diagnóstico fornecido pelo médico obtido a partir do livro de registro da emergência do hospital infantil.
-

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS (GPUIM)
MANUAL DE INSTRUÇÕES

PESQUISA

O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA FEBRE EM
CRIANÇAS DE FORTALEZA
(Fase II - Inquérito Domiciliar com Mães)

SUPERVISORA:

Ana Paula Soares Gondim

FORTALEZA

1998

Este manual destina-se a fornecer instruções, às entrevistadoras, para a coleta de dados da pesquisa do uso do medicamento no tratamento biomédico da febre em crianças de 0-6 anos de idade no município de Fortaleza.

OBJETIVO DA PESQUISA

Investigar as crenças, conhecimentos e atitudes das mães em relação à febre, seus perigos e as formas de tratamento que as mesmas adotam.

1. INSTRUÇÕES GERAIS:

1.1. FAIXA ETÁRIA PARA O ESTUDO - Nesse estudo só deverá abranger mães de crianças com idade de 0 a 6 anos (incompletos).

2. ATUAÇÃO DA ENTREVISTADORA:

2.1. ORIENTAÇÃO DE IMEDIATO: A entrevistadora faz parte de uma equipe que trabalha sob a orientação de uma supervisora. Portanto, quando tiver dúvidas ou deparar com dificuldades relacionadas com o trabalho que desenvolve, a entrevistadora deverá recorrer à supervisora.

2.2. CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DAS TAREFAS: O conhecimento necessário para o desempenho da função da entrevistadora inicia-se com a leitura atenta do material relativo ao Projeto Febre que lhe é entregue para o treinamento.

A etapa de treinamento deve merecer toda dedicação, uma vez que, ao seu término, a entrevistadora deverá estar habilitado para realizar suas tarefas.

2.3. PRINCIPAIS TAREFAS:

As principais tarefas da entrevistadora são:

a) Preparar o material para a etapa da entrevista;

- b) Localizar corretamente os domicílios selecionados para a amostra;
- c) Realizar as entrevistas seguindo rigorosamente as instruções;
- d) Entregar à supervisora os questionários corretamente preenchidos;
- e) Fazer verificações de entrevistas, sempre que necessário;
- f) Comunicar à supervisora os problemas encontrados na realização do trabalho.

3. DEVERES E RESPONSABILIDADES DA ENTREVISTADORA:

A entrevistadora é o representante do GPUIM - UFC junto às pessoas pesquisadas. Os principais deveres e responsabilidades que a entrevistadora assume nesta qualidade são descritos em seguida.

3.1. USAR O CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO E CARTEIRA DE ESTUDANTE: A entrevistadora deverá sempre, identificar-se junto às informantes. Ao mostrar o seu crachá de identificação e carteira de estudante, a entrevistadora dá à informante a segurança de estar tratando com uma pessoa credenciada para realizar uma pesquisa para o GPUIM - UFC.

A entrevistadora deve ter todo o cuidado para não perder o seu crachá de identificação. Entretanto, se este fato ocorrer, deve comunicá-lo, de imediato, à supervisora.

3.2. GUARDAR SIGILO DAS INFORMAÇÕES: É essencial que a entrevistadora conscientize-se de que o seu trabalho exige que guarde o sigilo das informações que pesquisa.

Todas as informações que são prestadas para a pesquisa do GPUIM - UFC tem caráter confidencial e só podem ser utilizadas para fins estatísticos.

Para garantir a inviolabilidade das informações a entrevistadora não deve permitir que pessoa não autorizada pelo GPUIM o acompanhe quando estiver realizando o seu trabalho.

A entrevistadora também não pode mencionar fatos sobre as pessoas pesquisadas, nem permitir que os questionários e anotações referentes aos domicílios investigados sejam vistos por pessoas estranhas ao serviço que realiza, inclusive parentes, amigos e moradores em outros domicílios levantados.

