

**LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN LAS
INSTITUCIONES ESCOLARES DEL ESTADO DE RÍO DE JANEIRO-
BRASIL**



DEPARTAMENTO DE DIDÁCTICA

Maria Bernadete Alves Barbosa

Guadalajara – España

Junio 2008

TESIS DOCTORAL

**LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN LAS
INSTITUCIONES ESCOLARES DEL ESTADO DE RIO DE JANEIRO-
BRASIL**

Maria Bernadete Alves Barbosa

Directora: Prof^a Dr^a Carmen Alcaide Spirito

Co-Directora: Prof^a Dr^a Helena Amaral da Fontoura

Universidad de Alcalá

Departamento de Didáctica

España Junio 2008

Dedicatoria

Dedico este trabajo, que para mi es muy importante, a mi madre, quien en su inteligencia y sabiduría envidiable, supo darme y mostrarme las cosas más preciosas y bellas de la vida. Que con su habilidad y dignidad me pasó la concepción plena de lo que es un ser humano, con su total profundidad racional, psicológica y espiritual, siempre mostrándome y haciéndome sentir la presencia de un Dios vivo en todos los momentos en que yo más precisaba, sea delante de una aflicción o de una demostración de un simple desánimo. Siempre aparecía con su sonrisa clara, sincera y amiga como un brillante sol, que me encantaba el alma, me hacía renovar todas las fuerzas y ganas de continuar caminando con la cabeza erguida delante de un objetivo que era necesario finalizar como un proyecto de vida.

Todo lo que sé y lo que soy se lo agradezco a ELLA, mi amada MADRE, Hermínia Alves Barbosa. Gracias por ser su hija.

Agradecimientos

Es este momento el que tengo, para reconocer la gran ayuda, incentivo y fuerzas que tuve de varias personas durante este período de realizaciones, de ideales, que por muchas veces fue desgastante.

Por estimar mi espiritualidad, doy gracias a Dios por haberme mostrado este camino que a principio me pareció tan sinuoso, principalmente por la opción de desarrollar un curso de gran peso intelectual fuera de mi país, pero jamás me faltaron fuerzas para continuar la caminata con confianza siempre con SU presencia tan próxima.

Al profesor Valter Correa por haberme presentado la oportunidad de este nuevo camino en mi vida. Durante todo el tiempo de este Doctorado, se mostró un gran amigo, motivador y batallador para que todo saliese correcto.

Entre los grandes incentivos, está el de mi cuñado, amigo y hermano de todas las horas Roberto Rangel Ventura, por haber sabido ayudarme con alegría, incentivándome y ayudándome en la realización de este trabajo con su apoyo moral e intelectual, principalmente al inicio del curso ya que me encontraba un poco insegura. Con especial cariño, me ayudó a concluir toda una trayectoria inicial, con un incansable ir y venir, para que yo pudiese atender las exigencias solicitadas por el Doctorado. Gracias Tío Betão. (*in merorian*).

A mi querida Profesora Doctora y Directora de mi tesis, Carmen Alcaide Spirito, que dedicó tantas horas para enseñarme y dirigirme con profunda sabiduría, competencia, dedicación y paciencia; socorriéndome en las dificultades siempre con palabras de ánimo y posibles victorias. Y ofreciéndome las mejores acomodaciones en su casa y en la Universidad Alcalá.

A la Profesora Doctora Helena Amaral da Fontoura que como co-directora de este trabajo, supo orientarme, inspirándome siempre a realizar este estudio con entusiasmo, respeto y responsabilidad.

A Maria Alice Coelho Sigaud, que tanto me orientó en mi proyecto de tesis, y que no midió esfuerzos para ayudarme para que fuese entregado, dentro de los plazos solicitados y en especial para que se transformase en un trabajo verdadero y que

contribuyese de alguna forma para la enseñanza de la oncología de nuestro país.

A mi gran amiga y profesora, Cristina Beatriz Teper, que siempre me recibió con cariño en las horas más difíciles en que pensaba no conseguir finalizar los trabajos solicitados por los profesores del Doctorado, más allá de su conocimiento de la lengua española la cual me ayudó a conocer y a hablar un poco más.

Tengo que agradecer a muchas personas; espero no olvidarme de ninguna, si esto ocurre, perdónenme. Entre estas personas está Silvia Cristina Olivier Dalston, una querida compañera de trabajo que con su competente formación de bibliotecaria, me auxilió en la realización de la bibliografía de mis trabajos. Que la gratitud quede aquí registrada, por la constante y extraordinaria ayuda que me prestaron para la realización de esta tesis, todos y cada uno de los docentes y alumnos de las Escuelas Públicas y Privadas donde pude conversar, entrevistar, discutir e, inclusive, dedicaron parte de su precioso tiempo, para que este estudio se realizase.

A la Doctora Gaby Gutiérrez gran enfermera con la cual conversaba atreviéndome a interrumpir sus horas de estudio y trabajo, solicitando informaciones, explicaciones o un simple consejo para mejorar esta tesis.

A la Doctora Vera Correa que me ayudó a definir la línea de estudio con solicitud y competencia.

No podría dejar de dar las gracias por la atención, paciencia y dedicación dispensada para orientarme, por tener la oportunidad de poder disfrutar de tamaña inteligencia y competencia a la doctora Eliana Cláudia de Otero Ribeiro.

A mi amiga Profesora Ângela Reis Cataldo, que con mucha paciencia me acogió durante el largo periodo de montaje de esta tesis, muchas gracias.

A mi compañera de trabajo Maria Lúcia Brandão, que en los momentos difíciles siempre tuvo una palabra de ánimo e incentivo y al mi querido Profesor Doctor Pedro Carvalho Rodrigues que con su solicitud transformó mis datos para ser presentados en mi tesis, a ellos mi profundo agradecimiento.

A mí amada familia por el apoyo dispensado a mí y a mis hijos durante todo el tiempo que estuvo dedicándome a mi tesis tanto en Brasil como en España.

A Lucas Barbosa Vargas y Ronaldo Coutinho Vargas Filho, mis amados hijos, por el cariño, comprensión y por el incentivo dado cada día, sea personalmente, por correo electrónico o por notitas amorosas que tanto recibí, enalteciendo mi espíritu de lucha y garra para conseguir un ideal, un sueño de victoria, haciéndome aflorar cada día la determinación por mis estudios, principalmente en mi ausencia de Brasil, cuando me encontraba realizando tareas en la Universidad Alcalá.

Prece de Cáritas

Deus, nosso Pai, que sois todo poder e bondade, dê força àquele que passa pela provação, dê à luz àquele que procura a verdade; ponham no coração do homem a compaixão e a caridade.

Deus! Dai ao viajor a estrela guia ao aflito a consolação, ao doente o repouso. Pai! Dai ao culpado o arrependimento, ao espírito a verdade, à criança o guia, ao órfão o pai.

Senhor! Que vossa bondade se estenda sobre tudo o que criastes. Piedade, Senhor para aqueles que vos não conhecem; esperança para aqueles que sofrem.

Que vossa bondade permita aos Espíritos consoladores derramarem pôr toda parte a paz, a esperança e a fé.

Deus! Um raio, uma faísca do vosso amor pode abrasar a Terra; deixai-nos beber nas fontes dessa bondade fecunda e infinita, e todas as lágrimas secarão, todas as dores se acalmarão.

Um só coração, um só pensamento subirá até Vos, como um grito de reconhecimento e de amor.

Como Moisés sobre a montanha, nós vos esperamos com os braços abertos, ó Bondade! Ó Beleza! Ó Perfeição!

E queremos de alguma sorte, alcançar vossa misericórdia. Deus! Dai-nos a força de ajudar o progresso, a fim de subirmos até Vós; dai-nos a caridade pura; dai-nos a fé e a razão, dê-nos a simplicidade que fará das nossas almas o espelho onde se deve refletir vossa imagem.

Resúmenes

Los datos epidemiológicos nacionales con respecto a los enfermos de cáncer justifican la preocupación que existe en relación con la formación inicial de los profesionales de salud que actúan en la prevención y control de esta enfermedad. Esta preocupación se extiende también hacia los profesionales ya egresados de las Escuelas de Enfermería que están actualmente desarrollando su actividad laboral en centros de salud.

El presente estudio busca identificar las Escuelas de Enfermería del Estado de Río de Janeiro que incluyen contenidos de oncología en los programas de sus cursos de graduación. El objetivo general sería el de investigar de qué forma se está desarrollado el contenido específico de oncología en las Instituciones para la formación sanitaria. Se pretende proporcionar un análisis de la actual situación de la Enseñanza de Enfermería Oncológica en este Estado así como elaborar nuevas propuestas que, a nuestro entender, serían positivas para la mejora del servicio en este sector de la salud.

La investigación fue realizada entre los años 2002 y 2006 aplicando el método descriptivo. Los datos fueron recopilados a través de cuestionarios estructurados en base al perfil de los contenidos curriculares actuales. Participaron en la investigación las veintitrés Escuelas de Enfermería del Estado de Río de Janeiro acreditadas por el Ministerio de Educación.

Los resultados revelaron que el 87% de las facultades, a menudo incluyen el contenido oncológico bajo la forma de clases separadas. Estas clases se imparten más en los estudios de Enfermería en la salud de la mujer, Enfermería del adulto y del anciano, Enfermería en el cuidado oncológico, Enfermería en la salud del niño, Enfermería en salud colectiva I y II, Procesos patológicos generales y Enfermería quirúrgica.

Los contenidos se encuentran fragmentados y poco destacados en las

escuelas investigadas. El problema que se percibe, principalmente, es la existencia de lagunas en la formación del alumnado egresado de estas Instituciones Escolares donde no se les capacita correctamente para realizar la prevención, detección, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer.

Las consideraciones finales de la investigación apuntan nuevos caminos a recorrer por las Instituciones Escolares de Enfermería, señalando que los planes de estudio deben atender las situaciones más predominantes dentro del cuadro epidemiológico del país y cumplir una carga horaria y teórica adecuada para el área de oncológica.

Abstract

The national epidemiological data justifies the preoccupation concerning the teaching given to professional health workers on how to act in the prevention and control of cancer. This concern extends itself to those professionals graduated from Nursing Schools.

This research sought to identify the Nursing Schools of the Rio de Janeiro State that nowadays include a content of oncology in the programs of their graduate courses. It seeks to verify in which manner the specific oncology content is being developed in the Schools, aiming to analyse the current situation of the tuition in Oncological Nursing in this State.

The research was carried out between the period of 2002 to 2006 applying the observacional method. The data was collected through structured questionnaires regarding the profile of the curriculum content. 23 Nursing schools of the Rio de Janeiro State recognized by the Ministry of Education participated in the research.

These are divided into Nursing in women's health, medical nursing for adults and the aged, oncologic nursing, pediatric nursing, collective health nursing I and II, General pathologic process and medical surgical nursing. The results revealed that the courses (87%) most frequently include the oncology content in the form of a group of classes within a variety of disciplines.

These are generally Nursing in Women's health, Medical Nursing, Surgical Nursing, Oncologic Nursing, Medical-surgical Nursing, Paediatric and neonatal Nursing and Gynaecology-Obstetrics Nursing. The content found is fragmented and little emphasized in the schools analysed, the problem being mainly concentrated in the existence of gaps in the education of those graduated from these schools where they weren't trained in the prevention, detection, precocious diagnostication and treatment of cancer.

Our final considerations indicate new paths to be trod by nurses backed by

the norms of the new Curriculum guidelines of the Graduate course in Nursing, demonstrating that the curricula should attend the most prevalent situations within the epidemiological framework of our country.

Resumo

Os dados epidemiológicos nacionais justificam a preocupação quanto à formação dos profissionais de saúde para atuar na prevenção e controle do câncer. Esta preocupação estende-se para os profissionais egressos das Escolas de Enfermagem.

O presente estudo buscou identificar as Escolas de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro que hoje incluem conteúdos de oncologia nos programas dos seus cursos de graduação. Objetivou verificar de que forma o conteúdo específico de oncologia está sendo desenvolvido nas Escolas, propiciando analisar a atual situação do Ensino de Enfermagem Oncológica neste Estado.

A investigação foi realizada no período de 2002 a 2006, com aplicação do método descritivo. Os dados foram coletados através de questionários estruturados referentes ao perfil dos conteúdos curriculares. Participaram da investigação as 23 Escolas de Enfermagem do Estado do Rio de Janeiro credenciadas pelo Ministério da Educação.

Os resultados revelaram que as faculdades (87%) mais freqüentemente incluem o conteúdo oncológico sob a forma de aulas avulsas. Estas se dividem mais entre a Enfermagem na Saúde da Mulher, Enfermagem do adulto e do idoso, Enfermagem no cuidado Oncológico, Enfermagem na Saúde da Criança, Enfermagem em Saúde Coletiva I e II, Processos Patológicos Gerais e Enfermagem Cirúrgica.

Os conteúdos encontram-se fragmentados e pouco enfatizados nas Escolas analisadas, concentrando-se o problema principalmente na existência das lacunas na formação dos alunos egressos destas escolas onde não se habilitam para realizar a prevenção, detecção, diagnóstica precoce e tratamento do câncer.

Nossas considerações finais da Investigação apontam novos caminhos para ser trilhados pelas Instituições Escolares de Enfermagem sinalizando que os currículos devem atender as situações mais prevalentes dentro do quadro

epidemiológico do país, cumprindo uma carga horária e teórica adequada para atender a área oncológica.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN, ALCANCES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	23
ESTADO DE LA CUESTIÓN	25
CAPÍTULO 1: LA HISTORIA DE LA ENFERMERÍA.....	31
1.1. Evolución de la Asistencia Sanitaria a través de la Historia.....	31
a. Antecedentes Generales en el Periodo Anterior a Cristo.....	31
b. La Atención de la Salud en los Periodos Históricos.....	33
c. Los Primeros Escenarios de la Enfermería.....	37
1.2. El Surgimiento de la Enfermería como Profesión	39
a. Estudios Privados y Oficiales en Diversas Partes del Mundo	39
b. Las Escuelas de Enfermería a Partir de Finales del Siglo XIX	42
1.3. La Historia de la Enfermería General en Brasil.....	45
a. Origen de la Profesión	45
b. Importancia Social	46
c. Las Escuelas de Enfermería	48
d. Las Asociaciones	51
e. Los Consejos de Clase	52

f. El Papel del Enfermero Brasileño	55
1.4. La Enfermería Oncológica en Brasil	61
CAPÍTULO 2: FUENTES DE ANÁLISIS METODOLÓGICOS	73
2.1. Cuestiones Educativas.....	73
2.2. Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional	111
2.4. Directrices Curriculares Nacionales de los Cursos de Graduación en Enfermería	128
2.5. Sistema Educativo Brasileño (Universidades, Facultades, Escuelas Y Centros)	140
CAPÍTULO 3 : POLÍTICAS RELATIVAS A LA SALUD PÚBLICA DE BRASIL	147
3.1. Los Problemas Generales de Saneamiento Básico en Brasil.....	147
3.2. Políticas Públicas de la Salud Brasileña	168
3.3. Las Instituciones, Programas y Legislaciones Nacionales de Salud .	187
CAPÍTULO 4 : LAS ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL CÁNCER EN BRASIL	201
4.1. El Perfil Epidemiológico del País	201
4.2. El Instituto Nacional de Cáncer (INCA).....	203
a. Políticas del Control del Cáncer.....	240
b. La Contribución Política del Instituto Nacional del Cáncer (INCA).....	243
c. Los programas nacionales desarrollados en conjunto con el Ministerio de la Salud / INCA	245
c.1. Centros de Alta Complejidad en Oncología (CACON)	245
c.2. Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello del Útero y de Mama - Viva Mujer	248
c.3. Programa de Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo de Cáncer.....	255

c.4. El Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC)	259
c.5. El Programa de Calidad en Radioterapia (PQRT)	259
c.6. Programa de Epidemiología y Vigilancia del Cáncer y sus Factores de Riesgo	261
4.3. La Propuesta de Apoyo del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer - Enfermería (PIDAAC).....	262
4.4. El Papel del Enfermero en el Cuidado de los Enfermos Oncológicos	269
CAPÍTULO 5: LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA ONCOLÓGICA EN RIO DE JANEIRO	279
5.1. Metodología de la Investigación	279
5.2. La Enseñanza de la Enfermería Oncológica en las Instituciones Escolares Superiores del Estado de Río de Janeiro, Brasil.....	294
5.3. La Investigación	296
5.4. Respuestas y Comentarios de los Cuestionarios:	301
CONCLUSIONES	335
BIBLIOGRAFÍA	353
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	353
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	363
ANEXOS	391
ANEXO A: Universidad de Alcalá	391
ANEXO B: Instituto Nacional del Cáncer/CEDC	393
ANEXO C: Cuestionario utilizado en la investigación	395
ANEXO D: Lista de Universidades de Enfermería del Estado de Río de Janeiro	399
ANEXO E: Directrices y Bases Educativas.....	429
ANEXO F: Ley de Graduación de Enfermería	453

ANEXO G: Abreviaturas	461
ANEXO H: Cuadros	467
ANEXO I: Tablas	469
ANEXO J: Gráficos	473
ANEXO K: Mapas	475

ÍNDICE DE TABLAS:

Tabla 1: Estimación de todos los estados brasileños. Estimaciones para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 habitantes y del número de nuevos casos de cáncer, en hombres y mujeres, según la región.	137
Tabla 2: Estimaciones para el año 2006 del número de nuevos casos de cáncer por región en Brasil.....	137
Tabla 3: Estado de Río de Janeiro. Tasas de mortalidad por cáncer (brutas y ajustadas) por edad, de la población mundial y brasileña, por 100.000 habitantes, según sexo y edad, entre 1979 y 1983.	139
Tabla 4: Estado de Río de Janeiro. Tasas de mortalidad por cáncer (brutas y ajustadas) por edad, de la población mundial y brasileña, por 100.000 habitantes, según sexo y edad, entre 1995 y 1999.	139
Tabla 5: Estimaciones para el año 2003 del número de muertes por cáncer. Localización primaria por región en Brasil.	140
Tabla 6: Estimaciones de Cáncer en todos los Estados de Brasil- 2006.....	185
Tabla 7: Estimaciones de Cáncer en Todos los Estados de Brasil 2006. Estimaciones para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 habitantes y número de nuevos casos de cáncer, en mujeres, según localización primaria.....	186
Tabla 8: Estimativas para el año 2003 del número de casos nuevos y de óbitos por cáncer, por región de Brasil. Estimaciones de todos los Estados del Brasil..	202
Tabla 9: Estimativas para el año 2003, de tasas brutas de incidencia y mortalidad por cien mil afectados, número de nuevos casos y muertes por cáncer, en hombres, según localización primaria. Estimativas de Estado de Río de Janeiro / Río de Janeiro (2003)	266
Tabla 10: Estimativas para el año 2003 de tasas brutas de incidencia y mortalidad por cien mil afectados, número de nuevos casos y muertes por cáncer, en mujeres, según localización primaria. Estimativas de Estado de Río de Janeiro / Río de Janeiro (2003)	266
Tabla 11: Estimativas de Cáncer en el Estado de Río de Janeiro y Capital - 2006..	296
Tabla 12: Estimativas de Cáncer en el Estado de Río de Janeiro y Capital - 2006..	296
Tabla 13: Carga Horaria Teórica (h) y su distribución de frecuencia.....	312
Tabla 14: Carga horaria práctica (h) y respectivas frecuencias	313
Tabla 15: Carga horaria teórica y práctica, según los 3 grupos formados.....	315

ÍNDICE DE GRÁFICOS:

Grafico 1: Respuestas de las Universidades que incluyen el contenido de Enfermería Oncológica	302
Grafico 2: Modalidades de inserción del contenido de enfermería oncológica	306
Grafico 3: Disciplinas que imparten el contenido de Enfermería Oncológica.....	310
Grafico 4: Porcentajes referentes a los Estratos Formados. Carga horaria teórica.	312
Grafico 5: Porcentajes referentes a los estratos formados. Carga horaria práctica.	313
Grafico 6: sectores donde se desarrolla la práctica de la Enfermería Oncológica.	317
Grafico 7: Áreas de experiencia en las prácticas de Oncología.....	319
Grafico 8: Período(s) en que se imparte(n) el contenido(s) de Oncología.....	321
Grafico 9: Docentes que tienen conocimiento del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC)	323
Grafico 10: Categorías Profesionales que conocen el PIDAAC	324
Grafico 11: Integración entre enfermeros docentes y enfermeros asistenciales....	325
Grafico 12: Actividades prácticas y/o teórico-prácticas	326
Grafico 13: Ejecución de actividades planeadas.....	328
Grafico 14: Profesores de la enseñanza de la Oncología a partir del PIDAAC.....	330
Grafico 15: Curso de entrenamiento docente en el área Oncológica	332

ÍNDICE DE CUADROS

Mapa 1: Mapa del Estado de Río de Janeiro, Brasil	281
Mapa 2: Brasil - Estados	300
Mapa 3: Procedencia de los enfermeros residentes entrenados en INCA /1986-2007)	345
Mapa 4: Curso de Especialización de Enfermería Oncológica. Procedencia de los Enfermeros (1998-2007).....	346

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Debido a las responsabilidades profesionales que vengo desarrollando desde hace mucho tiempo¹ tuve la oportunidad de observar la necesidad que tiene el país de contratar enfermeros con suficientes conocimientos en oncología para atender a los enfermos de este área. Recibía en INCA una gran cantidad de estudiantes de los veintiséis Estados de Brasil y del Distrito Federal, para realizar los cursos de post- grado en oncología que ofrecemos. La demanda era tan grande que comencé a interesarme por saber cuál era el perfil del enfermero egresado de las Instituciones Escolares de Enfermería del Estado de Río de Janeiro. Así mismo, era preciso saber qué tipo de formación en oncología se ofrece actualmente para la graduación en las Escuelas de Enfermería del Estado.

La historia de la precariedad de la salud y el elevado índice de cáncer en Brasil, citados en este documento, nos permitieron comprender mejor las necesidades más urgentes en el área de la salud brasileña.

Hemos escogido para este estudio uno de los pilares más importantes del Ministerio de Salud, la enseñanza de la oncología. Por este motivo resultaba imprescindible mencionar aquí algunos contenidos relativos a la historia de la enfermería, sus caminos y su evolución profesional en un país en desarrollo como Brasil. Por ello buscamos, en primer lugar, la historia de la enfermera precursora del inicio de una nueva profesión, Florence Nightingale, que tuvo un papel muy importante a partir del siglo XIX. El reconocimiento de las Instituciones Escolares de Enfermería brasileñas ocurrió a partir del año 1820, principalmente después de la influencia de Florence.

¹ Seis años como Coordinadora de la Enseñanza de Enfermería Oncológica del Ministerio de la Salud del Instituto Nacional del Cáncer de Río de Janeiro (INCA)-Brasil, y más de dieciocho años en otras áreas de la enfermería general y oncológica.

Los enfermeros, en el Brasil de la época, asistían a los hospitales civiles y militares y, posteriormente, a las actividades de salud pública. Así, con el pasar de los años, la profesión de enfermería fue expandiéndose y, al mismo tiempo, estructurándose y formando sus Asociaciones y Consejos de Clase.

La primera organización oficial fue la *Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas Brasileñas*, creada en agosto de 1926. Años más tarde los enfermeros fueron organizándose para formar sus Consejos de Clase, como el Consejo Federal de Enfermería (COFEn). Los Consejos Regionales de Enfermería (COREns) fueron creados el 12 de julio de 1973 a través de la Ley 5.905, constituyendo en su conjunto Autarquías Federales vinculadas al Ministerio del Trabajo y Previsión Social.

Poco a poco fue aumentando la necesidad de establecer unas bases teóricas para comprender mejor la evolución de la profesión en todo el territorio nacional. Era evidente que la enfermería estaba creciendo, no solamente en la sociedad brasileña sino también en todo el mundo. Para sustentar esta evolución fue de enorme importancia la oferta de una propuesta pedagógica en relación al área de educación vinculada a la salud.

Los grandes estudiosos del tema² favorecieron la comprensión técnica, política y social, y en sus análisis relacionaron los contenidos, conceptos y elementos pedagógicos.

Autores como Sacristán y Gomes hacen un análisis del aprendizaje de los alumnos afirmando que no hay apenas diferencias psicológicas en cuanto al grado y tipo de cualidades alumnos/ as, sino más bien de sus posibilidades, en función del medio del cual procedan y al cual pertenezcan, considerando al individuo como un todo y teniendo en cuenta principalmente el medio en el que vive, sus transformaciones interpersonales, el enfrentamiento de sus problemas y la solución de los mismos.

² Sacristán y Gomes, Freire, Fernández y Mazzotti.

La educación y el conocimiento recibido son factores imprescindibles para su evolución. Concluyendo ese análisis podemos afirmar que las teorías del aprendizaje dan la información básica, mas no suficiente, para organizar la teoría y la práctica de la enseñanza, de modo que las variables contingencias culturales, sociales y materiales del medio son de extraordinaria importancia para comprender y orientar los procesos de aprendizaje y desarrollo.

Actualmente los enfermeros reciben de sus Instituciones Escolares un aprendizaje general, crítico y reflexivo. Si consideramos los datos de mortalidad en los diferentes municipios brasileños, constataremos que la mayoría presentan un cuadro sanitario con enfermedades crónico-degenerativas asociadas y relacionadas a la situación de pobreza. Esta situación refleja las contradicciones del proceso de desarrollo del país, pudiendo comparar con el índice de enfermedades que teníamos en el siglo XIX, cuando se inició la profesión de enfermería y que actualmente continúa siendo el gran problema de salud pública.

Es preciso citar aquí las leyes que rigen la profesión de enfermería desde el punto de vista educativo y laboral ya que pueden ofrecer más seguridad y legitimidad a esta profesión que continúa creciendo. En el panorama educativo brasileño ocurrieron cambios decisivos y resultó evidente y necesaria la creación de normas, reglamentos y leyes que orientasen la enseñanza con una perspectiva revolucionaria en la formación profesional.

La actual Ley de Directrices y Bases de la Educación, Ley nº 9394 de 20 de Diciembre de 1996, conocida como LDB o Ley Darci Ribeiro, establece dos niveles de educación: el medio y el superior, y las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Enfermería. En el parecer CNE/CES 1.133, de 07 de agosto de 2001 se orienta este estudio. Las citadas legislaciones han ido valorando e interrelacionando la formación y el crecimiento de la enfermería, creando así repercusiones en las políticas relativas a la Salud Pública de Brasil.

Por este motivo se fueron produciendo reformas dentro del cuadro de

saneamiento básico del país. El movimiento se inició a través de las autoridades de la época. Carlos Chagas (1920), en una tentativa de reorganizar los servicios de salud, creó el Departamento Nacional de Salud Pública, órgano que durante años ejerció acción normativa y ejecutiva de las actividades de Salud Pública en Brasil.

A pesar de todas las dificultades que tenía el país, ya en el siglo XX, comenzó a reorganizarse dentro de un contexto socio-económico y político para implantar las Políticas de Salud. Así, comenzaron a surgir, desde la década de 1930, fundaciones, programas y Legislaciones Nacionales de Salud, destacándose en Brasil la fase de la industrialización que seguiría en desarrollo hasta los años 50.

En consecuencia aumentó la población trabajadora, mostrando su poder de presión junto al gobierno sobre las necesidades sociales que les afectaban, exigiendo un posicionamiento oficial en relación a las Políticas Sociales del país. Ésta fue la ocasión en que las Políticas de Salud Pública tomaron rumbos más concretos, con el surgimiento de la medicina de prevención, dando prioridad a la atención de la población en los Centros de Salud y Hospitales de la red pública, y en una esfera federal promoviendo Campañas Sanitarias de atención a las endemias rurales.

Los movimientos de la época pasaron a exigir acciones más generalizadas y gracias a esto fueron creadas las Fundaciones, con apoyo del Ministerio de la Salud (MS), teniendo como mayor objetivo la atención a las solicitudes de diferentes empresas. Con el fortalecimiento del MS, fueron instituidos otros órganos que cada vez más fortalecían las actividades en el área de salud.

Con la instalación de un régimen autoritario en el país en los años 60 las empresas privadas se unificaron para recibir cobertura de la previdencia. Como forma de presión de los empresarios contra el gobierno, se crea el Instituto Nacional de Previdencia Social (INPS) para atender a la demanda de

necesidades de los trabajadores. Este Instituto permaneció con sus actividades asistenciales hasta mediados de los años 70.

Con las reformas gubernamentales y con las dificultades en la esfera económica, las actividades de este Instituto se tornaron inefectivas culminando con su cierre, lo que consecuentemente ocasionó una crisis política, económica e institucional reflejada directamente en el área de la salud.

A partir de 1985, el gobierno brasileño, en una tentativa de fortalecer el sector público, promovió varias Conferencias con el propósito de reactivar y viabilizar acciones que atendiesen a los sectores de salud del país. Así, fue promulgada la Ley Orgánica de Salud (L.O.S) de 1990, que fundamentaba una nueva directriz organizativa para la construcción del Sistema Único de Salud (SUS), que extiende su labor hasta hoy.

A pesar del paso del tiempo, el perfil epidemiológico del país continúa mostrando un alto índice en las estadísticas de las tasas de mortalidad, y el cáncer aparece con un vasto porcentaje, prácticamente con índices aproximados a los de las enfermedades cardiovasculares. Por este motivo fueron estableciéndose Políticas de Control de varias enfermedades predominantes. Entre ellas las Políticas de Control del Cáncer.

El país, en su inmensa extensión territorial y con una gran población (169.872.856 millones de habitantes hasta 2006), no ofrece condiciones de atención con la debida calidad para toda la población e inclusive no realiza asistencia primaria a los enfermos de cáncer.

La región Sur y principalmente la región Sureste son por el momento más privilegiadas que las otras regiones del país por disponer de recursos profesionales e institucionales más cualificados en este área.

Este es un serio problema de la Salud Pública en nuestro país. El cáncer es la tercera causa de muerte en Brasil, después de las enfermedades cardiovasculares y de causas externas, por otro lado, es la segunda causa de

muerte por enfermedad en la población brasileña. Por lo tanto, para el MS, atento a algunas reivindicaciones de la sociedad civil en su lucha contra el cáncer, destacaba la necesidad de definición, por parte del gobierno, de una política nacional de control de esta enfermedad.

Así fue creado el Centro de Cancerología del Servicio de Asistencia en Hospitales del Distrito Federal (Río de Janeiro), que se transformó en el actual Instituto Nacional de Cáncer (INCA).

Después de pasar por varias reformas, esta Institución se reorganizó para determinadas acciones en las áreas de prevención, diagnóstico precoz, asistencia médica, formación de técnicos especializados, pesquisa, acción social y rehabilitación, relacionadas con las neoplasias malignas en todas las formas clínicas, etc., buscando reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer en el país.

Actualmente el INCA es un órgano de la administración directa del Ministerio de la Salud, vinculado a la Secretaria de Asistencia a la Salud, según el Regimiento del Ministerio de la Salud, aprobado por el Decreto Presidencial número 109, de 02 de mayo de 1991, y reafirmado pelo Decreto Presidencial número 2.477, de 28 de enero de 1998. Algunas Políticas para el Control del Cáncer fueron incentivadas dentro del Instituto Nacional de Cáncer (INCA)/MS donde fueron desarrollados algunos Programas, como el Centro de Alta Complejidad en Oncología (CACON), Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello de Útero y de Mama - Viva Mujer, Programa de Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo de Cáncer, Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC), el Programa de Calidad en Radioterapia (PQRT) y el Programa de Epidemiología y Vigilancia del Cáncer y sus Factores de Riesgo.

La contribución del INCA/MS, fue mantener la amplitud de su papel, cuyas bases continúan siendo mantenidas seguidamente por los Decretos Presidenciales número 109, de 02 de mayo de 1991 y reafirmado por el Decreto Presidencial número 2.477, de 28 de enero de 1998 y actualmente por el Decreto Presidencial

número 3.496, de 1º de julio de 2000.

En el Plano Pluri-anual 2000-2004 del Gobierno Federal, que determina metas para el Instituto, dentro de lo que corresponde al Ministerio de la Salud, se propone ejecutar las acciones de Prevención y Control del Cáncer, atendiendo a dos expectativas distintas: una gubernamental y otra comunitaria.

En la visión de la sociedad, a parte de ser el principal centro de entrenamiento y tratamiento en Oncología del país, el INCA es el órgano normativo, coordinador y referencial técnico-científico para las actividades de prevención y control del cáncer en Brasil.

A partir de tales premisas, el INCA coordina y desarrolla acciones en todas las áreas relacionadas con control y el tratamiento del cáncer. El área técnico-científica es apoyada en todas sus instancias, (Información, Enseñanza, Pesquisa y Calidad), evidenciando el sentido de la integración de las estrategias a ser adoptadas.

Dentro de la política nacional de control de cáncer el enfermero tiene un papel relevante para la población brasileña. Es un profesional que está comprometido desde el nacimiento de un individuo hasta su muerte. La enfermería está hecha de personas que cuidan de otras personas. El centro de la acción del enfermero profesional es el individuo, la familia y la colectividad, siendo la relación humana su principal instrumento de calidad en la atención que ofrece dentro de una asociación de conocimientos y prácticas, basándose en actitudes personales, profesionales, científicas, éticas, políticas y sociales del cuidar de la humanidad.

Las cuestiones educacionales relacionadas con la enfermería tienen la responsabilidad de la integración e interacción en las políticas sociales para la transformación de los diferentes niveles del área de la salud. En esta perspectiva, la educación debe ser entendida como una práctica social que contribuye en la formación de este profesional integralmente, posibilitándolo a desarrollar acciones

transformadoras en la construcción de la ciudadanía.

Entre las finalidades profesionales del enfermero destaca el desarrollo del conocimiento clínico, epidemiológico y de investigación para actuar en las áreas de asistencia, gerencia, educación y pesquisa, contribuyendo efectivamente a la transformación de la realidad.

La nueva propuesta de las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Enfermería, en el parecer CNE/CES 1.133, de 07 de agosto de 2001, en los artículos 3º, 4º ítems II, III y IV, artículos 6º y 9º de este mismo parecer, define el perfil del enfermero en una formación general, con actuación en cuatro áreas fundamentales: asistencia, gerencia, enseñanza e investigación.

Con las expectativas actuales de la demanda del mercado de trabajo, el predominio de la enseñanza en las escuelas de Enfermería se perfiló también para la capacitación de este profesional como gestor con competencia para las acciones de promoción y prevención en salud. Por lo tanto, las Políticas Públicas de Salud brasileña conjuntamente con la educación son prioridades incuestionables y merecen un puesto destacado en la administración gubernamental.

Los esfuerzos por promover la salud son esenciales pues restablecen los lazos entre la sociedad y la reforma de la salud, propuestos como principio básico por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década pasada. Los desafíos de un mundo de crecientes y dinámicas transformaciones tecnológicas nos apuntan para que deparemos en nuestras realidades, y frente a esta situación, lo mínimo que las Instituciones Escolares de Enfermería pueden hacer, es acompañar las transformaciones ofreciendo a los alumnos subsidios para que puedan atender la demanda nacional en sus especificidades en el área de la salud.

Con esta reforma en la salud las modificaciones se sucedieron y fueron introducidas a partir de la creación del nuevo Sistema Único de Salud (SUS),

buscando responsabilizar prioritariamente el ámbito municipal de la gestión de estos servicios, y delegando al gobierno central la definición de las directrices básicas de la política nacional de salud y las normas de los servicios, propias de un país en desarrollo.

Para conseguir esta meta el INCA tuvo que cumplir enteramente el papel gubernamental en la prevención y control del cáncer, garantizando la implantación de las acciones apropiadas en las diversas áreas de Brasil, y con este propósito colaborar para la mejora de la calidad de vida de la población. A partir de esta situación la enfermería pasó a sentir cada vez más la necesidad de realizar, entre sus muchas actividades, una atención relacionada específicamente con la prevención, detección precoz y diagnóstico del cáncer.

En esa época fue muy importante la influencia de la sociedad en la tentativa de modificar el contenido curricular de las Instituciones Escolares de Enfermería brasileñas, cambiando la enseñanza tradicional que formaba enfermeros de cuño general, para una escuela transformadora, nueva, activa y objetiva que demuestra lo que el alumno quiere aprender, valorando al sujeto con sus propósitos determinados y críticos, en relación a lo que la sociedad exige y necesita aplicar. Siendo así, surge un movimiento en el cual los profesionales de Enfermería se unen para discutir e implantar contenidos curriculares de Enfermería Oncológica en la graduación junto al I Congreso Brasileño de Enfermería Oncológica en 1987.

En esta misma década fue implementado el Pro-Onco (Programa de Prevención a la Oncología) junto con el NUTES (Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud) que tuvo como factor propulsor el punto principal que justifica la defensa de este tema: adecuación de la enseñanza de la Oncología ofrecida en las Universidades Brasileñas y las necesidades de la población y de los servicios de salud para estar más preparados al atender el área oncológica.

También se celebró en ese año el I Encuentro de la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Oncología en los Cursos de Graduación de Enfermería,

donde el Ministerio de la Salud fue representado por profesionales Enfermeros de la Campaña Nacional del Combate al Cáncer (CNCC), específicamente del Programa de Oncología (PRO-Onco).

Estuvieron presentes profesionales de varios estados de Brasil con la intención de discutir las directrices y competencias para la enseñanza de la oncología. El grupo se reunió una vez más en 1988, ya aprobando propuestas elaboradas anteriormente en otros encuentros.

En 1992 en São Paulo se celebra el I Seminario Nacional abordando el mismo tema, ocasión en que fueron presentados los resultados de las evaluaciones del I Encuentro de la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Cancerología en los Cursos de Graduación de Enfermería, realizadas durante este período, entre 1988 y 1992, mostrando cambios positivos y substanciales.

Desde esta década hasta la actualidad el papel del enfermero en el cuidado con los portadores de cáncer viene siendo cada vez más valorado. La posibilidad de poder tener profesionales para que puedan asistir al público en general, enfocando el cáncer y mostrando la posibilidad de que esta enfermedad puede ser prevista, prevenida o, incluso, potencialmente curada; posibilita al enfermero asumir el importante papel que ostenta en los programas de control del cáncer.

Este cuadro ya justifica la adopción de medidas creativas en el ámbito de la formación profesional que capaciten y protejan el empleo del enfermero, principalmente en países de economía dependiente. Por este motivo el INCA/MS creó en Río de Janeiro en esa época, junto con la Escuela de Enfermería Anna Nery (Universidad), el Curso de Especialización de Enfermería en el Control del Cáncer, con prioridad para los profesores y enfermeros que trabajaban en oncología, pensando mejorar las condiciones de los enfermeros de este área.

Es importante por tanto una propuesta de apoyo a esta tentativa, el Programa de Integración Asistencial en la Área del Cáncer (PIDAAC). Este

proyecto se desarrolla desde 1988, ocasión en que la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Oncología en los Cursos de Graduación en Enfermería elaboró y divulgó la propuesta de enseñanza.

A partir de 1990, el Ministerio de la Salud, por medio de la Campaña Nacional de Combate al Cáncer, se asoció al Departamento de Enfermería de la Escuela Paulista de Medicina (Universidad), dando inicio a la implantación de acciones más efectivas en el área de la educación en Cancerología para enfermeros.

En 1990 fueron realizados cursos especiales, uno nacional y uno internacional, para los profesores de Enfermería. En 1992, se buscó levantar la situación actual de la enseñanza de la Oncología en los cursos de graduación en enfermería por medio del envío de cuestionarios para las Instituciones Escolares de Enfermería brasileñas.

Como respuesta fueron informados de que las respectivas Instituciones suministraban contenidos relativos a la oncología, pero la mayoría de forma fragmentaria o separada, existiendo también gran disparidad entre el número de horas destinadas a la enseñanza de oncología.

La enseñanza de la Enfermería Oncológica en las Instituciones Escolares hasta la actualidad pasa por varios problemas, por lo tanto esta pesquisa es de extrema importancia para saber cómo está siendo aplicada actualmente la enseñanza en los cursos de graduación en enfermería en las Instituciones Escolares del Estado de Río de Janeiro.

Brasil, en su vasta extensión territorial, termina favoreciendo el desarrollo de unas regiones en detrimento de otras, como es el caso de la Región Sureste, privilegiada en relación a otras regiones del país tal y como se mencionó anteriormente.

Observado esta situación, seleccionamos el Estado de Río de Janeiro que se encuentra dentro de esta Región para investigar sobre la enseñanza de la

oncología suministrada en los cursos de graduación en enfermería, sabiendo además que se trata de una región privilegiada en varios aspectos, principalmente en el área de la salud. Tratándose de la asistencia oncológica, la capital de este Estado, el de Río de Janeiro, mantiene un Instituto de referencia nacional en cáncer: el INCA.

Este hecho tornó nuestra labor más relevante, porque retratar este Estado a través de una metodología cualitativa, significa para nosotros comprender cómo está el aprendizaje de los alumnos egresados de estas 23 Instituciones Escolares en relación a la oncología. Si bien este Estado es uno de los más preparados en oncología, no nos preocupa menos cómo puedan estar los otros Estados fuera de la Región Sureste del Brasil, que se encuentran actualmente en condiciones mucho más precarias en relación a la atención de la población acometida por cáncer. Seguramente deban contar con escasos profesionales preparados para atender esta enfermedad, lo que viene a justificar la premura de enfermeros de los otros Estados por los cursos de INCA.

Actualmente los frecuentes cambios en los procesos de trabajo, hacen que nos topemos con un paradigma que nos lleva cada vez más a la búsqueda de atributos, productividades, competencia y competitividad en los servicios de salud, sean públicos o privados. Siendo así, se requiere del profesional un esfuerzo mayor en su área como, por ejemplo, ser habilitado y especializado, para atender la realidad impuesta.

El ciudadano que convive en un país en desarrollo, como es nuestro caso, y que pueda tener la posibilidad de capacitarse técnica y científicamente, será con seguridad un individuo que podrá contribuir con su trabajo atendiendo a los perfiles profesionales de una determinada institución.

La enseñanza de la Enfermería Oncológica en el Estado de Río de Janeiro todavía se encuentra tan fragmentada como en etapas anteriores, conforme nos muestran los datos de esta investigación.

El cáncer constituye un área especial para nuestro gobierno dentro de las políticas de salud ya que utiliza grandes inversiones en investigación, exigiendo altos costos para el tratamiento y para mantener altas tasas de morbi-mortalidad conforme la demanda nacional, a pesar de ser posible prevenirlo y controlarlo. En las estadísticas epidemiológicas nacionales, actualmente encontramos las neoplasias en altas tasas, justificando la preocupación en relación a la formación de los profesionales de salud, principalmente con el enfermero, para actuar en la prevención y control del cáncer.

El estudio tuvo como uno de sus objetivos verificar y retratar el perfil de los contenidos de oncología ofrecidos en los currículos de los cursos de graduación de las Instituciones Escolares de la Enfermería del Estado de Río de Janeiro; para esto fue aplicado un cuestionario buscando conocer la estructura de la enseñanza desarrollada en las referidas Instituciones preparatorias de profesionales-enfermeros.

Para el análisis estadístico de todo esto fueron seleccionados los aspectos más importantes en relevancia con el estudio. La población seleccionada fue la de las Escuelas de Enfermería del Estado de Río de Janeiro durante el periodo de 2002 y 2006, utilizamos la modalidad de cuestionarios conteniendo preguntas abiertas y cerradas, enviados para las 23 Escuelas existentes en el Estado de Río de Janeiro.

Conforme a las respuestas recibidas observamos que la enseñanza de la enfermería oncológica es fragmentaria en las Instituciones evaluadas, y esta ocurre predominantemente en la disciplina de Enfermería en la Salud de la Mujer, a seguir en la Enfermería Médica, Enfermería Quirúrgica, Enfermería Oncológica, Enfermería Médico-Quirúrgica, Pediatría Neo-Natal y Enfermería Gineco-Obstetricia y en Práctica Curricular I y II. Estas son disciplinas en su mayoría obligatorias que componen el currículo de las Instituciones de Enfermería de este Estado.

En el presente estudio procuramos inicialmente ver las Nuevas Directrices

Curriculares del Curso de Graduación en Enfermería, y cuál es la situación real entre lo que las Directrices ofrecen para dar soporte legal al área oncológica y cómo realmente estos fundamentos están siendo insertados en los contenidos curriculares y ofrecidos a los alumnos.

Es importante el papel del enfermero egresado en la propuesta de disminuir la morbi-mortalidad por cáncer y al mismo tiempo atender a una demanda de gran peso frente a las Políticas de Salud relacionadas con una de las mayores causas de muerte en el país.

En los documentos analizados sobre la formación del enfermero de orden general, a través de reflexión teórica, señalada por el documento del MEC y las literaturas especializadas sobre el tema, verificamos que las Directrices Curriculares señalizan para la necesidad de cambio paradigmático, con la actual legislación que nos lleva para una formación de orden general, mas con conciencia de los problemas más graves del mundo en que este alumno está inserido, como es el caso de la realidad social brasileña.

Directa o indirectamente el alumno se encuentra en una posición de batalla, donde la legislación le ofrece posibilidades para establecer nuevos modelos de enseñanza con énfasis en su real papel, valorizándolo como un sujeto activo, crítico y reflexivo, en lo concerniente a su aprendizaje. Es más, le da la oportunidad de utilizarlo como instrumento que le posibilitará comprender lo que ocurre en la sociedad, pudiendo ampliar su visión realista de los hechos más relevantes del área oncológica.

El problema se concentra en la existencia de lagunas en la formación de los alumnos egresados de las Instituciones de Enfermería del Estado de Río de Janeiro, habilitados para realizar la prevención, detección, diagnóstico precoz y tratar el cáncer.

Por otro lado, la creciente exigencia de calidad, productividad, resolución y competitividad de los servicios de salud, sean públicos o privados, viene

construyendo un nuevo paradigma gerencial que requiere trabajadores habilitados y especializados, sensibles a la necesidad de constantes recalificaciones impuestas por los frecuentes cambios en los procesos de trabajo.

Ese tipo de aprendizaje, más realista e integrado con la verdadera situación social del país, podrá ser realizado a partir del momento en que las autoridades superiores se preocupen por la demanda de los casos más importantes de oncología. Por ejemplo, para este año están estimados, según el Ministerio da Salud/ Instituto Nacional de Cáncer (2006) para el Estado de Río de Janeiro, 57.480 nuevos casos de cáncer y para Brasil 472.050 nuevos casos de cáncer.

En relación a los contenidos curriculares ofrecidos en los cursos de graduación en las Instituciones pesquisadas, contemplan la Enseñanza de Enfermería en el área oncológica, aunque siendo actualmente fragmentados y con una carga horaria teórica y practica insignificante como para atender las necesidades vigentes en el país. Si estos estuviesen desarrollados a lo largo del Curso y con una carga horaria teórica y practica mayor dentro de las disciplinas que contemplan la parte de la oncología aplicada en las Instituciones y en sitios distintos, facilitarían el aprendizaje y la postura del profesional egresado. Este enfermero, cuando actúe en el campo de trabajo a nivel nacional, podrá desarrollar acciones variadas y diversas, y principalmente será apto para atender las áreas de la oncología.

JUSTIFICACIÓN, ALCANCES Y LÍMITES DE LA INVESTIGACIÓN

Brasil es un país en desarrollo donde el cáncer es la 2^a causa de muerte por enfermedad, como nos muestran actualmente los datos epidemiológicos recién analizados por el Ministerio de la Salud / Instituto Nacional del Cáncer (MS/INCA). Por este motivo es indispensable un estudio más profundo relacionado con la formación del profesional en el área oncológica, específicamente del enfermero, que representa un papel importante en esta especialidad. Ese profesional puede contribuir para la disminución de la morbi-mortalidad de esta enfermedad en el país por su relación con las diversas actividades incluidas en el control de la enfermedad.

Siendo así, si las Escuelas de Enfermería se preocupasen por la elaboración de currículos que den énfasis a la inclusión de los contenidos específicos de oncología, estarían contribuyendo para la formación de profesionales eficientes de Enfermería que en el futuro presentarían las condiciones necesarias para actuar en la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

La escuela, vista en la actualidad como transformadora, democrática e integrada en la sociedad, es responsable de las adecuaciones curriculares de las innovaciones relacionadas con el área de la salud.

La enseñanza de enfermería integrada a las demás disciplinas que contemplan el conocimiento en oncología, imprescindible para esos futuros profesionales, debe considerar la naturaleza multidisciplinar de la materia, tanto en términos de aprendizaje básico como de práctica. La preocupación de mejorar cada vez más la enseñanza en este área es una de las bases que fundamenta

nuestro estudio.

El presente estudio pretende conocer el aprendizaje ofrecido en el área de Enfermería Oncológica en las diversas Escuelas del Estado de Rio de Janeiro.

La finalidad básica propuesta en este estudio es verificar si existe un desfase significativo en el aprendizaje en el área oncológica ofrecido a los alumnos que estudian en estas Escuelas, en relación a la legislación actual, así como también atendiendo a las estimaciones vigentes sobre nuevos casos de cáncer en este Estado.

Describir el perfil de estas Escuelas, resaltando el aprendizaje de la oncología, es de gran importancia para nuestro trabajo, pues nos permitirá detectar carencias, aciertos y potencialidades, pudiendo así contribuir en la construcción de un nuevo pensamiento de enseñanza en las Escuelas de Enfermería de este Estado, y posterior desarrollo de una mejor formación en estos centros.

El pensamiento orientado a una pedagogía más eficiente para atender a los alumnos de enfermería, desde la prevención hasta el control del cáncer, se traduce en una formación de enfermeros más capacitados, los cuales posiblemente trabajarán en oncología a lo largo de sus carreras, y consecuentemente atenderán con mayor eficacia a los pacientes acometidos por esta enfermedad.

Por este motivo en las Nuevas Directrices Curriculares del Curso de Graduación en Enfermería procuramos averiguar cuál es el soporte legal para el área y al mismo tiempo verificar cómo realmente está siendo suministrado el contenido oncológico insertado en los currículos.

La necesidad de formar profesionales de la salud para atender el área oncológica se agudiza en Brasil debido principalmente a sus diferencias regionales, donde los profesionales mejor preparados acaban actuando en la región Sureste. Así mismo, el Estado de Río de Janeiro (Región Sureste), que

seleccionamos intencionadamente para la investigación, está localizado en una de las regiones del país que más recursos acapara y en la cual se encuentra un Instituto de referencia nacional en cáncer. A pesar de esto nos encontramos ante un Estado que no tiene preparación en lo concerniente a la enseñanza de la oncología, conforme nos muestran datos recientes recogidos en las Escuelas.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

El problema de investigación tal y cómo ha quedado expresado más arriba, se concretó en tres grandes objetivos generales capaces de integrar cuatro objetivos específicos, que nos han permitido hacer operativo el problema, orientar el desarrollo de la investigación, y las preguntas que han guiado en última instancia la recogida y la interpretación de los datos. Esta última cuestión queda planteada en el apartado de Metodología.

- Analizar el perfil de los contenidos de oncología ofrecidos en los currículos de los cursos de graduación de las Escuelas de Enfermería del Estado de Río de Janeiro,
- Identificar ausencias y carencias significativas en el contenido curricular de los cursos mencionados, así como identificar posibles puntos fuertes, si los hubiere, contando con los directamente implicados, el profesorado de enfermería.
- Comprender si existe un desfase significativo entre el aprendizaje de oncología ofrecido a los estudiantes de estas Escuelas, y la legislación y directrices formativas actuales.

Estos objetivos generales los desglosamos en los siguientes objetivos específicos:

Describir qué contenidos de enfermería oncológica se tratan en los Planes de Estudio de las Escuelas de Enfermería seleccionadas.

Identificar en qué disciplina o disciplinas de los Planes de Estudio se integra el tratamiento de temas relacionados con nuestro objeto de estudio, atendiendo concretamente a conocer cuál es su carga horaria en función de su naturaleza teórica y/o práctica.

Conocer en qué condiciones prácticas se imparten los contenidos de la enfermería oncológica, atendiendo a las áreas en las que se desarrollan y el periodo en qué se imparten dichas prácticas.

Identificar el conocimiento que los docentes tienen sobre la enfermería oncológica y describir sus creencias y opiniones respecto al tipo de cursos que mejoraría la enseñanza de la misma y debería ser considerada como una necesidad el perfeccionamiento en esta área.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Brasil presenta como 2ª causa de muerte por enfermedad el cáncer. Este es un hecho importante que no podemos dejar de lado y que nos dio impulso para realizar este estudio atendiendo a los datos de algunas instituciones brasileñas en relación a la formación del profesional de enfermería en el área oncológica, con especial interés en la prevención y control del cáncer. Esta preocupación se extiende tanto a los hospitales-escuelas como a las propias Escuelas de Enfermería.

El Proyecto de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer /Enfermería (PIDAAC) es un proyecto ofrecido por el INCA para atender la demanda desde los años 80. Tuvo como objetivo estimular la enseñanza de la oncología en las Escuelas de Enfermería de Brasil, optimizando la implantación de la disciplina en estas Escuelas, enfatizando la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer. Para esto contó con el apoyo de docentes de Universidades y Entidades relacionadas con el tratamiento del cáncer.

El PIDAAC de Enfermería completó, en 2007, 18 años de implantación, incluyendo 58 facultades de Enfermería en todo territorio nacional con las cuales el INCA mantiene aparcerías. Este es el resultado de una propuesta desarrollada en 1992 con ocasión del I Seminario Nacional sobre la Enseñanza de la Cancerología en los cursos de graduación en Enfermería, para inserción de contenidos sobre Oncología en el planeamiento curricular de las Facultades de Enfermería.

Entre las estrategias adoptadas la elaboración del libro-texto Acciones de Enfermería en el Control del Cáncer se reveló fundamental. La 1ª edición fue lanzada en 1995, la 2ª edición en 2002 y la 3ª se encuentra en fase final de

elaboración.

Los proyectos para inserción del PIDAAC en las facultades de Enfermería de la UERJ se encuentran actualmente en la tercera fase, pero paralizados. (Instituto Nacional del Cáncer, 1998a, p. 6)

El PIDAAC no se desarrolla mejor en Brasil por falta de un acuerdo entre Instituciones que tienen el poder de implementarlo paso a paso, considerando la necesidad y complejidad del problema.

El Hospital Escuela de San Paulo, de la Universidad Federal de San Paulo (UNIFESP), relata informaciones significativas ya en los años 90. Después de una evaluación interna, sintió la necesidad de realizar un movimiento en el Departamento de Enfermería, en relación a la enseñanza de la asistencia en el área oncológica, formando un grupo multidisciplinar de oncología.

Este grupo, de docentes y de enfermeras asistenciales, propició la oportunidad de discutir diversos aspectos relacionados con la atención a los pacientes con cáncer para que fuesen delineadas algunas metas de acción que reflejasen las cuestiones específicas del área de enfermería. Notaron la necesidad de organizarse, constituyendo así un núcleo de estudios y de trabajo, como forma de aunar esfuerzos en la búsqueda de una atención de mejor calidad para la clientela de ese hospital. Este núcleo fue llamado de Núcleo de Enfermería en Oncología (NEO).

Ya en aquella época constataron las lagunas que existían en la formación general de los enfermeros en relación con la capacitación para el desempeño profesional en el área de cancerología. Como la configuración del cáncer se tornó un problema de Salud Pública fue prioritaria la implementación de acciones para mejorar el nivel de conocimiento de los enfermeros en esta área.

La primera iniciativa fue entrar en contacto con la coordinadora de los Programas de Control del Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer (INCA). En este momento los representantes de ambas Instituciones (UNIFESP/INCA),

programaron una serie de actividades a ser desarrolladas conjuntamente. Así fueron realizados varios cursos de capacitación con el INCA. (Ministerio de la Educación, 2007)

En el año 2005 la UNIFESP, organizó un Grupo de Estudios en Oncología Pediátrica, atendiendo la solicitud de alumnos y docentes de pediatría del curso de Enfermería. El grupo inició sus actividades en abril de 2005, con la participación de seis alumnas del 2º año de graduación, indicadas por una docente de Pediatría. La propuesta de trabajo consistía en ofrecer al futuro profesional informaciones técnico científicas, referentes a la Oncología Pediátrica, cuyo contenido todavía es poco tratado en los cursos de Graduación de Enfermería.

Fue entonces elaborado por una enfermera de la Educación Continuada un programa que incluyó discusiones de caso y visitas a instituciones, con la colaboración de una residente del 2º año de Enfermería en Oncología Pediátrica y de enfermeros convidados para insertar algunos contenidos. El interés de las alumnas fue creciendo y dio como resultado la participación en el Núcleo de Enfermería Oncológica (NEO).

Inicialmente se ofrecieron tres disciplinas electivas proferidas por los profesionales de la Institución con los siguientes títulos: Nociones Básicas de Quimioterapia Anti-neoplásica, Hemoterapia y Nociones Básicas de Oncología Pediátrica. (Hiraishi y cols 2005)

Esta iniciativa de la UNIFESP (2005) fue provechosa para la enseñanza y la asistencia oncológica pediátrica, pues integra el profesional enfermero con la asistencia y con los medios académicos, despertando un mayor interés de los alumnos que pasan a reconocer esta especialidad como un campo de actuación que exige del enfermero una formación específica, pues comprende un conocimiento en las áreas de pediatría y oncología.

La tentativa de recuperar este Proyecto está siempre en evidencia, mas no se consigue porque no existe una actitud comprometida y solidificada por parte de

los interesados. Este es el Estado de la Cuestión.

Podemos observar que son pocas las tentativas de reiniciar la propuesta del PIDAAC, y cuando esto ocurre notamos que son actitudes aisladas y sin gran repercusión en el ámbito nacional. Hoy el PIDAAC se encuentra paralizado.

La tentativa de implementarlo es siempre productiva y positiva, como fue el ejemplo de aquél pequeño grupo de pediatría, señalado por UNIFESP en 2005.

Una única escuela que implementa el PIDAAC no puede ser considerada, por más que realice un gran esfuerzo por llevarlo a cabo a través de un grupo seleccionado.

Sabemos que la demanda para el cuidado del cáncer es arrebatadora y que no tenemos profesionales preparados para atender a todos. La estimación de las tasas brutas por incidencia por 100.000 habitantes, entre hombres y mujeres para todas las regiones de Brasil, que podarán ser afectadas por cáncer es enorme, tal y como citamos anteriormente.

Capítulo 1

La Historia de la Enfermería

- 1.1. Evolución de la Asistencia Sanitaria a través de la Historia.
 - a. Antecedentes Generales en Periodos Anteriores a Cristo.
 - b. La Atención de la Salud en los Periodos Históricos.
 - c. Los Primeros Escenarios de la Enfermería.

- 1.2. El Surgimiento de la Enfermería como Profesión.
 - a. Estudios Privados y Oficiales en Diversas Partes del Mundo.
 - b. Las Escuelas de Enfermería a Partir de Finales del Sécalo XIX.

- 1.3. La Historia de la Enfermería General en Brasil.
 - a. Origen de la Profesión.
 - b. Importancia Social.
 - c. Las Escuelas De Enfermería.
 - d. Las Asociaciones.
 - e. Los Consejos de Clase.
 - f. El Papel del Enfermero Brasileño.

- 1.4. La Enfermería Oncológica en Brasil.

Capítulo 1: La Historia de la Enfermería

1.1. Evolución de la Asistencia Sanitaria a través de la Historia

a. Antecedentes Generales en el Periodo Anterior a Cristo

Las enfermedades en el periodo antes de Cristo eran entendidas como un castigo de Dios y como resultado del poder del demonio, por eso los sacerdotes y/o hechiceros ostentaban las funciones de médico y enfermero. El tratamiento consistía en aplacar a las divinidades, apartando los malos espíritus por medio de sacrificios. Se usaban masajes, baños de agua fría o caliente, purgas y sustancias provocadoras de vomitos. Más tarde los sacerdotes adquirieron conocimientos sobre plantas medicinales y comenzaron a enseñar a otras personas, que pasaron a ejercer funciones de enfermeros y farmacéuticos. (COREn, 2007)

En el desarrollo de las prácticas de la medicina han sido importantes dos subdivisiones de los períodos históricos:

- el de las prácticas de salud “instintivas”, que eran realizadas por los grupos nómadas primitivos, apoyándose en concepciones evolucionistas y teológicas. En este período, las prácticas médicas consistían en acciones que garantizaran la supervivencia humana, estando su origen asociado al trabajo femenino. Con la evolución de los tiempos se constató que el conocimiento de los medios de cura otorgaba poder. El hombre, uniendo este conocimiento al místico se hacía fuerte ante lo demás miembros de su clan. Se observa además que la enfermería está

íntimamente relacionada con el “cuidar” en las sociedades primitivas.

- Por otro lado, las prácticas de salud mágico-sacerdotales, que abordaban la relación mística entre las prácticas religiosas y las prácticas de curación primitivas desarrolladas en los templos. Este período corresponde a la fase del empirismo, verificada antes del surgimiento de la especulación filosófica de mediados del siglo V a.C. Esta práctica permanecerá en los templos durante siglos tanto en santuarios como en escuelas, ya que era donde inicialmente se enseñaron los conceptos primitivos de salud.

En estas escuelas pré-hipocráticas se enseñaban variadas nociones acerca del funcionamiento del cuerpo humano, sus alteraciones y enfermedades, concepciones estas que, por mucho tiempo, marcaron la fase empírica de la evolución del conocimiento de la salud.

La enseñanza estaba vinculada a la orientación filosófica y artística, y los estudiantes vivían en estrecha unión con sus maestros, formando familias que se organizarían más tarde en castas. En cuanto a la enfermería, las únicas referencias de la época están relacionadas con la atención domiciliar de partos y la actuación poco clara de mujeres de clase social elevada que compartían las actividades de los templos con los sacerdotes.

Poco a poco, la práctica de la medicina, antes mística y sacerdotal, pasó a ser una cuestión con base en la experiencia esencialmente, en el conocimiento de la naturaleza, en el raciocinio lógico que desencadena una relación de causa y efecto para las enfermedades, y en una especulación filosófica basada en la investigación libre y la observación de los fenómenos. Sin embargo, limitada por la ausencia casi total de conocimientos anatómico-fisiológicos. Este momento es considerado por la medicina griega como período hipocrático, destacándose la figura de Hipócrates, quien propuso una nueva concepción de los métodos curativos. Por primera vez se dissociaba el arte de curar de los preceptos místicos y sacerdotales, a través de la utilización del método inductivo, de la inspección y de

la observación. No hay antecedentes claros de la práctica de la enfermería en esta época. (COREnSP, 2007)

b. La Atención de la Salud en los Periodos Históricos

En este periodo se desarrollaron escuelas específicas para la enseñanza del arte de curar en el sur de Italia y de Sicilia, propagándose por los grandes centros de comercio, las islas y las ciudades de la costa. Los egipcios dejaron algunos documentos sobre la medicina conocida en su época. Las prescripciones médicas deberían ser realizadas acompañándose del recitado de fórmulas religiosas. Se practicaba el hipnotismo y la interpretación de sueños, creyéndose en la influencia de algunas personas sobre la salud de otras. Había ambulatorios gratuitos, donde eran recomendadas la hospitalidad y el auxilio a los desamparados.

Documentos del siglo VI a.C. de India nos informan que los hindúes conocían ligamentos, músculos, nervios, plexos, vasos linfáticos, el proceso digestivo y antídotos para algunos tipos de envenenamiento. Realizaban diferentes tipos de procedimiento tales como: suturas, amputaciones y corrección de fracturas. En este aspecto el budismo contribuyó con el desarrollo de la enfermería y de la medicina. Los hindúes se hicieron conocidos por la construcción de hospitales. Fueron los únicos, en la época, que seleccionaron personas que actuaran como enfermeros y exigían de ellos cualidades morales y conocimientos científicos.

En otros hospitales eran usados músicos y narradores de historias para distraer a los enfermos. Por el extremo respeto al cuerpo humano que tenían se prohibía la disección de los cadáveres y el derramamiento de sangre. Por otro lado las enfermedades eran consideradas un castigo.

En Mesopotamia, entre los asirios y babilonios existían castigos y penalizaciones hacia los médicos incompetentes, tales como la amputación de las manos, pago al paciente por error médico, y otros. La medicina estaba basada en

la magia y se acreditaba que siete demonios eran los causantes de las enfermedades. Los sacerdotes-médicos vendían talismanes con oraciones usados contra los ataques de dichos demonios. En los documentos asirios y babilonios no hay mención de hospitales ni de enfermeros. Conocían la lepra y creían que su cura dependía de la voluntad de Dios, como en el episodio bíblico del baño en el Río Jordán.

En China los enfermos eran cuidados por sacerdotes. Las enfermedades eran clasificadas de la siguiente manera: benignas, medias y graves. Los sacerdotes estaban divididos en tres categorías que correspondían a la gravedad de la enfermedad de la cual se ocupaban. Los templos estaban rodeados de plantas medicinales. Los chinos conocían enfermedades como la viruela o la sífilis y algunos procedimientos como las operaciones de labio. Como tratamiento contra anemias indicaban hierro e hígado y para enfermedades de la piel aplicaban arsénico. Como anestesia utilizaban opio. Construyeron algunos hospitales de aislamiento y casas de reposo. La cirugía no evolucionó debido a la prohibición de diseccionar cadáveres. (COREnSP, 2007)

Los japoneses aprobaron y estimularon la eutanasia. La medicina era fetichista y la única terapia era el uso de aguas termales.

Las primeras teorías griegas están directamente relacionadas con la mitología. Apolo, el dios Sol, era también el dios de la salud y de la medicina. Usaban sedantes, fortificantes y hemostáticos, hacían ataduras y retiraban cuerpos extraños, también tenían habitaciones para el tratamiento de los enfermos. La medicina era ejercida por los sacerdotes-médicos, que interpretaban los sueños de las personas. Como tratamiento usaban baños, masajes, sangrías, dietas, sol, aire puro, agua mineral, etc. Se daba valor a la belleza física, a la cultura y a la hospitalidad. El extremo respeto que sentían por el cuerpo atrasó los estudios anatómicos.

El nacimiento y la muerte eran considerados impuros, lo que ocasionaba un fuerte desprecio por la obstetricia y abandono de los enfermos graves. La

medicina se tornó científica gracias a Hipócrates, que finalizó con la creencia de que las enfermedades eran causadas por malos espíritus. Hipócrates, que es considerado el Padre de la medicina, observaba al enfermo, hacía un diagnóstico, pronóstico y aplicaba una terapia. Reconoció enfermedades como la tuberculosis, la malaria, la histeria, neurosis y fracturas. Su principal fundamento etrapeútico consistía en "no contrariar a la naturaleza, pero ayudarla a reaccionar", por esto los tratamientos que utilizaba eran masajes, baños, gimnasia, dietas, sangrías, ventosas, vómitos, purgas, calmantes, hierbas medicinales y medicamentos minerales.

La medicina no tuvo prestigio en Roma. Durante mucho tiempo fue ejercida por esclavos o extranjeros. Los romanos eran un pueblo esencialmente guerrero. El individuo recibía cuidados del Estado como ciudadano destinado a ser buen guerrero, audaz y vigoroso. Roma se distinguió por la limpieza de sus calles, ventilación de las habitaciones, agua pura abundante y cloacas. Los muertos eran sepultados fuera de la ciudad. (COREnSP, 2007)

El cristianismo constituyó la mayor revolución social de todos los tiempos. Influyó positivamente a través de la reforma de los individuos y de la familia. Los cristianos practicaban tal caridad que sorprendía a los paganos: "Ved como ellos se aman". Desde el inicio del cristianismo los pobres y enfermos fueron objeto de cuidados especiales por parte de la Iglesia. Pedro, el apóstol, ordenó diáconos para socorrer a los necesitados. Además se daba igual asistencia a las mujeres.

Los cristianos, hasta entonces perseguidos, recibieron en el año 335 de manos del emperador Constantino, por el Edicto de Milán, la oficialidad religiosa, pudiendo así llevar a cabo obras asistenciales y actividades religiosas. Se produjo así una profunda modificación en la asistencia a los enfermos. Los enfermos eran reconocidos por las diócesis, que los acogían en habitaciones particulares o en hospitales organizados para asistencia de necesitados.

Las prácticas de salud monástico-medievales focalizaban la influencia de los factores socio-económicos y políticos de la sociedad feudal y las relaciones de

estas con el cristianismo. A esta época corresponde la aparición de la enfermería como práctica legal, desarrollada por religiosos y abarcando el período medieval comprendido entre los siglos V y XIII. Fue un período que dejó como legado una serie de valores que, con el pasar de los siglos, constituyeron una práctica legitimada y aceptada por la sociedad como característica inherente de la enfermería. La abnegación, el espíritu de servicio, la obediencia y otros atributos le dieron, no una connotación de práctica profesional, sino de sacerdocio.

Las prácticas médicas post-monásticas evidencian la evolución que sufrieron las mismas y, en especial, la práctica de la enfermería en el contexto de los movimientos Renacentistas de la reforma Protestante. Corresponde al período del final del siglo XIII y hasta el inicio del siglo XVI. (COREnRJ, 2007)

El resurgimiento de la ciencia, como el progreso en la integración social e intelectual del Renacimiento, y la evolución y emprendimiento en las universidades, no constituyeron, sin embargo, un factor de crecimiento para la enfermería.

El ejercicio de la enfermería todavía permanece enclaustrado en los hospitales religiosos, manteniéndose a nivel práctico pero desarticulada durante mucho tiempo, disgregándose más a partir de los movimientos de las Reformas Religiosas y de las conturbaciones de la Santa Inquisición. El hospital, ya abandonado, pasa a ser un insalubre depósito de enfermedades, donde hombres, mujeres y niños cohabitan las mismas dependencias, amontonados en lechos colectivos. El servicio doméstico se tornó indigno y sin atractivos para las mujeres de casta social elevada.

Esta fase tempestuosa, significó una grave crisis para la enfermería que se extendió durante mucho tiempo. Con la revolución capitalista fueron aconteciendo algunos movimientos reformadores, y con esto comenzó a mejorar la atención a la salud y las condiciones de asistencia a las personas, y en consecuencia, el servicio de los hospitales. (COREnRJ 2007)

c. Los Primeros Escenarios de la Enfermería

La enfermería empezó a ser reconocida como tal en el siglo XIX, en el año 1820, principalmente después de la influencia de Florence Nitthingale, italiana, nacida el 12 de mayo de 1820, en Florencia. Hija de ingleses con una inteligencia poco común, tenacidad, determinación y perseverancia; características que le permitían dialogar con políticos y oficiales del Ejército, haciendo prevalecer sus ideas. Dominaba con facilidad el inglés, francés, alemán, italiano, griego y latín. (COREnSP 2007)

Aunque descubrió su vocación (el *llamado de Dios* para la *misión*) a los 17 años, es después de la corta visita de dos semanas a la obra del pastor Fliedner cuando Florence decidió, a los 30 años de edad, dedicar el resto de su vida a la enfermería, no obstante tuvo que luchar contra la fuerte y reiterada oposición de su familia, que seguramente tenía para ella otros proyectos sociales y económicamente más rentables. (Graça y cols, 2007)

En 1849 hace un viaje a Egipto, donde decide servir a Dios, mientras que en Alemania trabaja en Kaiserswert, entre varias diócesis. Decidida a seguir su vocación procura completar sus conocimientos, que piensa son todavía insuficientes. Visita el Hospital de Dublin dirigido por las Hermanas de la Misericordia, Orden Católica de Enfermeras, fundada 20 años antes. (COREnSP, 2007)

Florence volvería a Kaiserswerth, al año siguiente, para una práctica de tres meses. El mismo año, en París, estuvo igualmente en contacto con las Hermanas de la Caridad (San Juan de Dios), pero durante un período más corto por razones de salud. (Graça y cols, 2007)

Conoce a las Hermanas de Caridad de San Vicente de Paulo, en la “Maison de la Providence” en París.

Deseando realizar su vocación como enfermera pasa el invierno de 1844 en Roma, estudiando y desarrollando las actividades de la práctica del cuidado de

la salud, en la hermandad Católica, que después se pasaría a llamarse Orden Católica de las Enfermeras.

Ya en 1853 vamos a encontrarla en un pequeño hospital privado, en Harley Street, Londres, ejerciendo las funciones de superintendente.

Las condiciones sanitarias en los hospitales de campaña eran terribles, y la mortalidad entre los soldados heridos o enfermos era altísima (más o menos del 50 %). La opinión pública inglesa estaba inquieta con los relatos que llegan del frente de batalla. Hay incluso un llamamiento para que las mujeres inglesas se ofrezcan como voluntarias para tratar a los heridos y los enfermos, siguiendo el abnegado ejemplo de las Hermanas de Caridad francesas.

Es entonces cuando la culta y mística Florence se decanta en una líder con gran capacidad de trabajo, determinación y gestión. Es de esta experiencia brutal, en el extranjero, en una cultura hostil y en la guerra, cuando Florence encuentra el conocimiento práctico que le permitirá crear las bases para la reforma hospitalaria de la segunda mitad del siglo XIX (incluyendo la reorganización de los servicios de enfermería). (Graça y cols, 2007)

En esta ocasión aparece la oportunidad de presentarse como voluntaria para cuidar a los heridos de los movimientos revolucionarios, y en seguida fue invitada oficialmente para cuidar de los soldados de la guerra de Crimea, cuando en 1854, Inglaterra, Francia y Turquía declararon la guerra a Rusia.

Los soldados estaban en el más absoluto abandono. La mortalidad entre los hospitalizados era del 40%, y con la llegada de Florence, los soldados hacen de ella su “Ángel Guardián” o “Dama de la lámpara”, pues con una linterna en las manos intentaba socorrer a todos los enfermos. (COREnSP, 2007)

1.2. El Surgimiento de la Enfermería como Profesión

Las prácticas médicas en el mundo moderno analizan la enfermería bajo la óptica del sistema político-económico de la sociedad capitalista que resalta el surgimiento de esta profesión como una práctica profesional institucionalizada. Este análisis se inicia en el siglo XVI y culmina con el surgimiento de la enfermería moderna en Inglaterra en el siglo XIX. (COREnSP, 2007)

Los detractores de Florence Nightingale afirman que no fue ella quien profesionalizó la enfermería ya que no tenía preocupaciones feministas. Era una mujer típica, conservadora y autoritaria, que contaba con un acceso privilegiado a la elite dirigente de Inglaterra (incluyendo la corte imperial). En el fondo, en aquella época, las condiciones para que las mujeres pudiesen tener un empleo respetable se limitaban para que simplemente pudieran sentirse socialmente más útiles ya que lo más importante era cumplir su rol tradicional como esposas y madres. Florence habría dado a la ocupación de enfermería no solo el estatus socio-profesional que le faltaba, sino también una nueva representación social.

La enfermería pasaría a ser, así, una especie de "variante secular de la vocación religiosa" y, por esto, "un respetable empleo para las mujeres de la filantrópica clase alta", pero todavía no era la profesión que conocemos en la actualidad. (Graça y cols, 2007)

a. Estudios Privados y Oficiales en Diversas Partes del Mundo

La profesionalización de la enfermería sólo comienza a ser debatida bajo el impulso del feminismo de la primera generación (I Guerra Mundial 1914-1918) y, sobretudo, bajo el feminismo de la segunda (durante la II Guerra Mundial 1939-1945).

La estructura del hospital, dentro del modelo Nightingale, reproducía la estructura de la familia victoriana, o sea, los médicos eran hombres de la clase media-alta y alta; y las mujeres que eran reclutadas para ejercer la enfermería,

eran también de clase media-alta y alta.

Los hombres y las mujeres de las clases populares dividían las tareas subalternas y menos nobles del trabajo hospitalario (personal operario y auxiliar). Aunque auto-suficiente, la enfermería británica estaba dominada por la profesión médica. La entrada de la enfermera oficial en el sistema hospitalario pasó por ciertos conflictos, no sólo con los médicos y con la administración de los hospitales, sino también con el personal de enfermería más antiguo, las matronas y las hermanas de caridad.

La figura del médico, tendría un papel central en la formación de las enfermeras. La dependencia y la sumisión en relación a la profesión médica se reflejaba igualmente en los cuidados a los enfermos y en la administración de los servicios de enfermería.

En el modelo Nightingale la enfermería es sobretodo la que administra los cuidados básicos a los enfermos. Recordamos que la palabra inglesa *nurse* viene del francés antiguo *nurric* (la persona que amamanta un bebe o que cuida de un niño), del latín antiguo *nutricia* (ama), que deriva a su vez de una voz latina anterior, *nutrix* (la persona que alimenta, la ama). (Graça y cols, 2007)

La auxiliar de enfermería es una figura más reciente, que surge con la posguerra (I Guerra Mundial) y sobretodo con el período de la II Guerra Mundial, resultante del creciente aumento de la internación de los enfermos en los hospitales públicos y de la ausencia crónica de personal de enfermería diplomado, o sea, de las enfermeras oficiales.

Más tarde, el modelo americano reforzó la profesionalización de la enfermería en el escenario mundial, buscando su origen en Gran-Bretaña, con el movimiento de Ethel Bedford Fenwick, quien se propuso profesionalizar a las enfermeras (en el verdadero sentido sociológico del término). Estos planos incluían la inscripción en un organismo de control, autorizado por el Estado, mediante la orden de los médicos, y ya empezaba a aparecer la separación de las

escuelas de enfermería en relación a los servicios hospitalarios, la definición de rigurosos criterios de reclutamiento y selección y la eliminación de la remuneración hospitalaria a los estudiantes. Este paquete de medidas contribuyeron a la oficialización de la profesión. (Graça y cols , 2007)

En América la situación fue diferente y la enfermería se integró tempranamente a la enseñanza superior universitaria, independizándose de la medicina y los hospitales.

En la evolución de la enfermería americana, en la segunda mitad del siglo XX, en 1962, más del 80% del personal de enfermería todavía era diplomado por escuelas fundamentadas en los hospitales. (Graça y cols , 2007)

Cerca de 20 años después, en 1981, sólo el 17% de los nuevos profesionales de enfermería se graduaban en estas escuelas, y prueba de esto fue el aumento substancial de enfermeras con formación universitaria y posgraduadas, que no tardaron en adquirir una fuerte influencia en la administración hospitalaria, las asociaciones profesionales y la enseñanza e investigación.

La importancia de las enfermeras oficiales estaba relacionada fundamentalmente con el reconocimiento profesional, contando así con más organizaciones administrativas, las cuales propiciaron nuevos roles, como el contacto más directo entre éstas y los pacientes.

El papel de las ciencias sociales y humanas en la educación y formación de la enfermería también se relaciona con otros modelos. Sobre el trabajo de enfermería hay dos concepciones básicas muy diferentes, primero había que mantener la responsabilidad clínica, administrada hasta entonces por el médico y, en segundo lugar, la responsabilidad autónoma para el bienestar físico, psicológico y social del enfermo. Por esta razón los temarios de las escuelas de enfermería que durante este periodo impartían las ciencias biomédicas, tenían mayor peso profesional. El surgimiento de la profesión de enfermería se concreta, de hecho, a partir de la Gran Guerra y hasta el período en que aparecen las

escuelas oficiales de enfermería. (Graça y cols, 2007)

b. Las Escuelas de Enfermería a Partir de Finales del Siglo XIX

El avance de la medicina favorece la reorganización de los hospitales y de las instituciones hospitalarias donde el médico es el principal responsable. Es en este escenario en el que vamos a encontrar las raíces del proceso de reorganización y sus reflejos en la Enfermería. Sin embargo, la evolución creciente de los hospitales no mejoró sus condiciones de salubridad. Se dice que fue la época en que estuvieron en peores condiciones, debido principalmente al predominio de enfermedades infecciosas y a la falta de personas preparadas para cuidar de los enfermos.

Los ricos continuaban siendo tratados en sus propias habitaciones, mientras los pobres, aparte de no disfrutar de esta alternativa, se transformaban en objeto de instrucción. Experiencias estas que derivarían en un mayor conocimiento sobre los enfermos en beneficio de la clase pudiente, siendo cuidados en lugares específicos denominados hospitales. En medio de esta transformación la profesión de enfermería, y con ella la práctica del cuidar, se realiza en un escenario de guerra, donde aparece más definida, pero todavía des-caracterizada. (COREnSP, 2007)

Durante un buen tiempo la Enfermería quedó en la oscuridad y destinada sólo a cuidados primarios. Con las transformaciones sociales de la época, la enfermería se instauró como profesión para jóvenes que querían ser voluntarias en los diferentes conflictos del momento. Mientras tanto, el cuidar de los enfermos se tornó una actividad de mayor responsabilidad estudiada por un grupo de personas, que más tarde, sería llamada medicina. Fue en este período cuando la italiana Florence Nightingale, con su perseverancia y dedicación a los soldados, se convirtió en una mujer reconocida por sus estudios y prácticas en las misiones, respetada inclusive por las autoridades.

Por las actividades desarrolladas en la guerra de Crimea recibió del

Gobierno Inglés un premio en 1859 que la estimuló a fundar una Escuela de Enfermería en el Hospital Saint Thomas, que sirvió de referencia para las demás escuelas fundadas posteriormente. La disciplina rigurosa, de estilo militar, así como la exigencia de cualidades morales de las candidatas eran requisitos imprescindibles para este centro. (COREnSP, 2007)

A pesar de las dificultades ante las cuales se encontraron las pioneras de la enfermería, debido fundamentalmente a la incompreensión de esas características necesarias para el desempeño de la profesión, las escuelas se distribuyeron rápidamente por todo el mundo partiendo desde Inglaterra.

En Estados Unidos la primera escuela fue creada en 1873. En 1877 las primeras enfermeras diplomadas comenzaron a prestar servicios a domicilio en Nueva York.

En las primeras escuelas de Enfermería el médico era la única persona cualificada para enseñar, siendo responsable de decidir qué funciones podría poner en manos de las enfermeras. Florence Nightingale murió el 13 de agosto de 1910 dejando una floreciente enseñanza de enfermería que ya no se entiende como una actividad empírica desvinculada del saber especializado, sino como una ocupación asalariada que atendería a la necesidad de "mano de obra" en los hospitales, constituyéndose en una práctica social institucionalizada y específica. (COREnSP, 2007)

Todavía en 1877 quienes verdaderamente se encargaban de las actividades de enfermería no eran los enfermeros, sino los estudiantes de medicina. Para que este cuadro fuese modificado, se tendría que haber exigido, como requisito mínimo, saber leer y escribir a las candidatas a enfermeras, ya que tenían que poder ejercer las funciones de administradoras hospitalarias. Desgraciadamente tuvieron que contentarse con mujeres analfabetas, de bajo nivel social, ya que se trataba de una ocupación indigna para una mujer respetable en relación a los conceptos del puritanismo de la época.

Florence combatió estos problemas creando un sistema basado en la formación, el entrenamiento, la dedicación, la disciplina y la fuerte selección jerárquica, según un modelo mixto, entre convencional y militar. Transformaría definitivamente la enfermería, que ya no sería más una vocación religiosa, aunque todavía no fuera una profesión. (Graça y cols, 2007)

Con el transcurso del tiempo la profesión de la Enfermería quedó definida en relación con las funciones ejercidas por el grupo de personas que se dedicaron a ella.

Así van apareciendo otras escuelas de enfermería en diversos países, funcionando todas de acuerdo a la filosofía de la Escuela Florence Nightingale, con base sobre cuatro ideas claves:

Según el Consejo Regional de Enfermería

- 1- el entrenamiento de enfermeras debería ser considerado tan importante como cualquier otra forma de enseñanza y ser costado con dinero público.
- 2- las escuelas de entrenamiento deberían tener una estrecha asociación con los hospitales, pero mantener su independencia financiera y administrativa.
- 3- las enfermeras profesionales deberían ser responsables del entrenamiento y enseñanza de esa ciencia a las personas interesadas en el desarrollo de ese oficio.
- 4- las estudiantes de enfermería deberían, durante el período de aprendizaje, tener residencia en un lugar próximo al hospital donde estudiaran, en un ambiente en el que el mismo hospital les ofreciese unas comodidades mínimas. (COREn, 2007)

1.3. La Historia de la Enfermería General en Brasil

a. Origen de la Profesión

La organización de la enfermería como profesión oficial en la sociedad Brasileña comienza en el período colonial y se extiende hasta el final del siglo XIX. La profesión surge inicialmente como una forma de dar cuidados básicos a los enfermos, realizados por un grupo diplomado, en su mayoría esclavos, que en esta época trabajaban en los domicilios. Desde el inicio de la colonización son inauguradas las Casas de Misericordia, que tuvieron origen en Portugal y donde eran atendidos los enfermos.

La primera Casa de Misericordia fue fundada en 1543, en la Villa de Santos en São Paulo. Luego surgieron las de Río de Janeiro, Vitória, Olinda e Ilhéus. Más tarde Porto Alegre y Curitiba, ésta inaugurada en 1880. En esta época merece ser destacado el trabajo para con el pueblo brasileño del sacerdote católico José de Anchieta. Atendía a los necesitados ejerciendo actividades de médico y enfermero, empleando hierbas medicinales, y no limitándose solamente a la enseñanza de ciencias y catecismo. Personas instruidas por los Jesuitas realizaban el trabajo, que era dirigido por los propios religiosos.

Dentro de la historia del origen de la profesión de enfermería, podemos destacar la figura del Fraile Fabiano Cristo, en el siglo XVIII, que durante cuarenta años ejerció actividades de enfermero en el Convento de Santo Antonio de Río de Janeiro. En esta época los religiosos eran ayudados por los esclavos en el cuidado de los enfermos. En 1738, Romão de Matos Duarte consigue fundar en Río de Janeiro la Casa de los Expuestos, y en 1822 Brasil tomó las primeras medidas de protección para la maternidad que se conocen en la legislación mundial, gracias a la actuación de José Bonifácio Andrada y Silva, con la primera clase de partos. En 1832 se organizó la enseñanza médica, siendo fundada en la Facultad de Medicina de Río de Janeiro, con la escuela de parteras que diplomó, al año siguiente, a la célebre Madame Durocher, la primera partera diplomada de Brasil.

Carvalho (citado en Stacciarini y cols, 1999) menciona que:

“El profesional enfermero surgió en Brasil para atender la necesidad de la salud pública. Sin embargo, después de 30 años de crecimiento institucional desordenado, su práctica fue focalizada en la asistencia hospitalaria, aspecto evidenciado en toda América Latina.” (Stacciarini, y cols 1999)

Cuando Brasil se incorpora a la 2ª Guerra Mundial, se organiza una fuerza especial, la Fuerza Expedicionaria Brasileña (FEB) con un contingente de 25.334 ciudadanos brasileños, habiendo 67 mujeres enfermeras que fueron enviadas por toda Europa.

Las luchas en lo cotidiano de la guerra, el clima adverso, los cambios de localización de los hospitalizados, la barrera lingüística, entre otros, fueron algunos de los desafíos enfrentados por la agrupación femenina de enfermería. Por otro lado, las experiencias vividas junto a las enfermeras de otras nacionalidades, posibilitaron la incorporación de un capital cultural simbólico determinante en sus vidas y en el futuro profesional de Brasil.

Cabe resaltar que la determinación del gobierno norteamericano correspondió a la imposición de una visión hegemónica del mundo, constituida con violencia, pero permitiendo la inserción de la mujer enfermera en el campo militar, contribuyendo a la valoración de la mujer en la sociedad brasileña, considerando que: "Las guerras fueron importantes segmentos de la profesionalización de la Enfermería en el Occidente" (Bernardes, 2007)

b. Importancia Social

Desde finales del siglo XIX la profesión se volvió más importante socialmente, diplomando profesionales del sexo masculino y enseñando de manera más apropiada y específica cómo cuidar a la población, con lo que fueron surgiendo las diversas especializaciones.

Sabiendo que los mayores problemas de salud del país están directamente relacionados con la salud pública, la atención profesional de los enfermeros fue más requerida en este área.

Con el surgimiento de nuevas enfermedades y con la evolución tecnológica en el área de la salud, hubo necesidad de priorizar el perfeccionamiento profesional para extender la actuación de los enfermeros a la asistencia hospitalaria quedando, con el tiempo, más definidas sus funciones.

La evolución social exige más eficiencia en el proceso de la enseñanza y formación de los enfermeros. Los contenidos curriculares pasaron a ser seleccionados de forma más crítica por los profesores, con el objetivo de atender la demanda social, logrando cambiar la didáctica del proceso de transmisión de los conocimientos de aquella época.

Moscovici, 1979, (citado en Stacciarini y cols, 1999) afirma que “una característica fuertemente relacionada con la imagen del enfermero es la “enfermedad “o el “ambiente hospitalario”, tal vez por la destacada actuación del mismo en el área médica”.

La evolución de los hechos sociales obligó a los profesionales a la realización de un trabajo amplio y dedicado a la atención de las enfermedades, al suministro de los medicamentos y al uso de instrumentos específicos.

