

**ALCP**  
**Associação Latino-americana de Cuidados Paliativos**

**Circular N° 32**

Janeiro de 2007

Publicação Bimestral em Espanhol e Português

Para mudar seu endereço de e-mail comunique à:  
[\\_alcp\\_secretaria@arnet.com.ar](mailto:alcp_secretaria@arnet.com.ar)

Edições anteriores disponíveis em:  
<http://www.cuidadospaliativos.org/menu4.php?id=7>

Para sair da lista, clique em Un-subscribe  
[http://www.ymlp.com/u.php?Noticias\\_ALCP+alcp\\_secretaria@arnet.com.ar+carolinamonti@yahoo.com.ar](http://www.ymlp.com/u.php?Noticias_ALCP+alcp_secretaria@arnet.com.ar+carolinamonti@yahoo.com.ar)

Contato:

Lic. Carolina Monti  
Endereço: Belgrano 141, (2900) San Nicolás  
Buenos Aires, Argentina  
Fone-fax: 54 3461 43-3351  
E-mail: [alcp\\_secretaria@arnet.com.ar](mailto:alcp_secretaria@arnet.com.ar)

Se deseja publicar neste meio algum artigo de sua produção,  
\*contate a coordenação em: [alcp\\_secretaria@arnet.com.ar](mailto:alcp_secretaria@arnet.com.ar)

---

## **EQUIPE EDITORIAL**

Editor Geral: Dr. Roberto Wenk (Argentina)  
Comitê Editorial: Dr. Raúl Sala (Argentina)  
Comitê de tradução ao Português: Dr. Roberto Bettega (Brasil), Dr. Císio Brandão (Brasil), Dra. Isabel Galrica Neto (Portugal)  
Coordenação: Lic. Ana Carolina Monti (Argentina)

---

## **CONTEÚDO**

- **Mapa da distribuição do CP no mundo.**
- **Coluna de investigação N° 8.**
- **Artigo Regional.**
- **Reporte da NHPCO, EUA.**

---

## **MAPA DOS NÍVEIS DE DESENVOLVIMENTO DO CP NO MUNDO.**

Autores: M. Wright, J. Wood, T. Lynch e D. Clark.

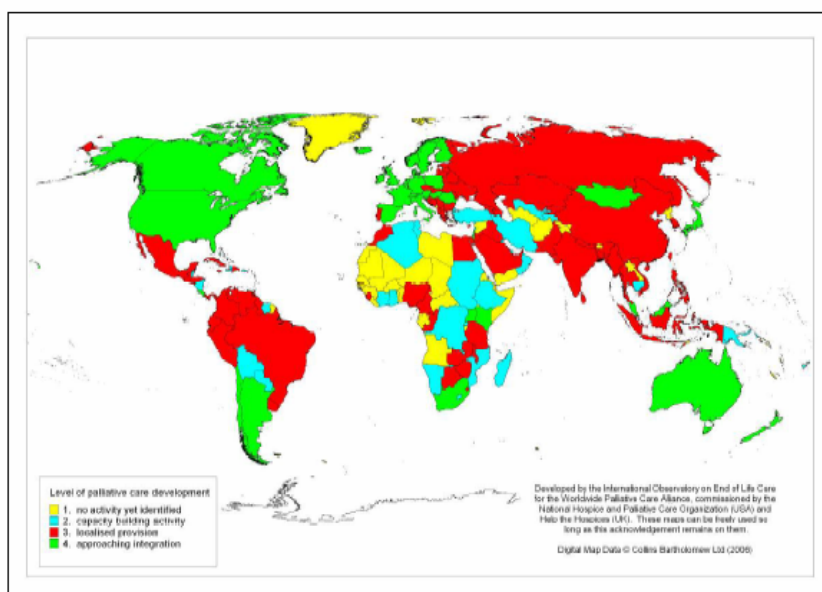
O reporte “/Mapping levels of palliative care development: a global view” /foi realizado pelo International Observatory on End of Life Care (IOELC, Observatório Internacional de Assistência no Final da Vida) com fundos de Help the Hospices e a National Hospice and Palliative Care Organization.

