

Formação inicial em ciências da saúde em Angola: comparação dos perfis dos alunos de diferentes cursos (medicina, enfermagem e TDT), em diferentes níveis de ensino (básico, médio e superior)

Initial training in health sciences in Angola: comparison of profiles of students from different courses (medicine, nursing and allied health workers), in different levels of education (basic, medium and higher)

Paulo Ferrinho

Professor Catedrático de Saúde Internacional. GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Nkanga Guimarães

Consultor independente, Angola

Inês Fronteira

Professora de Saúde Internacional. GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Helga Freitas

Diretora Nacional de Saúde, Ministério de Saúde, Angola

Mário Fresta,

Diretor, CEDUMED, Universidade Agostinho Neto, Angola

Resumo

Introdução: Descrevemos a evolução da formação de técnicos de saúde (TdS) em Angola e verificamos que o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) 1997-2007 teve um profundo impacto no desenvolvimento da formação da força de trabalho em saúde em Angola. Este artigo relata um estudo feito no âmbito da elaboração do segundo PDRH 2013-2025 tendo por objetivo obter dados comparáveis sobre o perfil dos estudantes que frequentavam os diferentes cursos de ciências da saúde em Angola.

Métodos: A metodologia foi baseada na utilizada em estudos semelhantes noutros países lusófonos e em Angola em 2007. O estudo decorreu no primeiro quadrimestre de 2014 subcontratado a uma empresa especializada. Os dados foram inseridos em SPSS v.20 em 2014 e estatísticas descritivas (contagem, frequência relativa, média e desvio padrão e medianas) foram calculadas com SPSS v 25 durante 2020.

Resultados: Os resultados do estudo revelam uma mensagem positiva. Os alunos foram recrutados com uma ampla base geográfica; estavam satisfeitos com a escolha da formação e o seu desempenho era, em geral, satisfatório, embora a percentagem de estudantes de técnicas de diagnóstico e terapêutica (TDT) com disciplinas em atraso mereça atenção. Após a formação pretendiam estabelecer-se em Angola, de preferência numa prática hospitalar, de preferência na rede pública. Como o setor público não tem capacidade para absorver todos os alunos, é gratificante constatar que muitos estavam abertos à prática no setor privado, principalmente nas capitais provinciais ou nacionais, preferencialmente em acumulação com trabalhos do setor público.

Discussão e conclusões: Em fim de ciclo do Plano Nacional de Formação de Quadros 2013-2020, este estudo destaca algumas das questões que terão de ser abordadas pelas instituições de formação a fim de contribuir para uma força de trabalho de saúde equilibrada em Angola, com TdS em quantidade com a qualidade e distribuição necessárias para dar resposta às necessidades do sistema de saúde e da população.

Palavras-chaves: Angola, formação de técnicos de saúde, estudantes de medicina, estudantes de enfermagem, estudantes de TDT.

Abstract

Introduction: We describe the evolution of the training of health technicians (HT) in Angola and find that the Human Resources Development Plan (HRDP) 1997-2007 had a profound impact on the development of the training of the health workforce in Angola. This article reports on a study carried out within the scope of the preparation of the second HRDP 2013-2025 with the objective of obtaining comparable data on the profile of students who attended the different health sciences courses in Angola.

Methods: The methodology was based on that used in similar studies in other Portuguese-speaking countries and in Angola in 2007. The study took place in the first four months of 2014, subcontracted to a specialized company. Data were entered in SPSS v.20 in 2014 and descriptive statistics (count, relative frequency, mean and standard deviation and medians) were calculated with SPSS v 25 during 2020.

Results: The study results reveal a positive message. The students were recruited with a wide geographic base; they were satisfied with the choice of training and their performance was, in general, satisfactory, although the percentage of students in the Allied Health Sciences (AHS) with overdue subjects deserves attention. After training, they intended to settle in Angola, preferably in a hospital practice, preferably in the public network. As the public sector does not have the capacity to absorb all students, it is gratifying to note that many were open to practice in the private sector, mainly in provincial or national capitals, preferably in accumulation with public sector work.