3.3. CRIAR UM CLIMA DE CORDIALIDADE: A entrevistadora deve despertar a confiança e o interesse das informantes, tratando-as com cortesia e respeito em relação às suas crenças. Ser discreto na aparência (usar roupa branca) e cordato no relacionamento com as pessoas entrevistadas criando um ambiente favorável ao trabalho que desenvolve.

A conversa deve ser cordial e direcionada para a pesquisa, evitando assuntos alheios ao levantamento que possam causar constrangimento às pessoas entrevistadas.

A entrevistadora deve estar consciente da importância do trabalho que realiza para transmiti-las nos contatos com as informantes.

3.4. SEGUIR RIGOROSAMENTE AS INSTRUÇÕES: O êxito de uma pesquisa depende fundamentalmente da etapa em que se coleta as informações. Um erro básico cometido nesta etapa dificilmente pode ser corrigido a contento nas fases subsequentes. Este fato exige uma atenção redobrada por parte da entrevistadora.

O primeiro passo para assegurar a qualidade da pesquisa na etapa da entrevista é localizar corretamente os domicílios da amostra. A realização de entrevistas em domicílios que não são aqueles selecionados para a amostra acarreta sérias tendências nos resultados da pesquisa.

O retorno para completar as informações é um aspecto rotineiro do trabalho da entrevistadora, consciente de que aceitar respostas imprecisas para evitar voltar ao domicílio traz conseqüências negativas para os resultados da pesquisa

Os conceitos, critérios, procedimentos e definições estabelecidos devem ser rigorosamente obedecidos ao investigar e efetuar os registros.

Em nenhum momento, a entrevistadora deve se deixar levar por seus conceitos pessoais ou oriundos de outros levantamentos.

Em casos de dificuldades no entendimento das perguntas, a entrevistadora deve esclarecê-las, tendo todo o cuidado para não influenciar nas respostas.

4. ROTEIRO PARA O TRABALHO DA ENTREVISTA:

Para evitar contratempos a entrevistadora deve habituar-se a organizar previamente o material que irá utilizar e ter em mente os procedimentos básicos para a realização das entrevistas.

O roteiro indicado a seguir visa auxiliar a entrevistadora no desenvolvimento de suas tarefas .

Sugere-se que o mesmo seja relido após a entrevistadora ter apreendido as seguintes instruções.

a) Antes de sair para realizar as entrevistas:

- Faça a identificação dos questionários da área em que irá trabalhar, caso esta tarefa não tenha sido efetuada anteriormente;
- Planeje o roteiro de visitas aos domicílios que irá pesquisar;
- Verifique se está de posse de todos os instrumentos necessários para a realização das tarefas do dia.

b) **Ao chegar à área** localize o domicílio que irá pesquisar. Caso não consiga achá-lo peça ajuda à supervisora.

c) **Ao chegar ao endereço** e ainda, no início da pesquisa, verifique se o domicílio sofreu alguma transformação (demolição, passou a ser um comércio). Caso o domicílio tenha passado alguma transformação ignore e passe para o vizinho da direita.

d) **Quanto a escolha do domicílio:**

- **O Número Domicílio Selecionado** pela primeira vez deve corresponder a última unidade do número do setor a ser pesquisado. *Por exemplo:*

SETOR - 29 DOMICÍLIO SELECIONADO - 00

- **Para Escolher o Próximo Domicílio** será preciso contar dez domicílios seguidos e a partir deste último iniciar uma nova entrevista. Para este procedimento siga sempre o quarteirão da direita e no sentido horário.
- **Caso a mãe esteja ausente** ignore e passe para o vizinho da direita.

e) **No domicílio devem ser passadas informações:**

- Diga o seu nome, apresente seu crachá de identificação e carteira de estudante e esclareça que trabalha para o GPUIM (GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS - UFC).
- Se necessário, amplie sua exposição sobre o projeto febre e fale da garantia do sigilo das informações para convencer a mãe da importância da pesquisa.

f) **Durante as entrevistas mantenha a seguinte conduta:**

- Formule as perguntas com cordialidade, mas de modo objetivo. Não discuta política ou qualquer outro assunto polêmico. Dê toda a atenção ao seu trabalho;