Foi produzido para assistir à World Wide Palliative Care Alliance (Aliança Mundial de Cuidado Paliativo, [www.wwpca.net](http://www.wwpca.net) em sua atividade organizada destinada a melhorar a implantação mundial do CP e de hospício.

Foi utilizado um sistema com 4 níveis de desenvolvimento de CP:

1. sem hospício conhecido nem atividade de CP
2. com capacidade para desenvolver atividade de CP, mas sem nenhum
3. provisão localizada de CP
4. a provisão de CP esta completando a integração com os serviços de saúde

O arquivo adjunto "MapaC32.doc" mostra os níveis de desenvolvimento de CP no mundo.



Esta investigação mostra que aproximadamente metade dos 234 países do mundo não têm serviços de CP acessíveis para seus habitantes, e que 1/3 têm, todavia, que cumprir as primeiras etapas necessárias para planejar o desenvolvimento de serviços. Nos países que possuem serviços de CP e de hospício a assistência esta, em sua maior parte localizada, e só em 15% dos países o CP foi integrado aos serviços de saúde.

Nos 80 países com serviços de CP localizados há muitos casos onde são quase inacessíveis à população. No Paquistão, p.e. há um só serviço para uma população de 158 milhões. Isto contrasta com Gibraltar, onde a relação de serviços a população é a mais baixa no mundo 1:14.000 (um serviço para 14.000 pessoas).

O reporte revela uma grande correlação entre a provisão de CP e os níveis de desenvolvimento humano, medido como Indicador de Desenvolvimento Humano das Nações Unidas (proveem uma medida de desenvolvimento de um país baseado na longevidade, educação e standar de vida da população). Dos 35 países onde os serviços de CP estão completando a integração com os serviços de saúde, 29 têm um nível alto de desenvolvimento humano, e só um tem "baixo desenvolvimento". Dos 78 países (33% do total) sem atividade identificada em CP, só 2 têm um nível alto de desenvolvimento humano.

### A situação na Europa.

Entre os 35 países onde o CP se aproxima à integração com os serviços convencionais de saúde, a relação de serviços à população no Reino Unido é 1:40.000, a melhor em toda a Europa. A exceção de Portugal, Luxemburgo e uns poucos pequenos países tais como Andorra, todos os países na Europa Ocidental estão no Grupo 4. Na Central e Europa do Leste, a exceção da Hungria, Polónia, România e Eslovénia, todos os países estão no Grupo 3. Azerbaijão têm por distante a relação mais pobre de serviços a população com só um serviço para sua população inteira de 8,41 milhões.

### A situação na América Latina.

- Argentina, Chile e Costa Rica estão no Grupo 4.
- Brasil, Colômbia, Cuba, República Dominicana, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Panamá, Perú, Uruguai e Venezuela estão no Grupo 3.
- Bolívia, Haiti, Nicarágua e Paraguai estão no Grupo 2.

A melhor relação de serviços à população é da Costa Rica (1:166.000 = 1 serviço para 166.000 habitantes); a relação mais pobre tem o Brasil (1:13.315.000 = 1 serviço para 13.315.000 habitantes).

O artigo completo pode ser baixado de

[http://www.nhpc.org/files/public/palliativecare/World\\_map\\_report\\_final-0107.pdf](http://www.nhpc.org/files/public/palliativecare/World_map_report_final-0107.pdf)

Traduzido e resumido por R. Wenk.