Según Castro, 1982 comentando el trabajo de la Organización Panamericana de Salud (OPAS), (citado en Stacciarini, y cols, 1999) “el crecimiento institucional en número y tamaño, particularmente con el inicio de la Previsión Social y la ampliación de los recursos necesarios en la práctica médica, exigió separar al enfermero de las actividades administrativas”.

Cuando los problemas de salud pública aumentaron en los años 80 se pudo comprobar objetivamente la importancia social de la profesión de enfermería. Quedó de manifiesto, notándose claramente, la influencia socio-cultural y política que interfería en los contenidos de los programas de estudio

de la enfermería. Las escuelas nuevas y modernas ampliaron la orientación del alumno, ya que el currículo no sólo contenía los métodos del cuidado de la salud, sino también ofrecía al profesional actuar en la administración.

Conforme las conclusiones de las autoras Stacciarini, y cols (1999):

“Las representaciones sociales del enfermero, identificado por el análisis del contenido de las descripciones de los sujetos, se refieren primordialmente a las cuestiones prácticas de la profesión. El aspecto científico de la enfermería (aprendizaje-investigación) no fue contemplado. Por el contrario, cuestiones que están relacionadas con aspectos socio-políticos aparecen implícitamente en la representación y el reconocimiento social”.

En ese contexto destaca el método de instrucción profesional de tal forma que capacite para la intervención, no ya dependiendo de una escuela conductora, sino formando parte de una renovada manera de ejercer su oficio. Así se fueron ampliando los horizontes en la transmisión del mismo.

Dentro de la evolución histórica de la enfermería, ésta pudo posicionarse de otro modo a partir de la propia estructura educacional de la profesión. A partir de los cambios que se produjeron dentro de las escuelas de enfermería, y que hoy están presentes en varias de ellas en Brasil, son notables las rápidas transformaciones que se sucedieron en los diferentes sectores de la sociedad.

c. Las Escuelas de Enfermería

Pasando el tiempo Florence Nightingale fundó la Primera escuela de Enfermería, caracterizando la profesión que durante tanto tiempo estuvo oscurecida, pero que siempre existió entre las líneas de los cuidados primarios. Esta escuela fue reproducida en otros países hasta llegar a Brasil a través de la voluntaria Anna Nery.

En la enfermería brasileña raros nombres destacaron, mereciendo especial mención el de Anna Nery. Esta bahiana se puso a disposición de la

provincia para trabajar en los campos de batalla, siguiendo como misionera voluntaria en la guerra de Paraguay (1865/1870) y adoptando la misma filosofía de Florence Nightingale. (COREn, 2007)

De regreso a Brasil, fue condecorada por el gobierno imperial. En 1880 falleció y fue homenajeada *post-mortem* por su gran ejemplo de ciudadanía, en la fundación de la Escuela de Enfermería, que recibió su nombre en 1923, en la ciudad de Río de Janeiro. Esta iniciativa fue tomada por el eminente sanitario y científico brasileño Carlos Chagas.

Con la evolución del mundo y del país otras escuelas fueron estructurándose y buscando hacerse oficiales a través de la creación de asociaciones, consejos estatales y federales, como forma de respaldar y certificar mejor la enfermería.

Los trabajos relacionados hasta entonces con la asistencia hospitalaria fueron modificándose a través de las nuevas necesidades que la sociedad presentaba, por lo que empiezan a aparecer oficialmente las especialidades a través de las legislaciones de la enseñanza. En este momento, ya con una visión más compleja, podemos encontrar no sólo la presencia del sexo femenino, como antiguamente, sino también la presencia del sexo masculino, tan representativo en la actualidad.

Durante bastante tiempo, incluso en nuestra actual condición de profesión legalizada, y de gran representatividad en el país, no conseguimos abarcar toda la asistencia en un nivel equilibrado.

La Escuela Profesional de Enfermeros y Enfermeras de Río de Janeiro, junto con el Hospital Nacional de Alienados del Ministerio de Asuntos Interiores fueron creados por el gobierno. Los enfermeros diplomados son seleccionados inicialmente para atender en los hospitales civiles y militares y, posteriormente, en actividades de salud pública. El gobierno dictó, en ese momento, el Decreto nº 791 del 27 de septiembre de 1890, estableciendo la Escuela Profesional de

Enfermeros y Enfermeras, quedando así finalmente instaurada la enseñanza de este oficio en Brasil. (COREn, 2007)

Durante muchos años la enfermería pasó por momentos difíciles, entre 1910 y 1919 otros decretos fueron publicados para reorganizar la categoría, sin muchos avances. En 1921, un decreto del Ministro de Justicia, Dr. Alfredo Pinto Viera de Melo, aprobó el nuevo reglamento estableciendo tres secciones en las Escuelas de Enfermería: la masculina, la femenina y la mixta. La sección masculina no tuvo muchos adeptos; la sección femenina, que funcionaba en la Colonia de Enfermos Mentales Gustavo Riedel en “Engenho de Dentro”, fue patrocinada por el Dr. Alfredo Pinto, por lo que se la denominó Escuela Profesional de Enfermeras Alfredo Pinto. Allí el doctor comenzó a dictar un curso de especialización para la formación de “cuidadoras sociales” en el Hospital Psiquiátrico de Rio de Janeiro. (COREn, 2007)

En esta fase las escuelas funcionaban con instalaciones precarias debido a que carecían de recursos económicos suficientes. Estas escuelas mantienen hasta la actualidad los principios del sistema Nightingale y son consideradas instituciones de alto nivel en la formación de enfermeros.

Los cursos empezaron el 19 de febrero de 1923, con catorce alumnas. Se instaló un pequeño internado próximo al Hospital San Francisco de Asís, donde se realizarían los primeros cursos. En ese mismo año, durante una epidemia de viruela, enfermeras y alumnas se dedicaron a combatir la enfermedad. El índice de mortalidad descendió notablemente en relación con índices anteriores, de un 50% a un 15%.

El primer grupo de enfermeras a cargo de Anna Nery se graduó el 19 de julio de 1925. Atendiendo las exigencias de la evolución social y las peculiaridades locales, se expandieron por otros estados brasileños como Sao Paulo o Minas Gerais. (COREn, 2007)

Importantes eventos ocurridos en la década de los 30 marcaron un hito

en la trayectoria de la escuela, quedando ésta como una institución de referencia para la transmisión, y siendo generadora de recursos humanos de excelente nivel para el trabajo desempeñado por los profesionales. Finalmente, el 15 de junio de 1931 fue reglado el ejercicio de la enfermería en Brasil.

En el año 1933 se fundó en el Estado de Minas Gerais la Escuela de Enfermería “Carlos Chagas”, la primera fuera de la Capital de la República, formando a religiosas como enfermeras para que actuaran en el país. Sucesivamente fueron apareciendo otras escuelas como: “Luisa de Marillac” (1939), “Escuela Paulista” y “Escuela de la Universidad de São Paulo/USP” (1944), y desde entonces muchas otras escuelas de enfermería fueron fundadas por todo el país. (COREn, 2007)

d. Las Asociaciones

En agosto de 1926 fue fundada la “Asociación Nacional de Enfermeras Diplomadas Brasileñas”, sociedad civil sin ánimo de lucro que congregaba enfermeras y técnicos de enfermería, siendo una entidad privada, de carácter científico y asistencial regida por las disposiciones del Estatuto, Reglamento General o Especial.

En 1944, un grupo de enfermeras decidió refundarla con ese nombre, quedando inactiva hasta 1945, cuando fue aprobado su estatuto. A partir de ese año fueron fundadas Secciones Estatales y Coordinaciones de Comisiones, quedando establecido que en cualquier estado donde hubiese siete enfermeras diplomadas, podría formarse una Sección.(COREn, 2007)

En 1955 ese número fue elevado a 10 y en el año 1952 la Asociación fue considerada de utilidad pública por el Decreto nº 31.416/52. El 21 de agosto de 1964 se modificó su denominación por “Asociación Brasileña de Enfermería” (ABEn), con sede en Brasilia, con representaciones de las secciones formadas en los Estados y en el Distrito Federal y que, a su vez,

podían subdividirse en Distritos formados en los Municipios de las Unidades Federativas de la Unión.

A partir de entonces, el Consejo Regional de Enfermería/ABEn definió sus principales finalidades como: congregar a los enfermeros y técnicos de enfermería, incentivar el espíritu de unión y solidaridad entre las clases, promover el desarrollo técnico, científico y profesional de los integrantes de la enfermería del país y promover la integración con las demás entidades representativas de Enfermería, en defensa de los intereses de la profesión. (COREn, 2007)

e. Los Consejos de Clase

Las entidades de Clase como el Consejo Federal de Enfermería (COFEn) y los Consejos Regionales de Enfermería (COREns) fueron fundados el 12 de julio de 1973, a través de la Ley 5.905, constituyendo en su conjunto Autarquías Federales, vinculadas al Ministerio de Trabajo y Previsión Social, teniendo como finalidad preocuparse de la calidad de las actividades desarrolladas por los profesionales que actúan en ese área y hacer cumplir la Ley del Ejercicio Profesional. (COREn, 2007)

Los Consejos Regionales son administrados por los propios asociados que forman una Comisión y se presentan a elecciones. El mandato de los miembros electos del COFEn/COREns es honorífico y constaba de una duración de 3 años con derecho a una reelección.

La manutención del Sistema COFEn/COREns se realiza a través de los honorarios por los servicios profesionales ofrecidos, donaciones y legados de los profesionales asociados al mismo.

Las atribuciones específicas citadas por el Consejo Federal de Enfermería (COFEn) de Río de Janeiro en el Código de Ética y Legislaciones son:

La Ley 5.905 del Consejo Federal de Enfermería (COFEn) Art. 8º:

- I- aprobar su reglamento interno y el de los Consejos Regionales;
 - II- instalar los Consejos Regionales;
 - III- elaborar el Código de Deontología de Enfermería pudiendo siempre transformarlo, cuando sea necesario, teniendo en cuenta a los Consejos Regionales;
 - IV- normalizar y expedir instrucciones para unificar el procedimiento y el buen funcionamiento de los Consejos Regionales;
 - V- esclarecer dudas presentadas por los COREns;
 - VI- apreciar decisiones de los COREns;
 - VII- instituir el modelo de las libretas profesionales de identidad y las insignias de la profesión;
 - VIII- homologar, suplir o anular actos de los Consejos Regionales;
 - IX- aprobar cuentas y propuestas de autarquía, remitiéndolas a los organismos competentes;
 - X- promover estudios y campañas para el perfeccionamiento profesional;
 - XI- publicar informes anuales de sus trabajos;
 - XII- convocar y realizar las elecciones para su dirección;
 - XIII- ejercer las demás atribuciones que le fueran conferidas por ley.
- (COFEn, 1973, pp. 7- 8)

Del Consejo Regional de Enfermería (COREn) Art. 15º:

- I- deliberar sobre inscripciones en el Consejo y su cancelación;
- II- disciplinar y fiscalizar el ejercicio profesional, observando las líneas generales del COFEn;
- III- ejecutar las instrucciones y resoluciones del COFEn;
- IV- expedir una credencial y una cédula de identidad profesional, indispensable para el ejercicio de la profesión, medidas que tienen validez en todo el territorio

Nacional;

V-fiscalizar y decidir los asuntos referentes a la ética profesional imponiendo penalizaciones en caso de que fuera necesario.;

VI-elaborar la propuesta anual y el proyecto de su reglamento interno, sometiéndolo a la aprobación del COFEn;

VII- expedir la libreta profesional indispensable al ejercicio de la profesión, la cual tendrá validez en todo el territorio Nacional y servirá de documento de identidad;

VIII- cuidar por el concepto de la profesión y de quienes la ejercen;

IX- publicar informes anuales de sus trabajos y relaciones de los profesionales registrados;

X- proponer medidas a los COFEn observando la mejora del ejercicio profesional;

XI- fijar el valor de la cuota anual;

XII- presentar su declaración de cuentas al Consejo Federal, hasta el día 28 de febrero de cada año;

XIII- elegir su Director y sus Delegados;

XIV- ejercer las demás atribuciones que le fueran conferidas por la Ley 5.905/73 y por el COFEn. (COFEn, 1973, p. 7-8)

El Sistema de Disciplina y Fiscalización Profesional de la Enfermería, instituido por ley, desarrolla sus actividades según las normas decididas por Resolución del COFEn donde el Consejo Regional de Enfermería (2007), además el sistema constituye objetivos para atender las diferentes áreas de actuación:

Área disciplinaria-normativa: establece criterios de orientación y asesoramiento para el ejercicio de la enfermería, estableciendo normas, controlando el ejercicio de la profesión, ya sea como actividad en el área de enfermería en las empresas o consultorios de enfermería,

observando las peculiaridades pertinentes a la Clase y a la coyuntura de salud del país. (COREn, 2007)

Área disciplinaria-correctiva: instaura procesos en casos de infracciones al Código de Ética de los Profesionales de la Enfermería cometidas por los profesionales inscritos y , en el caso de las empresas, procesos administrativos, con seguimiento de los respectivos juicios y aplicaciones de las penas que correspondan, encauzando a las reparaciones competentes en los casos que lo requieran. (COREn, 2007)

Área fiscalizadora: realiza actos y procedimientos para prevenir las infracciones cometidas bajo la legislación que reglamenta el ejercicio de la profesión, inspeccionando y examinando los locales públicos y privados donde la Enfermería es ejercida, anotando las irregularidades y las infracciones encontradas, dando orientación para las debidas correcciones, además de recolectar datos para la instauración de los procesos de competencia del COREn, informando a las reparticiones competentes. (COREn, 2007)

f. El Papel del Enfermero Brasileño

Recordando la historia de la enfermería encontramos la opinión de una estudiante no identificada que estaba cursando una licenciatura en enfermería en una escuela brasileña y que dedicó tiempo a la reflexión sobre enfermería, en el *site* “Enfermático Aplicación Teórico-Práctica” (2004), para dar su opinión. Fue muy interesante su declaración, que ha venido a enriquecer nuestros conceptos en relación a la profesión de Enfermería. Aún estando en tiempos modernos, los fundamentos históricos de la enfermería todavía permanecen entre nosotros mostrando cada vez más su papel.

Su relato nos dice que, para entender a las primeras enfermeras es preciso verlas como si fueran las propias madres de los pacientes. Eran cuidadoras que establecían una relación de afecto con los enfermos, sus hijos, transmitiendo todo el significado de la vida para sus pacientes. (Declaração

de Adelaide, 2004, pp. 1- 3)

Por lo tanto, la enfermería tiene su origen en la familia, evidenciando su principal papel, que es el de la relación de ayuda a los individuos en sus necesidades particulares. El centro de acción del enfermero profesional es el individuo, la familia y la colectividad, siendo la relación humana su principal instrumento en la atención que ofrece, construyendo una relación desde el nacimiento de un individuo hasta su final. La enfermería esta hecha de “personas que cuidan de otras personas”.

Para comprender la profesión de enfermería como arte y ciencia de personas que conviven y cuidan de los otros, es preciso saber un poco más sobre este asunto. En el *site* de la Universidad Federal de Paraná (2005), encontramos una opinion muy expresiva, coloca la estructura de la formación del alumno como un compuesto de conocimientos y prácticas, desde el estado de salud al estado de enfermedad de un individuo y/o de una comunidad basándose en actitudes personales, profesionales, científicas, éticas, políticas y sociales del cuidar a la humanidad.

Portaría 2.827/Diario Oficial de la Unión, 2001:

La profesión del enfermero esta estructurada en tres pilares, que son fundamentales para la caracterización y la definición de su papel en la sociedad: el enfermero como cuidador, el enfermero como administrador y el enfermero como educador. Cada uno con sus particularidades y especificidades, siendo esos pilares el punto de partida para la adquisición del conocimiento, basándose en fundamentos científicos. Son estos los profesionales que deseamos formar, que estarán siempre en la búsqueda de nuevos conocimientos para justificar nuestras acciones, procurando la mejora de la calidad en la asistencia a nuestros pacientes. (Universidad Federal de Paraná, 2005)

De acuerdo con las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Enfermería, la formación del enfermero pretende capacitar al

profesional para ser generalista, humanista, crítico y reflexivo. El enfermero actualmente está cualificado para el ejercicio de su profesión, con base en el rigor científico e intelectual y ajustado a principios éticos. Tiene también la capacidad de conocer e intervenir en las situaciones/problemas de salud-enfermedad frente a los casos de mayor relevancia dentro del área de la salud en todo el territorio nacional, identificando las dimensiones bio-psico-sociales de las poblaciones determinadas para su trabajo. Él mismo debe estar habilitado para reaccionar con sentido de la responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, y para actuar como agente de la salud integral del ser humano.

Su praxis se sustenta en estructuras específicas e inter-disciplinarias para un cuidado comprometido con las modificaciones sociales que ocurren, ya sea a nivel individual o colectivo. Por lo tanto, tiene que desempeñar varios papeles, además de los ya citados, como por ejemplo, dirigir organismos o servicios (sean públicos o privados), ser jefe de servicio o de unidad de enfermería, organizar, planear, coordinar, ejecutar y evaluar los servicios de asistencia; o bien, hacer consultoría, auditoría y emitir pareceres sobre los contenidos de la enfermería. Pasar consulta y prescribir la asistencia, prestar los cuidados directos de mayor complejidad técnica, que exigen conocimientos de base científica, y también, tener la capacidad de tomar decisiones inmediatas sobre enfermería, referente a los pacientes graves que corran un alto riesgo. Así es como se define el papel del enfermero conforme nuestra legislación.

Participa también como miembro integrante de equipos de salud, planificando, ejecutando y evaluando los programas y los planes asistenciales relativos a la salud. Realiza la prescripción de medicamentos establecidos en programas de salud pública y en la rutina aprobada por las instituciones. El enfermero, además, también participa de la evaluación de proyectos de construcción o reforma de unidades de internación. Realiza la supervisión de la prevención y del control sistemático de acciones de las infecciones hospitalarias y de las enfermedades infecciosas en general. Por otro lado, acompaña la evolución y el trabajo del parto. Desarrolla actividades de educación procurando

mejorar la salud de la población. Estas características y destrezas son inherentes a estos profesionales.

El papel del enfermero también es el de orientar las decisiones políticas y técnicas, incluyendo todos los componentes de la formación profesional. También tiene competencia para distinguir e interferir en el proceso de la vida, la enfermedad y la salud, en relación con una persona o una comunidad. Para reafirmar estas actividades y sus tres pilares más importantes, el de cuidador, el de administrador y el de educador, procuraremos comentar una de las mayores preocupaciones del Consejo Federal de Enfermería (2004), citado por el Consejo representativo de Enfermería en nuestro país, y que dice:

(...) trabajar la realidad actual con atenta perspectiva de futuro. Por esto ha buscado (el enfermero), sin desfallecimientos, ocupar los espacios que por derecho pertenecen a la profesión, sin perder de vista la apertura de nuevos frentes de acción, siempre que se revelen legítimas para la enfermería y siempre que lo exijan los intereses de la sociedad. (COFEn, 1973, pp.7- 8)

El enfermero es un profesional que forma parte del proceso vital del ser humano en todas sus dimensiones, expresiones y fases evolutivas. Incorpora y comprende la macro-política de la salud, garantizando la integración del cuidado en las diversas acciones médicas, asistiendo integralmente a niños, adolescentes, adultos y ancianos, dentro de la familia y/o en grupos sociales.

En el actual contexto social brasileño se observa un cambio a través de un rápido proceso de evolución del conocimiento científico y tecnológico en los diferentes servicios de la salud y, que se relaciona con el valor que se otorga al trabajo del enfermero. Los conocimientos del enfermero se han visto incrementados por el gran aumento de la información y las transformaciones de los recursos tecnológicos, que han mejorado los trabajos a nivel local e incluso mundial.

Esta evolución está relacionada con la aplicabilidad de sus conocimientos,

que pueden, a partir de ahora, ser utilizados de manera más eficaz. Su importancia como persona es cada vez mayor, así como su carácter emocional y profesional, comprendiendo su propio valor como ser humano.

Así lo analiza Alves (2003), cuando afirma que:

El ser humano está siendo definido como ser racional que se distingue de los otros animales al percibirse como ser pensante que existe en el mundo, pudiendo conocerlo y utilizar sus recursos. El hecho de que el ser humano posea un carácter emocional hace que pueda percibir su valor y el valor del mundo en que vive, permitiendo ampliar nuestra comprensión respecto a él. Al atribuirle la condición de persona, no sólo se agranda todavía más la comprensión sobre la naturaleza del ser humano, sino que también es posible percibir que la persona es, en si misma, un valor. (p. 24)

Estos procesos de cambio se reflejan directamente en el área de la salud y en la formación del profesional, haciendo que el enfermero asuma su trabajo con mayor compromiso junto a la implementación de políticas sociales públicas y a la conquista de su valor, junto con el derecho constitucional a la atención sanitaria.

Se supone que los sujetos que ejercen estas prácticas son individuos que interrogan, reflexionan y deliberan con libertad y responsabilidad. Están capacitados para hacerse notar en la vida social, más allá de responder a los nuevos problemas que surjan, fortaleciéndose como profesionales activos y capaces de solidarizarse con los demás. Está siempre preparado para asumir posiciones de líder, procurando el bienestar de los demás individuos y de la comunidad. Tales actitudes son relevantes en el papel del enfermero que asume, ante la sociedad, el ser un profesional dotado de valores y capacidades que lo enaltecen.

Un profesional bien estructurado y preparado se considera legitimado para prevenir, detectar, diagnosticar precozmente, asistir y rehabilitar a la población enferma. Esta es una actitud inherente a este profesional conforme cita la

Resolución CNE/CES nº 3 de 7 de noviembre de 2001, en el Art. 5º Item XVIII.
(Conselho Nacional de Educação, 2001)

Art. 5º Item.

XVIII - intervenir en el proceso de salud-enfermedad, responsabilizándose de la calidad de la asistencia/cuidado de enfermería en sus diferentes niveles de atención a la salud, con acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación a la salud, en la perspectiva de la integración de la asistencia. (p.19)

La enfermería tiene diferentes competencias en la asistencia sanitaria, responsabilizándose de la calidad de la ayuda y cuidado de los enfermos con acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación de la salud, en la perspectiva de una asistencia integral.

En lo que concierne a uno de los cuadros epidemiológicos más destacados de Brasil, encontramos que el cáncer es una enfermedad de alto índice de morbi-mortalidad. Este grave problema de salud pública se ve afectado por las dificultades que el enfermero encuentra para desarrollar y asistir esta área tan específica, debido a que existe una laguna en su formación básica referente a la enseñanza de oncología, disminuyendo así el importante papel que este profesional puede desarrollar.

Durante el proceso de planificación y ejecución de todos los tipos de Programas de Políticas Nacionales de Salud, como es el de Prevención, Diagnóstico Precoz y Control del Cáncer en Brasil, la participación efectiva del enfermero aparece reflejada en las diversas áreas de la salud pública, así como en las de la asistencia y de la enseñanza de la oncología. Esta afirmación está de acuerdo con la Resolución citada en el Art. 5º, Item V y XI, sobre la formación del enfermero. (Conselho Nacional de Educação, 2001)

Art. 5º, Item V y XI.

V - comprender la política de salud en el contexto de las políticas sociales, reconociendo los perfiles epidemiológicos de las poblaciones;

XI - responder a las especificidades regionales de salud a través de intervenciones planeadas estratégicamente, en niveles de promoción, prevención y rehabilitación a la salud, dando atención integral a la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades. (p.19)

Este artículo tiene por objetivo dotar al profesional de los conocimientos necesarios para el ejercicio de las siguientes competencias y habilidades específicas: comprender las políticas médicas en el contexto de las políticas sociales, reconociendo los perfiles epidemiológicos de las poblaciones y respondiendo a las especificidades regionales de la salud a través de intervenciones planeadas estratégicamente, en niveles de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, dando atención integral a la salud de los individuos, de las familias y de las comunidades.

Además de que el enfermero represente su papel humanitario de cuidador, administrador y educador, valorando su profesión, necesita hacer cumplir las Directrices Curriculares ofrecidas por la legislación vigente en el país. Esta legislación afirma que la enseñanza de la Enfermería debe ser más profunda y fundamentada en el aprendizaje con relación a las áreas de salud más afectadas de Brasil. Por ejemplo, la enseñanza sobre oncología precisa recibir más énfasis en los currículos de formación, para que estos profesionales puedan tratar a un gran sector de individuos enfermos. El aprendizaje de un estudiante egresado no alcanza a cubrir nuestras necesidades más urgentes, pues tampoco recibe estímulo para participar y actuar en el área de oncología.

1.4. La Enfermería Oncológica en Brasil

Como referencial de la historia de la enfermería oncológica tenemos a los Estados Unidos, donde encontramos la mayor organización científica del mundo para Enfermeros que trabajan en oncología, la Oncology Nursing Society (NOS) creada en 1975, en la cual respaldamos y solidificamos nuestra tesis, aunque lo

que realmente engrandeció el crecimiento de la Enfermería Oncológica en el mundo fueron los descubrimientos químicos que cada vez han avanzado a pasos agigantados. Estos avances de la especialidad ocurrieron en la década del 70 en el exterior.

Así el enfermero pasó a desempeñar un papel muy importante al cuidar de pacientes con cáncer.

En Brasil la necesidad del enfermero de actuar a través de la práctica diaria que ejercía en los hospitales especializados en oncología, afloró a partir de 1983, cuando acontecía el XXXI Congreso Brasileño de Enfermería en São Paulo. En 1984 los enfermeros que trabajaban en oncología se reunieron organizando un movimiento, que dio como resultado la formación de la 1ª Sociedad Brasileña de Enfermería Oncológica del Estado de São Paulo (SEOESP), que existe hasta hoy, más actualizada, y es denominada Sociedad Brasileña de Enfermería Oncológica (SBEO), con sede en Río de Janeiro. (de Gutierrez, 1993,)

de Gutierrez, 1993, relata que en 1987 fue realizado en Brasilia – DF el I Simposio Brasileño de Educación en Cancerología, ofrecido y coordinado por la División Nacional de Enfermedades Crónicas Degenerativas del Ministerio de la Salud. El tema central era la Enseñanza de Cancerología en varios cursos como, por ejemplo, en el de Enfermería. Al final del Simposio, el grupo de estudio propuso, a parte de otras acciones, la creación de una disciplina específica para la enseñanza en Cancerología, que contemplaría la prevención, detección precoz y diagnóstico del cáncer, incluyendo, también, los aspectos de tratamiento y rehabilitación de los pacientes. (Ya en esta época Brasil, epidemiológicamente, situaba el cáncer como segunda causa de muerte por enfermedad y una creciente necesidad de atención específica a la población, aunque, sin embargo, no había una atención específica para la prevención, detección precoz y diagnóstico. (pp.189-195)

Estas discusiones sirvieron como justificación principal para la elección del tema de esta tesis: La enseñanza de la enfermería oncológica en las escuelas del

Estado de Río de Janeiro-Brasil.

Fue grande la influencia de la sociedad en la tentativa de modificar el contenido curricular de las escuelas brasileñas, transformando la escuela tradicional que graduaba enfermeros con una formación general, en una escuela transformadora, nueva, activa y objetiva, mostrando lo que el alumno quería aprender, valorando al sujeto con sus propósitos determinados y críticos, en relación a lo que la sociedad exigía y necesitaba aplicar. De esta forma, surge un movimiento donde los profesionales de Enfermería se reúnen para discutir e implantar contenidos curriculares de Enfermería Oncológica en la graduación junto al I Congreso Brasileño de Enfermería Oncológica en 1987. (de Gutierrez, 1993, pp.189-195)

En esta misma década fue implementado el INCA por el Pro-Onco (Programa de Prevención a la Oncología) junto con el NUTES (Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud).

También en este año se realizó el I Encuentro de la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Oncología en los Cursos de Graduación de Enfermería, donde el Ministerio de la Salud fue representado por Enfermeros profesionales de la Campaña Nacional de Combate al Cáncer (CNCC), específicamente del Programa de Oncología (PRO-Onco). Estuvieron presentes profesionales de varios estados de Brasil, con la intención de discutir las directrices y competencias para la enseñanza de la Oncología, luego se reunieron en 1988 aprobando ya propuestas elaboradas anteriormente en los encuentros que habían realizado.

En 1992 en São Paulo ocurre el I Seminario Nacional abordando el mismo tema, ocasión en que fueron presentados los resultados de las evaluaciones del I Encuentro de la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Cancerología en los Cursos de Graduación de Enfermería, realizados durante 1988 hasta 1992, mostrando cambios positivos y substanciales.

Entre las recomendaciones, se encontraba la referida propuesta que debería ser discutida con el cuerpo docente de las escuelas cuando fuera posible,

con los enfermeros de los campos de práctica, con vistas a reorientar los programas ya existentes o implantarlos en las escuelas donde no fuesen impartidos.

de Gutiérrez (1993) sintetiza así los resultados de este Simposio:

Las noventa y seis escuelas de enfermería de Brasil en funcionamiento, recibieron este Programa, que apunta los fundamentos de los contenidos de la Cancerología, teniendo por eje la situación epidemiológica del cáncer y la enseñanza de Enfermería, lo cual incluye, también, las bases generales para la preparación general del enfermero en cancerología, reuniendo las competencias, el contenido programático y su distribución curricular, métodos de enseñanza, evaluación del alumnado y del programa educativo. (pp.189-195)

La preocupación del grupo de profesores que se empeñaban en esta época en modificar la enseñanza de la Enfermería Oncológica era notoria, y al mismo tiempo, grandiosa la visión de la necesidad de transformar los contenidos de enseñanza de la oncología en los currículos de las graduaciones de las Escuelas de Enfermería, buscando siempre las prioridades epidemiológicas del país y atendiendo a los segmentos más afectados de la sociedad. Ya en aquella época tenían clara la necesidad de un cambio que permitiera la evolución de la escuela para hacerla transformadora y dejar atrás el tiempo en que fue solamente autoritaria y poco democrática.

Hubo otros encuentros donde se asumieron nuevos compromisos entre los grupos de enfermeros que acompañaban esta evolución. En 1995 fue editado un libro relacionado con la Enfermería Oncológica. Atendiendo la necesidad de los enfermeros de poder consultar un libro así, se unieron los esfuerzos de un grupo de profesionales que luchaban y defendían la actualización y el crecimiento de la Enfermería Oncológica en el país, así, "Acciones de Enfermería en el Control del Cáncer", que fue coordinado y editado por profesionales del MS/INCA. de Gutiérrez, (1996) relata:

Pese a que hay una mención del inicio de integración Inter-disciplinar entre enseñanza y servicio, se constatan, todavía, dificultades localizadas en algunos cursos de graduación en Enfermería para viabilizar esos procesos, siendo estos, tanto la falta de desenvolvimiento de algunos docentes y de la Inter-relación personal e institucional, como la ausencia de una filosofía de trabajo que contemple ese tipo de articulación.

Uno de los puntos críticos identificados es el déficit de enfermeros con experiencia, o especializados en Cancerología, en las escuelas y en los servicios de atención médica, situación agravada por la carencia de oferta de cursos de especialización en este área. Otra cuestión limitante es la persistencia de la hegemonía del modelo clínico, que pone todo el énfasis asistencial en la terapéutica especializada, en detrimento de una práctica que abarcaba, también, las acciones de prevención y detección precoz del cáncer.

Para que los avances apuntados alcancen los efectos esperados, es indispensable que algunas estrategias aprobadas en los diversos encuentros se hagan efectivas. Un ejemplo de esto es la inversión a corto plazo en la capacitación permanente de enfermeros docentes y asistenciales por medio de la creación de oferta de cursos de actualización y especialización en Enfermería Oncológica. (p. 2)

También en esta época fue ofrecido un Curso Básico de Oncología en las Escuelas de Enfermería de diversas regiones del país, atendiendo a la demanda propia de la época.

Para poder alcanzar estas metas, se cree, que las instituciones responsables del control del cáncer y las formadoras de recursos humanos no pueden eximirse de sus funciones sociales, ofreciendo a la comunidad una atención universal, ecuánime e integral prestada por profesionales adecuadamente capacitados. Se resalta, sin embargo, la importancia de la continuidad del proceso de movilización de enfermeros docentes y asistenciales, así como de alumnos, a fin de que actúen motores de cambio en el ámbito de sus propias instituciones. Otra posibilidad viable es

la organización de grupos o núcleos de estudio e investigaciones que fomenten nuevas propuestas y estrategias para la formación de recursos humanos, cuyas acciones produzcan cambios substanciales en la asistencia de la enfermería oncológica. (de Gutiérrez, (1996 p. 2)

En 1988 la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Oncología ya había sido constituida. Fue entonces cuando se elaboró e hizo pública una propuesta de Enseñanza de Oncología para actuar en los cursos de graduación en Enfermería, la que sería llamada *Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer* (PIDAAC).

En 1990, dos años después, la Campaña Nacional de Control de Cáncer (CNCC) se asoció al departamento de la Escuela Paulista de Medicina para iniciar la implantación del PIDAAC. En este año fue realizado un curso para profesores de Enfermería, que formaría un estrecho vínculo entre la Campaña y la escuela Paulista hasta el año 1992. Durante este periodo se encontró la necesidad de realizar una evaluación de las escuelas de Enfermería. Para hacer esto posible se realizó un cuestionario que fue aplicado en las 96 escuelas existentes en el país, procurando con esto modificar la aplicación de la Enseñanza de la Oncología.

Tiempo después, cuando el PIDAAC ya contaba con 5 años, los responsables sintieron la necesidad de realizar una nueva evaluación de las escuelas, y se verificó que la situación no había cambiado y que era preciso reestructurar los contenidos programáticos sobre Oncología en estas Escuelas, procurando adaptarlas a nuestra realidad epidemiológica. (de Gutierrez, 1993, pp.189-195)

En 1996 se realizó el I Seminario Regional en la ciudad de Londrina (región sur) y en 1997 en la ciudad de Río de Janeiro (región sureste) para evaluar el mismo Programa, contando con la presencia de varios docentes, enfermeros asistenciales y alumnos, fortaleciendo así el proceso de enseñanza-aprendizaje oncológico. En este periodo se realizó una investigación sobre la enseñanza de la oncología en las escuelas. Se detectaron los siguientes avances: movimiento de profesores, alumnos y enfermeros de la asistencia para la inserción de las

actividades de prevención, y detección precoz en los campos de la práctica asistencial y los cuidados paliativos a domicilio, que no existían en las Escuelas.

Como dificultades se detectaron: la falta de compromiso de algunos docentes y de la propia Institución en el proceso de enseñanza, y la poca experiencia en oncología por parte de los enfermeros en las escuelas y en los servicios médicos. Esta situación se agravó por la falta de oferta de cursos de especialización en el área. Por lo tanto, los límites de estos trabajos superan el campo de una simple historia de la Enfermería Oncológica o de una Institución (INCA) preocupada en enaltecer y fortalecer a los profesionales del área. Se justifica la importancia de este estudio, en primer lugar, por atender un campo más amplio que hoy es un gran problema en la salud pública del país, y en segundo lugar, porque espera que el PIDAAC represente una contribución para la transformación de un paradigma asistencial, pasando de un enfoque curativo a un enfoque preventivo, de una acción unidireccionada a una acción multidisciplinar, o sea de la segmentación de la asistencia oncológica a la integración.

La concepción del PIDAAC se inserta en el propósito de las Políticas de Salud y abarca contenidos que integran aspectos relativos al modelo y práctica del área preventiva, en el proceso de trabajo, en la formación de recursos humanos, y en la necesidad de atender una demanda nacional, que pretende incentivar la inclusión de un patrón de enseñanza oncológica en las Escuelas, incentivando la capacitación de profesionales como agentes de control del cáncer. Este es uno de los requisitos indispensables para optimizar los servicios médicos, siendo también esto una recomendación del Ministerio de Salud (1980). (Instituto Nacional de Câncer 2005, p. 22)

El PIDAAC es estudiado desde la década de 1980 por Rodrigues, científico y médico brasileño (1988), procurando analizar la situación de la enseñanza en Enfermería Oncológica en los cursos de graduación de enfermería del país.

La dimensión educativa es, sin duda, uno de los aspectos más innovadores del PIDAAC. Sin embargo, es preciso realizar una apreciación general de la intervención o de sus componentes con el objetivo de ayudar a la visualización de las metas pedagógicas alcanzadas. Este Programa también busca discutir los procedimientos de atención general a la población, enfocándose sobre el cáncer y mostrando que la enfermedad puede ser curable cuando es detectada en fases iniciales. Así, este estudio técnico-científico posibilita al enfermero asumir el importante papel que tiene en los programas de control del cáncer.

El Ministerio de Salud (INCA) pone a disposición de la Enfermería uno de sus Programas, el PIDAAC, que valora al enfermero como profesional que actúa en diversos niveles del área de la salud, especialmente en oncología.

A pesar de los incentivos por parte del gobierno, las Escuelas de Enfermería brasileñas todavía no alcanzan el objetivo propuesto por este programa, que estimula la inserción de la enseñanza oncológica.

Según el Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de la Salud (2002):

El enfermero podrá actuar en los diversos niveles de atención a la salud, jerarquizados según su grado de complejidad (primario, secundario, terciario y cuaternario), desarrollando acciones de coordinación y de ejecución, que incluyen la asistencia y la educación comunitaria y profesional.

Conforme apuntan datos epidemiológicos actuales, el cáncer aflige a una gran parte de nuestra población, caracterizando así esta enfermedad como un problema de la salud pública. Frente a este hecho, el INCA, junto a entidades que representan la sociedad, ofrece el PIDAAC como uno de los programas seleccionados entre nuestras políticas nacionales para aplicarse en el temario de las Escuelas de Enfermería Brasileñas como forma de evidenciar una nueva perspectiva de educación.

Conforme refuerzan las palabras de García (2003):

Se puede percibir que la enseñanza es un objetivo, más allá de la

información o del mero desarrollo de un conocimiento intelectual. Se debe procurar también analizar toda la formación humana y social de la persona. Es fácil notar que metas de ese calibre envuelven conocimiento, comportamiento, conceptos, procedimientos, valores, actitudes, saber hacer y saber ser, y que no pueden alcanzarse con una enseñanza meramente libresca, fragmentaria en contenido, estereotipada, parada. Se exigen nuevas perspectivas, una nueva visión de la Educación.

Al focalizar el proceso de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de habilidades y competencias, debemos resaltar que necesitan ser tratadas en sí, y no como objetivos de la enseñanza. O sea, es preciso que la escuela incluya entre sus responsabilidades la de enseñar, comparar, clasificar, analizar, discutir, describir, opinar, juzgar, hacer generalizaciones, analogías, y hacer diagnósticos(...), independientemente de lo que se esté comparando, clasificando. En el caso contrario, los intereses tenderán a permanecer en el contenido, y las competencias y habilidades serán vistas de modo minimalista. (García, 2003)

Es evidente, una vez más, que el enfermero puede y debe actuar a varios niveles médicos. Por tanto la autora continua analizando que:

Romper ese tipo de hábito no es simple. Por eso la importancia de considerar las habilidades y las competencias como objetivos en sí, tal como se hace con la lectura y la escritura. Lógicamente, eso no significa desvincular las habilidades de algún contenido. Al contrario, los contenidos de las diferentes disciplinas deben ser el principal instrumento para el desarrollo de esas habilidades. Lo que se necesita es cambiar el enfoque, la manera de abordar muchos asuntos, a parte de la postura del profesor, que en general considera el contenido su responsabilidad, y la habilidad responsabilidad del alumno.

Cambiar el planteamiento para el desarrollo de competencias y habilidades implica, a parte del cambio de postura de la escuela, un trabajo pedagógico integrado en que se definan las responsabilidades de cada profesor en su tarea. Un gran obstáculo, aquí, es que nosotros mismos, profesores,

podemos tener dudas acerca de en qué consiste, realmente, una determinada habilidad, y todavía más sobre como ayudar en su desarrollo; ya que, posiblemente, eso nunca fue hecho con nosotros(...). Pero las dificultades no nos deben desalentar. Por el contrario, representan el desafío de contribuir en la transformación significativa de la práctica didáctica de la escuela. (García, 2003)

De acuerdo con el parecer del autor, desde el momento en que constatamos diariamente las dificultades que encontramos en el desarrollo del PIDAAC, debemos buscar otras estrategias de acción didáctica que superen tales dificultades, como por ejemplo, insertar la enseñanza de la oncología en los currículos de las disciplinas ya existentes, dando así más énfasis al PIDAAC.

No podemos ser atendidos con una enseñanza de libro, de contenido, estereotipada, parada, como cita la autora más arriba, mas podemos y debemos continuar insistiendo en la evolución de la enseñanza oncológica, sin desalentarnos con las dificultades que siempre tuvimos, y que se continúan siendo obstáculos para las transformaciones que esperamos, dentro de la práctica del aprendizaje. Para nuestra sociedad es clara la importancia de la actuación del enfermero en la tentativa de controlar la morbi-mortalidad por cáncer en el país. (Instituto Nacional de Câncer/Ministério da saúde, 2002, p. 17)

CAPÍTULO 2

Fuentes de Análisis Metodológicos

2.1. Cuestiones Educativas

2.2. Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional

2.3. Reflexiones sobre las Cuestiones Educativas en Enfermería en Brasil

2.4. Directrices Curriculares Nacionales de los Cursos de Graduación en Enfermería

2.5. Sistema Educativo Brasileño (Universidades, Facultades, Escuelas y Centros)

CAPÍTULO 2: Fuentes de Análisis Metodológicos

2.1. Cuestiones Educativas

Para respaldar este estudio fue necesario entender correctamente el fundamento de una propuesta pedagógica vinculada al tratamiento sanitario. Grandes estudiosos del tema como Sacristán, Gómez, Freire, Fernández, Mazzotti, Delors, Rufino y otros, facilitaron nuestra comprensión técnica, política, educativa y social a través de sus análisis. Los conceptos y elementos pedagógicos de estos autores ayudaron a delinear este trabajo.

En este sentido pudimos reflexionar sobre la enseñanza que se ofrece actualmente en las veintitrés Escuelas del Estado de Río de Janeiro, en el área de Enfermería oncológica.

Los futuros profesionales que integran el alumnado de Enfermería y que pasan un proceso de aprendizaje general, crítico y reflexivo en sus escuelas, todavía no han llegado a comprender la enorme importancia que tiene, para el país y para su propia formación, recibir una enseñanza relacionada con las áreas de predominio epidemiológico, como es el caso la del cáncer en Brasil.

Si consideramos los datos de mortalidad en los diferentes municipios brasileños constatamos que, en la mayoría de los Estados, predomina un cuadro sanitario que refleja las contradicciones del proceso de desarrollo del país, con enfermedades crónico-degenerativas asociadas y relacionadas a situaciones de pobreza, como sucede en el Estado de Río de Janeiro. La preocupación de

nuestro estudio se centra en la formación de estos futuros profesionales que actuarán en la prevención y control de esta enfermedad.

Gimeno Sacristán y Gómez (2000), interrelacionan la psicología y el proceso de aprendizaje. El individuo es considerado como un todo, valorando el medio en que vive, sus cambios interpersonales, el enfrentamiento de sus problemas y las soluciones que encuentra, en cuanto a la educación y al conocimiento recibido. El análisis de estos autores está directamente relacionado con la problemática brasileña actual y el proceso pedagógico.

A través del análisis de la teoría del condicionamiento, o educación *no mediacional*, explican que, en determinadas situaciones el individuo desarrolla una conducta en la que asocia el estímulo a la respuesta, y que esta se puede prever con antelación. Este tipo de teoría continúa siendo la más utilizada en las escuelas tradicionales en Brasil.

Para enriquecer todavía más la enseñanza en un ámbito general, los autores tratan esta teoría de una forma clara, afirmando que el individuo no reacciona de forma ciega y automática a los estímulos y presiones del medio, sino a la realidad tal cual la percibe subjetivamente. De esta forma su conducta responde a la comprensión de las situaciones vividas, el significado coincide con los estímulos que configuran su medio. La experiencia concreta del estudiante y la importancia que la teoría aplicada tiene, en relación al individuo y sus reacciones, es la misma, provenga de una escuela tradicional o no.

La reacción de los enfermeros frente a una situación-problema (estímulo-respuesta) es solucionada conforme a la experiencia de cada uno, siendo este hecho muy común en nuestro país, en el que estamos habituados a improvisar “sobre la marcha”.

Para esclarecer mejor esta cuestión, en su libro, *Comprender e Transformar o Ensino*, Sacristán y Gómez (2000), afirman que:

El individuo puede aprender, mediante premios o refuerzos positivos, la memorización de una determinada lección, al mismo tiempo que aprende el hábito de esperar una recompensa. Pero, ¿cuál de los aprendizajes es más definitivo y más relevante desde el punto de vista pedagógico? Toda intervención pedagógica deberá abordar las consecuencias educativas, a medio y largo plazo, como la utilización frecuente de la motivación extrínseca. (2000, p.32)

Para estructurarnos y fundamentar nuestras ideas, continuamos estudiando teorías de varios autores, sobre las diversas formas de enseñanza existentes, las distintas formas de observación del individuo en su aprendizaje y lo que se está enseñado realmente en las escuelas brasileñas de Enfermería. Esto nos ha ayudado a conocer mejor la realidad del país.

Cuando nos acercamos a la teoría sobre la *educación mediacional* verificamos que ésta está presente en el día a día escolar, posicionando al individuo como sujeto, y así sabemos que se reacciona de manera diferente según las situaciones o problemas presentados. Al evaluar las reacciones comprobamos que no solamente se responde de forma instintiva, sino también manifestándose ante los estímulos recibidos o aprendidos.

Esta teoría nos ayuda a pensar en el camino que estamos siguiendo en la enseñanza de la enfermería brasileña. Sabemos que el alumnado precisa tener un conocimiento propio y uno adquirido, sabemos también que debemos prestar atención para verlo como una persona poseedora de conocimientos y que debemos valorar siempre el medio en que vive y la sociedad en la que participa.

Pensando en el pasado de la educación en Brasil estamos en condiciones de considerar la trayectoria de la enseñanza de la enfermería, desde la década del 20 hasta hoy, y vemos que siempre ha estado marcada por diversos desafíos, en relación a los aspectos de la profesión y a su reconocimiento social.

Acompañando estas evoluciones, observamos que las legislaciones referentes a la profesión también fueron modificadas siguiendo la lógica de la

teoría *mediacional*. Se ofrece así, a los estudiantes, oportunidades de seguir desarrollándose dentro de un patrón social más actualizado con una enseñanza orientada hacia las situaciones más relevantes, a nivel regional o nacional.

En consecuencia, se vincula el aprendizaje actualizado y adecuado a las condiciones de enseñanza en este área de Brasil. Principalmente, destacan las enfermedades que presentan un elevado índice epidemiológico, con gran incidencia de morbi-mortalidad entre nuestros ciudadanos. Este hecho justifica la preocupación en relación a la formación de los profesionales de la salud, para actuar principalmente en la prevención y en el control del cáncer.

En su informe de 1995, Delors,³ definió los cuatro pilares de la educación para el futuro, evidenciando la preocupación de la UNESCO por identificar las tendencias educativas, teniendo en cuenta la avanzada marcha del proceso de globalización. Destaca que uno de los papeles principales de la educación consiste en conferir a la humanidad la capacidad de dominar su propio desarrollo. Para atender esta propuesta el informe concluye que la educación del futuro debe organizarse atendiendo a eso cuatro pilares. Se define también que los aprendizajes fundamentales son: aprender a conocer, aprender a vivir juntos, aprender a hacer y aprender a ser⁴. (NUTES, UFRJ, 2001, pp. 119- 121)

En el año 2002 el Núcleo de Tecnología y Educación para la salud de la Universidad Federal de Río de Janeiro, sugiere la necesidad de realizar un estudio que permita caracterizar los currículos de las Instituciones de Enseñanza de la

³ Citado en un texto del Cuaderno del Centro de Enseñanza de la Universidad Federal del Río de Janeiro, en el Núcleo de tecnología Educacional para a Saude (NUTES)

⁴ El modelo de competencia: la experiencia reciente de reformulación de la enseñanza de enfermería ha buscado la implementación de modelos pedagógicos basados en la problematización; una metodología expresada gráficamente por Charles Maguerrez, ya desarrollada hace algunos años por universidades canadienses, americanas y holandesas.

enfermería oncológica de la ciudad de Río de Janeiro como primer paso para mejorarla.

El mismo Núcleo de Tecnología y Educación para la salud, en el año 2001, había afirmado que la adhesión de los profesores para abordar una enseñanza con competencias es uno de los factores cruciales para la implementación de esta propuesta. Crucial porque la resistencia del cuerpo docente es grande, ya que todavía se encuentra preso de su propia formación de base tradicional, centrada en la transmisión de conocimientos.

El conocimiento que el individuo trae, en su estructura cognitiva, enriquece al profesional y éste tendrá la oportunidad de modificar su comportamiento en una atención más específica, como es el caso del enfermero que se encuentra preparado para cuidar a una población enferma de cáncer.

Continúan Sacristán y Gómez (2000) afirmando que el alumnado merece enriquecer su potencial cognitivo:

(...) los nuevos significados son creados en la interacción con una nueva idea, o concepto potencialmente significativo, como las ideas pertinentes, que el alumno/a ya posee de su estructura cognitiva. Es evidente, según Ausube, que el conjunto de ideas del individuo es enriquecida y modificada sucesivamente con cada nueva incorporación (...) (p. 38)

Cuando hablan de las transformaciones originadas por el proceso de enseñanza-aprendizaje, los autores afirman que, dentro de la línea cognitiva, los mecanismos de las metodologías pueden ser transformados en virtud del medio. Por eso, siguiendo sus sugerencias, intentamos introducir la aplicación de nuevos aprendizajes en las escuelas:

(...) de esa forma, los componentes internos de los procesos de aprendizaje constituyen un sistema cognitivo organizado, de tal manera que tanto las características de las estructuras como los mecanismos de los procesos de control se crean y se transforman en virtud de su propio

funcionamiento al procesar la información en los intercambios con el medio(...) (pp. 45-46)

Realizan un análisis del ser humano en el momento en que adquiere innumerables experiencias y tiene la capacidad de transformarlas, de acumularlas, de recuperarlas y de utilizarlas de diferentes formas. La asimilación de los estímulos específicos que recibió, su traducción en símbolos, la fijación organizada de la información reunida y el ordenamiento de los datos, más allá del cambio de informaciones, es la respuesta del proceso de aprendizaje.

Para reforzar estas ideas los autores señalan que:

(...) el aprendizaje escolar está claramente descontextualizado en el momento en que se pide al alumno/a que aprenda cosas distintas, de forma diferente y para un propósito también distinto al que está acostumbrado en su aprendizaje cotidiano. No es de extrañar, por lo tanto, que el alumno/a construya esquemas y estructuras mentales diferentes para enfrentar exigencias tan dispares de estos dos contextos de vida y aprendizaje (...). (p. 49)

En este estudio explican también que, aunque los fenómenos del aprendizaje son complejos, terminan comprendiendo las dificultades que se presentan ante las diversas influencias internas y externas que el individuo recibe en su vida cotidiana. De hecho, la didáctica necesita de teorías que se aproximen cada vez más a las variadas realidades que componen nuestro sistema social brasileño.

De esta forma los estudios procuran explicar los fenómenos psicológicos y sociales que ocurren dentro de la educación, en la actividad realizada, y en sus agentes y contextos. Éstos se interconectan en relación al propio contenido impartido, prefiriendo clasificar en sus estudios los tres temas de la educación: la actividad, el contenido y los elementos que determinan la selección de estos contenidos.

El enfoque didáctico implica adoptar una visión más adecuada de la realidad, aplicada para determinados fines dentro del “saber hacer” del docente y un aprovechamiento de la técnica más significativa para los docentes en la realidad actual.

Sacristán y Gómez (2000) afirman que la educación, para ser comprendida, exige ser entendida desde distintos puntos de vista:

- a) Como una actividad que se expresa de distintas formas, que descarta procesos, que tiene ciertas consecuencias en el alumnado y que, por esto, es preciso entender los diversos métodos de conducirla;
- b) Como el contenido de un proyecto de socialización y de formación: lo que se transmite, lo que se pretende, los efectos que se obtienen;
- c) Como los agentes y los elementos que determinan la actividad y el contenido: fuerzas sociales, institución escolar, ambiente y clima pedagógico, profesorado, materiales, entre otros (...) (p. 120)

Cuando son analizadas las actividades vinculadas y ofrecidas a la enseñanza, el equipo que esté trabajando en el momento en esta tarea, debe correlacionarlas directamente con el contenido seleccionado y adecuado a tal clientela, para que ésta adopte una visión más científica y, al mismo tiempo, más real de la situación presentada. La manera de transmitir algo para alguien tiene una importancia decisiva en los resultados que deseamos obtener para el perfil de estos individuos.

La escuela tradicional, que imparte una enseñanza transmisora y reproductora, se refleja en un contenido didáctico seleccionado y organizado fuera de la realidad del alumno y relacionado exclusivamente con una enseñanza de tipo memorístico.

Desde entonces se ha manifestado, cada día más, la necesidad de reformular este tipo de enseñanza, haciendo que la escuela se dinamice. El enfoque didáctico implica adoptar una visión más adecuada a la realidad,

aplicada para determinados fines dentro del saber hacer del docente y con un aprovechamiento de la técnica más significativo para alumnos. Cuando los autores seleccionaron los tres ítems más importantes a estudiar, en realidad nos ofrecieron un soporte muy valioso para la enseñanza.

Según Kliebard⁵ ésta es una discusión de gran alcance: “¿... qué debemos enseñar?”. Estamos delante de un hecho socio-económico, cultural y político, no sólo en saber qué enseñar, sino también cómo lo debemos enseñar. Es un asunto de preocupación constante dentro de las didácticas aplicadas, interconectando el contenido curricular adecuado de enfermería con el alumnado, a quien estamos ofreciendo esta enseñanza.

Es preciso entender los diversos métodos de conducir la enseñanza como una actividad que exprese al alumno las formas más adecuadas y distintas de aprender. Lo que se transmite al estudiante, lo que se pretende enseñar, y los efectos que se obtienen al aplicar este contenido dentro de un determinado contexto social, naturalmente resultarán en una determinada formación. Las fuerzas sociales, institución escolar, ambiente y clima pedagógico, profesores y materiales, son elementos que determinan la propia actividad aplicada y, con certeza, se reflejarán en el contenido curricular seleccionado para los enfermeros.

En este contexto, cuando Freire (2000) expresa que es importante saber quién realiza la educación general, y que es fundamental saber qué cambiar aunque sea difícil, expresa también que puede ser posible. En el siguiente párrafo nos esclarece que la enseñanza general constituye una gran parte de la educación de las escuelas en Brasil, mas hemos que entender que es posible dentro de este esquema, ofrecer un contenido específico sobre oncología, para los enfermeros.

⁵ Citado en Sacristán y Gómez (2000)

En la línea de esta reflexión veo una exigencia fundamental, un punto de partida sin el cual nada es posible y que relaciona a quien educa, no sólo con la educación de adultos, sino con la educación en general. Un cierto saber absolutamente indispensable incluso para quien, reaccionariamente, pretende inmovilizar la historia, me refiero a la constatación de que cambiar es difícil, pero es posible. (p. 94)

Sin embargo, los estudiosos, al evaluar esta situación, observaron que sería más provechoso si los cambios contemplasen los diferentes intereses y situaciones culturales que viven los alumnos, en relación a locomoción, vivienda y a la propia subsistencia.

Al organizar un trabajo de esta importancia, el equipo debe preocuparse por tener en mente cómo podría favorecer las aspiraciones y necesidades de esos individuos. En principio, parecería más fácil socialmente trabajar con la pedagogía aplicada a todos por igual, pero la realidad es que existen diferencias de aptitudes, profesiones y diversidades contenidas en esta gran cadena heterogénea de saber, por lo que no se puede contemplar un único aprendizaje. Este tipo de enseñanza, igual para todos, todavía es polémica y discutida en todo el mundo.

El proceso educacional está siempre en evolución, dentro de sus tendencias pedagógicas desde los tiempos de las escuelas pasivas, reproductoras y transformadoras hasta la actualidad. Freire (1997), nos dice que existe una diferencia entre el ser condicionado y el ser inacabado, y que la construcción de una persona en el mundo, no se hace en el aislamiento, ni se aleja de la influencia de las fuerzas sociales.

Por eso sólo podemos comprender el proceso si consideramos lo que heredamos genéticamente y lo que heredamos social, cultural e históricamente, todo directamente unido a la persona.

Me gusta ser persona porque, inacabado, sé que soy un ser condicionado, más consciente de lo no acabado sé que puedo ir mucho más allá de eso.

Esta es la diferencia profunda entre el ser condicionado y el ser determinado. Es la diferencia entre lo inacabado, que no se sabe como tal, y lo inacabado que, histórica y socialmente, alcanzó la posibilidad de saberse inacabado. Me gusta ser persona porque, como tal, percibo al final que la construcción de mi presencia en el mundo tiene mucho que ver conmigo mismo. Esa construcción no se hace en el aislamiento, sin la influencia de las fuerzas sociales, y no se comprende fuera de la tensión entre lo que heredo genéticamente y lo que adquiero social, cultural e históricamente. (Freire, 1997, p. 59)

Dentro de este análisis, señalamos el comportamiento de los seres humanos, y verificamos que están asociados a las costumbres que claramente los influyen a través del medio ambiente, de los hábitos y de los valores socio-económicos y culturales adquiridos con los demás sujetos que forman parte de su convivencia diaria; de esta forma, sabemos que todo ese artificio forma parte de una transformación humana.

El autor continúa su análisis y afirma que esta situación tiene un doble aspecto: por un lado, la educación no es la base de las transformaciones sociales; por otro, las transformaciones sociales no se producen sin la educación. “Si de mi proyecto de acción política, por ejemplo, excluyo la acción educativa, y sólo después de la transformación me preocupo por la educación, no hago posible el proyecto “

De hecho, tratándose de los hábitos y de los valores generales podemos decir que el enfoque sobre el cuidado y el pensamiento crítico es una estrategia de enseñanza utilizada en algunas áreas.

Para la autora Waldow, (2005) la atención, entendida bajo el enfoque relacional, en las dimensiones filosóficas, culturales, estéticas y espirituales, es una acción esencialmente humana. Enfatiza que la adopción de modelos que, prioritariamente, se usarán para cuidar a los demás, se logran a través del intercambio de experiencias entre docentes y la actualización continua con vistas a la construcción de conocimientos y prácticas que valoren el cuidado humano.

Entre estas prácticas se encuentran, por ejemplo, la creación de un ambiente donde se cultiven los cuidados a los demás y la oferta de estrategias que faciliten y promuevan la creación de comportamientos de atención entre las personas.

Es de gran importancia la forma en que se aborda la atención en el currículo de enfermería, fundamentada en las diversas teorías que se han desarrollado sobre este tema. Para la autora, esto implica cambios paradigmáticos que deben ser reflejados en el programa curricular y, especialmente, en la actuación de los docentes.

El desarrollo del pensamiento crítico es evidentemente relevante, en los programas de las disciplinas curriculares, para la enseñanza del proceso de enfermería, en el desempeño de las acciones del enfermero en varios niveles y prácticas, pues engloba la toma de decisiones, la resolución de problemas y el diagnóstico clínico.

Las actividades de la enseñanza, centradas en el cuidado, utilizando el pensamiento crítico deben ser dirigidas hacia un planeamiento que sea flexible, para poder atender las características específicas de los estudiantes. Para que el proceso de enseñanza-aprendizaje ocurra de forma agradable, es necesario considerar la capacitación del profesor, la disponibilidad de recursos didácticos relacionados con la lectura y métodos audiovisuales, el ambiente físico adecuado para la utilización de los recursos y un clima de respeto y espontaneidad. (Waldow, 2005, p. 176)

Para este proceso de enseñanza y aprendizaje la autora utiliza el lenguaje hablado y escrito, como los diarios, la narrativa y la poesía. La educación de laboratorio y el trabajo grupal son usados por medio de actividades de concienciación, de vivencias lúdicas y de relajación, en las diversas formas de las artes.

La autora ha evidenciado que el proceso de formación del ser humano bajo tales perspectivas facilita la adquisición del conocimiento y proporciona la creación de un ambiente donde las relaciones de atención al paciente y su cuidado pueden

ser cultivadas, influye a los estudiantes para la adquisición de comportamientos apropiados para atender a los demás y también posibilita que las personas cuidadas puedan sentirse atendidas.

También afirma que las estrategias de enseñanza de la atención médica y del pensamiento crítico presentadas en esta obra sirven como sugerencias, pudiendo ayudar a los docentes a desarrollar en sus alumnos la reflexión, la sensibilidad y formas de expresión estética en el cuidado a los pacientes y cambios en su práctica.

Estimular la adopción de prácticas pedagógicas que faciliten y promuevan el desarrollo del cuidado de los demás, sirviendo también como instrumento de transformación de la cotidianidad académica. En el ámbito de las organizaciones estas estrategias pueden subsidiar el proceso de trabajo del equipo, con resultados positivos en las actividades de mejora y educación continuada. (Waldow, 2005, p. 173)

No podemos dejar de percibir que el comportamiento de los enfermeros se modifica como resultado de su aprendizaje. Este factor está relacionado con la enseñanza que reciben, pues las diferencias individuales son las que determinan los niveles de modificación de su comportamiento, caracterizando al verdadero aprendizaje.

Freire (1997) menciona también que pensar de forma correcta implica un compromiso político y social en la existencia de los sujetos que piensan:

La experiencia histórica, política, cultural y social de los hombres y de las mujeres jamás puede originarse sin conflicto entre las fuerzas que obstaculizan la búsqueda de la ascensión por parte de los individuos y grupos y las fuerzas que trabajan en favor de esa ascensión. La solidaridad social y política que precisamos para construir una sociedad mejor y sin tantos obstáculos en la que podamos ser más nosotros mismos, tiene una práctica de real importancia en la formación democrática. (p. 7)

Cuando observamos los comportamientos de los seres humanos verificamos que son resultantes de las influencias del medio ambiente, de los hábitos adquiridos, de los valores, de las experiencias, de las relaciones que les rodean, sean positivas o negativas. Ese contexto es extrínseco a la enseñanza e interfiere en las respuestas individuales que cada sujeto presenta ante cada situación; de esta forma, los individuos se insertan en una búsqueda permanente dentro de un proceso social.

Entre nosotros, mujeres y hombres reconocen la no-conclusión, todavía más, la no-conclusión que se reconoce a sí misma, y que implica necesariamente la inserción del sujeto inacabado en un permanente proceso social de búsqueda histórico-socio-cultural. Mujeres y hombres se vuelven seres a través de la curiosidad, traspasando los límites que le son propios en el dominio vital, transformándonos en fundadores de la producción del conocimiento. (Freire, 1997, p. 61)

Según este autor, es actuando en el mundo como conseguimos concebirnos como personas, siempre dirigidos por un objetivo que tenga una razón de ser. Estamos inmersos en un orden, por lo tanto, nos convertimos en seres históricos y éticos, capaces de optar y de decidir. La postura crítica de la conciencia es tan importante en la lucha política, en defensa de la seriedad en el ámbito público, como la preocupación del contenido de este objeto en el proceso de conocer.

Enfatizando un poco más la importancia del hombre en el ámbito de la historia, contamos con el análisis de Freire que dice que el mundo no es el la realidad que se esta produciendo. Con una subjetividad curiosa e inteligente, interfiere en la objetividad con que dialécticamente nos relacionamos, y habla de que el papel del ser humano en el mundo no es sólo de quien constata lo que ocurre, sino también de quien interviene como sujeto de los acontecimientos. Coloca al individuo no sólo como objeto de la historia, sino también como sujeto.

A nivel histórico, Freire (1997) refiere que el hombre se incluye no para adaptarse, sino para cambiar. Cuando participa integralmente de este mundo le

es preciso mantener el diálogo, ya que le es necesario, en la medida en que los hombres se encuentran para reflexionar sobre su realidad y entonces están haciendo y rehaciendo. El diálogo facilitador hace que los individuos reflexionen juntos sobre lo que saben y lo que no saben, pudiendo actuar críticamente para transformar la realidad.

Todos somos capaces de transmitir nuestras vivencias diarias, y cuando nos retrotraemos a las experiencias escolares, establecemos vínculos con la enseñanza que cada profesor nos dio en nuestro aprendizaje y que se fija más fácilmente a través del diálogo. De aquí parte una preocupación que tenemos sobre la enseñanza de los enfermeros en sus actuales escuelas, la falta de experiencia en el área de oncología.

La enseñanza es atribuida a una situación cultural, mas la práctica no se atiene a pensamientos o conocimientos, sino a una realidad de convecciones sociales, no perdiendo el vínculo con las transformaciones o reformas de estos conocimientos. Sin embargo, Freire en la obra citada afirma que:

(...) quien forma, se forma y reforma al formar; quien es formado forma al ser formado. En este sentido enseñar no es transferir conocimientos, contenidos, ni formar; es una acción por la cual un sujeto creador da forma, estilo o alma a un cuerpo indeciso y acomodado. Quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender. (Freire, 1997, p. 25)

Dentro de un análisis relacionado con el individuo, el autor percibe el poder de transformación que es inherente al ser humano, no se agota con la vivencia en este mundo porque podemos formar y transformar varias situaciones en pro de una adaptación más coherente para nuestra convivencia. Por lo tanto para Freire existe la transformación de los seres:

Es, como seres transformadores, que percibimos que nuestra posibilidad de adaptación en el mundo no se agota. Es porque podemos transformar el mundo, que estamos con él y con otros. No habríamos sobrepasado el

nivel de pura adaptación al mundo si no hubiésemos alcanzado la posibilidad de, pensando en la propia adaptación, servirnos de ella para programar la transformación. Es por eso que una educación progresista jamás puede, en casa o en la escuela, en nombre del orden y de la disciplina, castrar la altivez del educando, su capacidad de oponerse e imponerle una inmovilización negadora de su ser. (Freire, 1997, p. 33)

El pensamiento de Gusmão⁶ nos refiere que el ser humano debe ser visto como un todo, valorizando sus diferentes fases y respetando sus reacciones y respuestas en las diversas situaciones conforme a la realidad que le ofrece la vida. Por lo tanto, la historia de cada individuo será naturalmente influenciada por el medio social en que tuvo la oportunidad de participar, desarrollando puntos de vista diferentes. El que este estudio nos muestra es que la participación de los enfermeros profesionales fue muy escasa en relación a la oncología. El autor señala que:

(...) la concepción holística del hombre reside en el énfasis que se ha dado a la experiencia orgánica. El organismo es para la persona una unidad bio-psico-sócio-espiritual, que reacciona, como tal, a las diversas situaciones que la vida le impone.

No cabe duda de que la historia de la vida de las personas y la manera en que la vivieron, puede influir en el modo en que se comportan socialmente. Los propios sujetos fueron influenciados por sus historias al desarrollar puntos de vista diferentes sobre un mismo asunto. (Gusmão, 1996, p. 93)

Con la evolución del proceso, la modernidad pedagógica y una educación progresista se modificó el perfil de los individuos.

⁶ citado en Rogers (1998)

En nuestro estudio podemos hablar, especialmente, de que se alteró el “perfil” del alumno, quien ahora se muestra más participativo y es visto como sujeto activo dentro de los reglamentos actualmente adoptados.

Ante esta nueva situación, los educadores también se transformaron, pasaron a ser más valorados. Antes de que este proceso ocurriese los docentes eran vistos como mera fuente de información, mientras que ahora se han transformado en mediadores de la comunicación cultural, auxiliando y estimulando al alumnado en su aprendizaje. Como cita la profesora Angela Reis (1982, p.15):

En el modelo tradicional, se ve al profesor como figura central del proceso educativo, siendo el principal elemento responsable de la transmisión de información. Le son atribuidas innumerables funciones en un espacio de tiempo limitado. El trabajo docente se revestía de una autoridad que gestaba, como consecuencia, un clima social de dominación del profesor sobre el alumno. Esto se evidenciaba en el exceso de verbalización utilizada por el profesor, dejando al alumnado poca o ninguna oportunidad de manifestar sus opiniones o incluso, de elaborar su propio raciocinio, ya que recibían informaciones, listas y modelos de procedimientos estereotipados.

La evolución de este proceso educacional modificó el perfil del profesor y del educando, tornándolos más participativos y agentes del proceso y de su propio aprendizaje. La autora también señala que, a partir de esos conocimientos, la educación dejó de ser un área empírica y subjetiva para transformarse en un verdadero sistema tecnológico, cuyo enfoque considera no sólo las partes relacionadas, sino principalmente cómo se interrelacionan esas partes.

Inciendo sobre lo expuesto, Perrenoud (2003, p. 11) afirma que enseñar, hoy, debería consistir en concebir, encajar y regular situaciones de aprendizaje, siguiendo los principios pedagógicos activos constructivos.

Para los adeptos a la visión constructiva e interactiva del aprendizaje, trabajar en el desarrollo de competencias no es una ruptura. El obstáculo es otro: cómo llevar a los profesores habituados a cumplir rutinas a repensar su profesión. No desarrollarán competencias si no se perciben como organizadores de situaciones didácticas y de actividades que tengan sentido para los alumnos, atrayéndolos y, al mismo tiempo, generando aprendizajes fundamentales.

Frente a una analogía de diversos conceptos, análisis y contribuciones de varios autores en relación a la educación en general, interesa mencionar aquí uno de los elementos importantes de la enseñanza, la evaluación. Este es un instrumento fundamental para que podamos continuar analizando las opiniones de varios autores referentes a este asunto.

La profesora Hoffmann, sin embargo, considera que la dinámica de la evaluación se realiza, exactamente, a partir del análisis de las respuestas del alumno frente a situaciones de desafío en las diferentes áreas del conocimiento y que a través de este método el profesor, al utilizarlo, tiene la sensibilidad y comprensión necesarias para tratar las diversas reacciones del alumno.

Sus preguntas y respuestas, sus manifestaciones, representan tentativas de apropiarse de las múltiples relaciones y limitaciones que favorecen las tentativas de conquista del saber, mientras que permite al profesor el análisis de las relaciones establecidas en términos de la lógica existente en las soluciones apuntadas por el alumno. Es entonces sumamente importante el acompañamiento del profesor en las tareas realizadas por el educando en todos los grados de enseñanza. De esa forma, el proceso evaluativo a que me refiero es un método investigativo y que prescinde de la corrección tradicional, impositiva y coercitiva. Presupone que el profesor esté cada vez más alerta y se incline comprensivamente sobre todas las manifestaciones del educando. (Hoffmann, 2003, p. 66)

Sobre este asunto, Freire⁷ señala:

El diálogo es una especie de postura necesaria ya que los seres humanos se encuentran para reflexionar sobre su realidad tal como la hacen y rehacen (...) A través del diálogo reflexionamos juntos sobre lo que sabemos y lo que no sabemos y podemos actuar críticamente para transformar la realidad. (p. 21)

Hoffmann, continúa diciendo que, “la dinámica de la evaluación se hace efectiva, justamente, a partir del análisis de las respuestas del educando frente a las situaciones de desafío en las diferentes áreas del conocimiento” (2003, p. 66).

Esta autora también se refiere especialmente a los tests que tienden a ir más allá de una simple evaluación; este es un elemento de enseñanza que tiene el propósito de fundamentar nuestra actuación educativa.

Quiero alertar sobre la finalidad esencial del test en educación. Su significado no se resume a su aplicación, a su resultado, sino a la utilización, como fundamento, para nuestra acción educativa. Es un procedimiento de investigación, como punto de partida para el “ir más allá” en el acompañamiento del proceso de construcción del conocimiento. (Hoffmann, 2003, p. 48)

Otros autores también hacen comentarios sobre la evaluación en sus trabajos. Freire (1986) aborda el asunto y lo coloca como acción evaluadora formando parte del proceso de conocimiento del alumno.

La acción evaluadora abarca justamente la comprensión del proceso cognitivo. Porque lo que interesa fundamentalmente al educador, es dinamizar oportunidades para que el alumno reflexione sobre el mundo y conducirlo a la construcción de un mayor número de verdades, en una

⁷ Freire, (1986) citado en Hoffmann, (2003)

espiral necesaria de formulación y reformulación de hipótesis (abstracción reflexiva). (p.20)

Todas las etapas de ese proceso evaluativo tienen su importancia en la evolución, en el crecimiento pedagógico, en la actividad, en el contenido y en sus elementos aplicados al alumno, determinando y orientando la educación para un mejor saber y un aprender a hacer. Observamos que los autores están de común acuerdo en que precisamos modificar la enseñanza existente en la escuelas estudiadas en esta investigación.

Continuando con la reflexión sobre el proceso educativo, procuramos investigar los contenidos curriculares, por ello seleccionamos a Sacristán y Gómez (2000) que analizan y revelan el significado del currículo, en el que está, verdaderamente representada, la práctica y la experiencia del aprendizaje del alumno en su escuela.

(...) lo que importa no es lo que se dice sino lo que verdaderamente se hace; el significado real del currículo no es el plano ordenado, secuencial, ni que se definan las intenciones, los objetivos concretos, los tópicos, las habilidades, valores, etc. Cuando decimos que los alumnos aprenderán, es la práctica real lo que determina la experiencia de aprendizaje de los mismos. (p.133)

Los autores también afirman que la fuente del currículo es la cultura que emana de la sociedad, y que su selección debe ser hecha en función de criterios psicopedagógicos; pero que es preciso considerar antes de todo a qué idea de individuo y de sociedad sirve este currículo, o sea, a qué clientela está orientado. El contenido pasa a ser valioso y legítimo cuando tiene el aval social de quienes tienen poder para determinar su viabilidad.

Cuando se estudia el currículo se discuten propuestas reales de cambios para conseguir llegar a un determinado avance en la evolución e innovación de la práctica dentro de los parámetros sociales. El contenido curricular tiene una relación directa con la realidad, se relaciona con contextos escolares y extra-

escolares, con hábitos de comportamiento, con los medios y condiciones reales y con los profesores que forman parte de esta sociedad.

El Ministerio de Educación y Deporte, Secretaría de Educación Fundamental, afirma que:

El papel fundamental de la educación en el desarrollo de las personas y de las sociedades se agranda en el despertar del nuevo milenio y apunta a la necesidad de construir una escuela estructurada para la formación de ciudadanos. Vivimos en una era marcada por la competición y por la excelencia, en la que progresos científicos y avances tecnológicos definen nuevas exigencias para los jóvenes que ingresaron en el mundo laboral. Tal demanda impone una revisión de los currículos, que orientan el trabajo realizado por los profesores y especialistas en educación de nuestro país cotidianamente. (Ministério da Educação e do Desporto/ Secretaria de Educação Fundamental, 1998)

Así, el Ministerio también afirma que entrega a los profesores de las series finales de la enseñanza fundamental con inmensa satisfacción los Parámetros Curriculares Nacionales, con la intención de ampliar y profundizar un debate educativo que abarque escuelas, país, gobierno y sociedad y dé origen a una transformación positiva en el sistema educativo brasileño.

Los Parámetros Curriculares Nacionales fueron elaborados buscando, por un lado, respetar diversidades regionales, culturales, políticas existentes en el país y, por el otro, considerar la necesidad de construir referencias nacionales comunes al proceso educativo en todas las regiones brasileñas. Con esto, se pretende crear condiciones en las escuelas, que permitan a nuestros jóvenes acceder al conjunto de conocimientos socialmente elaborados y reconocidos como necesarios para el ejercicio de la ciudadanía.

Los documentos presentados son el resultado de un gran trabajo que contó con la participación de muchos educadores brasileños y tiene la marca de sus experiencias y de sus estudios, permitiendo así que fuesen producidos

en el contexto de las discusiones pedagógicas actuales. Inicialmente fueron elaborados documentos, en versiones preliminares, para ser analizados y debatidos por profesores que actúan en diferentes grados de la enseñanza, por especialistas de la educación y de otras áreas, y también por instituciones gubernamentales y no gubernamentales. (Ministério da Educação e do Desporto/ Secretaria de Educação Fundamental, 1998)

Demostrando este lado tan positivista del Ministerio (1998), las críticas y sugerencias presentadas contribuyeron a la elaboración de la actual versión, que deberá ser revisada periódicamente, con base al acompañamiento y la evaluación de su implementación.

Esperamos que los parámetros sirvan de apoyo a las discusiones y al desarrollo del proyecto educativo de la escuela, a la reflexión sobre la práctica pedagógica, a la planificación de sus clases, al análisis y selección de materiales didácticos y de recursos tecnológicos y, en especial, que puedan contribuir para su formación y actualización profesional.

Para que se alcance una propuesta comprensiva y realista para el alumnado, el currículo ideal debe ser más objetivo para ser aplicado y más próximo a la realidad. Según Cornbleth⁸ el currículo es más un proceso social que se crea y pasa a ser una experiencia a través de múltiples contextos que se relacionan entre sí.

Durante esta fase de realización curricular es necesario que tengamos conciencia de las lagunas existentes en los currículos de las escuelas de enfermería, relacionados con las cargas horarias y teorías de enseñanza oncológica, para que podamos relacionarlo con la enseñanza escogida, estudiada, que se pretende aplicar a un determinado público. Para esto estamos preparados gracias a las innovaciones y reformas que se han producido desde la escuela tradicional y la escuela más puntera. Sacristán y Gómez también afirman que es

⁸ citado en Sacristán y Gómez (2000)

importante considerar en cualquier conceptualización curricular cuatro principios que consideran muy importantes durante la organización del mismo, a saber:

Primero: el estudio del currículo debe servir para ofrecer una visión de la cultura que se da en las escuelas, en su dimensión oculta y manifiesta, considerando las condiciones en que se desarrolla.

Segundo: se trata de un proyecto que sólo puede ser entendido como un proceso históricamente condicionado, perteneciente a una sociedad, seleccionado de acuerdo con las fuerzas dominantes en ella, pero no sólo con capacidad de reproducir, sino también de incidir en esa misma sociedad.

Tercero: el currículo es un campo en el cual se relacionan ideas y prácticas recíprocamente.

Cuarto: como proyecto cultural elaborado, condiciona la profesionalización del docente y es preciso verlo como una pauta con diferente grado de flexibilidad para que los profesores/as intervengan en él (...) (Sacristán y Gómez, 2000, p.148)

Observamos claramente, en esta situación, que los autores insertan las tendencias de la pedagogía dentro de la evolución de la escuela y de sus contenidos curriculares.

Pasando de una escuela tradicional o *conduccionista*, a una escuela nueva, más *mediacional*, se coloca al profesor como un profesional directivo, transmisor de conocimientos, que incentiva, orienta y ayuda al alumno a aprender el contenido seleccionado y organizado. De esta forma puede ofrecer al alumnado una situación vinculada más estrechamente con lo que desean aprender para aplicarlo a su futuro profesional.

El profesor, como profesional que incentiva y organiza las situaciones de aprendizaje, sabe con claridad las condiciones que existen en su escuela y lo que ella necesita mejorar. Esa riqueza de detalles al montar el contenido curricular

orientado al sujeto tiene legitimidad, ya que muestra una coherencia entre la sociedad y la realidad.

Un contenido pasa a ser valioso y legítimo cuando goza del aval social de los que tienen poder para determinar su validez; por esto, la fuente del currículo es la cultura que emana de una sociedad. Su selección debe ser hecha en función de criterios psicopedagógicos, pero es preciso considerar, antes que nada, la idea de individuo y de sociedad y para qué sirven (...) (Sacristán y Gómez, 2000, p.148)

Estos autores comentan que la relatividad histórica es observada en un momento de evolución de valores sociales. Con el surgimiento de nuevas fases de economía, de cultura y de otros factores, se valoran determinados conocimientos en detrimento de otros, modificando así el perfil del contenido a ser impartido en las escuelas, caracterizando los cambios en las tendencias de la propia pedagogía.

Las selecciones de los contenidos curriculares terminan de una forma o de otra favoreciendo más a unos que a otros, conforme la procedencia cultural y social del estudiante, demostrando una desigualdad social entre ellos. La reciprocidad que existe entre el contenido curricular y la sociedad es una situación notoria. (op.cit. p.148)

Los cambios no se detienen aquí. Los movimientos del liberalismo económico e industrial resaltaban el valor de ofrecer a los estudiantes una oportunidad de igualdad para todos, condicionando, sin embargo, el origen de cada alumno.

En opinión de Sacristán, "...el principio de la educación para todos fue una expresión de creencia en el valor universal y democratizador de la cultura como oportunidad de desarrollo, y también como superadora de las desigualdades..." (2000, p.149).

Las profesiones fueron modificándose conforme a los cambios socioculturales. Las escuelas comenzaron a preparar mejor a los individuos para

una vida independiente, preocupadas por un sistema de enseñanza más específico, dirigido hacia un contenido de especializaciones que pudiesen atender las expectativas actuales de trabajo.

En la filosofía de la escuela *tecnicista*, el individuo vuelve a ser pasivo y pasa a convertirse en el receptor de programas escolares, más técnicos y/o especializados.

La idea de ampliar la formación básica común, por ejemplo, atrasando el comienzo de la formación especializada, no es fruto de una política asentada solamente en los principios humanistas e ilustrados de dar más formación a todos, más es fundamentalmente, la consecuencia de la evolución del mercado de trabajo. Éste necesita menos mano de obra no especializada, que atrasa la entrada al mundo laboral, por la misma razón, y que reclama una educación básica cada vez más sólida para enfrentar procesos más complejos y cambiantes, en los cuales el “saber profesional útil” es una separación en competencias intelectuales genéticas, que antes sólo eran necesarias para empleos más cualificados (...) (Sacristán y Gómez, 2000, p.148)

Siguiendo esta formación, comenzaron a aparecer movimientos neo-conservadores que preconizaban la escuela tradicional, dejando de lado el concepto de enseñanza media especializada y enseñanza fundamental general. Este momento aparece claramente en la escuela crítica, mostrando el perfil del profesor más competente, objetivo y responsable y a un alumno más participativo, constructor de su propio conocimiento.

La diferencia de visiones del mundo en relación a las creencias, ideas y otros agentes nos muestra la riqueza que hay en este medio y, al mismo tiempo, la dificultad y la imposibilidad que existe en montar y ofrecer un único contenido curricular para todos.

Precisamos respetar los distintos valores, creencias y su diversidad, interpretando sus conceptos y su visión cultural, universalmente hablando.

Sacristán y Gómez (2000) también afirman que el principio de la educación para todos fue una expresión de creencia en el valor universal y democratizador de la cultura como oportunidad de desarrollo superando las desigualdades. Ante esta apreciación señalan que:

(...) en una sociedad en que la cultura de procedencia de los individuos condiciona sus capacidades, intereses y aspiraciones, el currículo común de la escolaridad puede ser entendido como el conjunto de conocimientos, competencias y valores de los cuales todos pueden sacar provecho. Ciertos contenidos son más necesarios para aquellos que sin su adquisición serían más discriminados fuera de la escuela. Esos contenidos son la oportunidad para todos aquellos que, por su cultura de procedencia y origen social, tendrían menos oportunidades de tener acceso al conocimiento y a las distintas formas de expresión cultural. El currículo común es una oferta para participar de bienes culturales, creando las condiciones de la colaboración e igualdad social (...) (p.174)

Desde hace mucho tiempo en la historia de la educación se lucha por una escuela única, transformadora, pretendiendo la superación de las desigualdades sociales, con el objetivo de llegar a ofrecer una educación de mejor nivel, para que los individuos consiguiesen mejores posiciones sociales. También según estos autores, a pesar de sus intenciones, la experiencia histórica de la educación general levanta interrogantes sobre las posibilidades igualadoras, comparadas con la propia impotencia del sistema educativo para corregir la desigualdad social, teniendo dudas, inclusive, sobre las cualidades del llamado currículo común.

Incluso en países más desarrollados, resulta difícil ofrecer una educación común para todos los ciudadanos, todos los intentos realizados presentaron problemas. La propuesta del currículo común no tiene la intención de mantener un contenido cerrado, sino de compartir entre especialistas y administradores, profesores, padres y alumnos, una discusión positiva o no.

Continúan Sacristán y Gómez pensando que “lo importante es crear mecanismos de participación para discutir los problemas de la decisión, evaluación y revisión del currículo obligatorio, pues sólo así se puede evidenciar un consenso social y profesional.”

Esta es una cuestión todavía muy polémica y de opiniones divididas, entre el sistema educacional, dejando claro que las contradicciones entre la escuela común y la escuela obligatoria existen. Las contradicciones existen y existirán siempre, pero lo más importante es no dejar de continuar intentando viabilizar una mejor enseñanza para los alumnos en sus distintas realidades sociales.

Es en ese contexto que Sacristán y Gómez relatan que:

(...) apostar, en la educación general, y especialmente en la obligatoria, por un currículo de cultura integradora es situarse, por lo tanto, en una perspectiva de resistencia y de búsqueda de una alternativa frente a una práctica dominante de la cultura y de la sociedad modernas. Esta pretensión no es fácil, pues la integración del saber no dispone de los espacios, ni de los medios, ni personas o apoyo de los intereses que mantienen la especialización (...) (p. 184)

La diversidad de la enseñanza frente a un currículo común nos preocupa en relación a las diferentes formas ofrecidas y ritmos de aprendizaje. Por lo tanto debemos aceptar que es preciso montar un esquema curricular que se haga viable para todos, respetando las distintas culturas y proporcionando al alumno con diferentes aspiraciones, cultura y sociedad, la posibilidad de aprovechar esta escuela.

La heterogeneidad que existe entre diferentes grupos, caracterizada por los intereses, ritmos de aprendizaje y otros factores, marca la diferencia entre los alumnos. Este hecho exige que el profesor busque una didáctica y organización escolar diferenciada. De esta forma enfrentará difíciles desafíos para mantener un contenido homogéneo.

Sabemos que, aunque realice una buena evaluación y elija el contenido apropiado para ser aplicado a un determinado grupo, siempre traerá ventajas para unos y desventajas para otros, conforme la realidad y la cultura de cada individuo. Continúan los autores señalando que:

Ante esta realidad, la idea de una enseñanza con la intervención de los alumnos fue una aspiración difícil de resolver. El principio pedagógico que quiere responder a la diversidad entre los alumnos/as es el de la individualización: estrategia de enseñanza-aprendizaje en el que se considera la peculiaridad del alumno/a en general, o de alguno con necesidades específicas.

La historia de la práctica de la enseñanza ofrece ejemplos de sistemas que responden a este principio, no válidos para un sistema general de enseñanza, propios de determinadas clases sociales: educación de príncipes, de *gentleman*, tutorías para niños de familias que podían permitirse un preceptor para sus hijos. Al contrario, en organizaciones escolares, la enseñanza, en vez de enfrentar la heterogeneidad, se impuso a las diferencias individuales por medio de la disciplina, generando patrones de comportamiento y de exigencia académica igualitaria, a la cual los individuos deben someterse. (p.187)

Sacristán y Gómez (2000), en uno de sus párrafos, cuando analiza la diversidad y el currículo común en relación a respuestas políticas, organizativas y didácticas, comentan que el pensamiento *taylorista* de adaptar los individuos conforme su aptitudes, fue concebido en la sociedad como un nuevo instrumento: la heterogeneidad, que es trabajada más tarde, en conjunto con la pedagogía, para articular los currículos más específicos para cada alumno.

Al principio, parecía más fácil trabajar con metodologías aplicadas igualmente a todos, conforme sus aptitudes, que trabajar las diferencias contenidas en estos estudios heterogéneos.

Con el paso del tiempo, se verificó que este proceso clasificaba los individuos en distintas categorías, naturalmente separadas de los otros por ser

específicos y modelados dentro de una educación especial. Este proceso trajo a la sociedad la necesidad de pensar más en una educación democratizada, donde los más débiles no tienen el apoyo de los más fuertes para poder encontrar estímulos para progresar. Con esto, se mostró que este tipo de práctica clasificadora caracterizaba las diferencias sociales.

Esta forma de implantar la enseñanza conforme cita Sacristán y Gómez (2000), choca con la estructura escolar dominante, con un currículo subdividido, donde los alumnos son clasificados; por este motivo aparecen grandes dificultades al aplicarla.

El autor reflexiona:

El problema fundamental es que, en una sociedad con desigualdades, lógicamente los puntos de partida son muy diversos, por eso, proporcionar lo mismo a todos en la escolaridad obligatoria no significa promover la equidad. No se trata de diferencias psicológicas en cuanto al grado y tipo de cualidades del alumnado, sino de sus posibilidades, en función del medio del cual se procede y al cual se pertenece.