- Procure obter a cooperação da informante (mãe);
- Não prolongue a entrevista com conversa não pertinentes à pesquisa para não cansar a informante;
- Nunca demonstre que você já sabe a resposta. Faça a pergunta e só ajude a informante se for necessário. Nesta situação, esclareça sem induzir a resposta;
- Não influencie a resposta da informante, formulando uma pergunta que já existe resposta. Exemplo: **"É claro que seu filho já teve febre, não é?"**. Este tipo de abordagem pode levar a informante a dar uma resposta afirmativa, sem preocupar-se em responder corretamente;
- Ouça a mãe com atenção;
- Evite que a informante fique constrangida em prestar informações diante de terceiros. Se alguma visita chegar durante a entrevista, coloque a informante à vontade para interrompê-la, prontificando-se a retornar ao domicílio, em outra hora, para prosseguir com a entrevista;
- Lembre a garantia do sigilo das informações ao perceber relutância da informante em responder alguma pergunta;
- ***Registre todas as respostas no momento da entrevista, para não esquecê-las.***

g) **No encerramento da entrevista observe os seguintes pontos:**

- Verifique se algum quesito deixou de ser preenchido no questionário;
-

- Se for retornar para completar a pesquisa combine com a informante o dia e a hora da próxima visita. Recapitule, se for o caso, as informações que estão faltando para concluir a entrevista;
- Ainda que tenha concluído a entrevista, avise que, eventualmente, poderá retornar ao domicílio para sanar alguma dúvida;
- Agradeça aos moradores a colaboração recebida.

5. DESCRIÇÃO DO PROJETO FEBRE - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA:

O Projeto Febre - Questionário da pesquisa é o instrumento básico utilizado para o levantamento das informações em cada domicílio selecionado para a amostra.

O questionário da pesquisa encontra-se distribuído em três partes, que são:

Parte 1 INFORMAÇÕES BÁSICAS

Parte 2 CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA

Parte 3 RELACIONADAS AO CONHECIMENTO E FORMAS DE
TRATAMENTO DA FEBRE

Em quase todas as partes do questionário, há espaços destinados a observações. Se necessário, pode-se usar o rodapé da página para os esclarecimentos que se fizerem necessários sobre situações relacionadas com os quesitos que nela se encontram.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS PARA AS ENTREVISTAS:

A identificação dos questionários deverá ser feita antes de se iniciar as entrevistas em cada área.

6.1. CAMPOS E QUESITOS DE IDENTIFICAÇÃO: O questionário da pesquisa de cada domicílio é identificado através das seguintes informações, que se encontram na **parte 1** do questionário: NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO E O NÚMERO DO SETOR.

6.2. COMO EFETUAR A IDENTIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS: Para cada número de controle, a identificação deve ser feita da seguinte forma:

- NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO
- NÚMERO DO SETOR

7. SEQÜÊNCIA DAS PARTES E DOS QUESITOS E COMO FAZER AS INDAGAÇÕES E REGISTRAR AS REPOSTAS NOS QUESTIONÁRIOS:

7.1. SEQÜÊNCIA DAS PARTES: A entrevista a cada mãe deve seguir a ordem crescente dos números das partes.

7.2. SEQÜÊNCIA DOS QUESITOS: Em alguns quesitos, há instruções entre parênteses indicando qual o próximo quesito a ser seguido, de acordo com a resposta obtida.

Estas instruções devem ser rigorosamente.

7.3. COMO FAZER AS INDAGAÇÕES: As perguntas referentes aos quesitos 12 a 36 da **parte 2** e aos quesitos 37 a 63 da **parte 3** são questões fechadas e devem ser feitas da maneira como estão formuladas. Somente quando a pessoa não entender a pergunta da forma como está escrita é que a entrevistadora deverá esclarecê-las com as suas próprias palavras. Existem algumas questões da **parte 3** em que apresentam um espaço apropriado para registrar os termos e informações fornecidas pela mãe.