[Voltar ao Conteúdo.](#)

---

## **COLUNA DE INVESTIGAÇÃO Nº 8**

### **Fixando prioridades na investigação: uma responsabilidade de todos.**

Jorge H. Eisenchlas

Coordenador Comissão investigação da ALCP

Pese a relativa juventude dos Cuidados Paliativos no mundo, podemos dizer que em geral, e em nossa Região em particular, com pouco se tem feito muito. Sem dúvida os esforços realizados através das distintas iniciativas assistenciais e educacionais tem sido cruciais para o desenvolvimento de nossa disciplina, porém para poder seguir crescendo necessitamos hoje reforçar o ímpeto na investigação.

Este slogan resulta hoje generalizado a todos e cada um dos sitios onde se pretende brindar um bom CP, e talvez fruto deste crescente interesse seja o exemplar da revista Palliative Medicine correspondente ao mês de Dezembro de 2006, no qual distintos artigos "ilustram uma série de soluções desenvolvidas pelos investigadores com respeito aos peculiares e característicos desafios da investigação clínica em nosso campo de competência" (artigo editorial da revista). Nos outros demais reportes de importante destaque, resulta de um interessante trabalho acerca da situação da investigação em 13 países europeus (Kaasa et al), aonde se recolhem as opiniões de líderes em CP de distintos países e, ao mesmo tempo, são analisados dados provenientes dos registros dos sucessivos Congressos de investigação, que desde o ano 2000, realiza a Associação Européia de Cuidados Paliativos. Destes dados, temos que só no Reino Unido existe uma estratégia nacional de iniciativas em investigação; este país, a sua vez, é o único que conta com um programa de fundos públicos destinados à investigação. Se revela adicionalmente que existe um interesse aparentemente crescente na investigação a julgar pelo número de assistentes e trabalhos apresentados nos congressos mencionados (190 e 360 no ano 2000 versus 480 e 1000 respectivamente em 2006).

E em nossa região, onde com frequência a investigação está acostumada a ser transferida por motivos diversos aos que nos temos referido em colunas anteriores, começa a existir certo murmúrio acerca da necessidade de investigar. Este murmúrio tem crescido, manifestando-se em elementos mais tangíveis tais como a Declaração de Veneza e a conformação específica de uma Comissão de investigação na ALCP. Chegados a este ponto, é propício refletirmos acerca do que esperamos da investigação.

Semanas atrás, no Boletim Informativo da ALCP, foram comunicados os objetivos da Comissão de investigação. Hoje desejo me referir a um deles em particular, que de alguma maneira poderia determinar o que ocorra com a investigação em nossa região.

### **Uma agenda de investigação de acordo com as prioridades e necessidades locais e regionais.**

No contexto do interesse crescente na investigação em CP mostra necessário, dado que se planeja facilitar na Região a investigação colaborativa contínua, fixar uma agenda consistente de investigação. Como se tem enunciado nos objetivos da conformação da Comissão de investigação, a agenda deve estar baseada nos tópicos de investigação prioritários. Desta maneira, uma das primeiras perguntas é: Quais são as prioridades de investigação em CP na América Latina? E devemos respondê-la de forma válida e confiável com métodos específicos.

A idéia de avaliar prioridades em investigação tem sido reiteradamente destacada: "Antes de levar a cabo investigação em uma população ou comunidade cujos recursos se julgam limitados, ...devem realizar todos os esforços necessários para assegurar que a investigação responde as necessidades de saúde e as prioridades da população ou comunidade na qual dita investigação se levará a cabo"(Ethical and Policy Issues in International Research; Hastings Center, 1998). Pese a ele, como praticamente não existem na literatura reportes acerca de como fixar prioridades em investigação a nível regional, temos extrair alguns aspectos metodológicos gerais.

No campo da avaliação de prioridades em investigação dominam dois enfoques principais. Um deles se baseia em avaliações de tipo técnico, e se encontra composto primordialmente por dados provenientes de registros epidemiológicos, de resultados objetivos –usualmente /dados duros-/ e de custos. O segundo enfoque assenta em avaliações interpretativas a partir do consenso das perspectivas dos envolvidos no processo.