Discussion and conclusions: At the end of the cycle of the National Staff Training Plan 2013-2020, this study highlights some of the issues that will have to be addressed by training institutions in order to contribute to a balanced health workforce in Angola, with HT in quantity with the quality and distribution needed to respond to the needs of the health system and the population.

Key words: Angola, training of health technicians, medical students, nursing students, AHS students.

Introdução

Apesar dos enormes recursos naturais, Angola é um Estado relativamente frágil [1]. Sendo o segundo maior produtor de petróleo da África subsariana, Angola é atormentada com o fenómeno da ‘maldição de recursos’ ou ‘paradoxo da abundância’ [2,3]. Neste contexto, o setor da saúde, e a sua força de trabalho, é dos que mais se resente da instabilidade económica resultante.

Enquadrando as suas respostas numa política nacional de saúde [4], num Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário [5], em Planos de Desenvolvimento de Recursos Humanos [6,7] e numa Estratégia Nacional de Formação de Quadros (ENFQ) [8] e no correspondente Plano Nacional de Formação de Quadros (PNFQ) [9] 2013-2020, o Estado angolano procura um caminho para reforçar o setor com os recursos humanos necessários em números, competências e distribuição no território nacional e por níveis de cuidados, reconhecendo que sem este tipo de força de trabalho não são possíveis ganhos em saúde [10]. Na atual conjuntura (2020) os técnicos de saúde (TdS) são formados ao nível terciário (em universidades, institutos e politécnicos) e ao nível médio (em escolas técnicas profissionais de saúde – ETPS e institutos médios de saúde - IMS), tanto do setor público como privado. Na altura deste estudo, em 2014, ainda havia oferta de formação básica que foi desde então descontinuada.

Educação: tutela partilhada entre vários ministérios

A educação e produção dos TdS é uma responsabilidade partilhada maioritariamente entre o Ministério da Educação (MED), do Ensino Superior (atualmente do Ensino Superior, Ciência, Tecnologia e Inovação, MESCTI) e da Saúde (MINSa), embora com o compromisso de outros ministérios, como o da Defesa (atualmente Ministério da Defesa Nacional e dos Veteranos da Pátria, MINDENV) [8].

O MED licencia as instituições de formação (IdF) média, aprova os seus programas de ensino e reconhece os diplomas ou títulos obtidos fora de Angola. Também financia e administra as IdF públicas de ensino médio. É o MINSa que tutela metodologicamente estas IdF e os seus programas de ensino [8].

O MESCTI licencia as IdF superior aprova os seus programas de ensino e reconhece (através do Instituto Nacional para a Avaliação, Acreditação e Reconhecimento de Estudos do Ensino Superior, INAAREES) os diplomas

ou títulos obtidos fora de Angola [8].

A coordenação da formação pós-graduada de médicos e dos TdS de nível médio é também uma responsabilidade direta do MINSa [8] que regulamenta também a atribuição e gestão de bolsas de estudo do sector (através do Instituto Nacional de Gestão de Bolsas de Estudo (INGBE) (Decreto Presidencial 165/14 de 19 de junho).

Evolução da formação de técnicos de saúde

Os antecedentes da formação de TdS em Angola remontam ao século XVIII.

Ensino médico

Uma primeira Escola de Medicina em Luanda foi fundada a 24 de abril de 1789 por diploma assinado pela rainha D^a Maria I de Portugal [11,12]. Esta foi considerada a primeira escola de medicina organizada em regiões tropicais africanas [13].

A atual rede de formação de médicos começou a ser esboçada na década de 60 do século passado. Em 1962 foram abertos os Estudos Gerais Universitários de Angola, tendo o curso de Medicina a designação de curso médico-cirúrgico, com início em 1963. Após a independência em fins de 1975 a Universidade passou a designar-se Universidade de Angola e mais tarde, em homenagem ao primeiro presidente de Angola e primeiro Reitor, Universidade Agostinho Neto [14]. O ensino médico era inicialmente exclusivamente oferecido na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FM-UAN). Esta abriu um segundo “Curso de medicina no Huambo” (CMH) a partir de 1981, com 41 alunos matriculados (apenas 3 terminaram o curso nos 6 anos regulamentares [14]) mas foi interrompido em 1991 pelo reacender da guerra civil.