La educación obligatoria mantiene mecanismos selectivos y de jerarquía, realiza prácticas de segregación por medio de selección del currículo dado, o por medio de su organización y desarrollo, y se transforma en una educación uniforme para todos, contribuyendo a mantener y reforzar las diferencias entre los alumnos en la escolarización” (p.191)

Es sabido que en una sociedad tan diversificada como en la que vivimos, la aplicación de un currículo común no puede descartar que existan alumnos también diversificados y que no tuvieran las mismas oportunidades de vivencias cuando ingresaron en una escuela.

Es fácil observar que las diferencias sociales y psicológicas se transforman en un problema y hasta en un desafío para la organización de un sistema de educación aplicado a un currículo común. Por esto fueron estudiadas nuevas propuestas de currículos, con opciones diferenciadas, proponiéndose una solución

intermedia en la modalidad de un currículo más flexible atendiendo a una enseñanza comprensiva. Fueron seleccionados en el currículo contenidos comunes y otros específicos, para que se aplicase una enseñanza más adecuada.

La homogeneización que la escuela ofrece proporciona al alumnado una vida rutinaria, imponiendo una metodología poco variada, mientras que un currículo flexible podrá ofrecer múltiples oportunidades e dando oportunidades variadas de aprender.

En esta coyuntura, los autores se refieren a las teorías y las prácticas didácticas incluidas en este currículo seleccionado diciendo que deben tener irrecusables elementos teleológicos, internacionales, que excedan la naturaleza explicativa de las teorías del aprendizaje. Este es uno de los puntos más oscuros y, paradójicamente, más crucial para determinar la relación entre las teorías del aprendizaje y de la enseñanza. Los autores comprenden y ofrecen una conclusión de la teoría y de la práctica, diciendo que:

(...) concluyendo provisionalmente ese análisis, podemos afirmar que las teorías del aprendizaje dan la información básica, mas no suficiente, para organizar la teoría y la práctica de la enseñanza (..), Tales procesos no se desarrollan en el seno de la entidad individual llamada alumno/a, sino en complejas redes de intercambio social, dentro y fuera del aula, y del recinto escolar, de modo que las variables contingencias culturales, sociales y materiales del medio son de extraordinaria importancia para comprender y orientar los procesos de aprendizaje y desarrollo (...) (Sacristán, 2000, pp. 50-51)

La veracidad de los hechos observados durante nuestro estudio evidencia que la didáctica se apoya en la vivencia del ser humano. Los cambios realizados en los contenidos curriculares se adecuaron a una nueva visión en función de la evolución del ser humano, esperando con esas reformas ofrecer una formación que contribuyese a la adquisición de conocimiento para todos, especialmente en lo que concierne a las disciplinas básicas. La tentativa de adecuar esos contenidos curriculares para atender las expectativas de una nueva sociedad es

difícil, pero vale la pena intentarlo. Creemos que con esta investigación seremos capaces de intentar cambiar las ideas de los contenidos curriculares de las escuelas de enfermería.

Esta noción de la enseñanza se proyecta decisivamente hacia un futuro desconocido, en el cual el individuo basará su vida. Tanto profesor como alumno en este momento se relacionan en innumerables procesos extraescolares de interacción social. En este sentido, Freire (1997) afirma:

(...) ¿por qué no discutir con los alumnos la realidad concreta que deba asociarse a la disciplina cuyo contenido se enseña, la realidad agresiva en que la violencia es la constante, y que la convivencia de las personas es mucho mayor con la muerte que con la vida? ¿Por qué no establecer una necesaria “intimidad” entre los conocimientos curriculares fundamentales de los alumnos y la experiencia social que tienen como individuos? (p. 34)

De esta forma se presenta un dilema, ¿cómo hacer que esa práctica sea un proceso real y comprensivo para una cultura escolar más ajustada a los parámetros didácticos? La respuesta a esta pregunta continúa estando ligada a los hechos reales de una sociedad tan diversa como con la que lidiamos en el universo de la educación.

En las distintas dimensiones en que se incluye el contenido curricular, resulta un factor importante la flexibilidad en su forma de estructurarlo, debido a la contribución de las diferentes líneas teóricas de la educación. Sin embargo, el profesor al pasar por esta fase de selección de contenido curricular, objetivamente lo adaptará, diversificándolo, pero entrelazándolo siempre al concepto cultural de las diversas realidades que vive.

Hablando Freire sobre la necesidad de innovaciones de contenidos escolares afirma que “el aprendizaje de un contenido que se dé al margen, o sin incorporar un aprendizaje mayor que es el de la rigurosidad de pensar en el sentido de la aprensión de la razón de ser del objeto, no posibilita la indispensable

rapidez de razonamiento para responder a aquella exigencia.” (Freire 1997, p. 100)

Como estamos estudiando el tema de los currículos y seleccionando sus contenidos, tenemos que pensar qué tipo de formación se debe ofrecer al profesional en un ámbito general frente a tantas propuestas de educación. Freire analiza la formación técnico-científica y habla de la preferencia que deberíamos tener en relación al entrenamiento ya que es mucho más que una simple destreza frente al uso de procedimientos tecnológicos:

En el fondo, la educación de adultos hoy, como la educación en general, no puede prescindir del ejercicio de pensar críticamente la propia técnica. La convivencia de la técnica con la ética implica una reflexión radical sobre el ser humano, sobre su presencia en el mundo y su relación con él. (Freire, 2000, p. 102)

La selección de los contenidos curriculares preparados para esa formación termina, de una forma u otra, favoreciendo más a unos individuos que a otros, conforme la procedencia cultural y social del estudiante, mostrando la desigualdad social que existe entre ellos. Si, de un lado, la educación no es la palanca de las transformaciones sociales, de otro, éstas no se hacen sin ella.

Si de mi proyecto de acción política, por ejemplo, excluyo la acción educativa, porque sólo después de la transformación puedo preocuparme por la educación, torno inviable el proyecto.

Es en este sentido que una educación crítica, radical, no puede jamás prescindir de la percepción lúcida del cambio que inclusive revela la presencia interventora del ser humano en el mundo. También forma parte de esta percepción lúcida del cambio la naturaleza política e ideológica de nuestra posición, independientemente de si somos conscientes de esto o no. (Freire, 1997, p. 32)

Los cambios no terminan ahí. Los movimientos del liberalismo económico y industrial resaltaban el valor de ofrecer a los estudiantes una oportunidad de

igualdad para todos, pero condicionada al origen socio-cultural de cada alumno. Conforme a estas modificaciones, la necesidad de hacerse un hueco en el mercado quedó más patente si cabe, y entonces los currículos se transformaron cada vez más, intentando adecuarse a una situación real; las escuela, entonces, pasó a preparar mejor a los individuos para una vida independiente y exitosa a nivel económico, y así el sistema de enseñanza se inclinó más hacia un contenido de especializaciones que atendiesen las expectativas actuales de trabajo. Podemos citar aquí la filosofía de la escuela tecnicista, en la que el individuo vuelve a ser más pasivo y receptor de programas escolares más técnicos y/o especializados.

Siguiendo esta formación más tecnicista, comenzaron a aparecer movimientos neoconservadores que preconizaban la continuación de la escuela tradicional, dejando de lado el concepto especializado de la enseñanza generalizada o tecnicista. En este momento aparece claramente la escuela crítica, mostrando el perfil del profesor más competente, objetivo, responsable y a un alumno más participativo y constructor de su propio conocimiento.

Dentro de una lógica, los currículos llegan a las formas más específicas y profesionalizantes cuando son orientados a un futuro trabajo. Sacristán y Gómez (2000) señalan que el individuo que vive en una determinada sociedad y que, naturalmente, tiene acceso a la cultura local, estará preparado para realizar adecuadamente un trabajo en el ambiente en que vive a través de una buena capacitación. Este análisis enfatiza lo que pensamos. En el área de la salud es preciso que haya una coherencia entre la enseñanza y la realidad social, sea esta regional o nacional.

La Enfermería brasileña precisa ser conducida por este camino y de esa forma, ofrecer a los estudiantes una enseñanza cualificada, vislumbrando un profesional que pueda atender a la población en sus necesidades básicas.

Los organizadores de las actividades y seleccionadores de los contenidos curriculares no pueden despreciar las influencias de la sociedad, del ambiente

escolar en su estructura, ni el clima pedagógico, la formación profesional de los docentes y la disponibilidad de recursos materiales. En relación al proceso de enseñanza-aprendizaje específico para la preparación del profesional de enfermería, estudios realizados desde 1988 por Rodrigues pretendían conocer cómo se desarrollaba la enseñanza de oncología en las escuelas de Enfermería, identificando los principios pedagógicos aplicados a esta enseñanza, cuáles eran las políticas educativas sugeridas y cuál era la definición del papel del enfermero docente para alcanzar los fines propuestos.

En esta investigación Sacristán afirma que la dimensión educativa es, sin duda, uno de los aspectos más innovadores dentro de las escuelas. Sin embargo, es preciso realizar una apreciación general de la intervención dentro de la visualización de las metas pedagógicas alcanzadas hasta el momento.

Cuando son abordadas las actividades relacionadas con la enseñanza, se deben correlacionar con el contenido seleccionado, para que éste sea más objetivo y real, atendiendo a una clientela previamente seleccionada. La actividad de enseñar es un factor fundamental en el proceso de aprendizaje. La forma en que algo es transmitido por alguien tiene una importancia decisiva en los resultados que se desean alcanzar.

Por este motivo y de acuerdo con la realidad de la formación de los enfermeros en Brasil, reforzamos la necesidad de incentivar una enseñanza de la enfermería oncológica de mayor calidad en las escuelas brasileñas. Las estimaciones de casos nuevos y de óbitos por cáncer en cada región de Brasil son muy preocupante.⁹

Observamos así que la necesidad de formar profesionales de la salud para actuar en el área oncológica es significativa. En este estudio, específicamente,

⁹ Según el CUADRO 4: Disciplina(s) que imparte(n) el contenido de Enfermería Oncológica. Cap. IV

tratamos de observar los contenidos curriculares en el área oncológica ofrecidos a los enfermeros. Esta observación fundamentó nuestra investigación para saber en qué condiciones se encuentra un enfermero para enfrentar idóneamente el cuidado y la asistencia, desde la prevención hasta la rehabilitación de la población brasileña enferma de cáncer.

El currículo que las escuelas ofrecen en el Estado de Río de Janeiro contempla la enseñanza de la oncología en las diversas disciplinas de forma fragmentada, carga horaria teórica insuficiente, parte práctica realizada en lugares inadecuados y también con carga horaria impropia para que ese alumno, al egresar de la Escuela, pueda atender competentemente en el área oncológica.

El perfil mostrado en las Escuelas de Enfermería de este Estado nos muestra la necesidad urgente de ofrecer una enseñanza más específica para los alumnos que ya han egresado. Por este motivo, el Instituto Nacional del Cáncer, representado por el Ministerio de la Salud junto con la Coordinación de Enseñanza y Divulgación Científica (CEDC), ofreció un curso de Especialización en Enfermería Oncológica en 1998, a nivel nacional, para atender esa demanda.

Con la intención de mejorar la preparación de los profesionales enfermeros que no recibieron en sus escuelas el aprendizaje propio de la enfermería oncológica, el curso ofreció algunas modalidades de enseñanza específica para disminuir, de esta forma, la laguna existente en los currículos escolares de estas Escuelas.

En nuestra investigación queda claro que es urgente e indispensable que las Escuelas de Enfermería den importancia a la enseñanza de conductas diagnósticas y terapéuticas en oncología, junto con habilidades y destrezas. El contenido curricular debe ser modificado en relación a las necesidades más importantes de la sociedad, buscando siempre su bienestar.

La sociedad brasileña viene desarrollando acciones en relación a una mejor atención de la salud y especialmente en relación a los enfermos cancerosos.

Sabemos que esta situación no está totalmente generalizada, por eso el Ministerio de la Salud viene ofreciendo estos cursos junto con políticas nacionales de salud relacionadas directamente con el cáncer.

El Estado de Río de Janeiro es una Unidad Federativa con gran representación en el país, tanto en aspectos políticos, sociales, culturales y económicos como educativos, lo que nos conduce a reforzar la idea principal de este trabajo: la enseñanza de la Enfermería en el área oncológica.

Aprovechando la discusión sobre los cursos y sus necesidades, Fernandes (2004) explica la estructuración y la organización de los mismos. Según el autor, el curso deberá asegurar al estudiante una visión de ciudadano para que pueda contribuir con la sociedad. La idea de educar para la ciudadanía y la participación plena en la sociedad, son definiciones de tácticas pedagógicas que articulan el saber, el saber hacer y el saber convivir.

Es indispensable desarrollar el aprender a aprender, el aprender a ser, el aprender a hacer, el aprender a vivir juntos y el aprender a conocer, ya que son predicados indispensables a la formación del enfermero. También deben valorarse las dimensiones éticas y humanísticas, desarrollando en el alumno actitudes y valores orientados a la ciudadanía y a la solidaridad. El autor refuerza todavía más esta idea de la actual situación que vivimos en el país con el siguiente comentario:

(...) creemos que el proceso de aprendizaje posibilita al individuo a salir de la rutina de lo conocido y buscar nuevas formas de interpretación de la realidad, y es exactamente a través de esa perspectiva que creemos que es viable para el enfermero profesional ser capaz de transformar la realidad de la salud a través de su acción educativa. El alumno sólo aprende a aprender cuando crea. Es preciso que su pensamiento deje de ser un instrumento pasivo, conformista y sumiso para convertirse en un acto libertador. (Fernandes, 2004, p. 79)

Podemos citar algunos autores que aportan resultados coincidentes con nuestro estudio. Según la investigadora Ferreira y cols (1994) se debe verificar si

los enfermeros que trabajan en Unidades de Oncología se sienten preparados para asistir al paciente con cáncer, basándose en los conocimientos y habilidades adquiridos en el curso de graduación en Enfermería.

La autora constató que la formación recibida por los enfermeros que actúan en el área de oncología no fue satisfactoria, tanto en el aspecto del contenido teórico y práctico que se enseña en las escuelas como en la metodología adoptada para la enseñanza de esta especialidad.

El estudio reafirma la necesidad de que se pongan en práctica las directrices para la enseñanza de cancerología en los cursos de graduación en Enfermería, conforme preconiza el Ministerio de la Salud. Señala, asimismo, que es un gran desafío y que, al mismo tiempo, existe un fuerte estímulo para lograr la formación de este enfermero. Por otro lado, se evidencia la gran responsabilidad de las instituciones formadoras para poner en marcha las indicaciones de las directrices curriculares, considerando que depende de la acción humana, concretada a través de la relación profesor-alumno.

Mazzotti (1999) afirma que los documentos nos respaldan en relación a los cambios en el contexto curricular:

(...) cualquiera que sea la forma de utilización de los documentos, el investigador precisa conocer algunas informaciones sobre ellos, como por ejemplo, por qué institución o por quién fueron creados, qué procedimientos y/o fuentes utilizaron, con qué propósitos fueron elaborados. La interpretación de su contenido no puede prescindir de esas informaciones.
(p. 169)

Cuando se trata de la formación, y naturalmente del aprendizaje de esos enfermeros, sabemos que tenemos varias y diversas formas de aplicar el contenido curricular. Por lo tanto, existe una fuerte relación entre las condiciones socio-políticas que provienen de una determinada sociedad y la cultura que influye directamente en el individuo en relación al medio en que vive, resultando implícito el resultado final de este aprendizaje.

Tenemos que considerar que durante la enseñanza ofrecida por los profesores existen formas diferenciadas de aprender. Cada alumno reacciona de forma diferente frente a los asuntos sociales más relevantes.

En este sentido recordamos el currículo que muchas veces utilizamos empíricamente cuando realizamos una asociación de condiciones, algunas ideales y otras realistas, y a las que son sometidos los alumnos durante una experiencia escolar.

El currículo abarca más el lado explícito u oficial. Cuando un estudiante aprende en su práctica escolar a realizar sus actividades de una manera diferente de la realidad en que vive, tendrá serios problemas de adecuación. Es el caso del enfermero que se forma y cuando ingresa al mercado de trabajo se encuentra con una sociedad muy fragil ante el cáncer. Su práctica es una y su experiencia escolar es otra.

La profesora Marcia Rufino (1985) en la disertación de su Tesis de Doctorado afirma que la opción del modelo de enseñanza por competencia (o de aprendizaje para el dominio) de línea cognitiva es eficaz. En el curso de graduación en enfermería, la autora constata y justifica que las posibilidades que se ofrecen facilitan el aprendizaje al alumno y pongan a su alcance los objetivos curriculares al completo.

En su estudio sobre el currículo en las Escuelas de Enfermería se informa de que la experiencia vivida y pensada con ese trabajo mostró que, incluso con la presencia de los determinantes educacionales, tanto internos como externos, cree que la escuela todavía deberá hacer mucho por la formación de sus estudiantes. Cuando analiza el currículo en las Escuelas de Enfermería, coincide con nuestro pensamiento:

La utilización del modelo de enseñanza por competencia aumentaría el rendimiento de los alumnos con relación a los años anteriores, siendo el objetivo desarrollar este modelo aplicado a la disciplina de enfermería Médica. La hipótesis fue que el modelo de enseñanza por competencia

sería más eficiente que el tradicional, si se aplicara por un mismo docente en un mismo año escolar.

Su conclusión refiere que el modelo es más eficaz / eficiente en relación al modelo tradicional, por lo menos cuando aplicado y/o repetido en las condiciones en que fue efectuado en el presente estudio.

La educación, en un ámbito general, debe ser siempre actualizada en un proceso constante para que las competencias se adecuen a los constantes cambios que se procesan en el mundo y en la vida del actual trabajador. (Rufino, 1985, p.5)

Mucho se puede hacer para aumentar la eficacia del proceso de enseñanza aprendizaje, procurando así mejorar la formación del alumno para que pueda, en un futuro, atender las necesidades vitales de la población.

Como se ha dicho anteriormente, la enseñanza de enfermería en el nivel de graduación pasó, en los últimos años, por transformaciones en su contenido curricular, relacionadas con el aspecto metodológico y las prácticas sociales vigentes.

Esas modificaciones ocurrieron tanto en la parte teórica como en la práctica. Siempre existió una gran preocupación por la adecuación de la enseñanza de Enfermería en relación a la formación de sus estudiantes. Surge también una inquietud en relación a la realidad social y a la enseñanza tradicional que se ofrece en las Escuelas. Por lo tanto, delante de ese cuadro teórico que acabamos de presentar, podemos verificar varias opiniones de estudiosos del tema que mostraron su preocupación por atender los cambios ideológicos dentro de un modelo de práctica profesional hegemónica en un determinado momento y en una determinada sociedad.

2.2. Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional

Cambios decisivos en el panorama educativo brasileño hicieron necesaria la creación de normas, reglamentos y leyes que orientaron la enseñanza hacia una perspectiva revolucionaria en la formación profesional. La actual Ley nº 9394 del 20 de diciembre de 1996, conocida como LDB o Ley Darci Ribeiro establece dos niveles de educación: el medio y el superior.

La modalidad de esta Ley referente a la enseñanza superior está formada por cursos correlativos de grado y post-grado, incluyendo en el aprendizaje de la enfermería, varios cambios significativos en relación a la enseñanza tradicional, con características más técnicas.¹⁰

Las entrelíneas de este decreto describen una enseñanza profesional, pensada más para el desarrollo del trabajo práctico, profundizando en los conocimientos tecnológicos, para que permitan al profesional articular la práctica con la teoría. Está más relacionado con un “aprender para saber hacer.”

Con el objetivo de definir conceptualmente las Directrices Curriculares, la Secretaría de Educación Superior/Ministerio de Educación SESu /MEC propone las siguientes orientaciones básicas:

(...) Las Directrices Curriculares, deben posibilitar a las Instituciones de Enseñanza Superior (IES) definir diferentes perfiles profesionales para cada área de conocimiento, garantizando una flexibilidad de cursos y carreras y promoviendo la integración de la enseñanza de graduación con post-graduación. En este sentido, las IES deben contemplar en el perfil de sus alumnos las competencias intelectuales que reflejen la heterogeneidad de las demandas sociales en relación a profesionales de

¹⁰ Reglamentado por el Decreto 2208 del 17 de abril de 1997.

alto nivel, conforme a la innovación presente en el segundo punto del artículo 43 de la LDB, que define como papel de la educación superior el de “formar diplomados en las diferentes áreas de conocimiento, aptos para la inserción en sectores profesionales.” (Ley 9.394, 1996)

A continuación el artículo 43 referente a la enseñanza superior de la ley expresa:

Art. 43. La educación superior tiene por finalidad:

I - estimular la creación cultural y el desarrollo del espíritu científico y del pensamiento reflexivo;

II - formar diplomados en las diferentes áreas de conocimiento, aptos para la inserción en sectores profesionales y para la participación en el desarrollo de la sociedad brasileña, y colaborar en su formación continua;

III - incentivar el trabajo de investigación científica, procurando el desarrollo de la ciencia y de la tecnología, y de la creación y difusión de la cultura y, de ese modo, desarrollar el entendimiento de la persona y del medio en que vive;

IV - promover la divulgación de conocimientos culturales, científicos y técnicos que forman parte del patrimonio de la humanidad y comunicar el saber a través de la enseñanza, de publicaciones o de otras formas de comunicación;

V - incentivar el deseo permanente de perfeccionamiento cultural y profesional y posibilitar la correspondiente concreción, integrando los conocimientos que van siendo adquiridos en una estructura intelectual sistemática del conocimiento de cada generación;

VI - estimular el conocimiento de los problemas del mundo presente, en particular los nacionales y regionales, prestar servicios especializados a la comunidad y establecer con ésta una relación de reciprocidad;

VII - promover la extensión, abierta a la participación de la población, procurando la difusión de las conquistas y beneficios resultantes de la creación cultural y de la investigación científica y tecnológica generada en la institución. (Ley 9.394, 1996)

En el período de 1995 a 2001 pudimos observar la preocupación del Ministerio de la Educación en renovar y actualizar las Directrices y Bases del Currículo de la enseñanza Superior. Durante esta etapa se ofreció una mayor flexibilidad en la organización escolar como forma de reentender la enseñanza tradicional aplicada. El objetivo fue una evaluación que diese margen para que las Instituciones organizaran sus actividades de enseñanza, dentro de una modalidad relacionada con el perfil del educando egresado/profesional. Las competencias y habilidades, contenido curricular, prácticas y actividades complementarias, organización del curso y acompañamiento y evaluación, están referidas en el dictamen CES/CNE 583/2001.

(...) Las Directrices Curriculares deben conferir una mayor autonomía a las IES en la definición de los currículos de sus cursos. De esta forma, al contrario del actual sistema de currículos mínimos, donde son detalladas las disciplinas que deben aparecer en cada curso, se deben proponer líneas generales capaces de definir las competencias y habilidades que se desean desarrollar. Se espera así la organización de un modelo capaz de adaptarse a las condiciones dinámicas del perfil profesional exigido por la sociedad en la que la graduación pasa a tener un papel de formación inicial en el proceso continuo de educación permanente que es inherente al mundo del trabajo. (Ley 9.394, 1996)

Los actuales cambios curriculares que han ocurrido a partir de la LDB n° 9.394/96 señalan nuevas Directrices Curriculares en los cursos de graduación y en los cursos técnicos profesionales, utilizando el modelo de enseñanza basado en competencias.

En la referida legislación, cuando se forman profesionales, los profesores se ven en un momento histórico clave, con la necesidad de abordar con

planteamientos nuevos la formación del alumnado, creando acciones diferentes, instauradas dentro de un conocimiento formal y legal, fruto de las políticas públicas de educación. Podemos observar que el propio concepto de profesor se modifica a lo largo de los tiempos. Actualmente se valora al docente como orientador, supervisor y evaluador de las actividades del alumnado y no sólo como un mero repetidor de ideas.

Las políticas para la educación superior estipuladas por la LDB consideran tres actividades importantes: la investigación como producto de un determinado saber, la enseñanza como transmisión de este saber; y la extensión como la devolución de este saber a la sociedad, bajo la forma de servicio/atención, ofrecido fuera del ámbito de las actividades eminentemente académicas, como señala Villad (1998).

El MEC solidifica nuestro pensamiento, cuando afirma:

(...) El Plan Nacional de Educación, Ley 10.172 de enero de 2001, define, en los objetivos y metas: 11) Establecer, a nivel nacional, directrices curriculares que aseguren la necesaria flexibilidad y diversidad en los programas ofrecidos por las diferentes instituciones de enseñanza superior, para atender mejor las necesidades diferenciales de sus clientelas y las peculiaridades de las regiones en las cuales se encuentran (MEC, 2001). (Ley 9.394, 1996).

Es imperioso saber de qué manera estos profesionales están siendo preparados en las Escuelas de la ciudad de Río de Janeiro en relación al perfil de las actuales Directrices Curriculares. La propia ley delega en los enfermeros egresados la responsabilidad de asistir a la población enferma de las dolencias mayoritarias en el perfil epidemiológico nacional.

Según Berger (1999):

La educación básica debe mantener una relación de complementariedad con la educación profesional, que debe capacitar a "jóvenes y a adultos con

capacidades y habilidades generales y específicas para el ejercicio de actividades productivas”. Esta formación debe ser ofrecida en distintos niveles: capacitando y actualizando a jóvenes y adultos con cualquier nivel de escolaridad, habilitando profesionales matriculados de la enseñanza media o superior, especializando y perfeccionando a los profesionales de las áreas afines.

Coincidimos con el autor que continúa su explicación sobre la educación profesional:

En la actual ley, el Capítulo III del Título V —«De los niveles y de las modalidades de educación y enseñanza»— está totalmente dedicado a la educación profesional, tratándola en su interés, como parte del sistema educacional. Desde este nuevo enfoque, la educación profesional tiene como objetivos, no sólo la formación de técnicos de nivel medio, sino también la calificación, la recalificación, la re-profesionalización de trabajadores de cualquier nivel de escolaridad, la actualización tecnológica permanente y la habilitación en los niveles medio y superior. En fin, reglamenta la educación profesional como un todo, contemplando las formas de enseñanza que habilitan y están referidas en los niveles de la educación escolar, en el conjunto de la calificación permanente para las actividades productivas. Aunque la ley no es explícita, la educación profesional es tratada como un subsistema de enseñanza. (Berger, 1999)

Más adelante el mismo autor cita algunos artículos de la Ley de Directrices y Bases enfatizando los procesos de formación escolares.

Una vez más aparece en la Ley de Directrices y Bases, en el Art. 39, la referencia al concepto de «aprendizaje permanente». La educación profesional debe inducir al «permanente desarrollo de aptitudes para la vida productiva». Y destaca una vez más la relación entre educación escolar y procesos formativos cuando hace referencia a la integración entre la educación profesional y las «diferentes formas de educación», el trabajo, la ciencia y la tecnología. El párrafo único de este artículo y los artículos 40 y 42 introducen el carácter complementario de la educación profesional y

amplían su actuación de la escolaridad formal y su *locus* para el de la escuela. Finalmente, establece la forma de reconocimiento y certificación de las competencias adquiridas fuera del ambiente escolar, para proseguir los estudios, o para obtener una titulación, de forma absolutamente innovadora en relación con la legislación preexistente. (Berger, 1999)

Conforme el autor cita alguna parte de la Ley 9.394 de 20 de diciembre de 1996, donde establece las directrices y bases de la educación nacional brasileña del capítulo III y sus artículos, continuaremos citando algunos artículos del mismo capítulo por ser muy importante para comprender la educación profesional en Brasil.

Art. 39. La educación profesional, integrada en las diferentes formas de educación, trabajo, ciencia y tecnología, conduce al permanente desarrollo de aptitudes para la vida productiva.

Párrafo único. El alumno matriculado o egresado de la enseñanza fundamental, media y superior, tanto como el trabajador en general, joven o adulto, contará con la posibilidad de acceso a la educación profesional.

Art. 40. La educación profesional será desarrollada en articulación con la enseñanza regular o por diferentes estrategias de educación continuada, en instituciones especializadas o en el ambiente de trabajo.

Art. 42. Las escuelas técnicas y profesionales, junto con sus cursos regulares, ofrecerán cursos especiales, abiertos a la comunidad, condicionada la matrícula a la capacidad de aprovechamiento y no necesariamente al nivel de escolaridad. (Ley 9.394, 1996)

Las posibilidades de estar siempre preguntando cuál es la mejor forma de innovar y establecer un nuevo proceso de aprendizaje para el alumno, nos hace reflexionar para encontrar respuestas.

En su libro *Educação profissional no Brasil, novos rumos*, el investigador Berger propone un vínculo entre la escuela y el mundo laboral:

¿Cómo hacer educación profesional sin los profesionales? La labor en equipo entre la escuela y el mundo del trabajo es una necesidad para la concreción de esta concepción de educación profesional.

Equipos de la escuela y del área de producción deben estar permanentemente trabajando para construir un proceso pedagógico que cree condiciones de excelencia en la formación, sin que ésto signifique una anulación de la diferenciación de papeles entre los actores de las dos áreas: profesores y profesionales.

Los profesores son, en primer lugar, agentes de movilización, concedores del proceso de aprendizaje y, por lo tanto, organizadores de este proceso y agentes de sistematización de los aprendizajes realizados. Los profesionales de las áreas son formuladores de problemas, reguladores del proceso y estimuladores de innovaciones. La planificación se hace en conjunto. El proceso pedagógico debe ser simultáneo, articulado. (Berger, 1999)

El autor concluye su pensamiento reforzando la idea de que es necesario desarrollar cada vez más las diversas formas de pensamiento del estudiante dentro de un contexto social, afectivo, psicomotor y cognitivo.

Por lo tanto, la definición de competencias y habilidades y de las bases tecnológicas requeridas para la formación de un profesional, deben estar inequívocamente en el análisis del proceso productivo de cada área profesional.

La descripción de las etapas de este proceso, de las funciones y subfunciones a ser desempeñadas por los trabajadores, debe ser objeto de investigación por técnicos en elaboración curricular, articulados con profesionales del sector o del área de producción.

El diseño de este cuadro permitirá que se establezcan las competencias, es decir, las operaciones mentales —socio-afectivas, psicomotoras o cognitivas— que precisan ser desarrolladas por los estudiantes, en una óptica en la que saber hacer no es el resultado de una instrucción

mecanicista sino de una construcción mental que puede incorporar nuevos conocimientos, viabilizando una recalificación y una reprofesionalización en función de los cambios económicos y tecnológicos.

En relación a la Educación Superior, la Ley establece en su capítulo IV los artículos que definen las competencias básicas para este nivel de enseñanza. Según expresa Minto (1995):

Preocupados con la posibilidad de formar para la ciudadanía, en este breve análisis de la "Ley Darcy Ribeiro" - la nueva Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional (LDB) - trata, directa o indirectamente, sobre la calidad de la enseñanza, la formación de educadores y la gestión democrática, así como las actividades permanentes, establecidas por la ley." (Art. 9º, § 1º).

Para mayor claridad, incluimos el artículo 9º, citado por el mencionado autor:

Art. 9º. La Unión se responsabilizará por:

I - elaborar el Plano Nacional de Educación, en colaboración con los Estados, el Distrito Federal y los Municipios;

II - organizar, mantener y desarrollar los órganos e instituciones oficiales del sistema federal de enseñanza y el de los Territorios;

III - dar asistencia técnica y financiera a los estados, al Distrito Federal y a los municipios para el desarrollo de sus sistemas de enseñanza con atención prioritaria a la escolaridad obligatoria, ejerciendo su función redistributiva y suplente;

IV - establecer, en colaboración con los Estados, el Distrito Federal y los Municipios, competencias y directrices para la educación infantil, la enseñanza fundamental y la enseñanza media, que dirigirán los currículos y sus contenidos mínimos, de modo que asegure la formación básica común;

V - recoger, analizar y distribuir informaciones sobre la educación;

VI - asegurar el proceso nacional de evaluación del rendimiento escolar de la enseñanza fundamental, media y superior, en colaboración con los sistemas de enseñanza, objetivando la definición de prioridades y la mejora de la calidad de la enseñanza;

VII - dictar normas generales sobre cursos de graduación y post-graduación;

VIII - asegurar el proceso nacional de evaluación de las instituciones de educación superior, con la cooperación de los sistemas que tengan responsabilidad sobre este nivel de enseñanza;

IX - autorizar, reconocer, formalizar, supervisar y evaluar, respectivamente, los cursos de las instituciones de educación superior y los establecimientos de su sistema de enseñanza.

§ 1º. En la estructura educacional habrá un Consejo Nacional de Educación, con funciones normativas y de supervisión y actividad permanente establecido por ley.

§ 2º Para el cumplimiento de lo dispuesto en los incisos V a IX, la Unión tendrá acceso a todos los datos e informaciones necesarios de todos los establecimientos y órganos educativos.

§ 3º. Las atribuciones constantes del inciso IX podrán ser delegadas en los Estados y el Distrito Federal, si mantienen instituciones de educación superior. (Ley 9.394, 1996)

Poco se dice sobre el Plano Nacional de Educación previsto en la C.F./ 88 (Art. 214), aunque su elaboración es realizada por la Unión, "en colaboración con los Estados, el Distrito Federal y los Municipios" (Art. 90). El Plan debe ser encaminado por la Unión al Congreso Nacional, un año después de la publicación de la LDB, "con directrices y metas para los diez años siguientes, en sintonía con

la Declaración Mundial sobre Educación para Todos" (Art. 87, § 1º, De las Disposiciones Transitorias).

El autor Minto analiza la LDB de esta forma:

Considerando que un Plan Nacional de Educación sólo tiene sentido cuando es un instrumento para la implantación de una Política Nacional de Educación y que, tanto este plan, como las directrices y bases de la política para ser implementada (definidas en la LDB) fueron y serán prerrogativas del Ejecutivo (también por la propia LDB), se apunta una centralización impar en el área educacional. La legislación correlativa impuesta paralelamente a la LDB es un fuerte indicador de la tendencia que se vislumbra.

La realidad brasileña ha demostrado que los preceptos educativos definidos en la ley no son suficientes si no existe una relación estrecha con las diversas políticas del gobierno. Son incongruentes, pues cualquier intento de ponerlas en práctica, de forma general – por ejemplo en educación- no será posible con continuidad en el tiempo. Esto se ha visto claramente con la reciente adopción del Fondo Social de Emergencia, desviando recursos aptos para sectores sociales. (Minto, 1995)

Considerando que un Plan Nacional de Educación forma parte de la estructura de una realidad verdadera dentro de una sociedad, sólo tiene sentido si es el instrumento para la implantación de una Política Nacional de Educación. Sus directrices y bases tienen que ser implementadas para esa sociedad. Un artículo importante dentro de este asunto es:

Art. 87. Es instituida la Década de la Educación, a iniciarse un año después de la publicación de esta Ley.

§ 1º. La Unión, en el plazo de un año a partir de la publicación de esta Ley, encaminará, al Congreso Nacional, el Plan Nacional de Educación, con directrices y metas para los diez años siguientes, en sintonía con la Declaración Mundial sobre Educación para Todos.

§ 2º. El Poder Público deberá volver a censar a los educandos en la enseñanza fundamental, con especial atención en los grupos de siete a catorce y de quince a dieciséis años de edad.

§ 3º. Cada Municipio y, supletoriamente, el Estado y la Unión, deberá:

I - matricular todos los educandos a partir de los siete años de edad y, facultativamente, a partir de los seis años, en la enseñanza fundamental;

II - proveer cursos presenciales o, a distancia, para los jóvenes y adultos insuficientemente escolarizados;

III - realizar programas de capacitación para todos los profesores en ejercicio, utilizando también, para esto, los recursos de la educación a distancia;

IV - integrar todos los establecimientos de enseñanza fundamental de su territorio al sistema nacional de evaluación del rendimiento escolar.

§ 4º. Hasta el fin de la Década de la Educación solamente serán admitidos profesores habilitados para el nivel superior, o formados por entrenamiento en servicio. (Ley 9.394, 1996)

Para posicionarnos mejor, analizaremos las leyes que rigen la graduación de Enfermería en Brasil, mostrando los principales artículos que fundamentan nuestro trabajo.

2.3. Reflexiones sobre las cuestiones educativas referidas a la enfermería en brasil

La enfermería es considerada una práctica social, política e, históricamente hablando, puede definirse como la tarea de cuidar del ser humano, en todo su ciclo de vida, desde el nacimiento hasta la muerte, contribuyendo en la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de su salud.

Así, el enfermero tiene la responsabilidad, en los diferentes niveles del área de la salud, de integrar e interaccionar dentro de las políticas sociales para transformarlas. Desde esta perspectiva la educación debe ser entendida como una práctica social que contribuye a la formación de este profesional en su integridad, posibilitándolo para desarrollar acciones transformadoras en la construcción de la ciudadanía.

Entre las finalidades profesionales del enfermero se destaca el desarrollo del conocimiento clínico, epidemiológico y de investigación para actuar en las áreas de asistencia, administración, educación e investigación, contribuyendo efectivamente a la transformación de la realidad de cada sociedad.

Desde 1973 la aprobación del nuevo currículo mínimo para el curso de enfermería determinado por el Consejo Federal de Educación, a través del dictamen 163/72 y de la resolución 04/72, se propuso fragmentarlo en tres partes: un ciclo básico, un tronco profesional común y tres diferentes habilitaciones: Enfermería en Salud Pública, Obstétrica y Médico-Quirúrgica. Todo este movimiento a nivel nacional consiguió su objetivo en 1994, con la aprobación por el Ministerio de Educación y Deporte, de la resolución nº 1721, del 15 de diciembre de 1994 que estableció un nuevo currículo mínimo para el curso de Enfermería. La nueva propuesta definió el perfil del enfermero de formación general, con actuación en cuatro áreas fundamentales: Asistencia, Gerencia, Enseñanza e Investigación. (Conselho Nacional de Educação, 2001, p. 27).

Analizando los dictámenes en una visión más formativa, Takahashi y cols, (1995) citan que, según su opinión, quedó establecido que la meta de la enseñanza de la enfermería debería ser principalmente:

La formación de un profesional consciente de su responsabilidad histórica, traducida por la reflexión crítica de la sociedad y por la práctica de la asistencia a la salud, en la perspectiva de redireccionar esa práctica a

partir de su compromiso con el contexto social y con los reales intereses de la comunidad. (p. 59)

Con el pasar de los años, entre 1973 y 2001, se vio que las actividades que el enfermero ejercía no atendían algunas expectativas que demandaba el mercado de trabajo actual, esto aconteció debido a la dicotomía entre la teoría y la práctica que estos profesionales aprendían y desarrollaban en las escuelas de Enfermería. Las actividades que predominaban en la enseñanza eran las curativas, con enfoque biológico, cuando realmente la práctica exigía también de los enfermeros, la capacidad de administrar con competencia las acciones de promoción y prevención de la salud.

En este sentido estamos de acuerdo con Bogado y cols., (1998) cuando cita que:

El diagnóstico del currículo en aquella época apuntaba que existía una desarticulación/fragmentación en el ciclo básico y clínico; desarticulación entre teoría y práctica; selección de contenidos sin parámetros claros, perjudicados por la preocupación excesiva por la transmisión del conocimiento en detrimento de la calidad del proceso de aprendizaje; inadecuación en la inserción de algunas disciplinas en la planilla curricular; inadecuación de la carga horaria de algunas disciplinas; predominio de la enseñanza tradicional; evaluación de tipo eliminatorio y clasificatorio; fragilidad en la relación con los servicios; predominio de la formación técnica relacionada con acciones curativas centradas en el individuo. (p. 22)

Desde el año 1996 cuando fue propuesta la implantación del currículo de transición, como estrategia para mejorar las condiciones necesarias para viabilizar un currículo integrado, éste fue consolidado en el año 2000 donde ocurrió realmente el cambio curricular que orientó la manera de enseñar, contribuyendo a concretar los ideales deseados para la formación del enfermero.

Por lo tanto, la formación de estos estudiantes brasileños sigue algunos objetivos educativos tales como: otorgar a los profesionales egresados de las Universidades una concepción general, pensando en despertar su sentido crítico, desarrollando competencias para administrar y planear servicios de salud.

De esta forma, se adquiere conocimiento técnico-científico-ético-político-social-educativo, para ser capaz de prestar asistencia en todos los niveles de atención a la salud y ejercer habilidades con el cumplimiento del ejercicio de la ciudadanía a nivel individual y grupal. Este tema está bien analizado en su artículo de 1998 por el autor de Sordi en el que comenta que: “los futuros profesionales de Enfermería tendrán características y requisitos intelectuales básicos, tales como autonomía, iniciativa, capacidad de resolución de problemas, creatividad, ética, dominio de informática y de otras lenguas para enfrentar el nuevo mercado de trabajo”. (de Sordi, 1998, p. 83)

El objetivo de las escuelas de enfermería, actualmente, es formar enfermeros con capacidad reflexiva para desarrollar y apoyar políticas de salud pública con conciencia del cuadro epidemiológico regional y nacional. Otro punto a destacar es el deseo de devolver a la sociedad un profesional con capacidad y habilidades para administrar diferentes sectores, como también asistir enfermos con la debida competencia. También forma parte de este objetivo, ofrecer a la sociedad, investigadores profesionales con destreza para elaborar y desarrollar proyectos de investigación, perfeccionado todavía más el perfil de este profesional de enfermería general.

El enfermero general obtiene formación teórica basada en diversas disciplinas con especial relevancia en las de Salud Colectiva, Epidemiología, Administración de Servicios de Enfermería y Enseñanza e Investigación. En el área de Salud Colectiva y Epidemiológica, la parte teórica es complementada con la oferta de formación práctica del estudiante, a través de la atención directa a la población, en prácticas supervisadas, dando asistencia y estableciendo diagnóstico de Enfermería en Clínicas, Hospitales y Puestos de Salud. En el área administrativa, coordina el proceso de trabajo del equipo de enfermería, participa

de la planificación, de la organización, de la coordinación, de la ejecución y de la evaluación de los servicios.

Esta apto también para administrar órganos de salud integrados en la estructura básica de las instituciones públicas o privadas, pudiendo asesorar equipos de trabajo en asuntos relativos a la salud, estando habilitado para participar en consultoría, auditoría y emisión de dictámenes relacionados con la enfermería. En el área de enseñanza e investigación está capacitado para desarrollar programas de salud en los niveles fundamental y medio, planeando, coordinando e impartiendo cursos para auxiliares y técnicos de enfermería.

El currículo integrado ofrece, realmente, estas capacitaciones de enseñanza en servicio, a partir del estrechamiento de las relaciones entre las disciplinas básicas y las específicas.

El proceso de enseñanza por la acción-reflexión-acción constante, procura buscar la posibilidad de articulación entre la teoría y la práctica, facilitando complementar la interdisciplinaridad como también el trabajo en equipo multiprofesional. No obstante, al buscar algunos análisis de autores, encontramos a Santana y Girardi que, en 1991, hacen una evaluación del país, afirmando que:

En Brasil, desde el inicio de la organización del sistema de salud, mucho se ha hablado sobre la necesidad de promover mejoras cualitativas y cuantitativas de los recursos humanos responsables de las acciones de la salud. Actualmente ha aumentado de manera sustancial el debate sobre factores como el crecimiento de la demanda de cuidados sanitarios, los derechos de la ciudadanía y la incapacidad de respuesta del sistema por la crisis económica y financiera vivida en el país. (p. 15)

Por lo tanto, el currículo actual está apoyado en las siguientes directrices que lo estructuran a partir de:

- el eje salud y enfermedad;
- la enseñanza integral,

- el servicio a la comunidad;
- la articulación entre teoría y práctica;
- la interdisciplinariedad;
- el trabajo en equipo multiprofesional;
- el estímulo para alcanzar la graduación.

Así organizado, el currículo proporcionará la formación de un profesional general con sensibilidad para establecer relación interpersonal humanizada y ética. El estudiante integrado en este currículo pasa a ser agente activo del proceso de construcción de su propio conocimiento.

Siguiendo esta reflexión, los autores antes mencionados analizan este asunto poniendo el énfasis en una formación crítico-reflexiva, resaltando la competencia política de los profesionales para transformar la realidad social donde actúan. Por lo tanto, es indispensable que las escuelas de enfermería promuevan cambios en el perfil del profesional que forman, adecuando sus currículos y sus prácticas pedagógicas en relación a la realidad en que vivimos. Nada resulta más sensato que facilitar la evolución del aprendizaje, adoptando como metodología de enseñanza la problematización. Así, creemos que el alumno pueda aprender a pensar críticamente, a desarrollar la capacidad de reconocer la realidad y sus problemas y a prepararse como enfermero-general-ciudadano para una acción transformadora de la sociedad.

La integración entre enseñanza, servicio y comunidad tendrá como eje el proceso de trabajo y educación en relación a la salud, vinculada a la enfermería, no olvidando que tendremos como aliados el trabajo como principio educativo y las características socio-culturales del medio en que el proceso de enseñanza-aprendizaje se desarrolla. El cambio curricular es uno de los caminos para solucionar los problemas de la formación y ejercicio profesional del enfermero.

Para Ângelo, (1994) “el currículo de enfermería debe proporcionar una educación que posibilite a la persona para pensar, obrar, saber, desear buscar conocimiento, buscar y dudar de la verdad y apreciar los valores de la profesión.”

Los acelerados cambios que ocurren en todos los sectores del desarrollo científico y tecnológico exigen actitudes profesionales que reflejen posturas cada vez más diferenciadas ante los conocimientos, valores y conceptos de moral y ética. Así se constata, cada vez más, la necesidad de que los estudiantes egresados de las escuelas de enfermería demuestren competencias en la atención a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de indicadores epidemiológicos.

Ante este paradigma en que se encuentra la enseñanza de la enfermería en Brasil, entendemos que, para formar a un enfermero capaz de influir en la construcción de nuevos patrones, es preciso que tenga conocimientos propios. Estos deben estar fundamentados en un pensar integral del cuidado humano para actuar en las áreas de promoción de la salud, prevención de enfermedades, y en el tratamiento y rehabilitación del ser humano, familia, y comunidad, con el compromiso continuo de un crecimiento personal y social en la búsqueda de una mejor calidad de vida.

De este modo, los procedimientos de evaluación son imprescindibles para el crecimiento del enfermero y deben ser desarrollados en un proceso continuo, sistemático e integral de acompañamiento y valuación del nivel en que el alumno y el docente se encuentran de acuerdo con los objetivos deseados para la formación de este profesional. Lamentablemente, lo que es ofrecido por las escuelas actualmente en términos de currículo, no se atiene a la demanda ni a la realidad epidemiológica del país.

Los currículos todavía continúan ofreciendo disciplinas que atienden, en parte, las necesidades sociales. Precisa especial atención la capacitación al formar a un enfermero que esté en condiciones de actuar directamente en las áreas con más carencias y precarias de un país en desarrollo, sobretodo, para

atender a la población enferma de cáncer que mata millares de personas al año en Brasil. Por lo tanto, cabe la reflexión sobre la situación actual de la enseñanza ofrecida en las Escuelas de Enfermería de Brasil.

2.4. Directrices Curriculares Nacionales de los Cursos de Graduación en Enfermería

Actualmente, debido a las transformaciones sociales, se están realizando cambios en los contenidos curriculares y objetivos de la enseñanza superior, como bien expresa Monteiro (2005) observándose una visión más abierta de la realidad que estamos viviendo.

En 1980, debido a la profundidad de sus debates sobre cuestiones educativas, este profesor de la Universidad de São Paulo, pasó a ser reconocido como uno de los principales agentes de cambio, tanto en la calidad de la enseñanza, como en la democratización de la sociedad brasileña.

En 1983 la escuela crítica aparece como consecuencia de los deseos de libertad, teniendo en su base nuevas ideas y nuevos métodos de enseñanza. En esta escuela, el docente es el educador que señala la forma de aprendizaje con la participación concreta del estudiante, visto como ciudadano participante de la historia. Hay una articulación directa entre el educador y el educado.

A mediados de la década del 90 es votada la Ley Nacional de Directrices y Bases. La Ley 9394 de 1996, denominada la nueva LDB, introduce una inflexión en el asunto al sustituir la expresión “profesional de la enseñanza”, que recuerda claramente una visión de contenidos, por la expresión “profesionales de la educación”, de la cual, además de los contenidos y de sus tecnologías, impartidos en el proceso formativo, enfatiza la dimensión política y social de la actividad educativa, e incluye la distancia de las escuelas, la relación de la escuela con su entorno y la evaluación. Esta formación de acuerdo con el artículo 61 de la

LDB/96, se hace en el curso superior de licenciatura, de graduación plena, admitiéndose como mínimo el Curso Normal de nivel medio. (Monteiro 2005)

El artículo 61 de la LDB establece una relación en el proceso formativo, enfatizando la dimensión política y social de la actividad educativa.

Art. 61. La formación de profesionales de la educación, para atender los objetivos de los diferentes niveles y modalidades de enseñanza y las características de cada fase del desarrollo del estudiante, tendrá como fundamentos:

I - la asociación entre teorías y prácticas, inclusive mediante la capacitación en servicio;

II - aprovechamiento de la formación y experiencias anteriores en instituciones de enseñanza y otras actividades. (LDB, 1996)

El profesor precisa tener continuidad en sus estudios. La velocidad y el dinamismo con que el conocimiento se produce hoy, precisa ser socializada y exige del docente una constante capacitación, construyendo y reconstruyendo saberes, buscando soluciones pedagógicas sociales y políticas que precisan ser adoptadas por aquellos que trabajan en el sistema y en las unidades. Conforme cita el artículo 84 de la LDB/96: Art. 84. Los alumnos de educación superior podrán realizar tareas de enseñanza e investigación por las respectivas instituciones, ejerciendo funciones de monitoría, de acuerdo con su rendimiento y su plano de estudios. (Ley 9.394, 1996)

Resaltamos que para una buena formación inicial de los profesores es muy importante la formación continua para construir una educación de calidad en Brasil. La evolución educativa aún está desfasada, a pesar de la ley de LDB, en la enseñanza superior.

La enseñanza de enfermería ofrece al universitario un contenido curricular orientado a las áreas más especializadas, tales como la Clínica, Medicina Quirúrgica, Obstetricia y Salud Pública. Sin embargo, todavía no se ha adelantado

demasiado en relación a ciertas especialidades como la oncología, siendo el cáncer una de las enfermedades preeminentes en el país. La propia legislación oficial demuestra la necesidad de un contenido curricular más apropiado al perfil epidemiológico nacional, con escuelas formadoras de profesionales que actúen en este área, aunque siguen poniendo el énfasis en la concepción de una formación generalista y poco reflexiva al atender las políticas sociales de salud.

En vista de la situación actual, los desafíos son inmensos y el Consejo Nacional de Educación (CNE) junto con los Consejos Estatales de Salud (CES) define una propuesta curricular específica para los cursos de formación del enfermero profesional.

Según el Ministerio de Educación (1995), a través de la Resolución CNE/CES nº 3 del 7/11/2001: El Consejo Nacional de Educación conforme la Cámara Superior, instituyó la orientación curricular nacional de los cursos de graduación en enfermería.

El presidente de la Cámara Superior de Educación del Consejo Nacional de Educación, teniendo en cuenta la disposición en el Artículo 9º del párrafo 2º, punto "C" de la Ley nº 9.131, del 25 de noviembre de 1995, y con el fundamento del CNE/CES nº 1.133, del 7/8/2001, pieza indispensable del conjunto de las presentes guías curriculares nacionales, homologado por el Señor Ministro de Educación, con fecha 1 de octubre del 2001, resuelve instituir las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación en Enfermería. (Ley 9.131, 1995, p.19)

De acuerdo con la Resolución CNE/CES nº 3 del 7 de noviembre de 2001, las Directrices Curriculares Nacionales del Curso de Graduación de Enfermería (MEC, 2001 art. 2º), definieron "los principios, fundamentos, condiciones y procedimientos de la formación del enfermero" a través del Consejo Nacional de Educación.

Art. 2º Las Directrices Curriculares Nacionales para la Enseñanza de Graduación en Enfermería definen los principios, fundamentos, condiciones

y procedimientos de la formación de enfermeros, establecidas por la Cámara de Educación Superior del Consejo Nacional de Educación, para aplicación en el ámbito nacional de la organización, desarrollo y evaluación de los proyectos pedagógicos de los Cursos de Graduación en Enfermería de las Instituciones del Sistema de Enseñanza Superior. (Ley 9.131, 1995, p.19)

Fueron seleccionados algunos artículos e ítems que demuestran la necesidad de una composición entre la realidad social y la ley y lo que está siendo ofrecido en las instituciones escolares superiores de enfermería brasileñas. Los artículos de esta ley rigen los estatutos oficiales de los currículos de enfermería y la verdadera enseñanza aplicada en las escuelas brasileñas, y nos muestran con claridad los puntos cruciales que necesitan ser modificados, conforme los estudios que estamos presentando. Como ejemplo podemos observar lo siguiente:

Art.3º: El curso de Graduación en Enfermería tiene como perfil formar profesionales graduados.

Item I: “Enfermero con formación general, humanista, crítica y reflexiva. Profesional calificado para el ejercicio de la enfermería, con base en el rigor científico e intelectual y con principios éticos. Debe ser capaz de conocer e intervenir sobre los problemas/situaciones de salud y enfermedad que más relevantes en el perfil epidemiológico nacional, poniendo énfasis en la problemática de su región de actuación, identificando las dimensiones bio-psicosociales de sus pacientes. Capacitados para actuar, con sentido de responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, promotores de la salud integral del ser humano”

Art. 4º: “La formación del enfermero tiene como objetivo dotar al profesional de los conocimientos requeridos para el ejercicio de las siguientes competencias y habilidades generales:

Item I: Atención de la salud: los profesionales de la salud, dentro de su ámbito, deben ser aptos para desarrollar acciones de prevención,

promoción, protección y rehabilitación de la salud, tanto a nivel individual como comunitario. Cada profesional debe asegurar que su práctica sea realizada de forma integral, continua y que esté articulada con las demás instancias del sistema de la salud, siendo capaz de pensar críticamente, de analizar los problemas de la sociedad y de encontrar soluciones para los mismos. Los profesionales deben realizar sus servicios dentro de los más altos patrones de calidad y de los principios de la ética/bioética, teniendo en cuenta que la responsabilidad de la salud no se limita solamente al acto técnico, sino a la respuesta apropiada del problema, tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

La formación del enfermero esta directamente relacionada con el ejercicio de varias competencias y habilidades específicas, siempre dentro de la comprensión de las políticas de salud, reconociendo los perfiles epidemiológicos de la población. Los contenidos esenciales para el curso de graduación en enfermería deben ser firmemente coherente con la salud-enfermedad del ciudadano, de la familia y de la comunidad, objetivando constantemente la realidad epidemiológica y profesional. Por tanto las guías curriculares y el proyecto pedagógico deben estar orientados al currículum del curso de Graduación en Enfermería hacia un perfil académico y profesional del graduado.

Art.5º: La formación del enfermero tiene por objetivo dotar al profesional de los conocimientos requeridos para el ejercicio de las siguientes competencias y habilidades específicas:

Item V: comprender la política de salud en el contexto de las políticas sociales, reconociendo los perfiles epidemiológicos de la población.

Item XI: responder a las especificaciones regionales de la salud a través de intervenciones planeadas estratégicamente, en los niveles de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, dando atención integral a los individuos, las familias y las comunidades;

Item XVIII: intervenir en el proceso de salud-enfermedad, responsabilizándose de la calidad de la asistencia/ cuidado de las

enfermedades en sus diferentes niveles de atención, con acciones de promoción, prevención, protección y rehabilitación de la salud, con perspectivas a la asistencia integral;

Art.6º: los contenidos esenciales para el curso de graduación en enfermería deben estar relacionados con todo el proceso de salud-enfermedad del ciudadano, de la familia y de la comunidad, atendiendo la realidad epidemiológica y profesional, proporcionando la integración de las acciones del cuidado propias del enfermero.

Art.10º: Las guías curriculares y el proyecto pedagógico deben estar orientados en el currículum del curso de Graduación en Enfermería hacia un perfil académico y profesional del graduado. Este currículo deberá contribuir también a la comprensión, interpretación, preservación y difusión de las culturas nacionales y regionales, internacionales e históricas, en un contexto de pluralismo y diversidad cultural. (Ley 9.131, 1995, pp..19-27)

Se hizo indispensable incluir en las escuelas de enfermería la oncología. Aunque la propia legislación recomienda que prevalezca, en esta área, la enseñanza de los perfiles epidemiológicos de las poblaciones, no se enfatiza sobre cómo debería hacerse en los currículos de los cursos de enfermería.

De acuerdo con los estudios epidemiológicos en el país el cáncer es la segunda causa de mortalidad por enfermedad entre la población y sin embargo constatamos que en la formación de los enfermeros no se considera esta especialidad.

El Artículo 3º citado anteriormente, sitúa a la graduación de enfermería como una formación general, presentando características críticas de una escuela transformadora, permitiéndonos un mayor respaldo para valorar la enseñanza de la oncología en este escenario.

El Artículo 4º. Ítem I nos permite inferir, en el ámbito académico profesional, actividades que proporcionen el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud, vinculadas a la oncología. De esta forma, establecen las

competencias y habilidades generales relativas a la atención de la salud, toma de decisiones, comunicación, liderazgo, administración y educación permanente.

El Artículo 5º. Ítem V, indica que en la formación del enfermero las competencias de las habilidades deben estar orientadas para que permitan atender a las políticas de la salud en los perfiles epidemiológicos. El ítem XI de este mismo artículo enfatiza el ítem V. Lo mismo ocurre con el ítem XVIII de este artículo, que habla de la responsabilidad de la asistencia y cuidado en los diferentes niveles de atención a la salud. Son determinados, también, los contenidos esenciales de la formación en los artículos 5 y 6, considerando las necesidades sociales de la salud con énfasis en el SUS y garantizando la integración de las acciones del cuidar en enfermería: Ciencias Biológicas y de la Salud, Ciencias Humanas y Sociales, y Ciencias de la Enfermería.

Los contenidos esenciales para el curso de la graduación, conforme el Artículo 6º de esa resolución, se relacionan con el proceso de cuidados integrados a la realidad epidemiológica. La situación real de Brasil en relación a la enfermedad del cáncer es un motivo fundamental para que en los contenidos curriculares se tenga en cuenta que es necesario complementar las cargas horarias y teoricas dentro de las disciplinas ya existentes.

El Artículo 10º se refiere a la dirección curricular y al proyecto pedagógico de las culturas nacionales y regionales, debiendo ser contempladas y fomentadas dentro del contexto de la enseñanza. Asimismo, esta resolución muestra la dirección y da libertad para que el profesional egresado cuente con parámetros que le permitan construir su propio conocimiento. Así, tendrá la oportunidad de insertarse en el campo profesional pudiendo actuar en las diferentes áreas de la enfermería.

De acuerdo a la reflexión que hace la autora Seiffert (2001-2005), tales metas han ampliado el debate y han encaminado acciones que favorecen la resignificación y el re-diseño de la formación profesional en enfermería en el país. Veamos pues lo que nos revelan las producciones científicas sobre este asunto; al

final, son los actores sociales, relacionados directamente con los procesos educativos formales y la atención a la salud, los interlocutores privilegiados para hablar sobre estos aspectos. La autora describe que:

En los trabajos en que identificamos la enseñanza de enfermería como objeto del estudio, se observa principalmente la preocupación en considerar las nuevas exigencias para la formación del profesional en enfermería, apareciendo el SUS como conductor. Se destaca la premisa de que los escenarios de aprendizaje deben favorecer la integración del conocimiento a las prácticas profesionales. Es entonces esencial trabajar los diversos aspectos que configuran esta realidad, donde los alumnos y profesores pasan a ser co-constructores de los conocimientos y de posibles re-diseños de prácticas educativas y asistenciales.

La autora antes describe que en este núcleo temático identificamos, principalmente, los trabajos sobre los cambios que vienen siendo realizados en algunos cursos de graduación de enfermería del país. Las discusiones tienen, como punto de partida, las bases que marcan la formación del enfermero a partir de 1923, cuando se crea la primera escuela de enfermería en Brasil.

La enfermería se caracteriza por tener una trayectoria de formación del enfermero nítidamente relacionada con los momentos y movimientos de evolución de las ciencias de la salud. Así, analizadas las argumentaciones presentadas, existe la necesidad de volver a pensar en la formación del enfermero, teniendo presente la ley actual de la profesión, las directrices educacionales, las políticas públicas del sector de la salud y los escenarios en que actúa el profesional.

A pesar de los esfuerzos para consolidar cambios necesarios, se constata la insuficiencia de bases teóricas para sustentar las nuevas situaciones educativas capitaneadas por los principios del currículo integrado, la inexperiencia docente en relación a los procesos didácticos innovadores, como también el predominio de la dimensión cognitiva en el proceso de enseñar-aprender, son esfuerzos constantes de los profesionales. (Laluna y Ferraz 2003).

La Ley Nacional de Directrices y Bases de la Educación, de 1996, y la de Directrices Curriculares Nacionales para el Curso de Graduación en Enfermería, de 2001, vienen a esclarecer cada vez más los escenarios en los que debemos desarrollar nuestra labor.

A lo largo del análisis de los textos sobre el currículo podemos verificar la necesidad de cambios estratégicos en los procesos y escenarios de formación del enfermero. Se nota la importancia de proyectar esta formación en un currículo que incluya los espacios de producción de las acciones de la salud. Por lo tanto, pensar en el avance cualitativo de la enfermería significa buscar nuevos caminos que incorporen la reflexión de la práctica, más allá de favorecer una actuación más humanizada en el acto de cuidar. Se destacan las citas que representan tendencias de los conocimientos construidos sobre la formación del enfermero. Estos procedimientos nos permitieron verificar, en el conjunto de los documentos, una articulación con aspectos comunes a las recientes políticas públicas para el SUS y la educación.

No obstante, consideramos que las ideas expresadas en este estudio sobre la enseñanza en el área de oncología y que serán presentadas en el capítulo 5, constituyen contribuciones concretas para la comprensión de la formación del enfermero y, consecuentemente, para re-pensar el currículo, consolidar un nuevo perfil profesional, evaluar y re-organizar el papel de las instituciones formadoras. La palabra de orden es 'transformación'. Y, en este sentido los estudiosos tienen por base experiencias concretas que indican los caminos posibles para que se produzcan los cambios necesarios. Respecto al valor de la producción científica estudiada, podemos constatar que precisa ser intensificada, tanto con discusiones sobre ideas, conceptos, teorías, etc., como también con experiencias que hayan sido desarrolladas en otros cursos de enfermería del país. (Seiffert, 2001- 2005)

La relevancia de la formación de enfermeros con bases fundamentadas en la oncología es extremadamente importante para la sociedad brasileña. Observamos las tablas 1 y 2 abajo, donde se ve caracterizada como la segunda

causa de muerte por enfermedad en el país, así podemos comprender la necesidad de tener profesionales más especializados en este área.

Región	Estimación de Casos Nuevos		
	Masculino	Femenino	Total
Norte	8.360	8.910	17.270
Noreste	34.290	40.480	74.770
Centro-Oeste	14.240	13.910	28.150
Sur	53.420	48.690	102.110
Sureste	124.260	125.490	249.750
BRASIL	234.570	237.480	472.050

Nota: MS/INCA (2007)

Tabla 1: Estimación de todos los estados brasileños. Estimaciones para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 habitantes y del número de nuevos casos de cáncer, en hombres y mujeres, según la región.

Localización Primaria	Norte	Noreste	Centro-Oeste	Sur	Sureste
Mama femenina	1.110	7.120	2.520	9.540	28.640
Traquea, Bronquio y Pulmón	990	3.350	1.590	7.230	14.010
Estómago	1.260	3.680	1.310	4.670	12.280
Próstata	1.680	8.730	3.050	9.200	24.620
Cuello de Útero	1.610	4.410	1.430	3.840	7.970
Colon y Recto	520	2.450	1.320	5.920	15.150
Esófago	220	1.230	550	3.180	5.400
Leucemias	510	1.820	630	1.850	4.740
Cavidad Oral	380	2.170	670	2.520	7.730
Piel Melanoma	140	450	240	1.790	3.140
Otras Localizaciones	4.230	15.560	6.520	27.520	71.020
Subtotal	12.650	50.970	19.830	77.260	194.700
Piel no Melanoma	4.620	23.800	8.320	24.850	55.050
TOTAL	17.270	74.770	28.150	102.110	249.750

Nota: MS/INCA (2007)

Tabla 2: Estimaciones para el año 2006 del número de nuevos casos de cáncer por región en Brasil.

El papel de la enfermería en la prevención, detección precoz y en el control del cáncer es de absoluta necesidad. La Resolución CNE/CES nº 3 de 7 de noviembre de 2001, instituyó la orientación curricular nacional de los cursos de graduación en enfermería, con la apertura necesaria para poder implementarlo, aunque en la práctica, la enseñanza de la enfermería sigue los pasos de la escuela tradicional o tecnicista, formando enfermeros de carácter general y/o especializados en áreas de poca incidencia o de baja representatividad epidemiológica. Formar enfermeros para la actividad general y/o especialistas no es problema, el problema está, en no entender que es necesario tener más tiempo para la enseñanza oncológica.

Como consecuencia se hace necesario discutir y entender la importancia del cáncer como enfermedad que afecta a una gran parte de nuestra población, causando la muerte en la mayoría de los casos, conforme podemos observar en las tablas 3, 4 y 5.

EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	Nº DE OBITOS	TASA ESPECIFICA	Nº DE OBITOS	TASA ESPECIFICA
0 a 4 años	256	13,56	2 45	8 ,04
5 a 9 años	217	12,41	1 56	5 ,48
10 a 14 años	162	9,41	1 21	4 ,25
15 a 19 años	250	13,99	1 96	6 ,43
20 a 29 años	542	34,47	4 90	8 ,75
30 a 39 años	957	25,24	1 .241	3 0,67
40 a 49 años	2.975	101,82	2 .985	9 6,14
50 a 59 años	6.340	300,58	4 .870	2 09,99
60 a 69 años	7.233	607,84	5 .539	3 82,57
70 a 79 años	6.012	1.155,29	5 .034 6	94,21
80 años y +	2.280	1.696,19	2 .768	1 .055,25
Total	27.224	-	23.645	-
Tasa Bruta	-	9 7,40	-	80,73
Tasa padr. Mundial (1)	-	1 46,96	-	96,15
Tasa padr. BR (2)	-	117,27	-	76,94

Nota. (1) Población Padrón Mundial, modificada por Doll y cols (1966). (2) Población Padrón Brasileña - Censo Poblacional 1996 – IBGE. Nota::INCA2007

Tabla 3: Estado de Río de Janeiro. Tasas de mortalidad por cáncer (brutas y ajustadas) por edad, de la población mundial y brasileña, por 100.000 habitantes, según sexo y edad, entre 1979 y 1983.

Edad	Hombres		Mujeres	
	Número de Muertes	Tasa Específica	Número de Muertes	Tasa Específica
0 a 4 años	178	6,17	161	5,75
5 a 9 años	160	5,43	130	4,56
10 a 14 años	171	5,48	126	4,11
15 a 19 años	228	7,20	146	4,57
20 a 29 años	481	8,53	476	8,04
30 a 39 años	1.119	21,24	1.734	29,79
40 a 49 años	3.241	79,73	4.058	88,71
50 a 59 años	6.384	245,80	5.810	194,73
60 a 69 años	10.479	594,47	8.096	361,74
70 a 79 años	9.169	1.125,30	7.660	646,23
80 años y +	4.470	1.876,45	5.050	1.069,62
Total	3 6.080	-	3 3.447	-
Tasa Bruta	-	110,88	-	95,28
Tasa padr. Mundial (1)	-	1 32,17	-	90,37
Tasa padr. BR (2)	-	103,79	-	7 2,36

Nota. (1) Población Padrón Mundial, modificada por Doll y cols (1966) Nota: INCA2007. (2) Población Padrón Brasileña - Censo Poblacional 1996 – IBGE

Tabla 4: Estado de Río de Janeiro. Tasas de mortalidad por cáncer (brutas y ajustadas) por edad, de la población mundial y brasileña, por 100.000 habitantes, según sexo y edad, entre 1995 y 1999.

Localización Primaria	Norte	Noreste	Centro-Oeste	Sureste	Sur
Piel no Melanoma	55	170	55	410	185
Mama Femenina	205	1.280	450	5.570	1.830
Traquea, Bronquio y Pulmón	565	1.840	910	8.450	4.465
Estómago	575	1.540	590	6.130	2.310
Próstata	260	1.480	510	4.370	1.610
Cuello del Útero	320	880	320	1.730	860
Colon y Recto	180	710	380	4.900	1.800
Esófago	105	590	260	2.980	1.660
Leucemias	235	850	290	2.320	910
Cavidad Oral	115	430	160	1.870	670
Piel Melanoma	20	120	55	600	330
Otras Localizaciones	1.745	8.670	3.155	29.660	11.265
TOTAL	4.380	18.560	7.135	68.990	27.895

Nota. FUENTE: INCA/MS (2007)

Tabla 5: Estimaciones para el año 2003 del número de muertes por cáncer. Localización primaria por región en Brasil.

La realidad nos muestra que la formación del enfermero no contempla este tipo de enseñanza con fundamentos claros y objetivos.

Como se trata de un asunto de gran demanda nacional las escuelas de enfermería no pueden cerrarse sobre sí mismas sin relacionar los contenidos del currículo con los problemas de la sociedad brasileña en la actualidad.

2.5. Sistema Educativo Brasileño (Universidades, Facultades, Escuelas Y Centros)

Brasil es una República Federativa compuesta de 26 Estados y el Distrito federal, con capital en Brasilia. A partir de la constitución vigente de 1988, las políticas gubernamentales se extienden a los municipios y no únicamente a los Estados. En Brasil existen 5.560 municipios.

Para todo Brasil existe un único Sistema Educativo, fundamentado en la Ley de Bases de la Educación Nacional (ley nº 9394 de 1996 y el Plan Nacional de Educación aprobado en 2001). La estructura del Sistema educativo superior brasileño se presenta de la siguiente forma:

Educación Superior:

Graduación: la duración de los niveles varía entre 6/8 semestres, la edad es de 18 a 24 años y las autoridades educativas son el Gobierno Federal, Estadual y particular.

Post Grado: (Master y Doctorado) la duración de los niveles es variable, la edad es variable también y las autoridades educativas son el Gobierno Federal, Estadual y particular.

Las tres funciones sustantivas de la universidad moderna son la enseñanza, investigación y extensión, y consiguieron su total realización con la creación de la Universidad de São Paulo-USP, en el año 1934. La explosión de la enseñanza superior en Brasil ocurrió en la década de 1970.

No habiendo tiempo para la planificación racional de la expansión se produjo una improvisación de docentes y la consecuencia fue el descenso de la calidad de la enseñanza. En los años siguientes el Gobierno autorizó el funcionamiento de muchos institutos superiores y entre los años 1983 a 1989 fueron reconocidas 24 universidades privadas. En Brasil los institutos aislados de enseñanza superior continúan prevaleciendo numéricamente sobre las universidades. (MEC, 2007).

El modelo de Universidad tampoco se corresponde con la realidad del mercado. Las escuelas, atendiendo a diversos factores, se ven obligadas a intentar transformarse en universidades, lo que raramente beneficia al alumnado, ya sea en términos de acceso o de calidad de la enseñanza. Sólo las Universidades tienen autonomía para crear nuevos cursos y es por ello que todos quieren obtener este status, lo que a veces es facilitado por los criterios formales de evaluación. (MEC, 2007).

El modelo de la universidad pública también está agotado. Hace mucho que no se crean nuevas plazas en esas instituciones y su expansión parece menos viable ahora, cuando el MEC - Ministerio de la Educación y Deportes- declara prioridad total a la enseñanza básica.

Hoy, casi el 60% de los estudiantes de nivel superior estudian en instituciones privadas, pagando sus estudios. Esa es la salida para cada ocho aspirantes a una plaza en el sistema público. En este contexto las alternativas son limitadas. Una de ellas es convivir con la situación actual, en la que hay más ficción que realidad, otra es exigir que las universidades realicen investigaciones en dimensión y calidad que justifiquen su título y si fuera el caso, desacreditar a las

que no lo hicieran. Una tercera vía sería flexibilizar el sistema, permitiendo la existencia de diferentes tipos de instituciones, sin privilegiar a aquellas que, con o sin mérito, se titulen universidades.

En general la enseñanza universitaria de calidad es la ofrecida por el sistema Público. El escaso número de plazas ofertadas por las universidades publicas, especialmente las de dependencia federal, provoca que sea necesario un riguroso sistema de acceso a las mismas. Para poder superar este sistema selectivo muy a menudo es necesario una preparación específica para la propia prueba de selección.

Si bien es cierto que algunos alumnos de la enseñanza media pública logran superar las pruebas, no lo es menos que la probabilidad de acceder a la universidad pública se incrementa sustancialmente si el alumnado ha cursado la enseñanza media en un centro privado que cuente con recursos para prepararle específicamente para tal fin.

De hecho, existen numerosos centros privados diseñados exclusivamente con esa finalidad. Y es una vez más el alumnado que cursa sus estudios en centros privados de enseñanza media, quien tiene mayores probabilidades de acceder a una enseñanza universitaria de calidad. (MEC, 2007).

Sistema de Instituciones de Formación Superior de Brasil:

Educación Universitaria - Tipos de Centro

Sistema Publico:

Titularidad: Federal (Universidades/ Facultades), Estados y Municipal.

Sistema Privado:

Titularidad Comunitaria, Filantrópicas y Particulares (Universidades/ Facultades/Centros/Escuelas).

Fonseca (2004) en sus investigaciones, caracteriza las instituciones de enseñanza superior tanto en cuanto su competencia es su responsabilidad, y estas ofrecen cursos superiores por lo menos en una de sus modalidades, normalmente como cursos de pos-grado.

Universidades:

Las Universidades son instituciones multidisciplinares, públicas o privadas, de formación de cuadros profesionales de nivel superior, que desarrollan actividades regulares de enseñanza, investigación y extensión. Estas son:

- **Universidades Especializadas**

Son instituciones de educación superior, públicas o privadas, que actúan en un área de conocimiento específico o de formación profesional; deberían ofrecer una enseñanza excelente y oportunidades de calificación al cuerpo docente y condiciones de trabajo a la comunidad escolar.

- **Centros Universitarios**

Son instituciones de educación superior, públicas o privadas, pluricurriculares, que deberían ofrecer una excelente enseñanza y oportunidades de calificación al cuerpo docente y condiciones de trabajo a la comunidad escolar.

Instituciones no Universitarias

- **CEFETs y CETS**

Centros Federales de Educación Tecnológica (Cefets) y los Centros de Educación Tecnológica (CETs). Representan las instituciones de enseñanza superior, públicas o privadas, pluricurriculares, especializadas en la oferta de educación tecnológica en los diferentes niveles y modalidades de enseñanza, caracterizándose por la actuación prioritaria en el área tecnológica. Pueden impartir enseñanza técnica anivel medio. El centro de Educación Tecnológica

tenía la finalidad de cualificar profesionales en cursos superiores de educación tecnológica para los diversos sectores de la economía y realizar investigaciones y desarrollar tecnologías para nuevos procesos, productos y servicios, controlando las articulaciones con los sectores productivos y la sociedad, ofreciendo, incluso, mecanismos para la educación.

- **Facultades Integradas**

Son instituciones de educación superior, públicas o privadas, con propuestas curriculares en más de un área de conocimiento. Pueden ofrecer cursos en varios niveles, pudiendo llegar a la graduación, cursos secuenciales y de especialización y programas de pos-graduación (maestría y doctorado).

- **Facultades Aisladas**

Son instituciones de educación superior, públicas o privadas, con propuestas curriculares en más de una área del conocimiento, vinculadas con un único manufactor y con administración y dirección aisladas. Pueden ofrecer cursos de varios niveles, posibilitando luego la graduación, cursos secuenciales y de especialización y programas de pos-graduación (maestría y doctorado).

- **Institutos Superiores de Educación**

Son instituciones, públicas o privadas que imparten cursos en varios niveles posibilitando graduación, cursos secuenciales y de especialización, extensión y programas de post-graduación (maestría y doctorado). (Fonseca . 2004).

Las instituciones de enseñanza superior ofrecen cursos superiores de diversas modalidades, normalmente cursos de post-grado.

CAPÍTULO 3

Políticas Relativas a la Salud Pública de Brasil

3.1. Los Problemas Generales de Saneamiento Básico en Brasil

3.2. Políticas Públicas de la Salud Brasileña

3.3. Las Instituciones, Programas y Legislaciones Nacionales de Salud

CAPÍTULO 3 : Políticas Relativas a la Salud Pública de Brasil

3.1. Los Problemas Generales de Saneamiento Básico en Brasil

Roque, (citado por Sousa, 2007) recuerda que el reconocimiento de la importancia del saneamiento y de sus relaciones con la salud del ser humano se remonta a las más antiguas civilizaciones. Egipcios, griegos y romanos cuidaban de sus aguas y detritos.

Ruinas de una civilización que se desarrolló al Norte de la India, hace aproximadamente 4.000 años, nos muestran indicios de hábitos sanitarios, incluyendo la presencia de baños y sumideros sanitarios en las construcciones civiles, además de drenaje en las calles. El propio Viejo Testamento presenta diversas cuestiones vinculadas a prácticas sanitarias en relación con el pueblo de Judea, como por ejemplo, limpieza de pozos para evitar su posible contaminación.

Gouvêa (1999), (citado en Sousa, 2007) explica que la relación entre la salud y el saneamiento se centra en la discusión sobre la salud y medio ambiente. Los servicios de saneamiento son los que presentan la relación más nítida con la salud, en particular con la infantil, ya que son los niños los más expuestos a las graves consecuencias de un ambiente no saneado.

Agua y saneamiento constituyen uno de los más serios problemas ambientales, principalmente en las áreas urbanas de países más pobres. Se

estima que cerca de $\frac{1}{4}$ de la población urbana de los países del tercer mundo no tiene acceso al agua potable. Como consecuencia del rápido e intenso crecimiento poblacional de estos países en los últimos veinte años se presume que el número de los individuos no abastecidos por agua potable y saneamiento básico tiende a crecer, y no a disminuir.

Roque, (citado en Sousa, 2007) afirma que se gastan millones de dólares en el presupuesto de la asistencia médica, y que podrían ser reducidos a la mitad si tuviésemos una infraestructura de saneamiento actuando como prevención. Esta relación entre salud y saneamiento, bastante destacada en el 19º Congreso de la Asociación Brasileña de Ingeniería Sanitaria (Abes), demostró que la implantación del 1% en la cobertura sanitaria de la población de 01 a 05 salarios mínimos reduciría en 6,1% las muertes en la infancia.

El autor cita que la Organización Mundial de Salud (OMS) informa de que casi un 25% de todos los lechos hospitalarios del mundo están ocupados por enfermos portadores de enfermedades transmitidas por el agua, fácilmente controladas con acciones de saneamiento.

En Brasil este porcentaje puede llegar al 65%. Ninguna duda queda, por lo tanto, de que el saneamiento de las poblaciones urbanas y rurales constituye la mayor contribución para la prevención de enfermedades.

Con la reforma sanitaria de Carlos Chagas en 1920, se intentó reorganizar los servicios de salud, por este motivo fue creado el Departamento Nacional de Salud Pública, órgano que durante años ejerció una acción normativa y ejecutiva de las actividades en Salud Pública en Brasil.

La Fundación SESP (1981), (citado en Sousa, 2007) de acuerdo con el concepto clásico inscrito en el Manual de Saneamiento de 1974, dice que: saneamiento es “el conjunto de medidas cuyo objetivo es modificar las condiciones del medio ambiente con la finalidad de promover la salud y prevenir las enfermedades”.

El problema de esta concepción, sin embargo, fue el desarrollo de una nueva definición de saneamiento que se traduce en el moderno concepto de Saneamiento Ambiental.

Entendemos por Saneamiento ambiental “el conjunto de acciones técnicas y socio-económicas, entendidas fundamentalmente como de salud pública, que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental, comprendiendo el abastecimiento de agua en condiciones adecuadas; la colecta, el tratamiento y la disposición adecuada de los sumideros, residuos sólidos y emisiones gaseosas; prevención y control del exceso de residuos; el drenaje urbano de las aguas pluviales y el control ambiental de vectores y depósitos de enfermedades, con la finalidad de promover y mejorar las condiciones de vida urbana y rural”. Todo esto conforme la evaluación de Roque.

IBGE, (2000), (citado en Sousa 2007) informa de que la categoría Saneamiento Básico surgió para direccionar el conjunto de acciones, obras y servicios considerados prioritarios en programas de salud pública, tales como: abastecimiento de agua, sumidero sanitario, drenaje urbano, residuos y control de vectores y roedores.

Desde el siglo XX Brasil se está reorganizando dentro de un contexto socioeconómico y político para implementar las políticas de salud. Entre 1900 y 1930 se centralizó el saneamiento básico en las regiones más urbanas como Río de Janeiro, São Paulo y Santos para dar asistencia a las epidemias. En esta época fueron fundados los Departamentos Nacionales de Salud, con el objetivo de ofrecer una mejor atención a la población y acompañar el proceso de evolución de la historia de la salud del país.

Dentro de un marco teórico político-social y sanitario, Brasil se encuadra como un país en desarrollo.

La evolución política del sector de saneamiento básico en las últimas décadas, 1970 y 1980, tuvo como base el análisis del principal plano elaborado para el sector, el Plano Nacional Saneamiento (Planasa) y la política sectorial de los gobiernos Fernando Henrique Cardoso (1994-2002) y Luiz Inácio Lula da Silva, (2002-2006).

El IBGE, (2000), (citado en Sousa, 2007) relata que para el Planasa, de forma cuantitativa y cualitativa, el suministro de agua fue, a lo largo de su vigencia, el panorama de mayor interés, mucho más que el sector de drenaje urbano. Si, por un lado, esta prioridad benefició a la salud, por otro lado, trajo graves perjuicios para el medio ambiente, ya que la presencia de sumideros a cielo abierto constituyó la degradación ambiental más frecuente en Brasil, seguida por el desmate y por las incineraciones.

Veremos también en la actual situación sanitaria del país, la histórica insuficiencia de recursos destinados para el sector, causando graves diferencias regionales, tanto en áreas urbanas como en áreas rurales.

Costa, 1990, (citado en Sousa 2007,) presenta las bases del nuevo proyecto que se tramita en el congreso para el sector y analiza la posición que el sector de saneamiento viene ocupando históricamente en la agenda política del país: el Planasa. La principal experiencia brasileña en el área de las inversiones en servicios públicos de agua, sumideros y drenaje fue este plan. Con el objetivo de desarrollar una política para el sector, se consiguió ampliar del 54,4% hasta el 76% el número de domicilios con abastecimiento de agua de la red pública y del 22,3% al 36% el número de domicilios con instalación sanitaria de uso exclusivo.

Por lo tanto, esta ampliación de cobertura domiciliar, resulta “razonable en relación al abastecimiento de agua y sufrible en el caso del sumidero sanitario”. El autor además analiza la situación afirmando que es extremadamente discriminatoria si se consideran criterios regionales, demográficos y sociales.

Difícilmente podría afirmarse que criterios de justicia y equidad determinan la lógica de la planificación e inversión de recursos.

IBGE, 2000, (citado en Sousa, 2007) notifica que entre 1968 y 1984 el 61% de los recursos fueron destinados a la región sureste, que contaba con una población del 44%. Una distribución altamente discriminatoria si consideramos el peso relativo de la población. Mientras, la región noreste recibiría apenas un 22% de los recursos para el 29% de población. Lo mismo ocurrió con la región sur, que recibió apenas 10 % de las inversiones para 15% de población. La región centro-oeste recibió el 5% de los recursos para el 7% de la población, mientras que el norte recibió apenas 2% del plan en el mismo periodo, para una población del 5%.

Además, el Planasa fue una formulación de política pública predominantemente centrada en la expansión de la red urbana de abastecimiento de agua. Entre 1968 y 1984 el 61,2% de las inversiones fueron para esta función, mientras que para el sumidero sanitario llegó el 25,2% de los recursos, restando apenas el 13,6% para el drenaje urbano.

Más allá de los escasos recursos, la parcialidad y la exclusión de las áreas rurales hicieron que el abastecimiento de agua y el sumidero sanitario presentasen funciones reales bastante diferentes, considerando el indicador de cobertura poblacional por región. Además, los ínfimos recursos disponibles para drenaje tuvieron poca relevancia si consideramos la brutal sobrecarga que la incontrolable producción de basura doméstica y de residuos industriales expone a las ciudades brasileñas.

En relación al abastecimiento, en 1984, según los datos del propio Banco Nacional de Habitación (BNH), el 60% de la población del nordeste, un 56% en el norte, el 46% en el centro-oeste, 42% en el centro-sur y apenas un 26% en la región sureste no tenían acceso a este servicio. En relación al sumidero sanitario, el 94% de la población del nordeste, 98% en el norte, 78%

en el centro-oeste, 89% en el centro-sur y 55% en el sureste no tenían, en el mismo año, acceso a este servicio.

A través de estos datos se nota que la región sudeste fue la que obtuvo la mayor parte de la inversión y en donde la política pública de saneamiento presentó mayor inserción, especialmente en el área de abastecimiento de agua. Sin embargo, incluso en el interior de esta región, el Planasa presentaría un perfil también desigual: entre 1969 y 1980 un 83% de los recursos fueron destinados al Estado de São Paulo.

En los años siguientes, este porcentaje bajó hasta el 56%. Como resultado de esta acción en 1980 el 29,4% de la población brasileña era abastecida de agua, frente al 11,5% de 1973. En el caso específico de la ciudad de São Paulo, más del 90% de la población era usuaria del servicio público de agua en 1979 (IBGE 2000). El Planasa finalizó a mediados de la década de 80.

Abicalil, 2000, (citado en Sousa 2007) señala que a partir de este periodo no hubo ninguna propuesta que pudiese ser contrapuesta a los resultados de este plano. Diversos factores fueron responsables del estancamiento en el que se encuentra hoy el saneamiento ambiental brasileño.

En los últimos veinte años no ha habido una política bien definida para superar la crisis del sector después del fin del Planasa. En el período de las inversiones más intensas en el sector, durante la década de 1970, las medias anuales alcanzaron la tasa de 0,34% del PIB. En los años 1980 la tasa cayó hasta el 0,28% y en la década de 1990 al 0,13%, siendo entre 1995 y 2000 del 0,25%.

De acuerdo con Costa, 1990, (citado en Sousa, 2007) “la Nueva República tuvo un mal desempeño en este sector”. Es lo que veremos a continuación. Saneamiento básico: cuadro actual.

Según la Conferencia Nacional de las Ciudades, (citado en Sousa, 2007) con base en los datos divulgados por investigaciones del IBGE, el saneamiento falta justamente a los más pobres. Cerca de 18 millones de personas no tienen acceso al agua potable en las áreas urbanas, muchos viven en habitaciones precarias, en las “favelas”, invaden áreas clandestinas o viven en barrios populares de las periferias de los grandes centros, o en pequeños municipios, particularmente de regiones del semi-árido.

El cuadro presentado en 2004 por el Atlas del Saneamiento del IBGE tuvo como base los datos de la Pesquisa Nacional de Saneamiento Básico (PNSB), divulgada en 2002, combinados con informaciones del censo del año 2000 y de instituciones del gobierno y universidades. El estudio del IBGE mostró que, en el 2000, fueron registrados más de 800 mil casos de seis enfermedades: dengue, malaria, hepatitis A, leptospirosis, tifo y fiebre amarilla, que están directamente relacionadas a la mala calidad del agua, a crecidas, a la falta de tratamiento adecuado de los sumideros y de la basura. En 2004, más de 3 mil niños con menos de cinco años murieron de diarrea.

La evaluación del alcance de los servicios de saneamiento en el país hecho por el IBGE consideró la existencia de servicios de saneamiento en los municipios, independientemente de su extensión, eficiencia y cantidad de domicilios atendidos.

Vinculada al Ministerio de las Ciudades, la Conferencia Nacional de las Ciudades, realizada periódicamente, es una instancia colegiada, con representación de varios segmentos sociales, construida a partir de un proceso de movimientos sociales que tramita la realización de conferencias municipales y conferencias estatales y culmina con una asamblea nacional que, entre otras cosas, evalúa el Sistema Nacional de Saneamiento ambiental y propone directrices para la formulación y revisión de la política del sector.

Todavía según el Atlas de Saneamiento del IBGE de 2004, más de 77,8% de los domicilios brasileños tenían acceso al agua potable en el 2000,

mientras que apenas un 47,2% de las habitaciones tenían servicios de red de sumidero. Entre los 5.507 municipios del país, más de 1,3 mil enfrentan problemas por las crecidas.

La recogida de basuras es ampliamente difundida. La mayoría de los municipios (63,3%) deposita sus residuos en los basureros a cielo abierto y sin ningún tratamiento. Los cinturones sanitarios están presentes en apenas 13,8% de los municipios brasileños, y apenas el 8% afirman hacer una recogida selectiva.