Desta maneira, a avaliação que chamamos /técnica/ se refere à obtenção de dados relacionados com a magnitude do problema em questão. P.e., deveríamos ter uma estimativa acerca de qual é a magnitude do problema (dados tomados de estatísticas tais como incidência e prevalência), severidade (estatísticas de mortalidade e impacto na qualidade de vida), vulnerabilidade (a capacidade de contar com tratamentos efetivos e seguros), incidência temporal (se a magnitude do problema se encontra em escala) e o interesse local que suscita o problema. Também deveria se ter em conta a identificação das áreas que não se está investigando na região, os aspectos investigados por outros e os aspectos nos quais os resultados da investigação realizada no estrangeiro não podem (já seja por características culturais ou de recursos) ser transferidos em forma direta à região.

Por sua parte, a força dos enfoques interpretativos radica na possibilidade de obter as perspectivas diretas de pacientes, famílias e a comunidade, de profissionais da saúde, de gerenciantes e de potenciais financiadores das investigações. As avaliações subjetivas dos participantes que as realizam com distintas técnicas, frequentemente qualitativas e em forma de avaliação, entrevistas em profundidade, focus groups ou técnicas tipo Delphy, são habitualmente utilizadas na determinação de prioridades na área da saúde e em outras áreas específicas. Os dados deveriam ser obtidos em diferentes níveis (desde pacientes a geradores de políticas), em forma multidimensional (qualitativa e quantitativa) e tomando em conta aspectos políticos e sócio-econômicos.

Quiçá um dos principais problemas, gerais na identificação de prioridades, é que os resultados dos estudos que intentam avaliá-as carecem de um "gold standard" frente ao qual comparar os resultados, não existindo assim a resposta correta capaz de validar a metodologia utilizada.

Quiçá por essa mesma razão surge também o interesse pela metodologia interpretativa mais que a técnica (Global Forum for Health Research, 2000). De todas as maneiras, não dizemos com isto que deveríamos rejeitar os dados /técnicos/, se não somente localizá-los dentro do contexto pertinente.

Desde a ALCP desejamos iniciar nos próximos meses um estudo para fixar as prioridades em investigação. Que esperamos que resulte, com o transcurso do tempo, no benefício que nossos pacientes e suas famílias merecem.

Muito bom 2007 para todos vocês.

E até a próxima Coluna.

Jorge Eisenclas

[Voltar ao Conteúdo.](#)

---

## **ARTIGO REGIONAL.**

### **Paradigmas de investigação em enfermagem.**

Autores: Zaidier Triviño V. e Olivia Sanhueza A.

Departamento de Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

E-mail: [ztrivino@udec.cl](mailto:ztrivino@udec.cl)

Publicado em CIENCIA Y ENFERMERIA XI(1): 17-24, 2005; versão linear.

Baixado da Internet em: <http://bvs.sld.cu/revistas/enf/>

O propósito deste trabalho é realizar análises dos paradigmas e sua relação com a investigação em enfermagem.

#### Conceito e generalidades sobre paradigmas.

Um paradigma é um conjunto de normas que definem um estilo, um método ou uma visão. Se define como um marco teórico-metodológico que utiliza o investigador para interpretar os fenômenos sociais de uma determinada sociedade. Também se define como uma visão do mundo, uma perspectiva geral de suas complexidades. Os paradigmas são realizações universalmente conhecidas que durante certo tempo proporcionam modelos de problemas e soluções a uma comunidade científica. Oferecem um caminho para a construção de conhecimentos; com eles temos ferramentas úteis para a abordagem dos diferentes fenômenos.

Os principais paradigmas aceitos universalmente são dois (a) o quantitativo, lógico positivista ou empírico analítico e (b) o qualitativo, simbólico, sustantivista, interpretativo, histórico e dialético.