Em 2000 teve início o ensino privado da medicina em Luanda. Em 2008 começou a primeira edição do curso de licenciatura em medicina no Instituto Superior Técnico Militar (ISTM). Dois novos cursos públicos de medicina tiveram também início em 2008 e mais três em 2009 [15-17], com assistência técnica da República de Cuba. Em 2014 existiam, no setor público, sete faculdades de medicina (incluindo a militar, designada “Departamento de Biotecnologia e Ciências de Saúde”. Em 2014, no setor privado existiam dois cursos de medicina, oferecidos em “Departamentos de Ciências de Saúde” [18,19].

Ensino para enfermeiros e técnicos de diagnóstico e terapêutica

Estas categorias de TdS incluem as carreiras de enferma-

gem (de nível superior, médio e básico) e de técnicos de diagnóstico e terapêutica (TDT) (também de nível superior, médio e básico) que integra 28 profissões (análises clínicas e de saúde pública; anatomia patológica, citológica e tanatológica; audiologia; biologia laboratorial; cardio-pneumologia; defectologia; eletromedicina; estatística médica; estomatologia; farmácia; física nuclear; fisioterapia; genética; higiene e epidemiologia; higiene oral; medicina nuclear; neurofisiologia; nutrição e dietética; ortóptica e oftalmologia; ortoprotesia; podologia; prótese dentária; psicologia clínica; radiologia; radioterapia; saúde ambiental; terapêutica da fala; terapêutica ocupacional).

O ensino para estes TdS teve início formal com um decreto de 1844, seguido de outro de 1845, que lançaram as bases legais para a criação de um instituto destinado à preparação de “práticos de medicina” em Luanda, com competência em enfermagem e na “pequena medicina”. A construção da primeira Escola de Formação de Auxiliares, Atendentes e Práticos de Enfermagem junto ao Hospital Maria Pia (atual Hospital Josina Machel – Maria Pia) em Luanda, data de 1883. Há referência a um outro Curso de Auxiliar de Enfermagem desde a década de 1940. O ensino de enfermagem em Luanda voltou a ser formalizado com a instalação da Escola Técnica de Serviços de Saúde e Assistência em Luanda em 1967 e em 1969 no Huambo (então Nova Lisboa). Em 1970, o Governo português cria no distrito de Malanje, concelho do Cota, a Escola de Formação dos Agentes Sanitários de Assistência Rural [20,21].

No período colonial as igrejas cristãs tiveram um papel relevante a nível local na formação dos TdS auxiliares e de nível médio, através de escolas e instalações de saúde associadas à sua atividade missionária [22]. Infelizmente este contributo durante o período colonial não foi ainda estudado de uma forma sistemática.

Depois da independência, a Lei Nº 9/75 de 10 de dezembro institucionaliza o curso de técnico básico de enfermagem.

Em 1976, foram criadas vinte e duas escolas técnicas de saúde pública em dezoito províncias, com objetivo de massificar a formação de auxiliares de enfermagem - à época foram também consideradas instituições públicas as escolas missionárias de Kaluquembe e de Chiulo.

Em 1979 o Ministério da Saúde inicia a formação de auxiliares de enfermagem com cursos uni e bi-etápicos (para os cursos uni eram exigidos para ingresso a 6ª classe e para os cursos bi-etápicos a 4ª classe). Nesse ano intensificou-se também a formação de promotores de saúde ocupacional e rural em todo território nacional. Iniciou-

-se ainda a especialização dos auxiliares de enfermagem em pedagogia e didática, materno-infantil, pediatria e puericultura, saúde pública, sanitarista, anestesiologia, reabilitação física e outras [22].

A transformação do sistema de formação de TdS fez-se sentir mais intensamente a partir da década de 80 [23,24] com o estabelecimento de diversos IMS [25]. Em 1982 é criado o Curso Médio de Enfermagem no IMS do Bié [21].

