

Desafios da Educação Médica e da Investigação em Saúde no Contexto de Angola

Challenges in Medical Education and Healthcare Research in Angola

Albano V. L. Ferreira^I
Mário Fresta^{II}
Cristóvão F. C. Simões^{III}
Maria do Rosário B. Sambo^I

PALAVRAS-CHAVE

- Educação Médica;
- Recursos Humanos;
- África;
- Angola.

KEYWORDS

- Medical Education;
- Human Resources;
- Africa;
- Angola.

RESUMO

Os apelos para reformas na educação médica são constantes e têm sido objeto de recomendações produzidas nos últimos cem anos, destacando-se as resultantes da avaliação crítica feita por Abraham Flexner, em 1910, nos Estados Unidos da América. No presente trabalho, abordam-se as tendências e os desafios atuais da educação médica e da investigação em saúde, com ênfase para os países em desenvolvimento, ressaltando-se a realidade africana. Com base na bibliografia consultada, apontam-se e discutem-se alguns desafios que se colocam ao binômio educação médica/investigação em saúde em Angola, muito em especial no contexto da II Região Acadêmica, que integra as províncias de Benguela e Kwanza Sul, destacando-se: (i) a necessidade de incorporar novas abordagens curriculares para o reforço da aprendizagem ao longo da vida; (ii) a aquisição e o desenvolvimento de competências de investigação científica orientadas para a caracterização e intervenção sobre a situação de saúde local; (iii) a inovação dos métodos de ensino e a incorporação de novas tecnologias na educação e prática médica; (iv) a contribuição para o reforço e melhoria da distribuição de médicos na região.

ABSTRACT

Calls for reforms to medical education are constant and have led to various recommendations over the last 100 years, especially those resulting from critical assessments made by Abraham Flexner in 1910 in the United States. In this paper, we discuss the trends and current challenges affecting medical education and healthcare research, with emphasis on developing countries, highlighting the African reality. Finally, based on the bibliography, we identify and discuss several challenges related to the binomial of medical education/healthcare research in Angola, particularly in the context of the Academic Region II, which includes the provinces of Benguela and Kwanza Sul. The challenges emphasize: (i) the need to incorporate new curricular approaches for strengthening lifelong learning, (ii) the acquisition and development of skills in scientific research aimed at characterizing and intervening in local health; (iii) the innovation in teaching methods and the incorporation of new technologies in education and medical practice and (iv) the contribution to strengthening and improving the distribution of physicians in the region.

Recebido em: 19/01/2013

Aprovado em: 06/02/2014

^I Universidade Katyavala Bwila, Benguela, Angola.

^{II} Universidade Agostinho Neto (Cedumed), Luanda, Angola.

^{III} Universidade José Eduardo dos Santos, Huambo, Angola.

INTRODUÇÃO

Angola é um país africano de expressão portuguesa, independente desde 1975. Como país pós-conflito (desde 2002), enfrenta grandes desafios no domínio das infraestruturas, dos serviços e dos recursos humanos — nomeadamente no setor da saúde — e está desenvolvendo um ambicioso programa de reconstrução nacional e desenvolvimento humano que se reflete já nas estatísticas. O recente Inquérito ao Bem-Estar da População de Angola¹ demonstrou que a esperança de vida dos angolanos, que em 2004 era de 38 anos para os homens e de 42 anos para as mulheres, é agora estimada em 52 anos. Embora a evolução social de Angola na última década tenha sido positiva, o repto para alcançar as metas do milênio em 2015 exige ainda um grande investimento e sustentabilidade das ações.

Até o ano de 2000, Angola contava com apenas uma faculdade de Medicina, criada em Luanda em 1963 e que tutelou um novo curso de Medicina na cidade de Huambo entre 1981 e 1991. Em 2000, instalou-se, também em Luanda, uma segunda faculdade de Medicina, neste caso, privada. Recentemente, de 2008 a 2009, criou-se mais um curso de Medicina (de tutela militar, também em Luanda) e cinco faculdades de Medicina públicas fora de Luanda. A criação destas novas faculdades inseriu-se num contexto em que a educação médica tem procurado acompanhar as transformações que ocorrem no sistema de saúde, com esforços decorrentes de uma nova visão tendente a produzir adaptações no currículo de formação². Agrega-se a isso a deficiente cobertura e distribuição de profissionais de saúde pelo interior do país, a preocupação com a municipalização dos serviços de saúde, com o desempenho dos hospitais municipais e a influência de determinantes sociais que afetam a expectativa e a percepção das competências que os estudantes de Medicina apresentam em relação à formação e ao seu futuro profissional³⁻⁶. Existe uma expectativa de que as exigências de aumento da qualidade da formação médica, sobretudo nos países africanos, bem como o desenvolvimento da investigação nos domínios da educação médica e da saúde tenham impacto não só sobre a prática médica, mas também sobre a prestação de cuidados à população. Por outro lado, também se enfatiza a exiguidade de profissionais de saúde e de educação médica dedicados à pesquisa na África, bem como a acentuada escassez de publicações, o que torna os indicadores de saúde pouco confiáveis para a maioria das situações reportadas para os países africanos⁷⁻⁹.