Entre os séculos XII e XIV no ocidente europeu se desenvolveu um conjunto de transformações, sócio-econômicas, ideológicas, culturais, que criaram as condições para o nascimento da ciência moderna e o paradigma científico dominante. O processo de matematização do mundo e da natureza possibilitou que o quantitativo matematizável passara a ser a natureza primária e que se percebera o subjetivo como a natureza secundária.

Assim a perspectiva qualitativa foi progressivamente considerada como uma perspectiva não científica, não rigorosa e subjetiva enquanto que, pelo contrário, a perspectiva quantitativa foi progressivamente proclamada como a única científica. O mundo qualitativo se transformou em mundo puramente quantitativo e matemático que explica os fatos com fórmulas matemáticas.

Porem as perspectivas qualitativo/quantitativo são complementarias devido às deficiências de cada uma delas.

Se considerar que a ciência não deve deixar afora nenhuma dimensão e abordagem que permita responder as necessidades humanas e sociais, e a natureza do sujeito/objeto investigado em enfermagem, é necessário conhecer as especificidades e diferenças entre os enfoques quali/quantitativo.

Enfoque quantitativo. Seu objeto é o comportamento, predomina a verificação e utiliza técnicas específicas de re-coleta de dados como a entrevista semi-estruturada. O conhecimento tem caráter explicativo e prático; o conhecedor e o conhecido são independentes. É possível fazer generalizações não ligadas ao tempo nem ao espaço; busca os fatos e as causas dos fenômenos sociais prestando escassa atenção aos estados subjetivos das pessoas; a investigação gerada é valorosa; o investigador controla o estudo, impõe as condições de controle para minimizar erros e maximizar a precisão e validade; é dedutivo.

Enfoque qualitativo. Seu objeto é o mundo subjetivo; predomina o descobrimento e utiliza também técnicas específicas de re-coleta de dados como a entrevista não estruturada, a observação participante e a história de vida. O conhecimento obtido permite interpretar o singular, o sentido e significado que os atores dão à ação social; o conhecimento busca explicar e compreender situações específicas da vida cotidiana; se entende a realidade em um momento histórico e circunstância única; o conhecedor e conhecido são interativos; as hipóteses são ligadas ao tempo e ao espaço; se interessa em compreender a conduta humana desde o próprio referente; está ligada aos valores e aos processos; integra provas para desenvolver teoria ou marco de referência para explicar os processos de observação; é indutivo.

Integração de métodos ou enfoque multimétodo. Em investigação também se utiliza a triangulação em suas quatro opções: (a) de dados, b) de investigador, c) teórica - uso de múltiplas perspectivas, e d) metodológica - triangulação dentro e entre métodos.

Este artigo se refere a utilizar combinação, complementação e triangulação de métodos.

A **combinação** de métodos é integrar subsidiariamente um deles – o qualitativo ou o quantitativo - no outro método, com o objeto de fortalecer a validade deste último compensando suas debilidades com informação gerada pelo outro método. Os métodos e resultados não são independentes. A **complementação** é quando, em um mesmo estudo, são obtidas duas imagens, uma procedente de métodos qualitativos e outra de métodos quantitativos; temos uma visão dupla e diferenciada. Na complementação a grade de integração metodológica é mínima e sua legitimidade se baseia na crença de que cada orientação é capaz de revelar diferentes e interessantes zonas da realidade. Na **triangulação** ou convergência metodológica se utilizam ambos os métodos para o reconhecimento de um mesmo e idêntico aspecto da realidade. Nesta estratégia se pretende a convergência dos resultados. Os métodos são independentes, porem tem enfoque em uma mesma proporção da realidade, que é observada e medida com dois instrumentos diferentes.