Según datos de la Pesquisa Nacional de Saneamiento Básico (PNSB 2000), la intermitencia en el abastecimiento de agua afecta al 20% de los distritos abastecidos, obligando a la población a buscar fuentes de abastecimiento no siempre seguras y que pueden provocar riesgos a la salud. También existe un deterioro precoz de las redes de distribución, lo que hace aumentar las pérdidas.

En el 2000 había 116 municipios brasileños sin servicio de abastecimiento de agua por red general (2% del total de municipios), la mayor parte situada en las regiones norte y nordeste. En estas regiones continúa la reducción del número de municipios sin abastecimiento desde 1989. Hubo, en esa década, un aumento de su peso proporcional: pasaron del 50% al 56% en el nordeste, y del 21,7% al 23,3% en la región norte.

Estos datos indican que la inversión realizada en la expansión de la red general de abastecimiento de agua no ocurrió en la misma proporción que en las demás regiones, que presentaron mejores resultados. Los municipios que no cuentan con red distribuidora de agua utilizan, como alternativa, fuentes, pozos particulares y abastecimiento por camiones, así como también el uso directo de cursos de agua.

Más allá de esto, el agua ofrecida a la población carece de controles de calidad. Sorprendentemente, ha aumentado el volumen de agua sin tratamiento.

Mientras que en 1989 el agua ofrecida representaba apenas el 3,9%, en 2000 este número aumentó al 7,2%. Muchos de los pequeños sistemas distribuyen agua sin tratamiento (38% de los distritos abastecidos); un número todavía mayor no adiciona flúor en el agua (63% de los distritos abastecidos) y apenas el 47% de los distritos abastecidos con agua son objeto de vigilancia por las Secretarías Estatales de Salud, conforme determina la legislación, según datos de la PSNB (Pesquisa Nacional del Saneamiento Básico) del 2000, se concluye que el crecimiento en el abastecimiento no fue acompañado de la infraestructura necesaria para garantizar la calidad del agua.

En el medio rural otros 14 millones de personas no tienen acceso a agua próxima en sus residencias. Sobre muchas mujeres y niñas pobres recae la responsabilidad de la tarea doméstica de buscar agua en los grandes charcos sucios y distantes. El IBGE, en 2002, refiere que el saneamiento rural ha sido dejado en segundo plano, incluyendo asentamientos de reforma agraria.

La situación de los sumideros sanitarios es todavía más grave: cerca de 83 millones de brasileños que viven en las ciudades no disponen de un sumidero sanitario adecuado, siendo más de 36 millones los que viven en las regiones metropolitanas. Entre los servicios de saneamiento básico el sumidero sanitario es el que tiene menor presencia en los municipios brasileños.

De los 4.425 municipios existentes en Brasil en 1989, menos de la mitad (47,3%) tenía algún tipo de servicio de sumidero sanitario. Once años más tarde los avances fueron significativos: de los 5.507 municipios, 52,2% eran abastecidos. A pesar que en el período de 1989-2000 hubo un aumento de, aproximadamente, el 24% en el número de municipios, el servicio de sumidero sanitario no acompañó a este crecimiento, pues aumentó apenas un 10%.

La situación del sumidero sanitario de los municipios tiene mucho que mejorar. De acuerdo con el IBGE, el 47,8% de los municipios brasileños todavía no tienen recogida de detritos originados de sumideros. El norte es la región con la mayor proporción de municipios sin recolección (92,9%), seguido del centro-oeste (82,1%), el sur (61,1%), nordeste (57,1%) y sureste (7,1%).

Los municipios que tienen escaso servicio de recolección superan la proporción de los que recogen y tratan los sumideros (32,0% y 20,2%, respectivamente). En el sureste, la región del país con la mayor proporción de municipios con sumideros tratados, solamente un tercio presenta una condición adecuada de sumidero sanitario. Además de la falta de sumidero sanitario muchos domicilios no tienen ni siquiera baño. Esta situación afecta millones de personas en las áreas urbana y rural, principalmente las más pobres del país.

Si consideramos las estimativas de la producción media de sumidero por habitante de la Pesquisa Nacional de Saneamiento Básico, es posible verificar que, en la mayoría de las cuencas hidrográficas, el volumen de sumidero recogido es bastante bajo en relación al producido por los municipios. Según el IBGE la utilización del análisis por cuenca hidrográfica permite evaluar, de forma integrada, el impacto de las acciones humanas sobre el ambiente y sus consecuencias directas sobre los manantiales. Uno de los principales agentes contaminantes de los manantiales es el sumidero sanitario, aunque algunas cuencas hidrográficas presentan contaminada la captación superficial de agua relacionada con las actividades económicas que destacan en los respectivos territorios.

Filho -2002- (citado en Sousa 2000) explica que el mayor número porcentual de detritos que recogen los sumideros se encuentra en las cuencas costeras del sureste (95%) y en las cuencas hidrográficas de los ríos San Francisco y de la Plata (ambas con 63%), seguidas por las cuencas costeras del nordeste oriental (57%) y del sur (49%). Las demás presentan valores iguales o inferiores al 20%. La situación es más grave cuando se considera

que, en las grandes cuencas hidrográficas menos del 50% del sumidero recogido recibe tratamiento.

La demanda de tratamiento de sumideros es evidente; más de 93 millones de personas que viven en las ciudades y tienen o deberían tener sus sumideros recogidos por red pública o fosas sépticas no los tienen tratados; casi todos los detritos originados de sumideros y recogidos en las ciudades son despejados *in natura* en el agua o en el suelo.

La polución de los ríos en torno a las mayores ciudades brasileñas compromete en algunos casos los manantiales de abastecimiento. La polución de las playas en diversas ciudades continúa siendo un grave problema, dificultando el desarrollo del turismo y de la economía local. Es atemorizante saber que las principales capitales brasileñas no tratan sus detritos.

En Río de Janeiro más del 50% de los detritos de sumideros no reciben tratamiento. En São Paulo el porcentaje es menor, aunque significativo: 35%. Entre las capitales las destacadas más negativamente son: Río Branco, Manaus, São Luis y Belo Horizonte, que aparecen como ciudades que no tratan ni un metro cúbico de sus sumideros. Entre ellas la mayor metrópoli es la capital minera, que recoge apenas 435 mil metros cúbicos de detritos por día. No es extraño que el medio ambiente de Belo Horizonte continúe en proceso de degradación acelerada: los efectos pueden ser notados en las aguas turbias de la laguna de la Pampulha o en la suciedad del río de las Velas. Filho 2002 (citado en Sousa 2007)

En la comparación regional las desigualdades son mayores. La región norte es la más desamparada (recolecta apenas 60 mil metros cúbicos de detritos de sumidero por día) mientras que la región sureste recolecta casi 200 veces más. Ni siquiera la diferencia demográfica entre las dos regiones justifica este desequilibrio. El tratamiento de los sumideros no existe ni en Amazonas ni en Acre. El nordeste sorprende positivamente: trata adecuadamente el 78,3% de los detritos, mientras que el sur, a pesar de más rico, trata menos de la

mitad de sus sumideros haciendo uso regular de pozos sépticos. En el cuadro general tenemos una constatación alarmante: Brasil trata apenas un tercio de los detritos de los sumideros.

Filho, 2002 (citado en Sousa, 2007) refiere que entre los servicios de saneamiento, los servicios de recolección de basura fueron los que más crecieron en los últimos años. Brasil produce 125.281 toneladas de basura diariamente. Sin embargo, apenas 451 ayuntamientos tienen una recogida selectiva de la misma. De acuerdo con datos de la Pesquisa Nacional Domiciliar de 2001 (PNAD) cerca de 94% de la población urbana es atendida por servicios de recogida domiciliar de basura.

Están excluidos de este servicio en las ciudades cerca de 8 millones de personas. Como ocurre con el abastecimiento de agua y de sumidero sanitario, son los pobres los que más sufren con esta situación. En lugares donde tradicionalmente viven trabajadores la recogida de basura se hace de modo más precario. En los municipios de medio y gran porte, con un sistema de colecta convencional que podría llegar al 100% de la población, no son atendidos adecuadamente los habitantes de la llamada “ciudad informal”, las favelas, y los barrios populares de infraestructura precaria.

En relación a las unidades de disposición final de residuos utilizadas por los municipios, los resultados de la PNSB 2000 muestran el predominio de la práctica de disposición a cielo abierto con el 59,0% de las unidades identificadas, seguidas del enterramiento controlado, con el 16,8%. Los desagües corresponden al 0,6%, los terraplenes sanitarios representan el 12,6% y los terraplenes de residuos especiales el 2,6%. Las estructuras de reciclaje totalizan el 2,8%, las de compuestos orgánicos el 3,9% y las de incineración el 1,8% de las unidades de destino final de residuos utilizados por los municipios en el país. Además, cuanto menor es el municipio, más crítica la situación.

Los basureros, además de los terribles daños ambientales, favorecen la persistencia de un grave problema social: es enorme el número de niños y adultos que viven o dependen de los residuos de los basureros. Datos revelados por la PNSB 2000 cuantificaron las personas que trabajan en basureros en 24.340, número considerado bajo por el Movimiento Nacional de los Catadores y por el Forum Nacional de Basura y Ciudadanía. Según la revista *esto es*, “el 22% son niños con menos de 14 años”. La misma pesquisa identificó la existencia de catadores- personas que viven de los basureros- que trabajan en basureros en más de 1.500 municipios, resultando que más de 7 mil viven en estas áreas, expuestos directamente a la contaminación. De acuerdo con el Compromiso Empresarial para el Reciclaje (Cempre), en base a la cantidad de residuos reciclados, puede llegar a 200 mil el número de catadores, en los basureros o en las calles.

Para completar el cuadro de deficiencias de saneamiento, los problemas de drenaje urbano son grandes. Ni siquiera todos los municipios disponen de servicios de drenaje urbano. En los últimos dos años cerca de 1.200 municipios sufrieron inundaciones. Según datos de la PNSB 2000, en el primer estudio nacional hecho sobre el tema, el 78% de los municipios tenían servicio de drenaje urbano, mientras que el 85% disponían de red subterránea para captación y transporte de aguas pluviales. El 22 % de estas redes recibe también sumidero.

Las grandes ciudades brasileñas no soportan las lluvias más fuertes, que exponen a serios problemas a las familias más pobres, especialmente a las que viven en áreas de granjas, y comprometen la circulación de vehículos.

Los pocos recursos disponibles en la esfera municipal tienden a ser orientados para obras paliativas en situaciones de emergencia en la tentativa de impedir que extravasen ríos y arroyos. Estos problemas son agravados por la ocupación desordenada, sobre todo a lo largo de ríos y pendientes, lo que aumentan los riesgos de inundación y la proliferación de enfermedades. La utilización de márgenes y pendientes por la población más pobre, que no tiene

alternativas de vivienda, contribuye al agravamiento de estos problemas, que son cada vez más frecuentes.

Diversos factores específicos pueden ser registrados dentro del actual cuadro caótico del saneamiento en el país. Por ejemplo, la acción desarticulada del área, en que predomina la pulverización de los esfuerzos y recursos financieros federales, sin una adecuada articulación e interlocución entre los diferentes sujetos, estatales y municipales, relacionados con la cuestión.

En el ámbito del sector privado, la ausencia de una política planeada de desarrollo trae serias dificultades para que las empresas de ingeniería y consultoría del área se estructuren y mantengan equipos técnicos especializados. De la misma forma, las industrias que producen equipamientos y materiales para saneamiento en el país enfrentan, como las demás, condiciones adversas de financiación, sin encontrar mayores incentivos para ampliar y desarrollar su producción.

La organización de los servicios es bastante diferente para los componentes del saneamiento ambiental. Para abastecimiento de agua y sumidero sanitario hay un modelo mixto de servicio regional (compuesto por las compañías estatales, que operan en cerca del 75% de los municipios en régimen de concesión) y de servicio municipal.

Referente a la basura, los servicios son realizados exclusivamente por los propios municipios en el 88% de los casos; en 11% de los casos la responsabilidad es del municipio y de empresas privadas y apenas una pequeña fracción, poco más del 1% de los municipios, opera todos los servicios de limpieza urbana con empresas contratadas. Las empresas privadas concentran su actuación en los municipios grandes y medios. Aunque están presentes relativamente en pocos municipios, el hecho de operar sistemas en las once mayores ciudades hace con que apenas 45 empresas sean responsables por la colecta del 30% de la basura generada en el país.

Los servicios de drenaje son realizados casi exclusivamente por los municipios. La presencia de empresas privadas es una realidad y los estados actúan solamente en la construcción de grandes obras de macro-drenaje.

Hay diferencias profundas también en la estructuración de los servicios y del cúmulo de experiencia técnica y operacional. De manera general, los servicios de agua y sumidero son mucho más organizados que los de basura y drenaje. El hecho de ser mayoritariamente realizados por autarquías municipales o por empresas concesionarias estatales hace que los patrones de servicios sean más homogéneos, el desarrollo tecnológico difundido de forma más amplia, además de que los costos, o por lo menos buena parte, son cubiertos por los usuarios.

Aunque la recogida de basuras haya crecido en los últimos años todavía es precaria.

Según el diagnóstico del Ministerio de las Ciudades (citado en Sousa 2007), estos resultados se atribuyen a la inadecuación de las soluciones propuestas por la realidad local y a la falta de capacitación y compromiso de los municipios.

El crecimiento desordenado de las ciudades, la ausencia de una buena planificación de drenaje urbano o su desconexión con los instrumentos de gestión de uso y ocupación del suelo urbano, junto con el privilegio dado a intervenciones estructurales mal concebidas, provocan una situación caótica en lo que se refiere al drenaje en las grandes ciudades y también en algunas de las de rango medio. Medidas para atenuar los efectos de la elevada impermeabilización de los suelos, como los depósitos de acumulación o retención de las presas llenas son todavía relativamente raras: se dan en apenas 324 municipios, según datos de la PNSB 2000.

La precariedad de la organización de los servicios de drenaje es profunda.

Poquísimos servicios son organizados como autarquías, dependiendo de la administración directa y sin un vínculo institucional preciso. Poco más de mil municipios tienen algún instrumento regulador de los servicios y solamente 256 municipios tienen director de drenaje. También son poco más de mil los municipios que cuentan con informaciones pluviométricas y meteorológicas y apenas 700 utilizan efectivamente estas informaciones.

Otro punto deficiente de los servicios de drenaje, que repite la situación observada en los servicios de recogida y tratamiento de la basura, es la escasa dotación de recursos presupuestarios para la ejecución de los servicios. Más de mil municipios no tienen previsión de recursos para los servicios de drenaje, lo que acaba por agravar la situación ya descrita.

Al final de la década de los 80 e inicio de la década de los 90, el área de saneamiento pasó por un intenso proceso de debates para el establecimiento de una Política Nacional de Saneamiento Ambiental. Este proceso duró cinco años e incluyó al gobierno, empresas productoras de equipamientos y consultorías, además de entidades relacionadas con saneamiento. Sin embargo fue interrumpido en los primeros días del gobierno de Fernando Henrique Cardoso, que optó, a lo largo de su gestión, por un tratamiento neoliberal ante la política del sector.

Aunque esta política enfrentó, en el plano institucional, dificultades que impidieron su consolidación como una forma explícitamente neoliberal, el hecho es que hubo fuertes estímulos a la privatización, especialmente por medio del estrangulamiento de las oportunidades de financiamiento para el sector público.

Por lo tanto, el inicio de la crisis del saneamiento ambiental vivida en los días de hoy, está vinculada directamente a la propuesta neoliberal de transformar su objetivo: de servicio público de carácter social a actividad económica de lucro; de derecho social y colectivo a mercancía, que se adquiere (o no) según la lógica del mercado.

La tentativa de implementación de un modelo neoliberal provocó la paralización de las inversiones del sector público por la dificultad de acceso a la financiación, postergando así la atención a la población socialmente más excluida. Siendo así, en vez de implementar un programa de desarrollo institucional que facilitase las transiciones del sector exigidas por el modelo Planasa, el gobierno de este período suspendió la financiación con recursos del FGTS a los operadores estatales y exigió, simultáneamente, en las negociaciones del ajuste fiscal con los Estados, que estos se deshicieran del control accionario de sus compañías.

De la misma forma, los operadores bajo control municipal fueron mantenidos sin acceso a los recursos para financiar sus inversiones. La Fundación Nacional de Salud (Funasa) en este período retiró su apoyo técnico administrativo a varias autarquías municipales de agua y sumideros sin ningún proceso previo de preparación, lo que contribuyó, consecuentemente, a la degradación de algunos de los servicios y hasta a la privatización de otros.

El Ministerio de las Ciudades (citado en Sousa 2007) menciona que la ausencia de definición de una política consistente para el sector se agrava ahora, ya que las compañías estatales de agua y sumideros están viviendo un período crítico, que abarca el fin de las concesiones de los servicios en las capitales y de muchos municipios importantes. Actualmente, una parte significativa de las compañías estatales, particularmente en las regiones norte y nordeste, se encuentra en una situación precaria institucional, conviviendo con serios desequilibrios financieros.

Según datos del Sistema Nacional de Informaciones (SNIS) sobre saneamiento, de las 26 empresas estatales de estas regiones, apenas 9 presentaron beneficios superiores a sus gastos en 2001. Las compañías operan con elevados índices de pérdidas en facturas, que llegan al 51% en la región norte y al 47% en el nordeste, presentando índices más bajos en las demás regiones, con un promedio para Brasil del 40,6% de pérdidas.

Salomón, 2005, (citado en Sousa, 2007) refiere que en el actual cuadro del modelo de los servicios de agua y sumidero, se ha dejado de impulsar posibles inversiones a partir de las tarifas.

El estrangulamiento de los operadores públicos con vistas a abrir espacio a las empresas privadas no consiguió avanzar significativamente en su objetivo. Esto ocurrió básicamente en función de las dificultades que la titularidad municipal de los servicios trajo con la privatización, por medio de la venta de las compañías estatales y, sobretudo, por la resistencia desarrollada por la oposición política, articulada por diversos sectores del movimiento social también en los municipios.

Por otro lado, con el énfasis dado por el gobierno de Fernando Henrique Cardoso a la gestión privada los resultados obtenidos por los servicios de agua y sumidero hasta ahora privatizados en el país han sido en general flojos, lo que demuestra cuán grandes pueden ser los argumentos de mayor eficiencia de los operadores privados.

Salomón, 2005, (citado en Sousa, 2007) la supremacía de la política de ajuste fiscal redujo la capacidad de inversiones de los municipios en la gestión de los residuos sólidos y en el drenaje urbano. Y es más: la ausencia de políticas de desarrollo microregionales tornó más difícil la resolución de los graves problemas de control de crecidas, destino final de la basura y la protección de manantiales en las regiones metropolitanas.

Lula ocupó la presidencia en 2003, diciendo que el saneamiento sería una prioridad en su gestión. Por lo tanto, creó el Ministerio de las Ciudades encargado de cuidar las cuestiones referentes a habitabilidad y a saneamiento urbano y rural, estimando la meta de tardar sólo veinte años en conseguir la universalización de los servicios básicos de abastecimiento de agua y recolección de basura y detritos de sumidero.

En mayo de 2004 declaró: “puedo garantizar que vamos a invertir en saneamiento básico más de lo que ya fue invertido en varias décadas en Brasil. Y no hago esto por mí, sino por los niños brasileños que tienen derecho, ya que son pobres, de jugar por lo menos en un local donde no haya detritos”.

Sin embargo, lo que se observó fue que los dos primeros años del gobierno de Lula registraron las inversiones más bajas desde 1995 en agua y sumideros. El gobierno que dijo que serían elegidas las obras de saneamiento como una de sus prioridades no consiguió universalizar los servicios en el área por causa del ritmo de gastos.

Salomón, 2005, (citado en Sousa, 2007), dice que los costos de inversión y gastos en saneamiento urbano y rural hechos con dinero de impuestos federales, autorizados en el año 2004 y pagados hasta el 31 de diciembre en cuatro ministerios diferentes, consumieron R\$ 249,2 millones. Con los desembolsos de préstamos con dinero del FGTS (Fundo de Garantia de Tempo de Serviço), de R\$ 240 millones, las dos principales fuentes de financiación públicas del sector no llegaron a R\$ 500 millones en el año.

Este valor representa más del triple de los costos registrados por los mismos criterios en 2003 (R\$ 60 millones), aunque es menor de lo necesario para universalizar los servicios de agua y sumideros hasta 2020, lo que exigiría R\$ 178 billones, según estudios realizados por el Ministerio de las Ciudades. En la evaluación del secretario nacional de Saneamiento Ambiental del gobierno, Abelardo Oliveira Filho, el cálculo de los recursos destinados al saneamiento debe mantenerse en el 0,45% del PIB, aunque esta cuantía no sea suficiente para cumplir la meta de los 20 años.

El Plano Plurianual de inversiones para el período 2004-2007 previó inversiones federales de R\$ 4,5 billones por año como principal contribución para la meta de garantizar agua y servicios de sumidero para quienes todavía no los tienen, aunque lo necesario serían 10 billones. En junio de 2004 el

Consejo Monetario Nacional (CMN) limitó, a través de la Resolución 3.204, los préstamos concedidos para el sector público.

Salomón 2005 (citado en Sousa 2007), informa de que los títulos públicos son más rentables que los intereses de los préstamos, y estos acaban contribuyendo a la generación de tributos. El gobierno recurrió al mercado financiero para movilizar el patrimonio del “Fundo de Garantia por Tempo de Serviço” (FGTS) y conseguir mayores beneficios. Por lo tanto, el FGTS, que debería estar, exclusivamente, financiando obras de residencias, saneamiento básico e infraestructura urbana, esta siendo usado para pagar una fracción considerable de la deuda pública federal, lo que perjudica la finalidad social del mismo.

Antes de los cortes impuestos en junio de 2004 al presupuesto de la Unión, el Ministerio de las Ciudades conmemoraba la perspectiva de invertir R\$ 6,1 billones en 2005, valor superior a la suma de todos los préstamos y gastos con dinero de tributos federales en los dos primeros años del gobierno Lula. Mientras tanto, el obstáculo del Consejo Monetario Nacional (CMN) para la liberación del presupuesto, en función de la limitación de préstamos para el sector público, hizo que las inversiones federales fuesen disminuidas en aproximadamente un 80% en relación a los fondos destinados al sector de saneamiento en 2005.

Cássia, 2005, (citado en Sousa 2007) señala que las inversiones públicas en ritmo lento no son compensadas por inversiones privadas, que aguardan la definición de un “marco regulador” para el sector de saneamiento básico, que no existe desde los años 80.

El marco regulador del saneamiento define directrices para el sector. La *Ley de Directrices y la de Política Nacional de Saneamiento Básico*, propuesta por el gobierno, será presentada bajo la forma de un único proyecto, con 77 artículos, dividido en dos partes. Los 36 primeros artículos tratan de las

Directrices para el Saneamiento, constituyendo el tan esperado marco regulador del sector y serán obligatorias para todos los operadores del país.

Los artículos restantes constituyen la Política Nacional de Saneamiento Básico (PNSB), que trata de la adhesión voluntaria de las empresas y órganos que prestan los servicios. Para el acceso a los recursos federales destinados al sector la condición será la adhesión a la PNSB.

Salomón, 2005, (Citados en Sousa 2007) afirma que este proyecto, en debate desde el primer año de su gestión, ya fue objeto de trabajo de un grupo interministerial y todavía pasa por análisis de juristas. La versión más reciente de la propuesta enfrenta críticas, sobre todo en relación al entendimiento del gobierno de que es asunto de las ciudades ceder a la iniciativa privada la explotación de servicio de agua y sumidero.

Aesbe (Asociación de las Empresas de Saneamiento Básico Estatales) evalúa que el modelo defendido por el gobierno puede comprometer todavía más la universalización de los servicios de saneamiento en ciudades menores y más pobres.

Cassia, 2005, (citado en Sousa, 2007) informa de que con relación a la titularidad del servicio, el gobierno es taxativo: la constitución ya trata del asunto, atribuyendo la misma a los municipios, por lo tanto el asunto no podría ser discutido en ley. Pero si llega a haber cambios de titularidad, sea por decisión del Supremo Tribunal Federal (STF), o por cambios de la constitución, no será necesario alterar esta ley ya que se refiere siempre a los "titulares", sin especificar quienes son.

Para el gobierno, el proyecto de la ley rescata el pacto federativo. Permite que el Estado miembro pueda definir acciones públicas de integración y procedencia, como también garantizar la autonomía del municipio. En realidad, otorga al municipio la responsabilidad de los servicios de

abastecimiento de agua, recogida y tratamiento de sumideros, recolección de basura y drenaje urbano.

Entonces el municipio toma la decisión. Es quien concede, quien regula. Con la llegada de la ley de consorcio y con otros dispositivos que fueron incluidos en el proyecto será posible trabajar con consorcios municipales. La intención de la propuesta es permitir que consorcios públicos de municipios puedan ejecutar las obras y los servicios. La planificación, la reglamentación y la fiscalización de los servicios también están a cargo de la ciudad, que es quien hace la concesión.

Este modelo sustituiría el modelo de subsidios cruzados, creado en la década del 70, en el que las tarifas cobradas por empresas estatales de los municipios mayores cubrirían las inversiones en los municipios menores. Ya el gobierno evalúa lo contrario: los municipios pobres están pagando un costo mucho mayor por culpa de la ineficiencia de las empresas estatales y también por las infraestructuras ineficientes de la capital.

En las negociaciones las empresas tendrán que seguir varias reglas, inclusive detallar el costo del agua y de los subsidios cruzados existentes, que hacen que algunos municipios ayuden a cubrir los costos de otros. Tampoco fijarán las tarifas, que serán determinadas por un órgano regulador, quien cuidará la fiscalización de los servicios. La propuesta del gobierno garantiza un reajuste anual de las tarifas, con revisión cada cuatro años.

3.2. Políticas Públicas de la Salud Brasileña

Para el Gobierno brasileño la salud, junto con la educación, son prioridades incuestionables y merecen un lugar destacado en la administración gubernamental. Así, están siendo hechas inversiones en estas áreas por

considerarlas esenciales para el desarrollo del ciudadano y para mejorar su calidad de vida.

Son bien conocidos los problemas que enfrenta Brasil con su gran extensión territorial y con una economía propia de un país en desarrollo, y que agrava directamente el sector público en la prestación de servicios de salud.

En la segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, fue recogida la declaración Adelaide (1988), según la cual:

Las políticas públicas relacionadas con la salud deben responder a los desafíos colocados por un mundo de crecientes y dinámicas transformaciones tecnológicas, con sus complejas intenciones ecológicas y creciente interdependencia internacional. Las posibles consecuencias de estos desafíos en el campo de la salud no pueden ser resueltas por la mayoría de los actuales sistemas de cuidados a la salud, que están atrasados. Los esfuerzos en promover la salud son esenciales, lo que reestablece los lazos entre la forma social y la reforma de la salud, propuestos como principio básico por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde la década pasada. (Declaración Adelaida, 1988, p. 3)

No se debe asociar pura y simplemente esta situación a una cuestión de falta de recursos, sino a una posibilidad de implementar disposiciones institucionales más adecuadas a las especificidades del área de la salud.

En análisis realizados en la conferencia se expresó que los participantes en los procesos políticos para un serio desempeño y evolución de la salud son:

Los gobiernos tienen un importante papel en el campo de la salud, mas este es también extremadamente influenciado por intereses corporativos y económicos, organizaciones no-gubernamentales y organizaciones comunitarias. La capacidad potencial de estas organizaciones de preservar y promover la salud de la población debe ser real y visible. Sindicatos, comercio e industria, asociaciones académicas y líderes religiosos tienen muchas oportunidades para mejorar la salud de la

población en general. Nuevas alianzas deben ser construidas esperando promover el incremento de acciones para mejorar la salud. (Declaración Adelaida, 1988, p. 3)

Y con esa intención las modificaciones introducidas a partir de la creación del Sistema Único de Salud (SUS), buscaron responsabilizar prioritariamente al ámbito municipal de la gestión de esos servicios y al gobierno central de la definición de las directrices básicas de la política nacional de salud y la normatización de los servicios.

En los sectores económicos, institucionales, administrativos y políticos todavía ocurren dificultades propias de un país en desarrollo, que impiden un progreso más substancial en el proceso evolutivo nacional. La Universidad Estatal de Rio de Janeiro - UERJ (1996)-, refiere que el problema de las Políticas Públicas de Salud ocurre:

por la escasez de recursos públicos y por el aumento de las demandas sociales, observó Michael Walzer, en el importantísimo libro *Spheres of Justice* (1983, p. 86 y siguientes). Además apunta que en el inicio de la edad moderna el problema de la medicina no llegaba a ser importante, pues los ricos tienen la posibilidad de curar su cuerpo y los pobres se contentan con la cura del espíritu, incentivada por las religiones y financiada por los recursos públicos; con el final del siglo XX la situación es otra y las demandas son claramente la cura del cuerpo, que debe ser financiada por el Estado.

Teniendo a la vista que los recursos presupuestarios son escasos y que la medicina cada día es más cara, ya que es un instrumental científico y técnico de elevado precio en el mercado, Calabresi y Bobbit (1986) hacen un llamamiento trágico: ¿quién debe ser destinatario del presupuesto? ¿deben ser observadas las condiciones de domicilio, sexo, edad y situación económica?

El problema de las políticas de salud y de su financiamiento asume esa dimensión trágica, no sólo en Brasil como en otros países más desarrollados,

mostrando un cuadro amplísimo de inseguridad social, que constituye uno de los principales desafíos de este final de siglo.

Basta considerar que el Presidente Bill Clinton incluyó en 1994 en el congreso americano el proyecto de ley de reforma de la salud que hasta hoy no ha sido aprobado, a pesar de haber recibido elogios generalizados, inclusive de Ronald Dworkin (1994), jurista americano muy renombrado, que lo evaluó como capaz de provocar la más significativa mudanza económica desde el New Deal y una reforma profunda en las concepciones de justicia social.

En Brasil el problema se agravó con la Constitución de 1988. El art. 198, párrafo único, estableció: “el sistema único de salud será financiado, en los términos del art. 195, con recursos del presupuesto de seguridad social, de la Unión, de los Estados, del Distrito Federal y de los Municipios, además de otras fuentes”.

La legislación tributaria infraconstitucional y la Ley nº 8.080, de 19.9.90, crearon la utopía de la gratuidad de los servicios públicos de salud, con la transferencia para las empresas responsables de su financiamiento a través de contribuciones sociales (FINSOCIAL, COFINS, contribución social sobre el lucro) desarticulando enteramente la acción estatal, empeorando considerablemente la atención a la población y contrastando con las legislaciones de los Estados-miembros, que crearon contribuciones obligatorias para la asistencia médica a sus funcionarios.

Resolvió el Gobierno Federal, en 1996, por sugestión del Ministro Adib Jatene, resucitar el IPMF, travestido de contribución social, aunque se mantiene la idea básica de hacer repercutir sobre terceros, principalmente sobre las empresas, la responsabilidad de esta contribución por la utopía de la asistencia médica universal y gratuita, al contrario del sistema de los países de Escandinava, que nos inspiraron y que financian los servicios de salud con la renta de los impuestos. (Universidad Estatal de Rio de Janeiro - UERJ 1996)

En 1998 el reajuste hecho en las áreas sociales por el gobierno federal, principalmente en las áreas de salud y educación públicas, históricamente más necesitadas, no acompañó la demanda de aquella época, llegando a un verdadero estado de precariedad. Este acontecimiento aniquiló las ya escasas posibilidades de cumplir con las políticas sociales públicas por parte de cada Estado brasileño. Naturalmente sin retomar las inversiones de cuño social es impracticable la implementación de las políticas sociales en Brasil.

Las Normas Operacionales Básicas (NOB) del Sistema Único de Salud (SUS) vienen proponiendo alteraciones significativas para agilizar ese proceso. La necesidad de una definición de las acciones que deben ser realizadas en la esfera municipal, estatal y principalmente federal, se debe a la necesidad de detectar cuáles son los factores de resistencia del poder público para agilizar el proceso efectivo de mejora de los servicios de las políticas de salud pública.

La Central Única de los Trabajadores "CUT ciudadana" (2004), cita en las políticas sociales que:

Las posiciones históricas en defensa de los trabajadores son: formular propuestas de combate efectivo al proyecto neoliberal, reforzando las cuestiones sociales, y avanzar en nuevas resoluciones. Sobre la salud señala que: reafirmamos nuestra defensa del SUS como la mejor política de salud para nuestro país.

Queremos la universalidad, la equidad, la integración y la gratuidad de las acciones del SUS, con control social efectivo. Repudiamos la propuesta del Banco Mundial de implantar un sistema de salud pobre para los pobres, con apenas algunos procedimientos más económicos, abandonando los que precisan de tratamientos más caros; estamos contra los procesos de privatización de la atención a la salud de la población, disfrazada o explícita.

Defendemos el SUS como un sistema que ofrece atención de calidad a todos. Debemos crear nuevas discusiones sobre la salud pública preventiva: salud y medio ambiente, salud en el local de trabajo, y

políticas públicas de salud preventiva, como también, combatir cualquier política de salud que sea excluyente. (Central Única de los Trabajadores, 2004)

En las últimas décadas las informaciones sobre la salud de la población brasileña en general han sido ampliadas y repasadas de varias maneras distintas. Actualmente los indicadores de salud se basan directamente en los propios indicadores de salud de base poblacional como, por ejemplo, la exposición de los individuos a la violencia, factores de riesgo que prevalecen en varias enfermedades, la evaluación de su propia salud, incapacidades, limitaciones, conflictos con los problemas de salud y actividades de la vida diaria a las que se enfrenta el individuo, su calidad de vida, y además el uso y acceso a los servicios ofrecidos por los servicios sociales y de salud.

En este sentido tenemos la contribución del análisis de Akerman, (2000) miembro de la Facultad de Medicina del ABC paulista que dice:

El movimiento por Municipios Saludables, fomentado por la Organización Mundial de Salud y por la Organización Panamericana de Salud, es un movimiento contemporáneo relacionado con el desarrollo de políticas públicas urbanas, que pone todo su énfasis en la mejora de la calidad de vida. En Brasil los proyectos Municipios Saludables son recientes y se iniciaron en los años 90.

Uno de los aspectos críticos es la falta de instrumentos para evaluar y monitorear los proyectos. Elaborar una metodología de evaluación de los proyectos de los Municipios Saludables implica reconocer los determinantes sociales de salud y crear concepciones nuevas sobre el proceso salud-enfermedad. Tal evaluación debe considerar aspectos fundamentales, tales como, la equidad, la participación social y la intersectorialidad. (Akerman, 2000)

La precariedad de las normas relativas a la salud y a la seguridad en el trabajo contribuye con el surgimiento de nuevas formas de enfermedad y muertes de trabajadores. A partir de esto, los análisis apuntan una innovación

de las dimensiones de los factores que consecuentemente alteran los indicadores de salud. Por ejemplo, se registra un aumento considerable de la incidencia de enfermedades debidas a la degradación del medio ambiente provocada por la contaminación de tierra, agua y aire, como el surgimiento de algunos tipos de cáncer, enfermedades del aparato respiratorio y malformación fetal.

En la segunda Conferencia Internacional Sobre Promoción de la Salud Adelaide (1988) informa de que:

Las políticas públicas de salud se caracterizan por el interés y preocupación explícitos en todas sus áreas por los compromisos fijados y el impacto de tales políticas sobre la salud de la población. El principal propósito de una política pública de salud es crear un ambiente favorable para que las personas puedan vivir de forma saludable (p.1)

La salud es al mismo tiempo un derecho humano fundamental y una sólida inversión social. Los gobiernos deben invertir recursos en políticas de salud y en promoción de la misma para mejorar el nivel de salud de sus ciudadanos. Un principio básico de justicia social es asegurar que la población tenga acceso a los medios imprescindibles para una vida saludable y satisfactoria.

Al mismo tiempo, esto aumentará, de forma general, la productividad de la sociedad, tanto en términos sociales como económicos. Políticas públicas relacionadas con la salud y planeadas a corto plazo traerán beneficios económicos a largo plazo, como ha sido demostrado por diversos casos presentados durante la Conferencia. Nuevos esfuerzos deben ser alcanzados para integrar políticas económicas, sociales y de salud en acciones concretas. (Declaración de Adelaida, 1988, p. 2)

Ante varias propuestas de la planificación de las políticas de salud los esfuerzos de integración entre los sectores político, económico, social y sanitario en acciones concretas, continúan avanzando para la conquista de

ofrecer calidad de vida y salud a la población brasileña para reducir la desigualdad y alcanzar la equidad en el país.

Con esta visión, Guimarães (citando la Organización Pan-Americana de Salud-OPAS 2003), informa de que OPAS, ejerciendo su labor de apoyar un sistema de salud democrático, integral y ecuánime, entiende que la concretización de esta acción, en Brasil, es a través del fortalecimiento del Sistema Único de Salud SUS.

Así, OPAS/OMS presenta un Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud para la Organización Pan-Americana de la Salud, junto a la Secretaría de Atención a la Salud (SAS) y el Ministerio de la Salud.

Guimarães (citando a la Organización Pan-Americana de Salud-OPAS 2003) observa:

En este sentido, la misión de OPAS en Brasil, un país de extensión continental y con un sistema de salud en proceso de permanente construcción, requiere un ejercicio continuo de la gestión del conocimiento, que permita el intercambio de experiencias y la reflexión crítica y creativa sobre acciones innovadoras, buscando la mejora de políticas y servicios públicos de salud. (Guimarães, 2003, p. 2)

Continúa siendo un desafío para la nación la preparación de profesionales del área de salud de acuerdo con las necesidades del SUS en los sectores tripartitos, y es de extrema importancia que ocurra esa consonancia entre ellos, para que puedan proveer recursos humanos para atender las realidades sociales brasileñas, que son muy diversas. La calificación del trabajador sanitario viene dándose en varios niveles profesionales, con el compromiso de innovar sus conocimientos en relación a las tecnologías relacionadas con las transformaciones sociales culturales y políticas.

Habiendo identificado este hecho, las dificultades existentes aparecen con más frecuencia, principalmente cuando se ofrece a los usuarios un mejor acceso y utilización de los servicios del SUS. Esta falta de preparación profesional, en un aspecto general, contribuye de forma decisiva a la continuidad de varios problemas relacionados con la baja eficacia en la atención al paciente que procura el Sistema de Salud brasileño. Por lo tanto, Silva (2002), en su estudio, analiza que:

En base a algunos de los principales trabajos e investigaciones existentes, a nivel internacional y nacional, se realizará una síntesis de las reformas introducidas en el sector de la salud en relación a la cobertura, financiación, resolución y equidad en la utilización de los servicios, evaluándolos con la perspectiva del acceso del usuario al sistema. Se buscará examinar qué estrategias de la actual modalidad del SUS contribuyen a perfeccionar el sistema de salud brasileño, viabilizando los principios básicos de universalidad, igualdad e integración. Se buscará, teniendo en cuenta las evaluaciones de las experiencias internacionales, indicar una agenda de puntos críticos que deberán ser considerados en el perfeccionamiento del SUS, en búsqueda de una mayor eficiencia, eficacia y equidad en la utilización de los servicios disponibles para la población a través de las acciones estatales en el sector. (Silva, 2002)

En base a la investigación y análisis de Silva, que se fundamenta en literatura relacionada con un conjunto significativo de países europeos y americanos, es posible identificar dos importantes ejemplos que afectan directamente a la situación del sistema de salud ofrecido al brasileño:

En primer lugar, no existe todavía una tendencia consolidada de financiamiento y gestión de los sistemas de salud que permita demostrar la superioridad de modelos centrados exclusivamente en las reglas del mercado o al contrario, en la intervención estatal plena. Ese punto, aparentemente obvio, deja de ser al final de los años 90 una cuestión ideológica: la evidencia empírica muestra que todavía se busca

intensamente un nuevo instrumento de política que supere la dicotomía Estado *versus* Mercado, y consiga integrar las capacidades públicas (estatales y no estatales) y privadas de forma sinérgica, lo que todavía no se ha conseguido plenamente con ninguna experiencia nacional.

En segundo lugar, que el "corazón de las reformas" esté relacionado, en el plano general, con modificaciones, tanto a nivel macro como micro, de la forma de financiación de los sistemas y de sus formas de organización, gestión y regulación, lo que incluye modificaciones importantes en el modelo asistencial adoptado. Lo más probable es que tanto la elección de las modificaciones en cada campo - financiamiento y gestión - como las posibilidades de combinar sus resultados creando bases políticas, institucionales y sociales se sustente sólo por las transformaciones introducidas. (Silva, 2002)

Existe un gran dilema respecto al Sistema Único de Salud brasileño, se espera que sea más eficaz y que identifique nuevas implementaciones y mejoras en las estrategias ya utilizadas. La expectativa existente, principalmente a partir de la intervención de las gestiones municipales, estatales y federales, es el propósito de superar las barreras de acceso de los usuarios, especialmente de los individuos más necesitados.

Guimarães (2003) relata en el Proyecto de Desarrollo de Sistemas y Servicios de salud de Organizaciones Pan-americanas de la Salud, que de acuerdo con el análisis del Grupo de Conducción Nacional (GCN):

El Proyecto Nacional incluye también estrategias de ampliación de las capacidades de actuación de las instituciones formadoras-Núcleo de Salud, Departamentos de Salud Pública, Escuelas de Salud, entre otros – frente a las nuevas necesidades de formación y asesoría academia/servicio. A lo largo del proceso de formulación, negociación e implementación del proyecto Nacional, fue realizada una evaluación externa y formativa, cuyos resultados fueron las bases fundamentales para la conclusión estratégica del referido proyecto. (Guimarães, 2003, p. 34)

La dimensión histórica relacionada con la creación de las Políticas Públicas de Salud en Brasil viene de un proceso cultural y político que se respalda en acciones predominantes, con la intención de atender a los ciudadanos brasileños. Las dificultades financieras y la extensión territorial son factores que fortalecen las difíciles actitudes gubernamentales en relación a los procesos de implementación de las nuevas y acertadas Políticas Públicas de Salud.

Los cambios en ese sector son de extrema necesidad para la población.

Silva (2002) afirma que las modificaciones precisarán aplicarse a nivel macro y micro regionales, y cuando estén combinadas tendrán que analizarse algunos factores, como por ejemplo:

- a) intensa inversión y mejora de los sistemas de información relacionados con la decisión gerencial, posibilitando una acción ágil y efectiva de datos acerca de las principales transacciones realizadas por el sistema y sus unidades;
- b) programas de capacitación médica, de enfermeros y otros profesionales del equipo de salud;
- c) aumento de los grados de responsabilidad y autonomía decisoria de los gestores del sistema a nivel regional y periférico, en las unidades de asistencia de todos los tipos y en el interior de esas mismas unidades;
- d) terciarizar todas las actividades donde se haya comprobado que el sector privado tenía mayor competencia;
- e) contratación de gestores profesionales para actividades de gerencia de los sistemas o de sus unidades hospitalarias, ambulatorias o de atención primaria;
- f) adopción de "paquetes" de incentivos, incluyendo incentivos salariales, buscando la obtención de resultados más eficaces y efectivos, sea en el plano macro o micro organizacional;

g) utilización de mecanismos e incentivos presupuestarios y financieros como medio de aumentar el desempeño de los sistemas y adecuar la oferta de los servicios a las necesidades de la población. (Silva, 2002)

Estas políticas ejercen en nuestra población un gran control de la salud. El liderazgo gubernamental es de extrema necesidad nacional, por eso nuestro sistema de atención a la salud creó varias acciones y programas que hacen parte de ese contexto público para atender la demanda brasileña. Entre estos programas destacamos el Programa de la Salud de la Familia (PSF), definido muy bien por Cianciarullo (2002) en la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo:

El Programa de la Salud de la Familia constituye una estrategia innovadora en el escenario de los Servicios de Salud, que prioriza las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud de las personas y de las familias, de forma integral, continuada y pro-activa.

El foco principal de esta estrategia, la familia, es entendida, percibida y situada a partir de su ambiente físico y social, con sus creencias y valores identificados, favoreciendo la comprensión ampliada del proceso salud/enfermedad en el contexto de un territorio definido administrativamente.

A pesar de este enfoque innovador, hay que destacar la necesidad de estudios sobre "qué diferencias" ha proporcionado realmente esta estrategia en la vida de la población; estar sano y tener acceso a los servicios de salud, por medio de indicadores de estructura, proceso y resultados obtenidos a partir de una evaluación de los principios básicos establecidos para la implantación de la estrategia, de la locación y utilización de los recursos específicos, de la capacitación de los recursos humanos y de la gestión de los sistemas de información y de los indicadores de calidad de vida de las familias. (Cianciarullo, 2002)

Para cotejar mejor este análisis citaremos algunos programas y proyectos de salud que están en desarrollo y se benefician de las ayudas de nuestro gobierno, de acuerdo con el Ministerio de la Salud (2003). Estos son:

Banco de precios en Salud-Sida: El BPS garantiza una política global de acceso a medicamentos para tratar el sida a un mayor número de personas, con precios justos y adecuados a la realidad económica de cada país.

Bancos de Leche Humana: Acción conjunta realizada por la Fundación Oswaldo Cruz - FIOCRUZ y el Programa Nacional de Incentivo de la Lactación Materna - PNIAM, con el objetivo de promover una expansión de calidad y de cantidad de los Bancos de Leche Humana en Brasil.

Bolsa de Alimentación: consiste en la complementación de la renta familiar, con recursos de la Unión, para mejorar la alimentación y las condiciones de salud y nutrición.

Brasil Sonriente: es un programa que engloba diversas acciones del Ministerio de la Salud y busca mejorar las condiciones de salud bucal de la población brasileña. Serán invertidos aproximadamente R\$ 1,3 billones hasta el final de 2006.

Cartón Nacional de Salud: facilita la atención, posibilitando una identificación más rápida del paciente. Mejora las consultas, los exámenes y el acceso a los medicamentos suministrados por la red del SUS.

Done vida: la donación de órganos, tejidos, médula ósea y sangre puede salvar vidas. Avise a su familia de que quiere ser donante. En Brasil, la donación sólo ocurre con el consentimiento de los familiares. Si usted tiene un donante en la familia respete su voluntad.

Farmacia Popular: es un programa del Gobierno Federal para ampliar el acceso de la población a los medicamentos considerados esenciales. La Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), órgano del Ministerio de la Salud y

ejecutora del programa, adquiere los medicamentos de laboratorios farmacéuticos públicos o del sector privado, cuando es necesario, y los pone a disposición en las farmacias populares a bajo costo. Uno de los objetivos del programa es beneficiar principalmente a las personas que tienen dificultades para realizar el tratamiento a causa del precio del medicamento.

Humaniza SUS: Es la propuesta de una nueva relación entre el usuario, los profesionales que lo atienden y la comunidad. Todos juntos trabajando para que el SUS sea más acogedor, más ágil, con locales más confortables. Que atienda bien a toda la comunidad.

Política Nacional de Alimentación y Nutrición: tiene como propósito garantizar la calidad de los alimentos destinados al consumo en el país, promover prácticas alimentarias saludables y prevenir y controlar los disturbios nutricionales.

Programa De Vuelta Para Casa: creado por el Ministerio de la Salud, es un programa de reintegración social de personas acometidas por trastornos mentales, egresados de largas internaciones, según criterios definidos en la Ley nº 10.708, de 31 de julio de 2003, con el pago del auxilio-rehabilitación psico-social.

Programa Etno-desarrollo de las Sociedades Indígenas: busca garantizar el derecho de las poblaciones indígenas, su integridad territorial y cultural.

Programa Salud de la Familia: el principal propósito es reorganizar la práctica de la atención a la salud en nuevas bases y sustituir el modelo tradicional, llevando la salud más cerca de las familias y, con eso, mejorar la calidad de vida de los brasileños.

Tales programas tienen el objetivo de colocar la salud más cerca del ciudadano y dar al profesional de la salud la especialización necesaria a fin de que pueda ejercer su trabajo con mayor calidad.

CaliSUS: investigación realizada por el Ministerio de la Salud, en conjunto con el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (Conass), revela que en las emergencias de los hospitales, el largo tiempo de espera para la realización de exámenes y cirugías y la incapacidad de las unidades de salud de acoger a los pacientes, son quejas frecuentes entre los usuarios del SUS. De acuerdo con la investigación, concluida al final de 2003, más del 90% de la población brasileña es usuaria de alguna forma del SUS. El resultado de la pesquisa sirvió de parámetro para la elaboración del CaliSUS, un conjunto de cambios para proporcionar mayor confort al usuario, atención más efectiva y de acuerdo con el grado de riesgo y que obliga a un menor tiempo de permanencia en el hospital.

REFORSUS, El Refuerzo a la Reorganización del Sistema Único de Salud, invierte en la recuperación de la red física de salud del País, que ofrece servicios al SUS.

SAMU, Servicio de Atención Móvil de Urgencia, es la forma por la cual el Ministerio de Salud implementará la asistencia pre-hospitalaria en el ámbito del SUS. La atención pre-hospitalaria puede ser definida como la asistencia dada, en un primer nivel de atención, a los portadores de cuadros agudos, de naturaleza clínica, traumática o psiquiátrica, cuando ocurren fuera del ambiente hospitalario, pudiendo causar sufrimiento, secuelas o incluso la muerte.

Sistema de Información de Atención Básica: tiene la función de monitorear los indicadores de salud de las poblaciones, a partir de informaciones de los agentes y de los equipos de Salud de la Familia. (Ministerio de la Salud 2003)

Continuando con los Programas y Proyectos del Instituto Nacional del cáncer, el Ministerio de la Salud (2002) intenta cumplir su misión de atender a la población nacional. Siendo así pondremos el énfasis en las políticas creadas por el INCA, y en el cuadro epidemiológico de cáncer en el país, que es muy destacado entre las demás enfermedades que acometen a nuestra población.

Por lo tanto comenzaremos citando el Proyecto Expande, denominado también Centro de Alta Complejidad en Oncología (CACON).

Esta estructura de oferta de servicios configura un modelo asistencial que ofrece la integración de la atención oncológica y genera patrones cualitativamente distintos de cobertura asistencial, en función de la disponibilidad y organización de los recursos tecnológicos necesarios para la asistencia oncológica.

El Programa VIVA MUJER, también del INCA, actúa en el Control del Cáncer de Cuello de Útero y de Mama. Lanzado en 1997 tiene como objetivo reducir la mortalidad y las repercusiones físicas, psíquicas y sociales de esos tipos de cáncer en la mujer brasileña por medio de servicios para la prevención y detección en el inicio de la enfermedad y para el tratamiento y rehabilitación.

El Programa Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo de Cáncer que el INCA coordina y ejecuta en ámbito nacional, busca la prevención de enfermedades en la población a través de acciones que estimulen la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables. Contribuye para la reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer y por enfermedades del tabaco y ofrece sus acciones del Programa a nivel tripartito para capacitar y apoyar los 5.561 municipios brasileños en las áreas de educación, legislación y economía. (Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud, 2002)

El Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC): El PIDAAC de Enfermería y Medicina es parte integrante de un Programa Nacional de expansión de prevención y control del cáncer. Actúa en la educación, a nivel de graduación, para dar una mejor formación profesional a egresados del área.

El Programa de Calidad en Radioterapia (PQRT), implementado y creado por INCA, tiene como principales metas atender a todas las

instituciones que ofrecen servicios de radioterapia en ámbito del SUS y capacitar los profesionales vinculados a radioterapia.

A pesar de todas esas políticas de salud en el área oncológica, Brasil presenta un cuadro sanitario típico de los países en desarrollo, circunstancia ésta que refleja las contradicciones del proceso de evolución nacional.

Analizando las tasas de mortalidad de las macro-regiones de Brasil (conforme citado abajo), el cáncer es una de las primeras causas de muerte del país, paralelamente a la muerte por enfermedades del aparato circulatorio, por afecciones del período peri-natal, por enfermedades infecciosas y parasitarias y por muertes provocadas a través de causas externas. A través de todas estas causas se puede analizar el índice de mortalidad en el país. (Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud, 2002)

Conforme a los últimos relatos epidemiológicos del Ministerio de la Salud, el cáncer constituye la segunda causa de muerte por enfermedad en Brasil y, en 1998, los neoplasmas fueron responsables por 11,92% de los 929.023 óbitos registrados, resultando que el 54,21% ocurrieron entre los hombres y el 45,74%, entre las mujeres.

Considerando solamente las muertes por enfermedad (o sea, excluyéndose causas externas), las neoplasias representan la segunda causa de muerte en todas las regiones del país. Los neoplasmas siguen a las enfermedades cardiovasculares, como causa de muerte, y su proporcionalidad aumenta a medida que nos desplazamos hacia el sur: 7,45% (región Noreste), 8,52% (región Norte), 11,22% (región Centro-Oeste), 13,05% (región Sureste) y 16,06% (región Sur). (Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud, 2002, p. 17)

Actualmente, conforme muestran las tablas 7 y 8, la estimación de nuevos casos de cáncer para el año 2006 se presenta de forma cada vez más preocupante.

Hombres

Localización Primaria Neoplasia maligna	Estimativa de Casos Nuevos			
	Estado		Capital	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta
Traquea, Bronquio y Pulmón	9.180	23.59	3.200	32.62
Estómago	7.900	20.29	2.220	22,67
Próstata	24.620	63.26	8.240	84.02
Colon y Recto	6.580	16.89	3.040	31.07
Esófago	4.160	10.68	1.010	10.36
Leucemias	2.620	6.73	830	8.50
Cavidad Oral	5.970	15.33	1.910	19.48
Piel Melanoma	1.430	3.71	460	4.72
Otras Localizaciones	34.730	89.23	10.710	109.40
Subtotal	97.190	249.69	31.620	323.00
Piel no Melanoma	27.070	69.57	7.560	77.26
Todos las Neoplasias	124.260	329.16	39.180	400.20

Nota: MS/INCA (2007)

Tabla 6: Estimaciones de Cáncer en todos los Estados de Brasil- 2006

Estimaciones para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 habitantes y de número de nuevos casos de cáncer, en hombres, según localización primaria.

Mujeres

Localización Primaria Neoplasia maligna	Estimativa de Nuevos Casos			
	Estado		Capital	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta
Mama Femenina	28.640	70.49	11.380	104.66
Traquea, Bronquio y Pulmón	4.830	11.90	1.660	15.25
Estómago	4.380	10.77	1.490	13.63
Cuello Del Útero	7.970	19.62	2.590	23.90
Colon y Recto	8.570	21.07	3.600	33.12
Esófago	1.240	3.04	300	2.76
Leucemias	2.120	5.21	700	6.51
Cavidad Oral	1.760	4.34	630	5.74
Piel Melanoma	1.710	4.21	580	5.33
Otras Localizaciones	36.290	89.31	13.850	127.35
Subtotal	97.510	239.97	36.780	338.18
Piel no Melanoma	27.980	68.83	7.430	68.38
Todos las Neoplasias	125.490	308.86	44.210	406.52

Nota: MS/INCA (2007)

Tabla 7: Estimaciones de Cáncer en Todos los Estados de Brasil 2006. Estimaciones para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 habitantes y número de nuevos casos de cáncer, en mujeres, según localización primaria.

Brasil presenta grandes disparidades entre su realidad actual y los avances tecnológicos usados en relación a prevención, diagnóstico precoz y tratamiento del cáncer. Las primeras iniciativas desarrolladas para el control del cáncer se remontan al inicio del siglo XX, siendo orientadas, casi exclusivamente, al diagnóstico y al tratamiento de la enfermedad. Durante la primera mitad del siglo XX se fortaleció entre los médicos la idea de que cuanto más precoz el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad, mejor sería el pronóstico de los enfermos. De esta forma se iniciaba la preocupación por la prevención y el diagnóstico precoz del cáncer. Por este motivo el INCA desarrolló algunas Políticas, ya citadas, para intentar contener la morbi-mortalidad por cáncer en Brasil.

Si hablamos de educación o de Políticas de Salud oncológica en el mundo, verificamos que con vehemencia e interrumpidamente se estudia “el cáncer”, para que en algún momento se pueda prevenir, controlar, diagnosticar y curar esta enfermedad con más eficacia, con esperanza de un día dominar la cura total.

La oncología tiene como punto de partida el alcance del control de la mortalidad de quien padece esta enfermedad, pero hasta ahora, en 2007, sólo podemos hablar más claramente de la prevención, tratamientos y rehabilitación del cáncer. Cada vez más la comunidad científica renueva la esperanza sobre la ampliación de la calidad de vida y sobre la cura.

Varios países continúan haciendo investigaciones oncológicas y naturalmente realizando sus proyectos y formando sus historias y políticas, relacionadas con esta enfermedad, el mayor problema de salud pública de la humanidad.

Dentro de la Política de Salud, podemos destacar en este estudio las Políticas de Control del Cáncer en Brasil, sus primeras iniciativas y la creación de las acciones prioritarias del control del cáncer. Enfocamos también la evolución de los servicios oncológicos en el ámbito del Sistema Único de Salud/SUS, donde fueron seleccionados algunos puntos importantes en el desarrollo de Programas, como por ejemplo: la educación, prevención, vigilancia epidemiológica y la asistencia oncológica. Contemplamos también, la reorganización de todos los sectores de cancerología en Brasil, incluyendo el Instituto Nacional de Cáncer (INCA) y algunos de sus Programas Nacionales. (Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud, 2002)

Las Políticas Públicas de Salud tienden cada vez más a perfeccionarse y a crecer en relación a las necesidades de detectar y combatir las enfermedades prevalentes en la sociedad brasileña, sea en el ámbito regional o nacional. Brasil es un país en desarrollo, por lo tanto no todas las enfermedades infecto-contagiosas están erradicadas conforme cita un programa llamado Bibliomed/Buena Salud (1998), diciendo que: se piensa en esta población sufrida y acometida por varias enfermedades que son consideradas naturales para un país en desarrollo, que se responsabiliza al Ministerio de la Salud de realizar cambios en las actuales Políticas para que puedan ser atendidas las mayores necesidades de Brasil en relación a la salud, recordando que tenemos un país del tamaño de un continente. (Bibliomed/Buena Salud,1998)

3.3. Las Instituciones, Programas y Legislaciones Nacionales de Salud

El Instituto Nacional de Cáncer / Ministerio de Salud (2002) refiere que en la década del 30 surge y se destaca en Brasil una fase de industrialización que se desarrolla aún más en los años 50. En consecuencia, aumenta la población trabajadora que presiona al gobierno mostrando las necesidades sociales que los afectaban, exigiendo así un posicionamiento oficial en relación a las Políticas Sociales del país. En esta ocasión las políticas de Salud Pública

toman rumbos más concretos con el surgimiento de la medicina preventiva, dando prioridad a la atención de la población a los puestos sanitarios, centros de salud y hospitales públicos, y, en la esfera federal, se promueven campañas sanitarias de atención a las endemias rurales.

El Servicio Especial de Salud Pública regional asume con intensidad su papel y se expande a las localidades con más carencias de Brasil.

Los movimientos de la época exigieron acciones más concretas y así se inauguraron las Fundaciones, con apoyo del Ministerio de Salud (MS), teniendo como objetivo principal la atención de las demandas de diferentes empresas. Con el fortalecimiento del MS fueron instituidos otros organismos que fortalecían las actividades en el área de la salud.

En los años 60 la instalación del régimen militar en el país obligó a las empresas privadas a unificarse para recibir cobertura sanitaria. Con la presión al gobierno, los empresarios lograron que se creara el Instituto Nacional de Previsión Social (INPS) para asistir la cobertura médica de los trabajadores. Este instituto continuó ejerciendo sus actividades asistenciales hasta mediados de los años 70.

Con las reformas gubernamentales, con el propio desarrollo del país y con las dificultades en la esfera económica, las actividades de este instituto fueron decayendo, culminando con su cierre. La crisis política, económica e institucional se reflejaba directamente en el área de la salud.

A partir de este momento comenzaron a surgir otras Entidades y Programas con la intención de ocupar el lugar vacante del antiguo INPS.

El Gobierno Federal funda en los años 80 el Programa de Servicios Básicos de Salud (PREV-SALUD) presionado por las exigencias sociales y las necesidades de asistencia en el área de la salud.

Instituto Nacional de Cáncer / Ministerio de Salud (2002) informa de que la meta final fue ofrecer cobertura a los Servicios de Salud y promover mejoras de las condiciones sanitarias de la población. Este Programa surge con la intención de minimizar las crisis ocurridas por las reformas sociales de esa época, pero encuentra obstáculos burocráticos típicos de adversidades oriundas del propio gobierno.

Las reformas continuaron y con la crisis de la Previdencia Social la sociedad continuó intentando reestructurarse, fundando otros Sistemas para apoyar las necesidades de la población que, en ese momento, carecía de una asistencia adecuada. Ninguna de las nuevas iniciativas no consiguieron su objetivo, debido a la política del gobierno.

A partir de 1985 el gobierno brasileño, en un intento de fortalecer al sector público, promueve varias Conferencias con el objetivo de reactivar y viabilizar acciones que atiendan a los sectores de salud del país. De esta forma fue promulgada la ley Orgánica de Salud (L.O.S.) de 1990 que fundamentaba una nueva dirección organizacional para la construcción del Sistema Único de Salud. (S.U.S).

Instituto Nacional de Cáncer / Ministerio de Salud (2002):

La ley Orgánica de Salud integró los principales aspectos ya consagrados en la Constitución – salud como derecho del ciudadano y deber del Estado. El concepto ampliado de salud incluye su caracterización social, y la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) con sus principios de universalidad, equidad e integración de las acciones, participación popular, descentralización político-administrativa, con dirección única en cada esfera del gobierno, destacando la municipalización, además de la jerarquización y regionalización de la red de servicios de salud. (Instituto Nacional de Cáncer / Ministerio de Salud, 2002, p. 157)

A partir de la nueva legislación, fueron realizadas varias Conferencias para discutir los avances en el área de Salud del país, destacándose la 9ª y 10ª

Conferencia Nacional de Salud realizadas en Brasilia entre los años 1992-1996, que fueron muy importantes para los avances de las reformas sanitarias y para la construcción y fundamentos del Sistema Único de Salud³.

Actualmente el SUS, que es estructurado por el mismo sistema, está mucho más descentralizado que en el pasado. Los avances después de esta estructuración reorganizaron todo el Sistema de Salud, principalmente con la creación de nuevos Programas que respaldan las acciones específicas relativas al área epidemiológica, prevaleciendo la promoción, protección y recuperación de la salud de la población brasileña.

La evaluación del Sistema Único de Salud es realizada permanentemente con la finalidad de medir sus acciones y fomentar nuevas estrategias de acción, supervisando la eficiencia y la eficacia del Sistema.

Los usuarios del SUS no encontraron mecanismos eficaces de regulación y ordenamiento de la oferta de una asistencia mejor. Con el pasar del tiempo se buscó viabilizar el acceso y la mejor utilización de los servicios del SUS en nivel macro y micro organizacional. La falta de eficacia del sistema contribuyó de forma decisiva para la persistencia de problemas relacionados a la salud brasileña.

Por lo tanto y con base en algunos de los principales trabajos e investigaciones existentes, a nivel internacional y nacional, fue hecha una síntesis de las reformas introducidas en el sector de la salud en relación a la cobertura, financiación, resoluciones y equidad en la utilización de los servicios, conforme cita Silva (2002).

³ Ministerio de la Salud, Acciones de Enfermería para el Control del Cáncer: Una Propuesta de Integración Enseñanza- Servicio. 2ª ed., 2002, p.157.

El autor busca examinar cuáles son las potencialidades de la actual estrategia de implementación del SUS para contribuir al perfeccionamiento del sistema de salud de los brasileños, haciendo viables los principios básicos de universalidad, igualdad e integración. Teniendo en cuenta las evaluaciones de las experiencias internacionales, indica una agenda de puntos críticos que deberían ser considerados con el perfeccionamiento del SUS, con mayor eficiencia, eficacia y equidad en la utilización de los servicios ofrecidos a la población a través de las acciones estatales en el sector. Conforme el análisis de Silva (2002):

La reforma del sector de la salud estuvo de moda en el plano internacional en 1990. A partir de distintos puntos de partida se consolidó un conjunto de presiones sobre el gobierno nacional para alterar el perfil de las políticas públicas sectoriales. Entre estas presiones es posible destacar:

- Aumento del nivel real de gasto sectorial, con fuerte aumento del gasto público, exigiendo formas más eficaces de control gubernamental;
- Convicciones entre los gestores públicos y privados de que el tipo de gasto realizado no optimizaba el uso de los recursos existentes y disponibles para el sector;
- La posibilidad de expansión del volumen de gasto sectorial real era muy limitado frente a las presiones y dificultades decurrentes de los distintos ajustes en las economías nacionales, como al volumen ya expresivo del gasto sectorial mientras participaba del PIB;
- Aumento expresivo de la complejidad de las condiciones de oferta y demanda de los servicios;
- Problemas, más o menos agudos, referentes a las condiciones de equidad en el acceso a los servicios por parte de los usuarios, especialmente para los de menor renta, dependiendo de la situación nacional examinada;

- Problemas generalizados referentes a las condiciones de elección de los pacientes, determinada por la característica común de los proveedores de servicios que se muestran poco sensibles a los derechos de los pacientes usuarios y consumidores de servicios.

Eurostat, (2000), (citado en Silva, 2002) refiere que la base de estos hechos, comunes a los países occidentales, tanto en Europa Occidental como en América, evidencia tres cuestiones de orden estructural, presentes con distinta intensidad en cada situación nacional.

La primera de ellas abarca los cambios demográficos, especialmente los decurrentes del envejecimiento de la población y del declive inmediato del futuro de la población económicamente activa, lo que determinaría el aumento de la demanda de servicios de mayor complejidad y coste, tendiendo a tornar cada vez más problemática la capacidad de respuesta de los servicios (Silva, 2002)

Según Silva (2002), esto ocurre porque los cuidados médicos tienden a ser menores cuando un grupo adulto está sometido a condiciones de trabajo y obtención de sueldos cada vez más difíciles. Las condiciones físicas y mentales, y las transformaciones de las condiciones de trabajo, tienden a ser cualitativamente peores dada la mayor flexibilidad e inestabilidad de los puestos ofrecidos. Esto ocurre, sin duda, en varios países latinoamericanos, especialmente en Brasil.

El segundo problema de las dificultades de ecuanimidad del financiamiento y gasto público en los cuadros de ajustes financieros macroeconómicos, viene determinando el corte y la reducción de la capacidad de intervención estatal, sin que se hayan delineado con claridad nuevas formas, eficaces y efectivas, de unión entre el sector público y el privado y entre los niveles nacionales y subnacionales de gobierno (en el caso de unidades federativas) y entre el nivel central, regional y local de gobierno (en el caso de estados unitarios).

Esta cuestión se torna más grave en las situaciones nacionales localizadas en la periferia del sistema financiero y económico-productivo, sometidas a un pasado inflacionario desastroso y que, por haber obtenido condiciones de estabilidad de la moneda, lo hicieron a través de estrategias macroeconómicas antagónicas al progreso de las etapas posteriores de desarrollo económico, dificultando las condiciones de ajuste del sector público y con costes sociales elevados.

La tercera cuestión es decurrente de las significativas alteraciones en las tecnologías disponibles en el área de cuidados médicos (procesos, equipamientos y fármacos), alterando el perfil de provisión de los servicios (oferta) con impactos fuertes en el sentido de creación de nuevas demandas y nuevas necesidades de financiamiento. En este sentido, las expectativas de los usuarios crecen, convergiendo para la exigencia de nuevos padrones de atención. De forma diferenciada para cada situación nacional, estas nuevas exigencias parecen reflejar un remix de oferta de nuevos servicios, posibilidades de ampliación de acceso a los servicios hasta entonces disponibles para segmentos diferenciados económicamente y mayores niveles de información y educación de parcelas de la población usuaria y que pasan a exigir tratamientos más complejos y sofisticados. (Silva, 2002)

Todo este contexto aquí delineado de forma bastante genérica, apunta una tendencia convergente de orientación en las modificaciones de las políticas públicas y privadas para el sector.

Por un lado, países que centralizaban, de forma casi exclusiva, la organización de servicios en las reglas del mercado, pasando a utilizar instrumentos de planeamiento y de regulación más visibles hasta entonces, como las prácticas administrativas del sector público.

Por otro lado, países con fuerte tradición de organización estatal de los servicios, con énfasis en mecanismos de planificación, evaluación y control

centralizados; pasando a utilizar cada vez más los instrumentos administrativos y gerenciales.

Como se ha citado anteriormente, Silva, 2002, relata también que a partir de la segunda mitad de los años 80, se combinaron y fueron estimuladas políticas diferenciadas de intervención, procurando alternar condiciones de operación de los sistemas nacionales, en el plano macro y micro organizacionales.

En relación al macro funcionamiento de los sistemas de salud, fueron adoptadas predominantemente fórmulas para obtener la contención de costos, y para definir una política de transferencias del nivel central del gobierno a instancias descentralizadas. Este tipo de decisión se establece a partir del examen del funcionamiento y desempeño de las tres formas básicas, para la cual convergen los distintos mecanismos de financiamiento de los sistemas de atención a la salud: financiamiento público basado en impuestos; financiamiento público basado en contribuciones compulsorias de la previdencia social; y finalmente el financiamiento privado basado en seguros específicos para la atención a la salud (Maxwell, 1988). En este sentido, la experiencia internacional ha demostrado mayores deficiencias en el desempeño de los sistemas de financiamiento de bases voluntarias controlado por reglas típicamente de mercado.

Por otro lado, sistemas financiados por impuestos o por contribuciones compulsorias, todavía son relativamente exitosos en el proceso de contención de costos, aunque enfrentarán problemas en el campo de la calidad de los servicios, y en la productividad obtenida. El exceso de burocratización y centralización de procedimientos y controles acarrearán costos administrativos también bastante elevados. (Silva, 2002)

Este proceso de "aprendizaje institucional" de los diferentes sistemas determinó una alteración estructural de modelos privatizados y públicos, alterando de forma todavía más significativa las condiciones de

microorganización del funcionamiento de los sistemas de atención donde se procuró combinar:

- Iniciativas para aumentar la eficiencia y mejorar la resolución de la red de servicios, a través de la separación de proveedores y financistas como mecanismo de introducción de competencia administrativa en el nuevo modelo contractual;
- Refuerzo y mejoría de las condiciones internas de gestión de las unidades de servicio en todos los niveles de atención, buscando minimizar variaciones de desempeño, introduciendo una nueva cultura organizacional donde se ampliase el poder de selección de los pacientes; se mejorasen las condiciones de acceso; se redujesen los tiempos de espera en las listas de cuidados electivos; se aumentase la calidad de los servicios. (Silva, 2002)

Cuando combinadas, las modificaciones a nivel macro y micro incluirán:

- a. intensa inversión y mejoría de los sistemas de información relacionados con la decisión gerencial, posibilitando una salida ágil y efectiva de datos acerca de las principales transacciones realizadas por el sistema y por sus unidades;
- b. programas de capacitación en gestión para médicos, enfermeros y otros profesionales del equipo de salud;
- c. aumento de los grados de responsabilidad y autonomía decisoria de los gestores del sistema en los niveles regionales y periféricos, en las unidades de todos los tipos y en el interior de estas mismas unidades;
- d. terciarizar todas las actividades donde, comprobadamente, el sector privado posea mayor competencia;
- e. contratación de gestores profesionales para actividades de gerencia de los sistemas o de sus unidades hospitalarias, ambulatorios o de atención primaria;

f. adición de "paquetes" de incentivos, incluyendo incentivos salariales, promoviendo la obtención de resultados más eficaces y efectivos, sea en el plano macro sea en el plano micro organizacional;

g. utilización de mecanismos e incentivos presupuestarios y financieros como medio de aumentar el desempeño de los sistemas y adecuar la oferta de los servicios a las necesidades de la población seleccionada.
(Silva, 2002)

Los conflictos y perspectivas del SUS en Brasil continúan, aunque hayan tenido lugar modificaciones del sistema macro y micro evaluadas por Silva (2002).

La complejidad de los problemas de ordenamiento y acceso, se identifican como elementos propulsores de la implementación de alteraciones en la estrategia de intervención gubernamental en las tres esferas de gobierno. Para superar estos obstáculos para el control efectivo de la oferta de servicios mejorando el acceso de los usuarios, especialmente los de renta baja, fueron seleccionados los siguientes factores:

- el perfil del proceso de descentralización en curso es favorable en gran parte de sus aspectos;
- existen recursos para inversión que si utilizamos como vectores de reorientación de la oferta vía REFORSUS, auxiliarán con mayor eficacia de la red de servicios;
- las formas de organización de la Administración Pública brasileña, principalmente el Plan Director de la Reforma Administrativa, en el ámbito de un nuevo gobierno con perfil desarrollista, que pueden garantizar la flexibilidad y autonomía necesarias para el funcionamiento de las redes de servicio, permitiendo mayor control de la oferta;
- el formato de los mecanismos de financiación sectorial puede tornarse pro-activo, por ejemplo a través de la adopción de vinculaciones institucionales asociadas al establecimiento de pisos básicos en todos los

niveles de atención, auxiliando una sistemática de transacciones que efectivamente sea adherente a las necesidades y prioridades diferenciadas de atención jerarquizadas vía acciones de planeamiento, evaluación y control;

- re-estructuración, en curso, de la atención primaria, que abre buenas posibilidades para el establecimiento de una puerta de entrada más resolutive y eficaz;

- existen varias innovaciones organizacionales y gerenciales en coherentes con una mecánica de transacciones que desea aumentar los niveles de acceso, cobertura y ordenamiento de las acciones y servicios, más allá de coordinar alternativas de planificación de la oferta basadas en nuevos y más efectivos criterios de micro-regionalización. (Silva, 2002)

CAPÍTULO 4

Las Estrategias de Control del Cáncer en Brasil

- 4.1. El Perfil Epidemiológico del País
- 4.2. El Instituto Nacional de Cáncer (INCA)
 - a. Políticas del Control del Cáncer
 - b. La Contribución Política del Instituto Nacional del Cáncer (INCA)
 - c. Los Programas Nacionales Desarrollados en Conjunto con el Ministerio de la Salud/INCA
 - c.1. Centros de Alta Complejidad en Oncología (CACON)
 - c.2. Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello del Útero y de Mama - Viva Mujer.
 - c.3. Programa de Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo de Cáncer .
 - c.4. Programa de Integración Docente Asistencia en el Área del Cáncer (PIDAAC)
 - c.5. El Programa de Calidad en Radioterapia (PQRT).
 - c.6. Programa de Epidemiología y Vigilancia del Cáncer y sus Factores de Riesgo
- 4.3. La Propuesta de Apoyo del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer – Enfermería (PIDAAC)
- 4.4. El Papel del Enfermero en el Cuidado de los enfermos oncológicos

CAPÍTULO 4 : Las Estrategias de Control del Cáncer en Brasil

4.1. El Perfil Epidemiológico del País

En Brasil las estadísticas de las tasas de mortalidad, muestran que el cáncer tiene un vasto porcentaje de coincidencia de índices con respecto a la tasa de población afectada por enfermedades cardiovasculares.

El país en su inmensa extensión territorial, no ofrece condiciones de atención de la debida calidad en todas las regiones, ni realiza asistencia primaria a la población afectada por cáncer. Las regiones Sur y principalmente la región Sureste, en la actualidad son más privilegiadas que otras, por disponer de recursos profesionales e institucionales más calificados en este área.

El problema de la Salud Pública en nuestro país es serio. El cáncer es la tercera causa de muerte en Brasil, después de las enfermedades cardiovasculares y causas externas, sin embargo es la segundo motivo de muerte por enfermedad.

Es importante señalar aquí, cómo se encuentra Brasil en relación a la estimativa de incidencia y mortalidad por cáncer para comprender mejor la importancia de los fundamentos curriculares en oncología de las escuelas de Enfermería del país.

Según estudios del Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (2002):

Los datos mas trascendentes ejercen un papel importante como orientadores en toma de decisiones y base de planeamiento, aunque impliquen un pequeño grado de imprecisión. El uso del método matemático, estimativo de la incidencia de enfermedades y fallecimientos, presupone que la tendencia de crecimiento de la población en estudio es regular y que las características de la composición social y económica de la población futura serán iguales, o resultado de una evolución gradual. El número estimado de nuevos casos y muertes por cáncer en Brasil, durante el año 2001, distribuidos por sexo y localización primaria fueron, en total, trescientos cinco mil trescientos treinta (305.330) y ciento diecisiete mil quinientos cincuenta (117.550) óbitos. En su análisis y por lo que ha sido estudiado hasta ahora, se puede deducir que las acciones de prevención, detección y diagnóstico precoz son tan importantes como las terapéuticas, de esta forma se pretende modificar el cuadro de morbi-mortalidad por cáncer en Brasil, que ya se prolonga desde hace décadas. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2002, p. 51)

Complementando el análisis que el Ministerio de la Salud hizo en el año 2001, podemos observar la tabla 6 donde constatamos los datos de 2003, cuando describe la estimativa de nuevos casos y fallecimientos por cáncer.

Región	Estimativa de los Casos Nuevos			Estimativa de Muertes		
	Masculino	Feminino	Total	Masculino	Feminino	Total
Centro-Oeste	13.130	13.555	26.685	3.910	3.225	7.135
Noreste	18.930	23.910	42.840	9.290	9.270	18.560
Norte	4.205	4.745	8.950	2.300	2.080	4.380
Sureste	120.350	147.630	267.980	37.140	31.850	68.990
Sur	29.540	26.195	55.735	15.710	12.185	27.895
Brasil	186.155	216.035	402.190	68.350	58.610	26.960

Nota. INCA/MS (2007)

Tabla 8: Estimativas para el año 2003 del número de casos nuevos y de óbitos por cáncer, por región de Brasil. Estimaciones de todos los Estados del Brasil

El SUS tiene como una de sus actuaciones específicas referendar la Política de Control del Cáncer en Brasil, cuestión importantísimas para el país, en relación con los datos presentados en la tabla 6 que demuestran lo que ocurre en nuestra sociedad en relación al cáncer en Brasil.

En 1924 en los países desarrollados ya se hablaba y trataba de la organización de los programas de control del Cáncer y fue cuando en Brasil se inició la convocatoria de congresos sobre este tema en consideración a la gran incidencia de la enfermedad evidenciada en esa época entre nuestra población.

4.2. El Instituto Nacional de Cáncer (INCA)

La historia del INCA se inicia en la década de los años 30, al dar los primeros pasos en la lucha contra el cáncer, reorientando la política nacional de salud. Debido al aumento de la mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas, incluido el cáncer, el 13 de enero de 1937, el Presidente Getúlio Vargas firmó el decreto de creación del Centro de Cancerología en el Servicio de Asistencia Hospitalaria del Distrito Federal, en Río de Janeiro. Para el cargo de director es nombrado el Dr. Mário Kroeff, uno de los pioneros en la investigación y tratamiento del cáncer en Brasil. Las instalaciones del centro fueron inauguradas un año después, el 14 de mayo de 1938, con cuarenta camas, un bloque quirúrgico, un aparato de rayos-X y otro de radioterapia.

En la década de los años cuarenta se buscó desarrollar una política del control del cáncer a nivel nacional. En 1941 fue creado el Servicio Nacional de Cáncer (SNC) y tres años más tarde el Centro de Cancerología se transforma en el Instituto de Cáncer, órgano de soporte ejecutivo de aquel Servicio. Inicial. El SNC se enfrentaría a serios problemas, pasando a funcionar en instalaciones inadecuadas hasta ser transferido, en el año 1946, al Hospital

Gaffrée y Guinle. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de la Salud, 1996-2007)

La conquista de una sede propia y definitiva se hizo prioritaria en la década de los años cincuenta, siendo entonces cuando consiguió este proyecto formar parte de los objetivos institucionales. En el año 1946, fueron transferidos al Patrimonio de la Unión dos terrenos y un inmueble en construcción, localizados en la plaza Cruz Roja, n° 23, para ser construido el edificio del nuevo Instituto de Cáncer, que sería inaugurado once años más tarde, en 1957, con la presencia del entonces Presidente de la República, Juscelino Kubitschek.

En 1961 con el fortalecimiento de la política del cáncer es aprobado el nuevo reglamento del Instituto y se reconoce oficialmente como Instituto Nacional del Cáncer, atribuyéndole nuevas competencias en los campos asistencial, científico y educacional. Sigue para el Instituto una fase de gran auge para la institución, incluyendo programas formativos de recursos humanos especializados para todo el país y por la ampliación de sus instalaciones, en la plaza de la Cruz Roja. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio da Salud, 1996- 2007)

Sin embargo, la reorientación de la política económica y sanitaria, a partir de dicha década de los años sesenta, originaría cambios que, por un lado, beneficiarían a la medicina preventiva y por otro, reducirían drásticamente el presupuesto del Ministerio de la Salud. Las medidas tomadas, en muchos casos resultaron modificaciones funcionales y de estructura para el INCA. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

En 1967 se crea la Campaña Nacional Contra el Cáncer - CNCC de Brasil. Con esta creación el instituto se agiliza, financiera y administrativamente el control de todo lo referente al cáncer, pero en 1969 con numerosas protestas, el Instituto deja de pertenecer al Ministerio de la Salud pasando a ser administrado por la Fundación Escuela de Medicina y Cirugía de Río de

Janeiro, una entidad vinculada al Ministerio de la Educación y Cultura. Tres meses después es adjudicado de nuevo a la recién creada Fundación de las Escuelas Federales Aisladas del Estado de Guanabara (FEFIEG).

Esta situación, tampoco duraría mucho tiempo. En 1972, gracias a los movimientos de resistencia y luchas internas y externas, el INCA es reintegrado al Ministerio de la Salud, desvinculándose de su antiguo órgano gestor financiero. La División Nacional de Cáncer, nueva nomenclatura que había sido adoptada para el Servicio Nacional de Cáncer (SNC) y pasa a depender directamente del gabinete del ministro de la salud. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio da Salud, 1996- 2007)

El INCA durante los primeros años de la década de los años 80 inician un período de crecimiento y recuperación, siendo órgano fundamental para la política de control del cáncer en Brasil y proyectándolo como centro nacional de referencia. En esta época, el INCA pasa a recibir recursos financieros a través de la CNCC, como resultado del proceso de cogestión entre el Ministerio de la Salud y el Ministerio de Previsión y Asistencia Social, lo que permitió al INCA, en apenas dos años duplicar la oferta de servicios médicos.

Los convenios técnico-científicos firmados, así como también las reformas y programas ejecutados, proyectarían todavía más al INCA como centro médico-hospitalario especializado, en enseñanza e investigación. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio da Salud, 1996- 2007)

A partir de 1982, el INCA y la CNCC buscan reorientar las acciones de control del cáncer, por medio del SICC -Sistema Integrado de Control del Cáncer - cuya estructura técnico-administrativa pasaría a ser el Pro-Onco. En el año 1983, esta propuesta es consolidada, transfiriéndose al INCA/CNCC todas las actividades hasta entonces ejercidas por la División Nacional de Enfermedades Crónico-Degenerativas, DNDGD (la que a su vez también se incorporó a la División Nacional de Cáncer), de la secretaría Especial de

Programas de Salud, Secretaría Especial de Programas de Salud (SNEPS), del Ministerio de la Salud.

Desde entonces, y con una acción continuada de ámbito nacional, se atienden, en forma de programas, múltiples aspectos del control del cáncer: informaciones (registros sobre el cáncer), lucha contra el tabaquismo, prevención de cánceres preferentes, inclusión de educación cancerológica en los cursos de graduación en Ciencias de la Salud y divulgación técnico-científica, que se mantienen hasta la actualidad. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio da Salud, 1996- 2007)

Desde el punto de vista de la asistencia médico-hospitalario, el INCA contaría con un Centro de Transplante de Medula Ósea; y el Pro-Onco, en conjunto con el Hospital de Oncología crearían el servicio de soporte terapéutico oncológico, sectores también de alta importancia estructural y técnico-científica.

En la década de los años noventa, con la promulgación de la ley Orgánica de la Salud (ley que crea el SUS - Sistema Único de Salud), se da nuevo impulso al INCA ampliando sus funciones y reestructurándolo, siendo incluido específicamente en el artículo nº 41 de esta ley, como órgano de referencia para el establecimiento de parámetros y evaluación de la oferta de servicios del SUS.

En los años 1991, 1998 y 2000, el INCA, a través de decretos presidenciales se confirmarían como órgano gubernamental responsable de aconsejar al Ministro de la Salud en la promulgación de la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC) y como órgano normativo, coordinador y evaluador. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

El INCA se consolida así como líder en el control del cáncer de Brasil, en todas sus vertientes: se amplían los programas ya en desarrollo; se crean

nuevos programas nacionales de detección precoz del cáncer; se constituye un Consejo Consultivo que congrega los representantes de las sociedades de especialistas y de instituciones especializadas brasileñas; se incorporan al INCA el Hospital de Ontología (del ex-INAMPS), el Hospital Luíza Gomes de Lemos (de la Asociación de las Pioneras Sociales) y el Pro-Onco (de la Campaña Nacional de Lucha Contra el Cáncer).

Superando que en este momento el INCA es controlado desde el exterior por instituciones nacionales y por una institución internacional, se inicia el Programa de Gestión por la Calidad Total, y se estructura una nueva coordinadora para desarrollar, específicamente, los programas de control del tabaquismo y de prevención de otros factores de riesgo del cáncer (la Contapp). (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio da Salud, 1996- 2007)

Crecen las pronunciaciones y el reconocimiento nacional e internacional del INCA y para apoyarlo financieramente, se crea la Fundación Ary Frauzino para Investigación y Control del Cáncer – FAF, cuya principal función es la oferta de servicios al SUS en las unidades hospitalarias del INCA.

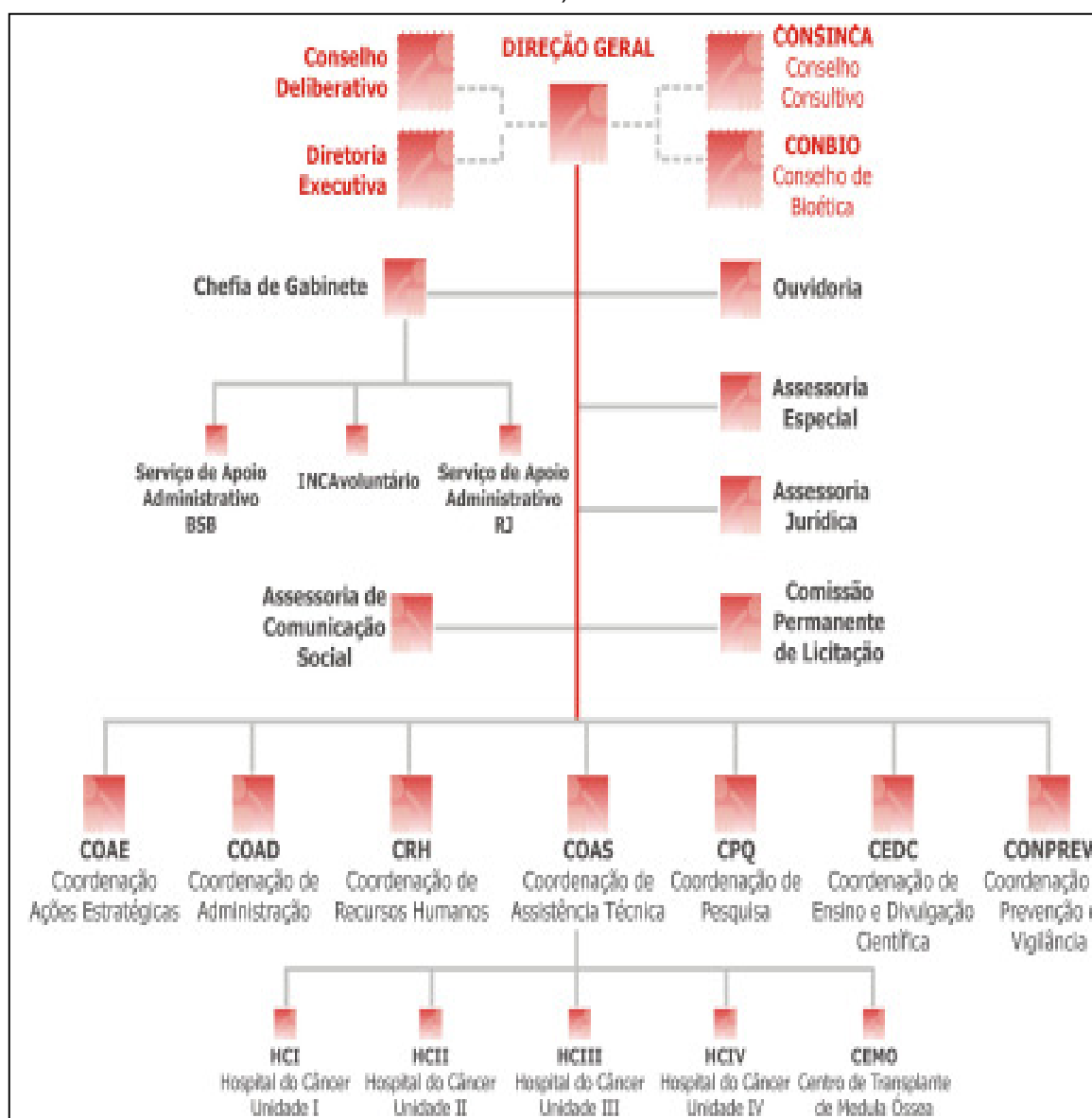
En 1998 es inaugurado el Centro de Soporte Terapéutico Oncológico, una unidad hospitalaria dedicada exclusivamente a los cuidados paliativos, siendo esta la primera de una serie de acciones internas de reorganización del Instituto, con el objetivo de hacer que la práctica de la cancerología sea ofrecida a la población de modo mas equilibrados. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

Las unidades CONTAPP y Pro-Onco son transformadas en una única coordinadora responsable de la prevención del cáncer, la (CONPREV). Los servicios asistenciales son duplicados o triplicados fusionándose en las tres unidades hospitalarias.