Em 2009, o ensino superior foi redimensionado em Angola, passando da até então única universidade pública, Universidade Agostinho Neto, para um total de sete universidades públicas espalhadas pelo território, cada uma responsável

por uma região académica. A Universidade Katyavala Bwila (UKB), que corresponde à II Região Académica de Angola, detém uma das cinco novas faculdades de Medicina do país, criadas em 2008-2009. A UKB está sediada em Benguela, capital da província com o mesmo nome.

Até o ano de 2000, a província de Benguela ocupava a segunda posição em termos de densidade populacional, depois da província de Luanda, com uma população estimada em mais de 1,6 milhão de habitantes, com uma taxa anual de crescimento de 13,7%, representando 11,1% do total da população do país. A partir de 2006, os indicadores apontam um crescimento da população estimada em 2,6 milhões de habitantes, dos quais aproximadamente 54% têm idade inferior a 19 anos. A província de Benguela é, depois de Luanda e de Huambo, a província com maior oferta do ensino superior e a detentora do segundo maior parque industrial de Angola, sendo o Porto do Lobito a principal fonte económica da província. A província de Kwanza Sul situa-se numa região essencialmente agrícola, possui uma desenvolvida rede de estradas, com extensão aproximada de 4 mil quilómetros e três portos de mar — Sumbe, Porto Amboim e Kicombo; em sua capital, a cidade do Sumbe, a UKB detém uma instituição de ensino superior de ciências de educação.

É neste cenário que se insere o curso de Medicina de Benguela, iniciado em 2008 e incorporado em 2009 à Faculdade de Medicina da UKB. Esta, à semelhança das restantes faculdades de Medicina recém-criadas em Angola, foi instalada com recurso à cooperação técnica de Cuba, oferecendo, assim, um currículo administrado majoritariamente por professores cubanos. O curso, com duração de seis anos, se assenta nos mesmos princípios descritos para a Escola Médica Latino-Americana de Cuba (Elam)¹⁰. No entanto, como uma escola médica nova e em estruturação, não cumpre de modo integral todos os pressupostos descritos para a Elam e também ainda não se sujeitou a nenhum processo de acreditação como requisito de reconhecimento da qualidade da sua formação^{7,8}.

Tendo em conta esse contexto, o presente trabalho teve como objetivo fazer uma breve revisão das tendências e desafios atuais da educação médica e da investigação em saúde, principalmente em países africanos e em desenvolvimento, como forma de contribuir para reforçar e reorientar as estratégias de formação médica na Faculdade de Medicina da UKB (FMUKB).

METODOLOGIA

Foi feita uma revisão não sistemática da bibliografia publicada desde o ano 2000, usando-se como palavras-chave “educação médica” e “investigação em saúde” de modo isolado

e combinado, às quais foram associadas as palavras “países em desenvolvimento”, “África” e “Angola”. Numa busca mais refinada, associaram-se, de modo isolado, as expressões “recursos humanos”, “faculdade de medicina”, “métodos de ensino”, “sistemas de saúde”, “qualidade” e “atenção em saúde”. Utilizaram-se termos em português para procura em bases de dados e revistas em língua portuguesa e em inglês para a totalidade das buscas.

A consulta foi feita em bibliotecas e bases virtuais, como o Hinari, a Scielo, African Journals On Line e PubMed/MedLine, e também em alguns periódicos ligados à temática da educação médica, como o *Academic Medicine*, *Medical Education*, *Medical Education On Line*, *BMC Medical Education*, *Teaching and Learning in Medicine*, *Medical Teacher* e *Revista Brasileira de Educação Médica*. Foram valorizados e selecionados os artigos que incidiam sobre características semelhantes ao contexto da educação médica em Angola, bem como aqueles que perspectivavam novas abordagens sobre o futuro da formação de médicos na África, principalmente revisões bibliográficas, tendo em conta sobretudo a questão da solução dos seus principais problemas de saúde. Para referência e discussão, consideraram-se também revisões genéricas sobre a educação médica, a investigação em saúde e a formação de profissionais de saúde, numa perspectiva global. Os resultados da leitura e análise dos artigos selecionados foram ordenados de modo a permitir aferir e destacar os aspectos considerados mais relevantes para a FMUKB.

Mudanças na Educação Médica

A elaboração do relatório de Abraham Flexner, em 1910, está ligada à transformação da educação médica que vem ocorrendo nos últimos cem anos, sobretudo nos Estados Unidos da América e no Canadá. Desde então, vários outros relatórios e artigos têm sido produzidos com recomendações sobre as temáticas levantadas por Flexner, bem como sobre novas abordagens da educação médica que têm tido em conta as transformações ocorridas no contexto de saúde em diversos países^{7,11-13}.

