



ARTIGO ORIGINAL

Avaliação do nível de compreensão da prescrição pediátrica

Evaluation of the understanding level of pediatric prescription

Priscilla Y. Sano¹, Renata R. Masotti², Antonio A.C. dos Santos³, José A. Cordeiro⁴

Resumo

Objetivo: objetiva-se nesse estudo estabelecer a relação entre o nível de compreensão da prescrição pediátrica pela mãe ou outro acompanhante e os possíveis fatores causais da não-adesão ao tratamento, buscando-se, assim, melhorar a qualidade do atendimento médico.

Método: foram entrevistados, aleatoriamente, cem acompanhantes de cem crianças atendidas no ambulatório de Pediatria de Hospital Universitário, no período de abril/2000 a outubro/2000, e que receberam orientação e/ou receita médica na consulta. Aplicou-se um questionário que avaliou o nível socioeconômico-cultural do acompanhante, fatores relacionados à consulta e à execução do tratamento e à compreensão da caligrafia e conteúdo da "receita".

Resultados: dos entrevistados, 83% tinham prescrição e 17% receberam apenas orientações; 88% eram mães, e 63% cursaram 1º grau incompleto. Com relação à consulta, 80% relataram bom nível de satisfação. Daqueles com receita, 71% compreenderam bem a letra da receita, e 29% apresentavam compreensão regular ou ruim. Em 47% das prescrições, havia símbolos e/ou abreviaturas, dos quais, 59% não foram compreendidos. Quanto à compreensão do conteúdo da receita; 71% lembravam-se de todos os medicamentos prescritos; 15,7% não se lembravam, mas conseguiam ler a receita; 7,2% não se lembravam e referiam que o "farmacêutico" a explicaria; e 6% não se lembravam e nem conseguiam ler a receita.

Conclusão: conclui-se que os fatores relacionados à não compreensão da prescrição pediátrica são o baixo nível socioeconômico-cultural do acompanhante/responsável e fatores relacionados ao médico, tais como: a utilização de símbolos/abreviaturas, letra ilegível e orientações fornecidas apenas verbalmente.

J Pediatr (Rio J) 2002; 78 (2): 140-5: prescrição de medicamentos, pediatria, satisfação do paciente, cuidados médicos, garantia da qualidade de saúde.

Abstract

Objective: this study intends to establish the relation between the understanding level of pediatric prescription by the mother, or other adult, accompanying the child to a doctor's visit and the probable causes of noncompliance with the treatment, in order to improve the quality of pediatric health care.

Methods: we randomly interviewed one hundred adults who accompanied children to the pediatric outpatient clinic of Hospital Universitário. They received medical orientation and/or prescriptions. The interviews were made from April to October 2000 and we used a questionnaire to evaluate social, economic and cultural status. We also evaluated aspects related to the appointment and treatment, and the understanding of doctor's handwriting and prescription.

Results: eighty-three percent of them received a prescription and 17% received only orientation; 88% were the mothers and 63% had not finished elementary school. Concerning the appointment, 80% felt satisfied. Seventy-one percent among those who received prescriptions could understand the doctor's handwriting and 29% had some or none understanding of it. Forty-seven percent of the prescriptions had symbols and/or abbreviations that could not be understood by 59% of the adults. Seventy-one percent could remember all the prescribed drugs without looking at the prescription; 15.7% needed to read it in order to remember the drugs; 7.2% could not remember the drugs and said that a pharmacist had to help them and 6% could not remember or read the prescription.

Conclusion: aspects related to the poor understanding of pediatric prescriptions are caused by the low social, economic and cultural status of the adult accompanying the child; as well as aspects regarding physicians such as the use of symbols and abbreviations, illegible handwriting and verbal orientation only.

J Pediatr (Rio J) 2002; 78 (2): 140-5: prescription of medication, pediatrics, patient's satisfaction, medical care, guarantee of health quality.

-
1. Acadêmica do 6º ano, Dep. de Pediatria e Cirurgia Pediátrica da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - FAMERP, SP.
 2. Acadêmica do 6º ano, Dep. Pediatria e Cir. Pediátrica - FAMERP, SP.
 3. Professor Adjunto do Dep. de Pediatria e Cirurgia - FAMERP, SP.
 4. Livre Docente do Dep. Epidemiologia e Saúde Coletiva / FAMERP, SP. Fonte financiadora: Bolsa de Iniciação Científica da FAMERP.