Em 1985, o Ministério da Educação e Cultura cria o Centro de Ensino Superior de Enfermagem (CESE), convertido em Instituto Superior de Enfermagem (ISE) em 1990 e passando a integrar a Universidade Agostinho Neto em 2002 [21]. O ISE suspendeu as suas atividades entre 1992 e 1998 após o saque das suas instalações com o reacender da guerra civil. Em 2011 a licenciatura em enfermagem já era oferecida em 10 províncias [21].

Com a adoção do primeiro Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Saúde (PDRH 1997-2007) [6] a transformação do ensino técnico-profissional em saúde sofreu um novo impulso. A formação básica foi interrompida e as Escolas básicas reconvertidas em Centros de Reciclagem Provinciais. Deu-se início à regionalização da formação com a progressiva transformação dos IMS e das ETPS Provinciais em IdF com abrangência regional. As ETPS passaram a concentrar-se também na realização de cursos de especialização média e de promoção dirigidos a técnicos já existentes no sistema.

No entanto, o processo de reorganização da rede nacional das IdF de nível médio e básico através da sua redução, racionalização e requalificação – como previsto no quadro do PDRH 1997-2007 – registou desvios significativos [26]. Em 2011, em vez das 5 ETPS previstas existiam, no setor público, 10 ETPS e 11 IMS [18]. Só em Luanda existiam 21 IdF privadas com a pretensão de ministrar cursos médios de saúde, mas só sete reuniam as condições para serem reconhecidas [19]. Em 2013 seriam reconhecidas mais seis (António Alves da Costa, comunicação pessoal, junho de 2013). A maior parte carecia de manutenção e de financiamento adequado. Nenhuma parecia ter uma biblioteca adequada. O acesso a laboratórios e salas práticas, a equipamento de informática, a equipamento de apoio às aulas e internet era baixo. A formação docente era considerada pedagogicamente deficitária. O número de alunos por turma era variável, mas a baixa capacidade obrigava a maior parte destas IdF a recorrerem a várias turmas por dia numa mesma sala. Menos de 50% dos professores eram licenciados. Notava-se a falta de critérios para seleção de campos de estágio para os alunos dos cursos médios. Só em Huíla parecia haver a

possibilidade de ensino à distância [18,27].

Os cursos credenciados no ensino superior para TDT incluem (2015) análises clínicas e de saúde pública, psicologia clínica, eletromedicina e farmácia no setor público e cardiopneumologia, análises clínicas e saúde pública, psicologia clínica, farmácia, fisioterapia e radiologia no setor privado [28]. Em 2012, 22% dos TDT possuíam formação superior [8]. O déficit de profissionais desta carreira foi reconhecido na estratégia e plano nacional, que recomendavam duplicar o número de TDT em Angola até 2020 [8,9]. O Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025 prioriza a formação de nível médio para “anatomia patológica, cardiopneumologia, ortopedia, nutrição e dietética, ortopedia e saúde ambiental”.

Organização académica

Em 2007, a resolução nº 4/07 de 2 de fevereiro do Conselho de Ministros aprovou as “Linhas mestras para a melhoria da gestão do subsistema de ensino superior” bem como o respetivo plano de implantação, que estabelecia a expansão da rede de instituições de ensino superior em Angola. A instituição das sete regiões académicas, visando a expansão e reorganização da rede de ensino superior no país, sua adequação às necessidades de crescimento de Angola e a melhoria da qualidade, constituiu o principal destaque em 2009 (Decreto 5/09 de 7 de abril do Conselho de Ministros). A criação destas regiões resulta da aprovação, em fevereiro de 2009, do decreto que estabelece a reorganização da rede de instituições do ensino superior público. O argumento para esta iniciativa foi de que o aumento da oferta iria favorecer a permanência de quadros nas regiões de origem e alcançar um maior equilíbrio na distribuição de pessoal qualificado. Cada região académica seria servida por uma faculdade de medicina, integrada numa universidade [7]. Mesmo com 9 faculdades de medicina, Angola ficava ainda aquém do rácio recomendado internacionalmente de uma faculdade por cada 2 milhões de habitantes [29].