As mudanças operadas na educação médica na última metade do século XIX que culminaram com a publicação do relatório de Flexner no início do século passado parecem estar diretamente ligadas à prática e à qualidade dos serviços prestados. Nelas se podem destacar três aspectos, ligados quer às práticas laboratoriais, quer ao ensino da clínica^{11,13}. O primeiro diz respeito à necessidade de os estudantes possuírem uma preparação pré-clínica sólida para compreender as bases científicas da medicina. O segundo estabelece uma ligação entre os métodos científico e clínico, comparando o processo de racio-

ínio no laboratório com o que é utilizado para o diagnóstico e manuseio clínico das doenças. Ambos se baseiam no método de formulação e testagem de hipóteses. O terceiro aspecto destaca a importância do reforço e equipamento adequado das faculdades de Medicina e dos hospitais docentes para a preparação dos estudantes para a prática na comunidade.

Não obstante a reforma de Flexner suportar a necessidade da definição de padrões para a proteção do estudante de Medicina e do público na sua prática profissional futura, as mudanças operadas a partir de então se assentaram mais na necessidade de uma base científica sólida para a prática da medicina^{7,11,13}. Entretanto, a par de outros desafios, apontase para o século XXI a necessidade de bases científicas para a prática da educação médica⁷, o que confere aos docentes novas exigências para fazer face ao ensino e à aprendizagem dos estudantes¹². Atualmente, espera-se melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde a partir de melhorias na qualidade da educação, baseando-a em sistemas de saúde-educação e no desenvolvimento de competências locais-globais; promovendo a educação interprofissional e transprofissional, e o trabalho de equipe; e realizando uma educação transformativa que promova lideranças e agentes de mudança, além do aumento dos investimentos e alinhamento da acreditação¹³.

A educação clínica não acompanhou as alterações no perfil demográfico dos pacientes e da população, nem as mudanças ocorridas nos sistemas de saúde em várias partes do mundo, bem como as novas realidades da prática médica e o uso de novas tecnologias^{12,13}. Em consequência, requer-se a definição de novas direções para a educação médica, tais como o uso de novas abordagens pedagógicas, as inovações curriculares¹² e a valorização da investigação como suporte das bases da prática educacional⁷.

Em países de mercados econômicos emergentes — entendidos neste contexto como aqueles cujas economias apresentam avanços significativos no seu crescimento e um estágio avançado de desenvolvimento econômico sem terem atingido, entretanto, o nível das nações mais industrializadas —, observa-se um desajuste entre as necessidades de saúde da população e o currículo educacional¹⁴. Além da desatualização dos currículos e métodos de ensino, outros achados importantes são a qualidade da educação, a orientação e as escolhas desajustadas das carreiras dos estudantes e das suas áreas de especialização. Como ocorre nos países em desenvolvimento de baixa e média renda, as escolhas e opções pela especialização em contextos de alta tecnologia e domínios específicos de doenças tendem a ignorar os problemas básicos de saúde da população^{2,7,14}.

Outra situação que agrava ainda mais os problemas dos países de baixa e média renda é a escassez de médicos para cobrir as necessidades de saúde da população^{3,4,7,8}. No caso da África Subsaariana, onde o fardo global das doenças é maior, as taxas de médicos por habitantes estão muito abaixo da recomendação da Organização Mundial da Saúde^{7,8}, que é de 1:1.000. Adicionalmente, reporta-se a existência de maior densidade de profissionais de saúde em áreas urbanas⁷. Este quadro também se verifica em Angola^{3,4}, tendo o país cerca de um médico por 5 mil habitantes (2011), propondo-se aumentar essa taxa para 1/2.000 até 2017 (Programa do Governo 2012-2017).

Tais mudanças introduzem aspectos novos e contextualizados que influenciam as tendências de investigação em educação médica como pressuposto básico para reorientar a formação médica no sentido do atendimento das necessidades básicas da população. Assim, a educação médica vem-se assumindo como uma área e disciplina de investigação e formação com preocupações novas e crescentes. Contudo, não tem ainda o impacto desejado sobre a prática profissional^{7,14,15}.

Investigação sobre Educação Médica

A investigação em educação médica tem sido objeto de atenção de vários autores, apesar de existir uma ampla discussão sobre a ausência de programas de pesquisa sistemática sobre os seus mais variados temas e sobre a natureza e papel dessas ações^{7,15}. Desde a virada do século, a pesquisa sobre educação médica tem abordado temas e desafios associados às questões do ensino e do currículo, às habilidades e atitudes relevantes para a prática profissional, às características dos estudantes e sua avaliação, bem como à avaliação de estagiários ou residentes^{8,15}.

No contexto africano, as pesquisas publicadas na literatura tradicional e "cinzenta", isto é, em bases de dados não convencionais, como a *African Index Medicus*, *African Journals Online* e *Biomed* e em revistas não indexadas, têm negligenciado em grande parte tópicos importantes, tais como a implementação de soluções e resultados da formação médica e o desenvolvimento da educação médica como um campo de especialização e estudo especializado¹⁶. Não obstante ser reconhecida uma grande escassez de investigadores e publicações entre os docentes das instituições africanas de ensino médico^{8,9,16}, a literatura sobre as transformações na educação médica na África Subsaariana ocorridas nos últimos 50 anos tem aumentado significativamente¹⁶. Os temas destacados nessas publicações prendem-se às prioridades da planificação de recursos humanos, às inovações curriculares e à drenagem, retenção e distribuição de profissionais^{8,16}.