Artigo submetido em 06.08.01, aceito em 09.01.02.

Introdução

A prescrição pediátrica é mais minuciosa que a prescrição de adultos. Os aspectos gerais e específicos daqueles pacientes, os tipos de formulações e dosagens comercialmente disponíveis, as dificuldades na administração de medicamentos e a falta de clareza sobre o seu uso em

crianças são tópicos a serem considerados pelo pediatra ao prescrever¹.

Outra particularidade é o fato dela ser direcionada ao acompanhante da criança, geralmente a mãe, que será responsável pela sua correta execução. Portanto, o sucesso do tratamento depende óbvia e integralmente de uma correta compreensão e execução da “receita”.

Segundo alguns autores, para que haja entendimento adequado das prescrições, elas devem ser sempre escritas com letra legível, explicando-se em seguida *todo* o seu conteúdo.

Se o pediatra der o roteiro apenas verbalmente, é quase certo que a mãe não se lembrará de tudo ou fará confusão; por outro lado, se o médico não der instrução verbal, limitando-se a incluir na “receita” o modo de utilizar os medicamentos, ele comete um “pecado pediátrico”, pois estará tratando a doença e não a criança. Além disso, a explicação deve ser adequada ao nível cultural do acompanhante e, preferencialmente, não conter símbolos e/ou abreviaturas¹⁻⁴.

Esses mesmos autores¹⁻⁴ citam ainda a importância de se detalhar a forma de utilização da medicação prescrita (via de administração, horários, dosagens e possíveis efeitos adversos), bem como a de explicar qual é a doença e o que se espera dos medicamentos.

Assim, o bom relacionamento do binômio médico/mãe (ou outro acompanhante) influenciará na compreensão da prescrição, na adesão ao tratamento e até em mudanças no estilo de vida, exatamente como orientado pelo médico⁵. Baseado nisso, Holm⁶ propõe em seu trabalho que talvez não se deva falar tanto do paciente que não adere ao tratamento, mas sim do médico que não adere aos quesitos necessários para que ocorra a compreensão da prescrição. Principalmente, quando se considera que, para o médico (sobretudo o vinculado a um hospital de grande fluxo), prescrever é apenas uma pequena parte cansativa da rotina diária, a parte final do atendimento de mais um paciente.

O cansaço, a vontade de concluir a consulta e a pressão criada por outros pacientes na sala de espera podem levá-lo a apenas entregar uma receita, sem dar atenção ao paciente/accompanhante⁷.

Estudo de Lau e cols.⁸ mostra a íntima relação entre a adesão ao tratamento e o entendimento da orientação. Devemos ressaltar que, mais interessante e prático do que evidenciar que a não-adesão existe, é determinar suas causas, para alertar o médico acerca das situações de risco quando ocorrerem^{5,9-11}. Trabalho de Charney e cols.¹² demonstra que a maior adesão está diretamente relacionada à compreensão materna acerca da doença e sobretudo da sua gravidade: 48% das mães que não obedecem à prescrição o fazem por não compreender a necessidade do tratamento.

Considerando que o diagnóstico esteja correto e a medicação prescrita seja eficiente, a não-adesão à prescrição é a principal responsável pela piora do quadro clínico

e, conseqüentemente, por maior dano à saúde do paciente. Essa não-adesão à terapia medicamentosa é responsável por 125.000 mortes ao ano, centenas a milhares de hospitalizações desnecessárias, perdas de dias de trabalho e ausência escolar^{5,13,14}.

Objetiva-se com o presente estudo estabelecer a relação entre o nível de compreensão da prescrição pediátrica pela mãe ou outro acompanhante e os possíveis fatores causais da não-adesão ao tratamento. Busca-se, assim, melhorar a qualidade do atendimento médico, a redução de custos com hospitalizações, tratamentos e exames complementares desnecessários.

Método

Foram entrevistados, por duas pessoas, cem acompanhantes de pacientes atendidos no ambulatório de Pediatria do Hospital de Base – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), no período de abril/2000 a outubro/2000. Esse período de sete meses objetivou avaliar a maior variação de prescritores envolvidos.

Eles foram selecionados de forma aleatória seqüencial dentre àqueles que saíram de uma consulta ambulatorial, diurna, em dias úteis, e que receberam orientação e/ou receita médica. Assim, consentiram em responder espontaneamente a um questionário.