El Hospital Luiza Gomes de Lemos es transformado en Hospital del Cáncer III - una unidad hospitalaria exclusivamente dedicada al tratamiento del cáncer de

mama y el Hospital de Oncología pasa a atender, con el nombre de Hospital del Cáncer II, a pacientes con cánceres genitales femeninos.

El edificio de la Coordinación de Investigaciones se inaugura, y el Centro de Transplante de Medula Ósea es elevado al *status* de coordinador nacional de su especialidad, en el ámbito del SUS. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)



Nota. Fuente: INCA, (20 07)

Organigrama 1 -Organigrama actual del Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud de 2007

El Consejo de Bioética es creado para discutir las cuestiones morales y filosóficas vitales para orientar con racionalidad la atención de quienes se benefician de las prácticas terapéuticas y los pacientes que reciben cuidados paliativos.

En la 1ª década del 2000, la expansión de la asistencia oncológica y la creación de la red de Atención Oncológica, buscó garantizar a la población brasileña que no vive en las capitales, una asistencia oncológica integral y de calidad.

El Ministerio de la Salud publica la orden 3.535, que reglamenta el 'Proyecto Expande', Proyecto de Expansión de la Asistencia Oncológica y le atribuye al INCA su coordinación. Con este fin, se concibe estratégicamente la creación, implantación e implementación de centros de oncología en hospitales generales, conocidos como Centros de Alta Complejidad en Oncología, para la expansión de la oferta de servicios diagnósticos, quirúrgicos, radioterapéuticos, de quimioterapia, y de cuidados paliativos en áreas geográficas antes sin cobertura para la población local.

En el año 2003, una crisis administrativa deja a las Unidades Asistenciales del Instituto parcialmente desabastecidas. El movimiento de los funcionarios del INCA y la rápida intervención del Ministerio de la Salud restablecen la normalidad en la atención, pero resultan también afectados por cambios en los procesos gerenciales. Con una nueva dirección, el INCA establece un nuevo modelo de gestión, más participativo, basado en los principios de la ética, de la transparencia y de la responsabilidad social, comprometido con las premisas del Sistema Único de Salud (SUS), de universalidad, equidad, integración y descentralización, y con la ampliación de garantías de calidad en el acceso a los servicios. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

Actualmente el Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud (2007) se estructura de una forma diferente de años pasados. El organigrama n° 1, muestra como se encuentra organizada la Institución.

La estructura administrativa que rige hoy en el INCA esta directamente relacionada con el reglamento del Ministerio de la Salud, aprobado por el Decreto Presidencial n° 109 de 02 de mayo de 1991 y reafirmado por los Decretos Presidenciales n° 2477, de 28 de enero de 1998 y n° 3496, de 1 de junio de 2000, dando al INCA las siguientes competencias:

- Dar asistencia al Ministro de Estado en la formulación de la política nacional de prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer;
- Planificar, organizar, ejecutar, dirigir, controlar y supervisar planes, programas, proyectos y actividades, en ámbito nacional, relacionados con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las neoplasias malignas y afecciones afines;
- Ejercer actividades de formación, entrenamiento y perfeccionamiento de recursos humanos, en todos los niveles, del área de cancerología;

Coordinar, programar y realizar investigaciones clínicas, epidemiológicas y experimentales, en cancerología;

- ofrecer servicios médico-asistenciales a los portadores de neoplasias malignas y afecciones afines. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

El INCA recibe el apoyo de la Fundación Ary Frauzino, entidad privada sin fines lucrativos, creada en 1991, con la finalidad de colaborar con el Instituto en todas las áreas de actuación. La principal renta de la FAF proviene del Sistema Único de Salud (SUS), que remunera los servicios de asistencia oncológica ofrecidos por el Instituto.

Las actividades y aplicaciones del rendimiento de la FAF son reguladas por la resolución 68/79 del Ministerio Público de Río de Janeiro (legislación

específica que dispone determinar sobre las Fundaciones del Estado) y son por ella fiscalizadas a través de auditores con credenciales que ampara el Consejo Fiscal de la Fundación.

El Consejo de deliberación es una de las instancias que componen el Sistema Gerencial Colegiado, formado por el propio Consejo, las Cámaras Técnico-Políticas, el directorio Ejecutivo, el director General, el Consejo Consultivo del INCA (CONSINCA) y el Consejo de Bioética, (ConBio) además de los Consejos de Gestión Participativa de las Unidades Hospitalarias. El Consejo de deliberación a su vez está asesorado en sus decisiones por las Cámaras Técnico-Políticas, con las siguientes competencias:

- Formular y examinar políticas;
- Analizar y participar en los escenarios internos y externos;
- Definir líneas estratégicas de acción;
- Aprobar y acompañar el planteamiento estratégico;
- Deliberar sobre la política del desarrollo institucional del INCA;
- Deliberar sobre la programación de actividades y la propuesta presupuestaria anual;
- Aprobar los Reglamentos Internos del INCA;
- Deliberar sobre la política de personal;
- Participar de la elaboración de la política Nacional de Prevención y Control de Cáncer. (Instituto Nacional del Cáncer 2007)

En su composición estructural el INCA tiene los siguientes cargos:

- Dirección General:

Se compone del Gabinete de la Director General del INCA y participa de las actividades propias de la Institución, de los trabajos desarrollados por las Unidades Hospitalarias y de investigación. Enseñanza, Divulgación, Programas de Prevención y Control del Cáncer, Administración y Recursos Humanos. Propone estrategias de actuación, normas y procedimientos generales a nivel institucional, así como también promueve y conduce al

desarrollo, la implantación, el perfeccionamiento y la optimización de proyectos, programas, trabajos diversos y la política de gestión de recursos financieros, materiales y humanos.

También corresponde al Gabinete analizar los resultados alcanzados e implementar las medidas y alternativas necesarias, asegurando el cumplimiento de objetivos y metas trazados en las diversas propuestas: El mantenimiento de las actuaciones adoptadas por la Institución, optimizando su filosofía en la prevención, el control, la investigación y el tratamiento del cáncer. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio da Salud, 1996- 2007)

- El Gabinete de la Dirección General cuenta en su estructura con dos instancias de apoyo administrativo: una en Río de Janeiro y la otra en el Ministerio de la Salud de Brasilia. Ambas están subordinadas al Gabinete de Auditorías del área de actividades del voluntariado (INCA voluntario)
- Coordinación de las áreas administrativa, asistencial (Hospital del Cáncer I, II, III y IV), asuntos estratégicos, enseñanza, investigación, prevención y recursos humanos.
- Jefa de gabinete
- Asesor jurídico
- Directores de las unidades hospitalarios y asistenciales del INCA
- División de planificación.
- División de atención oncológica de la CONPREV
- División de promoción de la salud de la CONPREV
- División de comunicación social
- Asesoría de gestión de la calidad
- División de tecnología de la información
- Representante de la Fundación Ary Frauzino - FAF
- Representante de los funcionarios - AFINCA
- Representante del INCA voluntario

La Dirección General tiene por responsabilidad ejecutar las decisiones tomadas en el ámbito de un sistema de gerencia colegiada. Esta gerencia colegiada está formada por: El consejo consultivo de directrices ejecutivas, CONSINCA, el consejo de bioética, las cámaras técnico-políticas y por los consejos de gestión participativa de las unidades hospitalarias. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

Son sus competencias:

- Ejecutar la política y las estrategias aprobadas;
- Elaborar acciones referentes al planteamiento táctico-operacional;
- Hacer seguimiento de los resultados estipulados y la presentación de medidas de ajuste;
- Identificar oportunidades que aumenten la eficacia de un modo mas efectivo;
- Acompañar y evaluar el desempeño de las unidades asistenciales, de coordinación, instancias colegiadas y programas desarrollados por el INCA.

Las Cámaras Técnico-Políticas, (CTP) son instancias colegiadas, para el apoyo técnico del Consejo Consultivo, multidisciplinar, no jerarquizado. Están abiertas a la participación de los funcionarios e invitados externos, para discutir los temas técnico-políticos de relevancia.

Son cuatro las Cámaras Técnico-Políticas: de Información; Educación y Comunicación; Innovación Científica; Incorporación Tecnológica; y Atención Oncológica.

Las CTP están formadas por doce miembros, con mandato de un año y derecho a una nueva elección teniendo las siguientes competencias:

- Asesorar al consejo consultivo en la evaluación y seguimiento de los proyectos y de las actividades;

- Garantizar diferentes puntos de vista en el análisis de proyectos y actividades;
- Promover la gestión participativa y compartida;
- Posibilitar un espacio de debate, formulación y propuesta de cambios institucionales. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996-2007)

Desde EL AÑO 1992, el INCA cuenta, con el Consejo Consultivo (CONSINCA) formado por entidades de ámbito nacional, representativas de varios sectores, que contribuyen, de forma decisiva, a la elaboración de normativas relativas a la estructura y financiación de la atención oncológica del país. El CONSINCA es presidido por el Director General del INCA. En 2003, el Consejo fue renovado y ampliado, pudiendo pronunciarse, cuando se le solicita, sobre:

- La política de control del cáncer;
- El desarrollo de las acciones de control del cáncer de las entidades públicas y privadas que integran el SUS, recomendando sus criterios;
- La evaluación de los proyectos para incentivar, supervisar y controlar las actividades dirigidas a controlar la expansión del cáncer;
- La evaluación de estudios e investigaciones en el área de dicho control del cáncer;
- La mejora de criterios que permitan una mayor resolución, para la incorporación de los avances científicos y tecnológicos. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

Las entidades técnico-científicas relacionadas con la atención al cáncer son varias y participan junto al Instituto Nacional del Cáncer, la Asociación Brasileña de Salud Colectiva (ABRASCO), el Colegio Brasileño de Hepatología (CBH), la Sociedad Brasileña de Radioterapia (SBRT), la Sociedad Brasileña

de Cancerología, la Sociedad Brasileña de Cirugía Oncológica, la Sociedad Brasileña de Enfermería Oncológica, la Sociedad Brasileña de Oncología Clínica, y la Sociedad Brasileña de Oncología Pediátrica. (Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud, 1996- 2007)

También colaboran con el INCA las entidades que ofrecen sus servicios al SUS, como por ejemplo, la Asociación Brasileña de Instituciones Filantrópicas de lucha contra el Cáncer (ABIFCC), la Asociación de los Hospitales Universitarios y de Enseñanza (ABRAHUE) y la Confederación de las Santas Casas de Misericordia, Hospitales y Entidades Filantrópicas.

Los Gestores del SUS son: el Consejo Nacional de Secretarios de Salud (CONASS), el Consejo Nacional de Secretarios Municipales de Salud (CONASEMS), el Ministerio de la Salud, el Departamento de Sistemas y Redes Asistenciales (SAS/MS), el Departamento de Evaluación, Regulación y Control de Sistemas (SAS/MS), el Departamento de Apoyo a la Descentralización / Secretaria Ejecutiva (SE/MS), el Departamento de Análisis de las Situaciones en Salud (SVS/MS), la Secretaría de Ciencia, de Tecnología y Avances Estratégicos (MS), el Instituto Nacional de Cáncer (INCA), los Representantes del Forum Nacional de Portadores de Patologías / Consejo Nacional de Salud Nildes de Oliveira Andrade, y Neide Regina C. Barriguelli. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

El Consejo de Bioética (ConBio), es un órgano consultivo, vinculado administrativamente a la Dirección General del INCA, con plena autonomía en sus actividades. Instituido en el año 1999, se ocupa de las implicaciones morales y éticas surgidas en la práctica en la asistencia oncológica en el contexto de la política sanitaria brasileña, buscando la adopción de medidas de prevención y asistencia médico-hospitalaria que puedan ser consideradas moralmente legítimas y socialmente sostenibles.

El Consejo está formado por profesionales de reconocida competencia en las áreas de Cancerología, Ciencias Humanas y Sociales, Administración y

Gestión y por representantes de los usuarios de los servicios oncológicos. Sus miembros son elegidos y nombrados por el Director General del INCA por un período de dos años, renovables. El ConBio – INCA es regido por un reglamento interno, aprobado por sus miembros y se reúne periódicamente, por lo menos, cada dos meses en sesión plenaria, conforme pauta previamente establecida. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La Fundación Ary Frauzino de Investigación y control del cáncer (FAF) es una institución privada, sin fines lucrativos, creada en 1991, para colaborar con el desarrollo integral del Instituto Nacional de Cáncer (INCA), del Ministerio de la Salud, en todas las áreas relativas a enseñanza, investigación, prevención, asistencia oncológica y control del cáncer en Brasil.

Administrando recursos provenientes de indemnizaciones por servicios ofrecidos al Sistema Único de Salud (SUS), de la captación de donaciones y de convenios firmados con instituciones públicas y privadas, la Fundación Ary Frauzino actúa como un agente de transformación del INCA, ayudando al Ministerio de la Salud a proveer al Instituto de recursos humanos cualificados y de tecnología moderna. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La actuación de la FAF junto a la del INCA es regulada por las decisiones de la Resolución nº 68/79 del Ministerio Público del Estado de Río de Janeiro (legislación específica que decide sobre las Fundaciones en el estado) y es por él mismo fiscalizada a través de auditores externos.

El Área de Proyectos Sociales y Voluntariado (INCA voluntario), planifica y coordina las actividades de los voluntarios del INCA, que hoy suman aproximadamente seiscientos cuarenta y cinco miembros. El INCA voluntario tiene como misión el apoyo integrado de las actividades del Instituto junto a la comunidad en asistencia y prevención del cáncer. Por tanto, desarrolla actividades educacionales, recreativas, de integración social y de entretenimiento, buscando el bienestar de los pacientes vinculados al Instituto,

sus familiares y en general de toda la comunidad. Reclutados por el INCA voluntario y seleccionados conjuntamente con la CRH/DDRH, los voluntarios trabajan junto a los equipos de salud de dicho instituto. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La Coordinación de Asistencia (COAS) plantea, coordina y dirige las actividades de asistencia multiprofesional especializada en el tratamiento de pacientes con neoplasia maligna y problemas colaterales. Su estructura tiene cinco unidades: Hospital del Cáncer I (HC I), Hospital del Cáncer II (HC II), Hospital del Cáncer III (HC III), Hospital del Cáncer IV (HC IV) y Centro de Transplante de Médula Ósea (CEMO).

El Hospital del Cáncer I (HC I) es la mayor unidad hospitalaria del Instituto Nacional de Cáncer y uno de los hospitales mejor equipados del Ministerio de la Salud.

El HC I, ofrece asistencia médico-hospitalaria gratuita a pacientes con cáncer y funciona en su actual domicilio en la Plaza Cruz Roja de Río de Janeiro desde el año 1957.

Equipos multiprofesionales cualificados son responsables del servicio de la verificación de los diagnósticos de cáncer, evaluación de la extensión del tumor (estado del mismo), tratamiento y rehabilitación. Sirviendo como sede a la Dirección del INCA y al Centro de Transplante de Médula Ósea (CEMO), esta unidad hospitalaria dispone de ciento ochenta y ocho camas (incluyendo diez camas de UTI) distribuidas en un edificio de once pisos, que ocupa un área de treinta y tres mil metros cuadrados.

El Hospital del Cáncer I dispone de recursos avanzados como la Resonancia Magnética, el Mamógrafo de Alta Resolución y el Tomógrafo Helicoidal que permiten aumentar la eficacia en la asistencia y el número de pacientes diagnosticados. Otra novedad es el sistema hospitalario integrado

informaticamente es que ofrece mayor información técnica en línea y es mejor su organización gerencial inmediata.

Para ser atendido en el HC I, como en cualquier unidad hospitalar del INCA, es necesario que el paciente sea remitido por un médico, ya con un diagnóstico confirmado de cáncer (dictamen de biopsia o punción) o con fuerte sospecha de enfermedad cancerígena (examen por radiografía, tomografía o resonancia magnética).

El HC I también ejerce un papel importante en el desarrollo de la investigación oncológica realizada por el Instituto y en la formación de recursos humanos especializados en oncología, a través de los programas en la Residencia Médica o de Enfermería, de los Cursos de Especialización, Perfeccionamiento y de Actualización, entre otros.

El Hospital del Cáncer II (HC II) es la unidad hospitalaria del INCA responsable de la asistencia a adultos en sus Servicios de Ginecología y Oncología Clínica. El HC II recibe pacientes para tratamiento tanto quirúrgico, como consultas e ingresos.

Por ser un centro de referencia en el área de Ginecología Oncológica, y actuando en el nivel terciario de asistencia, el HC II exige que al paciente para su admisión, presente traslado médico acompañado de confirmación diagnóstica (dictamen de biopsia o punción) o con fuerte sospecha de cáncer (examen de radiografía convencional, tomografía computadorizada o resonancia magnética). (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996-2007)

EL Hospital del Cáncer II tiene un Centro Quirúrgico con recintos y equipos apropiados, un Centro de Terapia Intensiva (CTI) con seis camas, una unidad de posoperatorio (UPO) con tres camas, un dispensario, una unidad de emergencia y un centro de quimioterapia, que en la actualidad cuenta con capacidad para veinticinco asistencias diarias, un buen número considerando

que la posología de medicamentos para neoplasias ginecológicas demandan un mayor tiempo de administración.

Tiene también sectores especializados como: Ginecología, Oncología Clínica, Anestesiología, Unidad de Diagnóstico: Endoscopia, Laboratorio de Patología Clínica, Anatomía Patológica y Centro de Imagen, equipado con tomógrafo y una comisión de control de infecciones hospitalarias. Otros servicios para la asistencia multiprofesional, son Estomatología, Psiquiatría, Psicología, Enfermería, Fisioterapia, Nutrición y Servicio Social. El Registro Hospitalar de Cáncer (RHC) del Hospital del Cáncer II está en funcionamiento desde el año 1991.

Con siete pisos y ochenta y tres camas, el HC II ocupa un área de seis mil doscientos metros cuadrados, en la cual trabajan cuatrocientos cincuenta funcionarios. Esta unidad también colabora para el desarrollo de la investigación oncológica y participa en los programas de enseñanza (Residencia Médica y de Enfermería, Cursos de Especialización, Perfeccionamiento y Actualización), además de actuar en otros niveles conjuntos en diferentes sectores del INCA. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

El Hospital del Cáncer III (Ex- Hospital Luiza Gomes de Lemos y ex- Pioneras Sociales) desempeña un importante papel en la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama, participando activamente de los programas de investigación y ensayo, desarrollados por el INCA. Localizado en la zona norte de Río de Janeiro, el HC III ofrece asistencia médico-hospitalaria gratuita confirmación de diagnósticos , tratamiento quirúrgico, quimioterapia y radioterapia.

La educación conjunta es también otra característica de esta unidad. Diariamente se realizan charlas sobre prevención y diagnóstico precoz del cáncer de mama para las mujeres que trata el hospital. Hace años que esta actividad se revela extremadamente valiosa desde el punto de vista educativo, ya

que las participantes se transforman en divulgadoras de las informaciones recibidas entre su círculo de convivencia. Otro equipo de actuación es el Grupo de Pacientes Mastectomizadas, coordinado por una asistente social y una psicóloga, que se reúne semanalmente con las pacientes y sus familiares. Los casos especiales son encaminados individualmente a terapia de apoyo con psicólogos del propio HC III. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

El HC III ocupa diez mil quinientos metros cuadrados de área construida y la unidad de internación tiene nueve pisos. Son cuarenta y cuatro camas en total, cuatro salas de cirugía, centro radiológico, laboratorio y farmacia. El hospital cuenta con equipamientos de radiología de última generación, incluyendo tecnología de mamografía con estereotaxia para la localización de lesiones impalpables de la mama. Tiene también una guardería para los hijos de funcionarios, atendiendo niños de cuatro meses a cuatro años que está coordinada por una psicóloga infantil.

El Hospital del Cáncer IV (ex-Centro de Soporte Terapéutico Oncológico (CSTO) es la unidad asistencial responsable de atender a los pacientes del INCA que necesitan cuidados paliativos. Por ser prioritaria la asistencia domiciliaria del paciente, fue creada una estructura para facilitar la permanencia del paciente en su casa, facilitándole medicamentos, materiales adecuados para curaciones, bolsas de colostomía, frascos y sondas para alimentación. Se prestan también sillas de ruedas, balones de oxígeno, camas y colchones especiales. El Hospital también ofrece asistencia en el caso de muerte en el domicilio.

Además de desarrollar un trabajo asistencial, el HC IV también promueve la formación y la preparación de cuidadores y profesionales en el área de Cuidados Paliativos.

Las nuevas instalaciones del HC IV están distribuidas en once pisos que ofrecen las siguientes comodidades: recepción general en planta baja; un piso

para emergencia con tres camas y el dispensario con seis salas de atención; seis pisos para ingresos, con ochenta y cuatro camas; tres pisos administrativos y un auditorio.

El Centro de Transplante de Médula Ósea (CEMO) fue creado en 1983 y hoy se destaca como el segundo mas grande de Brasil en el tratamiento de enfermedades sanguíneas, como anemia aplásica y leucemia. El CEMO realiza transplantes de médula ósea alogeneicos y autólogos, atendiendo a pacientes de Río de Janeiro y demás regiones de Brasil en el ámbito del SUS. Por designación del Ministerio de la Salud, cabe al CEMO ser sede del Registro Nacional de Donadores de Médula Ósea (REDOME) y del Banco de Células de Cordón Umbilical, centralizando las consultas de los bancos internacionales de donadores de médula ósea. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

El CEMO cuenta con los siguientes sectores:

- Unidad Clínica - dispone de doce camas instaladas en ambiente alimentado por un sistema de filtraje especial del aire para la reducción de las partículas ambientales, buscando minimizar el riesgo de infecciones;
- Dispensario - recibe los nuevos pacientes y es también responsable del seguimiento de los pacientes transplantados;
- Unidad de Laboratorio - da soporte a los transplantes, ejecutando exámenes esenciales para la realización de los transplantes y seguimiento médico de los pacientes; también es referencia para investigaciones;
- División de Inmuno-genética - incluye el laboratorio donde se realizan los análisis de donantes para transplantes;

- Registro Nacional de Donadores de Médula Ósea (REDOME) – creado en 1993 y coordinado por el INCA desde 1998. Actualmente dispone cerca de ciento cinco mil donantes en fase de registro;

- Banco de Células de Sangre de Cordón Umbilical y Placentario (BSCUP). Inaugurado en 2001, es el primer banco de este tipo en Brasil, preocupado en aumentar las oportunidades de localización de donadores, para los pacientes que necesitan de trasplante de médula ósea. La oportunidad de que un brasileño localice a un donante en territorio nacional es treinta veces mayor que la oportunidad del mismo donante en el exterior, según la investigación realizada por el Registro Nacional de Donantes de Médula Ósea (REDOME). Esto ocurre debido a las características genéticas comunes de las poblaciones brasileñas. Además, el BSCUP pretende ser un proyecto piloto para la instalación de otros bancos de células de sangre de cordón umbilical y placentario brasileños y para el entrenamiento de profesionales y reglamentación de esta actividad. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996-2007)

La Coordinación de Administración (COAD) tiene como misión suplir, con calidad y rapidez, las necesidades en materiales y servicios, para el perfecto funcionamiento del INCA. Para cumplir su misión ofrece amplio apoyo administrativo a todas las Unidades del Instituto.

La COAD cuenta con un equipo de doscientos noventa y cinco colaboradores, entre administradores, economistas, ingenieros y técnicos en innumerables áreas. Está organizado de la siguiente forma:

- Asesoría Ejecutiva - Responsable por la gestión operacional, interactuando en el desarrollo de acciones estratégicas y operacionales, como en la consolidación de las metas definidas por la administración;
- División de Licitación – Responsable de la gerencia de las licitaciones obras. Cuenta con una Comisión Permanente, que realiza los concursos de

contratación del INCA, de acuerdo con la legislación que rige las contrataciones en el Servicio Público Federal;

- División de Administración Hospitalaria – Responsable por la gestión del ambiente hospitalario. Cuenta con los servicios e higiene complementarios del edificio que intervienen en la gerencia de diversos contratos del INCA, principalmente seguridad, limpieza, lavandería, estacionamiento y recepción;
- División Presupuestaria y Financiera – Responsable por la ejecución presupuestaria y financiera del INCA, respondiendo a órganos de control interno – Coordinación de Contabilidad del Fondo Nacional de Salud, y externos - Tribunal de Cuentas de la Unión y *Corregedoria* General de la Unión de Río de Janeiro. La DOF está conectada on-line al Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAFI) del Gobierno Federal;
- Central de Abastecimiento – Responsable por la Gestión de Abastecimiento del INCA. Cuenta con el Servicio de Compras, responsable de la adquisición de bienes y servicios necesarios para el funcionamiento de las Unidades del INCA, Servicio de Almacenamiento Central y de Farmacia Central, responsables del almacenamiento y reposición automática de los materiales y medicamentos en uso de la institución, y el Servicio de Patrimonio, responsable del consumo y control de los materiales permanentes, totalizando actualmente cerca de cuarenta mil ítems, propios o cedidos al INCA;
- División de Ingeniería e Infraestructura – Responsable por la ampliación y manutención de la infraestructura del Instituto, instalado en 17 direcciones, gerencia diversos contactos. Cuenta con los Servicios de Obras y Proyectos y de Manutención del Edificio;
- División de Tecnología Biomédica – Responsable por la manutención y gestión integrada de los equipamientos médico-hospitalarios, interesado siempre por la atención al paciente. Cuenta con los servicios de Ingeniería

clínica y de manutención de equipamientos médicos. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La Coordinación de Asuntos Estratégicos (COAE)

Tiene por finalidad asesorar la Dirección General del INCA en el desarrollo, aplicación, evaluación y seguimiento de las premisas, directrices y acciones estratégicas pertinentes del modelo de gestión institucional. Dentro de sus atribuciones se destacan, la coordinación del proceso de planteamiento estratégico y la coordinación de los proyectos estratégicos.

, La Gestión de Calidad, la Tecnología de la Información y la división de Planificación (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007) Están subordinadas a la COAE,

La Coordinación de Recursos Humanos (CRH) asesora al Director General del INCA en relación a la política institucional de recursos humanos, que planifica, coordina y desarrolla las acciones, instrumentos y prácticas para la gestión y el desarrollo de recursos humanos del Instituto Nacional de Cáncer, según las directrices y normas emanadas de la Coordinación General de Recursos Humanos del Ministerio de la Salud.

Tiene como objetivo desarrollar políticas y programas con finalidad de propiciar el desarrollo profesional y el bienestar social de los funcionarios de la institución. Está estructurada en tres divisiones y una asesoría:

- Asesoría de Proyectos Especiales: con competencias sobre la coordinación, orientación y supervisión de proyectos de la Coordinación de Recursos Humanos que planifican actuaciones conjuntas de todas las divisiones, tales como concursos públicos y perfiles de productividad del trabajo. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)
- División de Desarrollo de Recursos Humanos: con la incumbencia de coordinar, supervisar y orientar los programas y proyectos de formación y desarrollo de recursos humanos internos de la institución, los procesos de reclutamiento,

selección de funcionarios, evaluación de cumplimiento de objetivos, sistemas de reconocimiento, planes de carrera y análisis de potencial.

- División de Salud del Trabajador: con el deber de coordinar, supervisar y orientar las actividades y programas de prevención y tratamiento de enfermedades profesionales, reintegración y readaptación del funcionario al trabajo, como también promover la calidad de vida en el ambiente de trabajo. La sección de ingeniería de Seguridad del Trabajo ejecuta actividades relativas a la medicina, a la higiene y a la seguridad del trabajo, además de supervisar y orientar la reducción y la eliminación de los riesgos para la salud del trabajador y realizar campañas y programas de prevención de enfermedades ocupacionales.
- División de Administración de Personal: con la incumbencia de programar, supervisar y orientar la ejecución de las actividades relativas al control de, registros, pagos, administración de beneficios y aplicación de las reglamentaciones internas y legislaciones específicas.
- El Servicio de Administración de Personal que supervisa, controla y orienta la ejecución de las actividades relativas a los pagos (salarios), reconocimientos previstos en ley, registro y control de las consignaciones obligatorias y facultativas, organización y manutención de los registros financieros individuales y la elaboración de las provisiones de gastos personal.
- El Servicio de Relaciones del Trabajo supervisa, controla y orienta la ejecución de las actividades relativas a la concesión de derechos, ventajas y beneficios de los facultativos, aplicación de régimen disciplinar, control de cupo, frecuencia, y salida de los mismos en ejercicio o no del INCA, manutención del registro de datos funcionales relativo a los facultativos y catalogación de los actos legales concernientes al área de Administración de Personal.
- El Servicio de Remuneración y Cargos, supervisa y orienta la administración de la política de remuneraciones de la institución, el desarrollo de

investigaciones y estudios del mercado de trabajo, la implantación y la administración del cuadro de personal y el control de los movimientos internos del personal. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La Coordinación de investigación (CPQ) del INCA se caracteriza por la formación del conocimiento científico, la formación de investigadores y la mejora de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos en el área oncológica, manteniendo intercambio con instituciones nacionales e internacionales y captando recursos de órganos impulsores de la investigación en Brasil y en el exterior. Es de su incumbencia planificar, coordinar y programar tareas en el ámbito de las investigaciones básicas: epidemiológicas, clínica y de intercambio. Sus diversos programas científicos mantienen veintitrés grupos de investigación registrados en la base de datos del CNPQ.

Los laboratorios de Farmacología, Biología Celular, Genética y Medicina Experimental e Investigación Clínica, se encuentran en el edificio de la Calle André Cavalcanti, y emplean a cerca de setenta y siete profesionales, incluyendo técnicos e investigadores. Son directamente subordinados a Coordinación de Investigación, y tienen una infraestructura en equipamiento de última generación en las áreas de biología molecular y microscopía. Además, existen otros locales del INCA donde se realiza investigación en laboratorio, como en el CEMO y en Hepatología del HC I. La investigación epidemiológica se concentra en la CONPREV. El INCA también realiza diversos ensayos clínicos en sus cuatro unidades hospitalares, siendo que la coordinación general de estas actividades se localiza en el edificio de la CPQ. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

Es de incumbencia de la Coordinación de Prevención y Vigilancia del Cáncer (CONPREV) planificar, coordinar y dirigir los métodos y el desarrollo de actuaciones nacionales de prevención, detección precoz y vigilancia del cáncer y sus factores de riesgo. Desempeña papel prioritario en la prevención del cáncer en nivel primario (promoción de la salud) y secundario (detección del cáncer en fase inicial). Está vinculada a la vigilancia epidemiológica (análisis y

consecución de datos técnicos y científicos sobre el cáncer), para reducir de los índices de incidencia de mortalidad de esta enfermedad.

Actuando en las áreas de la información, educación, prevención y organización de la red de atención al cáncer, las acciones de la CONPREV se completan y comprenden las siguientes áreas:

- Prevención y detección precoces del cáncer, con atención especial al control del tabaquismo y de los tumores de mama, cuello uterino, próstata, boca y piel;
- Publicaciones con información de estadísticas sobre el cáncer y estimativas de incidencia;
- Materiales instructivos con recomendaciones para prevención y directrices clínicas para el control dentro de la línea de cuidados sanitarios, dirigidos a la comunidad y a los profesionales de salud. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La división de Control del Tabaquismo y otros Factores de Riesgo es responsable de las actividades y proyectos destinados a la reducción de la incidencia de fumadores (retardando la iniciación y promoviendo el abandono del tabaco) y la eliminación de la contaminación ambiental a causa del humoprocendente de los fumadores. También actúa de forma integrada con los demás sectores del Ministerio de la Salud en la promoción de una alimentación saludable, promueve la práctica de actividades físicas, prevención a la exposición solar y varios otros factores relacionados con la prevención de enfermedades crónicas.

La división de Control del Tabaquismo y otros Factores de Riesgo juntamente con las Secretarías Estatales y Municipales de Salud, desarrollan acciones educativas en ambientes de trabajo, escuelas y unidades de salud. Dentro del trabajo intersectorial, se desarrollan acciones de apoyo a las medidas legislativas y económicas que, junto a otros órganos gubernamentales y demás representantes de la sociedad civil, con

participación activa de la Comisión Nacional, han puesto en funcionamiento la Convención para el Control del Tabaco, primer tratado internacional de salud pública, cuyo objetivo principal es detener la expansión del consumo del tabaco y los daños que produce a la salud. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La División de Epidemiología desarrolla investigaciones que tienen como objetivo el monitorizar los factores de riesgo y la investigación de las condiciones asociadas a la etiología y pronóstico de los diversos tipos de cáncer, y dar soporte a la política de prevención y control.

La División de Información es responsable del control del cáncer, buscando mejorar las actividades de vigilancia a través de los registros de casos de cáncer y la realización de estudios y investigaciones afines.

La División de Atención Oncológica fue constituida a partir de la unificación de las áreas de Detección Precoz, Proyecto EXPANDE y Programa de Calidad en Radioterapia. Las tres áreas integradas posibilitan la planificación unida de las acciones, preservando los conocimientos ya existente.

La División de Atención Oncológica tiene como acciones prioritarias: proponer y cooperar en lo manifestado en la política nacional, la revisión de la reglamentación de atención oncológica; elaborar y aplicar el Plan Nacional de Atención a los Cánceres de Cuello de Útero y de Mama; asesorar a los estados y municipios en la aplicación de esta política y de reorganizar y expandir la red de atención oncológica, incluyendo la implantación de unidades o centros de alta complejidad en oncología. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

Las actividades estratégicas de Control del Cáncer de Cuello de Útero fueron instituidas a través de estatuto Ministerial nº 3.040 de 21 de junio de 1998, con el objetivo de desarrollar acciones para el control del cáncer de

cuello de útero. Actualmente, fue incorporado al Plan Nacional de Atención a los Cánceres de Cuello de Útero y de Mama que tiene por objetivo reducir la incidencia, la mortalidad y las repercusiones físicas, psíquicas y sociales de estos tipos de cáncer en la mujer brasileña, por medio de la oferta de servicios para la prevención y detección en niveles iniciales de la enfermedad al tratamiento y rehabilitación. Sus directrices y estrategias contemplan la formación de una red nacional integrada, con base en un núcleo geopolítico gerencial, que pretende ampliar el acceso de la mujer a los servicios de salud. Además, la cualificación de recursos humanos y la motivación de la mujer para cuidar de su salud fortalecen y amplían la eficacia de esta red.

La implantación de Unidades o Centros de Alta Complejidad en Oncología se crea a partir del Proyecto EXPANDE, el cual articula, organiza y garantiza los recursos necesarios para la consecución de este objetivo. Entre las principales acciones del Proyecto encontramos: la cualificación de recursos humanos; la adquisición de equipamientos de radioterapia; la elaboración de protocolos de cooperación que buscan garantizar la infraestructura hospitalaria general y de red necesaria para la asistencia integral al paciente.

El proyecto se responsabiliza de la implantación de Unidades o Centros de Alta Complejidad en Oncología y Hospitales Generales, públicos o filantrópicos, orientada por criterios de base social y epidemiológica, en varias regiones del país.

La cualificación profesional del Proyecto EXPANDE es responsabilidad de la Coordinación de la Enseñanza y Divulgación Científica (CEDC). Tiene como objetivo capacitar profesionales sanitarios en el área de Oncología, para la asistencia integral al paciente y reforzar su actuación en un equipo multidisciplinar. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

El Programa de Calidad en Radioterapia evalúa, periódicamente, *in loco* y a distancia, las condiciones de funcionamiento de los equipos de radioterapia de todo el país, usados para tratamiento en pacientes del SUS; realiza estudios

en el área de dosimetría *in vivo*, desarrolla sistemas de evaluación a distancia, y promueve prácticas dirigidas a las necesidades de los profesionales del área. Podemos citar el primer curso del INCA (El Electrón en la radioterapia) utilizando la modalidad de Enseñanza a Distancia.

El Área de Vigilancia del cáncer Ocupacional y Ambiental fue creada en 2004 y, desde entonces, desarrolla convenios dentro del Ministerio de la Salud, como por ejemplo con la Coordinación de Salud del Trabajador (COSAT), con la Coordinación de Vigilancia Ambiental de la Secretaria de Vigilancia de la Salud, con la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (CGVAM-SVS), secretarías estatales y municipales de salud además de organizaciones no gubernamentales como la Confederación Nacional de Trabajadores de la Agricultura (CONTAC), con el objetivo de reducir la exposición a agentes cancerígenos presentes en el medio ambiente y que aumentan el riesgo de desarrollo de diversos tipos de cáncer en la población expuesta a ellos.

En 2004 fue creada el área de valoración de la salud, que tiene como principales objetivos evaluar las acciones desarrolladas por la CONPREV, en especial rastrear el cáncer de cuello de útero y de mama y los costos de las enfermedades relacionadas con el tabaco, ya que son prioridades nacionales.

Los proyectos desarrollados por la CONPREV en el área de educación están destinados a la información y sensibilización de legisladores, economistas, unidades de salud, escuelas, ambientes de trabajo y la población en general.

La Coordinadora de Enseñanza y Divulgación Científica (CEDC) es responsable por las acciones que buscan la cualificación de profesionales de salud para la red de asistencia oncológica. Es de su incumbencia identificar la demanda de enseñantes, proponer y formular planes para la creación de una red descentralizada de las instituciones formativas en oncología del país, como también planificar, coordinar y supervisar la implantación y la calificación de

programas de enseñanza y eventos científicos promovidos por el INCA. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

Es responsabilidad de la Coordinadora de Enseñanza y Divulgación Científica (CEDC), el Sistema Integrado de Bibliotecas e Información (SIBI), adscrito a la Biblioteca Virtual de Salud del Ministerio de la Salud. Produce material de divulgación científica y de cuño educativo para sus programas de enseñanza presencial. En cooperación con la FIOCRUZ, inició en 2005 el programa de Educación a distancia, abriendo nuevas perspectivas para la ampliación y alcance de iniciativas educacionales orientadas a la atención de las necesidades de formación de profesionales. Su estructura está formada por:

División de Actividades Académicas

- Secretaria Académica - Área de Enseñanza Médica - Área de Enseñanza de Enfermería - Grandes Áreas de Enseñanza de la salud - Área de Enseñanza Técnica - Servicio de Divulgación Científica - Sección de Biblioteca Central
- Sección de Producción de Material Educativo - Revista Brasileña de Cancerología.

La línea pedagógica se refiere a la acción educativa relacionada con una determinada concepción teórica. Los fundamentos que dan dirección a la práctica pedagógica están centralizados en el diálogo crítico, en la libertad de expresión individual, en la relación entre política y educación y en la adquisición de conocimientos como importante factor social; en la capacidad del propio discente en organizar su aprendizaje, y en la connotación antropológica del trabajo educativo.

Considerando las necesidades de formación profesional para el sistema de salud en base a la perspectiva de calidad, como traducción del compromiso de ciudadanía, se busca estrechar las relaciones entre el sistema formativo y los sectores que ofrecen servicios por medio del modelo de formación orientado por la competencia. Según el Artículo nº 4/99 del MEC/CNE/CEB,

competencia profesional “es la capacidad de articular, movilizar y transformar en acción, los valores, conocimientos y habilidades necesarios para el desempeño eficiente y eficaz de las actividades requeridas por la naturaleza del trabajo”. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

El modelo de enseñanza orientado por el diálogo permite el intercambio y la articulación de la enseñanza con el universo del trabajo, en un conjunto de prácticas reflejas, donde contenidos y actividades se articulan y se diversifican, ampliando los espacios de reflexión para la construcción sinérgica de capacidades para el ejercicio profesional y para la transformación de las prácticas sanitarias.

La Secretaría Académica es una instancia normativa, responsable de recibir, procesar y distribuir información y datos sobre la vida académica del cuerpo docente y discente, desde su ingreso en la institución hasta su finalización, expedición y obtención del certificado. Ejerce, así, un papel importante para la gestión de la información académica en el INCA. Tiene, también, la responsabilidad de controlar los registros académicos dirigidos a garantizar la seguridad y la privacidad de los documentos, la corrección de los registros académicos, actividades estas, instruidas por la legislación vigente y por las directrices de la Coordinación de Enseñanza y Divulgación Científica, pactadas con las diferentes unidades del Instituto Nacional de Cáncer. Esto tiene como objetivo, a medio plazo, ofrecer a la comunidad del INCA procesos de gerencia y programas de evaluación informatizados.

La CEDC, dentro de su estructura comprende la División de Actividades Académicas y entre sus varias áreas, destacaremos el Área de Enseñanza de Enfermería, que cuenta con especializaciones importantes como:

- La residencia en Enfermería Oncológica que ofrece veinticinco vacantes por año. La residencia en Enfermería, constituye la modalidad de enseñanza de postgrado *Lato sensu*, destinada a enfermeros, bajo la forma de cursos de especialización, caracterizada por preparación y

práctica de servicio, con orientación a profesionales enfermeros de elevada calificación ética y profesional que buscan profundizar en los conocimientos y habilidades técnicas en áreas específicas.

El primer año, el enfermero residente participa de actividades relacionadas con la prevención, oncología clínica, oncología quirúrgica y en los cuidados paliativos. En el segundo año, el enfermero-residente desarrolla sus actividades en las siguientes áreas: oncología clínica, oncología quirúrgica y cuidados paliativos. La duración de los cursos es de dos años, con una carga horaria de tresmil quinientas veinte horas (cuarenta horas semanales). La selección es realizada por concurso público. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

La Residencia de Enfermería Oncológica existe desde los años 80, como cita Santana (2004), en su disertación de maestría, diciendo que:

Con el desarrollo de la Enfermería Oncológica en el país y en especial en INCA, creció la idea de creación de un programa que pudiese especializar al enfermero dentro del Instituto, debido a la escasez de especialistas en el área. Con esta perspectiva, los enfermeros del INCA, en 1985, elaboraron un proyecto para suplir esa carencia, ya que la enseñanza de la cancerología en la graduación era prácticamente inexistente... En diciembre de 1991, fueron realizadas las primeras contrataciones de enfermeros para el Instituto, con una política relacionada a aprovechar a los egresados de la Residencia en Enfermería Oncológica. Actualmente los enfermeros graduados en la Residencia corresponden a 32,34% de los enfermeros del Instituto. (Santana , 2004, pp. 4-5)

En el INCA son ofrecidos cursos de especialización *lato sensu* reglamentados bajo la Legislación: Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional nº 9394/96 de 20/12/96 Resolución CNE/CES nº 1 de 3/4/2001, alterada por la Resolución nº 24 de 18/12/2002, que establece normas para el funcionamiento de los cursos de postgrado.

La propuesta de este curso es recibir un buen número de profesionales de nivel superior en su área específica con una carga horaria de cuatrocientas cincuenta horas (cuarenta horas semanales). La selección es realizada en concurso público anual. Hay una reserva de vacantes aseguradas para los profesionales de los CACONs vinculados a los hospitales universitarios u hospitales de enseñanza, desde que son aprobados en el proceso selectivo.

Los Cursos de Perfeccionamiento, son cursos de postgrado *lato sensu* que certifican la ampliación y el perfeccionamiento de conocimientos y habilidades técnicas en áreas específicas.

En el INCA son ofrecidos cursos de perfeccionamiento *lato sensu* en Oncología dentro del Área de Enseñanza de Enfermería, basada en la misma legislación que rige las Directrices y Bases de la Educación Nacional. Los solicitantes son profesionales de nivel superior en el área correspondiente. La carga horaria es de un mínimo de ciento ochenta horas (cuarenta horas semanales). La selección incluye, principalmente como requisito, conocimientos del área específica y análisis del *currículum*. El proceso selectivo es bianual. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996-2007)

Para los profesionales de los CACON que ejercen funciones asistenciales, las vacantes están aseguradas, desde que son aprobados en el proceso selectivo.

Actualmente ofrecemos un total de nueve cursos totalizando diecinueve vacantes. Los cursos son: Auxiliar de Enfermería en Cirugía Abdominopélvica, Asistencia de Enfermería en Cirugía Ginecológica, Asistencia de Enfermería en Cirugía Mastológica, Asistencia de Enfermería en Cirugía Neurológica y de Tórax, Asistencia de Enfermería en Cuidados Paliativos, Asistencia de Enfermería en Quimioterapia, Asistencia de Enfermería en Radioterapia, Asistencia de Enfermería en Transplante de Médula Ósea y Gerencia de Enfermería en Transplante de Médula Ósea.

Los cursos de actualización también son parte de los cursos de postgrado *lato sensu* que buscan puntualmente la actualización de determinados conocimientos teórico-práctico en áreas específicas. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

Estos cursos de actualización *lato sensu* de enfermería en Oncología, se ofrecen con la misma legislación de los otros cursos ya citados. Está dirigido a profesionales de nivel superior, con una carga horaria definida en función de cada curso y la selección esta directamente relacionada con las exigencias y requisitos del área de enfermería y análisis curricular. Las vacantes prometidas son entre quince y veinte por curso y año, totalizando ciento setenta y cinco nuevas plazas.

Los cursos de actualización ofrecidos en este momento son: Asistencia de Enfermería con Catéter Central de Inserción Periférica, Asistencia de Enfermería en Mastología, Asistencia de Enfermería en Terapia con Anticuerpos Monoclonales, Asistencia de Enfermería en Transplante de Médula Ósea, Comunicación en Salud, Humanización de la asistencia de Enfermería en Cuidados Paliativos en Pediatría, Humanización en el Escenario Oncológico: Pacientes y Profesionales de Enfermería, Nuevas Coberturas para Lesiones Cutáneas Oncológicas y Relación Humana en el Cuidado de Enfermería.

Se realizan visitas de observación ofrecidas a profesionales sanitarios, con la finalidad de contemplar procedimientos técnicos y/o asistenciales, sin permitir la manipulación directa de materiales ni de equipamientos. El alumnado está formado por profesionales de la salud en el área de oncología. El curso dura como máximo treinta días, con carga horaria de hasta ciento sesenta horas. La selección depende del análisis de las solicitudes, de la institución y de la capacidad de absorción del Servicio. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2007)

Es en esta coordinadora donde se desarrolla la enseñanza para oncología con una visión multidisciplinar. Además es responsable de la formación y calificación de varias categorías, en las áreas de control del cáncer en el país, con el objetivo de ofrecer y aplicar programas de enseñanza *Lato-sensu* y *Stricto-sensu* para niveles técnico y superior. También tiene como principal atribución la distribución de la información científica de investigación y actividades de asistencia oncológica.

Corresponde al CEDC (2005), en su División Académica, coordinar los programas de enseñanza médica, de enfermería, del área de enseñanza técnica y de las demás profesiones relacionadas con la salud dentro de Oncología. También ofrece el Servicio de Divulgación Científica que coordina la producción de material educativo para las diversas actividades de enseñanza del INCA y proporciona a alumnos y científicos en general, el Sistema Integrado de Bibliotecas (SIBI), como fue referido anteriormente.

Según análisis de Oliveira (2003) en su conclusión a la disertación de maestría:

(...) El profesional debe ser capaz de atender las demandas nacionales, ya que el cáncer es una cuestión de salud pública, configurándose en la actualidad como la segunda mayor causa de muerte del país. Estos datos son extraídos de la descripción de estadísticas de frecuencia de cáncer en el país y los índices de mortalidad estimada, publicados anualmente por el propio INCA. Para mejorar los contenidos de la formación de los cursos ofrecidos por el INCA, es precisa la creación de grandes ejes integradores del currículo, o sea, independientemente de cual sea la carrera solicitada para la formación, todos deben recibir contenidos mínimos referentes a Epidemiología del Cáncer, nociones de Bioética, y Metodología Científica (...)(Oliveira, 2003)

Los postgraduados del INCA ponen a disposición del país la Especialización en Oncología con el objetivo de ampliar, profundizar y desarrollar conocimientos teórico-prácticos en las áreas de Oncología Clínica,

Oncología Quirúrgica y Cuidados Paliativos. Para poder situarnos mejor en la historia del curso, haremos una retrospectiva mostrando la importancia de esta área.

El curso se inició en el año de 1998, cuando fueron formados veintisiete alumnos, con la justificación de facilitar una estrategia, adoptada en la época por el Programa de Integración PIDAAC – Enfermería, que buscaba la especialización de enfermeros en el área de Oncología a nivel nacional. Hoy sabemos que el curso no queda solamente vinculado al PIDAAC, sino también a la propia Institución que se preocupa de especializar enfermeros en esta área para poder atender a todo el país, e inclusive, a los CACON/ Proyecto Expande. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2005b)

En el año 1999 el INCA se dio continuidad al curso, matriculando en esa época a veinte alumnos y al final, formando dieciséis, alumnado que en ese momento estaba formado por alumnos del INCA, de otras Instituciones y de Universidades de todo Brasil.

En 2000 el curso continuó con una demanda muy elevada, ya que continuaba siendo solicitado por varios enfermeros de Brasil.

Considerando la necesidad de preparar profesionales para ser divulgadores de conocimientos oncológicos, la Institución ofreció el mismo año, una nueva oportunidad y realizó un curso con veintiocho alumnos. En el año 2001, se matricularon treinta alumnos con el objetivo de atender a los nuevos Programas Nacionales, que estaban surgiendo en aquella época en el país.

En 2002 se matricularon veinte alumnos, la mayoría funcionarios del INCA y del Proyecto Expande.

Por lo tanto del año 1998 al 2004, se matricularon ciento cincuenta y nueve alumnos, entre los cuales se especializaron ciento cuarenta y cuatro enfermeros externos e internos del INCA.

La importancia del Curso de Especialización en Oncología ofrecido por el INCA, se debe por conseguir especializar a los enfermeros que atienden enfermos con cancer y actualmente por atender al Proyecto Expande, con la competencia específica de identificar factores de riesgo de cáncer, desarrollando así, una metodo para la prevención y el diagnóstico precoz, por aplicar metodologías de enseñanza en oncología, reconocer bases asistenciales oncológicas y desarrollar trabajos científicos que incluyan situaciones de atención a pacientes portadores de cáncer a partir de los problemas de situaciones de riesgo profesionales. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud1996- 2005b) Este cuadro realmente se materializa cuando conseguimos una mejor preparación y convertimos a los especializados en competentes profesionales dispuestos a atender las demandas de la población en su lugar de origen.

La especialización de las grandes áreas de Enseñanza de la Salud, son, Servicio Social, Fisioterapia, Psicología, Odontología y Farmacia, teniendo también como objetivo, ampliar, profundar y desarrollar conocimientos teóricos y prácticos de otras áreas sanitarias, con aplicación horaria distinta, de acuerdo con el cronograma de cada curso.

Desde los años ochenta el INCA, viene haciendo esfuerzos para atender al país, ofreciendo soporte dentro de la enseñanza de la oncología, a la Enfermería. Sus estudios epidemiológicos cada vez más, nos muestran la necesidad que Brasil tiene en recibir una atención cualitativa que pueda asistir a los ciudadanos afectados de cáncer. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2005b)

Por su inmensa extensión territorial, las dificultades son más evidentes, principalmente cuando es preciso ofrecer en todo el ámbito nacional, profesionales que tengan ese tipo de preparación. A partir de esta constatación, la postgraduación del INCA viene creciendo, con una noble actitud y necesaria para mantener el control de la morbi-mortalidad por cáncer en Brasil.

Los Programas de Graduación de CEDC/INCA (2005), también tienen como objetivo estimular la enseñanza de la Oncología en las facultades de medicina y de enfermería brasileñas a través del Proyecto de Integración docente asistencial del Área del Cáncer (PIDAAC). En colaboración con el Núcleo de Tecnología Educativa para la Salud, juntamente con la Universidad Federal de Río de Janeiro (NUTES/UFRJ -2002) fueron elaborados materiales educativos y de autoaprendizaje entre los cuales destacó el libro *Control del Cáncer: Una propuesta de integración enseñanza servicio* editado en 1995. Existe otra nueva edición del mismo título reciente impresa por el CEDC/INCA/MS en solitario, de 2002,.

Los cursos de perfeccionamiento y actualización que la Institución ofrece, tienen el objetivo de proporcionar y discutir innovaciones técnico-científicas en el área oncológica, abordando los temas de control y Evaluación en Oncología, Registros de Cáncer, Quimioterapia Antineoplásica, Catéter Venoso Central de Larga Permanencia, Protección Radiológica, Cirugía Pediátrica Oncológica, y Prevención y Control de Infección Hospitalar. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2005b)

Continuando con el postgrado, el INCA es el único Instituto que proporciona especialización de nivel técnico en el área oncológica en Brasil, destinado a la preparación de técnicos para el Sistema Único de Salud (SUS) y para la carrera de Ciencia y Tecnología de Salud.

Con el mismo objetivo el Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud (2005) creó el Programa de Postgrado *Lato-sensu*, y el mismo año el Programa de Postgraduación *Stricto-sensu*, con el propósito de promover el crecimiento de los profesionales de salud en esta área. El Programa de Postgrado de Atención al Cáncer, tiene sus líneas de investigación previstas y aplicadas, como: genética y consejo genético, inmunología y hematopolesis, resistencia múltipla a drogas, marcadores celulares y moleculares, farmacología y farmacogenómica, ensayos clínicos, apoptosis, infección e

inflamación, y mecanismos de control de la expresión génica. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud 1996- 2005 b)

La justificativa que el Ministerio de la Salud tiene para mantener éstas postgraduaciones en el área oncológica se fundamenta en atender la grave situación del país en relación a la asistencia al cáncer. Reforzando nuestra posición, presentaré las tablas 1 y 2. Estimativa de Cáncer Según la región (Del todos los Estados de Brasil – 2006), Estimativas del año 2006 de las tasas brutas de incidencia por cien mil afectados y del número de nuevos casos de cáncer, en hombres y mujeres, según la región. También presento las estimaciones del año 2006 del número de nuevos casos de cáncer por regiones.

Frente a las tablas citadas arriba, podemos tener conciencia de la responsabilidad que asume el INCA/MS al mantener su Políticas Públicas Sanitarias y también en continuar ofreciendo los Cursos de Postgrado a los profesionales del área de salud.

a. Políticas del Control del Cáncer

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (2002): Durante la gestión del presidente Getúlio Vargas, se reflejaron las acciones centralizadoras del Estado en el área socioeconómica y la atención de algunas reivindicaciones de la sociedad civil. La lucha contra el cáncer apuntaba la necesidad de definición, por parte del gobierno y de una política nacional para el control de esa enfermedad.

Como consecuencia, fue creado, en 1937, el Centro de Cancerología del Servicio de Asistencia Hospitalario del Distrito Federal (Río de Janeiro), que se constituyó en el actual Instituto Nacional de Cáncer (INCA). En 1941, fue creado el Servicio Nacional de Cáncer (SNC), con el objetivo de organizar, orientar y controlar, en todo el país, las acciones de lucha contra el cáncer.

(...) En 1953, cuando se creó el Ministerio de la Salud, se derivaba del Ministerio de la Educación y Salud, se mantuvo la estructura básica del Departamento Nacional de Salud, de 1941, conservándose el Servicio Nacional de Cáncer. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2002, pp. 162-167)

Desde el inicio de la década de 1960, el SNC, queriendo dinamizar sus actividades, procuró institucionalizar la campaña nacional de lucha contra cáncer (CNCC), hecho que ocurrió en 1967. Los objetivos de este nuevo órgano serían intensificar y coordinar, en todo Brasil, las actividades desarrolladas por instituciones públicas y privadas. Actuando en las áreas de la prevención, diagnóstico precoz, asistencia médica, formación de técnicos especializados, investigación, acción social y rehabilitación, relacionadas con las neoplasias malignas en todas las formas clínicas, esperando reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer en el país.

En 1970, con el cambio en la organización del Ministerio de la Salud, el Servicio Nacional del Cáncer fue transformado en División Nacional de Cáncer, responsable de la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Cáncer (PNCC - 1972-1976).

El Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2002.

(...)una solución pensada para resolver la crisis financiera que afectaba los Ministerios de la Salud y de Previsión y Asistencia Social, al inicio de la década de 1980, fue la de transferir al Ministerio de la Previsión y Asistencia Social los hospitales y servicios asistenciales del Ministerio de la Salud, inclusive el INCA.

A partir de ahí se pudo pensar en la reorganización de todo el sector relacionado con Cancerología en Brasil, estableciéndose nuevos criterios de desarrollo para una política nacional de lucha contra el cáncer. Reconociendo que las acciones de control del cáncer de ámbito individual (diagnóstico y tratamiento), disociadas de aquellas de carácter colectivo (prevención y diagnóstico precoz), no alterarían el perfil de la mortalidad

por cáncer en Brasil, la CNCC, en 1986, crea el Sistema Integrado y Regionalizado de Control del Cáncer (SIRCC), como estrategia para viabilizar las acciones de control del cáncer en Río de Janeiro. En 1987, es institucionalizado el Programa de Oncología (Pro-Onco), de la CNCC, a través de un convenio firmado entre la CNCC y el INAMPS, con el objetivo de implantar las acciones previstas en el SIRCC, en carácter nacional. (pp. 162-167)

Ya con la nueva Ley Orgánica de la Salud y las reformas administrativas aplicadas a partir de 1990, el Ministerio de la Salud tuvo una nueva remodelación, siendo retirada de la DNDCD la función de control del cáncer, desactivando la CNCC y elaborado y aprobado un nuevo organigrama de nuevas atribuciones para el INCA.

(...) Con esto, el INCA se amplió en todos los sentidos. Hoy es un órgano directo de la administración del Ministerio de la Salud, vinculado a la Secretaria de Asistencia a la Salud. El Reglamento del Ministerio de la Salud, fue aprobado por el Decreto Presidencial nº 109 de 2 de mayo de 1991, y reafirmado por el Artículo Presidencial número 2.477 de 28 de enero de 1998.

(...) Se resalta de antemano, que el seguimiento y valoración de esta política depende de todos los sectores y segmentos de la sociedad brasileña, que directa o indirectamente, trabajan sobre el control del cáncer. El INCA/Ministerio de la Salud desarrolla algunos Programas, como el del Centro de Alta Complejidad en Oncología (CACON), Viva Mujer, Tabaquismo, Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC) y el Programa de Calidad en Radioterapia. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2002, pp. 162-167)

Los objetivos principales de la política nacional de los programas sobre el cáncer, propuestos por el Ministerio de la Salud en asistencia al paciente con cáncer son ya una realidad. Tratando siempre de buscar la excelencia en la calidad de las prestaciones, homogenizando los procedimientos técnico

operacionales e integrando los servicios y la eficacia de los métodos de diagnósticos con el fin de controlar el cáncer.

El seguimiento y evaluación de esta política depende de todos los sectores y segmentos de la sociedad brasileña, que, directa o indirectamente, trabajan controlando el cáncer.

b. La Contribución Política del Instituto Nacional del Cáncer (INCA)

La amplitud del papel del INCA/MS es inherente a su propio funcionamiento, cuyas bases vienen siendo mantenidas por el Decreto Presidencial nº 109 de 02 de mayo de 1991 y reafirmado por el Decreto Presidencial número 2.477 de 28 de enero de 1998 y actualmente por el Decreto Presidencial número 3.496 de 1º de junio de 2000.

Conforme el Instituto Nacional de Cáncer, Ministerio de la Salud (2002) :

Da competencia al Instituto Nacional de Cáncer para el desarrollo de las acciones nacionales de control del cáncer y como agente referencial para la prestación de servicios oncológicos en el ámbito del Sistema Único de Salud – SUS. (p. 165)

El Ministerio de la Salud atribuyó al INCA responsabilidades más amplias, estipuladas por la Ley Orgánica (que encuadra los acuerdos de la política nacional de prevención y control del cáncer) y se incluyen en el plan plurianual, 2000-2004 del Gobierno Federal que determinaba metas para el Instituto ⁴.

⁴ Ministerio de la Salud, Actuaciones de enfermería para el control del cáncer: Una propuesta de integración enseñanza y servicio. 2 ed., 2002, Pág.165.

El INCA, en el cumplimiento de sus competencias atribuidas por el Ministerio de la Salud para la coordinación de las acciones de prevención y control del cáncer, contempla dos expectativas distintas: una gubernamental y otra comunitaria. Como instancia gubernamental, el Instituto se constituye en el instrumento del Ministerio de la Salud para la coordinación y seguimiento de las acciones ejecutadas de forma descentralizada. Como instancia comunitaria, asiste a la población.

En la visión de la sociedad, a parte de ser el principal centro de instrucción y tratamiento en Oncología del país, el INCA es el órgano normativo, coordinador referencial técnico-científico en las actividades de prevención y control del cáncer en Brasil.

A partir de esto, el INCA coordina y desarrolla acciones en todas las áreas relacionadas con el control y tratamiento del cáncer, de tal forma que se torna difícil separar cualesquiera de esas acciones de su vínculo de extensión nacional, incluyendo las que son desarrolladas regionalmente, (como los servicios médico-hospitalarios apoyados por el SUS), ya que eso genera referencias para la asistencia oncológica en Brasil.

Las indicaciones del pape, a nivel nacional del INCA, son observadas por la política nacional de prevención y control del cáncer, conforme a los nuevos conceptos de integración adscritas a los servicios oncológicos propuestos para la salud pública brasileña, relacionados con la Prevención, Detección Precoz, Asistencia y Cuidados Paliativos.

El área técnico-científica es apoyada por todas las instancias, (información, enseñanza, investigación y calidad), evidenciando el sentido de integración de las estrategias a ser adoptadas.

Un estudio realizado por el MS/INCA (2000) sobre la asistencia oncológica efectuada por el sistema único de salud (SUS) demuestra la baja cobertura en el área oncológica de la población brasileña, con acentuadas

diferencias regionales. La región Norte, por ejemplo, presenta una cobertura de apenas el 25% de la población en los servicios de salud oncológica, mientras que la región Sureste llega a 80%.

Para intentar minimizar este problema, el Ministerio de la Salud e INCA viene desarrollando programas de salud tales como: PIDAAC. Expande. Programa nacional de Control del Cáncer de Cuello de Útero y de Mama - Viva Mujer, programas de control del tabaquismo y otros factores de riesgo de cáncer, atendiendo a las políticas nacionales, que se extienden a todos los Estados y Municipios del país.

Estos programas demuestran el compromiso del INCA con el cumplimiento de su función gubernamental, como órgano normativo, coordinador y evaluador de la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer, como una institución que trabaja a nivel nacional. Aparte de esos programas, el INCA desarrolla proyectos buscando la integración de acciones entre los servicios de prevención, asistencia, información, educación y investigación.

c. Los programas nacionales desarrollados en conjunto con el Ministerio de la Salud / INCA

Desde la década de los años treinta hasta la actualidad, es evidente la preocupación del Ministerio de la Salud/INCA con su política relacionada con el control del cáncer en Brasil.

En relación al predominio de los diferentes tipos de cáncer en nuestro país, algunos Programas fueron priorizados, como por ejemplo:

c.1. Centros de Alta Complejidad en Oncología (CACON)

Conforme el Instituto Nacional de Cáncer y el Ministerio de la Salud (2002), este es uno de los programas que el INCA y el Ministerio de la Salud busca dar cumplimiento en toda la nación, por eso es denominado Proyecto

Expande. Su origen se debe a un estudio realizado por el INCA/MS sobre la asistencia oncológica suministrada por el SUS, que mostró la baja cobertura global a la población brasileña con además importantes diferencias regionales.

El Proyecto de Expansión de la Asistencia Oncológica fue aprobado en el año 2000 por el Ministerio de la Salud con el objetivo de aumentar la instalación de la capacidad de la red de servicios oncológicos del Sistema Único de Salud (SUS), a través de la implantación de Centros de Alta Complejidad en Oncología (CACON) capaces de ofrecer asistencia integral a los enfermos.

Las instancias del Ministerio de la Salud responsables del desarrollo del Proyecto son: la Secretaria Ejecutiva (SE), la Secretaria de Atención a la Salud (SAS) y el INCA, con la participación de las Secretarías de Salud estatales y municipales.

El análisis de la oferta de servicios muestra una distribución geográfica inadecuada, con un expresivo déficit en el interior del País, mayormente en los servicios alejados, carentes de quimioterapia, radioterapia y alta tecnología, que se encuentra principalmente en las regiones económicamente más activas. Esto resulta de las importantes deficiencias estructurales del sistema de salud, carente de suficientes equipos de radioterapia.

El Proyecto Expande (EXPANDE) es una estrategia creada por el INCA/Ministerio de la Salud, buscando la ampliación de la asistencia oncológica de Brasil, por la implantación de servicios que integren los diversos tipos de recursos necesarios de atención oncológica de alta complejidad en hospitales generales.

En el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, primeramente, la metodología adoptada para la implantación de servicios asistenciales de alta complejidad oncológica tiene como norte el artículo, Portaria GM/MS nº 3.535, publicado el 02/09/98 (publicado de nuevo el 12/10/98) que buscaba responder a los desafíos de la estructura de la Red

Asistencial de Alta Complejidad en Oncología de Brasil. Este decreto, pionero al establecer requisitos de garantía a la atención integral del enfermo con cáncer y parámetros para el planeamiento de la asistencia oncológica, fue revocado por el artículo Portaria GM-2439 que constituye la política nacional de atención oncológica: promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, a ser implantada en todas las unidades federadas, respetando las competencias de las tres esferas de gestión.

Seguidamente, también en 2005, fue instituido el Decreto nº 741 de la Secretaría de Atención a la Salud que define las Unidades de Asistencia de Alta Complejidad en Oncología, los Centros de Alta Complejidad en Oncología (CACON) y los Centros de Referencia de Alta Complejidad en Oncología, sus competencias y atributos, sobre el cual pasó a basarse la implantación de los nuevos Servicios por el Proyecto EXPANDE. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007e)

Situación Actual del CACON implantados (2001-2006)

- Divinópolis (MG) - Hospital São João de Deus, inaugurado el 6/12/2001;
- Río de Janeiro (RJ) - Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ, inaugurado el 9/9/2002;
- Río de Janeiro (RJ) - Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/UFRJ, inaugurado el 20/9/2002;
- Araguaína (TO) - Hospital Comunitário de Araguaína, inaugurado el 21/10/2002;
- Ijuí (RS) - Hospital de Caridad de Ijuí, inaugurado el 10/12/2002;
- Montes Claros (MG) - Santa Casa de Caridad de Montes Claros, inaugurado el 16/10/2003;
- Itabuna (BA) - Santa Casa de Misericórdia de Itabuna, inaugurado el 17/10/2003;
- Maceió (AL) – Hospital Universitário Professor Alberto Nunes, inaugurado el 24/11/2006;

Centros del CACON inaugurados en 2007

- Río Branco (AC) – Fundación Hospital Estadual del Acre;
- Santarém (PA) –Hospital Regional del Bajo Amazonas. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007e)

Los centros mencionados, tienen demostrado (MG, RJ, TO, RS, BA, AL, AC y PA) un acuerdo con, la Coordinación de Enseñanza del Instituto Nacional de Cáncer que expone, solamente podrán trabajar en el Centro de Alta Complejidad en Ontología (CACON), los enfermeros que se encuentran preparados y formados en el curso de postgrado, *lato sensu* de especialización en Enfermería Oncológica del INCA. Por tanto, nosotros preparamos a todos los profesionales, conforme las necesidades de atención a los distintos estados, cuyos servicios se establece con una estructura de modelo asistencial generador de patrones cualitativamente distintos, en función de la disponibilidad y organización de los recursos tecnológicos precisos para la asistencia oncológica.⁵

c.2. Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello del Útero y de Mama - Viva Mujer

Según el Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud (2002), o VIVA MUJER el Programa Nacional de Control del Cáncer de Cuello del Útero y de Mama tiene como objetivo reducir la mortalidad y las repercusiones físicas, psíquicas y sociales de esos tipos de cáncer en la mujer brasileña, por medio de servicios de prevención y detección en los momentos iniciales de la enfermedad y para el

⁵ Instituto Nacional de Cáncer / Ministerio de la Salud, *Acciones de enfermería para el Control del Cáncer*. Una Propuesta de Integración Enseñanza-Servicio. 2 ed., 2002, p.168.

tratamiento y rehabilitación de mujeres. De esta forma, las directrices y estrategias trazadas;

Para el Programa contemplan la formación de una red nacional integrada, con base en un núcleo geopolítico gerencial, con sede en el municipio, lo que permitirá ampliar el acceso de la mujer a los servicios de salud. Aparte de esto, la capacitación de recursos humanos y la motivación de la mujer para cuidar de su salud fortalecerán y aumentarán la eficiencia de la red formada para el control del cáncer.⁷

Según el Instituto Nacional del Cáncer 2007, actualmente el Programa se encuentra organizado de la siguiente forma:

¿Cual es el Programa?

El Programa Viva Mujer consiste en el desarrollo y práctica de estrategias que reduzcan la mortalidad y las repercusiones físicas, psíquicas y sociales del cáncer de cuello de útero y de mama. Ofrece servicios de prevención y detección precoz en fases iniciales de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación en todo el territorio nacional, por medio de la acción conjunta entre el Ministerio de la Salud y los 26 estados brasileños, incluyendo el Distrito Federal. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

¿A quién se destina el Programa?

EN RELACIÓN AL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

Para impedir el avance de la enfermedad en Brasil el programa Viva Mujer desarrolla acciones de detección precoz, dirigidas a las mujeres entre 25

6 Instituto Nacional de Cáncer / Ministerio de la Salud, *Acciones de enfermería para el Control del Cáncer*. Una Propuesta de Integración Enseñanza-Servicio. 2 ed., 2002, p.170

y 59 años de edad, que incluye el diagnóstico precoz (a través de examen de Papanicolaou y de exámenes de confirmación diagnóstica) con el tratamiento necesario de acuerdo con cada caso.

¿Cuál es la situación actual de la enfermedad?

- **Cáncer de cuello de útero**

En Brasil, la estimativa de incidencia apunta al cáncer de cuello de útero como el tercero más común entre las mujeres durante 2006, siendo apenas superado por el cáncer de piel (no-melanoma) y por el cáncer de mama. Se estima también que es la cuarta causa de muerte por cáncer entre las mujeres. En 2006, surgieron aproximadamente diecinueve mil doscientos sesenta nuevos casos de cáncer de cuello de útero en todo el país. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

Entre todos los tipos, de cáncer el de cuello de útero es el que presenta uno de los más altos potenciales de prevención y cura, llegando a cerca del 100%, cuando es diagnosticado precozmente. Su pico de incidencia lo sitúa entre los cuarenta y sesenta años de edad y solamente un pequeño porcentaje se presenta antes de los treinta años. Nosotros trabajamos intensamente a través de una campaña, con el fin de alcanzar el objetivo de atender a todas o casi todas las mujeres de esta franja de edad, determinada por el Ministerio de la Salud en el país.

- **Cáncer de mama**

En Brasil, el cáncer de mama es la mayor causa de fallecimiento por cáncer en la población femenina, principalmente entre los cuarenta y sesenta y nueve años. Uno de los factores que dificultan el tratamiento es la fase avanzada en que la enfermedad es descubierta. La mayoría de los casos de cáncer de mama, en Brasil, es diagnosticada en fases avanzadas (III y IV), disminuyendo las oportunidades de sobrevivir de las pacientes y comprometiendo los resultados del tratamiento.

EN RELACIÓN AL CÁNCER DE MAMA

Con objeto de detectar las lesiones malignas de la mama, el Viva Mujer preconiza, de acuerdo con las recomendaciones del Consejo para Control del Cáncer de Mama, la realización del examen clínico de las mamas en mujeres de todas las edades como parte de la atención integral a la mujer. Para mujeres de mas de cuarenta años de edad, este examen debe ser realizado anualmente, y para las que tienen entre cincuenta y sesenta y nueve años se recomienda la realización de una mamografía, por lo menos, cada dos años. Las mujeres en edad de ser sometidas a estos exámenes deben tener el acceso garantizado a los demás métodos de investigación diagnóstica y de tratamiento cuando este sea necesario. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007 f)

¿Cómo se previene?

- **Cáncer de cuello de útero**

La prevención primaria puede ser realizada a través del uso de preservativos durante la relación sexual, ya que la práctica de sexo seguro es una de las formas de evitar el contagio del HPV (virus del papiloma humano), que tiene un papel importante en el desarrollo del cáncer y de sus lesiones precursoras.

La principal estrategia utilizada para la detección precoz de esta enfermedad en Brasil es a través de rastreo, esto significa realizar un examen preventivo (*Papanicolaou*) en mujeres sin los síntomas de la enfermedad, con el objetivo de identificar las mujeres que pueden presentar la enfermedad en fase muy inicial, cuando el tratamiento puede ser más eficaz. El examen preventivo (*Papanicolaou*) es dirigido a mujeres de veinticinco a cincuenta y nueve años, que deben someterse al examen periódicamente.

La periodicidad preconizada para la realización de este examen es, inicialmente, de uno por año. En el caso de dos reconocimientos normales

sucesivos (con intervalo de un año entre ellos), el examen pasará a ser hecho cada tres años. El médico que realiza las revisiones periódicas, en caso de detectarse resultados anómalos, ofrecerá a la mujer las orientaciones que debe seguir.

El examen *Papanicolaou* puede ser realizado en ambulatorios o unidades de salud, próximos a la residencia de la mujer, que tengan profesionales de salud preparados para esta finalidad. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007 f.)

- **Cáncer de mama**

No existen evidencias científicas concluyentes que justifiquen estrategias específicas de prevención primaria. Mas, las tareas de protección a la salud dirigidas al control de las enfermedades crónicas no transmisibles (lo que incluye el cáncer de mama), deben observar los factores de riesgo, especialmente, la obesidad y el tabaquismo.

La detección precoz es la principal estrategia para control del cáncer de mama. Según las orientaciones del Consenso para el Control del Cáncer de Mama, las siguientes acciones son recomendadas para la exploración en mujeres sintomáticas:

- 1- Examen Clínico de las Mamas realizado anualmente, para todas las mujeres con cuarenta años o más años. El Examen Clínico de las Mamas debe ser parte, también, de la atención integral a la mujer en todas las edades;
- 2- Mamografía, para mujeres entre cincuenta y sesenta y nueve años, con un intervalo máximo de dos años entre las pruebas; exploración clínica de las mamas y mamografía anual, a partir de los sesenta y nueve años;
- 3- Las mujeres con uno o más parientes de primer grado (madre, hermana o hija) con cáncer de mama antes de los cincuenta años; uno o

más parientes de primer grado con cáncer de mama bilateral o cáncer de ovario; historia familiar de cáncer de mama masculina; con lesión mamaria creciente atípica, comprobada en biopsia. Forman un grupo considerado de alto riesgo de propicio a desarrollar cáncer de mama.

4- Las mujeres sometidas a seguimiento médico deben tener garantizado el acceso a las pruebas de diagnóstico, al tratamiento y al control de las posibles alteraciones encontradas. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

El auto examen de las mamas no debe sustituir el reconocimiento clínico realizado por un profesional de sanitario capacitado para esta actividad. Sin embargo, el examen de las mamas por la propia mujer le ayuda al propio conocimiento del su cuerpo y debe ser recomendado dentro de las acciones de educación e higiene de la salud. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

EL EXAMEN DE PAPANICOLAOU

- **¿Como se toman muestras de material para el examen?**

El Programa establece patrones para la toma de muestras del tejido destinado a examinarse preventivamente, para asegurar la calidad en la evaluación del examen de muestras (células sospechosas) a fin de aumentar la capacidad operativa de los laboratorios en la detección del cáncer de cuello de útero,. (Instituto Nacional del Cáncer 2007).

¿Cuáles son las precauciones que la mujer debe tomar antes del examen Papanicolau?

A fin de garantizar la eficacia de los resultados, la mujer debe evitar relaciones sexuales, uso de duchas o medicinas vaginales y anticonceptivos locales en las cuarenta y ocho horas anteriores al examen. Además, la toma de muestras no debe ser hecha en período menstrual, pues la presencia de

sangre puede alterar el resultado. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

EL EXAMEN CLÍNICO DE LAS MAMAS Y LA MAMOGRAFÍA

¿Cómo se realiza el examen clínico de mama?

Se palpa la mama, la región de las axilas y de las supraclaviculares. Es realizado por un profesional del área de salud (médico o enfermero) durante una consulta. En este examen, pueden ser identificadas alteraciones de la mama y en caso necesario debe ser indicado un reconocimiento mas específico, como la mamografía.

¿Qué es la mamografía?

La mamografía es un examen radiológico realizado con un aparato de alta resolución que permite visualizar imágenes tumorales y calcificaciones. Consiste en colocar la mama entre dos placas y emitir rayos X. La radiación recibida por la paciente es pequeña, no siendo perjudicial a la salud. La mamografía permite identificar lesiones no palpables y descubrir el cáncer de mama cuando el tumor todavía es muy pequeño. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

RESÚMEN ACTUAL DEL PROGRAMA

- **En relación al cáncer de cuello de útero**

El programa introdujo la Cirugía de Alta Frecuencia (CAF) en las unidades secundarias de salud, con la capacitación de doscientos cuarenta y cuatro centros para este tipo de tratamiento. Fue implantado, a nivel nacional, el SISCOLO, Sistema de Información de Control de Cuello de Útero, una base de datos capaz de facilitar información para la evaluación y planificación del Programa.

- **En relación al cáncer de mama**

Fueron puestos en marcha el Proyecto de Capacitación de Recursos Humanos en el Área de Salud, (que elabora y distribuye el material para formación de profesionales en diversos niveles de atención a la sanitaria) y el Proyecto de Organización de la Red de Servicios, que adquirió cincuenta mamógrafos y ciento treinta y cinco agujas de biopsia (Core Biopsy) para los centros de diagnóstico estatales. Estos equipos fueron distribuidos a los veintiséis estados y al Distrito Federal, de acuerdo con las necesidades regionales. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007f)

ÓRGANO RESPONSABLE Y COLABORADORES

El Ministerio de la Salud por medio del Instituto Nacional de Cáncer, y en conjunto con las 27 Secretarías de Salud.

c.3. Programa de Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo de Cáncer

Conforme el Instituto Nacional de Cáncer y el Ministerio de la Salud (2002) de Brasil, según una investigación nacional realizada en 1989 (Brasil, 1989), el 23.9% de la población con más de 15 años fumaba, totalizando treinta millones seiscientos seis mil fumadores, de los cuales dieciocho millones doscientos mil son hombres y doce millones cuatrocientos mil mujeres. No se observaron diferencias significativas entre las áreas rural y urbana. Esta investigación puso de relieve también a dos millones setecientos mil fumadores de entre quince a diecinueve años. Según un estudio con metodología comparada, realizado en diez capitales brasileñas, entre estudiantes de diez a dieciocho años, en los períodos de los años; 1987, 1989, 1993 y 1997 el consumo de cigarrillo ha crecido entre ellos (CEBRID, EPM, 1989).

Brasil, hoy, es el mayor exportador mundial de hojas de tabaco (15,4% del total mundial), y es el cuarto mayor productor (quinientas treinta y cinco mil toneladas de tabaco). Frente a ese cuadro, donde observamos que el tabaquismo se configura como un problema de Salud Pública en el País, las acciones para su control se hacen necesarias. Debido a la complejidad del tema, esas acciones deben establecerse en los ámbitos de educación, legislación y economía.⁷

El Instituto Nacional de Cáncer/Ministerio de Salud (2007g), considera que el Programa de Control del Tabaquismo y Otros Factores de Riesgo de Cáncer se encuentran actualmente preparados para atender a la población de esta forma:

El INCA coordina y ejecuta, en el ámbito nacional, el Programa de Control del Tabaquismo y otros Factores de Riesgo de Cáncer, buscando la prevención de enfermedades en la población a través de actividades que estimulen la adopción de comportamientos y estilos de vida saludables, que contribuyan a la reducción de la incidencia de la mortalidad por cáncer y enfermedades relacionadas con el tabaco en el país.

Las acciones del Programa son desarrolladas en conjunto por las tres instancias gubernamentales, federales, estatales y municipales, para capacitar y apoyar los cinco mil quinientos sesenta y un municipios brasileños, incluyendo las áreas de educación, legislación y economía.

⁷ Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde, Ações de enfermagem para o Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração de Ensino-serviço 2 ed., 2002, p.172

EDUCACIÓN

Las acciones educativas se dividen en puntuales y continuas.

Las acciones puntuales incluyen campañas (Día Mundial sin Tabaco, Día Nacional de Lucha Contra el Tabaco y Día Nacional de Lucha contra el cáncer) que tienen como perspectiva común la sensibilización e información de la comunidad y a líderes en general sobre el asunto, como también su divulgación para el público y la realización de eventos, como congresos, cursos y otros para llamar la atención de los profesionales de salud sobre el tema.

Las actuaciones pretenden mantener una acción continuada de información sobre la prevención del cáncer, tanto en relación al tabaquismo como a los demás factores de riesgo. Teniendo en cuenta que solo son viables a largo plazo, los cambios en las costumbres y hábitos culturales de los pueblos. Estas acciones utilizan canales para

llegar a la comunidad de forma continua e inmersas en la realidad de su rutina. De esta forma, a través de la realización de actividades sistematizadas, de subprogramas realizados en los propios ambientes de trabajo, escuelas y unidades de salud, logra divulgarse este tema.

Otro paso importante en este proceso es el desarrollo de acciones que apoyen al fumador que desee abandonar el tabaco. De esta forma, el Módulo Ayudando a su Paciente a Dejar de Fumar surge con el objetivo de capacitar profesionales de salud para que puedan apoyar de forma efectiva a los fumadores de la comunidad, en el proceso de dejar de fumar. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007h)

LEGISLACIÓN

Las acciones legislativas ofrecen apoyo técnico a ordenanzas y proyectos de ley, el control de la legislación y la información sobre los maleficios del tabaco y otros factores de riesgo de cáncer a los miembros del Congreso Nacional. Otra acción importante ha sido la divulgación de las leyes de control del tabaco en la comunidad, así como, la identificación y la articulación de mecanismos que posibiliten la fiscalización y el cumplimiento de las mismas. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007h)

ECONOMÍA

En 1996, fue realizado un estudio económico para estudiar datos sobre producción, precios, publicidad, consumo y recaudación del tabaco y sus derivados en Brasil. El estudio también elaboró un modelo econométrico relacionado con las diversas variables de consumo y una evaluación de la relación costo-beneficio del tabaco y de sus derivados para el país. Estos datos han servido de ayuda a las decisiones gubernamentales en las áreas de salud, legislación y en la propia área económica, buscando la reducción del consumo de labores del tabaco..

La sensibilización y movilización de diversos sectores de la sociedad para la búsqueda de alternativas que tiendan a sustituir las plantaciones de tabaco, son actuaciones fundamentales para que los esfuerzos en este área sean coronados con éxito. Es importante tener una legislación fuerte, sobretodo en relación a la política tributaria y agrícola.

Este Programa necesariamente debe estar articulado con otros sectores del gobierno, constituyéndose en un programa amplio, o sea, un programa de Estado. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007h)

c.4. El Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC)

El Instituto Nacional de Cáncer, Ministerio de la Salud (2002), el PIDAAC de Enfermería es parte integrante de un Programa Nacional de expansión de la prevención y control del cáncer. Actúa junto a la educación, a nivel de graduación, para dar una mejor formación profesional. Ofrece a profesionales la posibilidad de trabajar con la población en general, centrándose en el cáncer y mostrando que esta enfermedad puede ser previsible, prevenida y potencialmente curada. Esta preparación técnico-científica posibilita al enfermero asumir el importante papel que le cabe en los programas de control del cáncer.⁸

Actualmente este Programa se encuentra en proceso de reevaluación, intentando atender la demanda de las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería Brasileñas. Iremos exponiéndolo mejor en este mismo capítulo en el ítem 4.3.

c.5. El Programa de Calidad en Radioterapia (PQRT)

El Instituto Nacional de Cáncer, Ministerio de la Salud (2007c), señala que el Programa de Calidad en Radioterapia (PQRT) fue creado en 1999 como proyecto piloto por iniciativa conjunta del INCA y de la Asociación Brasileña de Instituciones Filantrópicas de Lucha contra el cáncer (ABIFCC).

El PQRT tiene como objetivos estimular y promover condiciones que permitan a las instituciones participantes la aplicación de la radioterapia con calidad y eficiencia, así como, también capacitar profesionales en el área.

⁸ Instituto Nacional de Câncer / Ministério da Saúde Ações de enfermagem para o Controle do Câncer: Uma Proposta de Integração Ensino-Serviço. 2 ed., 2002, p.176

Inicialmente previsto para ser concluido en 2002, después de atender a treinta y tres instituciones participantes, el PQRT, pasó a integrarse en 2003, gracias a su éxito, con la aprobación del Ministerio de la Salud y de la División de Atención Oncológica de la Coordinación de Prevención y Vigilancia del INCA.

Actualmente, su meta es atender a todas las instituciones suministradoras de asistencia en el ámbito del SUS, con servicios de radioterapia. Por tanto el Instituto Nacional del Cáncer 2002, refiere que:

El PQRT tiene por objetivo promover y realizar acciones de control de calidad en radioterapia, verificando los principales parámetros de funcionamiento de los equipamientos utilizados en la radiación de los pacientes, para que sus respectivos tratamientos puedan ser realizados y planteados dentro de los patrones internacionales de calidad y seguridad. Ese control es hecho a través de evaluaciones locales y a distancia.

Estos controles fueron extendidos a todos los servicios de radioterapia que atienden el SUS en el país, a partir de 2003 y recibieron equipos de radioterapia a través de diferentes programas gubernamentales.

Dando continuidad a la atención de las necesidades de capacitación específica a los participantes del PQRT, fue realizado un Curso de Actualización para Físicos en Radioterapia Usuarios de Aceleradores Lineares Siemens, conjuntamente con Siemens.⁹

La presentación de estos programas refuerza cada vez más nuestra tesis, y la extrema importancia de una formación más fundamentada para los

⁹ Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT). In: Relatório anual 2003. Río de Janeiro: INCA; 2004. p.52

enfermeros/as en el área de oncología desde su graduación, principalmente en lo que concierne a la viabilidad de mantener los Programas Nacionales seleccionados por el Ministerio de la Salud.

Es preciso ofrecer a los enfermeros una preparación técnico-científica específica para tratar esta enfermedad que puede ser previsible, prevenida y potencialmente curada, atendiendo con calidad los objetivos trazados por el Ministerio. A partir de esto, su papel se torna relevante ya que pueden contribuir a la reducción de la morbi-mortalidad por cáncer en Brasil. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007c)

c.6. Programa de Epidemiología y Vigilancia del Cáncer y sus Factores de Riesgo

Creado en el año 1999, el Programa de Epidemiología y Vigilancia del Cáncer y sus Factores de Riesgo tiene como objetivo conocer con detalle la actual situación del cáncer y sus factores de riesgo en Brasil.

La vigilancia del cáncer es realizada por medio de la implantación, seguimiento y mejora de la estadística en el Cáncer de Base Poblacional y de los Registros Hospitalarios de Cáncer (centros de recogida, procesamiento, análisis y divulgación de datos sobre la enfermedad, de forma uniforme, sistemática y continua). Los registros posibilitan conocer los nuevos casos y realizar estimativas de incidencia, datos fundamentales estos, para el planteamiento de las acciones locales de control del cáncer de acuerdo con cada región.

El Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (2007h): presenta el Programa y los objetivos del Registro de Cáncer de Base Poblacional y del Registro Hospitalario de Cáncer:

Este tipo de registro del cáncer recoge datos de una población claramente específica (con diagnóstico de cáncer) en un área geográfica delimitada. Son registros que nos dan información permanente sobre el

número de casos nuevos en un área concreta, permitiendo detectar sectores de la misma donde la población local se encuentra más afectada por la enfermedad, factores ambientales que pueden estar relacionados e influenciar en la predominio de la enfermedad, identificar grupos étnicos afectados promoviendo así investigaciones epidemiológicas y estudios específicos. Las informaciones obtenidas de estos registros pueden ayudar en la determinación de la necesidad de campañas dirigidas a la población para la detección precoz y prevención del cáncer, como también en la evaluación de nuevas técnicas diagnósticas. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007h)

El principal propósito de este tipo de registro es evaluar el impacto del cáncer en una determinada población.

Los Registros Hospitalarios de Cáncer recogen datos de todos los pacientes atendidos en el hospital, con diagnóstico confirmado de cáncer. El Registro de Cáncer de Base Hospitalario ha sido descrito como un espejo que refleja el desempeño del cuerpo clínico en relación a la asistencia dada a los pacientes. A través de la evaluación de los resultados de los protocolos terapéuticos y análisis de supervivencia en los pacientes, para cada tipo específico de cáncer. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 2007h)

Merece destacar la utilización de la información de registros hospitalarios en el planteamiento del hospital para convocar a nuevo personal, en áreas carentes de los profesionales necesarios y como base de información para la investigación clínico-epidemiológica institucional.

4.3. La Propuesta de Apoyo del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer - Enfermería (PIDAAC)

Esta es una propuesta de mucha importancia para el aprendizaje de los alumnos de la graduación de Enfermería, que naturalmente se reflejará en una

asistencia de mayor calidad para los necesitados. El Ministerio de la Salud/INCA (2002) relata que: “Este Programa, se desarrolla desde 1988, ocasión en que la Comisión Nacional para la Enseñanza de la Oncología en los Cursos de Graduación en Enfermería elaboró y divulgó una propuesta de enseñanza. A partir de 1990, el Ministerio de la Salud, por medio de la Campaña Nacional de Lucha contra el cáncer, se asoció al Departamento de Enfermería de la Escuela Paulista de Medicina, dando inicio a la implantación de acciones más efectivas en el área de la educación en cancerología para enfermeros”.

En 1990, fueron realizados cursos especiales, uno nacional y otro internacional, para profesores de Enfermería. En 1992, se buscó mejorar la situación actual de la enseñanza de Oncología de los cursos de graduación en enfermería, por medio del envío de cuestionarios a las noventa y seis escuelas existentes en esa época.

Se obtuvo la respuesta de setenta escuelas, de estas, cincuenta y cinco nos informaron que suministran contenidos relativos a oncología, pero en la mayoría de los casos de forma resumida o aislada, con una gran disparidad entre el número de horas destinadas a la enseñanza de la Cancerología. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud2002)

El Programa de Integración Docente Asistencial del Área del Cáncer (PIDAAC), es parte de una de las políticas de prevención y control del cáncer. Fue creado con base en las recomendaciones de la Política de Salud, formuladas por el Ministerio de la Educación y Ministerio de la Previsión Social, denominado; Proyecto Integración Docente-Asistencial (Proyecto IDA).

El PIDAAC trabaja en la preparación general de los profesionales de la salud en lo referente a la prevención del cáncer y el diagnóstico de la enfermedad en su fase inicial, con el objetivo de implementar un conjunto de prácticas eficientes en el control del cáncer. Tal abordaje se asienta en el debate sobre la necesidad de articulación entre los docentes de los

departamentos de las universidades y los profesionales de los servicios de salud, para minimizar la tensión existente entre las dicotomías teoría y práctica, prevención y tratamiento, vivenciada por esos profesionales en sus respectivos contextos de trabajo.

En los años oventa, ya existía la preocupación de fundamentar la enseñanza de Enfermería oncológica en Brasil. Esta inquietud se materializa realmente en los años noventa, cuando un grupo de profesionales del área, resuelve convocar el Primer Seminario de la Región Sureste, denominado “Enseñar y Cuidar: Desafíos y Perspectivas de la Enfermería en Cancerología”.

En 1992, con ocasión del I Seminario Nacional sobre la Enseñanza de la Cancerología en los Cursos de Graduación en Enfermería, fue discutida y elaborada una propuesta actualizada para la enseñanza de la Oncología. A partir de este momento es discutida, con las principales Escuelas de Enfermería de Brasil, la inserción de esta programación en sus formularios curriculares. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud2002)

El Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud/INCA (2002) afirma que:

En los últimos cinco años (1988-1992), se verificó que la situación seguía sin cambios y que las escuelas de enfermería, buscando todavía adaptar la enseñanza a la realidad epidemiológica de Brasil, precisaban reorganizar sus programas de enseñanza. En ese mismo año, se realizó el I Seminario Nacional sobre la Enseñanza de la Cancerología de los Cursos de Graduación en Enfermería, con la participación de Enfermeros docentes y auxiliares, para discutir y elaborar una propuesta actualizada de la enseñanza en Oncología en todo el país. El contenido programático fue desarrollado por estamentos competentes y luego distribuido a todas las escuelas de Enfermería. (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud2002, p. 176)

Después de transcurrido un año de los anteriores datos la propuesta sufrió una nueva reestructuración, porque las escuelas de Enfermería brasileñas a la vista de los resultados, resaltarán nuevamente que en su mayoría presentaban dificultades para la implantación de la propuesta, principalmente por la falta de docentes especializados y la carencia de bibliografía específica.

En 1997, debido a las necesidades apuntadas a través de esta valoración, durante el Seminario, fue constatado que los docentes deberían tener un mayor dominio sobre los conocimientos de oncología, para que pudieran enfrentarse con mayor preparación a la situación referente al cuidado del cáncer. Por esta causa fue ofrecido un curso de especialización de Enfermería Oncológica que todavía es administrado por el INCA/CEDC hasta la actualidad. Fue editado un libro texto sobre “Labor de la Enfermería en la Prevención y control del Cáncer” publicado en 1995 y reeditado en 2002 para respaldar mejor la actuación de estos profesores. Actualmente y para 2008 se prepara una nueva edición del libro (en prensa). (Instituto Nacional del Cáncer/Ministerio de Salud2002)

En este momento existe un motivo de gran preocupación del Ministerio de la Salud. La causa de esta situación es evidenciada conforme el análisis realizado por el INCA en Río de Janeiro de la estimativa de defunciones por cáncer en este estado durante 2003, expuestos en las tablas 9 y 10.

Hombres								
Localización	Estimativa de Casos Nuevos				Estimativa de Óbitos			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta	Óbitos	Tasa Bruta	Óbitos	Tasa Bruta
Primaria Neoplasia maligna								
Piel no Melanoma	4.980	69,87	3.840	135,23	50	0,65	20	0,79
Tráquea, Bronquios, y Pulmón	2.200	30,83	1.230	43,20	1.540	21,56	860	30,21
Estómago	1.580	22,11	670	23,51	770	10,84	330	11,52
Próstata	5.520	77,39	2.920	103,05	1.050	14,77	560	19,67

Capítulo 4: Las Estrategias de Control del Cáncer en Brasil

Colon y Recto	1.670	23,45	980	34,53	550	7,79	330	11,47
Esófago	760	10,69	280	9,72	430	6,01	150	5,46
Leucemias	540	7,55	270	9,42	270	3,85	140	4,80
Cavidad Oral	1.370	19,27	650	22,78	250	6,27	210	7,41
Piel Melanoma	240	3,34	160	5,59	60	0,78	40	1,31
Otras localizaciones	7.920	111,11	2.280	80,32	3.290	46,16	1.460	51,43
Total	26.780	375,69	13.280	467,76	8.260	115,96	4.100	144,37

Nota. Fuente: INCA/MS (2003)

Tabla 9: Estimativas para el año 2003, de tasas brutas de incidencia y mortalidad por cien mil afectados, número de nuevos casos y muertes por cáncer, en hombres, según localización primaria. Estimativas de Estado de Rio de Janeiro / Rio de Janeiro (2003)

Mujeres								
Localización Primaria Neoplasia maligna	Estimativa de Casos Nuevos				Estimativa de Óbitos			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta	Óbitos	Tasa Bruta	Óbitos	Tasa Bruta
Piel no Melanoma	5.560	71,89	3.020	94,15	30	0,42	20	0,55
Mama Femenina	8.040	103,89	4.490	139,79	1.580	20,37	880	27,41
Traquea, Bronquio y Pulmón	1.050	13,54	580	17,99	690	8,91	380	11,84
Estómago	960	12,41	470	14,70	460	5,91	220	7,00
Cuello del Útero	2.010	25,95	870	27,01	450	5,87	200	6,11
Colon y Recto	1.850	23,97	1.130	35,19	650	8,47	400	12,44
Esófago	250	3,18	90	2,70	140	1,77	50	1,50
Leucemias	440	5,75	230	7,18	230	3,01	120	3,76
Cavidad Oral	560	7,24	290	9,13	110	1,40	60	1,77
Piel Melanoma	240	3,08	150	4,77	40	0,52	30	0,81
Otra Localización	15.250	197,08	7.590	236,27	3.510	45,36	1.710	53,23
Total	36.210	467,94	18.910	588,53	7.890	100,63	4.070	126,57

Nota. Fuente: INCA/MS (2003)

Tabla 10: Estimativas para el año 2003 de tasas brutas de incidencia y mortalidad por cien mil afectados, número de nuevos casos y muertes por cáncer, en mujeres, según localización primaria. Estimativas de Estado de Río de Janeiro / Río de Janeiro (2003)

Al analizar las propuestas del Ministerio de la Salud ya desde los años ochenta, observamos que el PIDAAC tenía una visión clara sobre la importancia

de los programas de enseñanza en las escuelas brasileñas de Enfermería, procurando siempre mejorar a los profesionales especializados en oncología. Por este motivo, es necesario comprender los motivos de sus éxitos y fracasos y las dificultades del PIDAAC para ser incluido en las escuelas.

Pensando en intentar facilitar o hasta modificar el referido Proyecto, tenemos que observar la configuración teórica y metodológica ofrecida por el PIDAAC para proporcionar al alumno de Enfermería bases educacionales suficientes, de manera que se pueda viabilizar la inserción de éste en las escuelas. Conociendo la naturaleza de la enfermedad, el alumno debe percibir cuando es necesario un diagnóstico, desarrollar actuaciones de enfermería en los Programas de Prevención Primaria y Detección Precoz del Cáncer, asistir a los pacientes ingresados, atender en los dispensarios con capacidad para diagnóstico de cáncer, y ofrecer tratamiento.

Una sugerencia del PIDAAC es implantar oficialmente la enseñanza de oncología en el formulario curricular de las Escuelas de Enfermería, reforzando así el aprendizaje de los alumnos e integrando enseñanza y servicio.

Hasta la actualidad El PIDAAC es el único Programa brasileño creado por el Ministerio de la Salud/ Instituto Nacional de Cáncer (1992), que ofrece esta propuesta a las escuelas con nivel de graduación.

Según el MEC (2000), el estado de Río de Janeiro cuenta con 23 Escuelas que ofrecen un curso superior de Enfermería, siendo el segundo estado de Brasil con mayor número de Escuelas de Enfermería del país.

Es de extrema responsabilidad la formación del enfermero con bases profundas y fundamentadas para atender a la población que sea afectada por cáncer, que además, también necesita los cuidados paliativos o finales.

necesarios para la población de Brasil¹⁰. El avance del Programa PIDAAC, ha sido lento por la incomprensión de grupos tripartitos o particulares y entre las Instituciones de Enseñanza del país. Según los datos estadísticos que mostramos sobre las escuelas, aludidas en este estudio, cap. V, 5.2 en 2.b. La enseñanza todavía se presenta fragmentada y poco actualizada en relación con las necesidades que tenemos de asistir a este grupo de población.

En Brasil, aún que sea este un país en vías de desarrollo, la legislación sobre enseñanza, actualmente, nos ofrece la oportunidad de adecuarla mejor a la situación real del país. Hay posibilidad en entender el gran problema del cuadro sanitario y epidemiológico, a escala regional y nacional¹¹, sin que sea expuesto por las escuelas de Enfermería brasileñas.

La implantación de la Enseñanza de Oncología en los Cursos de Graduación de Enfermería, quiere mejorar la formación general ofrecida en las actuales Escuelas, preparando alumnos para atender adecuadamente a la población en el área oncológica dentro de la realidad social del país. Este es el firme propósito del PIDAAC y naturalmente del MS/ INCA.

Actualmente nosotros nos estamos dedicando a la nueva tentativa de ofrecer soporte de consulta para todos los enfermeros brasileños que no obtuvieron una preparación apropiada ni en le área de oncología ni en las Instituciones Escolares Superiores y tampoco en el curso de postgrado de oncología. Por lo tanto estamos finalizando la tercera edición del Libro de "Ações de Enfermagem para o Controle do Câncer" para ser publicado en 2008.

¹⁰ Tablas 7 y 8, cap. III

¹¹ Ver Capítulo II, 2.3, art.5º, ítem V y XVIII , del Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001

4.4. El Papel del Enfermero en el Cuidado de los Enfermos Oncológicos

La necesidad de incentivar un mayor conocimiento de la oncología vinculada a las universidades, ofrecida a la enfermería, confirmó en todo momento que era fundamental continuar estudiando para intentar definir cada vez más la importancia del papel de los enfermeros en el cuidado de los pacientes con cáncer.

La formación y ayuda a estos profesionales es de extrema importancia para el cuidado del enfermo con cáncer. La preparación técnico-científico posibilita al enfermero asumir el importante papel que le cabe en los programas de control del cáncer; trabajando con el público en general, y señalando la posibilidad de que esta enfermedad puede ser previsible, prevenida y hasta potencialmente curada.

Cuando analizamos la historia de la Epidemiología, la Política del Cáncer y los Programas de Prevención y Detección Precoz en Brasil, observamos que todos están relacionados con la Educación y con la Enseñanza.

La creciente exigencia de calidad, productividad y competitividad de los servicios de salud, sean públicos o privados, esta construyendo un nuevo paradigma administrativo que requiere trabajadores habilitados y especializados, sensibles a la necesidad de constante actualización, impuesta por las frecuentes transformaciones en los procesos de trabajo.

Este cuadro, por si sólo justifica la adopción de medidas creativas en el ámbito de la formación profesional que capaciten y protejan el empleo del enfermero, principalmente en países de economía dependiente.

EL Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (2002):

Para atender a las necesidades indicadas anteriormente, el INCA/MS creó, en Río de Janeiro, junto con la Escuela de Enfermería Anna Nery, el Curso de Especialización de Enfermería en Control del Cáncer, con prioridad para las necesidades de profesores y enfermeros que trabajan en oncología. Este curso, pionero en Brasil, se inició en agosto de 1998 con duración de seis meses y carga horaria de quinientas horas. Actualmente el INCA realiza el mismo curso con carga horaria de quinientas horas y duración de nueve meses. Existe la propuesta de implantar nuevos cursos en el país, junto con instituciones de enseñanza en cancerología. (p.177)

Cuando fue establecido el PIDAAC, fueron estudiadas varias maneras de atender el país de una forma más objetiva para aclarar las dudas de los alumnos en relación a la oncología y suplir las lagunas de la enseñanza, tan descompensada en ese momento, en relación a los profesionales que en el futuro podrían trabajar con portadores de cáncer.

Entre los objetivos definidos por este grupo algunos serán destacados, conforme lo citado por el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (1998a):

- Ofrecer una evolución cualitativa a los programas de enseñanza de enfermería oncológica en el país y proporcionar al mismo unos profesionales más cualificados en lo referente a la enfermería oncológica;
- Habilitar un número mayor de profesores de enfermería oncológica y adecuar las formularios curriculares de enfermería en el área de oncología en las universidades del país;
- Establecer el grado de integración de los factores de eficacia, eficiencia y rendimiento del proyecto y identificar las razones de los éxitos y fracasos de todo el proceso inserto por el PIDAAC;

- Facilitar la evolución de toma de decisiones para mejorar o modificar el proyecto y analizar la propuesta en si: presupuestos teóricos y metodología de intervención;
- Proporcionar bases educacionales para el alumno de Enfermería, buscando que él mismo: Identifique la magnitud del problema del cáncer en Brasil; conozca el proceso natural de la enfermedad acercándolo a la sospecha diagnóstica; desarrolle acciones de Enfermería en los programas de prevención primaria y detección precoz del cáncer; asista a pacientes de dispensarios e ingresados en el diagnóstico y tratamiento del cáncer y actúe en las políticas de control del cáncer en Brasil; (p.6)

Algunos enfermeros brasileños se reunieron y resolvieron seleccionar algunas hipótesis y definir objetivos que pudiesen, de inmediato, ayudar a la inserción del PIDAAC en las escuelas de enfermería brasileñas. Continuamos citando los objetivos definidos por este grupo.

- Ofrecer formalmente la enseñanza de la Cancerología en el formulario curricular de la Institución de Enseñanza;
- Viabilizar formas de intercambio entre los Estados de la región sureste y de las demás regiones de Brasil, para actualizar los profesionales de enfermería que actúan en el área de cancerología;
- Promover la integración enseñanza-servicio en el área de la oncología y demandar al Ministerio de la Salud, a través del INCA, una política de mayor valoración profesional que incluya la Educación Continuada;
- Establecer convenios entre las Instituciones de Enseñanza, Unidades de Salud, Entidades de clase y las Instancias que tratan de la Política de Salud en las tres esferas de gobierno buscando la promoción y el desarrollo de programas de prevención del cáncer;
- Estimular la participación más efectiva de los enfermeros de los servicios de salud en la planificación de las actividades teóricas y/o

prácticas desarrolladas por los alumnos, así como también viabilizar su participación en las investigaciones y otras actividades científicas;

- Proponer la creación de grupos de enfermeros y estudiantes de enfermería interesados en cuidar y enseñar oncología. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 1998a, p.6)

Esta es la propuesta del Ministerio que debemos aplicar en la actualidad, porque toda propuesta del PIDAAC es parte de una de las misiones del Ministerio de la Salud e Instituto Nacional de Cáncer. El INCA es considerado referencia nacional. Por este motivo el PIDAAC es una de las directrices cumbre de la Política Nacional de Salud defendida en los mayores foros de discusión del país. Lamentablemente, todavía se encuentran aplicando (2007) procedimientos de la década de los noventa para solucionar problemas relativos a la oncología actual de Brasil .

El Curso de Especialización de Enfermería Oncológica a pesar de gozar del consenso profesional, y ofrecerse desde los años noventa por su categoría, sólo fue implantado por algunas Escuelas de Enfermería.

La metodología propuesta era adecuada para el Instituto Nacional de Cáncer/ Ministerio de la Salud (1998b) como sigue a continuación:

La educación en Cancerología es una realidad que podemos encontrar en casi todos los hospitales de enseñanza de Brasil. (p.12). Representa un excelente modelo, que puede ser aplicado y llevado a cabo en todos los niveles de la asistencia, desde las unidades primarias (prevención y detección) hasta los servicios especializados (tratamiento, rehabilitación y investigación), así como también los niveles de enfermería que apenas diagnostican y remiten los pacientes a centros especializados,

Los profesionales que trabajan directamente en oncología, ponen de relieve que es necesaria e imprescindible la inserción de la enseñanza de dicha especialidad en las escuelas de Enfermería, a fin de preparar el alumno egresado para trabajar en las Instituciones y Centros que tratan el cáncer.

Debido a los pocos cursos de especialización oncológica existentes en el país, al desfase de los profesionales de enfermería, asociado al elevado índice de morbi-mortalidad por cáncer en Brasil, nos parece cada vez más evidente y de extrema relevancia, formalizar la especialización de esta categoría, para la mejor atención a la población.

Reafirma también el Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (1998b) que:

Por falta de preparación técnico-científica, el enfermero deja de asumir el importante papel que le cabe en los programas de control del cáncer. El ejercicio de la Enfermería requiere el contacto directo y continuo del profesional con la comunidad. Eso hace que sea responsable de gran parte del éxito de las actuaciones en prevención y control.

Mejorar la educación en Cancerología es estrategia fundamental para el control del cáncer. Es competencia de las escuelas de Enfermería desarrollar mecanismos que superen los obstáculos de la enseñanza de la materia, buscando alcanzar los objetivos de:

1. presentar el cáncer como un problema de salud pública;
2. alertar sobre la necesidad de prevención y diagnóstico precoz;
3. crear en el futuro enfermero las actitudes y las habilidades necesarias para el buen desempeño profesional en la asistencia al paciente oncológico. (pp. 5-6)

Para entender mejor este proceso es necesario explicar que el Ministerio de la Salud delega al Instituto Nacional del Cáncer (INCA) la coordinación, en forma coherente e integrada, de las actividades en los diferentes niveles destinados a la prevención y control del Cáncer.

El Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud tiene como misión:

Acciones nacionales integradas dirigidas a la prevención y control del cáncer, y su visión estratégica es, la de “Ejercer plenamente el papel gubernamental en la prevención y control del cáncer, asegurando la implantación de las acciones correspondientes en todo Brasil y así contribuir a la mejoría de la calidad de vida de la población. (Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, 1998b, p.12)

El Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud (1998b) confirma que las Escuelas de Enfermería son:

Parte integrante de un problema nacional de expansión de la prevención y control del cáncer, cuyo objetivo principal es el de reducir la morbilidad y la mortalidad por esta patología. La educación en Enfermería a nivel de graduación, debe ofrecer una mejor formación general al enfermero. Por lo tanto, es necesario dotarlo de los conocimientos, habilidades y actitudes indispensables a la práctica de la Enfermería en Cancerología. (p.8)

El Instituto Nacional del Cáncer, Ministerio de la Salud, (1998b, p.11), afirma que la calificación general del enfermero en Cancerología representa un importante requisito para que las acciones de prevención y diagnóstico precoz del cáncer se tornen viables, lo que deriva en la aplicación de la terapéutica en los casos iniciales. La relación de servicios especializados y docentes capacitados influye considerablemente en la calidad de la enseñanza y del aprendizaje y en el desempeño del futuro enfermero

La necesidad de la relación entre la escuela, la sociedad y los profesores, es imprescindible para la evolución y la participación del enfermero en uno de los mayores problemas de salud pública que el país presenta. Es importante afirmar que sin una participación de los actores principales, no vislumbramos los necesarios resultados en esta lucha que dura ya tantos años.

Según Berger Filho (1999) la diversidad es la marca de la contemporaneidad, porque tenemos alumnos y necesidades en y del trabajo cada vez más heterogéneas:

Los alumnos tienen proyectos personales, trayectorias educacionales y experiencias diferentes. La vida civil y el mundo de la producción, dentro de ella, se tornó muy compleja. La diversidad de la oferta de trayectorias formativas, de diseños curriculares y de prácticas pedagógicas, presentan la posibilidad de asumir la complejidad y la heterogeneidad.

Los módulos son una estrategia para atender a esta diversidad y posibilitan que en una estructura escolar, que trabaja con base en lo colectivo, tengamos la posibilidad de trazar caminos diferenciados de formación, con salidas intermedias en el proceso y en el proyecto individual de aprendizaje.

El autor también analiza a los profesores profesionales y los profesionales profesores que constituyen un conjunto necesario. ¿Cómo hacer educación profesional sin los profesionales? La unión entre la escuela y el mundo del trabajo es una necesidad para concretar esta concepción de educación profesional.

El autor además refiere que:

Equipos conjuntos de la escuela y del área de producción deben estar permanentemente trabajando para construir un proceso pedagógico que cree condiciones de calidad en la formación, sin que eso signifique una anulación de la diferenciación de papeles entre los actores de las dos áreas: profesores y profesionales. Profesores son, principalmente, agentes de movilización, concededores del proceso de aprendizaje, y, por lo tanto, organizadores de este proceso y agentes de sistematización de los aprendizajes realizados. Profesionales de las áreas son anticipadores de futuros problemas, reguladores del proceso y estimuladores de toda

innovación. El planeamiento es conjunto. El proceso pedagógico debe ser simultáneo y articulado. (Berger, 1999)

En estos tiempos de transformaciones precisamos hacer un gran esfuerzo de identificación de cuestiones y sistematización de propuestas para solucionarlas, para evolucionar y encontrar una educación profesional de calidad.

Todo lo citado confirma la necesidad de la evolución de la escuela, desde el punto de vista del proceso pedagógico y de la transformación de los contenidos para mejorar las perspectivas de los alumnos. Éstos están sujetos a una sociedad definida que le acaba dictando lo que es preciso hacer en pro de una comunidad, algunas veces con problemas como en el caso del cáncer, una enfermedad devastadora en nuestra población.

La lucha de la enseñanza de la oncología en las escuelas de Brasil, es cada vez más importante para la nación. Los alumnos de graduación ya preparados en esta área, facilitarán principalmente la aplicación de la práctica aprendida, en la población carente de esta asistencia tan específica que es el cuidar del enfermo con cáncer.

El esfuerzo debe continuar en pro de la formación de alumnos y egresados, para que puedan salir de las universidades teniendo la oportunidad de ser insertos directamente en los Programas de las Políticas Públicas de Oncología del Ministerio de la Salud. Los caminos que la enfermería transita actualmente no son todavía los ideales para atender la demanda estimada por el Ministerio de la Salud.

CAPÍTULO 5

La Enseñanza de la Enfermería Oncológica en Rio de Janeiro

- 5.1. Metodología de la Investigación
- 5.2. La Enseñanza de la Enfermería Oncológica en las Instituciones Escolares Superiores del Estado de Rio de Janeiro- Brasil
- 5.3. La Investigación
- 5.4. Tabulaciones de las Respuestas y Comentarios de los Cuestionarios sobre la Actuación de la Enseñanza de la Oncología y las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería del Estado del Rio de Janeiro- Brasil
- 5.5. Conclusiones

CAPÍTULO 5: La Enseñanza de la Enfermería Oncológica en Rio de Janeiro

5.1. Metodología de la Investigación

La búsqueda de documentos que ilustraran el contenido de esta investigación, desde la historia de la enfermería antes de Cristo, hasta la actualidad, bien a través de la legislación educativa, explícita en las directrices curriculares nacionales de los Cursos de Graduación en Enfermería, tanto como, en sus Consejos Regionales y Federal o a través de la epidemiología del cáncer y la política sanitaria, representada por el Sistema Único de Salud, nos ofrecieron un amplio soporte para preparar y fundamentar los argumentos y contenidos de esta investigación.

El contexto histórico que encontramos en relación al INCA y sus Programas Nacionales, habla de los inicios de la Enfermería Oncológica y del intercambio con la Sociedad Brasileña de Enfermería Oncológica, a raíz de las cuales surgen las primeras iniciativas de la enseñanza de oncología para la enfermería y la inserción del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer, con su creación e implantación en las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería de Brasil como también la creación de los Cursos de Especialización de Enfermería Oncológica, confirmaban la importancia del papel del enfermero en el cuidado del cáncer en el país.

La metodología aplicada para desarrollar este trabajo, fue un método analítico definido a través de cuestionarios destinados a las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería de todo el estado. De modo que detallamos

los resultados obtenidos, por medio de una descripción sistemática de todos los pasos del proceso y de las respuestas a los cuestionarios, desde la selección de las Instituciones del Estado de Rio de Janeiro hasta los resultados finales, en los cuales las conclusiones fueran fundamentadas.

A lo largo del proceso de construcción de la tesis, a través de los contactos con los profesionales y con las varias organizaciones institucionales, percibimos que los elementos Investigados habían superado al tema inicial del proyecto. Los datos de la investigación fueran acumulándose y entrecruzándose, haciéndonos ver varios aspectos en los cuales no habíamos pensado antes, llevándonos a replantearnos las directrices y ampliar los campos de acción y descripción de los resultados obtenidos. Una de las situaciones que nos hicieron considerar nuestra línea de investigación fueron las dificultades que encontramos debido a la gran extensión territorial del Estado de Río de Janeiro que se compone de noventa y dos municipios. Para mejorar nuestro estudio fue preciso localizar los municipios a través del mapa regional facilitando así la visualización de las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería seleccionadas con las que estábamos trabajando (mapa 1).

Mapa del Estado de Rio de Janeiro, Brasil

Localizaremos aquí en este mapa los municipios donde se encuentran las Instituciones Escolares de Enfermería del Estado.

El Estado de Rio de Janeiro presenta una población de catorce millones trescientos ochenta y siete mil doscientos veinticinco (14.387.225) habitantes distribuidos en noventa y dos municipios, de acuerdo con datos de Instituto Brasileño de Geografía (IBGE – 2005).



Nota. Fuente: GuiaN

Mapa 1: Mapa del Estado de Río de Janeiro, Brasil

Con objetivo de realizar el análisis de los datos, desarrollamos los siguientes pasos:

- Una lectura de todo el material donde destacamos las preguntas más relevantes de la investigación.
- Describimos los datos obtenidos y separamos las respuestas más frecuentes a partir de las disciplinas que aparecían en el contenido de oncología nombradas más recurrentemente, intentando en la medida de lo posible, realizar interrelaciones entre los contenidos y disciplinas afines;
- El análisis "final" fue el resultado de reflexiones en todas las etapas de este proceso, articulado con las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería Federales, Estatales y Particulares de Río y Grande Rio.

Nuestro interés en profundizar en el conocimiento de los modelos educativos ofrecidos en torno a la aprendizaje de los enfermeros, las causas de las precarias condiciones de la enseñanza oncológica se encuentran en la falta de la suficiente estructura Institucional para ofrecer mejores campos de aprendizaje y la falta de profesores expertos en oncología. Por lo tanto es esta la propuesta de búsqueda sobre el asunto.

La perspectiva de la investigación no se trata de una cuestión de descubrimiento, puesto que desde el primer contacto con las Instituciones Escolares Superiores, desde la primera idea surgida en torno al proyecto, se pueden adivinar los presupuestos de partida que van a configurarlo, ya que estamos trabajando acerca de un país en desarrollo, y por lo tanto previsible la precaria situación del área oncológica en todo Brasil.

Desde la situación específica que nosotros hemos seleccionado para realizar esta tesis, proponemos citar inicialmente a Minayo (1992), para orientarnos mejor.

(...) la metodología cualitativa es aquella que incorpora las cuestiones del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales. El estudio cualitativo pretende ilustrar la totalidad percibida, reconociendo en última instancia, atisbar el conocimiento de un fenómeno histórico que es significativo en su singularidad (...) (p. 10)

Seleccionada la metodología cualitativa para realizar esta tesis, la investigación se convierte en el marco significativo para el desarrollo de la misma, intentando apoyarnos en autores importantes como, Flick, Minayo, Olabuénaga, García, y otros.

Son múltiples las acepciones que podemos encontrar, que van desde una idea especulativa a una idea de regulación de los fenómenos. Además de esta falta de acuerdo a lo hora de definir su significados, podemos encontrar distintas perspectivas en relación a sus distintos niveles. La teoría de un enfoque cualitativo no es entendida como un producto acabado, perfecto sino como una entidad en

continuo desarrollo. En la referencia específica a la dimensión metodológica de esta investigación, cabe señalar que la metodología cualitativa fue seleccionada como hilo conductor de esta tesis.

García, en su tesis (2007), (citando Denzin y Lincoln, 1994) dice sobre la investigación, cuya misión reside en guiar al investigador en el mundo empírico y saber las actividades a realizar para poder alcanzar el o los propósitos de la misma, reflejando las peculiaridades que presenta la investigación cualitativa, consecuencia tanto de su diversidad metodológica, como de la especificación de la misma. La ausencia de un proceso de investigación en el que se puedan identificar una serie fija de fases consecutivas o secuencias de decisión que sigan un orden preestablecido. Estos autores definen el proceso de investigación cualitativa partiendo de tres actividades interrelacionadas y dependientes de la biografía personal del investigador o investigadora, quien se enfrenta al mundo desde un conjunto de ideas preestablecido, por tanto desde un marco (teoría) que determina una serie de cuestiones (epistemología) que son examinadas de una forma (determinada-metodología, análisis). (p.205)

La experiencia personal y social que el investigador tiene sobre el área en que se actúa, es elemento importante para la definición del instrumento seleccionado sometido a su investigación de campo. Así el instrumento de la investigación que se aplicará en un campo determinado, necesita estar directamente relacionado con el innegable contexto social de su investigación.

FLICK, (2004), citando, Hoffmann-Riem, (1980), afirma que el enfoque de la teoría fundamentada da preferencia a los datos y al campo en estudio frente a los supuestos teóricos. Estos no se deben aplicar al objeto que se investiga, sino que se “descubren” y formulan al relacionarse con el campo y los datos empíricos que se encuentran en él. Su relevancia para el tema de investigación antes que su representatividad, es lo que determina el modo de seleccionar las personas que se estudiarán.

El propósito no es reducir la complejidad desglosándolo en variables, sino al contrario aumentarla incluyendo su contexto. Los métodos deben ser apropiados

al problema en estudio y se escogieron de acuerdo con ello. La relación teórica con el trabajo empírico en este tipo de investigación se resume así:

El principio de apertura supone que la estructuración teórica del problema en estudio se pospone hasta que haya surgido la conformación de dicho problema por las personas estudiadas.

Esta manera de comprender la investigación cualitativa indica que el investigador debe adoptar una actitud de lo que en un contexto diferente, se ha denominado "atención flotante".p.56

Desde el instante en que comenzamos este trabajo y a lo largo de este estudio e incluso antes, los investigadores interpretamos el proceso de construcción y comprensión,

García (2007), citando Flick, (2004) menciona que, la investigación cualitativa implica mucho más que decidir la utilización de un instrumento, véase un cuestionario o una entrevista narrativa, ya que encierra una forma concreta de entender la relación entre el problema y el método, por lo cual seleccionamos el cuestionario para realizar nuestra investigación de campo. Mientras en la investigación experimental o cuantitativa podemos definir una secuencia lineal en relación a aspectos conceptuales, metodológicos y empíricos, con pasos separados y secuenciados, en la cualitativa hay una interdependencia mutua entre las partes que no podemos obviar. (p. 209)

El análisis cualitativo de contenido, como cualquier otro análisis cualitativo, procede de forma invariable y circular, y no de forma de secuencia lineal. Concluido un primer paso, se pasa al siguiente para frecuentemente volver de nuevo a la fase primera y reiniciarla con una información más rica y completa, con más seguridad y precisión.

Olabuenaga, (1996) en su libro Metodología de la investigación Cualitativa cita que el proceso de lanzadera, tantas veces mencionado a propósito de la obtención y de una entrevista en profundidad, mantiene aquí toda su importancia. Este proceso implica que un texto (campo) es sometido a múltiples lecturas y manipulaciones, sin que sea suficiente una lectura y una clasificación inicial por

muy detallada que esta sea. Es este uno de los aspectos que diferencia mas drásticamente el análisis cualitativo del cuantitativo, dado que en este ultimo tras una primera lectura, se efectúa la codificación correspondiente del texto (Campo) y de aquí parte, el análisis (con o sin ordenador) que se efectúa sobre los datos ya codificados, ya no en su forma original. Este análisis se establece por razones del proceso ya mencionado, del Campo al texto y de este al lector. (p.201)

El análisis nos muestra distintas reflexiones:

Las ideas centrales que guían la investigación cualitativa son diferentes de las que se encuentran en la investigación cuantitativa. Los rasgos esenciales de la investigación cualitativa. Son la elección correcta de métodos y teorías apropiadas, el reconocimiento y el análisis de perspectivas diferentes, las reflexiones de los investigadores sobre su investigación como parte del proceso de conducción del conocimiento y la variedad de enfoques y métodos. (Flick, 2004, p.18).

Los nuevos compromisos a los que se enfrenta la investigación científica, relacionados con nuevas formas de entenderla, para saber quien puede tener acceso a ella, debido a las nuevas relaciones establecidas con los participantes.

La investigación cualitativa no se basa en un concepto teórico y metodológico unificado. Diversos enfoques teóricos y sus métodos caracterizan los debates y la practica de la investigación. Los puntos de vista subjetiva son un primer punto de partida. Una segunda cadena de investigación estudia la causa y el curso de las interacciones, mientras que una tercera trata de reconstruir las estructuras del campo social y el significado latente de las prácticas. Esta variedad de enfoques diferentes deriva de líneas evolutivas distintas en la historia de la investigación cualitativa, que evolucionaron parcialmente en paralelo y parcialmente de manera secuencial. (Flick, 2004, p.20).

En las investigaciones institucionales, y en el caso concreto de las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería hubo gran dificultad para crear contactos, mas creo hubiera sido mas difícil en el caso de que no ofreciéramos una buena estructuración. Por lo general, en la regulación de acceso están implicados diferentes niveles. En primer lugar, esta el nivel de las personas responsables de autorizar la investigación y en caso de dificultades, son autoridades externas quienes las consideran y se hacen responsables de esa autorización. En segundo lugar, encontramos el nivel de aquellos a los que se va a entrevistar u observar, que ofrecerán su tiempo y buena voluntad. (Flick, 2004, p.70)

La cuestión de conseguir acceso a personas, y principalmente a las Instituciones con las que marcamos encuentros diversa veces para realmente poder finalizar la investigaron del campo. Este es un problema que se puede expresar por la metáfora del investigador como extraño profesional (Agar, 1980). Por una parte, la necesidad de orientarse uno mismo en el campo y de encontrar el propio camino para dar al investigador una visión momentánea de las evidentes rutinas, ya que los individuos se han familiarizado con ellas durante mucho tiempo y las han convertidos en rutinas como “no cuestionadas y dadas por supuestas” (Schutz, 1962).

Las diferentes posturas de investigación, corresponden a los diversos modos de aplicar los criterios dentro del rigor científico, así podemos, proponer nuevos criterios mas sensibles a aquella situaciones en las que estamos deparando.

Para conseguir las debidas respuestas que estamos proponiendo a los participantes en la investigación, y para obtener un resultado verdadero dentro de un contexto fidedigno a la responsabilidad personal, emocional, practica y hasta política de los participantes, precisamos tener la sensibilidad de investigar personas ciertas en momentos ciertos. Los individuos no reflexionan ya sobre las rutinas, porque a menudo ya no son visibles para ellos. Una manera potencial de alcanzar comprensión adicional consiste en asumir y (al menos temporalmente)

mantener la perspectiva de alguien de fuera, la "actitud de dudar por principio de lo evidente socialmente" (Hitzler, 1988, p.19).

Frente a este enfoque y esta categoría de observador externo se puede diferenciar -dependiendo de la estrategia de la investigación- entre los roles del "visitante" y de "iniciado". El "visitante" aparece en el campo -en el caso extremo- sólo una vez en una única entrevista, pudiendo recibir información preguntando por las rutinas antes mencionadas. En el caso del iniciado, lo conveniente es precisamente abandonar la perspectiva como de alguien externo de la investigación participante, sobre todo la descripción detallada del proceso desde la perspectiva subjetiva del investigador de convertirlo en una fuente provechosa de conocimientos. (Flick, 2004 p.73)

La relevancia general de este enfoque es que los diferentes tipos de preguntas permiten al investigador ocuparse más explícitamente de los supuestos que trae a la entrevista en relación con aspectos del entrevistado. Flick, 2004. (citando Hoffmann Riem. 1980) El principio de apertura en la investigación cualitativa se ha comprendido a menudo inadecuadamente como si alentara una actitud de difusión. Este principio se transforma aquí en un dialogo con diversos grados de confrontación entre posiciones sobre los temas. En este dialogo, la posición del entrevistado se hace mas explicita y se puede desarrollar también adicionalmente. Los diferentes tipos de preguntas, que representan enfoques distintos para hacer explicito el conocimiento implícito, pueden señalar el camino hacia la solución de un problema mas amplio dentro de la investigación cualitativa. En general, una meta de las entrevistas semiestructuradas es revelar el conocimiento existente de manera que se pueda expresar en forma de respuestas y por tanto hacerse accesible a la interpretación.

La técnica de generación de estructuras ofrece también un modelo para ordenar el contenido de las entrevistas de los cuestionarios en los que se han utilizados diferentes formas de preguntas. Que esta estructura se desarrolle con el entrevistado para la interpretación, la convierte en un elemento más de los datos. La forma en que Scheele y Groeben presentan esta estructura para las relaciones

propuestas se corresponde con el problema de la investigación en la que se pueda decidir solo en un caso individual. En resumen, se ha propuesto aquí un concepto metodológico que tiene en cuenta explícitamente la reconstrucción del objeto de investigación (en este caso, una teoría subjetiva) para la entrevista, en lugar de propagar un enfoque más o menos categórico para un objeto dado. (Flick. 2004 p.99)

Nosotros seleccionamos para trabajar en la tesis, el método de entrevista semiestructurada centrada en el problema, con criterios de apertura al enfoque subjetivo del entrevistado orientado al objeto y al proceso, ofreciendo espacios para las explicaciones con estructuración del problema, guía de entrevista como bases para los turnos o demoras de los enfermeros y el fin de las muestras no adecuadas. Los problemas al realizar el método fueron tanto sociales como políticos, producidos por el cambio de lo no sistemático de la narración al esquema pregunta-respuesta, contribuyendo al desarrollo general de la entrevista el método de cuestionario breve y conclusión.

Las limitaciones del método fueron la ubicación del problema y la combinación no sistemática de los más diversos elementos de las instituciones en que trabajamos. Como señala Flick, (2004 p.107)” (...) varias inversiones de la entrevista semiestructurada como una de las bases metodológicas de la investigación cualitativa. Es característico de estas entrevistas que se lleven a la conversación preguntas más o menos abiertas en forma de guía de para la entrevista esperando que el entrevistado responda a ellas libremente. El punto de partida del método es el supuesto de que las aportaciones que son características de las entrevistas estandarizadas o cuestionarios, limitan según se traten los asuntos y oscurecen más que iluminan el punto de vista del sujeto. En el camino de asegurar perspectivas subjetivas relevantes, temáticamente surgen también algunos problemas en la entrevista semiestructurada, por una parte problemas de mediación entre las aportaciones de la guía de entrevista y los propósitos de la pregunta de la investigación y por otra el estilo de exposición del entrevistado”.

La investigación fue realizada en grandes Instituciones públicas y privadas por tratarse de un área de interés para nosotros, por tanto fue difícil de formular una pregunta precisa común a los servicios públicos y particulares. Así Flick, (2004 p.107) en su análisis nos dice que el entrevistador puede y debe decidir durante la entrevista cuando y en que secuencia hacer cual pregunta. El que una pregunta se haya respondido ya tal vez de paso y sea posible dejarla fuera se puede decidir solo *ad hoc*. El entrevistador se enfrenta también a la cuestión de si y cuando indagar con mayor detalle apoyando al entrevistado para adentrarse profundamente en el campo, o cuando volver mas bien a la guía de entrevista en el momento en que el entrevistado se desvía del tema. La expresión "entrevista parcialmente estandarizada" se utiliza también con respecto a la elección de la realización real de la entrevista, la elección de intentar mencionar algunos asuntos proporcionados en la guía de entrevista y al mismo tiempo estar abiertos al estilo individual del entrevistado al hablar sobre estos asuntos y otros pertinentes para el.

Estas decisiones, que se pueden tomar únicamente en la propia situación de entrevista, requieren un alto grado de sensibilidad de las personas que trabajan en Escuelas de Enfermería. Además, demandan una buena visión general de su oportunidad para la pregunta de investigación. En el estudio se necesita tener en cuenta la mediación permanente entre los cursos en que están insertados los participantes, los profesores y propia la entrevista o la guía.

En el curso de la investigación y en un primer momento podría pensarse que dichos cambios se debe a la profundización en el marco teórico, esto es, a la inmersión en la revisión bibliográfica del tema estudiado, pero este no es el motivo más importante. Este pensamiento, concretamente, la certeza de algunas preguntas de investigación, se origina en el trabajo de campo, por tanto, en el proceso de recogida y análisis de los datos, derivado tanto de las características de las Instituciones, mas concretamente de las profesoras enfermeras que la constituyen y las relaciones que se establecen ente ellas y los distintas instituciones, escuelas publicas y particulares. Las primeras preguntas que se plantearon son concernientes al funcionamiento del modelo de enseñanza de la

enfermería oncológica a los alumnos. ¿El plan de estudios de su escuela incluye contenidos de enfermería oncológica?, ¿Cómo se incluye el contenido de enfermería oncológica?, ¿Cuál es la(s) disciplina(s) que ministra(n) el contenido de Enfermería Oncológica?, ¿Cuál es la carga horaria teórica y/o práctica dedicada a la(s) disciplina(s) que enseña(n) el contenido de Enfermería Oncológica en su Escuela?, ¿Cómo se desarrolla la práctica de Enfermería Oncológica?, ¿En qué áreas se desarrollan las experiencias prácticas en Oncología?, ¿En qué período(s) se presenta(n) el (los) contenido(s) de Oncología? y ¿Existe un programa de prácticas y/o teórico-prácticas de los alumnos en Oncología?

Estos temas, que guían el inicio de la investigación, dan paso, a otras cuantas preguntas, dando que al incluir el campo se puede apreciar la incidencia de diversos factores relacionados con la inserción de procesos de innovadores e inclusión de nuevas preguntas destinadas a las necesidades de los propios docentes. Al tiempo, gracias a los procesos de reflexión surgidos del tratamiento de ciertos problemas prácticos expuestos por parte del profesorado, para reflejar sus y nuestras expectativas, desarrollamos e incluimos nuevas preguntas a nuestro estudio.

- ¿Los docentes tienen conocimiento del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC)?
- ¿Existe integración entre enfermeros docentes y enfermeros asistenciales en las acciones de enseñanza de Oncología en la facultad?

Esta investigación se trata de un estudio cualitativo, investigar profundizando en la experiencia de innovación, por lo que no pretendemos tanto lograr la generalización en cuanto lo que Flick, (2004), considera que los enfoques para los datos verbales son una de las corrientes metodológicas en la investigación cualitativa. En estos enfoques, se utilizan estrategias diferentes para llevar a cabo el inicio del objeto en estudio y los enfoques del entrevistado, informador o participante en los debates. Al mismo tiempo, las opciones metodológicas incluyen precauciones específicas para estructurar la

recogida de datos. Así en los temas referentes a las preguntas sobre investigación deben debatirse en la entrevista o bien su tratamiento se debe dirigir a una mayor amplitud y profundidad. Además se introducirán aspectos en la pregunta de investigación no mencionados todavía. Los diferentes métodos alternan entre estas dos metas, apertura y estructuración. Cada método se orienta a uno u otro de estos objetivos. En su parte central, al menos, las entrevistas se orientan a la apertura y la libertad para la presentación del entrevistado. Las intervenciones directivas del entrevistador se deben limitar a la pregunta generadora de soluciones y al estado de las preguntas de exposición final. Por otra parte, en las entrevistas semiestructuradas se da mucha mayor preferencia a la dirección temática, y las entrevistas se pueden enfocar mucho más directamente sobre ciertos temas. Por tanto, según la objetivo de la investigación y según el objetivo escogido -apertura o estructuración- se recomiendan métodos específicos en mayor o menor medida para cada pregunta de la investigación concreta. (p.139)

La selección de acceso al escenario y a las personas que seleccionamos para realizar esta Investigación se efectuó de la siguiente forma. Hicimos una llamada por teléfono, a todas las Instituciones mas distantes (no podemos olvidar que estamos tratando de un Estado con noventa y dos municipios y que las escuelas se encuentran muy distantes unas de las otras), para que podamos detallar mejor la investigación. En algunas instituciones nos entrevistamos anteriormente para mayor información a la que seguía el envío una carta a todas las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería del Estado del Río de Janeiro, destinada al profesor responsable del departamento de aquella Institución.

En la carta enviada, adjuntábamos el Cuestionario.

Río de Janeiro, mayo 2004

Estimado (a) Sr. (a) profesor (a)

El cáncer ha sido reconocido como un problema de salud pública de dimensiones internacionales y su control exige acciones integradas de prevención y detección precoz.

Siendo necesaria la formación de profesionales especializados, estamos distribuyendo este cuestionario para conocer cual es la oferta ofrecida por su centro sobre planes de estudios de enseñanza y formación para el desarrollo de recursos humanos específicos en el área oncológica en todo el Estado de Río de Janeiro.

El objetivo principal es el de colaborar en la reducción de la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad, buscando mejorar la formación de los enfermeros, desarrollando sus conocimientos, habilidades y capacidades indispensables para la práctica de la Enfermería Oncológica. Buscamos discutir los procedimientos para atender a la población en general, respecto al cáncer y exponiendo que la enfermedad puede ser curada, cuando es detectada en su inicio. Como consecuencia, esta preparación técnico-científica posibilita al enfermero asumir el importante papel que le cabe en los programas de control del cáncer. Su participación en esta investigación es esencial valiosa pues suministrará indicadores que contribuirán a conocer esta realidad.

Por favor no deje ningún ítem sin respuesta.

Agradezco cordialmente su colaboración

Por ser el método mas objetivo para llegar a las veintitrés Instituciones Escolares Superiores de Enfermería, seleccionamos el cuestionario a aplicar en el trabajo de investigación cualitativa a fin de obtener los mejores resultados.

Los cuestionarios aplicados fueron estructurados con preguntas abiertas y cerradas. Las cuestiones cerradas incluyeron datos para localización, como nombre de la escuela, dirección, barrio, UF, CP, ciudad, teléfonos de contacto, telefax, e-mail, nombre del director de la institución y nombre del responsable del programa en la institución. Las otras se referían al aprendizaje que ofrecen a los alumnos, como es efectuado, donde practican y como se reparte el horario lectivo

a los alumnos para que puedan trabajar atendiendo a los enfermos afectados de cáncer. Las preguntas abiertas sirvieron de base para identificar las impresiones generales sobre las condiciones en que estos alumnos aprenden el contenido de oncología y las posibles situaciones en que se encuentra el profesor que los dirige. Cuestiones relacionadas con la percepción que los profesionales tienen sobre la organización y proceso de trabajo, así como el tipo de cursos para la puesta al día de estos alumnos, que debe ser considerada como una necesidad el perfeccionamiento en esta área.

El método de observación que utilizamos en las Instituciones de este Estado, sirvió para anotar los datos más específicos y así nos fue posible aprovechar las variantes naturales de la muestra para el ajuste de las hipótesis. El método se caracterizó por realizarse en el ambiente seleccionado, permitiéndonos efectuar la observación de campo utilizando el cuestionario como el instrumento apropiado.

Para ello seleccionamos como conducta medida, el registro de cada tipo de aprendizaje ofrecido a los alumnos en cada determinada categoría y grupo de sujetos y como regla de control de los datos, registramos cada especificidad del contenido curricular determinado por las Instituciones Escolares de Enfermería anteriormente seleccionadas. En segundo lugar, procuramos utilizar una técnica de registro continuo cuando anotamos las disciplinas que presentaban contenidos de oncología y otros datos importantes de la misma categoría y su conducta según cada escuela. De manera que pudimos evaluar de forma cualitativa según una serie escalonada de alternativas que presentaba cada Institución Escolar de Enfermería.

Con el objetivo de resaltar la Enseñanza de la Enfermería Oncológica en las Instituciones Escolares de Enfermería del Estado de Río de Janeiro, fue aplicado un cuestionario previo conocimiento de la estructura de la enseñanza desarrollada en las referidas Instituciones Escolares preparatorias de profesionales enfermeros.

En el capítulo quinto profundizo la metodología de investigación, detallo las preguntas del sondeo que la orientan, así como al área de interés en oncología y los fines que la sustentan. Preciso también los procesos relativos a los accesos al campo, la negociación entre las Instituciones Escolares, las estrategias de recogidas de información empleadas y los mecanismos de documentación y análisis de los datos. Finalmente profundizo las cuestiones relativas a las investigaciones cualitativas.

5.2. La Enseñanza de la Enfermería Oncológica en las Instituciones Escolares Superiores del Estado de Río de Janeiro, Brasil

La importancia de la educación y el dinamismo en que vive nuestra sociedad exigen una innovación en el sistema educativo y al mismo tiempo una escuela con un mínimo de calidad.

Para atender mejor las expectativas de la realidad brasileña, la eficacia del proceso de aprendizaje y naturalmente la evolución escolar, es necesario atender las necesidades de los discentes egresados. El desarrollo y la competencia organizativa y pedagógica de las Instituciones escolares son un proceso importante para la mejora y el intercambio de conocimientos entre el alumno y la escuela.

A través de los frecuentes cambios en los procedimientos de trabajo, actualmente vivenciamos un paradigma que nos lleva, cada vez más a buscar propiedades, productividades, competencias y competitividad en los servicios de salud, sean públicos o privados, requiriendo del profesional un esfuerzo mayor en su área como por ejemplo, ser habilitado y especializado, para atender la realidad impuesta por la sociedad.

El ciudadano que convive en un país en desarrollo, como es nuestro caso, con una educación profesional que lo capacite dentro de la formación técnico-científica que la sociedad exige actualmente, con seguridad será un individuo que

podrá contribuir con su trabajo atendiendo a los perfiles profesionales de una determinada clase.

La enseñanza de la Enfermería Oncológica en el Estado de Río de Janeiro todavía se encuentra fragmentada y desfasada, conforme nos muestran los datos de esta investigación.

El Cáncer merece por parte de nuestro gobierno una atención especial entre las políticas de salud, por utilizar grandes inversiones en investigación y altos costos en los tratamientos. A pesar de esto, se mantienen altas tasas de morbi-mortalidad, por más que pueda ser posible la prevención y el control. Dentro de las estadísticas epidemiológicas nacionales¹², encontramos un alto índice de neoplasias, lo que justifica la preocupación sobre la formación de los profesionales de la salud para actuar en la prevención y control del cáncer.

A pesar de las dificultades mencionadas por las escuelas, todas presentaron iniciativas que favorecen el aprendizaje académico, siendo la coyuntura, enseñanza - asistencia – investigación, fundamental para la problemática del ejercicio de cuidar y enseñar, mejorando la calidad del tratamiento de la enfermería.

HOMBRES				
Localización Primaria Neoplasia maligna	Estimativa de los Nuevos Casos			
	Estado		Capital	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta
Traquea, Bronquio y Pulmón	2.270	30,45	1.230	41,48
Estómago	1.480	19,81	590	19,86
Próstata	5.860	78,53	3.010	101,00
Colon y Recto	750	10,08	1.050	35,34
Esófago	790	10,61	280	9,51
Leucemias	570	7,66	270	9,01
Cavidad Oral	1.510	20,22	670	22,44
Piel Melanoma	250	3,40	150	5,22
Otras Localizaciones	8.430	112,98	3.270	110,04
Subtotal	21.910	293,65	10.520	354,03

¹² como muestran las tablas 7 y 8

Piel no Melanoma	5.230	70,12	2.330	78,47
Todas las neoplasias	27.140	363,80	12.850	432,53

Nota. Fuente: MS/INCA (2007)

Tabla 11: Estimativas de Cáncer en el Estado de Río de Janeiro y Capital - 2006

Estimativas para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 y del número de nuevos casos por cáncer, en hombres, según localización primaria. Estado de Río de Janeiro/ Brasil.

MUJERES				
Localización Primaria Neoplasia maligna	Estimativa de los Nuevos Casos			
	Estado		Capital	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta
Mama Femenina	7.850	96,95	4.330	128,68
Traquea, Bronquio y Pulmón	1.190	14,70	660	19,66
Estómago	940	11,55	450	13,30
Cuello de Útero	2.160	26,64	890	26,49
Colon y Recto	2.110	25,93	1.280	38,09
Esófago	270	3,39	90	2,80
Leucemias	450	5,53	230	6,88
Cavidad Oral	540	6,71	250	7,51
Piel Melanoma	260	3,20	160	4,64
Otras Localizaciones	8.500	104,94	4.910	146,02
Subtotal	24.270	299,63	13.250	394,05
Piel no Melanoma	6.070	74,91	2.550	75,79
Todas las Neoplasias	30.340	374,32	15.800	469,84

Nota. Fuente: MS/INCA (2007)

Tabla 12: Estimativas de Cáncer en el Estado de Río de Janeiro y Capital - 2006

Estimativas para el año 2006 de las tasas brutas de incidencia por 100.000 y del número de nuevos casos por cáncer, en mujeres, según localización primaria. Estado de Río de Janeiro/ Brasil

5.3. La Investigacion

Con el objetivo de pulir la Enseñanza de la Enfermería Oncológica en las Escuelas del Estado de Río de Janeiro, fue aplicado un cuestionario autorizando conocer la estructura de la enseñanza desarrollada en las referidas escuelas preparatorias de profesionales enfermeros.

Del análisis estadístico de este instrumento fueron seleccionados los aspectos más importantes para la relevancia del estudio:

- población alba: las Escuelas de Enfermería del Estado de Rio de Janeiro;
- períodos analizados: los años 2004 y 2006 ;
- modalidad: cuestionario con preguntas abiertas y cerradas;
- total de cuestionarios distribuidos: 64 en las 23 Escuelas existentes en el Estado de Rio de Janeiro;
- total de facultades que respondieron los cuestionarios : 20
- total de cuestionarios respondidos por *campi* : 30

El desarrollo de esta fase se realizó en dos etapas:

1ª etapa: Muestra seleccionada - El Estado de Rio de Janeiro

2ª etapa: Análisis de los cuestionarios contestados por aglutinado de disciplinas impartidas en las escuelas seleccionadas.

El cuestionario es el instrumento más utilizado cuando es preciso estudiar y obtener informaciones objetivas en relación a un grupo social seleccionado.

Richardson (1999), señala que generalmente los cuestionarios cumplen por lo menos dos funciones: describir las características y medir determinadas variables de un grupo social, “Informa que de acuerdo con el tipo de pregunta, los cuestionarios pueden ser clasificados en tres categorías: cuestionarios de preguntas cerradas: cuestionarios de preguntas abiertas: y cuestionarios que combinan ambos tipos de preguntas”. (p. 143)

Como todo instrumento de medida este también tiene sus ventajas y desventajas, tanto en relación a las preguntas cerradas como a las abiertas. Por eso tenemos que estar bien preparados para equilibrar estas dos situaciones durante su estructuración.

Durante la aplicación del cuestionario existen métodos que son más seguros, como por ejemplo el contacto directo, ocasión en que las respuestas son obtenidas inmediatamente. Este método de contacto directo nos dio una respuesta positiva, abarcando una mayor cantidad de preguntas contestadas y al mismo tiempo se tuvo la oportunidad de discutir los objetivos de la investigación, esclareciendo las dudas existentes en relación al sondeo con los profesores que dan clases relacionadas con oncología.

El contacto directo facilita el acceso rápido a los cuestionarios contestados, aunque el anonimato facilita mayor libertad en las respuestas, dependiendo del tiempo ofrecido a los profesores, las respuestas son más reflexivas y la tabulación hecha con mayor facilidad.

El cuestionario proporcionó limitaciones, siendo las más comunes: no obtener el total de las respuestas, dar margen a la introducción de algunos sesgos interpretativos, ya que no siempre las respuestas corresponden a la realidad y porque pueden estar vinculadas a factores personales, como por ejemplo el emocional, que provoca una situación de conflicto.

Al analizar los datos en líneas generales, seguimos las orientaciones de Goldenberg (1998) que considera que el método cualitativo simplifica la investigación en el mundo social, pudiendo enumerar los fenómenos ocurridos, a pesar de que este tipo de abordaje puede resaltar o atraer prejuicios en el momento de su comprensión debido al rigor de sus aspectos matemáticos. Esta autora cree que:

Hay una interdependencia entre los aspectos cuantitativos y la vivencia de la realidad objetiva en lo cotidiano. La elección de trabajar con datos estadísticos o con un único grupo o individuo, o con ambos, depende de las cuestiones apuntadas y de los problemas que se quieren responder. (p. 64)

Con la intención de verificar los datos obtenidos en la aplicación del cuestionario que demuestran el grado en que se encuentra la enseñanza de la Enfermería Oncológica en el Estado de Rio de Janeiro, creemos que es

imprescindible conocer lo cotidiano de estas Instituciones, en relación a la enseñanza específicamente de oncología para los graduandos egresados de las escuelas de Enfermería de este Estado.

Según Minayo (1992) citando Gomes:

Sobre la fase del análisis de datos, apuntando tres finalidades para esa etapa: establecer una comprensión de los datos recogidos, confirmar o no las presuposiciones de la investigación y/o responder las cuestiones formuladas, y ampliar el conocimiento sobre el asunto investigado, articulándolo al contexto cultural del cual es parte. (p.69)

Las finalidades establecidas por el autor están de acuerdo con la intención que preconizamos para realizar este análisis de datos del presente estudio, procurando presentar los resultados, cada vez más próximos de la realidad del contexto actual que se presenta la enseñanza de la oncología en el Estado de Rio de Janeiro, y solamente un análisis fidedigno puede mostrarnos la real situación encontrada en estas Escuelas.

Para analizar la situación de esta enseñanza se presentan las tabulaciones de las respuestas a los cuestionarios aplicados.

El estado de Rio de Janeiro fue seleccionado para estudio por ser considerado de entre los demás estados brasileños, el mejor preparado para ofrecer asistencia oncológica, siendo el segundo estado que concentra el mayor número de Escuelas de Enfermería y donde se encuentra el Instituto de Referencia Nacional, Instituto Nacional de Cáncer (INCA) localizado en la Ciudad de Rio de Janeiro, capital del Estado.

A pesar del acentuado desarrollo tecnológico e industrial, este Estado cuenta con una población de catorce millones trecientos ochenta y siete mil doscientos veinticinco (14.387.225) habitantes distribuidos en noventa y dos municipios, de acuerdo con datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE 2004) conservando muchas características de principio de siglo, comunes a las grandes metrópolis con elevada concentración urbana.

La gran extensión territorial de Brasil, hace difícil la distribución igualitaria de asistencia médica a toda la población, en especial en el área oncológica, donde es constatado un gran número de morbi-mortalidad por cáncer.

La selección de la muestra fue hecha con la intención de simplificar al máximo esta encuesta, intentando obtener respuestas objetivas. Como el país está constituido por veintiseis estados y un distrito federal, trabajamos con un solo estado, de no ser así no tendríamos respuestas fidedignas en tiempo hábil para la conclusión de este estudio. Brasil será visualizado en el mapa 2 y podremos así localizar el Estado al cual nos referimos.



FUENTE: Universidad de Londrina 2003

Mapa 2: Brasil - Estados

5.4. Respuestas y Comentarios de los Cuestionarios:

Sobre la Actualización de la Enseñanza de la Oncología en las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería del Estado de Río de Janeiro – Brasil

Fueron enviados cuestionarios a veintitrés Instituciones Escolares Superiores de Enfermería del Estado de Río de Janeiro, de las que veinte facultades (87%) contestaron a través de cuestionarios, referentes a los treinta *campi* que abordan el contenido de oncología en las varias disciplinas de sus actividades didácticas, conforme muestra el cuadro 1.

Instituciones de Enseñanza	Nº de Cuestionarios
1- Centro Universitario Augusto Motta - UNISUAM	1
2- Centro Universitario Celso Lisboa	1
3- Centro Universitario de Volta Redonda - UNIFOA	1
4- Escuela de Enfermería de la Fundación Técnico Educacional Souza Marques – EEFTESM	1
5- Facultad Arthur Sá Earp Neto -FASE	1
6-Facultad Bezerra de Araujo	1
7-Facultad de Enfermería Luiza de Marillac FELM	1
8-Facultades Unificadas Serra dos Órgãos	1
9-Universidad de Barra Mansa –UBM	1
10-Universidad del Estado de Río de Janeiro - UERJ	1
11-Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro – UNIRIO	2
12- Universidad de Grande Río – UNIGRANRIO	2
13-Universidad Estación de Sá – UNESA	8
14-Universidad Federal de Río de Janeiro – UFRJ	1
15-Universidad Federal Fluminense – UFF	1
16- Universidad Iguazú – UNIG	1
17-Universidad Salgado de Oliveira	1
18-Universidad Severino Sombra – USS	1
19-Universidad Veiga de Almeida- UVA	1
20-Universidad/Facultad/Escuela Plínio Leite –UNIPLIN	2
Total de Cuestionarios Respondidos	30

Cuadro 1: Instituciones Escolares Superiores de Enfermería del Estado de Río de Janeiro - Brasil

El contenido del cuestionario se compone de las siguientes preguntas y respuestas:

1 – ¿El currículo de su Escuela incluye contenido de Enfermería Oncológica?

Si

No

Las Universidades que contemplan el contenido de Enfermería Oncológica se dividirán entre los treinta *campi*, hubo veintiocho afirmativas y dos negativas, como podemos observar el grafico 1.

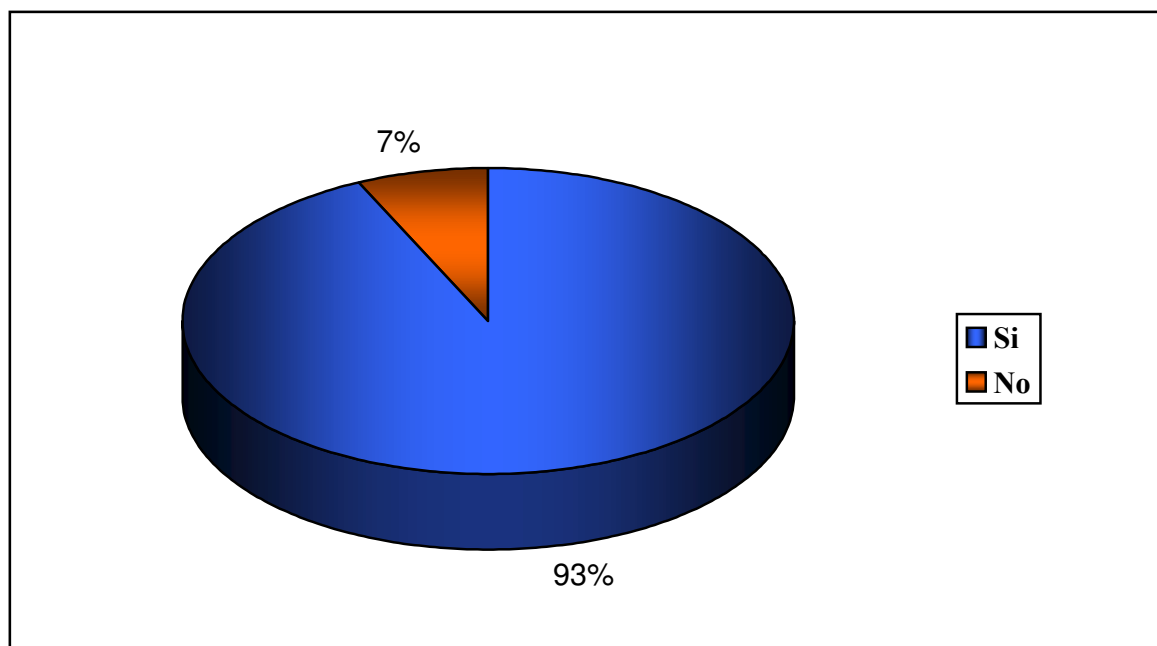


Gráfico 1: Respuestas de las Universidades que incluyen el contenido de Enfermería Oncológica

De las veinte facultades que respondieron el cuestionario, todas informaron que desarrollan el contenido educativo de forma variada respecto a los treinta *campi* el contenido de oncología referente al plan de estudios de cada escuela. En esta primera respuesta verificamos que las afirmativas están dentro de la ley actual que rige el ejercicio de la enfermería.(Ley 9.131, 1995)

Esta ley es bien clara al señalar que los contenidos curriculares y las habilidades a ser adquiridas durante la formación de los graduandos está directamente relacionada con las enfermedades prevalentes y prioritarias de la

población brasileña, conforme presenta el cuadro epidemiológico del país o de la región.

Por lo tanto, no consideramos necesario recordar a las escuelas sus competencias y contribuciones efectivas en la inserción de la enseñanza de la oncología en sus contenidos curriculares de una forma más concreta y no tan dispersa como ocurre en la mayoría de las escuelas del Estado de Río de Janeiro, ya que somos conocedores de que estadísticamente las estimativas de nuevos casos de cánceres en este Estado son muy elevadas, conforme muestran las tablas 11 y 12.

2. ¿Cómo se incluye el contenido de enfermería oncológica?

- a-() Charlas informales u ocasionales.
- b-() Clases separadas ministradas en el conjunto del contenido programático de la(s) disciplina(s).
- c-() Conjunto de clases organizadas en secuencia, para constituir una unidad programática, articulada y/o integrada entre las diversas disciplinas.
- d-() Una disciplina específica.
- e-() Una disciplina integrada.
- f-() PIDAAC.
- g-() Otras modalidades de enseñanza:
- h-() Sin respuesta

Universidades	Modalidades	Nº de <i>Campus</i>
1- Centro Universitario Augusto Motta -UNISUAM	b-clase separada	1
2-Centro Universitario Celso Lisboa	c-conjunto de clases	1
3- Centro Universitario de Volta Redonda – UNIFOA	b-clase separada	1
4- Escuela de Enfermería de la Fundación Técnico Educacional Souza Marques – EEFTESM	d-una disciplina específica	1
5- Facultad Arthur Sá Earp Neto – FASE	g-otras modalidades de enseñanza	1
6- Facultad Bezerra de Araújo	e-una disciplina integrada	1
7- Facultad de Enfermería Luiza de Marillac – FELM	e-una disciplina integrada	1

8- Facultades Unificadas Serrados Rogaos	b-clase separada	1
9- Universidad de Barra Mansa – UBM	b-clase separada c-conjunto de clases f-PIDAAC g-otros modalidades de enseñanza	1 * este <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades a, b, c y d, al lado mencionadas
10- Universidad del Estado de Río de Janeiro – UERJ	c-conjunto de clases	1
11- Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro – UNIRIO	b- clase separada d- en una disciplina específica e- en una disciplina integrada g- otras modalidades de enseñanza	2 * 1 <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades a, b, c y d, al lado mencionadas. ** 1 <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades b, c y d, al lado mencionadas.
12- Universidad de Grande Río – UNIGRANRIO	c- conjunto de clases h- sin respuesta	4 * 1 <i>campus</i> respondió 2 veces que se ofrece a través de la modalidad a, al lado mencionada. ** 1 <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de la modalidad b, al lado mencionada. *** 1 <i>campus</i> no respondió.
13-Universidad Estación de Sá - UNESA	a- charlas informales b- clases separadas c- conjunto de clases d- una disciplina específica e- una disciplina integrada g- otros modalidades de enseñanza	8 * Estos 2 <i>campi</i> respondieron que se ofrece a través de las modalidades a, b, c,

		d, e y f, al lado mencionadas. ** Estos 4 <i>campi</i> respondieron que se ofrece a través de las modalidades b y e, al lado mencionadas. *** Este <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades a, b y f, al lado mencionadas. **** Este <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades c y e, al lado mencionadas.
14- Universidad Federal de Rio de Janeiro – UFRJ	c- conjunto de clases	1
15- Universidad Federal Fluminense – UFF	a- charlas informales b- clases separadas d- una disciplina específica	1 * Este <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades a, b y c, al lado mencionadas.
16- Universidad Iguaçu – UNIG	b- clases separadas	1
17-Universidad Salgado de Oliveira	b- clases separadas	1
18-Universidad Severino Sombra – USS	b- clases separadas	1
19-Universidad Veiga de Almeida-UVA	a- charlas informales c- conjunto de clases e- una disciplina integrada	1 * Este <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades a, b y c, al lado mencionadas.
20- Universidad/Facultad/ Escuela Plínio Leite- UNIPLIN	c- conjunto de clases g- otros modalidades de enseñanza	1 *este <i>campus</i> respondió que se ofrece a través de las modalidades a y b, al lado mencionadas.

Cuadro 2: Universidades que incluyen el contenido de enfermería oncológica según las modalidades y número de *campus* en el Estado de Río de Janeiro - Brasil

Modalidades de Clases	Cantidad de Universidades
Charlas Informales	3
Clases Separadas	12
Conjunto de Clases	9
Una Disciplina Específica	7
Una Disciplina Integrada	6
PIDAAC	1
Otros	7
Sin Respuestas	1
Total	46

Cuadro 3: Diferentes modalidades de la inserción del contenido de enfermería oncológica y la cantidad de respuestas obtenidas por las Universidades del Estado de Río de Janeiro

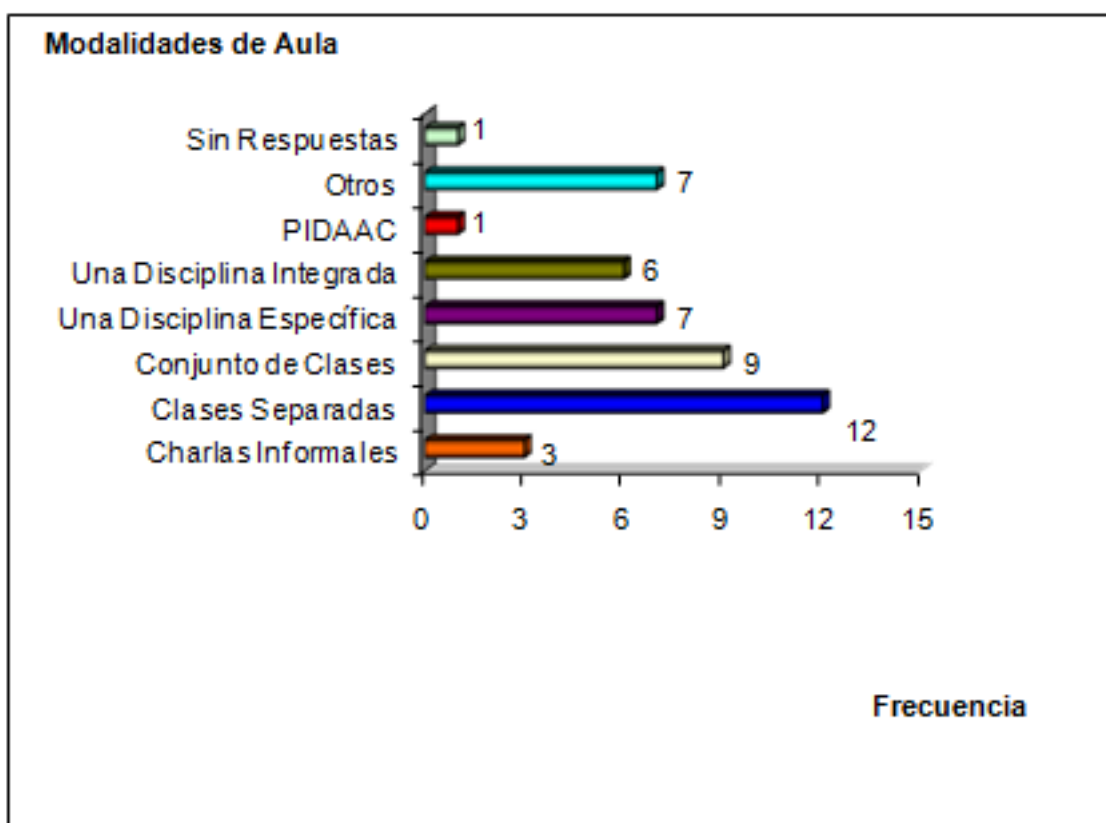


Gráfico 2: Modalidades de inserción del contenido de enfermería oncológica

Las facultades, en su mayoría, respondieron que el contenido de oncología es incluido en forma de clases separadas, ministradas en el conjunto del contenido programático de la(s) disciplina(s). El contenido a seguir aparece

incluido en el conjunto de clases organizadas secuencialmente, de forma que constituye una unidad programática articulada o integrada entre las diversas disciplinas que no contemplan directamente otros contenidos. Es el caso de la oncología, que se aborda como una disciplina específica o integrada en otras modalidades de enseñanza, como muestra el grafico 2.

De forma parcial se incluye el contenido de oncología, demostrando la fragilidad del ofrecimiento de este tipo de conocimientos a los alumnos en estas escuelas. Este método utilizado en las Instituciones analizadas, muestra diferencias con las ideas de algunos estudiosos frente a este estilo de enseñanza, por ejemplo Sacristán y Gómez (2000), cuando afirman que:

Un contenido pasa a ser valioso y legítimo cuando encuentra el aval social de los que tienen poder para determinar su validez; por eso, la fuente del currículo se encuentra en la propia cultura que emana de una determinada sociedad. Estos son criterios preciosos cuando consideramos que la selección del contenido curricular debe ser hecha en función de los criterios psicopedagógicos, pero también tenemos que considerar las necesidades reales de los individuos que viven en una determinada sociedad. (p. 179)

Por este motivo, tanto la población brasileña como los enfermeros formados por estas escuelas se encuentran en desventaja.

A partir del momento en que no estamos ofreciendo competencias a las escuelas, para que los enfermeros actúen en este área, no tendremos profesionales preparados para atender a la población enferma de cáncer. Naturalmente, en su futuro mundo de trabajo, no van a estar preparados para atender a una gran parcela de población carente de cuidados especiales, tanto en la prevención y diagnóstico precoz o rehabilitación, como probablemente para la cura del cáncer. Observamos que existe un campo enorme de trabajo para esos enfermeros en todo el territorio nacional y constatamos que la escasez de esos profesionales para atender la población es inmensa.

La oferta de trabajo específico dentro de la oncología está siendo mucho mayor que la preparación que las escuelas están ofreciendo a los alumnos egresados. Salvo, los esfuerzos realizados por los pocos cursos de Especialización en Enfermería Oncológica existentes en el país que están preparando enfermeros para actuar en este área. Es imprescindible entonces, que el enfermero graduado se vea obligado a hacer un postgrado.

La educación básica debe ser cada vez más sólida para que el profesional enfrente procesos más complejos y cambiantes, sin dejar de resaltar la importancia que tiene la formación del enfermero general, tal como difunde nuestra legislación.

Por lo tanto, la existencia de estas lagunas en los contenidos curriculares, hace con que los egresados transiten caminos variados para conquistar una enfermería especializada y cualificada como es el caso de la formación en oncología.

2.a. ¿Cuál (es) la(s) disciplina(s) que ministra(n) el contenido de Enfermería Oncológica?

DISCIPLINAS	CANTIDAD
1- Administración a Distancia en Enfermería	1
2- Asistencia de Enfermería para Adultos y Ancianos	12
3- Biología Molecular	1
4- Enfermería Quirúrgica	4
5- Enfermería Clínica	3
6- Enfermería en Clínica Médica	1
7- Enfermería en Enfermedades Transmisibles	1
8- Enfermería en Salud Colectiva I y II	6
9- Enfermería en Unidades Especiales	2
10- Enfermería Especializada I	2
11- Enfermería Gineco-obstetricia	3
12- Enfermería Médica	3
13- Enfermería Médico-quirúrgica	3
14- Enfermería en la salud del Niño	8
15- Enfermería en la salud de la Mujer	14
16- Enfermería en el Cuidado al enfermo en atención domiciliar	3
17- Enfermería en el Cuidado al enfermo Inmunodeprimido	2
18- Enfermería en el Cuidado Oncológico	9
19- Enfermería Pediátrica y neonatal	3
20- Enfermería, Oncología y Mujer	1
21- Práctica Curricular I y II	3
22- Práctica Supervisada en la salud de la Mujer	3
23- Ética y Bioética	1
24- Procesos Patológicos Generales	5
25- Salud Integral del Niño y del Adolescente	2
26- Salud Integral de la Mujer	1
27- Sub-área Salud del Niño	2
28- Sub-área Salud de la Mujer	2
29- Sub-área Salud del Adolescente, del Adulto, del Anciano I y II	2
TOTAL DE DISCIPLINAS EN LOS 30 CAMPI	102

:

Cuadro 4: Disciplina(s) que imparte(n) el contenido de Enfermería Oncológica

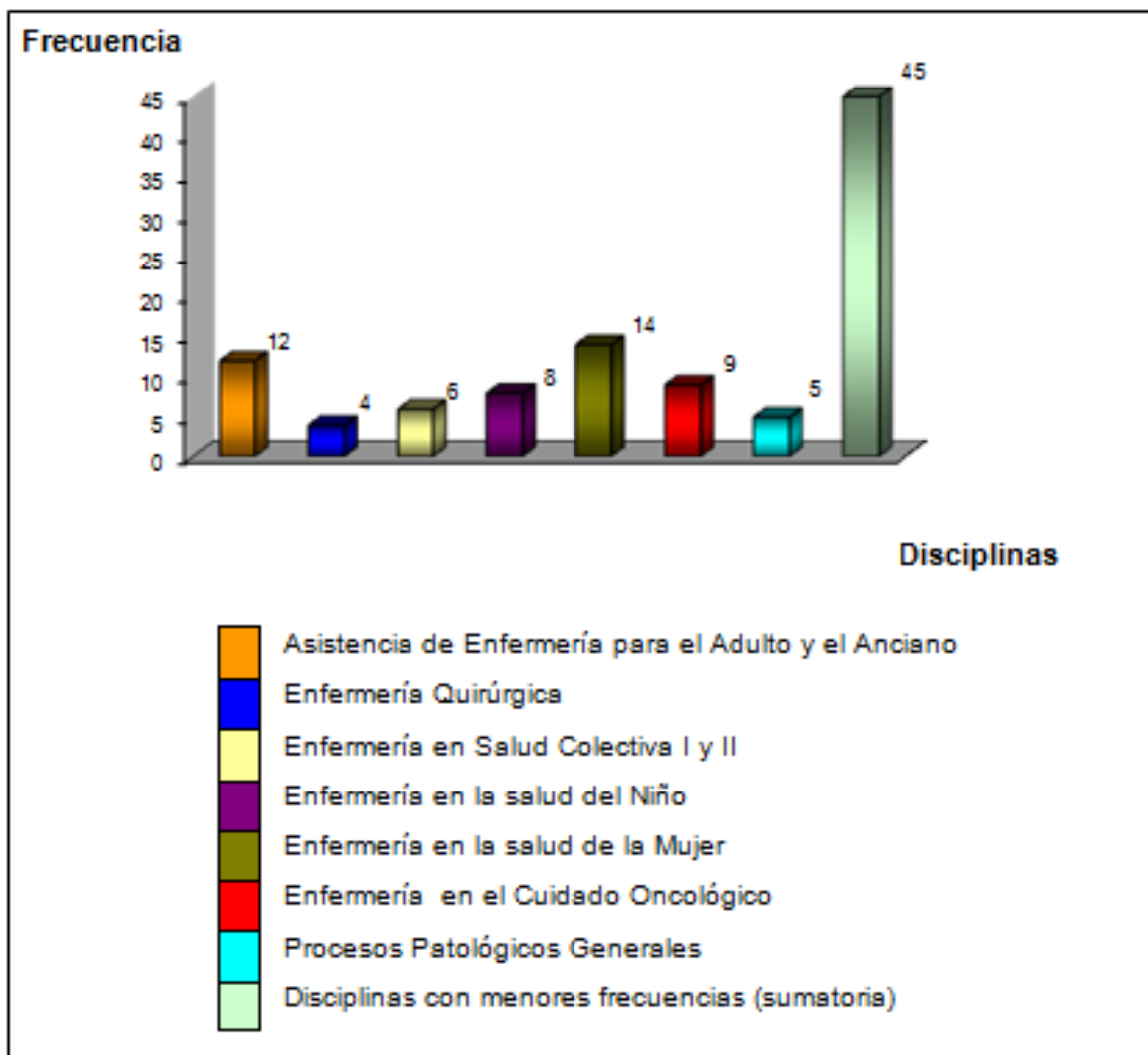


Gráfico 3: Disciplinas que imparten el contenido de Enfermería Oncológica

Se puede observar que la enseñanza de la Enfermería Oncológica se distribuye en varias áreas conforme denominación en las diversas escuelas investigadas y al mismo tiempo se destaca en algunas disciplinas ofrecidas en los currículos de estas escuelas.

Así, podemos percibir que aparece más enfatizado el aprendizaje sobre oncología en algunas especialidades como, por ejemplo, en la Enfermería para la Salud de la Mujer, a seguir en la Asistencia de Enfermería en el Adulto y en el Anciano, la Enfermería en el Cuidado Oncológico, la Enfermería en la salud del Niño, la Enfermería en Salud Colectiva I y II, en los Procesos Patológicos Generales y por último en la Enfermería Quirúrgica. Obsérvese el gráfico 3.

Estas disciplinas en su mayoría son obligatorias e incluidas en los planes de estudio, pero su inconsistencia en el contexto aplicado, no alcanza la necesidad de mantener informados estos alumnos y listos para atender a la generosa porción de ciudadanos afectados por cáncer.

Aprovechando los datos obtenidos, procuramos compararlos con los argumentos de algunos estudiosos en el tema, así buscamos el análisis de Freire (1997) cuando nos pregunta el porqué no es discutida con los alumnos la realidad concreta asociada a la disciplina cuyo contenido se enseña. ¿Por qué no establecer una necesaria intimidad entre el conocimiento curricular fundamental, los alumnos y la experiencia social que tienen como individuos?

Es notorio que cada Escuela coloca su contenido curricular como le conviene, sin importarles mantener una línea de enseñanza equivalente a nuestras legislaciones y a nuestra sociedad. Enseñar varios contenidos mezclados en varias disciplinas al mismo tiempo, decisivamente proyecta al alumno a un futuro incierto e inseguro.

2b - ¿Cuál es la carga horaria teórica y/o práctica dedicada a la(s) disciplina(s) que imparta(n) el contenido de Enfermería Oncológica en su Escuela?

Disciplinas:

Teórica	Práctica	Carga Horaria
.....		
.....		

La carga teórica (h) presentada por las cincuenta y una disciplinas mencionadas por las Escuelas, varían desde tres horas a ciento cincuenta.

Presentaremos separadamente bajo la forma de tablas los resultados obtenidos de las Instituciones, entre la carga horaria teórica y la carga horaria práctica y subsecuentemente las disciplinas que impartan el contenido de Oncología.

Procedemos entonces a la formación de 3 estratos siguientes:

- Disciplinas con carga horaria menores de 30 horas (n= 14)

- Disciplinas con carga horaria entre 30 hasta 60 horas inclusive (n= 27)
- Disciplinas con carga horaria arriba de 60 horas (n= 10)

La tabla 13 presenta los datos relativos a la carga horaria teórica.

Carga Horaria Teórica(H)	Frecuencias	%
< 30	14	27,0
30__60	27	53,0
>60	10	20,0
Total	51	100,0

Tabla 13: Carga Horaria Teórica (h) y su distribución de frecuencia

Podemos verificar que hay una concentración más elevada para el período de 30 horas a 60 horas. Para mejor visualizar este dato, vamos a plasmar la referida distribución de carga horaria teórica, con énfasis en 30-60 horas en el gráfico 4 que expresa los datos referentes a los porcentajes de los 3 estratos.

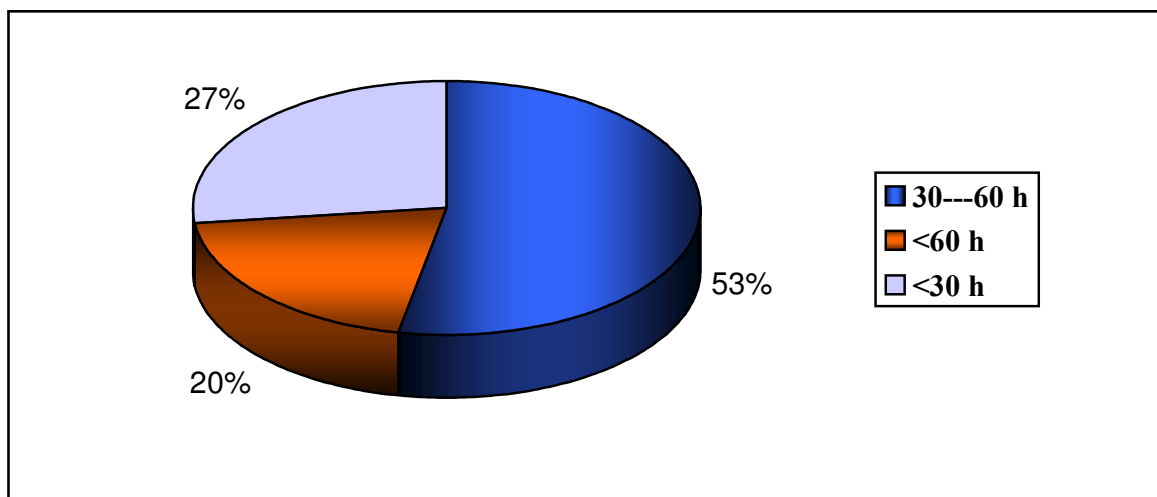


Gráfico 4: Porcentajes referentes a los Estratos Formados. Carga horaria teórica.

En la tabla 13 y 14, tenemos los datos relativos a la distribución de la carga horaria teorica y práctica con respectivas frecuencias de porcentajes.

Carga Horaria Práctica (h)	Frecuencia	%
< 30	13	36,0
30 _____ 60	17	47,0
>60	6	17,0
Total	36	100,0

Tabla 14: Carga horaria práctica (h) y respectivas frecuencias

Hay también en la carga horaria práctica, conforme gráfico 5, mayor concentración de frecuencias en el período de 30—60 horas, aunque no tan evidente como en la carga horaria teórica, conforme gráfico 4.