As questões discutidas sobre o currículo e o ensino referem-se às suas estratégias e técnicas, além dos perfis de formação. Tem-se defendido que a tecnologia deve servir como um veículo para a administração do currículo. O problema é definir como a tecnologia pode ser efetivamente integrada na estrutura e nas metas do currículo¹⁵. Nas faculdades de Medicina da África, as taxas de estudante por computador são altas, apesar de se reconhecer que o uso das tecnologias de informação e comunicação é comum como matéria de ensino, pesquisa, elaboração de trabalhos e projetos acadêmicos¹⁷. Entretanto, nas escolas médicas africanas ainda impõe-se a necessidade de melhorar a infraestrutura e maximizar o potencial da tecnologia existente^{8,17}. Tendo em conta os contextos curriculares atuais, sugere-se a inclusão das questões da saúde global na educação médica, bem como daquelas relacionadas às habilidades e ao profissionalismo^{2,6,13,16,18,19}.

No que diz respeito aos estudantes, muitos estudos abordam suas características demográficas e sua influência nas percepções, aproveitamento, escolhas profissionais, seleção da especialidade e local de exercício^{2,6,15}. As políticas de admissão são tópicos igualmente associados aos estudantes. É questionado o valor preditivo e a confiabilidade dessas políticas no sucesso da formação¹⁵, a sua relação com a qualidade da preparação no sistema de educação secundário como pré-requisito para a sua seleção e bom desempenho no curso de Medicina⁸ e a representatividade de minorias socialmente desfavorecidas^{8,13,15}.

A promoção da missão social das faculdades de Medicina ao nível mundial e o desenvolvimento de padrões globais para a acreditação da educação médica são assuntos transversais à grande maioria dos países e comuns na literatura sobre educação médica^{7,8,14,16}. Entretanto, embora a acreditação seja uma ferramenta efetiva para o asseguramento da qualidade, seus procedimentos e políticas variam entre os vários países¹⁴, e na África são muito poucos os que criaram instituições e políticas para esse fim⁸, apontando-se mesmo a ausência de padrões regionais de avaliação da educação médica. Não obstante, o controle da qualidade da educação médica através do processo de acreditação é questionado. Muitos destes processos têm caráter prescritivo e representam uma barreira à melhoria dos processos institucionais, além de não existir nenhuma evidência da sua eficácia.

Pode-se assumir que a investigação em educação médica deva contribuir para fundamentar com uma base científica sólida as mudanças a operar no ensino e demonstrar a eficácia das novas abordagens curriculares e dos métodos de aprendizagem sobre a qualidade da saúde da comunidade^{7,13}. Os países da África Subsaariana têm que enfrentar o desafio

adicional de criar capacidade para reter profissionais para a docência, com competências para a investigação científica nos seus domínios de especialidade, bem como para criar uma base consistente de pesquisa no domínio da medicina académica^{8,16}. Apesar desse esforço, a educação médica como especialidade ou domínio de investigação tem merecido a atenção dos docentes das faculdades de Medicina africanas, faltando apenas conferir-lhe maior visibilidade na literatura tradicional¹⁶. Finalmente, o envolvimento dos membros da comunidade académica e a compreensão consensual e global dos aspectos fundamentais da pesquisa em educação médica, bem como seu impacto devem permitir a distinção clara das suas categorias temáticas e linhas de investigação¹⁵.

Novas Abordagens Curriculares

Nas faculdades de Medicina onde se pratica predominantemente o currículo tradicional, o currículo é reexaminado raramente ou ligeiramente modificado para introdução de novos conteúdos. Nele, o conteúdo determina os objetivos, em vez de estes servirem de base para a elaboração do currículo¹³. A alteração dos currículos e a implementação de novas estratégias de ensino têm sido alvo de resistência por parte dos docentes de muitas faculdades de Medicina²⁰, e as mudanças pedagógicas isoladas de outros processos necessários à melhoria do perfil dos graduados têm-se mostrado insuficientes²¹. Entre as várias razões discutidas, apontam-se a falta de profissionalização da prática docente, a supremacia da investigação básica e clínica, e a reprodução pelos docentes das ideias, atitudes e comportamentos de ensino recebidos durante a sua formação²⁰.

Na África, apesar de muitas faculdades continuarem a usar o currículo tradicional baseado no modelo ocidental de meados do século passado, a literatura revela que têm acontecido inovações na educação médica nas últimas décadas, a par e passo com os desafios globais¹⁶. As abordagens da educação médica baseada na comunidade, assente em resultados ou em competências, têm sido os métodos mais inovadores de desenvolvimento curricular^{8,13,14,16}. Embora a literatura não apresente ainda um consenso absoluto em relação a essas abordagens, os princípios que as norteiam têm muitos aspectos em comum.

