# TENSÕES E CONTRADIÇÕES NA FORMAÇÃO MÉDICA

MÁRIO FRESTA

MD, Ph.D., Diretor do Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED) da Universidade Agostinho Neto (Luanda, Angola)

Confira a entrevista
goo.gl/uA3VHA

**Resumo:** Neste artigo de opinião é comentada uma entrevista divulgada na edição n. 1 da **Revista Consensus** (2011), na qual Adib Jatene coloca diversas questões sobre a formação médica e os serviços de saúde, no contexto do Brasil e do seu Sistema Único de Saúde. O comentário focaliza-se em determinados aspectos, traçando paralelos com a situação de Angola, para concluir que a formação médica: deve subordinar-se à finalidade de melhorar a saúde de todas as populações, ter excelência mundial e ser relevante para o contexto local; deve ser coerente com a colocação dos médicos, nomeadamente no meio suburbano; requer orçamentos e financiamento adequados mas também capacidade de gestão; e deve seguir políticas sólidas e estáveis que ultrapassem os ciclos governativos.

**Palavras-chave:** Educação Médica, Angola, Brasil, Desafios

O Dr. Adib Jatene, em entrevista concedida à Consensus[1] coloca diversas questões sobre a formação médica, no contexto do Brasil e do seu Sistema Único de Saúde (SUS). É um conjunto de questões muito abrangente e relevante que certamente interessa à lusofonia, e não só, pela importância da saúde para todas as nações e governos, já que ela integra o desenvolvimento humano, é uma das maiores preocupações dos cidadãos e dos eleitores, e constitui uma questão de segurança e soberania.

Neste artigo de opinião, iremos tecer algumas considerações sobre questões selecionadas dessa entrevista muito elucidativa e frontal. Os nossos comentários não vinculam qualquer instituição ou país, embora as ideias expressas decorram da nossa vivência no contexto de Angola e da Universidade Agostinho Neto. Por essa razão, sentimo-nos compelidos a compartilhar com os leitores uma breve apresentação do país e da sua educação médica, destacando aspectos comuns ou diferentes da realidade brasileira.

Angola, antiga colônica portuguesa independente desde 1975, viveu até 2002 intenso conflito armado. A reconstrução nacional subsequente foi afetada desde 2007/2008 pela crise mundial, agravada desde 2014 pela acentuada baixa do preço do petróleo (seu principal produto de exportação). O país situa-se na região ocidental da África Austral, tendo 1.650 Km de costa atlântica a oeste e fronteiras terrestres com o Congo, Congo Democrático, Zâmbia e Namíbia. Tem grande variedade climática, flora e fauna diversificada e elevados recursos minerais, entre os quais petróleo, gás natural, diamantes, fosfatos, substâncias betuminosas, ferro, cobre, magnésio, ouro e rochas ornamentais. As questões do gênero são relevantes em todas as políticas públicas e existem 34,1% parlamentares mulheres.[2] As belezas naturais, com elevado potencial turístico, são reconhecidas.[3] O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é próximo da média africana, qualificando o país como de baixo desenvolvimento humano, apesar de vir melhorando lentamente (o seu

crescimento anual foi 2,6% no período 2000-2013 e o *ranking* subiu 2 posições no período 2008-2013); observa-se que o *ranking* do IDH ajustado para a desigualdade (IDHI) é inferior 17 posições ao do IDH, o que significa que o país tem determinado potencial econômico para converter em desenvolvimento humano; por outro lado, o coeficiente de Gini de 42,7 revela o desafio de melhorar a distribuição do rendimento.[4]

Na Tabela 1 está patenteado um conjunto de indicadores, incluindo de desenvolvimento, que permite situar Angola no contexto da África subsaariana e compará-la com o Brasil.

Quanto à educação médica básica, existem nove cursos de medicina em Angola (um desde 1963 até 2000 quando abriu o segundo, mais seis em 2008-2009 e o mais recente em 2012). Desses cursos, sete são públicos (seis tutelados pelo Ministério do Ensino Superior e um pelas Forças Armadas) e dois privados; quatro situam-se na capital e outros cinco em diversas províncias (estes instalados com concurso da cooperação Cubana).[9] Inicialmente, a residência (especialização) e a formação acadêmica só eram possíveis no exterior, onde também algumas centenas fizeram (e estão a fazer) o curso de medicina.