No quadro do ensino superior é ainda de realçar o Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED), uma Unidade Orgânica da UAN. Iniciou as suas funções no seio da FM-UAN e foi responsável por coordenar os trabalhos que conduziram à Avaliação Interna do Curso e da Faculdade de Medicina (2004-2005) da UAN, à Avaliação Institucional da FM-UAN (2007-2008), ao Guia Informativo do Curso de Medicina da FM-UAN (2009), ao estabelecimento do Perfil do Médico em Angola (2009), à Reforma Curricular do Curso de Medicina

da FM-UAN (2009), ao 1º Curso de Pós-graduação Profissional de Gestão em Saúde (Administração Hospitalar) (2004), a sucessivas ofertas do Mestrado em Educação Médica (1ª ed 2004/2005), à 1ª edição do Doutoramento em Ciências Biomédicas (a decorrer desde 2019) e à edição da Revista Angolana de Educação Médica (4 números, não indexada), entre outros [30-36].

Cooperação internacional

A cooperação internacional na formação de quadros de saúde tem inúmeros parceiros, de onde se realizam os brasileiros, os cubanos e os portugueses.

Os primeiros enfermeiros com formação a nível superior, receberam a sua formação, entre 1988 e 1999 na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP) no Brasil. Estes alunos reforçaram o corpo de docentes do ISE, mas foram também importantes para assegurar a direção e docência nos IMS e para fixar os profissionais de enfermagem no sector da saúde [21,37]. De 2002 a 2007 funcionou em Angola, em regime semipresencial, o mestrado em saúde (na especialidade de obstetrícia e ciências de enfermagem neonatal e na de gestão de serviços de saúde) oferecido pela University of South Africa (UNISA).

No ano de 2005, a UAN através do ISE formaliza o convénio com a USP. No mesmo ano, iniciou-se um processo de integração das IdF superior de enfermagem dos países de língua oficial portuguesa com a realização de um workshop, em Luanda, sobre o enfermeiro licenciado nos referidos países [21,37].

A partir de 2007 a USP começou a receber estudantes para realização de estágios curriculares supervisionados e em 2011 assinou novo convénio com o Instituto Superior de Ciências da Saúde (ISCISA) para assessoria na organização e instalação do curso de mestrado em enfermagem em Angola [21,37].

No sector médico público, a docência e a gestão das novas faculdades têm estado subcontratadas a instituições cubanas no âmbito de uma Assistência Técnica Compensada [38]. Os docentes são contratados anualmente por uma empresa (Antrex), permanecendo geralmente 2 e raramente 3 anos em Angola (Rosário Sambo, Decana da Faculdade de Medicina de Benguela, comunicação pessoal, novembro de 2011, Benguela.). O currículo é o cubano e o ensino é geralmente em espanhol. Esta colaboração de Cuba com Angola é a considerada a maior e a mais abrangente em termos de setores de colaboração e a mais dilatada no tempo [39,40]. O modelo cubano é apercebido

com encorajando mais os jovens médicos a optarem por carreiras em saúde pública e medicina geral e familiar que o modelo da FM-UAN. Mas, por outro lado, é visto como excessivamente centrado no médico, não os preparando para trabalhar em parceria com e delegar competências a outras profissões [41].

No momento atual a cooperação académica médica é particularmente importante para a pós-graduação e especialização de médicos [42].

Planeamento da força de trabalho em saúde

Verificamos, pelo exposto acima, que o PDRH 1997-2007 [6] teve um profundo impacto no desenvolvimento da formação da força de trabalho em saúde em Angola. Este artigo relata um estudo feito no âmbito da elaboração do segundo PDRH 2013-2025 [7] tendo por objetivo obter dados comparáveis sobre o perfil dos estudantes que frequentavam os diferentes cursos de ciências da saúde em Angola.

Material e métodos

A metodologia foi baseada na utilizada em estudos semelhantes noutros países lusófonos [43-49] e em Angola em 2007 [47].