A educação médica baseada na comunidade apresenta variações que podem incluir visitas domiciliárias e acompanhamento a famílias na comunidade rural, engajamento de estudantes em centros de saúde para orientação e aconselhamento de pacientes e discussões em grupo sobre problemas de saúde pública^{8,16}. A designação parece centrar-se mais no fato de se ter a comunidade como alvo central da ação médica do futuro profissional. Entretanto, existe a preocupação de definir-se o

conjunto de competências nucleares para a educação médica baseada na comunidade²².

Já a educação médica baseada em resultados está mais focada na produção de um médico que é ética e profissionalmente capaz de desempenhar as tarefas clínicas requeridas e não no processo de educação¹⁴. O primeiro passo desta abordagem é fazer uma lista dos resultados desejados por determinado país de acordo com as necessidades da sua população e atender os requisitos globais essenciais mínimos^{14,23}. Isso é seguido por uma descrição detalhada do currículo e das ferramentas necessárias para atingir esses resultados. A educação médica baseada em competências tem o mesmo ponto de partida²⁴, uma vez que está diretamente vinculada ao resultado, ao ser entendida como o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e o seu reflexo na prática diária, em benefício dos indivíduos e da comunidade¹³.

Qualquer desses métodos de desenvolvimento curricular pode estar associado a estratégias de aprendizagem inovadoras, como a aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem em grupo e o ensino integrado^{8,13,14,16,25}. A aprendizagem baseada em problemas tem sido usada por faculdades de Medicina africanas^{8,16}. Uma das críticas efetuadas à introdução desse método é que ele não resultou da sua comprovação como uma metodologia educacional mais eficiente, mas, sim, da necessidade de envolver os estudantes de um modo mais ativo na aprendizagem⁷. Por isso, ainda são muito discutidas as vantagens e desvantagens desta prática¹⁵. Entre as vantagens apontadas está o fato de ser uma metodologia centrada no estudante e incentivadora do trabalho em pequenos grupos, buscando principalmente desenvolver habilidades técnicas e atitudes cognitivas aplicadas tanto aos pacientes, quanto à busca ativa de conhecimento para aprender ao longo da vida profissional²⁵. Quanto às desvantagens, além da dificuldade da sua implementação em contextos com poucos recursos¹⁴, reconhece-se ser necessária uma articulação maior entre o currículo e a realidade profissional, quando introduzida de forma isolada²⁵.

A investigação em saúde, o raciocínio crítico e a prática baseada na evidência são outros componentes importantes das abordagens curriculares na perspectiva de melhorar a qualidade da educação médica^{14,22}. Os resultados da investigação científica representam um elemento-chave na relação entre a produção e a utilização do conhecimento.

Investigação em Saúde

Os países em desenvolvimento precisam ter uma massa crítica estável de investigadores que possam aferir com rigor as

necessidades locais e as prioridades de saúde. O seu papel é importante não apenas para reorientar a educação médica, como também para estabelecer a ligação com os decisores locais e nacionais e as parcerias com a comunidade internacional. Os países desenvolvidos têm tido ganhos financeiros e contribuições elevadas no número de publicações com o envolvimento de autores provenientes de outras nações, havendo ainda uma assimetria acentuada nos mecanismos de colaboração científica internacional entre as diversas regiões do mundo²⁶.

A contribuição dos países africanos para a produção científica global é limitada. Os países africanos mais produtivos em termos de número de publicações indexadas são os países mais populosos, como África do Sul, Nigéria e Egito^{9,16,26}. Entretanto, ao corrigir-se essa produção pelo número de habitantes, países menores, como Gâmbia, Gabão e Botswana, aparecem como mais produtivos. De igual modo, também podem estabelecer-se relações similares em função do produto interno bruto⁹. A maioria dos trabalhos de investigação desenvolvidos no continente africano é feita com parcerias estrangeiras^{9,16,26}, apesar de a África possuir a maior percentagem do fardo global de doenças^{7,13}.

Estima-se que menos de 10% dos docentes da maioria das faculdades de Medicina africanas estejam envolvidos em atividades de pesquisa. Além disso, a redução do número de docentes em muitas delas aumenta a carga de ensino, restringindo acentuadamente o tempo disponível para investigar⁸. Reconhece-se, no entanto, que a pesquisa científica é importante para o desenvolvimento dos docentes, sua retenção, atração de parceiros e para o reforço da infraestrutura das faculdades.