7.4. COMO REGISTRAR AS RESPOSTAS NO QUESTIONÁRIO: Para assegurar que as informações coletadas não sofram distorções nas fases de trabalho

subsequente à da entrevista, é importante que os registros efetuados nos questionários sejam legíveis não causem dúvidas de interpretação.

Para que os quesitos sejam lançados de forma adequada nos questionários, os seguintes procedimentos devem ser rigorosamente obedecidos:

- a) Utilize caneta esferográfica de tinta preta e letra de forma para preencher os questionários;
- b) Para os registros que devem ser feitos em quadrículas, lance o "número" ou "X" no espaço que corresponde à resposta da informante;
- c) Escreva os algarismos de forma que não se confundam. Por exemplo, o algarismo "um" registrado como traço vertical (|) não será confundido com o "sete" cortado por um traço horizontal (+);
- d) Para os registros que devem ser numéricos, faça os lançamentos nos campos a eles especificamente destinados, utilizando arábicos:

Exemplo: [0 | 2] Anos

- e) Para os registros das questões abertas a serem lançados em linhas cheias não escreva nos campos reservados aos lançamentos numéricos ou nas quadrículas. Se o espaço disponível for insuficiente para a descrição, faça uma chamada e continue no rodapé da página ou nas linhas destinadas a observações da parte.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS (GPUIM)
MANUAL DE INSTRUÇÕES**

PESQUISA

**O USO DO MEDICAMENTO NO TRATAMENTO BIOMÉDICO DA FEBRE EM
CRIANÇAS DE FORTALEZA
(Fase III - Inquérito com Pediatras)**

SUPERVISORA:

Ana Paula Soares Gondim

FORTALEZA

1998

Este manual destina-se a fornecer instruções, às entrevistadoras, para a coleta de dados da pesquisa do uso do medicamento no tratamento biomédico da febre em crianças de 0-6 anos de idade no município de Fortaleza.

OBJETIVO DA PESQUISA

Investigar os conhecimentos e atitudes dos pediatras em relação à febre, seus perigos e as formas de tratamento que os mesmos adotam.

1. INSTRUÇÕES GERAIS:

1.1. PEDIATRAS - Nesse estudo só deverá abranger uma amostra representativa dos pediatras associados à Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP), que perfaz um total de 96 pediatras.

2. ATUAÇÃO DA ENTREVISTADORA:

2.1. ORIENTAÇÃO DE IMEDIATO: A entrevistadora faz parte de uma equipe que trabalha sob a orientação de uma supervisora. Portanto, quando tiver dúvidas ou deparar com dificuldades relacionadas com o trabalho que desenvolve, a entrevistadora deverá recorrer à supervisora.

2.2. CAPACITAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DAS TAREFAS: O conhecimento necessário para o desempenho da função da entrevistadora inicia-se com a leitura atenta do material relativo ao Projeto Febre que lhe é entregue para o treinamento.

A etapa de treinamento deve merecer toda dedicação, uma vez que, ao seu término, a entrevistadora deverá estar habilitado a realizar suas tarefas.

2.3. PRINCIPAIS TAREFAS:

As principais tarefas da entrevistadora são:

- a) Preparar o material para a etapa da entrevista;
- b) Contactar com os pediatras selecionados, logo após o primeiro contato que a supervisora fizer com os mesmos;
- c) Realizar as entrevistas seguindo rigorosamente as instruções;
- d) Entregar à supervisora os questionários corretamente preenchidos;
- e) Fazer verificações dos questionários, sempre que necessário;
- f) Comunicar à supervisora os problemas encontrados na realização do trabalho.

3. DEVERES E RESPONSABILIDADES DA ENTREVISTADORA:

A entrevistadora é a representante do GPUIM - UFC junto às pessoas pesquisadas. Os principais deveres e responsabilidades que a entrevistadora assume nesta qualidade são descritos em seguida.

3.1. USAR O CRACHÁ DE IDENTIFICAÇÃO E A CARTEIRA DE ESTUDANTE: A entrevistadora deverá sempre, identificar-se junto aos informantes. Ao mostrar o seu crachá de identificação e carteira de estudante, a entrevistadora dá ao informante a segurança de estar tratando com uma pessoa credenciada para realizar uma pesquisa para o GPUIM - UFC.