## Tabela 1: Indicadores Gerais e de Desenvolvimento Humano (Angola, África Subsaariana e Brasil), dados disponíveis em 2015

| FONTE | INDICADOR | BRASIL | ANGOLA | ÁFRICA SUBSAHARIANA |
|---|---|---|---|---|
| (5,6) | População (total, milhões) | 206,1 | 24,23 | - |
| (4) | População (crescimento anual, %) | 0,8% | 3,1% | 2,7% |
| (7,8) | Superfície Territorial (Km2) | 8.515.767 | 1.246.700 | - |
| (5,6) | Produto Interno Bruto (US$ bilhões atual) | 2.346,1 | 131,4 | - |
| (5,6) | PIB (crescimento anual, %) | 0,1% | 3,9% | |
| (5,6) | Taxa de Inflacção (anual, %) | 6,3% | 7,3% | - |
| (4) | PIB per capita (2011 PPP $) | 14.275 | 6.323 | 3.152 |
| (4) | Esperança de Vida ao Nascer (anos) | 73,9 | 51,9 | 56,8 |
| (4) | Literacia em Adultos (%) | 90,4% | 70,4% | 58,9% |
| (4) | Anos Médios de Escolaridade | 7,2 | 4,7 | 4,8 |
| (4) | Anos Esperados de Escolaridade | 15,2 | 11,4 | 9,7 |
| (4) | Mortalidade < 5 anos | 14 | 164 | 97 |
| (4) | Mortalidade Infantil | 13 | 100 | 64 |
| (4) | Mortalidade Materna | 56 | 450 | 474 |
| (5,6) | População abaixo da linha de Pobreza | 8,9% | 36,6% | |
| (4) | Índice de Desenvolvimento Humano (HDI) | 0,744 | 0,526 | 0,502 |
| (4) | Ranking do HDI entre 187 países | 79º | 149º | - |
| (4) | Diferença entre ranking do IHDI e HDI | -16 | -17 | - |
| (4) | Coeficiente de Gini | 54,7 | 42,7 | - |

Existem agora mais de 3.500 médicos o que, embora ainda insuficiente, é muito superior aos cerca de 60 na altura da independência nacional (para 1/4 da população actualmente existente). Este crescimento procurou acompanhar as transformações que ocorrem no sistema de saúde, reduzir as assimetrias territoriais, melhorar os serviços prestados às populações e promover a investigação, nomeadamente investigação local que produza conhecimento atual e fiável sobre a realidade nacional.[9] A investigação em saúde que se vem fazendo em (e sobre) Angola tem crescido bastante nos últimos dez anos, é maioritariamente epidemiológica e focaliza-se nas doenças infecciosas (principalmente malária), mas a contribuição das instituições angolanas é relativamente baixa.10 Para além da educação médica básica em franco desenvolvimento, a pós-graduação acadêmica iniciou em 2004 e cresce lentamente, as especializações estão a diversificar-se a expandir-se no território, a educação contínua aumenta constantemente, há uma crescente atenção à qualidade e uma propensão à cooperação e funcionamento em rede (a nível nacional, na lusofonia e na região africana).[11]

Passando a comentar as questões sobre formação médica levantadas na entrevista do Dr. Adib Jatene, queríamos destacar as seguintes afirmações interrelacionadas: (1) "A formação do médico está mal feita"; (2) "Onde mais falta médico é na periferia das grandes cidades"; (3) "Isso e uma falácia" (referindo-se a "problema não é de financiamento mas sim de má gestão")"; (4) "Eu sempre defendi a ideia de que não deveria haver influência política no programa (Programa de Saúde Familiar), pois políticos não deveriam se utilizar dele"; e (5) "Prioridade [...] a gente sabe pelo volume de recursos que a gente acrescenta ao orçamento".

(1). Concordamos que existe grande espaço para melhoria na formação dos médicos, atendendo a duas questões interdependentes: "Para que são formados?" e "Como devem ser formados?". A primeira questão é habitualmente discutida a partir da história da medicina e do posicionamento da classe, o que é legítimo e incontornável. Contudo, a razão primordial é a responsabilidade social, como aliás afirma a Federação Mundial de Educação Médica (WFME), citamos "A finalidade da educação médica é a melhoria da saúde de todas as populações".[12] Se entendermos assim, devemos começar por diagnosticar a saúde da população e sua previsível evolução para definir então as políticas e estratégias mais adequadas, incluindo a gestão dos recursos humanos onde se enquadra a formação médica. Desse ponto de vista, a qualidade da formação médica será tanto maior quanto mais contribuir para a saúde das pessoas e populações, naturalmente no quadro do sistema de saúde, recursos disponíveis e condições de trabalho. Aspecto importante é que devemos planificar a formação dos médicos conjuntamente com a formação dos enfermeiros e outros profissionais de saúde, mesmo dos técnicos e gestores, ao contrário do que por vezes observamos (cada profissão é pensada, cada currículo é desenhado independentemente dos demais). Outros aspectos relevantes são que o carácter global da medicina não dispensa a sua contextualização e relevância local; a formação deve basear-se em sistemas de saúde-educação-pesquisa e desenvolver competências que nor-

teiem o currículo; e a educação deve ser "transformativa" promovendo atributos de liderança que permitam aos profissionais serem agentes de mudança.[13]