O estudo decorreu no primeiro quadrimestre de 2014. Foi concebido por 4 dos autores (PF, NG, MF e HF). Pretendia-se um estudo censitário [50] dos finalistas em todos os cursos de nível médio e superior, privados ou públicos, em todas as províncias. Foi subcontratado a uma empresa especializada que recolheu os dados e os introduziu numa base de dados SPSS, programa que também foi utilizado para levar a cabo a análise estatística (análise conduzida por um dos autores - PF).

Os dados foram inseridos em SPSS v.20 em 2014 e estatísticas descritivas (contagem, frequência relativa, média e desvio padrão e medianas) foram calculadas com SPSS v 25 durante 2020. A significância estatística para tabulação cruzada de variáveis categóricas foi testada pelo qui-quadrado de Pearson, teste exato de Fisher ou razão de verossimilhança, conforme apropriado. A comparação da

significância estatística das diferenças das médias foi testada com Anova [51].

Resultados

Conseguimos dados válidos sobre 3235 estudantes finalistas distribuídos por 17 das 18 províncias, pelos 3 níveis de ensino [superior (n=1041, 32%), médio (n=214, 66%) e básico (n=53, 2%)] com a seguinte distribuição: 13% (n=415) estudantes de medicina, 12% (n=374) estudantes de enfermagem superior, 8% (n=252) estudantes TDT superior, 52% (n=1694) estudantes de enfermagem média, 14% (n=447) estudantes TDT médio, 2% (n=53) estudantes de enfermagem básica. Com exceção dos estudantes de medicina, a decisão para estudar é tomada relativamente tarde o que reflete também a idade madura dos estudantes no momento do inquérito (tabela 1).

Tabela 1: Idade (em anos) em que o estudante decidiu fazer o curso que está a frequentar e idade (em anos) do aluno no momento do inquérito Anova p<0,01

Tipo de estudante	Estatística	Idade (em que decidiu fazer o curso que está a frequentar)	Idade no momento do inquérito
Medicina	N	399	393
	Média (dp)	15,9 (±5,8)	28,9 (±5,4)
	Mediana	16	27
Enfermagem superior	N	365	351
	Média	21,0 (±10,1)	36,9 (±8,6)
	Mediana	18	36
TDT superior	N	238	230
	Média	25,9 (±8,7)	35,2(±7,8)
	Mediana	25	34,5
Enfermagem média	N	1631	1641
	Média	16,4 (±6,6)	26,6 (±8,3)
	Mediana	16	24
TDT médio	N	432	425
	Média	18,8(±7,5)	26,4(±7,4)
	Mediana	18	24
Enfermagem básica	N	50	53
	Média	18,3(±5,1)	26,6(±5,5)
	Mediana	18	26
Total	N	3115	3093
	Média	17,9(±7,8)	28,7(±8,7)
	Mediana	17	26

Anova p<0,01

Mais de metade dos estudantes era do sexo feminino, sendo os mais feminizados os enfermeiros básicos e os menos os enfermeiros superiores (p=0,08). Só uma minoria, aproximando-se dos 30% para estudantes de medicina e de TDT, estava casada (tabela 2) (p=0,000).

Tabela 2: Distribuição por sexo e estado civil

Tipo de estudante	Sexo			Estado civil				
	M	F	Total	Solteiro	Casado	Separado/ Divorciado	Viúvo	Total
Medicina	95 (27%)	255 (73%)	350 (100%)	172 (69%)	77 (31%)	1 (≈0%)	1 (≈0%)	251 (100%)
Enfermagem superior	90 (31%)	200 (69%)	290 (100%)	137 (79%)	33 (19%)	0 (≈0%)	3 (2%)	173 (100%)
TDT superior	39 (20%)	161 (80%)	200 (100%)	94 (63%)	49 (33%)	4 (3%)	1 (1%)	148 (100%)
Enfermagem média	421 (27%)	1135 (73%)	1556 (100%)	1068 (87%)	123 (10%)	20 (2%)	21 (2%)	1232 (100%)
TDT médio	88 (22%)	309 (78%)	397 (100%)	253 (82%)	42 (13%)	7 (2%)	8 (3%)	310 (100%)
Enfermagem básica	8 (15%)	45 (85%)	53 (100%)	51 (96%)	2 (4%)	0	0	53 (100%)
Total	741 (26%)	2105 (74%)	2846 (100%)	1775 (82%)	326 (15%)	32 (1%)	34 (2%)	2167 (100%)