A entrevistadora deve ter todo o cuidado para não perder o seu crachá de identificação. Entretanto, se este fato ocorrer, deve comunicá-lo, de imediato, à supervisora.

3.2. GUARDAR SIGILO DAS INFORMAÇÕES: É essencial que a entrevistadora conscientize-se de que o seu trabalho exige que guarde o sigilo das informações que pesquisa.

Todas as informações que são prestadas para a pesquisa do GPUIM - UFC tem caráter confidencial e só podem ser utilizadas para fins científicos.

Para garantir a inviolabilidade das informações a entrevistadora não deve permitir que pessoa não autorizada pelo GPUIM a acompanhe quando estiver realizando o seu trabalho.

A entrevistadora também não pode mencionar fatos sobre os pediatras pesquisados, nem permitir que os questionários e anotações referentes aos pediatras investigados sejam vistos por pessoas estranhas ao serviço que realiza.

3.3. CRIAR UM CLIMA DE CORDIALIDADE: A entrevistadora deve despertar a confiança e o interesse dos informantes, tratando-os com cortesia e respeito em relação aos seus conhecimentos. Ser discreta na aparência (usar roupa branca) e cordata no relacionamento com os pediatras entrevistados criando um ambiente favorável ao trabalho que desenvolve.

A conversa deve ser cordial e direcionada para a pesquisa.

A entrevistadora deve estar consciente da importância do trabalho que realiza para transmiti-las nos contatos com os informantes.

3.4. SEGUIR RIGOROSAMENTE AS INSTRUÇÕES: O êxito de uma pesquisa depende fundamentalmente da etapa em que se coleta as informações. Um erro básico cometido nesta etapa dificilmente pode ser corrigido a contento nas fases subsequentes. Este fato exige uma atenção redobrada por parte da entrevistadora.

O primeiro passo para assegurar a qualidade da pesquisa na etapa da entrevista é contactar corretamente com os pediatras da amostra. A realização de entrevistas com pediatras que não são aqueles selecionados para a amostra acarreta sérias tendenciosidade nos resultados da pesquisa.

O retorno para completar as informações é um aspecto rotineiro do trabalho da entrevistadora, consciente de que aceitar respostas imprecisas para evitar voltar ao pediatra traz conseqüências negativas para os resultados da pesquisa.

Os conceitos, critérios, procedimentos e definições estabelecidos devem ser rigorosamente obedecidos ao investigar e efetuar os registros.

Em nenhum momento, a entrevistadora deve se deixar levar por seus conceitos pessoais ou oriundos de outros levantamentos.

Em casos de dificuldades no entendimento das perguntas, a entrevistadora deve esclarecê-las, tendo todo o cuidado para não influenciar nas respostas.

4. ROTEIRO PARA O TRABALHO DA ENTREVISTA:

Para evitar contratemplos a entrevistadora deve habituar-se a organizar previamente o material que irá utilizar e ter em mente os procedimentos básicos para a realização das entrevistas.

O roteiro indicado a seguir visa auxiliar a entrevistadora no desenvolvimento de suas tarefas.

Sugere-se que o mesmo seja relido após a entrevistadora ter apreendido as seguintes instruções:

a) Antes de sair para realizar a entrevista:

- Confira a identificação dos questionários em que irá trabalhar;
- Confira o material que vai levar para a entrevista: os questionários que serão preenchidos;
- Planeje o roteiro de visitas aos pediatras que irá pesquisar;

- Verifique se está de posse de todos os instrumentos necessários para a realização das tarefas do dia;

- Antes de ir ao local da entrevista, ligue para o pediatra confirmando o horário da entrevista.

b) Ao chegar ao local da entrevista procure o pediatra.