Esse questionário aplicado aos entrevistados era constituído de perguntas estruturadas, semi-estruturadas e abertas, que visavam avaliar:

- 1) o nível socioeconômico-cultural do acompanhante e dos responsáveis pela criança;
- 2) fatores relacionados à consulta que pudessem influenciar na compreensão da doença e das orientações sobre o tratamento;
- 3) a compreensão da caligrafia e do conteúdo da receita, tanto pelo acompanhante como pelo entrevistador;
- 4) tópicos relacionados à execução do tratamento, seu custo, bem como se o diagnóstico, conduta e tipo de medicação da receita também estão formulados no prontuário para que melhor se situe o futuro atendente, no caso da mãe, voltando à consulta, não se lembrar das orientações.

Após o término da coleta de dados, os mesmos foram tabulados para posterior análise estatística, na qual foi utilizado o intervalo de confiança de 95% para melhor adaptar a amostra avaliada dentro da população geral atendida em nosso serviço. Os números do referido intervalo de confiança são apresentados entre parênteses. Calculou-se também o valor de p obtido através de um teste qui-quadrado (constante do método Análise de Dependência).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto em 10 de abril de 2000 (Parecer nº 0030/2000).

Resultados

Do total de entrevistados, 83% tinha receita médica, e 17% apenas orientações, sem a referida receita.

A Tabela 1 mostra quem foram os acompanhantes entrevistados, sendo que as mães estiveram presentes na consulta em 88% das vezes, enquanto os pais, em apenas 10%. Observou-se, ainda, que a grande maioria desses acompanhantes havia cursado apenas o 1º grau incompleto (Tabela 2). Dos entrevistados, 54% eram provenientes de São José do Rio Preto, 32% de outros municípios pertencentes à Divisão Regional de Saúde XXII (DIR XXII), e 14% dos entrevistados vieram de municípios não pertencentes à DIR XXII. 84% residiam na zona urbana e 16% na zona rural. A renda familiar está relacionada na Tabela 3. Constatou-se que 96% não possuíam convênio médico.

Tabela 1 - Características dos acompanhantes

Características	% (Intervalo de confiança)
Mãe como acompanhante	84% (76,8-91,2)
Pai como acompanhante	6% (1,3-10,7)
Pai e mãe como acompanhantes	4%
Avó como acompanhante	3%
Avó e tia como acompanhantes	1%
Tia como única acompanhante	2%
Total	100%

Tabela 2 - Grau de instrução dos acompanhantes

Grau de instrução dos acompanhantes	% (intervalo de confiança)
1º grau incompleto	63,0% (55,6-75,4)
1º grau completo	6% (1,3-10,7)
2º grau incompleto	15% (8,8-23,2)
2º grau completo	14% (8,0-23)
Analfabetos	2,0%
Total	100%

No que se refere à opção pelo serviço, 62% vieram encaminhados, 4% procuraram serviço médico no Hospital de Base porque gostam, e os restantes 34% vieram porque não tinham outra opção. Na Tabela 4, estão os fatores relacionados ao nível de satisfação dos acompanhantes com a consulta, dos quais, mais de 80% tiveram nível bom de satisfação ($p=0,013$). Na Tabela 5 e na Figura 1, correlaciona-se o grau de compreensão da letra na "receita" médica pelos entrevistados *versus* entrevistadores, mostrando a diferença encontrada.

Tabela 3 - Renda familiar

Renda familiar	% (intervalo de confiança)
Até 1 salário mínimo	14% (7,2-20,8)
De 2 a 5 salários mínimos	78% (70,0-86,0)
Acima de 5 salários mínimos	8% (2,7-13,3)
Total	100%

Em 47% (39/83) das receitas, havia símbolos e/ou abreviaturas, cujo significado não foi compreendido por 23 (59%) acompanhantes. Dos 23 símbolos não compreendidos, 21 (91,3%) eram VO (via oral); um (4,35%) era *ml*, e um (4,35%) era *gts* (gotas). Quanto à compreensão do conteúdo da receita, 59 dos 83 entrevistados (71%) que a apresentaram, lembravam do nome de todos os medicamentos prescritos, 13 entrevistados (15,7%) não se lembravam, mas conseguiam ler a receita, seis (7,2%) não se lembravam dos medicamentos prescritos e referiram que o "farmacêutico" leria e explicaria a receita médica, enquanto que cinco (6%) não se lembravam dos medicamentos, nem conseguiam ler a prescrição.

Dentre os 83 pacientes com receita, 70 entrevistados (84,3%) lembravam-se da posologia e/ou liam-na bem, enquanto 13 (15,7%) não se lembravam da posologia, nem conseguiam ler. Em apenas 2,4% das vezes, havia horário especificado na receita médica para a medicação (2 dos 83 entrevistados com prescrição), e em 97,6%, não havia

Tabela 4 - Nível de satisfação com consulta e fatores relacionados

Nível de satisfação	Fatores relacionados - % (IC*)
Bom - 89% (82,8-92,3)	Bom atendimento - 41,6% (31,4-51,8) Médico atencioso - 33,7% (23,9-43,5) Boa orientação médica - 12,4% (5,5-19,3) Criança bem examinada - 10% Bom resultado com tratamento - 2,3%
Regular - 8% (2,7-13,3)	Demora no atendimento - 37,5% Médicos diferentes nas consultas - 25% Atendimento muito rápido - 12,5% Falta de orientação médica - 12,5% Não esclarecimento de dúvidas - 12,5%
Ruim - 3%	Falta de orientação médica e demora no atendimento - 66,7% Criança não examinada pelo médico - 33,3%

* IC = intervalo de confiança

Tabela 5 - Compreensão da letra da receita

	Entrevistador % (IC*)	Acompanhante % (IC*)
Boa	88% (81,0-95,0)	71% (61,3-90,8)
Regular	8,4% (2,5-14,3)	15,7% (7,9-23,5)
Ruim	3,6%	13,3% (6,0-20,6)
Total	100%	100%

* IC = intervalo de confiança

especificação, mas sim anotações do tipo: 6/6 horas, 8/8 horas, 3x por dia. A maioria dos entrevistados sabia a finalidade dos medicamentos prescritos (96,3% *versus* 3,6% que não sabiam).

Dos 17 pacientes que receberam apenas orientação médica (sem receita), notou-se que nem todos forneceram informações que pudessem ser confirmadas pelas anotações em prontuário, como observado na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlação entre orientação médica informada pelo acompanhante e anotações em prontuário

	% (IC*)
Informações concordantes c/ prontuário (13 casos)	76,5% (56,3-96,6)
Letra de prontuário ilegível (1 caso)	5,9%
Ausência de anotações em prontuário (1 caso)	5,9%
Orientação informada não mencionada em prontuário (2 casos)	11,8%
Total	100%

* IC = intervalo de confiança

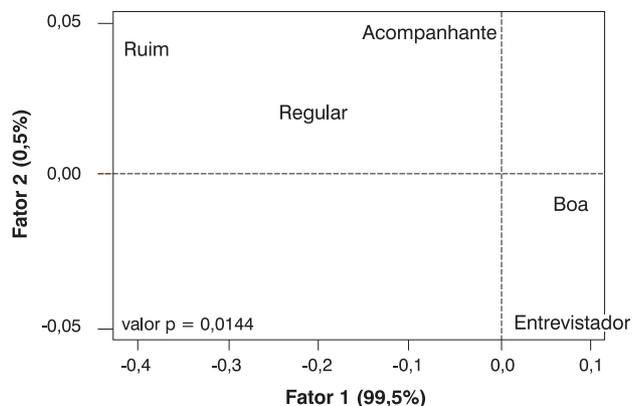


Figura 1 - Nível de compreensão da receita segundo entrevistados e acompanhante

Oitenta e três crianças tiveram medicamentos prescritos. Destas, 63 (76%) iniciariam o tratamento no mesmo dia da consulta, 11 (11,95%) iniciariam no dia seguinte à consulta, e 9 (9,78%) apenas quando conseguissem adquirir a medicação (gratuitamente ou quando pudessem comprá-la). A maioria dos entrevistados procuraria adquirir a medicação prescrita gratuitamente (Tabela 7), sendo notado ainda o fato de que 5,4% dos que procurariam “ganhar” a medicação não comprariam-na se não a obtivessem gratuitamente. Notouse, ainda, que 6 acompanhantes (6%) realizariam associação de outros métodos ao tratamento por conta própria, além dos já orientados pelo médico (simpatias, chás caseiros, sucos, vitaminas caseiras).

Tabela 7 - Fonte de aquisição de medicação

	% (IC*)
Tentará obtenção gratuita em posto de saúde (37 casos)	40,2% (30,2-50,2)
Comprará (29 casos)	31,7% (22,2-41,2)
Já adquirida no ambulatório - amostra grátis (20 casos)	21,7% (13,3-30,2)
Parcial/ já adquirida (amostras), parcial/ a ser comprada (6 casos)	6,5%
Total (92 casos)	100%

* IC = intervalo de confiança

Analisando-se o prontuário, ficou evidenciado que em 10% dos casos houve diferença entre o diagnóstico referido pelo acompanhante e o anotado em prontuário; em 87% havia concordância entre o diagnóstico relatado pelo acompanhante e o anotado em prontuário e em 3% não havia diagnóstico anotado em prontuário. A conduta estava completamente anotada em 66% dos prontuários analisados, e em 4 desses com letra ilegível. Em 21% estava parcialmente anotada, destes, em 18 (85,7%) não constava posologia da medicação; em 2 (9,5%) faltava algum medicamento prescrito, e em 1 (4,8%) faltavam as orientações referidas pelo acompanhante. Em 13% a conduta não estava anotada no prontuário.

Discussão

Como é esperado¹⁵, as mães são maioria como acompanhantes – 84% nesse estudo (confiabilidade com mais de 75%: p=0,02).

Uma vez que o serviço médico prestado pelo Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica do Hospital de Base realiza o seu maior número de atendimentos pelo SUS

(somente 4% dos entrevistados apresentavam convênio médico), verificou-se que a baixa renda familiar – 78% entre 2 a 5 salários mínimos –, e o baixo grau de escolaridade – 68% sem 1º grau completo – estão diretamente relacionados com a compreensão da prescrição pediátrica e com a adesão ao tratamento proposto.

Dos 24 casos de acompanhantes que referiram compreensão regular ou ruim na letra da receita, em 13 ela foi considerada legível pelos entrevistadores e, desses casos, 2 acompanhantes eram analfabetos e 11 possuíam 1º grau incompleto, o que fez com que a “receita” não fosse compreendida, pelo baixo grau de escolaridade. Considerando-se ainda o baixo grau de escolaridade, deve-se atentar para o fato de que 47% das “receitas” apresentaram símbolos e/ou abreviaturas e não foram compreendidas por 59% dos acompanhantes, fato que influencia também no sucesso terapêutico. Isso também foi evidenciado por Beardon e cols.¹⁴, que a proporção de não-adesão ao tratamento foi maior nos pacientes de classe social mais baixa.

Mesmo entre os entrevistadores universitários, houve incompreensão da letra prescrita, o que é considerado grave e preocupante no contexto dos entrevistados. O valor “p” obtido através de um teste qui-quadrado (constante do método Análise de Dependência²⁰) foi $p=0,0144$, evidenciando uma associação entre a compreensão da letra e o leitor e mostrando que, não obstante entrevistador e acompanhante tenderem a classificar a letra como boa, há entre ambos uma diferença significativa na interpretação dos valores regulares e ruins (Figura 1). Salienta-se também que tanto a letra ilegível quanto abreviaturas são fatos correntes na prescrição hospitalar, o que favorece erros, às vezes, fatais.

Dentre os 24 acompanhantes que não conseguiram ler completamente a receita, 11 também não se lembravam da medicação e/ou posologia prescritas, e dentre esses 11, seis procurariam “ajuda do farmacêutico para ler a receita médica”. Assim, deve-se atentar para a importância de se prescrever com letra legível e sem abreviaturas, para que as dúvidas sejam sanadas por qualquer pessoa alfabetizada. Dos 24 acompanhantes, apenas 9 lembravam-se das medicações/posologia, salientando a importância da orientação médica verbal e escrita.

Conforme observação, o médico tem que estar ciente de que nem sempre o tratamento iniciar-se-á no dia da consulta, mas somente quando obtiverem a medicação. Isso ocorre principalmente quando a clientela atendida, como verificado em nosso ambulatório (61,94%), depende da obtenção gratuita de medicação. 9,78% dos 92 pacientes que realizariam tratamento medicamentoso apenas o começariam quando conseguissem adquirir a medicação, independentemente do tempo decorrido entre a consulta e o início do tratamento, e 2 acompanhantes não realizariam tratamento se não a obtivesse gratuitamente. À mesma conclusão chegaram Matsui e cols.¹⁵, na qual 12% dos pacientes não conseguiriam a medicação pela falta de seguro médico ou pela insatisfação com as orientações médicas; e Rashid¹⁶,

que evidenciou que aproximadamente 20% dos pacientes não comprariam as prescrições e 65% adquiriram somente dentro dos primeiros 2 dias, após a consulta. O custo dos medicamentos, portanto, pode ser fator limitante ao tratamento proposto, daí a importância de se prescrever genéricos, quando possível.

Em alguns relatos, percebe-se que pacientes insatisfeitos com as orientações recebidas e com dúvidas no tratamento, após consulta médica em serviço de emergência, foram os mais propensos a não obter os medicamentos prescritos e a não aderir ao tratamento proposto^{15,17}. Dos 34% que vieram ao ambulatório por não terem outra opção, 3% (1) referiu nível regular de satisfação com a consulta devido à não orientação/esclarecimento sobre a doença; 97% (33) referiram alto nível de satisfação, muito embora 3 não soubessem acerca do tratamento (letra ilegível tanto para o acompanhante como para o entrevistador), e 2 “procurariam o farmacêutico para ler e explicar a receita médica” (letra legível para os entrevistadores em 1 destes casos). Isso permite inferir que, talvez por não terem outra opção de atendimento e temerosos de se manifestarem em contrário, demonstraram alto nível de satisfação, mesmo com uma orientação médica falha.

O relato de um acompanhante, com baixo nível de satisfação com a consulta, de que não foi realizado o exame físico da criança, foi considerado como grave negligência. O fato de 97,6% das receitas não conterem horário específico da medicação não influenciou na compreensão do horário correto das doses, pois, excetuando-se os acompanhantes que procurariam auxílio do farmacêutico para orientar a receita e os que não compreenderam a letra, todos dariam a medicação corretamente.

Dos 3 acompanhantes que não sabiam a finalidade do medicamento, 1 daria a medicação corretamente, porém os outros 2 não sabiam a posologia, que estava ilegível. Dos 80 que sabiam a finalidade, 9 não sabiam a posologia da medicação, levando-nos a crer que, para a adesão ao tratamento, mais importante que saber a finalidade do medicamento prescrito, é ter compreendido corretamente a medicação e sua posologia; diferentemente do trabalho de Charney e cols.¹², em que 48% das mães que não obedecem à prescrição o fazem por não compreender a necessidade do tratamento.

A adesão do paciente ao tratamento proposto aumenta de 5% para 51% com as seguintes atitudes: reforço verbal das orientações médicas, discussão sobre como administrar e armazenar a medicação e especificação do horário/esquema de administração. A não observância disso tem implicações sobre aspectos importantes da terapia e resultados terapêuticos, pois leva ao julgamento errôneo de que a medicação dada foi ineficaz, faz com que haja solicitação desnecessária de testes diagnósticos, e uso de tratamentos alternativos ou modificação das medicações^{18,19}.

É importante que pacientes que receberam apenas orientações (sem medicamentos) tenham as mesmas prescritas ao acompanhante. Além disso, é fundamental que elas

constem também no prontuário do paciente para que, no retorno, o médico atendente, que poderá não ser o mesmo, possa conferir com a mãe se foram cumpridas. O mesmo se aplica para pacientes com prescrição medicamentosa, sendo importante nesses casos que se anote a posologia, horário e duração do tratamento. Assim, se retornar referindo que não melhorou, poder-se-á melhor investigar as causas do insucesso. Por isso foram consideradas faltas graves: letra ilegível em 4 prontuários, conduta não anotada em 11 prontuários, e nenhuma anotação (nem sobre história e exame físico) em um prontuário de paciente que recebeu apenas orientação, 18 prontuários sem posologia da medicação anotada, 2 prontuários em que não constavam todos os medicamentos da receita, e 1 prontuário sem as orientações especificadas.

Observou-se que 6% dos acompanhantes referiram que utilizariam outros métodos de tratamento que não o orientado pelo médico. Dependendo de qual tratamento alternativo (chás tradicionais, sucos, benzimento), e desde que não se interrompa a medicação prescrita, não há problema nessa concomitância, que pode até favorecer a adesão.

Em 10% dos casos, observou-se diferença entre o diagnóstico relatado pelo acompanhante e o diagnóstico anotado em prontuário, o que permite questionar se isso decorreu de má compreensão do acompanhante ou de displicência médica na orientação, muito embora não tenha interferido na compreensão da orientação médica.

Finalmente, a não anotação de hipóteses diagnósticas em três casos é constatação preocupante, principalmente pelas implicações legais que essa negligência poderá acarretar.

Entendemos portanto, com este estudo, que existem evidências de que os fatores relacionados à não compreensão da receita podem ser o baixo nível socioeconômico-cultural do acompanhante/responsável e aqueles de responsabilidade do médico, tais como: a utilização de símbolos/abreviaturas, letra ilegível e orientações incompletamente anotadas.

Agradecimento

À Maria de Fátima Furlan – enfermeira colaboradora no projeto piloto.

Referências bibliográficas

- Walson PD, Getschman S, Koren G. Principles of drug prescribing in infants and children. A practical guide. *Drugs* 1993;46(2):281-8.
- Murahovsch J. Puericultura no ambulatório e no consultório. In: Murahovsch J, ed. *Pediatria: diagnóstico e tratamento*. 5ª ed. São Paulo: Ed. Sarvier; 1995. p.27-30.
- Marcondes E. Aspectos gerais da assistência à criança. In: Marcondes E, ed. *Pediatria básica*. 8ª ed. São Paulo: Ed. Sarvier; 1994. p.63-70.
- Viana MB, Leão E. Princípios gerais da terapêutica e da prescrição. In: Leão E, Corrêa EJ, Viana MB, eds. *Pediatria ambulatorial*. Minas Gerais: Cooperativa Editora e de Cultura Médica Ltda; 1983. p.70-4.
- Shope JT. Medication compliance. *Ped Clin North America* 1981;28(1):5-21.
- Holm S. What is wrong with compliance? *J Med Ethics* 1993;19(2):108-10.
- Zanini AC, Paulo LG. Compliance sobre o encontro paciente-médico. In: *Expectativas, dúvidas e fantasias da consulta médica*. 1ª ed. São Roque, SP: Ed. IPEX; 1997. p.1-8.
- Lau HS, Beuning KS, Postma-Lim E, Klein-Beernink L, Boer A, Porsius AJ. Non-compliance in elderly people: evaluation of risk factors by longitudinal data analysis. *Pharm Worlds Sci* 1996;18(2): 63-8.
- Pessoa JHL, Balikjian P, Frittella S, Nascimento R, Ribeiro L. Não-adesão à prescrição após atendimento em pronto-socorro pediátrico. *Rev Paul Pediatria* 1996;14(2):73-7.
- Morris LS, Schulz RM. Patient compliance - an overview. *J Clin Pharm Ther* 1992;17(5):283-95.
- Vander SR. Measurement of compliance and the interpretation of randomized clinical trials. *Eur J Pharmacol* 1991;41(1):27-35.
- Charney E, Bynum R, Eldredge D, et al. How well do patients take oral penicillin? A collaborative study in private practice. *Pediatrics* 1967;40:188-95.
- Trick LR. Patient compliance: don't count on it! *J Am Optom Assoc* 1993;64(4):264-70.
- Beardon PHG, McGilchrist MM, McKendrick AD, McDevitt DG, MacDonald TM. Primary non-compliance with prescribed medication in primary care. *BMJ* 1993;307:846-8.
- Matsui D, Joubert GIE, Dykxhoorn S, Rieder MJ. Compliance with prescription filling in the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:195-8.
- Rashid A. Do patients cash prescriptions? *BMJ* 1982;284:24-6.
- Thomas EJ, Burstin HR, O'Neil AC, Orav EJ, Brennan TA. Patient noncompliance with medical advice after the emergency department visit. *Ann Emerg Med* 1996;27:49-55.
- Mattar ME, Markello J, Yaffe SJ, et al. Pharmaceutical factors affecting pediatric compliance. *Pediatrics* 1975;55:101-8.
- Tebbi CK, Cummings KM, Zevon MA. Compliance of pediatric and adolescent cancer patients. *Cancer* 1986;58:1179-84.
- Cordeiro JA. Análise de dependência [tese]. São José do Rio Preto (SP): Instituto de Biociências Letras e Ciências Exatas UNESP; 1990.

Endereço para correspondência:

Dr. Antonio Augusto Cais dos Santos

Rua Alexandre Rosa, 145

CEP 15090-100 – São José do Rio Preto, SP

Fone: 017 232.4677