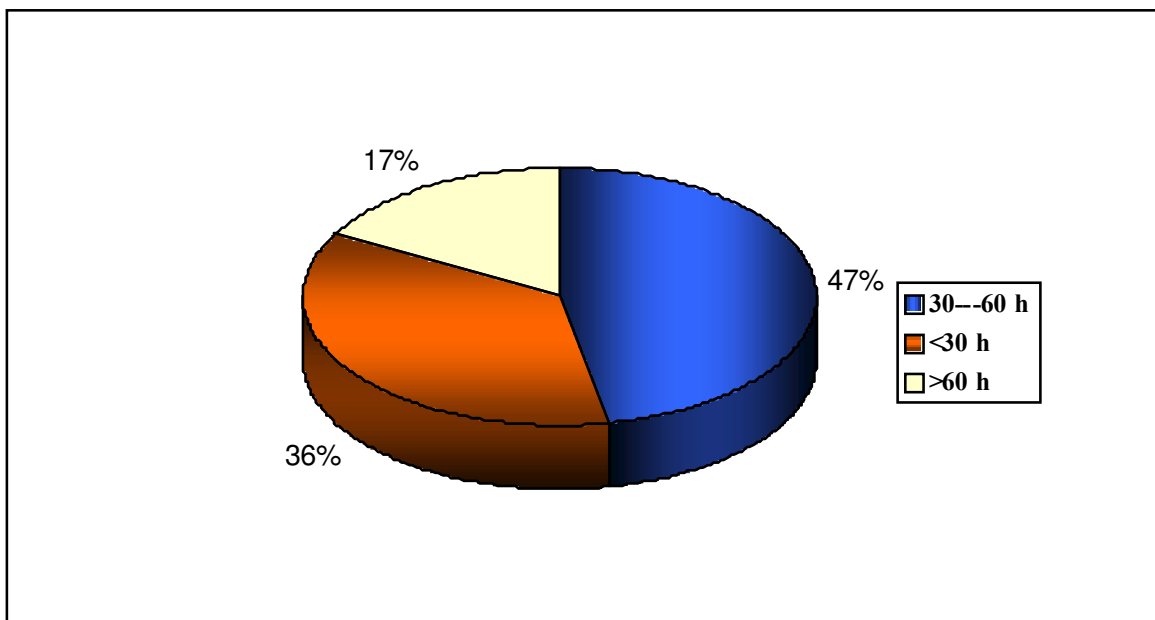


Gráfico 5: Porcentajes referentes a los estratos formados. Carga horaria práctica.

De las setenta disciplinas presentadas por las veinte Escuelas de Enfermería, diecisiete (25%) no contemplan carga horaria teórica, mientras que treinta y una (45%) no presentan carga horaria práctica.

Las tres Escuelas relatan que existe carga horaria VARIABLE para algunas disciplinas, enfatizando que apenas una cita la existencia de VISITAS.

Considerando las informaciones sobre carga horaria teórica y práctica, presentadas por las veinte escuelas que componen nuestra población-estudio, procedemos a la formación de tres grupos:

- Instituciones Escolares Superiores de Enfermería Federales y Estatales Públicas;
- Instituciones Escolares Superiores de Enfermería Particulares - Grande Río;
- Instituciones Escolares Superiores de Enfermería Particulares – Interior.

Continuamos entonces respondiendo la cuestión 2b y presentamos la Tabla 13, que demuestra los datos de los referidos grupos, expresando los valores mínimos y máximos de carga horaria teórica y práctica, conforme informaciones recibidas de estas Escuelas. Observe la tabla 15.

Instituciones Escolares Superiores de Enfermería	Carga horária teórica (H)	Carga horária práctica (H)
Escuelas Públicas		
Universidad Estatal de Río de Janeiro	5 – 88	---
Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro	10-30	Variable
Universidad Federal de Río de Janeiro	30-40	Variable
Universidad Federal Fluminense	30-40	Variable
Particulares – Grande Río		

Centro Universitario Augusto Motta	Variable	---
Centro Universitario Celso Lisboa	30-80	---
Escuela de Enfermería de la Fundación Técnica Educacional Souza Marques	45	18-54
Facultad Bezerra de Araújo	54-72	40
Facultades de Enfermería Luiza de Marillac	---	20
Universidad de Grande Rio	15-20	40-84
Universidad Estácio de Sá	40-60	60-160
Universidad Iguazú	40-140	45
Universidad Salgado de Oliveira	45	60
Universidad Veiga de Almeida	60	50-150
Universidad/Facultad/Escuela Plínio Leite	50-150	3-32
Particulares- Interiores		
Centro Universitario Volta Redonda	3-50	Variable
Facultades Unificadas Serra dos Órgãos	Variable	3-45
Universidad de Barra Mansa	5-9	-----
Universidad Severino Sombra	90	5
Facultad Arthur Sá Earp Neto/Petrópolis	10	----

Tabla 15: Carga horaria teórica y práctica, según los 3 grupos formados.

Verificamos que:

- Los límites para carga horaria teórica y práctica de las Escuelas Públicas, están en torno de 3 horas a 88 horas;
- Los límites de carga horaria teórica y práctica para las Escuelas Particulares de Grande – Río se sitúan entre 15 horas y 150 horas, o sea, el grupo con los más elevados valores;
- Finalmente, los límites de carga horaria teórica y práctica, en las Escuelas Particulares del Interior, con valores entre 3 horas y 90 horas, son bastantes semejantes al 1º grupo de las Facultades Públicas Federales y Estatales.

Ya en esta cuestión, es evidente que la enseñanza de la oncología se encuentra acoplada a las diferentes disciplinas con carga horaria irrelevante para tal enfermedad de elevada incidencia entre nuestra población.

La distribución de carga horaria demuestra la deficiente preparación ofrecida por las Escuelas de este Estado en la formación del enfermero egresado y también comprueba que permanece en la enseñanza general sin dar énfasis a las prioridades sociales referentes al área de la salud, aunque la propuesta preconizada por la actual legislación que rige la enseñanza de enfermería, citada en varios de sus artículos, es que se de una atención especial a la formación de profesionales capaces de atender las necesidades predominantemente epidemiológicas nacionales o regionales en las áreas de prevención, diagnóstico precoz, promoción, asistencia a la salud y rehabilitación de la población.

Sacristán y Gómez (2000), describe que la teoría y la práctica didáctica poseen irrecusables componentes teológicos internacionales, que traspasan la naturaleza explicativa de las teorías de aprendizaje. Los autores finalizan diciendo que éste es un punto crucial para determinar la relación entre la teoría del aprendizaje y la enseñanza de la teoría.

3. ¿Cómo es desarrollada la práctica de Enfermería Oncológica? (señalar más de una opinión si es necesario).

() Prácticas en unidades específicas de atención a pacientes con cáncer (dispensario y/o unidades de hospitalización).

() Centros de salud.

() Prácticas en unidades generales donde eventualmente son ingresados pacientes con cáncer.

() Visitas a centros especializados en Oncología.

() Otros sectores específicos.

SECTORES DE ACTIVIDADES	CANTIDAD DE UNIVERSIDADES
Prácticas en Unidades Específicas de atención a pacientes con cáncer (dispensario y/o unidades	5

hospitalarias).	
Centros de Salud	11
Prácticas en Unidades Generales donde, eventualmente, son ingresados pacientes con cáncer.	18
Visitas en centros especializados en oncología	9
Otros sectores específicos.	4

Cuadro 5: Diferentes sectores que desarrollan actividades prácticas, seleccionadas por las Universidades

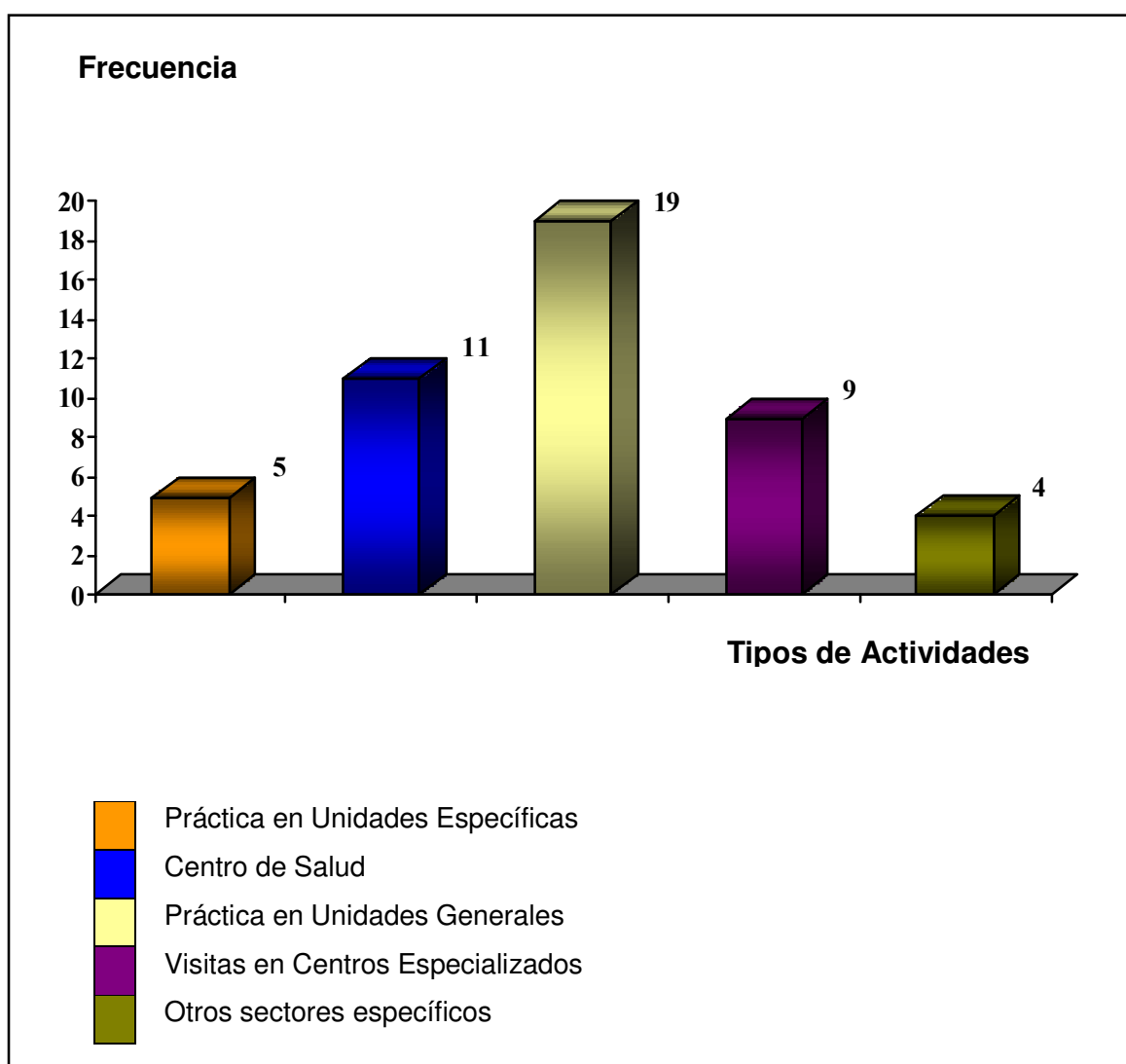


Grafico 6: sectores donde se desarrolla la práctica de la Enfermería Oncológica.

La práctica de Enfermería Oncológica se desarrolla en varios sectores conforme el grafico 6, la mayoría de las veces a través de prácticas en Unidades Generales donde eventualmente, son internados pacientes con cáncer, siendo entonces cuando el enfermero práctica y imparte cuidados a los pacientes oncológicos.

Más tarde estos graduandos actúan en los Centros de Salud, teniendo oportunidad de practicar y de ofrecer atención, naturalmente restringida a pacientes en fase de prevención y detección precoz del cáncer, como ocurre en los dispensarios de los Centros de Salud del Estado de Río de Janeiro, donde los enfermeros precisan realizar varios tipos de actividades prácticas referentes a oncología y no ser meros observadores.

La falta de prácticas en las escuelas acaba por provocar carencias formativas, o sea, una laguna que posteriormente no favorecerá la identificación en el interés formativo y consecuentemente, resultará en una deficiente formación dentro de su área de competencia.

Si las Escuelas se preocupasen en proporcionar a estos alumnos una enseñanza relacionada con la situación real de la oncología en el Estado, tendrían la oportunidad de formar profesionales para atender las diversas Instituciones que probablemente asistirán a los sesenta y siete mil sesenta nuevos casos estimados por el Ministerio de la Salud/INCA que serán pacientes de cáncer en el año de 2006, en el Estado de Río de Janeiro.

4 – ¿En qué áreas son desarrolladas las experiencias prácticas en Oncología?

Las respuestas están mejor contestadas conforme el cuadro 6.

Áreas Prácticas	Cantidad de Universidades
Promoción en Salud	21
Prevención y Detección Precoz del Cáncer	20
Tratamiento quirúrgico	15
Quimioterapia	7
Radioterapia	6
Oncología clínica	12
Rehabilitación	5

Cuidados Paliativos	7
Otros*	2
TOTAL	95

*No ocurre en la práctica

Cuadro 6. Áreas en que se desarrollan las experiencias prácticas de Oncología en las Universidades

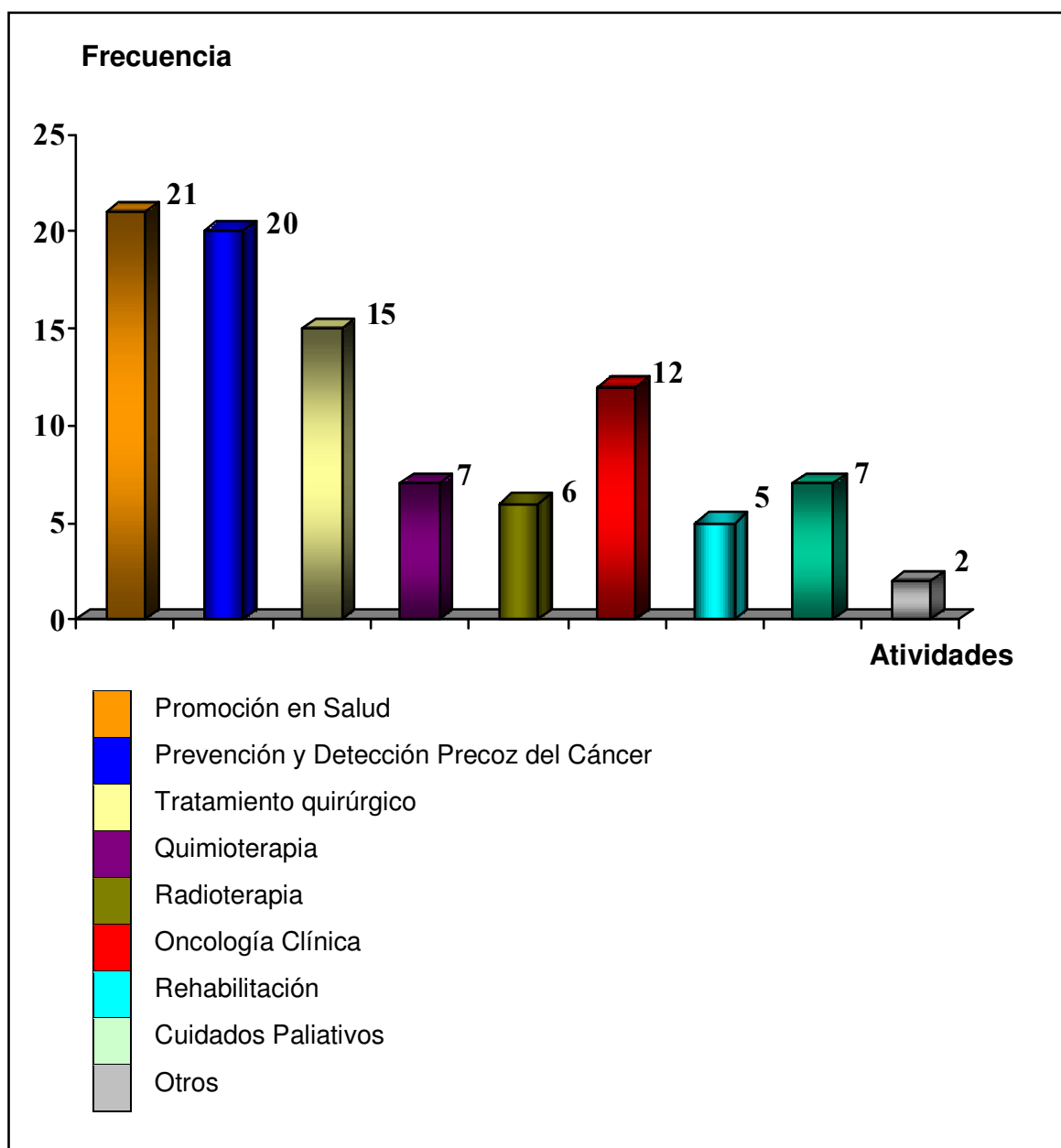


Grafico 7: Áreas de experiencia en las prácticas de Oncología.

Como respuesta predominante sobre la experiencia de prácticas entre las diversas Instituciones escolares, observamos: (grafico 7) la promoción de la salud, sigue la prevención y detección precoz del cáncer, el tratamiento quirúrgico, la oncología clínica, y además la práctica en quimioterapia y los cuidados paliativos, siendo las prácticas más desarrolladas durante el período escolar por estos alumnos.

En este momento vemos una incompatibilidad en algunos argumentos, ya que en realidad, en las respuestas de la pregunta 3 nos informan que los graduandos realizan sus prácticas en mayor escala dentro de Unidades Generales donde eventualmente, son ingresados pacientes con cáncer y luego aparece esta práctica como realizada en Centros de Salud donde realmente estos alumnos tienen condiciones, aunque precarias, de desempeñar las actividades de promoción en salud, prevención y detección precoz.

Sin embargo, esta es una práctica inadecuada e ineficaz para que un alumno egresado se sienta seguro para actuar como profesional. Este diagnóstico está respaldado por las variadas y escasas cargas horarias presentadas por las Escuelas y por el área en que estos alumnos actúan con prioridad.

Para basar mejor esta cuestión, nada mejor que lo que afirman aquí los análisis de Sacristán y Gómez (2000), cuando concluyen, diciendo que en este caso lo que importa no es lo que se dice que se hace, mas lo que verdaderamente se hace; los significados reales del currículo no son los planos ordenados, secuenciados, ni que se definan las intenciones, los objetivos concretos, los tópicos, las habilidades y valores, que decimos que los alumnos aprenderán, es la práctica real la que determina la experiencia del aprendizaje de los mismos. De esta forma, una vez más estamos respaldados para expresar sobre la ineficacia de las prácticas aplicadas a la oncología en estas escuelas.

5 – ¿En qué período(s) se presenta(n) el (los) contenido(s) de Oncología?
(Señalar más de una opción cuando sea necesario).

Período:

- () 1º () 3º () 5º () 7º
 () 2º () 4º () 6º () 8º

Observe el cuadro 7, donde destacamos los períodos que más presentan el contenido en oncología.

Periodo	Respuestas
1º	2
2º	1
3º	5
4º	5
5º	16
6º	22
7º	18
8º	13
9º	2

Cuadro 7: Períodos y respuestas de las Universidades

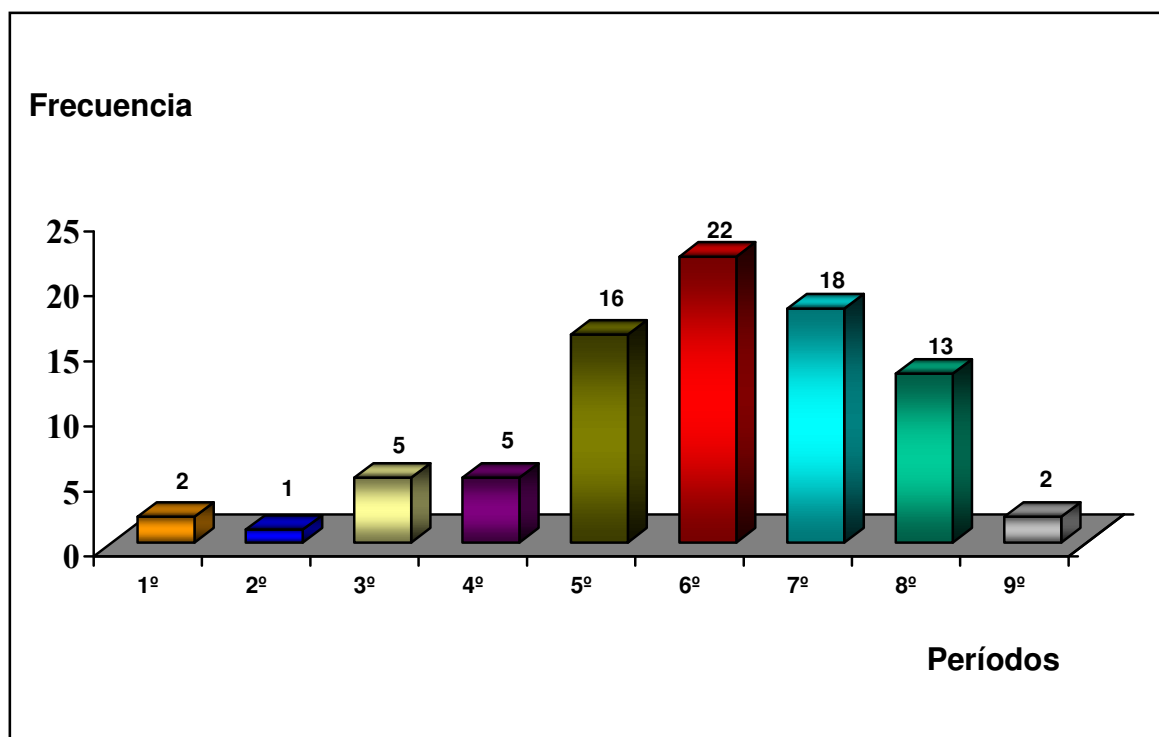


Grafico 8: Período(s) en que se imparte(n) el contenido(s) de Oncología

Existe un predominio de las Escuelas del Estado de Río de Janeiro que ofrecen el contenido de oncología en el 6º y 7º curso y luego en el 5º y 8º, como queda visto en el cuadro 7 y el gráfico 8.

Las disciplinas donde más aparecen las enseñanzas de oncología como en la Enfermería en la Salud de la Mujer, en la Asistencia de Enfermería en el Adulto y en el Anciano, en la Enfermería en el Cuidado Oncológico, en la Enfermería en la salud del Niño, en la Enfermería en Salud Colectiva I y II, en los Procesos Patológicos Generales y en la Enfermería Quirúrgica, que están integradas del 5º al 8º período, si fuesen adecuadamente impartidas sus enseñanzas como complemento al estudio de oncología, sería de gran valía para elevar la calidad formativa. Lamentablemente la oncología aparece siempre intercalada en las disciplinas oficiales de los currículos de estas instituciones escolares con una carga horaria insuficiente y realizada en sectores desconectados con la realidad que precisamos alcanzar, haciendo que los alumnos aguarden una nueva oportunidad para ampliar su aprendizaje en oncología.

Observamos, que en el escenario de posibles transformaciones curriculares, el análisis de Freire (1997) resulta oportuno cuando afirma que: la enseñanza debe ocurrir dentro de una educación crítica, radical, que no puede jamás prescindir de la percepción lúcida del cambio, porque inclusive revela la presencia de la intervención del ser humano en el mundo, haciéndole parte también de esta percepción lúcida, la naturaleza política e ideológica de nuestra posición independientemente si estamos conscientes o no de esto.

Considerando el análisis del autor, sabemos que tenemos que hacer posibles los cambios para mejorar el aprendizaje de nuestro alumnado.

6 – ¿Los docentes tienen conocimiento del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC)?

Entre los 30 *campi*, 17 respondieron afirmativamente, 11 respondieron negativamente y 2 no respondieron.

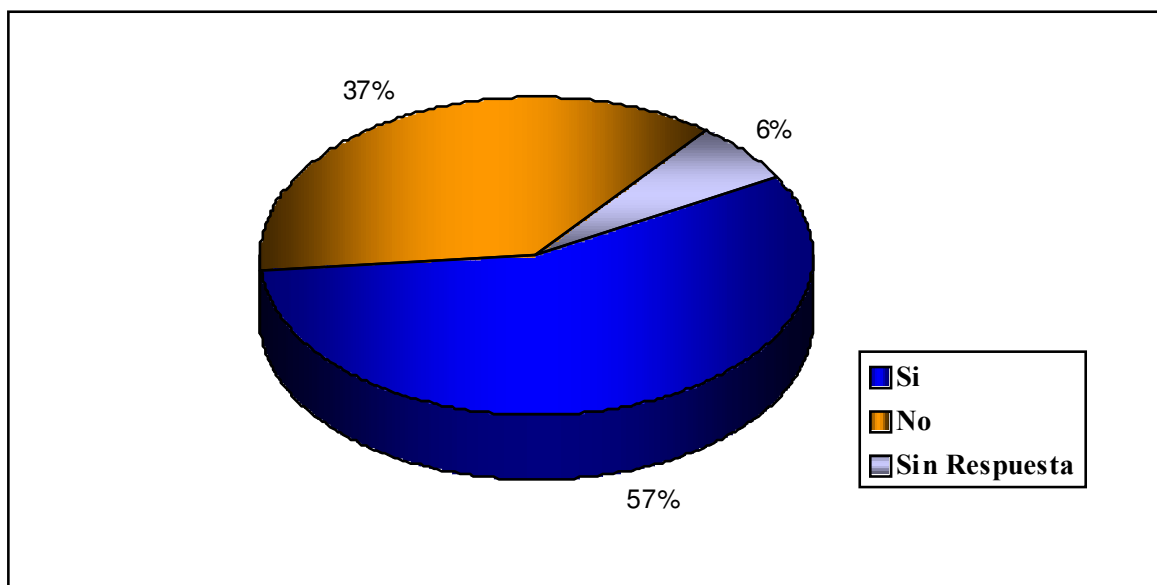


Grafico 9: Docentes que tienen conocimiento del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC)

Gran parte de los profesores tiene conocimiento de este Programa, ya que la mayoría de las escuelas participaron en el I Seminario Nacional, en la ciudad de Río de Janeiro en 1992, donde fue creado. Sin embargo la gran mayoría de las Escuelas no lo desarrolla, conforme grafico 9.

Este Programa es considerado una de las estrategias de la Política Nacional para el Control del Cáncer en Brasil, mas por haber poca articulación entre las Escuelas y el Instituto Nacional de Cáncer, responsable de este Programa, los objetivos no son alcanzados.

En esta línea de pensamiento Berger (1999) señala que los profesores profesionales y los profesionales profesores son un conjunto necesario. ¿Cómo hacer educación profesional sin los profesionales? El conjunto entre la Escuela y el mundo del trabajo es una necesidad para concretar el concepto de educación profesional. El proceso pedagógico debe ser simultáneo y articulado.

Por este motivo no podemos parar el Programa donde está en la actualidad. Debemos trabajar en conjunto con las veintitrés Escuelas que ofrecen el curso de Enfermería en el Estado de Río de Janeiro, y también en todo Brasil.

6a – En caso afirmativo ¿cuáles son los docentes que tienen conocimiento del PIDAAC?

Docentes que tienen conocimiento del PIDAAC	Cantidad Universidades
Solamente la dirección	9
Todos los docentes	1
Solamente los docentes del ciclo básico	2
Solamente los docentes del ciclo profesional	12
Sin respuesta	9

Cuadro 8: Docentes que tienen conocimiento del PIDAAC y cantidad de Universidades que respondieron

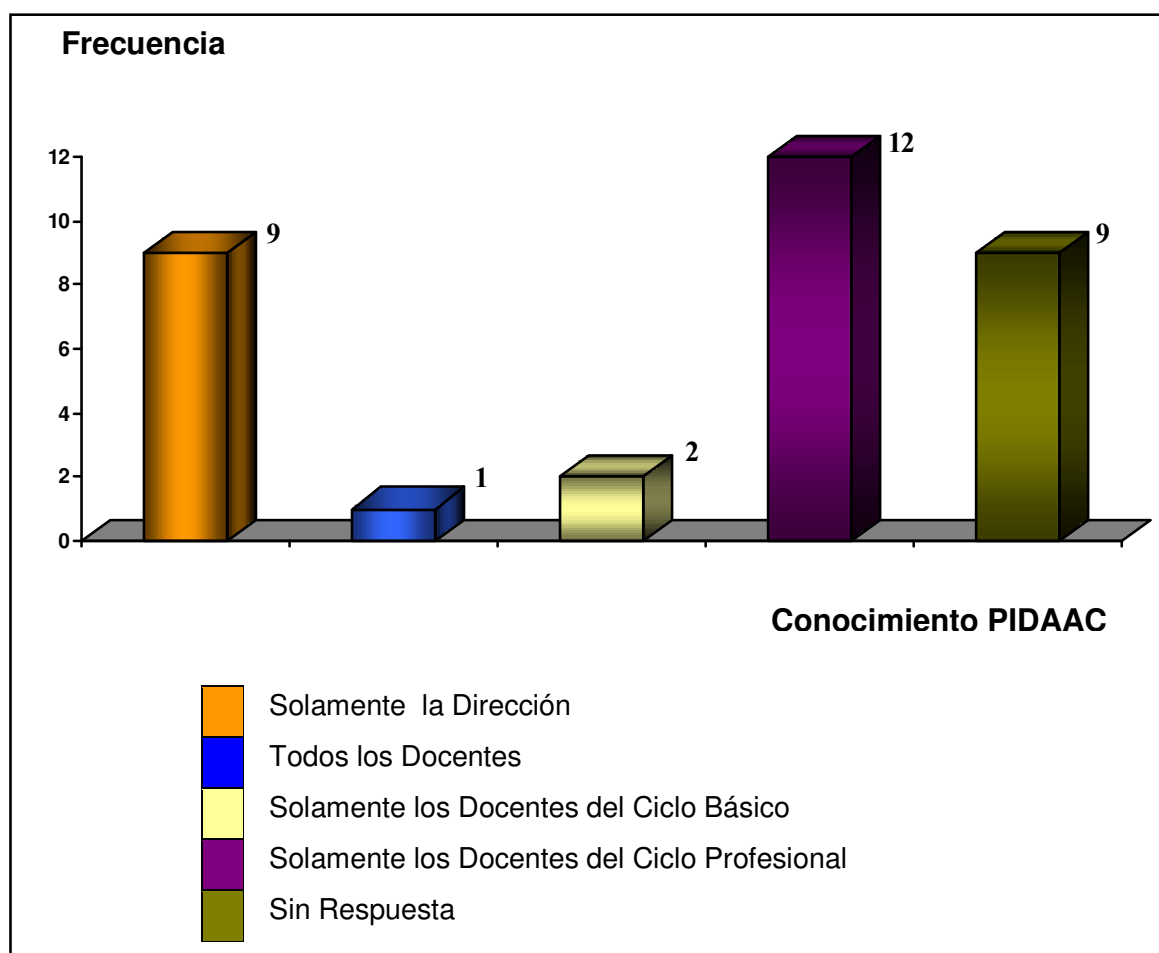


Grafico 10: Categorías Profesionales que conocen el PIDAAC

Los docentes del ciclo profesional de las Escuelas del Estado de Río de Janeiro son los que trabajan más directamente con las disciplinas que incluyen el contenido de oncología tal como es ofrecida en su currículo escolar, por eso la

superioridad es notoria entre ellos. El análisis de Berger (1999) explica que los profesores son principalmente, agentes de movilización, concedores del proceso de aprendizaje y por lo tanto, organizadores de este proceso y agentes de la sistematización de los aprendizajes realizados.

Por lo tanto, los profesionales que trabajan directamente con la docencia de la oncología en sus escuelas no preparados adecuadamente, son nuestros compañeros que actualmente reclaman la innovación dentro de un contexto preciso y naturalmente posible de crecimiento de la enseñanza de la oncología en las escuelas. Para comprender mejor el cuadro 8 y el gráfico 10 muestran que en su mayoría, los docentes del ciclo profesional tienen conocimiento del PIDAAC, así como, también la dirección de las Escuelas y no todos los docentes que Brasil precisa.

7 – ¿Existe integración entre enfermeros docentes y enfermeros asistenciales en las acciones de enseñanza de Oncología en la facultad?

Entre los 30 *campi*, 12 respondieron afirmativamente, 15 respondieron negativamente y 3 no respondieron, conforme el gráfico 11.

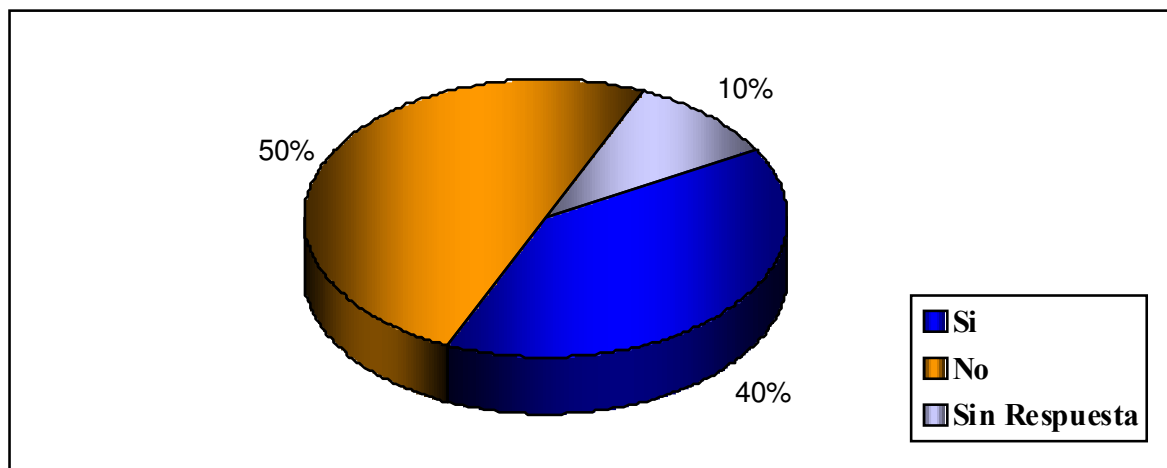


Gráfico 11: Integración entre enfermeros docentes y enfermeros asistenciales

Entre las Escuelas que respondieron, la mayoría afirma que no existe integración entre los enfermeros docentes y los enfermeros asistenciales en las

actividades de la enseñanza de Oncología. Generalmente son distintos los sectores que ofrecen las clases teóricas y las prácticas.

Pocos docentes se integran y comparten las experiencias del contenido oncológico desarrolladas en las actividades teóricas y vivenciadas en la práctica asistencial. Perrenoud (2003), afirma que enseñar actualmente debería consistir en concebir, encajar y regular situaciones de aprendizaje, siguiendo los principios pedagógicos activos constructivistas.

El profesor acostumbrado a cumplir rutinas debe reflexionar sobre su profesión ya que siendo generalmente organizadores de unidades didácticas incluyan actividades que tengan sentido para los alumnos, generando aprendizajes fundamentales. Por lo tanto, la integración de la teoría y de la práctica debe estar interrelacionada dentro del contexto escolar para que el alumnado sienta una mayor seguridad en la vivencia que se le ofrece.

8 – ¿Existe planeamiento de actividades prácticas y/o teórico-prácticas de los alumnos en Oncología?

Entre los 30 *campi*, 21 respondieron afirmativamente, 8 respondieron negativamente y 1 no respondió. Observe el grafico 12.

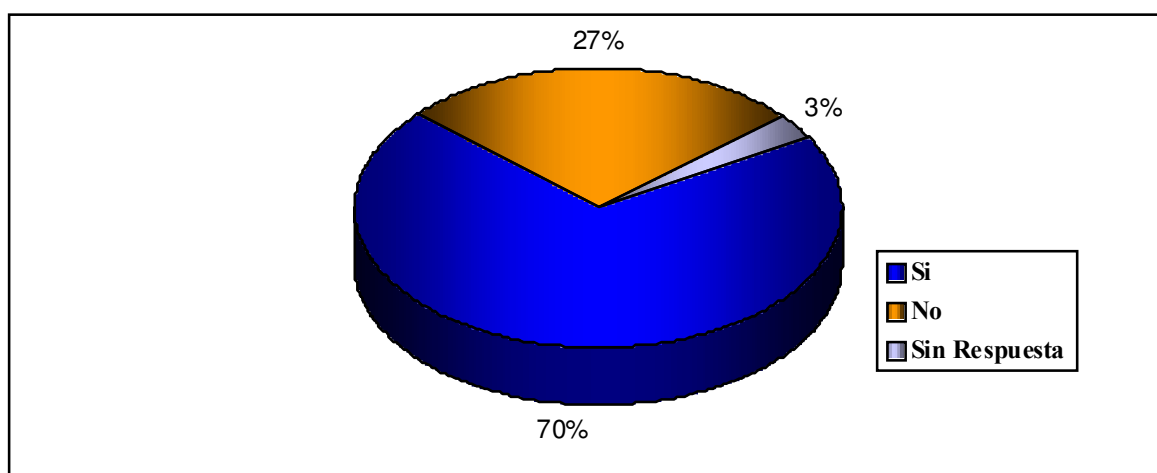


Gráfico 12: Actividades prácticas y/o teórico-prácticas

Las Escuelas refirieron que hay un planeamiento de actividades prácticas y/o teórico-prácticas de los alumnos. Por lo tanto, conforme la respuesta de la

pregunta nº 3, observamos que estas actividades son planteadas para ser desarrolladas dentro de las Prácticas en Unidades Generales, donde eventualmente son ingresados pacientes con cáncer, en Centros de Salud y en forma de visitas a Centros Especializados en Oncología.

En este escenario están insertados los alumnos en el curso de bachiller en Enfermería, mas aquí existe una distorsión en los resultados de las respuestas obtenidas en las preguntas 7 y 8 del mismo cuestionario, cuando estas Escuelas responden que no existe una integración entre la práctica y la teoría y después afirman que existe un planeamiento teórico práctico para los alumnos. La respuesta de estas escuelas nos muestra la fragilidad de las Instituciones, sin convicción en el planeamiento para este tipo de enseñanza y sin seguridad en el contenido aplicado a la oncología.

Para justificar cada vez más nuestro análisis, contamos con la contribución de Fernandes (2004), cuando dice que creemos que el proceso de aprendizaje posibilita al individuo salir de la rutina del conocimiento y procura nuevas formas de interpretaciones de la realidad, siendo exactamente a través de esa perspectiva que creemos que el enfermero es capaz de transmitir la realidad sanitaria a través de su acción educativa. Conforme señala la autora, la situación de las escuelas de enfermería actualmente contrarían principios de gran importancia para su integración y crecimiento en el mundo y en la sociedad en que vivimos.

9 – ¿Cómo el docente ejecuta sus actividades?

Actividad	Respuestas de las Universidades
Dicta clases	22
Auxilia en la supervisión	18
Auxilia en la evaluación	13
Sin respuesta	4

Cuadro 9: Las actividades ejecutadas por los docentes y respuestas de las Universidades

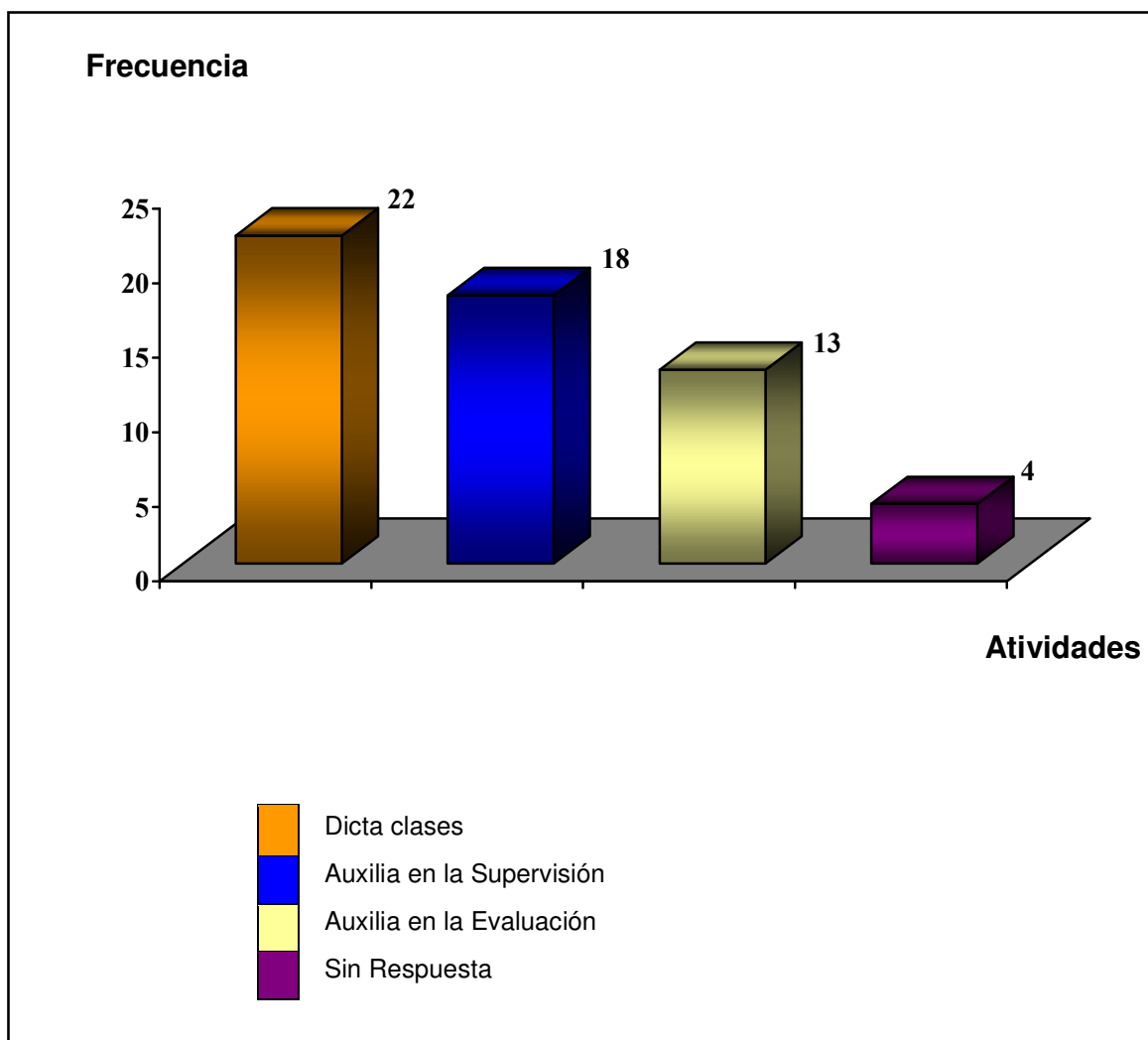


Grafico 13: Ejecución de actividades planeadas

Los docentes generalmente ofrecen clases que contienen algún contenido de oncología, mas también auxilian en la supervisión de alumnos en prácticas y los evalúan en estas actividades. En estas clases teóricas se incluye una parcela de enseñanza referente a la oncología, con carga horaria insuficiente conforme lo citado en la respuesta de la pregunta 2b, o en la práctica cuando este alumno se encuentra frente algún paciente con cáncer.

Aquí ya podemos notar (cuadro 9 y grafico 13) que el alumnado de estas Escuelas no desempeña suficientemente las actividades de oncología, porque

conforme verificamos en esta investigación, los pacientes son de clínica general y no solamente enfermos de cáncer.

Una vez más el análisis de las escuelas nos conduce a un desafío con relación a la Resolución (2001) actual,¹³ que describe al enfermero con formación general, humanista, crítica y reflexiva, conocedor y capaz de intervenir en los problemas y situaciones del binomio salud-enfermedad más relevantes en el perfil epidemiológico nacional, con énfasis en su región de actuación, identificando las dimensiones bio-psico-sociales de sus determinantes.

Capacitados para actuar, concientes de su responsabilidad social y compromiso con la ciudadanía, como agentes de la salud integral del ser humano, podrán desempeñar su importante papel cuidando al enfermo de cáncer ya que es esta una enfermedad relevante en el Estado de Río de Janeiro, conforme ya analizamos anteriormente.

10 –¿ Existe en esta Escuela profesor(es) interesado(s) para ser dinamizador(es) de la enseñanza de Oncología y puedan participar del PIDAAC?

Entre los 30 *campi*, 27 respondieron afirmativamente, no hubo ninguna respuesta negativa y 3 no respondieron.

13 Consejo Nacional de Educación/Camara de Educación Superior CNE/CES nº 3 de 7 de noviembre de 2001, donde instituye las Directrices Curriculares Nacional de los Cursos de Graduación en Enfermería, cuando en su artículo 3º ítem I.

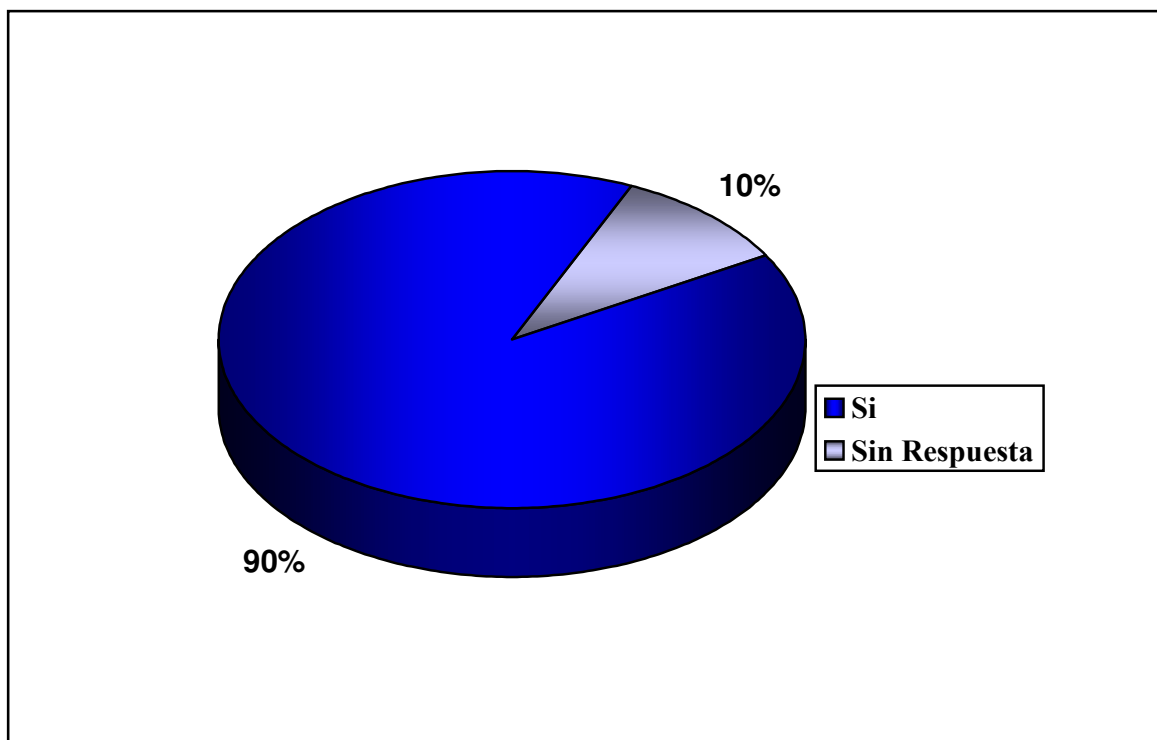


Gráfico 14: Profesores de la enseñanza de la Oncología a partir del PIDAAC

Los docentes en su mayoría respondieron afirmativamente que tienen interés en ser dinamizadores, como indica el gráfico 14, demostrándonos conciencia del problema social dentro del área de la salud y evidenciando la necesidad y el interés en minimizar un problema extremo de Salud Pública de nuestro país.

El Programa Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC), fue creado en los años 90, y una de sus estrategias era sensibilizar a las escuelas y fundamentar estos docentes en el área oncológica. Sin embargo en la actual coyuntura nacional, con los problemas que el país está atravesando, como por ejemplo, la crisis financiera, no tenemos condiciones de llevar adelante este Programa por falta de materiales y funcionarios que se puedan dedicar al mismo.

Según afirma Girardi (1991):

(...) en Brasil, desde el inicio de la organización del sistema de salud, se viene hablando sobre la necesidad de promover mejoras cualitativas y cuantitativas de los recursos humanos responsables de las actuaciones en sanidad, lo que actualmente no ocurre, ante factores como crecimiento de la demanda por cuidados de salud, los derechos de la ciudadanía y la incapacidad de respuesta del sistema, en fase de la crisis económica y financiera vivida por el país (...).

Este análisis, coincide con nuestro razonamiento en relación a la incompatibilidad que existe entre la oferta realizada por el PIDAAC y la imposibilidad de realizar este Programa en las escuelas de Enfermería del Estado. Pero no podemos dejar de señalar que fue aplicado en pocas escuelas durante los años noventa tras su creación y que continúa caminando muy lentamente en lo que se refiere a atender satisfactoriamente la propuesta inicial que era, establecer en los currículos de las Escuelas de Enfermería, la enseñanza de oncología.

En realidad, se continuó dicho Programa, tan solo con una de las estrategias sugeridas en esa época, que fue la nueva edición del libro en 2002, “Acciones de Enfermería para el control del Cáncer: Una Propuesta de Integración Enseñanza – Servicio”.

Es importante conquistar más partidarios del Programa, tanto de las Instituciones Escolares que desean realmente cumplir algunas de las acciones y normas citadas por nuestra actual legislación curricular, como por parte del gobierno al reconsiderar este Programa por ser una de las Políticas Nacionales de Control al Cáncer, adoptado por el Ministerio de la Salud y el Instituto Nacional de Cáncer.

11 – ¿Existe o existió algún curso de perfeccionamiento docente en el área Oncológica en esta Institución?

Entre los 30 *campi*, 1 respondió afirmativamente, 27 respondieron negativamente y 2 no respondieron.

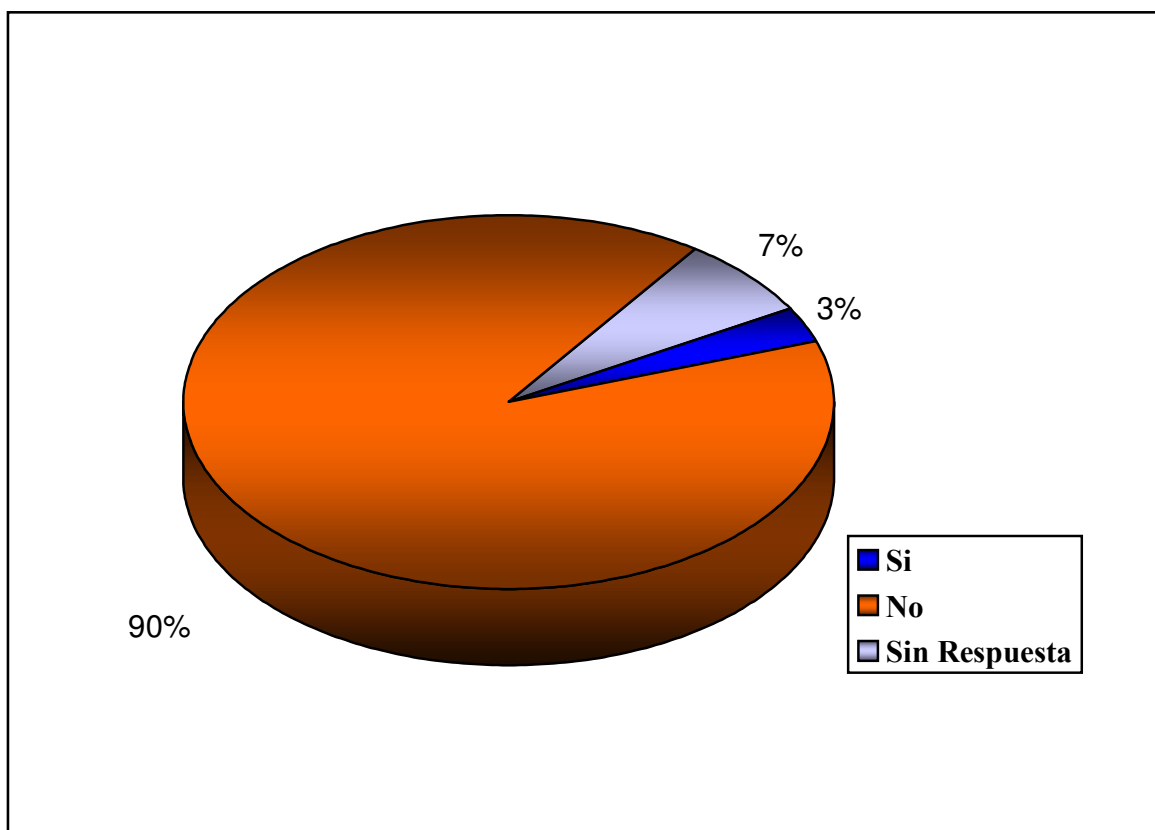


Gráfico 15: Curso de entrenamiento docente en el área Oncológica

Al analizar las respuestas, son bien objetivas en mostrar que hasta el momento los docentes no recibieron, casi en su totalidad, ningún perfeccionamiento en Oncología, (observe el gráfico 15). Es evidente, que el propio docente a pesar de mostrarse interesado en adoptar y difundir los contenidos del área pero tiene necesidad de profundizar más en sus conocimientos.

Frente a la dificultad de una preparación específica en oncología para esos docentes, es cada vez más evidente la necesidad de atenderlos para que puedan transformarse en competentes expertos en el área oncológica. Por eso, el Ministerio continúa ofreciendo cursos de pos-graduación *Lato Sensu* en el área. El compromiso que tenemos como meta nacional, es la disminución de la morbi-mortalidad por cáncer.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

La descripción de la actual situación de la Enseñanza de Enfermería Oncológica en el Estado de Río de Janeiro, facilita la plasmación del perfil que presentan las escuelas que incluyen contenidos de oncología en los currículos de sus cursos de graduación, verificando cómo se dictan y lo que se ofrece a los egresados del Curso de Bachiller en Enfermería en relación a la legislación y directrices formativas actuales.

Al comparar las Nuevas Directrices Curriculares del Curso de Graduación en Enfermería, con la situación real de estas escuelas, lo que realmente se aplica en las asignaturas que contemplan contenidos de oncología en el campo teórico-práctico, la legislación actual y la estimativa anual de nuevos casos de cáncer en Brasil, sentimos una fuerte necesidad de realizar este estudio.

Fue de gran importancia para nuestras investigaciones, haber observado la precaria inclusión de contenidos oncológicos en las diversas disciplinas, y la mediocre carga horaria destinada a las mismas. Esta observación, naturalmente nos respaldó en nuestras conclusiones finales y nos señaló la necesidad de construir un nuevo paradigma de pensamiento en el espíritu de la enseñanza de las Escuelas de Enfermería de este Estado.

Un pensamiento orientado a una pedagogía más eficiente se traduce en la formación de enfermeros más preparados, para poder trabajar en oncología a lo largo de sus carreras, y consecuentemente atender con mayor eficacia a los pacientes afectados por esta enfermedad.

Para poder entender más y mejor el tema, es necesario explicarlo específicamente. Por esta razón considero importante abordar los diferentes

temas, aclarándolos y relacionándolos con la idea principal de esta investigación, conforme lo antes citado.

Podemos comenzar a hablar sobre el papel del enfermero en la propuesta de disminuir la morbi-mortalidad por cáncer en el país.

Esta enfermedad es de gran importancia para la política nacional de la salud preconizadas por el Ministerio de la Salud, justificada por ser una enfermedad que estadísticamente aparece como una de las mayores causas de muerte en nuestro territorio.

El enfermero es el actor fundamental en la batalla a favor de la prevención, control y cuidado de los pacientes enfermos de cáncer en toda la red sanitaria nacional.

Los documentos que acreditan la formación del enfermero como enfermero general, son avalados por el Ministerio de la Educación (MEC).

La documentación especializada sobre la importancia de la enseñanza, relacionadas con este área y los factores principales y predominantes de cómo es la estimación de futuros nuevos casos de cáncer en Brasil, nos obligaron a realizar un análisis sobre la formación del enfermero.

Por este motivo, constatamos que las Directrices Curriculares¹⁴ nos alertan de la necesidad de cambios paradigmáticos en la enseñanza de esta profesión.

El análisis de Fernandes (2004), señala que debemos (...) hacer que los alumnos de los cursos de graduación en salud aprendan a aprender, idea esta que engloba aprender a ser, aprender a hacer, aprender a vivir juntos y aprender a conocer (...). Reflexionando sobre este pensamiento tuvimos

14 (anexo III) Legislación descrita por Macedo en el CONSEJO NACIONAL DE EDUCACIÓN 2005

mayores convicciones para llegar a realizar un estudio detallado de las veintitrés Escuelas de Enfermería del Estado de Río de Janeiro según informa el MEC¹⁵.

La formación ofrecida por las escuelas a los alumnos de enfermería general se entiende mucho más completa si está integrada en el contexto social junto a problemas más graves.

El tipo de aprendizaje recibido por los discentes, conforme las respuestas obtenidas en los cuestionarios que enviamos para las Escuelas de este Estado¹⁶, se da de forma fragmentada y subdividido en varias disciplinas con carga horaria insuficiente para representar un verdadero proceso de enseñanza aprendizaje en el área de la oncología.

La fragilidad de la enseñanza en cuestión es constatada a partir del momento en que registramos el modo en cómo es aplicado y/o dictado el contenido de la oncología en la mayoría de las Escuelas.

La legislación ofrece a las instituciones posibilidades para que se puedan establecer nuevos modelos de enseñanza con mayor énfasis en la situación real de la población. De esta forma se valorará al profesional como un sujeto activo que es, crítico y reflexivo en relación a su aprendizaje y al desarrollo de actividades relativas a la condiciones reales de la salud de la población brasileña, dándole también la oportunidad de comprender lo que ocurre en la sociedad en que está viviendo, ampliando su visión realista de los hechos más relevantes como es el caso del área oncológica.

15 (anexo V) El Ministerio de la Educación y Cultura, (2004), junto al Instituto Nacional de Estudios e Investigaciones Educativas (INEP), nos ofreció los Registros de las Instituciones de Educación Superior de Enseñanza de Enfermería del Estado de Rio de Janeiro..

16 Capítulo V, 5.1.2, Tabulaciones de las respuestas y comentarios de los Cuestionarios sobre la Actualización de la Enseñanza de la Oncología en las Escuelas de Enfermería del Estado de Rio de Janeiro - Brasil.

El alumnado debe de tener la oportunidad de poder aprovecharse de una enseñanza más fiel a las necesidades de los ciudadanos de las diferentes comunidades.

Lamentablemente se encuentran con Escuelas que ofrecen solamente un aprendizaje básico e irregular en relación a la oncología para las proporciones y necesidades que el país presenta, a este panorama también se suma la inseguridad frente a las expectativas ofrecidas en el mercado de trabajo futuro, donde tendrán que actuar con propiedad y desempeño al asistir los pacientes con cáncer que precisan de control o de cuidados específicos .

Durante el desarrollo de este estudio quedó claro al mismo tiempo, a través de las respuestas, el deseo de los profesores de participar y recibir algún tipo de curso de perfeccionamiento en el área oncológica.

Por este motivo resaltamos la necesidad que tienen de estar más preparados para poder dictar mejor los contenidos inherentes a oncología y no continuar ejerciendo esta función de manera superficial en momentos y locales poco adecuados, conforme la realidad de las Escuelas estudiadas.

Comprenderemos mejor esta situación, releyendo el análisis de Silva (1989) que señala que:

(...) el profesor, estratégicamente hablando, se coloca en una posición muy especial: es el responsable por la educación formal de los individuos (un formador de generaciones, por así decir), con la función de mostrar las contradicciones de la sociedad brasileña actual y de proyectar una nueva concepción de mundo junto a sus alumnos (...)(p. 23)

Un denominador común para profesores y alumnos sería encontrar una solución con la unión de ambos poderes en un nuevo caminar en pro de un único objetivo común, la conquista de una nueva y mejor Escuela. Esta conquista consistiría en la voluntad de progresar de docentes y discentes en las instituciones Escolares Superiores de Enfermería Particulares, Municipales, Estatales y Federales, con el objetivo de insertar el contenido de oncología en las disciplinas afines con carga horaria adecuada y mejores prácticas.

De esta forma, estos alumnos se integran en las transformación de los paradigmas y los contextos de la Educación en Enfermería, ya enraizados dentro de los planes de estudios, percibiendo así la importancia de sus varios papeles en el proceso de asistir, supervisar y educar, conforme los pilares citados sobre la educación brasileña en el Diario Oficial de la Unión (2001).¹⁷

Actuando específicamente en esta línea de formación, este hecho es indicador, de que el enfermero egresado podrá mantener una relación directa, con los varios niveles asistenciales de oncología, en sus diferentes grupos sociales y en distintas regiones del extenso territorio brasileño.

Durante la investigación describimos y analizamos a través del método observacional la situación de las veinte instituciones escolares que respondieron el cuestionario. Todas informaron que establecen de forma variada en los 30 *campi* el contenido de oncología referente al currículo de cada escuela.

Estas instituciones, en su mayoría, respondieron también que el contenido de oncología se establece en clases separadas dentro del conjunto del contenido programático de la o las disciplinas.

A continuación se incluyen un conjunto de clases organizadas secuencialmente construyendo una unidad programática, modulada o integrada entre ciento dos disciplinas diferentes que no contemplan directamente contenidos como por ejemplo oncología, además de afrontarla en una asignatura específica o integrada en otras modalidades de enseñanza.

17 Portería 2827, publicada en el DOU el 17/12/2001, La profesión del enfermero es estructurada en tres columnas, que son fundamentales para la caracterización y la definición de su papel en la sociedad: el enfermero como cuidador, el enfermero como administrador y el enfermero como educador, cada uno con sus particularidades y especificidades, siendo esa columna el punto de partida para la producción del conocimiento, con base científica. Son estos los profesionales que deseamos formar, aquellos que estarán siempre en búsqueda de nuevos conocimientos para justificar nuestras acciones, visando la mejoría de la calidad en la asistencia dada a nuestros pacientes.

Observando que la enseñanza de la enfermería oncológica es distribuida en varias áreas conforme la denominación de las diversas instituciones Escolares Superiores de Enfermería investigadas. Al mismo tiempo se destaca en algunas disciplinas como por ejemplo, en la Enfermería en la Salud de la Mujer, seguida en la Asistencia de Enfermería en el Adulto y en el Anciano, en la Enfermería en el Cuidado Oncológico, en la Enfermería en la salud del Niño, en la Enfermería en Salud Colectiva, en los Procesos Patológicos Generales y en Enfermería Quirúrgica.

Dentro de esta forma fragmentada se incluye el contenido de oncología, demostrando con ello, la fragilidad de la enseñanza y cómo se ofrece a los alumnos de estas escuelas.

Por consiguiente, identificamos cómo se desarrolla el plan de estudios en las escuelas seleccionadas, principalmente en relación a la cantidad de horas de carga teórica presentada por las cincuenta y una asignaturas específicas mencionadas, que varían de tres a ciento cincuenta horas. En este momento comprendemos que existe una gran falta de horas lectivas en las disciplinas aplicadas por estas escuelas.

Buscamos separar por diferentes estratos las relaciones respecto la carga horaria y nos encontramos; catorce asignaturas que presentaron menos de treinta horas, veintisiete de treinta a sesenta, y diez asignaturas con horarios por encima de sesenta horas. Pudimos verificar que hay una elevada concentración del período de treinta a sesenta horas dentro de la teoría aplicada.

El mismo análisis se realizó con la carga horaria de prácticas, que mostró también mayor concentración de frecuencias en el período de treinta a sesenta horas, aunque no tan evidente como en la carga horaria teórica. En las veinte instituciones escolares que imparten setenta disciplinas de Enfermería, diecisiete (25%), no son contempladas como carga horaria teórica, mientras que treinta y una (45%) no presentan horario de prácticas. Sin embargo, tres

escuelas exponen que mantienen horarios VARIABLES para algunas disciplinas, enfatizando que solo una escuela expone la realización de VISITAS.

Considerando las informaciones sobre carga horaria teórica y práctica, presentadas por las veinte escuelas, que componen nuestra población-estudio, procedimos a formar tres grupos: instituciones Escolares Federales y Estatales Públicas; Escuelas Particulares – “Grande Río”; y Escuelas Particulares – Interior.

De esta forma, enmarcamos los límites de carga horaria teórica y práctica de las Escuelas Públicas, que oscilan entre tres y ochenta y ocho horas.

Los límites de horarios de enseñanza teórica y práctica, para las Escuelas Particulares de “Grande – Río” se sitúan entre quince y ciento cincuenta horas, o sea, con valores más elevados.

Finalmente, los límites de carga horaria teórica y práctica, en las Escuelas Particulares del Interior, presentan valores entre tres y noventa horas, semejantes al primer grupo de las instituciones Escolares Públicas Federales y Estatales.

Los alumnos que estudiaron en las Escuelas Particulares de “Grande-Río”, presentaron una situación de privilegio en relación a los alumnos de las escuelas Públicas, quienes vivenciaron una mayor discrepancia con las filosofías de las Políticas Públicas del país.

En las Escuelas Públicas se evidencia que la enseñanza de la oncología, se incluye en sus diferentes disciplinas con horarios irrelevantes respecto a la magnitud de una enfermedad de tan alta incidencia en nuestra población y es principalmente en la escuela pública donde debería profundizarse más en ella, ofreciendo a los alumnos un soporte mayor en contenidos de oncología.

La situación respecto a la distribución de carga horaria inadecuada, se torna un punto culminante de análisis en nuestra investigación, retratando de esta forma, como se presenta el perfil de la enseñanza de la oncología en el

área de Enfermería de este Estado, mostrando la deficiente preparación ofrecida por las instituciones escolares al enfermero egresado en estas instituciones.

Se comprueba también a través del estudio que permanece la enseñanza generalizada, sin dar énfasis a las prioridades sociales referentes al área de la salud, a pesar de que la propuesta preconizada por la actual legislación, en varios de sus artículos regula la graduación en enfermería, preconizando una atención especial a la formación de un profesional capaz de atender las necesidades predominantemente epidemiológicas regionales del país en las áreas de prevención, diagnóstico precoz, promoción, asistencia a la salud y rehabilitación de la población brasileña afectada por cáncer.

Con relación a los tipos de actividades prácticas, aparecen mezclados y son desarrollados en su mayoría a través de Unidades Generales entre el sexto y el séptimo curso cuando no tienen todavía soporte suficiente para aplicar esta práctica y donde eventualmente se ponen en contacto con pacientes internos con cáncer. Es en este momento cuando el enfermero tiene la oportunidad de practicar y suministrar cuidados a los raros pacientes oncológicos.

Las instituciones escolares demuestran preocupación por mantener los currículos actualizados dentro de las realidades nacionales. Es reconfortante que las instituciones escolares formen y valoren a los futuros profesionales, conscientes de la realidad brasileña, de sus principales necesidades y de las situaciones más perentorias que afectan directamente a la población, pues será un gran paso para el desarrollo de nuestro país.

Creemos que con la ayuda y concienciación del alumnado y los profesores asumiendo su papel junto a las Escuelas, deberán revisar a nivel superior las deliberaciones legales que tenemos ya determinadas en la ley que dictamina la graduación de enfermería.

El problema actual analizado se concentra en la existencia de lagunas en la formación de los alumnos egresados de las instituciones Escolares Superiores de Enfermería del Estado de Río de Janeiro.

Por otro lado, la creciente exigencia de calidad, productividad, resolución y competitividad de los servicios de salud, sean públicos o privados, es un hecho verdadero que precisamos enfrentar.

Esta es una realidad establecida en nuestra sociedad, un nuevo prototipo gerencial que requiere trabajadores habilitados y especializados, sensibles a la necesidad de constantes recalificaciones impuestas por las frecuentes transformaciones en los procesos de trabajo.

Es importante que las autoridades superiores se preocupen de la atención a los casos más relevantes de oncología, ya que por ejemplo, se estiman para el Estado de Río de Janeiro, un gran número de nuevos casos de cáncer y para Brasil las tasas son de una importancia mucho más elevada¹⁸.

La modificación de la enseñanza en relación a la demanda arriba citada, a lo largo del Curso de graduación, facilitará el aprendizaje y la postura del profesional egresado. Los mapas 3 y 4 demuestran las dificultades ya mencionadas.

Mediante una historia profesional de veinte años, como enfermera y profesora en la docencia y sintiendo la necesidad de crecer académicamente cada vez más en el área de Educación, principalmente por identificarme con ésta, sabiendo que podría contribuir mucho más a la enseñanza relacionada con Enfermería oncológica en Brasil, resolví estudiar con más objetividad la situación real de este tema en el Estado de Río de Janeiro.

Las dificultades que me planteo como Coordinadora de Enseñanza de Enfermería del Ministerio de la Salud /Instituto Nacional de Cáncer en los cursos ofrecidos en la postgrado *Lato Sensu* de este Instituto, hicieron que tomase conciencia de la realidad actual de este asunto y este hecho me motivó a indagar sobre el proceso de formación del enfermero en el área oncológica.

¹⁸ Tablas 1,11 y 12

Entendemos que ese tipo de aprendizaje debidamente fundamentado sobre los cánceres predominantes, constituye un pilar para la transformación de los paradigmas sociales y humanos del país.

La necesidad de formar profesionales de salud para atender el área oncológica, se agudiza en Brasil, debido principalmente a sus diferencias regionales, donde los profesionales mejor preparados llegan y terminan actuando en la región Sureste.

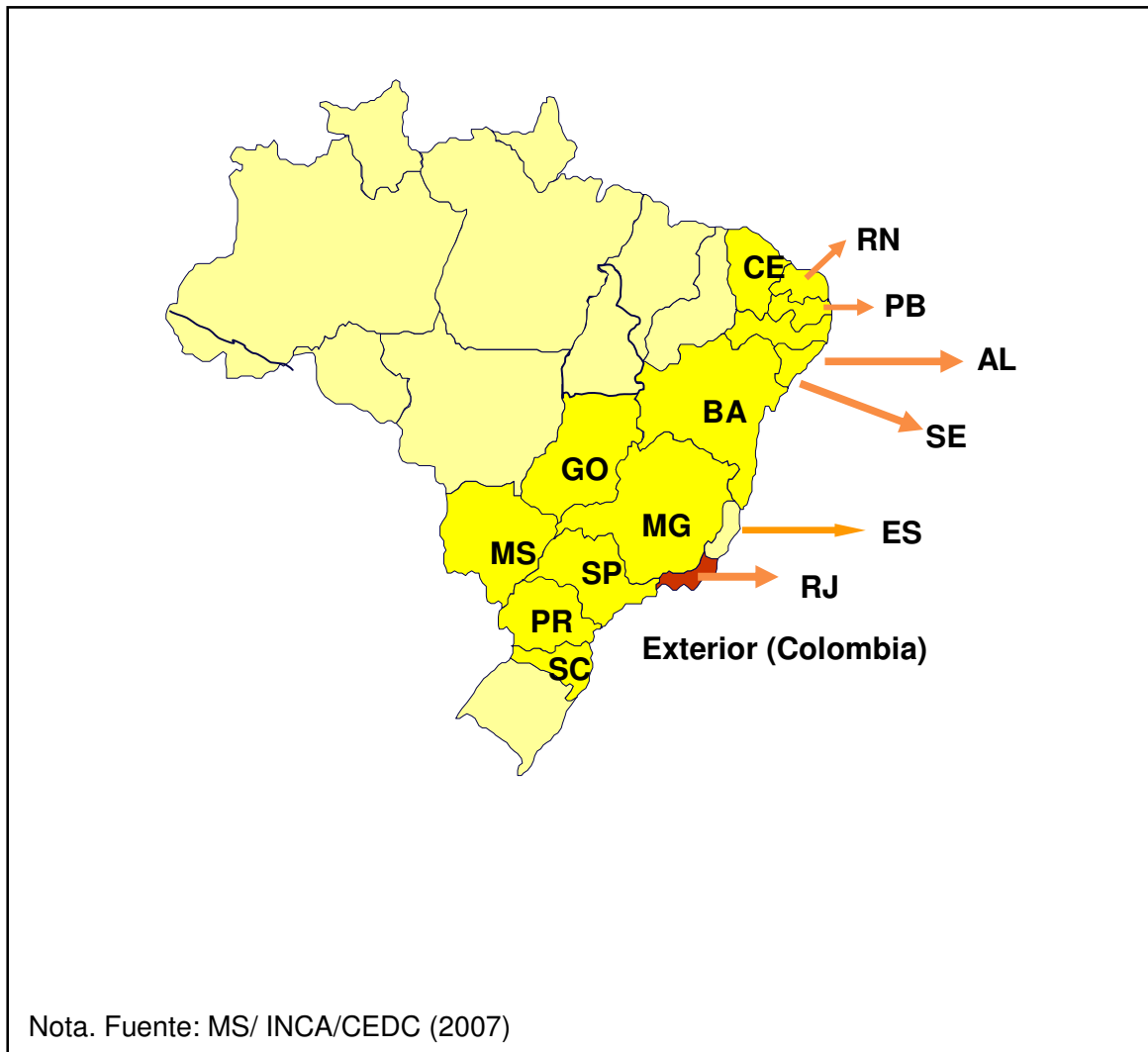
El Estado de Río de Janeiro (Región Sureste) que seleccionamos para la investigación, está localizado en una de las regiones más preparadas del país en términos de recursos, y es en su capital, Río de Janeiro, donde se encuentra instalado un Instituto de referencia nacional en cáncer.

Datos obtenidos a través de este estudio, nos muestran que en las Instituciones Escolares Superiores de Enfermería de este Estado, existe una falta de preparación en relación a la enseñanza de la oncología.

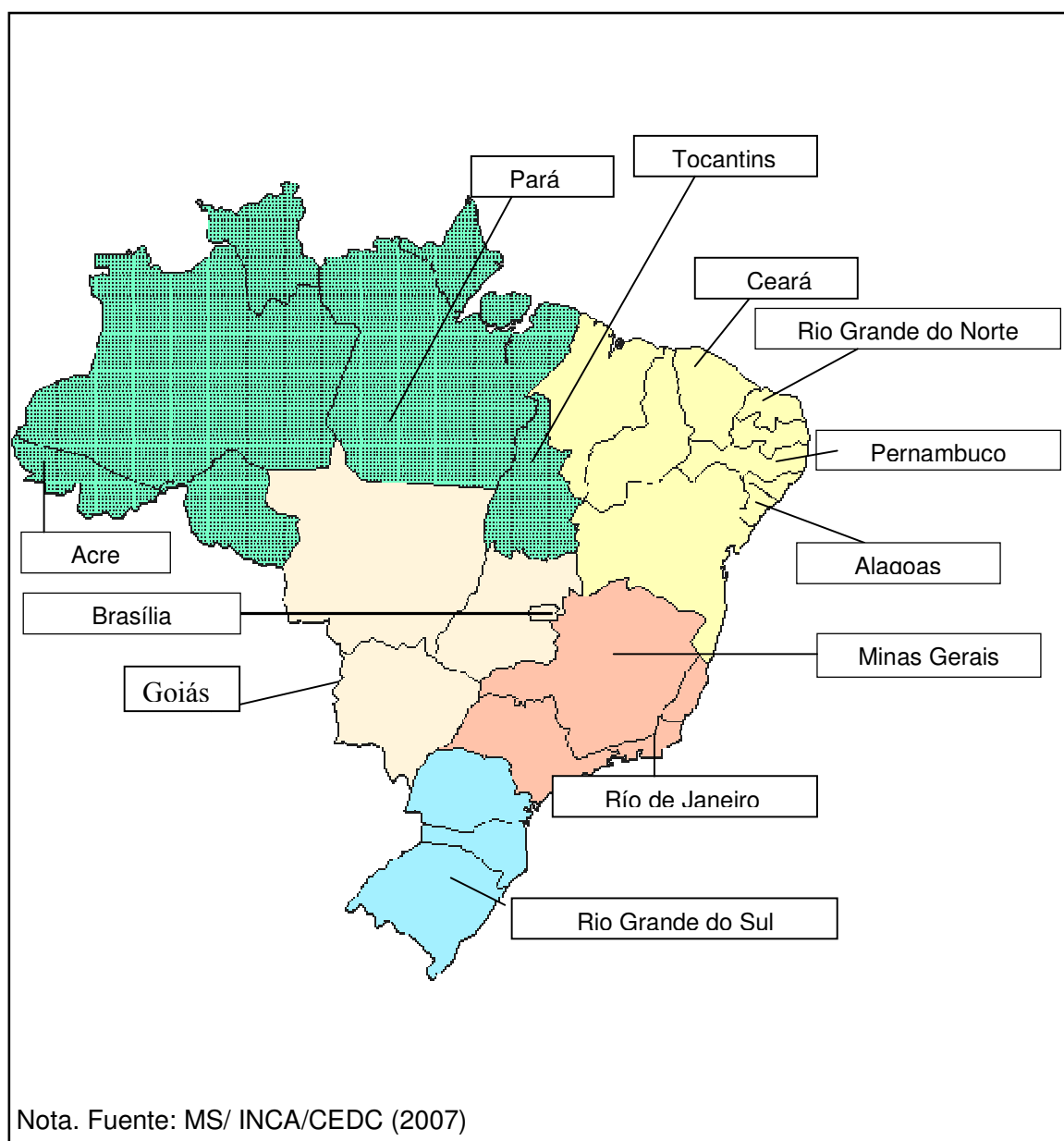
Podemos resaltar que en los propios cursos ofrecidos por el MS/INCA, se observa que la mayor parte de enfermeros que ingresan viven en la propia Región Sureste y pocos son oriundos de la Región Sur, y principalmente de las Regiones: Centro-Oeste, Norte, Noreste y del propio Distrito Federal.

Alumnos de otras regiones tienen pocas oportunidades de ser seleccionados en concurso público o de llegar a ser inscriptos, por varios motivos identificados, como por ejemplo, la falta de preparación en relación a los prerrequisitos del curso para Especialización Oncológica, la distancia entre los Estados, y también problemas personales y estructurales para actuar en la Residencia de Enfermería Oncológica y en el Curso de Especialización de Enfermería Oncológica.

Los mapas 3 y 4 demuestran las dificultades ya mencionadas.



Mapa 3: Procedencia de los enfermeros residentes entrenados en INCA /1986-2007)



Mapa 4: Curso de Especialización de Enfermería Oncológica. Procedencia de los Enfermeros (1998-2007)

Al analizar la realidad brasileña, observamos que la enseñanza de Enfermería Oncológica está más centrada en la región Sureste del país, y menos en la Región Sur y es donde se concentra mayor número de oportunidades de enseñanza oncológica para enfermeros que naturalmente es donde éstos finalmente trabajan dejando así el resto del país descubierto. Es importante

resaltar que Brasil presenta una gran extensión territorial con una población continental de millones de habitantes¹⁹.

El INCA, referencia para el país, desarrolla sus acciones nacionales integradas para prevención y control del cáncer. Su misión es perfeccionar y motivar continuamente los recursos humanos. Sin embargo, se observa que cada vez hay mayor necesidad de preparar profesionales especializados en oncología para atender la población carente de esta “mano de obra” especializada.

Creemos que con las Nuevas Directrices Curriculares del Curso de Graduación en Enfermería, las cuales verificamos en varios artículos e ítems que existe abertura suficiente para la enseñanza de la oncología y tendremos más oportunidades para enfocar este tipo de aprendizaje. De esta forma se podrá aplicar en las escuelas, la antigua filosofía del Programa de Integración Docente Asistencial en el Área del Cáncer (PIDAAC), uno de los programas ya preconizados desde los años ochenta por las seleccionadas Políticas Nacionales de Salud del Ministerio de la Salud, al unísono con el Instituto Nacional de Cáncer. Este Programa puede auxiliar y acelerar el proceso de enseñanza–aprendizaje en Enfermería Oncológica de las Escuelas, de una manera más suficiente y actualizada para que podamos atender a las expectativas ya evidenciadas en las respuestas de los cuestionarios aplicados.

Al mismo tiempo, nos adentramos por caminos poco conocidos, pero con esperanza cuando creemos que es a través de una postura humana y competente que el profesor, en su Institución de Enseñanza, y el alumno puedan tener una actuación transformadora en la formación de nuevos profesionales conscientes de su papel social en el área. Entre el período de 1995 a 2001, pudimos observar la preocupación del Ministerio de la Educación (MEC) en renovar y actualizar las Directrices y Bases del Currículo de Enseñanza Superior. Se quería ofrecer una

¹⁹ 169 872 856 millones de habitantes. Conforme IBGE (2006).

mayor flexibilidad en la organización, atendiendo la necesidad de revisar la enseñanza tradicional aplicada, objetivando la evaluación para dar margen a que las Instituciones Escolares organizaran sus actividades de enseñanza dentro de una modalidad relacionada con el perfil del alumnado egresado profesional. Las competencias, habilidades, contenidos curriculares, prácticas y actividades complementarias, organización del curso, seguimiento y evaluación ²⁰, existen pero no se aplican.

Podemos considerar que la enseñanza de la oncología integrada en las demás áreas del conocimiento en Enfermería es imprescindible para la estructura del aprendizaje del alumnado que cursa su bachillerato, considerando la naturaleza multidisciplinar de la materia, tanto en las informaciones básicas teóricas como en las prácticas, conforme demostró la investigación realizada.

La formación del enfermero debe atender a las necesidades sociales de la salud dando énfasis a las cláusulas del Sistema Único de Salud (SUS) vigente, asegurando su carácter universal, la calidad y la humanización de la atención.

La recuperación de la figura de las Escuelas de Enfermería mejor relacionada con las realidades del país, viene desmitificando las creencias nutridas por una sociedad que vive en búsqueda de la construcción y formación de profesionales, sin prestigiar las nuevas relaciones sociales, sin priorizar cotidianamente el perfeccionamiento del trabajo académico con respeto a la convención ética de las Escuelas formadoras de futuros profesionales.

Las universidades y escuelas precisan prepararse cotidianamente para instrumentalizar al alumnado en un movimiento de oposición y resistencia a las

²⁰ conforme nos es referido en el Parecer CES/CNE 583/2001, (Anexo E).

discontinuidades que caracterizan los proyectos públicos en la esfera de los derechos sociales, donde el control social todavía es tímidamente ejercitado.

Compartiendo con el alumnado las lagunas identificadas y las dificultades presentadas durante esta investigación y como personas interesadas en el sistema educacional, nos vemos en el deber de rellenar este vacío intentando superar esta expectativa con un nuevo modo de pensar y de obrar dentro de la enseñanza sanitaria. Sólo así, podremos prepararnos para reconocer los diferentes problemas y las posibilidades de mejorar el aprendizaje de los alumnos egresados, colocando en la enseñanza de la graduación, la oportunidad de ser el inicio de los fundamentos básicos oncológicos para una formación más calificada del enfermero en esta categoría.

Enfatizamos en que somos conocedores de que el índice de cánceres en los pacientes atendidos en los hospitales de redes públicas o privadas es muy elevado, y éste es un indicador de gran importancia en la formación del enfermero, el conocimiento de que la mayoría de los tumores malignos que afectan a la población brasileña pueden ser prevenidos, detectados precozmente o aún ser curados. Por lo cual el enfermero debe ocupar uno de los papeles más importantes en los Programas Nacionales de Control de los cánceres más frecuentes en nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

Referencias Bibliográficas

Bibliografía General

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akerman, M (2002). *Elaboração de instrumentos de avaliação de projetos Municípios Saudáveis*. Extraído el 14 junio de 2007 desde http://watson.fapesp.br/PPub/2edital/00_02002.htm
- Alves, V. H. (2003). *Ato da amamentação: um valor em questão ou uma questão de valor?* Tesis de maestría no publicada, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Angelo, M. , I. (1994). *Educação em enfermagem: a busca da autonomia*. Revista da Escala de Enfermagem da Universidade de São Paulo. USP, Brasil. 28(1) 11-4
- Berger, F. R. L. (1999 mayo-agosto). *Educação profissional no Brasil: novos rumos. (20)*. [periódico na Internet]. Revista Iberoamericana de Educação. Extraído el 16 abril de 2007 desde <http://www.campus-oei.org/revista/rie20a03.htm>
- Bernardes, M. M. R. y Lopes G. T. y Santos, T. C. F. , III. (2005 mayo-junio). *O cotidiano das enfermeiras do exército na força expedicionária brasileira (FEB) no teatro de operações da 2ª Guerra Mundial, na Itália (1942-1945)*. Revista Latino-Americana. Enfermagem, Ribeirão Preto, 13(3). Extraído el 6 mayo de 2007 desde: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=s0104-11692005000300005>
- Bibliomed, (1998). *Primeiro portal brasileiro da Internet dedicado integralmente à informação, à educação, e ao desenvolvimento da tecnologia necessária para prover uma melhor atenção à saúde dos pacientes e da população em geral*. Extraído el 17 mayo de 2007 desde <http://boasaude.uol.com.br>
- Bogado, M. L. G. (1998). *Projeto de consolidação dos novos modelos acadêmicos dos cursos de medicina e de enfermagem* [mimeografado]. Londrina, 22.
- Central Única dos Trabalhadores. (2004). *Políticas sociais da "CUT cidadã" CUT*. Extraído el 13 mayo de 2007 desde <http://www.cut.org.br>

- Cianciarullo, T. I. (2002). *Saúde da família: avaliação da nova estratégia assistencial no cenário das políticas*. São Paulo: USP. Extraído el 8 marzo de 2007 desde http://www.watson.fapesp.br/PPub/2edital/00_02002.htm
- Conselho Federal de Enfermagem, (1973). Conselho Regional de Enfermagem. *Código de ética e legislações*. Rio de Janeiro COREn. 7-8.
- Conselho Nacional de Educação, (2001, novembro 9). Câmara de Educação Superior. *Instituem Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem*. Resolução CNE/CES no. 3 de 7 de novembro de 2001. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov 2001. Seção I, p. 19, 27, 37.
- Conselho Regional de Enfermagem. (2007a). *As Práticas de Saúde ao Longo da História e o Desenvolvimento das Práticas de Enfermagem – Período Pré-Cristo e Cristianismo*. São Paulo. Extraído el 1 mayo 2007 desde http://corensp.org.br/072005/ocorensp/historia/his_texto.php
- ____ (2007b). *Entidades de Classe Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Rio de Janeiro*. Extraído el 1 mayo de 2007 desde <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#a>
- ____ (2007c). *Entidades de Classe Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn Rio de Janeiro*. Extraído el 1 mayo de 2007 desde <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#C>
- ____ (2007d). *História da enfermagem no Brasil*. Rio de Janeiro. Extraído el 1 mayo de 2007 desde <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#H>
- ____ (2007e). *Anna Nery*. Rio de Janeiro. Extraído el 1 mayo de 2007 desde <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm#nn>.
- de Gutiérrez, M. G. R. y Cezareti, I. U. R. y de Castro, R. A. P. y Viana, T. A. , III. (1995). *Estudo complementar sobre o ensino da cancerologia nos cursos de graduação em Enfermagem*. Revista Brasileira de Cancerologia. Brasil. 3 41(3):189-95.
- de Gutierrez, M. G. R. y de Castro, R. A. P. y Setella, A. , I. (1993). *O ensino de cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem: por que e para quê?* Revista Brasileira de Cancerologia. Brasil. 39(1):11-20.
- de Gutierrez, M. G. y Maranhão, A. M. S. A. y Adami, N. P. y Castro, R. A. P. (1996). *Processo de implantação/implantação da proposta de programa de ensino da cancerologia nos cursos de graduação em enfermagem da região Sudeste*. In: Anais do 2º Seminário Nacional Sobre o Ensino de Cancerologia nos Cursos de Graduação em Enfermagem. São Paulo. 2.