Educação Médica na África

Um estudo abrangente sobre a força de trabalho da saúde na região africana²⁷ conclui que “os sistemas de saúde na África enfrentam uma grande crise, e os recursos humanos de saúde podem desempenhar um papel central para alcançar os objetivos de desenvolvimento do milénio” (p.13), tendo sido até agora influenciados negativamente pela dívida do continente e pela prevalência da pobreza. Esse trabalho considera como principais paradoxos da saúde na África: a elevada desproporção entre o alto fardo da doença e a escassez de recursos humanos da saúde, o que é agravado não só pelo fato de o seu perfil e currículo de formação refletirem e se focalizarem nos problemas de saúde e necessidades dos países industrializados, mas também pela subsequente fuga dos profissionais para esses mesmos países; a menor produção regional de trabalhadores de saúde básicos, embora tenha a maior mortalidade materno-infantil; a negligência relativamente às po-

pulações rurais e o insuficiente reconhecimento da medicina tradicional, apesar de servir 70% da população.

Em 2007, um número do *African Health Monitor* exclusivamente dedicado à crise dos recursos humanos da saúde na região africana reforça aquelas apreensões e alerta no editorial que “a questão dos recursos humanos da saúde é um assunto de grave preocupação para os governos e o povo da região africana”²⁸ (p.4).

Um estudo mais recente dedicado especificamente aos recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa (Palop) demonstra a grande escassez destes profissionais na África lusófona e, particularmente, em Angola²⁹. O estudo conclui que “dos 57 países que sofrem de um défice crítico dos recursos humanos da saúde, 36 encontram-se na África. Três dos Palop (Moçambique, Angola e Guiné Bissau) estão entre estes países, embora todos enfrentem sérios desafios para o desenvolvimento desses recursos” (p.2) e que “denota-se uma capacidade limitada para formar recursos humanos da saúde” (p.4).

A mudança do paradigma global da educação médica traz novos desafios e problemas para a África. Embora a literatura sobre educação médica no continente reporte inovações e práticas atuais nos últimos 50 anos¹⁶, poucas escolas médicas estão envolvidas nesse processo³⁰. O número de faculdades de Medicina existentes é tido como insuficiente para fazer face às necessidades de saúde dos países africanos³¹. Não obstante, a sua quantidade tem aumentado nas últimas décadas¹³.

Como medida de reforço ao setor da saúde, também se tem verificado um aumento no número de admissões de estudantes para garantir maior quantidade de egressos^{13,32}. Porém, essa medida não se faz acompanhar do aumento proporcional de docentes, cujo número tende a se reduzir³². A par destas limitações, estão também descritas dificuldades no recrutamento, na retenção e no desenvolvimento do corpo docente, assim como limitações na base infraestrutural para o ensino médico e de natureza orçamental^{13,31}. Tal como acontece no sistema de saúde, a questão da retenção de profissionais para a educação médica está também relacionada com as opções dos estudantes e com a perspectiva do seu enquadramento futuro^{2,14}.

Distribuição e Retenção de Profissionais

A distribuição e a retenção de profissionais dependem de uma boa coordenação entre o sistema de educação e o sistema de saúde^{8,13}. Existe ainda uma ampla discussão sobre o perfil de profissionais necessários para atender às necessidades de saúde dos países em desenvolvimento. Na expansão da capacidade das faculdades de Medicina na formação de profissionais, tem-se colocado a questão da formação de generalistas ou es-

pecialistas. Muitos países da África Subsaariana adotaram o conceito de especialização regional ou rural para abordagens de saúde ligadas aos cuidados primários como uma perspectiva da graduação médica, relegando à pós-graduação o treinamento em especialidades como medicina interna, pediatria, obstetrícia e ginecologia, medicina de urgência e cirurgia geral e pediátrica^{8,16}.

A formação nas especialidades cirúrgicas é consistente com a crise vigente na força de trabalho de cirurgia na África Subsaariana. De fato, a oferta de cuidados cirúrgicos na África continua a ser um problema devido à escassez de cirurgiões, que são, na sua maioria, estrangeiros confinados a regiões urbanas³³⁻³⁵. Em alguns países africanos, têm sido propostas estratégias para a formação de cirurgiões que respondam às suas necessidades^{34,35}. Para as faculdades de Medicina, o aumento de programas de pós-graduação poderá possibilitar maior retenção de graduados e mobilização de parte deles para integrar o quadro docente em geral⁸.

Em países africanos de expressão portuguesa, como Angola, Guiné Bissau e Moçambique, os estudantes de Medicina têm a expectativa de combinar seu trabalho futuro no setor público com o do setor privado para aumentar os proventos pessoais, e a maioria pretende seguir uma carreira hospitalar de especialidade^{2,32}. Esse comportamento também é comum em países de mercados econômicos emergentes, onde se considera que os médicos generalistas estão sempre em desvantagem comparados aos especialistas em termos de salário, ambiente de trabalho, reconhecimento profissional, apoio financeiro e infraestrutural e em crescimento pessoal e profissional¹⁴. Na África, os graduados de muitos países recusam-se a trabalhar em áreas rurais pela falta de apoio clínico⁸.