### **Evolução histórica da investigação em enfermagem e os paradigmas.**

A disciplina de enfermagem, em seus fundamentos teóricos e em sua prática, necessita o desenvolvimento de investigação com qualquer paradigma. Na evolução histórica de investigação em enfermagem, se registram em 1859 os aportes de enfermagem de Florence Nightingale, quem re-coletou e analisou dados sobre fatores ambientais que favorecem o meio físico e emocional. Os dados de Nightingale –que teriam formação estatística–, integram aspectos quantitativos a partir dos qualitativos, como o ambiente e o bem estar. Neste

trabalho também foram observadas aproximações à complementariedade. Entre 1900-1923 o Comitê de Estudos para a Educação em Enfermagem nos EUA facilitou o informe Golmark – uma evidência histórica de observação e avaliação - de investigação em enfermagem. Em 1940 Brown avaliou a formação de enfermeiras, e observou deficiências que estimularam a realização de investigações. No desenho de 1900 se impulsionou a investigação em enfermagem com o Centro de Investigações em Enfermagem no Walter Reed Army Institute of Research, e apareceu o American Journal; e em 1952 apareceu a Nursing Research.

A investigação em enfermagem tomou durante este tempo um giro na investigação que não experimentaram outras disciplinas, quando menos não em magnitude. As enfermeiras investigaram sobre si mesmas: quem são, o que fazem, por que determinadas pessoas decidem estudar enfermagem, quais são as características da enfermeira ideal e como percebem outros grupos à enfermagem. Houve uma troca de orientação na investigação; foi criada a consciência de gerar base científica para a prática. Enfermagem não foi alheia ao paradigma quantitativo, porque as investigações responderam mais ao método científico. Porém, segundo o objeto de estudo, a investigação em enfermagem utilizou ambas as perspectivas.

Entre os anos 80 e os 90, os profissionais de enfermagem com mestrados e doutorados, estabeleceram prioridades para a investigação na disciplina. Se continuou com o desafio de reforçar a base de conhecimentos para transformar a prática da disciplina; se considerou a necessidade de evidência prática para formar conhecimentos.

Os temas investigados pela disciplina puderam ser abordados com qualquer paradigma - ambos utilizam, reúnem e analisam provas extraídas da realidade - com o sustento metodológico de triangulação ou convergência.

Em enfermagem, o objeto é a assistência que se realiza em seres humanos que são dinâmicos, mutáveis e únicos; por tanto não estão sujeitos a processos ordenados por etapas, e sim a processos sistematizados que permitem em primeiro término compreender, interpretar e explicar um fenômeno.

A investigação em enfermagem deve estar por cima do dilema dos paradigmas, e deve estudar os fenômenos que influem na assistência. A necessidade de investigação deve surgir das necessidades da disciplina.

Enfermagem tem o desafio de gerar seus próprios conhecimentos através da investigação e de construir a realidade desde sua própria perspectiva, é dizer, desde sua prática e a assistência. As atividades de docência, assistência e investigação são os cenários para a construção de seus conhecimentos, e deve desenvolver sua produção científica com os paradigmas mencionados.

No Chile tem-se indicado a importância de aprender e explorar a investigação qualitativa com um estudo exploratório que mostra que em 13 malhas curriculares de universidades chilenas a assinatura metodológica da investigação se realiza de maneira independente e desarticulada das demais assinaturas.

Os profissionais de enfermagem requerem conhecimentos filosóficos, éticos e bio-psico-sociais para seu desenvolvimento. Porém também necessitam conhecer a metodologia de investigação. Os estudantes, com metodologia de investigação como assinatura, não aprendem a investigar; porém se podem melhorar os resultados se a investigação é usada como eixo transversal que integra as diferentes assinaturas com docentes facilitadores, espaços de tempo independentes e explorando a capacidade de perguntar e fazer perguntas, de aproximar a respostas, de observar.

#### Problemas em enfermagem com a atividade de investigação.

- Falta de motivação para realizar investigação, que dificulta os processos de estudo e de compreensão.