Quanto à segunda questão (Como formar?), poderíamos aprender um pouco mais com a realidade desportiva que é obrigada a apresentar resultados e reconhece a competição como sendo o treino mais completo. Transpondo isso para a educação médica, deveríamos educar os médicos nas condições mais próximas da realidade onde virão a trabalhar, ao invés de formarmos médicos exclusivamente ou principalmente em hospitais muito diferenciados e depois esperarmos que sejam bons médicos de cuidados primários de saúde em pequenos hospitais, centros médicos e na comunidade (onde aliás resistem compreensivelmente a ser colocados por desconhecerem esses contextos). A própria academia defende por vezes que "não há condições" de formação nesses níveis, confundindo nível de cuidados com qualidade deles e com o potencial para formação: de fato, uma Faculdade de Medicina pode criar as condições de formação necessárias a qualquer nível, sendo que o nível primário é mesmo privilegiado nesse aspecto, já que recebe todas as doenças, enfermidades e sinistralidade (ao contrário dos níveis superiores onde os doentes são, em princípio, selecionados) e prepara os médicos para o atendimento e gestão das situações dentro da missão, com os recursos e segundo as normas aí vigentes, sem prejuízo do que venham a aprender depois na fase de residência (designada em Angola "internato de especialidade").

Alternativamente, se entendermos que os médicos apenas devem funcionar como especialistas nos maiores hospitais (como alguns parecem defender e o Dr. Jatene bem questiona), teremos de reconhecer e desenvolver competências nos enfermeiros (ou outro tipo de profissional) para que satisfaçam as populações "onde não há médico".14 Doutra forma, essas populações arriscam-se a ficar também "onde não há enfermeiro" nem serviços de saúde...

(2). Quanto à maior falta de médicos na periferia das grandes cidades, estamos inteiramente de acordo. Naturalmente que o meio rural precisa de médicos, mas proporcionalmente à sua população que é cada vez menor. A migração urbana é um fenômeno mundial, aparentemente imparável, e mesmo em Angola a maioria da população vive agora nas cidades, nomeadamente nas suas periferias muitas vezes desfavorecidas. Se não colocarmos aqui os médicos que formamos e assegurarmos serviços de qualidade, estamos, por um lado, a violar o princípio da equidade e, por outro, a condenar essas pessoas a congestionarem os grandes hospitais que veem assim a sua missão comprometida.

(3). O impacto relativo do subfinanciamento *versus* insuficiências de gestão sobre a escassez de recursos financeiros depende muito de cada contexto e provavelmente os dois coexistem na maioria dos casos. Em Angola, para além do desejável aumento da despesa absoluta e relativa com a saúde, é também reco-

nhecida a necessidade de aumentar as competências de gestão no nível do sistema e das unidades sanitárias. O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde (PDRH) 1997-2007 priorizava "a formação permanente de pessoal administrativo e supervisores, formação de formadores e diretores pedagógicos e a criação de uma escola com ênfase na formação em planificação, gestão, administração, metodologia de investigação, epidemiologia e economia para a saúde" e o PDRH de 2013-2025 continua a diagnosticar "baixa competência técnica na gestão e administração em geral e dos recursos humanos da saúde em particular".[15] A Estratégia Nacional de Formação de Quadros considera como competências técnicas fundamentais, para ser Quadro no Sector da Saúde, "conhecimentos de administração e gestão, técnicas de planeamento e programação e gestão de recursos humanos"[16] e o consequente Plano Nacional de Formação de Quadros integra um subprojecto de "Formação de Apoio à Administração Hospitalar" destinado a assegurar a gestão das novas unidades de saúde que têm sido inauguradas nos últimos anos.[17] Por muito capaz que seja a gestão, no entanto, devemos ter sempre presente que "Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde [...] a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento".[18]

(4). A posição de que "não deveria haver influência política no de saúde da família" é particularmente consistente vindo de alguém com o percurso do Dr. Jatene e, em nossa opinião, tem a ver com a própria natureza do Estado.[19] De fato, prevalece no mundo moderno a capacidade de cada governo (que vigora escassos anos) – e mesmo os seus agentes individualmente – decidirem sobre questões de fundo em matéria de saúde (e outras) que não deveriam mudar durante décadas para justificar o investimento e ser observável algum benefício. Sem questionar o modelo democrático, é cada vez mais importante que algumas políticas públicas possam ser objecto de consensos que lhes confiram sustentabilidade.