Noutros países, a percentagem de graduados em serviço nas áreas rurais está diretamente ligada a programas de serviço compulsivo ou à existência de um número razoável de programas de pós-graduação⁸. Os programas de educação médica contínua e de desenvolvimento pessoal em meio rural são exemplo disso. Entretanto, as suas exigências também têm que ser contextualizadas³⁶. Outro fator que pode facilitar a decisão de médicos praticarem em ambiente rural é o recrutamento de estudantes dessas regiões que preferem retornar às suas localidades de origem³⁷.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante a inexistência de estudos suficientes sobre Angola nos domínios da educação médica e da saúde, as evidências apresentadas para a região africana, assemelham-se muito ao contexto angolano. Contudo, o presente trabalho não esgota todos os aspectos pertinentes relacionados com os desafios e

tendências apontadas para a educação médica nesta região de Angola. O estudo desta temática deve ser aprofundado com mais análises e discussões, bem como com a identificação de temas específicos que venham a ser sujeitos a uma investigação operacional, envolvendo os contextos do ensino e da prática médica no país. Mesmo assim, permite reter recomendações importantes sobre as direções futuras da educação médica na II Região Acadêmica e noutras parcelas do país.

Neste trabalho, temos enfatizado a formação, a diferenciação e a distribuição de médicos como um instrumento eficaz para a resolução dos problemas de saúde das populações em países e regiões com características semelhantes às de Angola e em particular na Região Acadêmica II. No entanto, estamos conscientes de que a resolução dos problemas de saúde destas populações merece uma abordagem multissetorial e mais envolvente. Outros profissionais de saúde devem obrigatoriamente ser chamados a contribuir para a resolução dos problemas de saúde regionais, nomeadamente os enfermeiros, graduados ou não, farmacêuticos, parteiras e outros agentes comunitários de saúde. A formação e treino destes não menos importantes agentes de saúde deve ser igualmente aumentada em coordenação com a formação e distribuição dos médicos³⁸.

Tendo em conta os aspectos descritos no presente trabalho, no estado evolutivo em que se encontra a FMUKB na II Região Acadêmica, sugerem-se como pertinentes as ações tendentes a promover a melhoria contínua da educação médica com a adoção de novas abordagens curriculares mais bem contextualizadas e suportadas por estratégias adequadas de aprendizagem. A caracterização da situação de saúde local demanda estudos com rigor científico suficiente para dar suporte aos ajustes curriculares desejados, colocando a formação de competências em investigação científica como uma prioridade a ser considerada. Da mesma forma, os métodos de aprendizagem e os aspectos tecnológicos do ensino e da prática médica devem ser incorporados pela instituição. Finalmente, como produto da sua ação formativa, a FMUKB deve contribuir para a melhoria da distribuição e fixação de médicos na região.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística Luanda Angola. Inquérito Integrado sobre o Bem-Estar da População (IBEP) 2008-09: principais resultados definitivos, versão resumida. 2010 [capturado 22 nov 2012. Disponível em: <http://www-casacivilprao/pt/documentos/e3ec8c5a2cb880149d6fc765a54c04b8cb552719pdf>
2. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ. The training and professional expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Hum Resour Health*;9(9):9.