- Formação com limitados conhecimentos filosóficos, epistemológicos e metodológicos, necessários para a investigação sobre a assistência.
- Os desenhos curriculares do processo de educação/aprendizagem não ressaltam as diferentes perspectivas metodológicas.
- A investigação é uma assinatura independente, sem relação com as assinaturas básicas.
- Escasso número de grupos e núcleos de investigação nas áreas acadêmicas e assistenciais.

### **Reflexões para potencializar a investigação em enfermagem.**

Se deve trabalhar em investigação por níveis desde o pré-graduação até o pós-graduação, como um eixo transversal e integrador; pode ser útil investigar as assinaturas problemáticas.

As escolas devem favorecer a elaboração de projetos de investigação durante a aprendizagem e as tarefas assistenciais (pode resultar no início da conformação de grupos e núcleos de investigação).

É importante permitir ao estudante elevar suas dúvidas e dar proximidades de respostas, e assinar-lhe tempo independente; se devem elaborar os métodos desde ambos os paradigmas quali/quantitativo. E utilizar também a triangulação, que permite utilizar ambas as orientações para o estudo com instrumentos diferentes de um mesmo aspecto da realidade.

### **CONCLUSÕES.**

Os paradigmas apresentam visões desde seus componentes filosóficos, epistemológicos e ideológicos e pela relação sujeito/objeto. Os paradigmas em investigação não devem apresentar um obstáculo no desenvolvimento da ciência. Enfermagem não tem sido alheia ao desenvolvimento histórico social dos paradigmas; mostra disto é a produção, tipo e enfoque das investigações realizadas em seus diferentes momentos. Um paradigma não é melhor nem pior entre si, um prevalece ante outro na medida em que brinde melhores e maiores possibilidades de conhecer e compreender o objeto de investigação em estudo. A investigação em enfermagem deve contemplar o uso de ambos os paradigmas (quali-quantitativo) e a investigação deve levantar como um eixo integrador. A triangulação é uma estratégia que pode ser utilizada em enfermagem, pois permite a convergência de resultados de um mesmo objeto estudado, sem perder a orientação do método.

Resumido por R. Wenk.

[Voltar ao Conteúdo.](#)

---

## **REPORTE DA NHPACO (Nacional Hospice & Palliative Care Association), EUA.**

Este reporte sobre a atividade do ano 2005 foi apresentado pela NHPACO em Novembro (Mês Nacional do Cuidado Paliativo e de Hospício) de 2006 para mostrar as tendências na assistência no final de vida.

1. 1.2 milhões de pessoas com enfermidades de prognóstico fatal foram assistidas por um hospício durante o ano de 2005. Aproximadamente 1/3 de todas as mortes nos EUA receberam CP.
2. O tempo médio de assistência aumentou de 57 para 59 dias.
3. O número de programas de CP aumentou de 3.650 para 4.160.
4. Câncer (46 %) foi o diagnóstico em menos da metade dos ingressos.
5. 1 de cada 5 pacientes era de uma corrida minoritária.
6. 20 % dos hospícios provem ou estão desenvolvendo programas de CP.
7. Dos 1.2 milhões de pacientes assistidos: 800.000 morreram, 200.000 seguiram em tratamento durante o ano de 2006 e 200.000 receberam alta.

O arquivo com a informação completa pode baixado em <http://www.nhpco.org/files/public/2005-facts-and-figures.pdf>

Traduzido e resumido por R. Wenk.

**Nota do Editor.**

A aceitação e implementação em grande escala do CP, e a disponibilidade de recursos, são todavia objetivos difíceis na América Latina e o Caribe.

Porem a obtenção de informação básica e útil (como a apresentada pela NHPCO) é um objetivo simples, imediato. Em aproximadamente 60 dias estará disponível em nosso site a base de dados PRESTADORES e BENEFICIÁRIOS. Ingresse a informação de sua atividade se deseja que conheçamos as tendências do CP em nossa Região.

[Voltar ao Conteúdo.](#)

---