

# 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.