3. Oliveira MS, Artmann E. Characteristics of the medical workforce in the Province of Cabinda, Angola. *Cad Saude Publica* 2009;25(3):540-50.
4. Oliveira MS, Artmann E. Regionalization of health services: challenges for the Angolan case. *Cad Saude Publica* 2009;25(4):751-60.
5. Kirigia JM, Emrouznejad A, Cassoma B, Asbu EZ, Barry S. A performance assessment method for hospitals: the case of municipal hospitals in Angola. *J Med Syst* 2008;32(6):509-19.
6. Barbosa J, Severo M, Fresta M, Ismail M, Ferreira MA, Barros H. How students perceive medical competences: a cross-cultural study between the medical course in Portugal and African Portuguese speaking countries. *BMC Med Educ*;11(24):24.
7. Norcini JJ, Banda SS. Increasing the quality and capacity of education: the challenge for the 21st century. *Med Educ* 1111;45(1):81-6.
8. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F, Buch E, Chen C, Greyson SR, et al. Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet* 2011;377(9771):1113-21.
9. Uthman OA, Uthman MB. Geography of Africa biomedical publications: an analysis of 1996-2005 PubMed papers. *Int J Health Geogr* 2007;6(46):46.
10. Gorry C. Cuba's Latin American Medical School: can socially-accountable medical education make a difference? *MEDICC Rev*;14(3):5-11.
11. Barzansky B. Abraham Flexner and the era of medical education reform. *Acad Med*; 85(9 Suppl):S19-25.
12. Skochelak SE. A decade of reports calling for change in medical education: what do they say? *Acad Med*;85(9 Suppl):S26-33.
13. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 2010;376:1923-58.
14. Nair M, Webster P. Education for health professionals in the emerging market economies: a literature review. *Med Educ*;44(9):856-63.
15. Regehr G. Trends in medical education research. *Acad Med* 2004;79(10):939-47.
16. Greysen SR, Dovlo D, Olapade-Olaopa EO, Jacobs M, Sewankambo N, Mullan F. Medical education in sub-Saharan Africa: a literature review. *Med Educ* 2011;45(10):973-86.
17. Williams CD, Pitchforth EL, O'Callaghan C. Computers, the Internet and medical education in Africa. *Med Educ* 2010;44(5):485-8.
18. Azevedo G, Vilar M. Medical education and integrity: the real challenge for medical profession. *Revista Brasileira de Reumatologia* 2006;46(6):407-9.
19. Baingana RK, Nakasujja N, Galukande M, Omona K, Mafigiri DK, Sewankambo NK. Learning health professionalism at Makerere University: an exploratory study amongst undergraduate students. *BMC Med Educ*;10(76):76.
20. Costa N. Medical teaching: why is so difficult to change? *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007;31(1):21-30.
21. Gomes A, Rego S. Transformation of medical education: can a new physician be trained based on changes in the teaching-learning method? *Revista Brasileira de Educação Médica* 2011;35(4):557-66.
22. Ladhani Z, Scherpbier AJ, Stevens FC. Competencies for undergraduate community-based education for the health professions--a systematic review. *Med Teach*;34(9):733-43.
23. Pulido MP, Cravioto A, Pereda A, Rondon R, Pereira G. Changes, trends and challenges of medical education in Latin America. *Med Teach* 2006;28(1):24-9.
24. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach*;32(8):631-7.
25. Gomes R, Brino R, Aquilante A, Avo L. Problem-based learning in medical education and the development of traditional medicine: a review of the literature. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2009;33(3):444-51.
26. Anand NP, Hofman KJ, Glass RI. The globalization of health research: harnessing the scientific diaspora. *Acad Med* 2009;84(4):525-34.
27. The Health Workforce in Africa: Challenges and Prospects. A report of the Africa Working Group of the Joint Learning Initiative on Human Resources for Health and Development 2006:7-14.
28. Sambo L. From the Regional Director's Desk: The Human Resources for Health Crisis in Africa. *African Health Monitor* 2007;7(1):4-5.
29. Dussault G, Fronteira I, Poz MRD, Dreesch N, Ungerer R, Estrela Y, et al. [Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP)]. WHO, Human Resource for Health Observer Series, Geneva (ISBN 978 92 4 859907 1) 2010;2:2-13.
30. Gukas ID. Global paradigm shift in medical education: issues of concern for Africa. *Med Teach* 2007;29(9):887-92.
31. Burdick W. Challenges and issues in health professions education in Africa. *Med Teach* 2007;29(9):882-6.

32. Mufunda J, Chatora R, Ndambakuwa Y, Samkange C, Sigola L, Vengesa P. Challenges in training the ideal Doctor for Africa: lessons learned from Zimbabwe. *Med Teach* 2007;29(9):878-81.
33. Muula AS. Nationality and country of training of medical doctors in Malawi. *Afr Health Sci* 2006;6(2):118-9.
34. Pollock JD, Love TP, Steffes BC, Thompson DC, Mellinger J, Haisch C. Is it possible to train surgeons for rural Africa? A report of a successful international program. *World J Surg*; 35(3):493-9.
35. Mutabdzic D, Bedada AG, Bakanisi B, Motsumi J, Azzie G. Designing a Contextually Appropriate Surgical Training Program in Low-resource Settings: The Botswana Experience. *World J Surg*;2012:1.
36. Curran V, Rourke L, Snow P. A framework for enhancing continuing medical education for rural physicians: A summary of the literature. *Med Teach*;32(11):e501-8.
37. Glasser M, MacDowell M, Hunsaker M, Salafsky B, Nielsen K, Peters K, et al. Factors and outcomes in primary care physician retention in rural areas. *South Africa Family Practice* 2010;52(4):336-40.
38. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bull World Health Organ* 2009;87(3):225-30.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

Albano V.L. Ferreira: propôs e concebeu o trabalho, redigiu a primeira versão integral do artigo e os aspectos relacionados com a metodologia, com as mudanças na educação médica, com a investigação em educação médica, com as novas abordagens curriculares e com a investigação em saúde.

Mário Fresta: contribuiu integralmente para o desenvolvimento do artigo, particularmente para os aspectos relacionados com a educação médica em África e a questão dos recursos humanos da saúde, tendo introduzido e revisto diversas referências, algumas das quais de sua co-autoria.

Cristóvão F.C. Simões: contribuiu integralmente para o desenvolvimento do artigo e desenvolveu os aspectos relacionados com a distribuição e retenção de profissionais e com as considerações finais.

Maria do Rosário B. Sambo: contribuiu integralmente para o desenvolvimento do artigo e desenvolveu os aspectos relacionados com a introdução nomeadamente, com a descrição do contexto de Angola, do ensino superior, da região académica em que se insere a Faculdade de Medicina da Universidade Katiavala Bwila e da criação do curso de medicina

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não existir conflito de interesses.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Albano VL Ferreira
Rua Sociedade de Geografia
Benguela — Angola
E-mail: albanovlferreira@yahoo.com.br