Caso o pediatra não esteja no local, tente novo contato, caso contrário comunique à supervisora.

d) As informações que devem ser passadas ao pediatra:

- Diga o seu nome, apresente seu crachá de identificação e carteira de estudante (se exigir) e esclareça que trabalha para o GPUIM (GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS - UFC);
- Fale da garantia do sigilo das informações, essas serão registradas através de um número de identificação para cada pediatra.

e) Durante as entrevistas mantenha a seguinte conduta:

- Formule as perguntas com cordialidade, mas de modo objetivo. Não discuta política ou qualquer outro assunto polêmico. Dê toda a atenção ao seu trabalho;
- Procure obter a cooperação do informante;
- Não prolongue a entrevista com conversa não pertinentes à pesquisa para não cansar o informante;
- Nunca demonstre que você já sabe a resposta. Faça a pergunta e só ajude o informante se for necessário. Nesta situação, esclareça sem induzir a resposta;

- Não influencie a resposta do informante, formulando uma pergunta que já existe resposta. Exemplo: “ **É claro que o Sr. sabe o que é febre?**”. Este tipo de abordagem pode levar o informante a dar uma resposta afirmativa, sem preocupar-se em responder corretamente;
- Ouça o pediatra com atenção;
- Evite que o informante fique constrangido em prestar informações diante de terceiros. Se alguma visita chegar durante a entrevista, coloque o informante à vontade para interrompê-la, prontificando-se a retornar ao local, em outra hora, para prosseguir com a entrevista;
- Lembre da garantia do sigilo das informações ao perceber relutância do informante em responder alguma pergunta.

f) No encerramento da entrevista observe os seguintes pontos:

- Verifique se algum quesito deixou de ser perguntado no questionário;
- Se for retornar para completar a pesquisa combine com o informante o dia e a hora da próxima visita. Recapitule, se for o caso, as informações que estão faltando para concluir a entrevista;
- Ainda que tenha concluído a entrevista, avise que, eventualmente, poderá retornar ao local para sanar alguma dúvida;
- Agradeça ao pediatra a colaboração recebida.

5. DESCRIÇÃO DO PROJETO FEBRE - QUESTIONÁRIO DA PESQUISA:

O Projeto Febre - Questionário da pesquisa é o instrumento básico utilizado para o levantamento das informações a cada pediatra selecionado para a amostra;

O questionário da pesquisa encontra-se distribuído em sete partes, que são:

- Parte 1** IDENTIFICAÇÃO
- Parte 2** CARACTERÍSTICAS DO PEDIATRA
- Parte 3** CONHECIMENTO SOBRE FEBRE
- Parte 4** FORMAS DE AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA
- Parte 5** TRATAMENTO
- Parte 6** ORIENTAÇÃO AOS PAIS
- Parte 7** FONTES DE INFORMAÇÃO

Em quase todas as partes do questionário, há espaços destinados a observações. Se necessário, pode-se usar o rodapé da página para os esclarecimentos que se fizerem necessários sobre situações relacionadas com os quesitos que nela se encontram.

6. IDENTIFICAÇÃO DOS QUESTIONÁRIOS PARA AS ENTREVISTAS:

A identificação dos questionários deverá ser feita antes de se iniciar as entrevistas com cada pediatra.

6.1. CAMPO E QUESITO DE IDENTIFICAÇÃO: O questionário da pesquisa de cada pediatra é identificado através da seguinte informação, que se encontra na **parte 1** do questionário: NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO.

7. SEQÜÊNCIA DAS PARTES E DOS QUESITOS E COMO FAZER AS INDAGAÇÕES E REGISTRAR AS REPOSTAS NOS QUESTIONÁRIOS:

7.1. SEQÜÊNCIA DAS PARTES: A entrevista a cada PEDIATRA deve seguir a ordem crescente dos números das partes.

Para que os quesitos sejam lançados de forma adequada nos questionários, os seguintes procedimentos devem ser rigorosamente obedecidos:

- a) Utilize caneta esferográfica de tinta preta e letra de forma para preencher os questionários;
- b) Para os registros que devem ser feitos em quadrículas, lance o "número" no espaço que corresponde à resposta do informante;
- c) Registre as questões abertas durante a entrevista. Se o espaço disponível for insuficiente faça uma chamada e continue no rodapé da página.