(5). Por fim, ao afirmar que "Prioridade [...] a gente sabe pelo volume de recursos que a gente acrescenta ao orçamento", o Dr. Jatene remete-nos às simples rubricas orçamentais – mais do que longas narrativas ou extensos documentos – como indicadores da hierarquia da saúde e da educação, incluindo a formação médica nas políticas públicas.

A iniciativa da Consensus de estimular o debate em torno da entrevista do Dr. Adib Jatene vai certamente gerar visões mais abrangentes sobre os problemas da formação médica, enriquecer as decisões nesta matéria e fortalecer a voz da lusofonia no mundo globalizado. ■

## Referências


**1** JATENE, Adib. Entrevista. Adib Jatene. *Consensus (Revista do Conselho Nacional de Secretários da Saúde)*, ano I, n. 1, jul., p. 6-15, ago. e set./2011.

**2** GOVERNO de Angola. Portal *Oficial do Governo de Angola*. O Perfil de Angola. Disponível em: <http://www.governo.gov.ao/opais.aspx>. Acesso em: 17 out. 2015.

**3** SEVEN natural wonders. Seven Natural Wonders of Angola. Disponível em: <http://sevennaturalwonders.org/angola/>. Acesso em: 18 out. 2015.

**4** United Nations Development Program (UNDP). *Human Development report 2014*. Disponível em: <http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr14-report-en-1.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

**5** The World Bank. Brazil. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/brazil>. Acesso em: 19 out. 2015.

**6** The World Bank. Angola. Disponível em: <http://www.worldbank.org/pt/country/angola>. Acesso em: 17 out. 2015.

**7** Wikipedia. Brasil. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Brasil>. Acesso em: 19 out. 2015.

**8** Wikipedia. Angola. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Angola>. Acesso em 19 out. 2015.

**9** FERREIRA, A. V. L.; FRESTA, M.; SIMÕES, C.; SAMBO MRB. Desafios da Educação Médica e da Investigação em Saúde no Contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 38, n. 1, p.133-41, 2014.

**10** SAMBO, M.R.; FERREIRA, A. V. L. Current status on health sciences research productivity pertaining to Angola up to 2014. *Health Research Policy and Systems*, vol. 13, p. 32, 2015.

**11** FRESTA, M. *Da avaliação e reforma curricular à rede das Faculdades de Medicina: o caminho da qualidade (Angola, 2002-2014)*. Comunicação à 4ª Conferência FORGES Angola/2014. Disponível em: <http://www.aforges.org/conferencia4/docs_documentos/PAINEIS%20PRINCIPAIS/Comunicacao%20Completa/Mario_Fresta.pdf>. Acesso em: 22 out. 2015.

**12** World Federation for Medical Education (WFME). *Basic Medical Education*. WFME Global Standards for Quality Improvement. The 2015 Revision. Disponível em: <http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>. Acesso em: 23 out. 2015.

**13** FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.A.; COHEN, J; CRISP, N.; EVANS, T. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet Commission*, vol. 376 (December 4): 1923-1958, 2010.

**14** CLIFF, J.; MARIANO, A.; MUNGUAMBE, K. *Onde não há médico*. Londres: TALK, Londres, 2009. (versão original de WERNER, D. *et al*. The Hesperian Foundation 1977, 1992). Disponível em: <https://www.talcuk.org/work-with-talc/ONHM/onde-nao-ha-medico-book.pdf>. Acesso em: (2015-07-22).

**15** REPÚBLICA de Angola, Ministério da Saúde. *Consultoria para a Elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde* (PDRH 2013-2025), Lisboa e Luanda (versão 17 e 4 de Junho de 2014).

**16** REPÚBLICA de Angola, Casa Civil do Presidente da República. *Estratégia Nacional de Formação de Quadros*. 2012.

**17** República de Angola, Casa Civil do Presidente da República. *Plano Nacional de Formação de Quadros*, 2012.

**18** Declaração de Alma Ata. Conferência internacional sobre cuidados primários de saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2015.

**19** MICKLETHWAIT, J.; WOOLDRIDGE A. A quarta revolução: a corrida global para reinventar o Estado. Alfragide: Dom Quixote, 2015.