- de Sordi, M. R. L. y Bagnato, M. H. S. II., (1998). *Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século*. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 6(2):83.
- Declaração de Adelaide. (1988, 5 a 9 de abril). In: *2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; Adelaide, Austrália*. p. 1-3 Extraído el 9 de dezembro 2006 desde <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf>
- Enfermático: aplicação teórico-prática de um estudante do curso de licenciatura em enfermagem (2004). *Relação de ajuda em enfermagem*. Extraído el 4 enero 2005 desde http://enfermaticando.weblog.com.pt/arquivo/cat_opiniao_pessoal.html
- Fernandes, C. N. S. (2004). *Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro*. Revista Latinoamericana de Enfermagem. 12(4) 5-79. Extraído el 24 enero de 2005 desde http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692004000400017&script=sci_arttext&lng=pt
- Ferreira, N. M. L. A. y Cezareti, I. U. R. y Erhart, E. R. N. , I. (1994). *Formação de recurso humano em enfermagem oncológica no curso de graduação*. Revista Brasileira de Cancerologia. Brasil 40(1):31-7.
- Fonseca T. y Vega J. E. C. (2004). *La Enseñaza Superior en Brasil. : Realidad y Retos*. Extraído el 4 diciembre de 2007 desde <http://www.umcc.cu/pe/Educ.%20Univ%202004/La%20Ense%C3%B1aza%20Superior%20en%20Brasil.doc>
- Freire, P. (1ª Ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra) . (1986). *Pedagogia do oprimido*, 20.
- ____ (2ª Ed. São Paulo: Paz e Terra) . (1997). *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 25, 34,47, 59, 61, 100.
- ____ (2000). *Pedagogia da indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP. 32-3, 94,102.
- Garcia, L. A. M. (2003) . *Competências e habilidades: você sabe lidar com isso? Os pilares da educação segundo a UNESCO UNESP*. Brasília: UnB. 1. Extraído el 20 marzo de 2005 desde <http://www.educacaopublica.rj.gov.br/biblioteca/educacao/educ23e.htm>
- Garcia. C. C. *Inovar en Educación infantil. el Castellano y la Lengua de Sinos española conviviendo en la escuela*. Tesis Doctoral, Universidad de Alcalá. Departamento de Didáctica. pp. 205, 209.

- Geovanini, T. y Moreira, A. y Dornelles, S. y Machadow, C. A. (2002). História da enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter. 57-67.
- Goldnberg, M. (Ed. 2a) . (1998). *A arte de pesquisar: como fazer uma pesquisa qualitativa em ciências sociais*. 64.
- Graça, L. y Henriques, A. y Isabel. (2000). *Florence Nigthingale e Ethel Fenwick: Da ocupação à Profissão de Enfermagem*. Rio de Janeiro. Extraído el 16 mayo de 2007 desde <http://www.ensp.unl.pt/lgraca/textos63.html>
- GuiaNet. (2000). *Mapa do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*. Extraído 8 agosto de 2007 desde <http://www.guianet.com.br/rj/maparj.htm>
- Guimarães, L. y Guerreiro, E. (2003). *Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde*. Brasília: OPAS: Ministério da Saúde. 2, 34.
- Gusmão, S. M. L. (1996). *A natureza humana*. Rio de Janeiro. 93. Extraído el 16 mayo de 2007 desde <http://www.rogeriana.com/sonia/natureza.htm>
- Hiraishi, L. Y. y Melaragno, y Paiva, P. M. y Araujo, T. F. y Souza, V. S. (2007). *Pediátrica: A Parceria que Leva ao Conhecimento Teórico Científico*. UNIFESP, São Paulo. Extraído el 20 mayo de 2007 desde http://www.oncopediatria.org.br/portal/hotsites/congressoX/view.jsp?valor=A_O_xml/OP-AO-84&estilo=apres
- Hoffmann, J. (Ed. Mediação, 33a). (2003). *Avaliação, mito & desafio: uma perspectiva construtivista*. 21, 48, 66.
- Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. (1996a). *Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira por 100.000, segundo o sexo e faixa etária, entre 1979 e 1983*. Rio de Janeiro INCA. Extraído el 16 enero de 2005 desde http://www.inca.gov.br/atlas/docs/txMort_Brasil_RJ.pdf
- ____ (1996b). *Taxas de mortalidade por câncer, brutas e ajustadas por idade pelas populações mundial e brasileira por 100.000, segundo o sexo e faixa etária, entre 1995 e 1999*. Rio de Janeiro INCA. Extraído el 16 enero de 2005 desde http://www.inca.gov.br/atlas/docs/txMort_Brasil_RJ.pdf
- ____ (1996-2005a). *O Instituto*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 13 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=49
- ____ (1996-2005b). *Programa de pós-graduação*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 16 enero de 2005 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=400
- ____ (1996-2005c). *Coordenação de Ensino e Divulgação Científica*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 16 enero de 2005 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=185

-
- ____ (1996-2007). *História do INCA*. Rio de Janeiro. Extraído el 10 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=235
- ____ (1998a). Coordenação de Programas de Controle de Câncer. *Histórico do Programa de Integração Docente Assistencial na Área do Câncer (PIDAAC)*. Rio de Janeiro: Pro-Onco. 6.
- ____ (1998b). *Coordenação de Programas de Controle de Câncer*. Programas de Educação Profissional. Rio de Janeiro: Pro-Onco. 5-6, 8, 11-12.
- ____ (Ed. 2a). (2002). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA. 17, 51, 86, 157, 162-7, 177.
- ____ (2003). *Estimativas para o ano 2003 das taxas brutas de incidência e mortalidade por 100.000 e de número de casos novos e de óbitos por câncer, em homens e mulheres do Estado do Rio de Janeiro, segundo localização primária*. In: *Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 16 enero de 2005 desde http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/index.asp?link=tbregioes_consolidado.asp&ID=1
- ____ (2004). *Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT)*. In: Relatório anual 2003. Rio de Janeiro: INCA. 52.
- ____ (2005a). *Estimativas para o ano 2006 de número de casos novos de câncer, por localização primária e por região*. In: *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. Rio de Janeiro. Extraído el 19 febrero de 2007 desde <http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=tabelaestados.asp&UF=BR>
- ____ (2005b). *Estimativas para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária*. In: *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. 44. tab. 4.
- ____ (2005c). *Estimativas para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo a localização primária*. In: *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. 44, tab. 5.
- ____ (2005d). *Estimativas para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em homens, segundo localização primária*. In: *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. 71, tab. 58.

- ____ (2005e). *Estimativas para o ano 2006 das taxas brutas de incidência por 100.000 e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária*. In: Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.71, tab. 59.
- ____ (2005f). *INCA o Instituto: missão*. In: Programa de ensino. Rio de Janeiro.15.
- ____ (2005g). *Organograma*. In: Programa de ensino. Rio de Janeiro: INCA. 22.
- ____ (2005h). *Pós-graduação stricto sensu* Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 enero de 2005 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=900
- ____ (2007a). *Programa de Ensino do INCA. Pós-graduação stricto sensu*. Rio de Janeiro: INCA. 46-47.
- ____ (2007b). *Programa de Ensino do INCA. Pós-graduação Lato Sensu*. Rio de Janeiro: INCA. 47-48
- ____ (2007c). *Programa de Qualidade em Radioterapia (PQRT)*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234
- ____ (2007d). *Relatórios*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 agosto de 2007 desde http://www.inca.gov.br/inca/relatorios/rel_2000/graduacao.html
- ____ (2007e). *Projeto EXPANDE (CACON)*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234
- ____ (2007f) . *Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama - Viva Mulher*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234
- ____ (2007g). *Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234
- ____ (2007h). *Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 20 mayo de 2007 desde http://www.inca.gov.br/tabagismo/frameset.asp?item=programa&link=programa_de_tabagismo.pdf
- ____ (2007i). *Programa de Epidemiologia e Vigilância do Câncer e seus Fatores de Risco*. Rio de Janeiro: INCA. Extraído el 17 enero de 2007 desde http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=234
- ____ (2007j). *Programa de Ensino do INCA*. Coordenação de Ensino e Divulgação Científica. Rio de Janeiro: INCA. 37-41.

- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais; Ministério da Educação e Cultura. (2006). *Cadastro das instituições de educação superior*. Extraído el 8 marzo de 2006 desde http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/info_ies_new.asp?plES=16
- _____. (2007). *Educação superior cursos e instituições: cadastro das instituições de educação superior*. Extraído el 19 enero de 2007 desde http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp
- Lei 5.905. (1973, junio 12). *Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências*. Diário Oficial da União, Brasília. Seção I, p. 5, 7.
- Lei 9.131. (1995, noviembre 25). *Estabelece as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação de Enfermagem*. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 3, de 7 de Novembro de 2001. Extraído el 8 marzo de 2006 desde <http://www.ccs.uel.br/nesco/observatorio/enfermagem.asp>
- Lei 9.394. (1996, Diciembre 20). *Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB*. O Presidente da República. Ministério da Educação e Cultura. Extraído el 8 marzo 2006 desde <http://portal.mec.gov.br/seed/arquivos/pdf/tvescola/leis/lein9394.pdf>
- Mazzotti, A. J. A. y Gewandsznajder, F. (Ed. 2a). (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. 169.
- Minayo, M. C. S. y Deslandes, S. F. y Cruz Neto, O. y Gomes, R. (Ed. 6ª) (1992). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 69.
- Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. (2006). *Instituto Brasileiro de Geografia e Geoestatística*. Rio de Janeiro (IBGE). Extraído el 18 abril de 2007 desde <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicador esminimos/sinteseindicsoais2006/default.shtm>
- Ministério da Educação e Conselho Nacional de Cultura. (2001). *Parecer CNE/CES 1133/2001, homologado*. Despacho do Ministro em 11 de outubro de 2001 . Publicado no Diário Oficial da União em 03 de outubro de 2001 (seção 1E). p. 131 . Extraído el 16 abril de 2007 desde <http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES1133.pdf>
- Ministério da Educação e do Desporto, (MEC). (2007). *Sistema Universitario no Brasil*. Extraído el 4 diciembre de 2007 desde <http://portal.mec.gov.br/sesu/index.php?option=content&task=view&id=651&Itemid=292>

- Ministério da Educação e do Desporto. (MEC). (1998). Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais : Arte /Secretaria de Educação Fundamental. *Ao Professor*. Brasília.116 Extraído el 24 enero de 2007 desde <http://mecsrv04.mec.gov.br/sef/estrut2/pcn/pdf/arte.pdf>
- Ministério da Educação Universidade Federal de São Paulo. (2007). *Grupo Multidisciplinar de Oncologia – GMO*. Extraído el 20 agosto de 2007 desde <http://www.unifesp.br/centros/gmo/enferma.htm>
- Ministério da Saúde. (2003). *Programas e projetos de saúde*. Brasília. Extraído el 13 enero de 2007 desde http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=360
- Minto, C. A. y Muranaka, M. A. S. (1995). "*Lei Darcy Ribeiro" um olhar crítico-social*. Extraído el 30 julio de 2007 desde <http://www.cefetsp.br/edu/eso/ldbcesar.html>
- Monteiro, J. A. (2005). *Ensino a distância: educação ou treinamento no PEC/FOR PRO ?*. 159 f. Disertación de Maestría no publicada, Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília.São Paulo. Brasil.
- Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde. (NUTES) II. , (2001). Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Caderno CE Volume II nº 03 : laboratório de currículo e ensino*. 119-121.
- ____ (2002). Universidade Federal do Rio de Janeiro. *Caderno CE Volume II nº 04 : laboratório de currículo e ensino*. 2(4):55.
- Olabuénaga, J. I. R. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Universidad de Deusto. España. pp.
- Oliveira, J. A. F. (2003). *Avaliação no curso de residência médica do INCA, na área de cirurgia, no período de 1997 a 2001: uma análise qualitativa*. Disertación de Maestría no publicada, Rio de Janeiro. Instituto Superior de Estudos Pedagógicos, Brasil.
- Perrenoud, P. (2003). *A arte de construir competência: aprendendo a ensinar* . Extraído el 13 junio de 2004 desde <http://www.eaprender.com.br/ensinar.asp?RegSel=58&Pagina=11>
- Portaria 2.827. (2001). *Curso de Enfermagem*. Diário Oficial da União, Brasília 8 dezembro 2004. Extraído el 17 diciembre de 2001 desde http://www.fiel.edu.br/curso_de_enfermagem.htm
- Prece de Caritas. (2005) Rio de Janeiro. Extraído el 18 enero de 2005 desde <http://www.bethynha.com.br/prece.htm>

- Reis, A. M. C. (1982). *Utilização de tecnologia educacional no processo ensino-aprendizagem: atitude dos docentes de didática nos cursos de formação de professores de 1ª à 4ª séries do 1º grau*. Dissertação de Maestria no publicada, Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil. 15-7
- Richardson, R. J. (3a Ed. Atlas, São Paulo). (1999). *Pesquisa social*. cap. 12. 143.
- Rodrigues, C. y Queirós, I. , I. (1988). *A situação do ensino de enfermagem oncológica nos cursos de graduação em enfermagem no Brasil*. Revista Paulista de Enfermagem. 8 (1):23-5.
- Rufino, M. C. (1986). *Modelo de ensino para competência aplicado à enfermagem*. Tesis de Maestria publicada, Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. 5-6, 9.
- Sacristán, J. G. y Gómez, A. L. P. (4a Ed. Artmed Porto Alegre). (2000). *Compreender e transformar o ensino*. 32-3, 38, 41, 45-6, 49-51, 120, 124, 131, 133, 136, 138, 148, 155, 159-61, 174, 177, 179, 184.
- Santana, C. J. M. (2004). *O egresso da residência em enfermagem oncológica do Instituto Nacional de Câncer e sua prática especializada*. Dissertação de Maestria no publicada, Rio de Janeiro (RJ), Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro. Brasil.4-5.
- Santana, J. P. y Girardi, S. N. (1991). *Recursos humanos em saúde: repto atuais*. Rio de Janeiro. 15.
- Seiffert, O. M. L. B. (2001-2005). *A formação do Enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005)*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 3, n. 2, p.331 – 350. FIOCRUZ, Rio de Janeiro. Extraída el 20 de mayo de 2006 desde <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=112>
- Silva, E. T. (1989). *O professor e o combate à alienação imposta*. São Paulo:Cortez. 23, 25. (Coleção Polêmica do Nosso Tempo; vol. 34).
- Silva, P. L. B. (2002). *Acesso e gerenciamento dos serviços de saúde: o dilema do SUS na nova década*. São Paulo. Extraído el 13 enero de 2007 desde <http://www.comciencia.br/reportagens/ppublicas/pp12.htm>
- Sousa, A. C. A. (2007). *Por uma Política de Sanamento Básico: A Evolução do Setor no Brasil*. Rio de Janeiro. Extraído el 10 agosto de 2007 desde http://www.achegas.net/numero/30/ana_cristina_30.pdf
- Stacciarini, J. M. y Andraus, L. M. S. y Esperidião, E. y Nakatani, A. K. I., (1999 outubro - dezembro). *Quem é o enfermeiro?* Revista Eletronica de

- Enfermeagem 1(1). Extraído el 30 enero 2007 desde http://www.fen.ufg.br/revista/revista1_1/12.htm
- Takahashi, O. C. y Hirazawa, A. S. y Souza, N. A. (1995, setembro 11). *Reforma curricular do curso de graduação em enfermagem*. Divulgação Saúde Debate. 59-62.
- Torres, R. L. (2004). *"O Financiamento das Políticas Locais de Saúde"*. Projeto desenvolvido na pós-graduação *stricto sensu* da UERJ a partir do 2º Semestre de 1996. O Financiamento das Políticas Locais de Saúde - 2º semestre de 2004/ 1º semestre de 2005 V- Pesquisa - Integrada Internacional e Integração Econômica. Extraído el 14 enero de 2007 desde <http://www.rlobotorres.adv.br/>
- Universidade Estadual de Londrina; Departamento de Geociências. (2003). *Mapas do Brasil*. Extraído el 14 julio de 2007 desde <http://www.geocities.com/geografiaonline/divises.jpg>
- Universidade Estadual do Rio de Janeiro. (2006). *"O financiamento das políticas locais de saúde"*: projeto desenvolvido na pós-graduação *stricto sensu* da UERJ sobre "Direitos Humanos e Ética", comum às quatro áreas de concentração: "Direito da Cidade", "Direito Civil", "Direito Público" e "Direito.
- Universidade Federal do Paraná. (2007). *Graduação em enfermagem. Curitiba: UFPR*. Extraído el 24 enero 2007 desde http://www.ufpr.br/adm/templates/p_index.php?template=3&Cod=335&hierarquia=6.3.2.15
- Uwe Flick. (Ed. Morrata). (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid. España.
- Villardi, R. y Oliveira, C. A. P. (2 Ed.). (1998). *Múltiplas Leituras da Nova Lei de Diretrizes e Bases*. LDB. Organização Nilda Alves e Raquel. 153.
- Waldow, V. R. (Ed. Vozes). (2005). *Estratégias de ensino na enfermagem: enfoque no cuidado e no pensamento crítico*. Rio de Janeiro. 136 .
Recensão de: BEZERRA, Ana Lúcia Queiroz. Trabalho, Educação e Saúde, v. 5, n. 1, p. 173-176. Extraído el agosto de 2007 desde <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=165>.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Abreu, R. (2004). *Un modelo de la Pedagogía de la Educación Técnica y Profesional*. Tesis Doctoral en Ciencias Pedagógicas, ISPEJV, La Habana.
- Addine, F. y otros. (2000). *Diseño Curricular*. Instituto Pedagógico Latinoamericano y Caribeña. La Habana.
- Alexim, J. (2002). *La certificación en los dominios de la formación profesional y del mercado de trabajo*. Boletín CINTERFOR # 152, 2002. Extraído el 30 junio de 2003 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Alfaro, R. (1996). *Aplicación del proceso de Enfermería*. Guía práctica. 3 Ed. Mosby. Madrid.
- Alfaro, R. (1999). *Aplicación del Proceso Enfermero*. Guía paso a paso. 4 Ed. Springer-Verlang Ibérica. Barcelona.
- Alfaro, R. L. (2003). *Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración*. Masón. Barcelona.
- Alvarez, M. J. M. (2001). *Entender la didáctica, entender el currículum*. Madrid, Miño y Dávila.
- Álvarez, N. y Cardoso, R. y Moreno, M. (2000). *La educación en valores del estudiante universitario a través del proceso docente- educativo*. Universidad. La Habana.
- Álvarez, Z. C. M. y González A. E. M. (2002). *Lecciones de didáctica general*. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.
- Alves, L. G. (2003). *Una metodologia para o ensino por competências na disciplina sistemas digitais da habilitação profissional de nível técnico em eletrotécnica do CEFETES*. Tesis de maestría en Pedagogía Profesional. ISPETP-Brasil.
- Andrade, A. A. (2001). *Disseminação dos Resultados de uma Avaliação de Larga Escala: a Experiência de SAEB*. In: Anais do Marco de Aprendizagem

- Continua na Avaliação. Salvador, Brasil: Agencia de Avaliação (UFBA; ISP-Fapex). pp. 95-104.
- Angulo, M. N. (2004). *Normas de competencia en información*. Extraído el 30 junio de 2005 desde http://www2.ub.es/bid/consulta_articulos.php?fichero=11angul2.htm
- Angulo, M. N. (2005). *Normas de competencia en información*. p. 13. Extraído el 7 junio de 2006 desde http://www2.ub.es/bid/consulta_articulos.php?fichero=11angul2.htm
- Ansorena, A. (1996). *15 casos para la selección de personal con éxito*. Barcelona, Paidós.
- Anta, G. (2000). *Procesos de acreditación y certificación de la competencia laboral*. CINTERFOR/OIT, Montevideo, 2000. Extraído el 30 junio de 2004 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/publ/anta.htm>
- Aragón, A. (2002). *Situación actual y perspectivas sobre la formación de profesionales en Cuba*. Conferencia magistral. III Encuentro sobre Formación Tecnológica de Europa y América Latina. Hotel Neptuno, Ciudad de la Habana, del 4 al 8 de noviembre, 2002. CD-ROM
- Arancibia, H. M. y Pérez, S. M. H. (2002). *Antecedentes conceptuales, tecnológicos y pedagógicos para la propuesta de un modelo educativo a distancia*. En: Estudios Pedagógicos. Chile. No. 8, p. 128-157. Extraído el 6 agosto de 2005 desde <http://www.infoenlace.com.co/ifetrac/udea/>
- Aranes, S. L. y Mamede, M. V. (2003). *A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado*. Rev. Latino-am Enfermagem. Jan-fev; 11(1): 49-58.
- Arbizu, F. (1998). *La Formación Profesional Específica. Claves para el desarrollo Curricular*. Ed. Santillana Profesional, Madrid.
- _____. (2002). *La Perspectiva del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación profesional en España*. Transparencia, reconocimiento y calidad de competencias. Boletín CINTERFOR # 152, 2002 Extraído el 30 junio de 2004 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Areiza, R. y Henao, L. (2000). *Metacognición y Estrategias Lectoras*. *Revista de Ciencias Humanas*, Número 19, Colombia, 2001, pp. 56-68. <http://www.utp.edu.co/chumanas/revistas/rev19-/areiza.htm>
- Arenas, M. A. y Gutiérrez, M. E. y Figueroa, F. (1998). *Uso de la información y su impacto educativo: la instrucción bibliográfica y su importancia*. En: Reencuentro: análisis de problemas universitarios. México. No. 21 (Abr.). Extraído el 30 junio de 2003 desde

- <http://bibliotecadigital.conevyt.org.mx/servicios/hemeroteca/reencuentro/uie.html>
- Argudelo, S. (2002). *Alianza entre formación y competencia*. CINTERFOR, Montevideo, 2002. Extraído el 3 junio de 2004 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Argudín, Y. (2003). *Educación basada en competencias*. Revista Educar, Extraído el 30 junio de 2004 desde <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/19/19indice.html>
- Aristimuño, A. (2004). *Las competencias en la educación superior: ¿demonio u oportunidad?* Departamento de Educación, Universidad Católica del Uruguay.
- Atkinson, L. D. y Murray, M. E. (1989). *Fundamentos de Enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Bailey, D. y Stewart, L. y Merle, M. (2003). *La incertidumbre frente a la enfermedad*. En Marriner, A. Raile, M. (2003). *Modelos y teorías en enfermería*. (5ª ed.). St. Louis: Mosby, 561-582.
- Barbosa, I. C. F. J. et. al. (2004). *Beneficio de la terapia grupal en la rehabilitación de mujeres mastectomizadas*. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS. 10(2): p. 73-78.
- Barcelos, L. C. y Machado, E. A. (2001). *Relações Raciais entre Universitários no Rio de Janeiro*. Estudos Afro-Asiáticos, a. 23, n. 2. Jul-dez. p. 255-291.
- Barrero, N. (2005). *Diseño de programas de orientación y formación en las empresas: enfoque sistémico, metacognitivo y competencial*. Universidad de Sevilla, España, 2005. Extraído el 30 junio de 2004 desde http://www.cibersociedad.net/public/documents/7_cv1v.doc
- Barreto, F. C. y Schwartzman, J. (2005). *Ensino superior no Brasil: crescimento e alternativas*. Belo Horizonte: UFMG. (Mimeografiado).
- Bauer, M. y Gaskell, G. (eds.) (2000). *Qualitative Researching with Text, Image and Sound*. Londres. Sage.
- Bayes, R. (1991). *Psicología oncológica (2ª ed)*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bazdresch, M. (2001). *Las competencias en la formación de docentes*. ITESO, Jalisco. Extraído el 30 junio de 2003 desde <http://educacion.jalisco.gob.mx/consulta/educar/o5/basdresc.html>

- Bejarano, P. y Jaramillo, I. (1992) . *Morir con dignidad. Fundamentos del cuidado paliativo: atención interdisciplinaria al paciente terminal*. Colombia, Bogotá: Laboratorios ITALMEX.
- Bermúdez, R. (2001). *El aprendizaje formativo: una opción para el crecimiento personal en el proceso de enseñanza – aprendizaje*. Tesis Doctoral en Ciencias Psicológicas. Facultad de Psicología, Ciudad de La Habana.
- Bernhard, P. (2002). *La formación en el uso de la información: una ventaja en la enseñanza superior*. Situación actual. En: Anales de Documentación. España. No. 5; p. 409-435.
- Bianchi, E. R. F. (1999). *Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro do centro cirúrgico*. [tese] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP.
- Bianchini, M. C. (1999). *Saúde Mental e o Trabalho do Enfermeiro*. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- Billarou, N. (2001). *El enfoque de competencia Laboral*. OEI, Madrid. Extraído el 10 junio de 2003 desde <http://www.campus-oei.org/eduytrabajo/billarou.html>
- Boltvinik, J. (2004). *Consecuencias de la desnutrición*. En periódico, *La Jornada*, México, D.F. 30 de abril.
- Bonal, X. et al. (2004). *Apropiacions Escolars*. Barcelona: Octaedro.
- Booth, T. y Ainscow, M. (2002). *Guía para la evaluación y mejora de la educación integradora. Desarrollando el aprendizaje y la participación en las escuelas*. CSIE-Consortio Universitario para la Educación Inclusiva. Universidad Autónoma de Madrid.
- Borrás, J. M. y Borrás, J. y Viladiu, P. y Bosch, F. X. (1997). *Epidemiología y prevención del cáncer a Cataluña*. Barcelona: Instituto Cántala de Oncología.
- Brasil Ministério da Saúde. (2002). *Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Breen, R. y Jonsson, J. O. (2005). Inequality of Opportunity in Comparative Perspective: Recent Research on Educational Attainment and Social Mobility, *Annual Review of Sociology*, 31, pp. 223–243.
- Briascó, I. (2001). *Los sistemas por competencias en el marco de las transformaciones y reformas de la Educación Técnica y Profesional*. Reunión Plan Andino, Caracas, Venezuela, 28 y 29 de junio del 2001. Educación Trabajo, OEI. Extraído el 10 junio de 2003 desde <http://www.oei.es/eduytrabajo>

-
- Buchmann, C. y Hannum, E. (2001) Education and Stratification in Developing Countries: A Review of Theories and Research. *Annual Review of Sociology*, 27: p.p. 27-102.
- Burnier, S. (2003). *Pedagogia das competências: conteúdos e métodos*. Pedagogia Brasil, Extraído el 10 junio de 2003 desde <http://www.senac.br/informativo/bts/273/boltec273e.htm>
- Bustos, R. (2002). *Los programas de competencias de las asignaturas de Medicina*. Gaceta Universitaria. Centro Universitario del Sur. México, 7 de octubre
- Caballero, E. A. F. (2001). *Evaluación e identificación de destrezas del pensamiento crítico en alumnos de primero y segundo año de la carrera de Enfermería-Obstetra*. Santiago de Chile: Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica.
- Calmon, M. (2000). *Qualificação versus competência*. Boletín CINTERFOR # 149 mayo-agosto 2000. Extraído el 10 diciembre de 2003 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public/>
- Calzada, J. F. A. (2004). *Universalización, metacognición y competencia en el proceso docente educativo*. Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona, Ciudad de La Habana.
- Campanario, J. M. (2000). *El Desarrollo de la Metacognición en el Aprendizaje de las Ciencias: Estrategias para el Profesor y Actividades Orientadas al alumno*. Revista Enseñanza de las Ciencias, Volumen 18, Número 3, 2000, pp. 369-380
- _____. (2002). *La enseñanza de las ciencias en preguntas y respuestas*. Universidad de Alcalá, Madrid, diciembre 2002. Extraído el 10 diciembre de 2003 desde <http://www2.uah.es/jmc/webens/potada.html>
- Campbell, C. (1987). *Tratado de Enfermería. Diagnósticos y Métodos*. Doyma. Barcelona.
- Carballo, M. (2003). *La integración de los planes de estudio*. Un reto de nuestros tiempos. Curso Congreso Pedagogía 2003. La Habana, Palacio de las Convenciones
- Carpenito, L. J. (1994). *Planes de cuidados y documentación en enfermería. Diagnósticos de enfermería y problemas asociados*. Madrid.
- Carpenito, L. J. (1995). *Manual de diagnóstico de enfermería*. 5 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.

- Carrasco, R. L. (1998). Versión española del Whoqol. Madrid: Ergon.
- Carrera, F. (2003). *Desarrollo de competencias profesionales en el área de tecnología*. Universidad de Leída. Departamento de Pedagogía y Psicología. Extraído el 2 diciembre de 2003 desde http://www.cab.cnea.gov.ar/goet/competencias_profesionales.pdf
- Cassasus, J. (2001). *Cambios paradigmáticos en educación*. Biblioteca digital de la OEI, Extraído el 10 enero de 2003 desde <http://www.oei.es/>
- Castellanos, B. y otros. (2003). *La gestión de la actividad de ciencia e innovación tecnológica y la competencia investigativa del profesional de la educación*. Curso 20 Pedagogía, ISP Enrique José Varona. IPLAC, Palacio de las Convenciones. La Habana.
- Castellanos, D. (2005). *Estrategias para promover el aprendizaje desarrollador en el contexto escolar*. Curso 26. Congreso pedagogía, Ciudad de La Habana, IPLAC
- Castellanos, D. y otros. (2001). *Educación, aprendizaje y desarrollo*. Curso 16. Pedagogía, IPLAC, Ciudad de La Habana.
- Cejas E. y J. Pérez. (2003). *Un concepto muy controvertido: competencias laborales*. ISPETP. Extraído el 10 diciembre de 2004 desde <http://www.monografias.com>
- Cejas, E. J. P. (2003). *Un concepto muy controvertido: competencias laborales*. ISPETP, Extraído el 10 enero de 2003 desde <http://www.monografias.com>
- Cejas, E. y M. Feijoo, C. V. (2005). *La formación por competencias laborales en su concepción de la educación ambiental*. ISPETP, Ciudad de La Habana. Extraído el 10 diciembre de 2003 desde <http://www.monografias.com/trabajos21/competencias-laborales/competencias-laborales.shtml>
- Cela, J. S. y Montserrat, O. F. (2002). *Competencias profesionales de un perfil psicopedagógico en el proceso de incorporación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) a la docencia universitaria*. U. de Leída Virtual Educa 2002. Extraído el 5 diciembre de 2003 desde <http://www.virtualeduca.org/virtualeduca/virtual/actas2002/actas02/257.pdf>
- Centro Boliviano de Investigación y Acción Educativas (CEBIAE). (2002). *Competencias laborales para cambiar*. Boletín de análisis e información educativa Abril -Edición N° 5.
- Chacón, M. y Grau, J. y Martín, M. y Lence, J. y Abascal, M. E. y Cáceres, C. G. M. (1993). *Estados emocionales generados por situaciones laborales estresantes en enfermeros oncológicos*. Ponencia al XXIV Congreso

-
- Interamericano de Psicología. Memorias del Congreso, editora de la Universidad de Chile.
- Chavarria, X. y Borrell, E. (2002). *Cambios en las organizaciones educativas para afrontar los retos de la enseñanza actual*. Suplemento del boletín de Educaweb (52). ISSN: 1578-5793. Extraído el 30 junio de 2005 desde <http://www.educaweb.com/esp/servicios/monografico/gdc/100566.asp#>
- Chávez y col. (1996). *Satisfacción laboral en médicos y enfermeras*. Revista Médica IMSS. Mayo-junio, 34(3):253-256. México.
- Chiavenato, Y. (1990). *Administración de recursos humanos*. Trad. María Isabel Fittipaldi de Ruíz. México, McGraw-Hill.
- Chile. Ministerio de Salud. (2007). *Plan de apoyo al cuidador de personas en situación de Dependencia severa*.
- Chirino, M. (2002). *Perfeccionamiento de la formación inicial investigativa de los profesionales de la educación*. Tesis en opción al grado científico de Doctor en Ciencias Pedagógicas. Ciudad de la Habana, ISPEJV.
- Chrobak, R. (2001). *La Metacognición y las Herramientas Didácticas*. Universidad Nacional del Comahue, Departamento de Física, Buenos Aires.
- CIDEC. (2002). *Competencias Profesionales Enfoques y modelos a debate*. Cuaderno 27 CIDEC, Madrid. Extraído el 10 enero de 2004 desde <http://www.cidec.es>
- CINTERFOR/OIT. (2000). *La propuesta de un sistema de formación y certificación en el INSAFORP de El Salvador*. Boletín CINTERFOR # 149, mayo agosto. Extraído el 15 enero de 2005 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Cocca, J. (2003). *Las Competencias profesionales*. s/p, Extraído el 30 enero de 2003 desde <http://www.fceia.uni.ar>
- Colectivo de autores del ISPETP. (2002). *Taller sobre competencias laborales*. Notas tomadas del taller efectuado en el ISPETP. 19 de diciembre.
- Colom, A y Mèlich, J. C. (1994). *Después de la modernidad*. Paidós. Barcelona, España.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL. (2001). *Una década de luces y sombras: América Latina y el Caribe en los años noventa*. CEPAL; Alfaomega : Santiago de Chile, Bogotá, p.306.
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. (1999). *Clasificación Internacional de la Atención Primaria*. 2ª Ed. Barcelona. Masson.

- Competencias Laborales. (1998). *Metodología AMOD para la construcción de un Curriculum de Capacitación Seminario*. Taller coordinado por el Dr. Leonard Mertens, Dirección Nacional de Políticas de Empleo y Capacitación. Buenos Aires, 30 de septiembre. Extraído el 10 enero de 2003 desde <http://www.cinterfor.org.uy/>
- Confederación Europea de los Sindicatos (CES). (2002). Unión de las Confederaciones de la Industria y de los Empleadores de Europa. *Marco de las acciones para el desarrollo de las competencias a lo largo de la vida*. Boletín CINTERFOR # 152. Extraído el 30 enero de 2004 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Cong, M. (2004). *Perfil de competencias para la función docente en la facultad de ciencias económicas de la UNICA*. En *Universidad*. 4ta Convención Internacional de Educación Superior. La Habana, 1ro al 5 de febrero. CD-ROM
- Consejo de Normalización y Certificación de Competencia Laboral (CONOCER). (2001). *Análisis Ocupacional y Funcional del Trabajo*. OEI, España. Extraído el 30 enero de 2004 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (1996). *La clasificación internacional para la práctica de enfermería: un marco unificador*. La versión Alfa. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra.
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (1999). *Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería (CIPE)*. Beta. Consejo Internacional de Enfermeras. Ginebra.
- Conselho Federal de Enfermagem. (2003). *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. COREN- CE.
- Cordao, F. (2002). *O certificado profissional no Brasil*. Boletín CINTERFOR # 152. Extraído el 30 enero de 2004 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Corral, R. (2004). *El currículo docente basado en competencias*. Facultad de Psicología, Universidad de La Habana.
- Costa, M. M. (1999). *A saúde dos seios*. 1ª edição, Rio de Janeiro, Diagraphic Editora.
- Costales, I. H. y Díaz, M. A. y Torres, C. R. (2003). *Exploración de conocimientos sobre el auto examen mamario*. Rev. Cubana de Enfermería. Set-diez; 19(3): Ciudad de la Habana.
- Cuesta, A. (2002). *Gestión de Competencias*. Editorial Academia, Ciudad de la Habana

- Cuesta, A. y Guirao, A. y Benavent, A. (1994). *Diagnóstico de Enfermería. Adaptación al contexto español*. Diaz de Santos. Madrid.
- Cunha, L. A. (1995). *Educação e Desenvolvimento Educacional no Brasil*. Rio de Janeiro. Francisco Alves.
- D`Angelo, O. (2005). *Formación por competencias, complejidad y desafío de la educación histórico-cultural, humanista y crítica*. Ponencia presentada en Pedagogía, La Habana. CD-ROM
- Davidoff, L. L. (1983). *Introdução à psicologia*. Tradução Auriphebo Berrance Simões, Maria da Graça Lustosa; revisão técnica Antonio Gomes Penna. - São Paulo (SP): Mc Graw-Hill do Brasil, p. 426-470.
- de la Iglesia, R. y Masdeu, M. y Ollero, M. A. y Solé, C. (1997). *Atención Domiciliaria de Enfermería. Instituto Cántala de la Salud. División de la Atención Primaria*. EAP El Carmel. Barcelona.
- de Merinfeld, L. (1989) . *Psicología y cáncer: introducción al tema*. Potencia al VII Congreso Interamericano CRILA. Memorias del Congreso. Editorial de la Universidad de Puerto La Cruz.
- Del Pino, R. et al. (1992). *Protocolo de atención de enfermería al paciente diabético*. Un enfoque desde el auto cuidado. Revista Index de Enfermería. Vol. 1, nº 1, p. 46-51. Primavera.
- Del Pino, R. y Frias, A. y Palomino, P. A. y Cantón, D. (1995). *Modelos en Enfermería Comunitaria*. Revista Rol de Enfermería. Vol. 18, nº 207, p. 57-63. Noviembre.
- Deluiz, N. (2003). *O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo*. Brasil. Extraído el 30 mayo de 2004 desde <http://www.mec.gov.br/semtec>
- Díaz, M. A. E. y Quiroz, P. R. E. (2002). *Reflexiones teóricas sobre la relación entre la pedagogía y la didáctica*. En: Lecciones Inaugurales 2002, Revista Educación y Pedagogía. Medellín. Separata No. 32 (Jun.); p. 32.
- Doenges, M. E. y Moorhouse, M. F. (1992). *Guía de bolsillo de Diagnósticos y Actuaciones de Enfermería*. Doyma. Barcelona.
- Donna. G. (2001). *Cuando es imprescindible generar empleabilidad*. Empresas y trabajadores en búsqueda de formación por competencias. Página Web. Argentina. Extraído el 30 mayo de 2004 desde <http://www.psiconet.com>
- Dorado, C. (2001). *La Metacognición. Aprender a Aprender Estrategias y Técnicas*. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001. Extraído el 30 mayo de 2003 desde cdorado/cdoral/esp/index.htm □ <http://www.xtec.es/>

- Dressler, D. y Boemer, M. R. (1991). *O significado do cuidado do paciente com aids: uma perspectiva de compreensão*. Revista Brasileira de Enfermagem; 44 (1): pp.70-81.
- Duarte, G. et al. (1998). *Definición de un catálogo de intervenciones de enfermería y su utilización como hoja de registros de las actividades de enfermería en las consultas de Atención Primaria*. Revista de Enfermería Clínica. Vol. 8, nº 5, pp.203-209.
- Duran, M. (2002). *Volver al futuro*. Un homenaje a los 25 años de enfermería en la Universidad. Revista Rol de Enfermería, 25 (1): pp.22-30.
- Eggen, P. D. y Kauchak, D. P. (2001). *Estrategias docentes: enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica, p. 493.
- Enebral, J. (2005). *Competencias para ser competente*. ABC formación, Colombia. Extraído el 25 abril de 2004 desde <http://www.abcformacion.com/contenidos/direccion-management-0078.htm>
- Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) (1997). *Experiencia del área hospitalaria, Virgen Macarena de Sevilla*. La satisfacción del profesional, termómetro de la organizacional. Diario médico gestión. Septiembre.
- España, O. (2005). *Límites y posibilidades de la educación superior en Centro América*. Extraído el 25 junio de 2005 desde http://www.csuca.edu.gt/Eventos/VIcongreso/vicongreso_files/Ejes/tema1.doc
- Estapé, J. y Doménech, M. (1992). *Enfermería y Cáncer*. Editorial Doyma.
- Esteve, I. y Orti, C. (1997). *Aula de Atención Primaria. La Atención de enfermería a la atención primaria*. Institutí Cátala de la Salud. Barcelona. Octubre.
- Fernández, G. A. y otros. (2003). *De las capacidades a las competencias: una reflexión teórica desde la psicología*. Revista Varona Número 36-37 (Enero - Diciembre), Cuba, pp. 22-25.
- Fernández, L. N. (1999). *Armonización de requerimientos educativos y migratorios entre países del MERCOSUR*, Buenos Aires, OIM, (mimeo).
- (2003a). *La educación superior argentina en debate. Situación, problemas y perspectivas*, Buenos Aires, Eudeba-iesalc/UNESCO.
- (2003b). *Los procesos de evaluación y acreditación universitaria en América Latina*, en Evaluación de la Calidad y Acreditación, Madrid, uealc, aneca.

-
- (2004). *Una nueva agenda para la educación del futuro. La internacionalización de la educación virtual y la evaluación de su calidad, virtual educa*. Forum de Barcelona.
- Fernández, A. F. C. (1997). *O cotidiano da mulher com câncer de mama. Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura*. Fortaleza, 1997.
- Fletcher, S. (2000). *Diseño de Capacitación basada en competencias laborales*. Panorama Editorial. México D. F.
- Flick, U. (2000). ‘*Episodic Interviewing*’, en M. Bauer y G. Gaskell (eds.), *Qualitative Researching with Text, Image and Sound. A Handbook*. Londres. Sage, pp.72-92.
- (2002). ‘*Qualitative Research. State of the Art*’. *Social Science Information*, 41 (1). Pp. 5-24.
- (2004). ‘*Triangulation in Qualitative Research*’, en U. Flick, E. V. Kardorff e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*. Londres. Sage, pp. 178-183.
- (2005). *Qualitative Research in Psychology. A Textbook*. Londres. Sage.
- y Bauer, M. (2002). ‘*Teaching Qualitative Research*’, en U. Flick, E. V. Kardorff e I. Steinke (eds.), *Qualitative Research. A Handbook*. Londres. Sage.
- Kardorff, E. V. y Keupp, H. y Rosenstiel, L. V. y Wolff, S. (eds.) (1995). *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (2 ed.). Munich. Psychologie Verlags Union.
- Kardorff, E. V. y Steinke, I. (eds.) (2004). *A Companion Qualitative Research*. Londres. Sage.
- Flores, I. y Boixader, E. (1996). *Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años*. Revista Enfermería Clínica. Vol. 6, nº 6, p.p. 242-248.
- Flórez, O. R. (2001a). *Evaluación, pedagógica y cognición*. Bogotá: MacGraw-Hill, p. 226.
- (2001b). *Autorregulación, Metacognición y Evaluación*. Acción Pedagógica, Volumen 9, Números 1 y 2, pp. 4-11.
- Forgas, B. J. (2003). *Diseño Curricular por Competencias: Una Alternativa para la Formación de un Técnico Competente*. Curso 14 Pedagogía. Ciudad de La Habana, 2003

- _____. (2005). *Modelo para la formación profesional basada en competencias profesionales*. Ponencias presentada en Pedagogía, Ciudad de la Habana, CD-ROM
- _____. (2005). *Una metodología para el diseño curricular basado en competencias profesionales*. Curso 53, Congreso Pedagogía, Ciudad de la Habana, IPLAC.
- Frias, O. A. et al. (1993). *Validación de la taxonomía diagnóstica de los problemas identificados con mayor frecuencia por los enfermeros en pacientes con hipertensión arterial en atención primaria*. Revista Enfermería Clínica. Vol 3, nº 3, pp. 102-108.
- Gadamer, H. G. (1991). *Verdad y Método*. Ediciones Sígueme. Salamanca, España.
- García, G. F. J. (2004). La formación de usuarios en la biblioteca pública virtual. *Recursos y procedimientos en las bibliotecas públicas españolas*. En: Anales de Documentación, Nº 7. Extraído el 3 junio de 2005 desde <http://www.um.es/fccd/anales/ad07/ad0707.pdf>
- Garcia, H. F. (1999). *Compreendendo a necessidade do paciente com câncer de receber orientações para a cirurgia: Implicações da visita pré-operatória pelo enfermeiro*. Rev. Brasileira de Cancerologia; 45 (02): pp.15-26.
- García, O. M. L. (2005). *Los medios de comunicación multimedia en la biblioteca de la Facultad de Ciencias de la Información*. Extraído el 30 junio de 2005 desde <http://www.ucm.es/info/multidoc/multidoc/revista/cuad6-7/ochoa.htm>
- Geertz, C. (2002). *Available Light. Anthropological Reflections on Philosophical Topics*. Princeton, NJ. Princeton University Press. (Trad. Cast. Reflexiones antropologicas sobre temas filosoficos. Barcelona Paidós).
- Generalita de Cataluña. CADI (1999). Curso de Auto formación para Diplomas en Enfermería. Nº 4. *Atención Domiciliaría*. Instituto de Estudio de la Salud. Fundación Bosch I. Gimpera. Barcelona.
- Gibson, J. et al. (1985). *Organizaciones, conducta, estructura y proceso*. Edit. Interamericana, México.
- Gil, F. y León, J. M. y Jarana, L. (1992). *Habilidades sociales y salud*. España: Eudema.
- Gómez, M. (1994). *Cuidados Paliativos e intervención Psicosocial en Enfermos Terminales*. ICEPSS.

- Gómez, M. y Sabeh, E. (2000). *Calidad de vida*. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca. Madrid: Rialp.
- Gómez, S. R. (2001). *La enseñanza de las habilidades informativas*. Extraído el 30 abril de 2004 desde <http://www.uag.mx/Nexo/mar01/laense.htm>.
- Gómez, X. y Planas, J. y Roca, J. y Viladiu, P. (1996). *Cuidados Paliativos en Oncología*. Editorial JIMS.
- González, A. R. (2004), *Fracaso de México contra la pobreza*. En periódico *La Jornada*, México, D. F. 18 de abril.
- González, F. (2004). *Acerca de la Metacognición*. Universidad Pedagógica Experimental. Libertador, Venezuela. Extraído el 18 abril de 2004 desde <http://cidipmar.fundacite.org.ve/doc/Paradigma-/doc5.htm>
- González, M. B. y otros. (1998). *Oncología clínica*. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid.
- González, M. Et al. (1995). *Medicina Paliativa y Tratamiento de soporte en el Enfermo con Cáncer*. Editorial Médica Panamericana.
- González, M. V. (2002). *¿Qué significa ser un profesional competente? Reflexiones desde una perspectiva psicológica*. Revista Cubana de Educación Superior. Vol. XXIII No. 1 pp. 45 – 53.
- González, F. (2004). *Acerca de la Metacognición*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Venezuela. Extraído el 25 abril de 2004 desde <http://cidipmar.fundacite.org.ve/doc/Paradigma-/doc5.htm>
- González, R. B. (2005). *La competencia profesional*. *Avanzada Pedagógica*. Boletín sobre Innovación Educativa con TIC, Centro de Referencia para la Educación de Avanzada, La Habana, Mayo.
- González, S. M. (2002). *Aspectos metodológicos para la incorporación del enfoque de competencias en el sector público municipal*. VI Congreso Internacional del CLAD. 15/05/2002. . Extraído el 3 abril de 2004 desde <http://www.clad.org.ve/anales>
- Gordillo, G. (2004). *"La metástasis de la desigualdad"*, en periódico *La Jornada*, México, D.F.18 de abril.
- Gordon, J. (1988). *El desafío de la epidemiología*. Publicación científica OPS, 500, pp.10-12.
- Gordon, M. (1996). *Diagnóstico Enfermero*. Mosby/Doyma Libros. 3 Ed. Madrid.

- Haro, S. (2004). *Evaluación de competencias profesionales: ¿Criterios o Normas?* Universidad Pontificia de La Paz, Bolivia.
- Henderson, V. (1994). *La naturaleza de la Enfermería*. Interamericana- Mc-Graw-Hill. Madrid.
- Hernández, L. y Grau, J. y Chacón, M. y Jiménez, P. (1995). *Síndrome de Burnout en médicos y enfermeros que laboran en el Instituto Nacional de Oncología*. Tesis, Ciudad de La Habana. Facultad de Salud Pública.
- Herrera, A. (2003). *¿Qué es el pensamiento crítico?* disponible en URL: _Extraído el 15 abril de 2005 desde <http://www.rebelion.org/otromundo/030812freire.htm>
- Herrera, F. J. L. (2003). *Un modelo del proceso docente – educativo en las unidades docentes para el desarrollo de la práctica investigativo – laboral*. Tesis doctoral. Universidad de Pinar del Río.
- Hitzler, R. y Eberle, T. S. (2004). "Phenomenological Lifeworlds Analysis", en U. Flick, E. V. Kardorff e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*. Londres. Sage.
- Holloway, N. M. (1990). *Planes de Cuidados en Enfermería Médico-Quirúrgica*. Doyma. Barcelona.
- Hopf, C. (2004). "Qualitative Interviews. An Overview" en U. Flick, E. V. Kardorff e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*. Londres. Sage, pp. 203-208.
- INEP/ MEC. (2004). *Qualidade da educação – uma nova leitura do desempenho dos estudantes da 3a série do ensino médio*. Brasília: Inep.
- INFOTEP. (2003). *Competencia laboral y la capacitación en la empresa*. Revista Integración Año 1 No. 2 pp. 28-31, República Dominicana. Extraído el 19 abril de 2003 desde <http://www.infotep.gov.do/Infotep-Indice.html>
- Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología – Conciencias. (2002). *Plan estratégico programa nacional de ciencias sociales y humanas: balance y perspectivas*. Plan de acción.
- IPEA. (2005). *Radar Social*. Brasilia: IPEA.
- Irigoin, M. F. V. (2002a). *Certificación de competencias. Del concepto a los sistemas*. Boletín CINTERFOR # 152. Extraído el 19 abril de 2003 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- _____. (2002b). *Competencia Laboral: manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector salud*. Montevideo, CINTERFOR – OPS. Extraído el 19 junio de

- 2003 desde
<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/newsroom/-whatsnew.htm>
- Isla, X. (1996). *Percepción de incertidumbre de los pacientes diabéticos, controlados en el Consultorio*. Adosado de Especialidades, del Hospital Herminia Martín de Chillán. Chile 1994-1995. *Revista Ciencia y Enfermería* II (1): pp. 71-80.
- Iyer, P. W. y Tapich, B. y Bernocchi, L. D. (1997). *Proceso y diagnóstico de enfermería*. 3 Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- Izuzquiza, I. (1990). *La Sociedad sin Hombres*. Anthropos. Barcelona, España.
- Jaffe, M. S. Skidmore-Roth, L. (1998). *Enfermería en Atención Domiciliaria*. Valoración y Planes de Cuidados. 3 Ed. Harcourt Brace. Madrid.
- Jaramillo, O. M. R. M. (2000). *Revisión conceptual de la biblioteca pública*. En: *Revista Interamericana de Bibliotecología*. Medellín. Vol. 23, no. 1-2 (ene. – dic., 2000); pp. 13-56.
- Jiménez, V. S. (2003). *Fundamentos del diseño curricular en la educación técnica y profesional*. Curso Pedagogía. La Habana, Palacio de las Convenciones.
- Kaufmann, A. E. (1989). *Los enfermos frente a su cáncer*. En, Kaufmann, A.; Aiach, P.; Weissman, R. *La enfermedad grave. Aspectos médicos y psicosociales*. Madrid: Editorial Interamericana-Mc Graw Hill.
- Kérouac, S. et al. (1996). *El pensamiento enfermero*. Masson. Barcelona.
- Kligerman, J. (2000). *Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. [editorial]. *Revista Brasileira de Cancerologia*, pp.46-92.
- Kramer, M. y Schmalenberg, C. I. (1992). *Trabajo, satisfacción y retención, reflexiones para la década de los noventa*. Nursing. Enero-febrero. Barcelona, España.
- Latapí, S. P. (2003). *¿Cómo aprenden los maestros?* Serie: Hacia una política integral para la formación y el desarrollo profesional de los maestros de educación básica, cuaderno de discusión 6, México: SEP.
- Lemaitre, M. J. (2002). *Aseguramiento de la calidad en tiempos de cambio: la experiencia de Chile*, Cartagena de Indias, CNA.
- Lémez, R. (2002). *La construcción y aplicación del Mecanismo de Acreditación MERCOSUR: fortalezas y debilidades*, Proyecto alfa-acro, Montevideo.

- León, J. M. y Jarana, L. y Blanco, A. (1991). *Entrenamiento en habilidades sociales al personal de enfermería: efectos sobre la comunicación con el usuario de los servicios de salud*. Clínica y Salud; 2(1) pp. 73-80.
- Lincoln, Y. S. y Denzin, N. K. (2000). "The Seventh Moment", en N. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2 ed.). Londres. Sage, pp.1047-1065.
- Llanio, G y de la Rúa, M. (2001). *Currículo e interdisciplinariedad*. Curso 23. Pedagogía, IPLAC, Ciudad de La Habana,
- Llivina, M. y otros. (2005). *Una visión alternativa de la competencia para la investigación educativa*. Ponencia presentada en el Congreso Pedagogía 2005, Ciudad de La Habana. CD-ROM
- Locatelli, I. (2001). *Políticas de Avaliação no Brasil*. In: Anais do Marco de Aprendizagem Continua na Avaliação. Salvador : Agencia de Avaliação (UFBA;ISP-Fapex). pp. 7-14.
- Lopez, M. I. (1994). *Atención Domiciliaria. Diagnósticos de Enfermería*. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid.
- López, P. R. (2000). *Información bibliográfica*. Extraído el 30 junio de 2005 desde <http://www.geocities.com/zaguan2000/414.html>
- Luders, C. (2004). " Field Observation and Ethnography", en U. Flick, E. V. Kardorff e I. Steinke (eds.), *A Companion to Qualitative Research*. Londres. Sage, pp. 222-230.
- Lugo, J. y Bacallao, J. y Rodríguez, G. (1998). *Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mamas*. Revista Cubana Oncología. Cuba:14 (2), pp. 83-6.
- Lugones, M. (2002). *Algunas consideraciones sobre la calidad de vida*. Revista Cubana Medicina General Integral, 4.
- Luis, M. T. (2002). *Los Diagnósticos enfermeros, Revisión crítica y guía práctica*. 2ª Edición. Masson.
- Luis, M. T. y Fernandez, C. y Navarro, M. V. (1998). *De la teoría a la práctica*. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. Masson. Barcelona.
- Liotard, J. F. (1987). *La condición Postmoderna*. Cátedra. Madrid, España.
- M.Cs Yudith, A. S. y M.Cs Magdalena, Z. E. y M.Cs Juan, A. C. M. (2005). *Estrategia para fomentar el pensamiento crítico en estudiantes de Licenciatura en Enfermería*. Educ Med Sup; p.19 (4).

- Manual de Enfermería. (1993). *Cuidados Paliativos de enfermos oncológicos terminales*. Asociación Española Contra el Cáncer.
- Martin, E. y Garcia, F. y Asenjo, A. (1997). *Diagnósticos de Enfermería. Estrategia de implantación*. Revista Rol de Enfermería. Vol. 20, nº 225, pp. 57-63. Mayo.
- Martín, I. J. (2001). *Enseñanza de procesos de pensamiento: metodología, metacognición y transferencias*. Revista Electrónica de Investigación Educativa, Volumen 7, Número 2_2. Extraído el 30 junio de 2005 desde http://redie.ens.uabc.mx/vo7_no2_2/martin.html
- Martínez, M. y Custey, M. A. et al. (1996). *Validación de una clasificación de diagnósticos de enfermería en atención primaria*. Revista Enfermería Clínica. Vol.6, nº 1, pp.1-10.
- Martínez, V. y Lozano, A. (1998). *Calidad de vida de los ancianos*. Castilla: Colección Ciencia y Técnica. Editorial Universidad de Castilla-La Mancha.
- Martins, J. J. y Albuquerque, G. L. y Nascimento, E. R. P. et al. (2007). *Necesidades de educación en salud de los cuidadores de ancianos en el hogar*. Texto contexto - enfermería, vol. 16, no. 2 Extraído el 28 junio de 2005 desde http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072007000200007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0104-0707.pp.254-262.
- Martins, V. S. G. (2000). *Programa de integração e capacitação de usuários : a experiência do Sistema de Bibliotecas da UNICAMP*. En: Congresso Internacional de Arquivos, Bibliotecas, Centros de Documentação e Museos. (1 : 2002 : São Paulo). Memórias del I Congresso Internacional de Arquivos, Bibliotecas, Centros de Documentação e museos São Paulo : Imprensa Oficial do Estado, pp. 295-302.
- Mayarí, M. (2004). *Modelo didáctico para la formación por competencias en el contexto cubano: una propuesta*. ISPETP. Ponencia presentada en el IV Encuentro Europa - América Latina sobre Formación y Cooperación Tecnológica y Profesional. Isla Margarita, 1 al 5 de Noviembre. (CD-ROM)
- Mc Laughlin, C. J. et al. Trasplante de médula ósea. (1995). *Oncología Práctica*. Cameron Robert B. Primera Edición. Panamericana; 6:pp.30-36.
- McCloskey, J. C. y Bulechek, G. M. (2001). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. 3ª Ed. Harcourt. Madrid.

- Medina, G. C. (2001). *Escuela integral alternativa: fundamentos generales*. Bogotá: Rodríguez Quito Editores. p. 257.
- Mello, G. N. (1994). *Escolas Eficazes: Um tema revisado*. In: Xavier, A. C. et al. (Org.) *Gestão Escolar : Desafios e Tendencias*. Brasilia. IPEA. pp. 329-369.
- Mello, R. F. (1999). *Educação do Usuário a Distancia*. En: Transinformação. Campinas. São Paulo. Vol. 11, no 3 (set. – dez.); p. 287-291.
- Meras, B. y Tiscareño, M. L. (2001). *Programa: desarrollo de habilidades informativas*. México : s.n.. p. 4 .
- Milkovich, T. y Boudreau, W. (1994). *Dirección y administración de recursos humanos, un enfoque estratégico*. Edit. Addison Wesley Iberoamericana, EE.UU.
- Miranda, A. F. (1998). *Estresse ocupacional: inimigo invisível de enfermeiro*. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- Miranda, C. M. L. y Figueiredo, A. C. y Vieira, M. A. (2000). *Cuidando de quem cuida; uma experiência de supervisão em enfermagem*. Rio de Janeiro (RJ), Cadernos IPUB,19(16): pp. 37-53.
- Moehlecke, S. (2000). *Propostas de Ações Afirmativas para o Acesso da População Negra ao Ensino Superior no Brasil* In: Delcele Queiroz [et al]. *Educação, Racismo E Anti-Racismo*. Salvador: Programa A Cor da Bahia/UFBA. pp. 69-96.
- Mora, J. G. (2002). *La evaluación y la acreditación de programas académicos en España y en la Unión Europea*, Cartagena de Indias, CNA.
- Moreno, B. y Oliver, C. y Aragonese, A. (1991). *El "burnout": una forma específica de estrés laboral*. En: Buéla-Casall, Caballo (Eds) *Manual de Psicología Clínica Aplicada*. España: Siglo XXI, pp.271-79.
- Moreno, B. (1995). *Variables implicadas en el burnout de enfermería: un modelo estructural de diagnosis*. Madrid: UAM.
- Moro, L. (1997). *Variables que influyen en la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer*. Extraído el 22 de abril 2005, disponible en <http://www.fsmorente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicología/iberpsi2/moro/moro.htm>
- Muñoz, C. S. M. y Núñez, A. (2004). *Desarrollo y heterogeneidad de las instituciones de educación superior particulares*. México: ANUIES.
- Murray, M. (2000). *Levels of Narrative Analysis in Health Psychology*. *Journal of Health Psychology*, 5. pp.337-349.

- Murray, M. E. Atkinson, L. D. (1996). *Proceso de Atención de Enfermería*. 5 Ed. McGraw-Hill Interamericana. México.
- Neave, G. ; Van, V. F. (1994). *Prometeo Encadenado*. Gedisa. Madrid.
- Normas, S. (2002). *Alfabetización informativa en educación superior: declaratoria / Jesús Cortés. et. al.* En: Tercer Encuentro sobre Desarrollo de Habilidades Informativas. Ciudad Juárez, (segundo borrador). Extraído el 3 junio de 2003 desde <http://www.nclis.gov/libinter/infolitconf&meet/JesusLauInfolitArticle-Spanish.pdf>
- North American Nursing Diagnosis Association (NANDA). (2001). *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2001-2002*. Harcourt. Madrid.
- Ojalvo, V. (2000a). *Competencia Comunicativa y educación de los valores en estudiantes universitarios*. Universidad. La Habana.
- Ojalvo, V. (2000b). *Educación democrática y formación de valores en estudiantes universitarios*. Universidad 2000, La Habana.
- Olaya, G. J. C. (2005). *Las tecnologías de información en bibliotecas: caso peruano*. Extraído el 30 junio de 2005 desde <http://www.ucm.es/info/multidoc/multidoc/revista/num9/general/olaya.htm>
- Oliveira, M. S. de Fernandes, A. F. C. (2003). *Cuidados de enfermagem em mulheres no pré-operatório de mastectomia*. In: XXII Encontro Universitário de Iniciação a Pesquisa, Fortaleza. Anais... CD ROOM, Fortaleza: UFC.
- Oliveira, R. (1999). In ANDES - Associação Nacional Dirigentes do Ensino Superior-Andes-SN. InformAndes. Ano X. nº 89. Jan/fev. p. 99.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1995). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10)*. Décima Revisión. Volumen 1. Publicación Científica No. 554. Organización Panamericana de la Salud. Washington.
- Ortiz, E. (1999). *Un modelo de personalidad para la formación de valores en la educación superior*. Magistralis, Nº 16, Enero-Junio. Universidad Iberoamericana de Puebla, México.
- Osório, R. G. (2003). *O sistema classificatório de 'cor ou raça' do IBGE*. Brasília: IPEA. (Texto para discussão nº 996).
- ____ (2004). *A mobilidade social dos Negros Brasileiros*. Brasília: IPEA. (Texto para discussão nº 1033)

- Otto, S. E. (2002). *Oncologia. Revisão técnica: Marília Chagas Moreira*. Trad: Ivan Lourenço Gomes, Maria Angélica Borges dos Santos - Rio de Janeiro: Reichmann y Affonso Editores.
- Palomino, P. A. y Frias, A. y del Pino, R. (1995). *Los productos enfermeros en atención primaria de salud: aproximación desde el marco de cuidados*. Revista de Enfermería Clínica. Vol. 5, nº 2, p. 72-75.
- Paravic, T. (1998). *Satisfacción laboral de mujeres académicas de la Universidad de Concepción*. Chile. Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería Universidad de São Paulo. Brasil.
- Parra, S. (2002). *Satisfacción laboral de las(os) enfermeras(os) que trabajan en el servicio de atención médica de urgencia (SAMU) en la Región Metropolitana y VIII Región de Chile*. Tesis para optar al grado de magíster en Enfermería Comunitaria, Universidad de Concepción, Chile.
- Parra, V. I. B. (2002). *Modelo didáctico para contribuir a la dirección del desarrollo de la competencia didáctica del profesional de la educación en formación inicial*. Tesis doctoral en Ciencias Pedagógicas. ISPEJV, Ciudad de La Habana.
- Pasturino, M. (1999). *La construcción de competencias profesionales y laborales en los programas de inserción productiva*. CINTERFOR/OIT. Cuadernos Estudio y Trabajo.
- Pedrosa, L. A. K. y Vietta, E. P. (1999). *Saúde mental das enfermeiras: suas crenças e vivências*. In R. C. Labate (org.) Caminhando para a assistência integral, Ribeirão Preto (SP). Scala. pp.73- 82.
- Peitchnis, J. A. (1982). *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. Madrid: Alhambra.
- Pérez, M. L. y otros. (2002). *La personalidad: su diagnóstico y desarrollo*. ISPETP, Ciudad de La Habana.
- Polit, D. F. y Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem*. Trad: Regina Machado Garcez. - 3ªed. Porto Alegre: Arte Médicas.
- Popa Frómata, I. La formación profesional por competencias en Cuba. Estudio de caso. CINTERFOR-OIT. Pedagogía 2001. La Habana, Febrero de 2001.
- Popim, R. C. (2001). *O cuidador na ação cuidar na enfermagem oncológica: uma perspectiva orientada sob o enfoque de Alfred Schütz*. [tese] Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

- Porto, L. et. al. (2001). *Conduitas em Mastologia. Serviço de Mastologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Ceará - MEAC-UFC.*
- Posada, A. R. (2005). *Formación superior basada en competencias: interdisciplinariedad y trabajo autónomo del estudiante.* Revista Iberoamericana de Educación. Nº 34 (6) Abril. Extraído el 9 junio de 2005 desde http://www.campus-oei.org/revista/edu_sup22.htm
- Power, C. (1997). *La Educación en el siglo XXI.* Educación 91, pp. 38-41 Cuba.
- Programa Formujer. (2003). *Género y formación por competencias: aportes conceptuales, herramientas y aplicaciones.* CINTERFOR/OIT. Montevideo. Extraído el 30 junio de 2005 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Raczynski, D. (2006). Cambio educativo en contextos de pobreza, in: Bonal, X. (ed), *Globalización, educación y pobreza en América Latina. ¿Hacia una nueva agenda política?*, Barcelona: CIDOB, pp. 297- 318.
- Ravela, P. (2001). *Como Presentan sus Resultados los Sistemas Nacionales de Evaluación Educativa en América Latina.* OPREAL, agosto 2001.
- Rayón y otros (2002). *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica.* Volumen II. Síntesis. Madrid.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española.* 2 ed. Madrid: Real Academia Española.
- Reis, E. P. (2000). *Percepções da Elite sobre Pobreza e Desigualdade.* Revista Brasileira de Ciências Sociais. p. 15(42).
- ___ y Moore, M. (2005) . *Elite Perceptions of Poverty and Inequality.* Cape Town and London- New York, CROP- David Phillip and Zed Books.
- Rendón, G. N. E. (2000). *La formación de usuarios de la información: una propuesta curricular.* En: Revista Interamericana de Bibliotecología. Medellín. Vol. 23, no. 1-2 (Ene. – Dic.); pp. 91-105.
- Revista de la Sociedad Española del Dolor. (1995). *Cuidados Paliativos.* Editorial Garsi.
- Richards, L. (2000). "Writing. A Method of Inquiry", en N. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2 ed.). Londres. Sage, pp.923-942.
- Robbins, S. (1987). *Comportamiento organizacional.* Conceptos, controversias y aplicaciones, 3ª Ed., Edit. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A. México.

- Rodrigues, J. V. y Braga, E. N. (1998). *Programa cuidando do cuidador em Fortaleza (Ceará)*. In Carvalho M. M. M. J. P. *Psico-oncologia do no Brasil: resgatando o viver/ São Paulo (SP): Summus*. pp. 52-61.
- Salinas, O. C. y col. (1994). *La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica*. *Salud Pública*, 36(1), pp.22-29, México.
- Salvo, C. (1995). *Estrés laboral, extra laboral y síntomas psicossomáticos en la mujer enfermera*. Tesis para optar al grado de magister en Enfermería Médico-Quirúrgica, Universidad de Concepción, Servicio de Salud VI Región, Chile.
- Savater, F. (1999). *Ética para Amador*, Barcelona: Ariel.
- Schwartzmann, L. (2003). *Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales*. *Revista Ciencia y Enfermería IX (2)* pp. 9-21.
- Seale, C. (2000). "Using Computers to Analyse Qualitative Data", en D. Silverman (ed.), *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*. Londres. Sage, pp.154-174.
- SECPAL. (1994-1999). *Medicina Paliativa*. *Revista Multiprofesional*. Vol.1-6.
- Secretaría General del consejo de Universidades. (2002). *Declaración de Bologna, Consejo de Universidades*.
- Shirley, E. O. (1999). *Enfermería Oncológica*. Horcourt Brace. Barcelona.
- Silva, M. A. A. et al. (1997). *Enfermagem na unidade de centro cirúrgico*. São Paulo: E.P.U.
- Simões, F. M. F. (2000). *La filosofía de la educación de Rousseau*. Una propuesta de relectura del Emilio. En: *Revista Educación y Pedagogía*. Medellín. Vol. 12, no. 26-27 (Ene. – Ago.); pp. 65-73.
- Smeltzer, S. C. y Bare, B. G. (2002). *Avaliação e cuidados à pacientes com distúrbios da mama*. In: BRUNNER/SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A., vol.3.
- Sonis, A. y col. (1976). *Atención de salud, tomo II, Medicina sanitaria y administración de salud*. 3 era Ed., Edit. El Ateneo, Chile.
- Souza, P. N. P. (1997). *LDB e ensino superior: Estrutura e funcionamento*. São Paulo: Pioneira, pp. 19-23- 26-27.
- Staab, A. S. y Hodges, L. C. (1997). *Enfermería Gerontológica*. México, McGraw-Hill. pp. 464 – 475.

- Stacciarini, M. R. (1999). *Estresse ocupacional, estilos de pensamento e coping - na satisfação, mal-estar físico e psicológico dos enfermeiros*. [tese] Brasília (DF): Universidade de Brasília.
- Stacciarini, M. R. y Tróccoli, B.T. (2000). *Instrumento para mensurar o estresse ocupacional: inventário de estresse em enfermeiros (IEE)*. Revista Latino-Americana de Enfermagem dezembro; Nº 8 (6), pp.40-49.
- Swearingen, P. L. y Ross, D. G. (2000). *Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios*. 4ª Ed. Harcourt. Madrid.
- Tejada J. (1999). *El formador ante las Nuevas Tecnologías de la Información y la Comunicación: Nuevos roles y competencias profesionales*. Departamento de Pedagogía Aplicada. Universidad Autónoma de Barcelona. Revista Comunicación y Pedagogía. Nº 158, pp. 17-26.
- Tobón, O. y Pineda, M. (2003). *Modelo para la inclusión de contenidos de información en los currículos de ciencias de la salud de la Universidad de Antioquia*. En: Encuentro Internacional de Bibliotecas Universitarias. La biblioteca para una universidad de excelencia (Medellín). Memorias
- Torrado, M. (2003). *Educación para el desarrollo de las competencias: una propuesta para reflexionar*. Madrid. Extraído el 19 junio de 2003 desde <http://www.iespana.es/panelsd/col000202.htm>
- Traber, R. y Freidi, W. y Egger, J. y Rasky, E. (1995). *Burnout en asistentes de enfermería geriátrica*. En: Memorias de la 8a. Conferencia Europea de Psicología de la Salud, dedicada a la Psicología de la Salud y la Investigación en Calidad de Vida. Alicante, II, pp. 832-39.
- Triviños, A. N. S. (1993). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo, Atlas.
- Ubiergo, M. C. y Regoyos, R. S. y Vico, G. M. V. y Reyes, M. R. (2005). *El Soporte de Enfermería y la Claudicación del Cuidador Informal*. Revista Enfermería Clínica. Nº 15 (4): pp. 199-205.
- Ugalde, A. M. Rigor, C. A. (1995). *Diagnósticos de Enfermería. Taxonomía NANDA*. Traducción, revisión y comentarios. Masson. Barcelona.
- Ugartetxea, J. (2001). *La Metacognición, el Desarrollo de la Autoeficacia y la Motivación Escolar*. Revista de Psicodidáctica, Universidad del País Vasco, España, enero - junio, Nº 13.
- Universidad para Todos. (2003). *El oficio de pensar*. Tabloide No 1. La Habana: Edit Juventud Rebelde.

- Valenzuela, S. y Do Carmo, M. (2000). *Accidentes del trabajo: La situación de la mujer del equipo de enfermería en dos hospitales clínicos chilenos*, *Ciencia y Enfermería*. Rev. Iberoamericana de Investigación, Vol. VI, 1, Depto. de Enfermería Universidad de Concepción, Chile, pp. 67-78.
- Vargas, F. (2000). *De las virtudes laborales a las competencias clave: un nuevo concepto para antiguas demandas*. Boletín CINTERFOR # 149, Extraído el 5 junio de 2003 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- _____. (2001). *Las reglas cambiantes de la competitividad global en el nuevo milenio. Las competencias en el nuevo paradigma de la globalización*. Revista Iberoamericana de Educación, OEI.
- _____. (2002). *La formación por competencias. Instrumento para incrementar la empleabilidad*. Organización Internacional del Trabajo. CINTERFOR., Página Web. Extraído el 17 abril de 2003 desde <http://www.cinterfor.org.uy/public>
- Vázquez, M. A. y Bueno, M. y Casals, J. L. y García, J. M. (1998). *Diagnósticos de enfermería sobre riesgos. Análisis coste-efectividad*. Revista Rol de Enfermería. Vol. 21, nº 237, pp. 27-32. Mayo.
- Vela, V. J. (2000). *Educación Superior: Inversión para el futuro*. Revista Cubana de Educación Superior; (XX – 1). La Habana. p. 14.
- Venet, P. (2003). *La escuela en la comunidad. Influencias en el desarrollo de las competencias básicas para el desarrollo de la creatividad*. Curso 34, Pedagogía, IPLAC, Ciudad de La Habana.
- Vera, A. (2001). *Hacia la construcción de un curriculum integrado con proyectos en redes*. Extraído el 14 junio de 2001 desde <http://www.geocities.com/investred2001/curricu.htm#presentacion>
- Vierhaus, R. (2002). *Formación = Bildung / traducido por Juan Guillermo Gómez García*. En: Revista Educación y Pedagogía. Medellín. 2ª época, Vol. 14 (May. – Ago.); separata, p. 8.
- Viveros, F. A. (2000). *Desarrollo de habilidades informativas en la biblioteca Daniel Cosío Villegas*. En: La instrucción de usuarios ante los nuevos modelos educativos. Ciudad Juárez (México): Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Waltenberg, F. (2000). *Iniquidade Educacional no Brasil. Uma Avaliação com Dados do PISA*. Revista Economia. 6(1): pp.67–118.
- Warnier, J. P. (2002). *La mundialización de la cultura*, España:Gedisa
- Weber, M. (1975). *El político y el científico*. Madrid: Alianza editorial.

- Weitzman, E. A. (2000). "Software and Qualitative Research", en N. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research* (2 ed.). Londres. Sage, pp. 803-820.
- Willms, J. D. y Sommers, M. A. (2001). *Resultados escolares na América Latina* (Santiago de Chile and New Brunswick), UNESCO Extraído el 4 junio de 2002 desde <http://www.unesco.org> (and Canadian Research Institute for Social Policy).
- Zuñiga, Y. (2002). *Nivel de satisfacción laboral de las enfermeras de consultorios urbanos y rurales de las comunas de la provincia de Concepción*. Avance de tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería mención Salud Comunitaria, Universidad de Concepción, Chile.

ANEXOS

Anexo A: Universidad de Alcalá

Anexo B: Instituto Nacional del Cáncer/CEDC

Anexo C: Cuestionario utilizado en la investigación

Anexo D: Lista de las Universidades de Enfermería del Estado de Río de Janeiro

Anexo E: Directrices y Bases Educativas

Anexo F: Ley de Graduación de Enfermería.

Anexo G: Abreviaturas.

Anexo H: Cuadros.

Anexo I: Tablas.

Anexo J: Gráficos.

Anexo K: Mapas.

ANEXOS

ANEXO A: Universidad de Alcalá



ANEXO B: Instituto Nacional del Cáncer/CEDC

Coordinación de Enseñanza y Divulgación Científica/Inca



ANEXO C: Cuestionario utilizado en la investigación

La Enseñanza de la Oncología en las Escuelas de Enfermería del Estado de Río de Janeiro

Datos para localización

Universidad/Facultad/Escuela:.....

 Dirección:.....
 Barrio:.....
 Ciudad: UF:..... CP:
 Teléfonos para contacto:..... Telefax:.....
 E-mail:
 Nombre del Director de la Institución:
 Nombre del responsable por el Programa en la Institución:

El Contenido del cuestionario se compone de las siguientes preguntas:

1 – ¿El currículo de su Escuela incluye contenido de Enfermería Oncológica?

- () Si
 () No

2. ¿Cómo se incluye el contenido de enfermería oncológica?

- a-() Charlas informales u ocasionales.
 b-() Clases separadas ministradas en el conjunto del contenido programático de la(s) disciplina(s).
 c-() Conjunto de clases organizadas en secuencia, de modo a constituir una unidad programática, articulada y/o integrada entre las diversas disciplinas.
 d-() Una disciplina específica.
 e-() Una disciplina integrada.
 f-() PIDAAC.
 g-() Otras modalidades de enseñanza:

2.a - ¿Cuál (es) la(s) disciplina(s) que ministra(n) el contenido de Enfermería Oncológica?

2.b - ¿Cuál es la carga horaria teórica y/o práctica dedicada a la(s) disciplina(s) que ministra(n) el contenido de Enfermería Oncológica en su Escuela?

Disciplinas:

Teórica	Práctica	Carga Horaria
.....

3. ¿Cómo es desarrollada la práctica de Enfermería Oncológica? (señalar más de una opinión si necesario).

- Prácticas en unidades específicas de atención a pacientes con cáncer (dispensario y/o unidades de internación).
- Centros de salud.
- Prácticas en unidades generales donde, eventualmente, son internados pacientes con cáncer.
- Visitas a centros especializados en Oncología.
- Otros sectores específicos.

4. Las experiencias prácticas en Oncología, son desarrolladas en las áreas: (señalar más de una opción si necesario).

- Promoción en Salud.
- Prevención y detección precoz del cáncer.
- Tratamiento quirúrgico.
- Quimioterapia.
- Radioterapia.
- Oncología clínica.
- Rehabilitación.
- Cuidados paliativos.
- Otros Especificar:

5. En qué periodo(s) el contenido es ministrado? (Señalar más de una opción si necesario).

Período:

- 1º 3º 5º 7º
- 2º 4º 6º 8º

6. Los docentes tienen conocimiento del programa PIDAAC?

- Si
- No

6a. En caso positivo, los docentes de esta Escuela tienen conocimiento del Programa de Enseñanza de la Cancerología en el curso de Graduación en Enfermería?

- Solamente la Dirección/Coordinación.
- Todos los docentes.
- Solamente los docentes del ciclo básico.
- Solamente los docentes del ciclo profesional.

7. Existe integración entre enfermeros docentes y asistenciales en las acciones de enseñanza de Oncología en la Facultad?

- Si
- No

8. Existe planeamiento de actividades prácticas y/o teóricas-prácticas de los alumnos en Oncología?

- Si
- No

9. En la ejecución de actividades planeadas, el docente: (señalar más de una opción si necesario).

- Ministra clases.
- Auxilia en la supervisión de alumnos en prácticas
- Auxilia en la evaluación de alumnos en las actividades prácticas

10. Existe en esta Escuela profesor(es) interesado(s) para ser multiplicador(es) de la enseñanza de la Oncología para participar del PIDAAC?

- Si
- No

11. Existe o existió algún curso de perfeccionamiento docente en el área Oncológica de esta Institución?

ANEXO D: Lista de Universidades de Enfermería del Estado de Río de Janeiro

El Catastro de las Instituciones de Educación Superior de Enseñanza de Enfermería del Estado de Río de Janeiro

El Ministerio de la Educación, (2004), junto al Instituto Nacional de Estudios y Pesquisa Educacionales (INEP), nos ofreció los Catastros de las Instituciones de Educación Superior de Enseñanza de Enfermería del Estado de Río de Janeiro, que cuenta con la participación de 23 Instituciones reglamentadas y reconocidas pero Ministerio de la Educación donde se ofrece la Enseñanza de Enfermería.

Las Escuelas de Enfermería del Estado de Rio de Janeiro son:

1. Universidade Grande Rio "Professor José de Souza Herdy" – UNIGRANRIO





Organización Académica: Universidad

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: ARODY CORDEIRO HERDY

Dirección de la Sede: CALLE PROFESOR JOSÉ DE SOUZA HERDY 1160 -, Barrio Veinticinco de Agosto

CP: 25071-200 DUQUE DE CAXIAS - RJ

Teléfono: (21) 26727777 Fax: (21) 26731911

e-mail: daa@unigranrio.com.br /Site: www.unigranrio.com.br

Curso: Enfermería

Campus I -Municipio de funcionamiento: DUQUE DE CAXIAS Calle profesor José de Sousa Hery nº 1160 Barrio Veinticinco de agosto Duque de Caxias CP 25071200 tel 26727777 Fax 26714248

Campus II- LAPA Município de funcionamiento: Rio de Janeiro Calle da Lapa, 86 – Centro CP: 20021-180 Tel: 2292-5551

Campus III – SILVA JARDIM BR 101, Km 244 – Imbaú – Silva Jardim CP: 28820-000

Tel: (22) 2668-8052 / 8053 / 8058

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

2. Centro Universitário Augusto Motta – UNISUAM



Organización Académica: Centro Universitario

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: JOSE REMIZIO MOREIRA GARRIDO

Dirección de la Sede: AVENIDA PARIS 72 -Bonsucesso CP: 21041-020 Rio de Janeiro
- RJ

Teléfono: (0xx21) 38829702 Tel: 3882-9772 Fax: (0XX21) 2564 2244

e-mail: reitoria@unisuam.edu.br

Site: www.unisuam.edu.br

Municipio de funcionamiento: Rio de Janeiro

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

3. Escola de Enfermagem da Fundação Técnico Educacional Souza Marques –
EEFTESM



Organización Académica: Facultad

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: Aldira Samantha Garrido Teixeira



Dirección de la Sede: AVENIDA ERNANI CARDOSO 335/345 - Cascadura

CP: 21310-310 RIO DE JANEIRO - RJ

Teléfono: (0xx21) 390 6365 R- 250 Fax: (0xx21) 350 5981

e-mail: ftesm@ism.com.br

Site: www.souzamarques.br

Curso: Enfermería y Obstetricia

Habilitaciones: Enfermería

Município de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Especifico referente a la profesión: Bachiller en
Enfermero General

4. Centro Universitário Celso Lisboa – CEUCEL



Organización Académica: Centro Universitario

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: Paulo César Teixeira

Dirección de la Sede: Calle 24 de Mayo 797 – CP: 20950-091 RIO DE JANEIRO -
RJ Engenho Novo

Teléfono: (0XX21) 2501 4722 Fax: (0xx21) 2501 4722

e-mail: reitoria@celsolisboa.edu.br

Site: <http://www.celsolisboa.edu.br>

Curso: Enfermería

Município de funcionamento: RÍO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Específico referente a la profesión: GRADUACIÓN en
ENFERMERÍA

5. Faculdade de Enfermagem Luiza de Marillac – FELM



IPIRANGA



Organización Académica: Facultad

Categoría Administrativa: Privada - Confesional - Filantrópica

Dirigente Principal: Ricardo Azevedo Dias

Dirección de la Sede: Calle DOUTOR SATAMINI 245 – PRÉDIO CP: 20270-233 RIO DE JANEIRO - RJ

Teléfono: (21) 2568 9350 Fax: (21) 2284 1871

e-mail: diretorgeral@saocamilo-rj.br

Site: www.saocamilo-rj.br

Curso: Enfermería

Habilitaciones: ENFERMERÍA MÉDICO – QUIRÚRGICA

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

6. Faculdade Bezerra de Araújo – FABA



Faculdade Bezerra de Araújo

Organización Académica: Facultad

Categoría Administrativa: Privada - Particular en Sentido Estricto

Dirigente Principal: PROFESORA MARIA JOSÉ BEZERRA DE ARAÚJO

Dirección de la Sede: Calle VIÚVA DANTAS 501 – Campo Grande

CP 23052-090 RIO DE JANEIRO - RJ

Teléfono: (21) 2413 9634 Fax: (21) 2413 1017

e-mail: direcaofaba@yahoo.com.br; teresinhafies@bezerradearaujo.com.br

Site: <http://www.bezerra.dearaujo.com.br>

Curso: ENFERMERÍA

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

7. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO



Organización Académica: Universidad

Categoría Administrativa: Pública Federal

Dirigente Principal: MALVINA TÂNIA TUTTMAN

Dirección de la Sede: Av. Pasteur 296 – CP: 22290-240 RIO DE JANEIRO - RJ

Teléfono: (0xx21) 2543 5615 Fax: (0xx21) 2543 5615

e-mail: proeg@unirio.br

Site: <http://www.unirio.br>

Campi y Unidades fuera de la sede:

- *Campus* Pasteur 436

- *Campus* Voluntários da Pátria

- *Campus* Mariz e Barros

- *Campus* Frei Caneca Calle Doutor Xavier Sigaud, 290, sala 205 – Urca – CP:

2290-180 Tel: 2295-6448 (directo) 2295-5737 r:267, 268 o 269

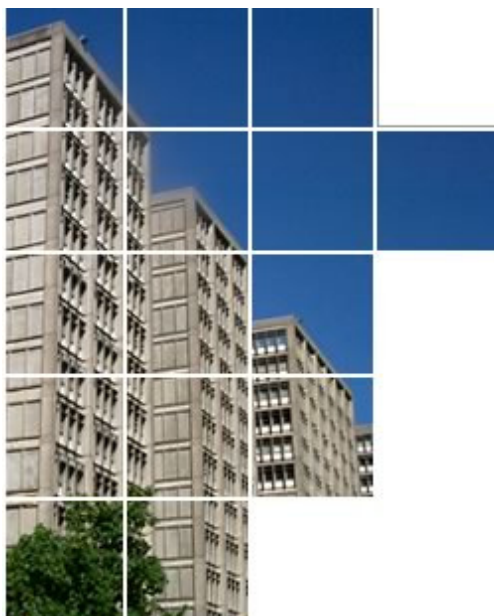
Curso: Enfermería

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller y Licenciado (Lic. Plena)

8. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ





Organización Académica: Universidad

Categoría Administrativa: Pública Estatal

Dirigente Principal: NIVAL NUNES DE ALMEIDA

Dirección de la Sede: Calle SÃO FRANCISCO XAVIER 524 - *CAMPUS* UERJ

CP: 20559-900 RIO DE JANEIRO - RJ o AV. 28 DE SETEMBRO, 157,

1º Piso VILA ISABEL – CP: 20551-030 TEL: 2587-6366

Teléfono: (0xx21) 2587 7100 Fax: (0xx21) 2284 5033

e-mail: datauerj@uerj.br

Site: www.uerj.br

Campi y Unidades fuera de la sede:

- *Campus* da Baixada Fluminense

- *Campus* de São Gonçalo

- *Campus* de Resende

- *Campus* de Friburgo

Curso: Enfermería

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Específico referente a la profesión: ENFERMERO



Organización Académica: Universidad

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: MÁRIO VEIGA DE ALMEIDA JÚNIOR

Dirección de la Sede: Calle IBITURUNA 108 - 2165 Tijuca, bloco B, 6º piso –

Maracanã – CP: 20271-020 RIO DE JANEIRO - RJ

Teléfono: (0XX21) 2574 8800 Fax: (0xx21) 2568

e-mail: postmaster@uva.br

Site: <http://www.uva.br>

Campi y Unidades fuera de la sede:

- *Campus* Cabo Frio Municipio de funcionamiento: CABO FRIO– Estrada das Perynas, s/nº, Barrio das Perynas – Cabo Frio – CP: 28901-970

Tel: (0xx22) 2647-5275

- *Campus* Barra da Tijuca

Curso: ENFERMERÍA

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

10. Universidade Castelo Branco – UCB



Organización Académica: Universidad

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: PAULO ALCÂNTARA GOMES

Dirección de la Sede: AVENIDA SANTA CRUZ 1631 - 21710-250 RIO DE JANEIRO - RJ

Teléfono: (21) 2406 7700 Fax: (21) 2401 9696

e-mail: ai@castelobranco.br Site: www.castelobranco.br

Campi y Unidades fuera de la sede:

- *Campus* Penha Avenida Brasil, 9.727 Penha - Rio de Janeiro 21030-000 - RJ

Teléfono: (21) 2573-3940

- *Campus* Recreio Av. Salvador Allende, 6700 – Recreio - CP: 22780-160 Tel: 2498-3838

- *Campus* Realengo Avenida Santa Cruz, 1631 Realengo - Rio de Janeiro 21710-250 – RJ Teléfono: (21)2406-7700

Curso: Enfermería

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

11. Universidade Estácio de Sá –UNESA





Organización Académica: Universidad

Categoría Administrativa: Privada - Filantrópica

Dirigente Principal: GILBERTO MENDES DE OLIVEIRA CASTRO

Dirección de la Sede: Calle do Bispo 83 – Río Cumprido CP 20261-063 RIO DE JANEIRO - RJ Campus Rebouças

Teléfono: (21) 2430 6757 Fax: (21) 2430 6736

e-mail: vr.graduacao@estacio.br

Site: <http://www.estacio.br>

Curso: Enfermería

Campi y Unidades fuera de la sede:

- *Campus* AKXE - Barra II

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO Av. Prefeito Dulcídio Cardoso, 2900 – Barra da Tijuca – CP: 22631-021 Tel: 3089-5000

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* Bangu

Municipio de funcionamiento: RIO DE JANEIRO Calle Rio da Prata, 391 – Bangu – CP: 21820-090 Tel: 3159-4311 ou 4312

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* Niterói –Calle Eduardo Luiz Gomes, 134 – Centro – Niterói

CP: 24020-340 Tel: 2729-8200

Municipio de funcionamiento: Niterói

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* Nova Friburgo- Jardim Sans Souci, s/nº, Braunes – Nova Friburgo – CP: 28610-010

Tel: (0xx22) 2525-1500

Município de funcionamento: NOVA FRIBURGO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* R9-Taquara

Município de funcionamento: RIO DE JANEIRO Calle André Rocha, 838 – Taquara –
CP: 22710-560 Tel: 3312-6100

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* Rebouças

Município de funcionamento: RIO DE JANEIRO

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* Santa Cruz

Município de funcionamento: RIO DE JANEIRO Calle Álvaro Alberto, 347 – Santa
Cruz – CP: 23550-000 Tel: 3395-4108

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

- *Campus* Campos dos Goytacazes

Município de funcionamento: CAMPOS DOS GOYTACAZES Av. 28 de Março, 423 –
Centro – CP: 28020-740

Tel: (0xx22) 2737-7000

Diploma(s) Conferido(s): Bachiller

12. Universidade Gama Filho – UGF



ERROR: stackunderflow
OFFENDING COMMAND: ~

STACK: