

Os estudos qualitativos

Claudia Garcia Serpa Osório De Castro
(coord.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

CASTRO, CGSO., coord. *Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000. 92 p. ISBN 978-85-85676-89-2. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this chapter, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste capítulo, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de este capítulo, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.



CAPÍTULO 5

Os Estudos Qualitativos

Desde o surgimento, nas décadas de 60 e 70, até os dias de hoje, os EUM têm passado por momentos distintos. Cunhou-se uma geografia própria a partir das peculiaridades metodológicas empregadas em diferentes regiões do globo. A diferenciação principal se dá entre duas escolas, responsáveis pelo amadurecimento de dois paradigmas distintos.

A abordagem dos países nórdicos, berço dos EUM, sofre influência direta da política de medicamentos essenciais e formulários terapêuticos da OMS. Justifica-se na definição de utilização de medicamentos que a organização defende. Nasce de um esforço multinacional e é a pioneira. Os países escandinavos utilizam preferencialmente os estudos ditos quantitativos. Privilegia-se uma abordagem macroscópica, descritiva e comparativa, definindo áreas e locais de estudo: países, regiões, municipalidades, cidades, instituições. Propõe-se quantificar o estado presente com o auxílio de sistemas próprios de classificação e unidade de medida. A partir daí determinam-se cronologias, tendências, perfis de consumo, desvios de utilização, evolução de vendas e custos, emprego de procedimentos terapêuticos, índices de exposição a determinado fármaco, demandas, monitorização do uso (auxiliar na farmacovigilância). Por conta da uniformização, podem-se realizar comparações entre os dados de diversas procedências.

Já a fundamentação teórica desenvolvida nos países da América do Norte, em especial nos Estados Unidos, baseia-se em definição alternativa de utilização de medicamentos, citada por Lee & Bergman (1989). A definição de EUM adotada no caso prevê “a prescrição, dispensação e ingestão de medicamentos”, traduzindo uma abordagem mais reducionista destes estudos, denomina-

dos qualitativos. Entre eles, podem-se citar os estudos de avaliação e revisão de uso de medicamentos (*Drug Use Evaluation* ou DUE, também chamado *Drug Use Review* ou DUR) e aqueles dedicados ao desenvolvimento de indicadores. Ambos abordam metodologias específicas.

Nos Estados Unidos, o desenvolvimento dos EUM foi fomentado pelas reflexões sobre qualidade, atendo-se aos aspectos clínicos e aos eventos que envolvem a prescrição, a dispensação, a administração e o uso da medicação.

É a prescrição o objeto de estudo no caso de DUR medicamentos. Na metodologia de DUR, o primeiro passo é estabelecer previamente as condições ideais de qualidade às quais se almeja chegar (critérios). As práticas de prescrição prevalentes serão então comparadas. Padrões são obtidos estatisticamente, determinando a faixa de variação entre o ideal e as situações consideradas aceitáveis. A reaplicação dos critérios aos dados coletados classifica-os dentro ou fora dos padrões; as intervenções serão feitas a partir desta análise. Os critérios são revistos continuamente. Assim procedendo o processo de DUR torna-se “cíclico e dinâmico”, segundo Erwin (1991). Lipton & Bird (1991) consideram toda a metodologia de DUR dependente de duas fases: o diagnóstico do problema e a construção de critérios.

Esses estudos centram-se na adequação de uso, buscando cruzar informações pertinentes à indicação, à dose, ao curso e extensão da terapêutica. Utilizam dados de prescrição ligados à clínica do paciente. São geralmente aplicados a toda uma instituição ou a setores específicos, na forma de intervenções contínuas, que propiciem diminuição de custos e incremento de qualidade.

Os estudos de DUR ou DUE podem ser retrospectivos ou prospectivos, de acordo com o ato da prescrição. Enquanto nos estudos retrospectivos analisa-se o uso de fármacos, nos prospectivos, objetiva-se prevenir problemas relacionados à terapêutica antecipando eventos considerados mórbidos.

Uma nova perspectiva dos estudos qualitativos tomou vulto com a ampliação das discussões sobre qualidade. O surgimento da dicotomia controle, delimitando áreas envolvendo processos, *versus* garantia, centrando-se nos resultados, enseja a introdução de indicadores.

Segundo Angaran (1991b), as práticas de DUR/DUE teriam como “etapa lógica seguinte” a utilização de indicadores. O Grupo de Garantia de Qualidade e Desenvolvimento de Indicadores (*QA Indicators Development Group*) da

American Society of Hospital Pharmacists (ASHP) liga ambas as práticas definindo critérios como “indicadores de garantia de qualidade orientados para os resultados”, no seu plano de ação de 1989 (ASHP, 1991).

Indicadores são medidas quantitativas e/ou qualitativas, empregadas a quaisquer aspectos da cadeia de assistência, dispostas a avaliar desempenhos, detectar problemas e orientar a condução de atividades consideradas chaves. Podem ser aplicados a equipamentos, a indivíduos e a processos, em uma instituição, departamento ou sistema de saúde. Sua utilidade está firmemente ligada à validade, e esta estaria relacionada à capacidade do indicador de identificar o problema (MSH, 1997). Leedy (1993) enfoca, ainda, a questão da representatividade da medida como integrante da sua validade, ao passo que Nadzam (1991) utiliza os conceitos de sensibilidade e especificidade como complementares à validade. A sensibilidade estaria ligada à habilidade de detecção de todos os eventos que o indicador se propõe a medir. A especificidade, ou seletividade, diz respeito à estreita e própria ligação entre ambos.

Construído o indicador – geralmente como índice matemático ou razão, ou como condição dicotômica –, os dados coletados são aplicados, e a exemplo de DUR os padrões são construídos estatisticamente e plotados em gráficos. Os eventos que fogem aos padrões são eventualmente examinados com propósito de melhorar o processo ou resultado. A veracidade e confiabilidade das informações que levam à construção do indicador são de grande importância, uma vez que o diagnóstico do processo ou resultado fica comprometido em caso de baixa qualidade dos dados.

A facilidade de aplicação e a relativa maleabilidade a diversos perfis institucionais traduzem a crescente utilidade dos indicadores na área da saúde. Considera-se prioritária a aplicação de indicadores a áreas consideradas críticas, ou a funções-chave na cadeia de assistência. Segundo Nadzam (1991), o órgão encarregado de classificar a qualidade dos serviços prestados pelas organizações de saúde nos EUA (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*) recomenda a adoção de indicadores para cinco áreas gerais (prescrição, dispensação, administração, monitorização e controle gerencial do sistema) envolvendo 16 subáreas específicas na utilização de medicamentos.