Dois por cento ou menos em todas as categorias estão a repetir o ano, mas com uma grande variação nos que tinham disciplinas em atraso: 16% (n=39) nos TDT de nível superior e 11% (n=50) nos de nível médio, 6% nos estudantes de enfermagem média (n=99) e básica (n=3), 1% nos estudantes de enfermagem de nível superior (n=3) e aproximadamente zero nos estudantes de medicina (n=2) (p<0,01).

Com variações significativas entre

A grande maioria é de origem urbana (nascidos e/ou completando educação primária e /ou secundária em Luanda e/ou numa outra capital provincial), sendo os mais rurais os estudantes de enfermagem superior e os mais urbanos os enfermeiros básicos (tabela 3) (p=0,000).

as diferentes categorias de estudantes, a maior parte tinha familiares nas profissões de saúde (tabela 4) (p=0,38) e estes foram importantes na decisão de enveredar pela área de estudo (tabela 4) (p<0,01).

A atual área de estudo foi a primeira escolha para a grande

Tabela 3: Distribuição por local de nascimento e de educação primária e secundária

Tipo de estudante	Local de nascimento				Local de educação primária				Local de educação secundária			
	Cidade de Luanda	Outra capital provincial	Outra localidade em Angola	No estrangeiro	Cidade de Luanda	Outra capital provincial	Outra localidade em Angola	No estrangeiro	Cidade de Luanda	Outra capital provincial	Outra localidade em Angola	No estrangeiro
Medicina	134 (33%)	227 (55%)	45 (11%)	5 (1%)	163 (40%)	194 (47%)	44 (11%)	9 (2%)	166 (41%)	203 (50%)	29 (7%)	11 (3%)
Enfermagem superior	26 (7%)	207 (57%)	128 (35%)	1 (≈0%)	41 (11%)	233 (63%)	90 (25%)	4 (1%)	33 (9%)	264 (73%)	58 (16%)	6 (2%)
TDT superior	102 (41%)	106 (43%)	40 (16%)	0	110 (45%)	100 (40%)	35 (14%)	2 (1%)	118 (48%)	99 (41%)	22 (9%)	5 (2%)
Enfermagem média	532 (32%)	883 (53%)	242 (15%)	3 (≈0%)	629 (38%)	805 (49%)	219 (13%)	3 (≈0%)	609 (37%)	914 (55%)	138 (8%)	2 (≈0%)
TDT médio	182 (42%)	200 (46%)	52 (12%)	0	239 (55%)	167 (38%)	32 (7%)	0	227 (52%)	185 (43%)	20 (5%)	1 (≈0%)
Enfermagem básica	1 (2%)	48 (92%)	3 (6%)	0	4 (7,5%)	45 (85%)	4 (7,5%)	0	0	49 (93%)	4 (7%)	0

Apesar do viés urbano, a maior parte de todas as categorias de estudantes, menos importante para os estudantes de medicina, considerava que a sua família tinha uma associação rural marcante (tabela 4) (p<0,01).

maioria (p<0,01) que voltariam a optar por ela se a isso fossem obrigados (p<0,01) (tabela 4).

Praticamente todos (mais de 98%) os estudantes acreditavam estarem a ser bem preparados para trabalhar em equipa.

Tabela 4: Natureza rural-urbana da família, importância dos familiares nas tomadas de decisão sobre formação e satisfação com a formação escolhida

	Medicina	Enfermagem superior	TDT superior	Enfermagem média	TDT médio	Enfermagem básica	Total
Considera família predominantemente:							
Urbana	183 (46%)	118 (32%)	83 (35%)	564 (35%)	113 (27%)	8 (15%)	1069 (35%)
Rural	22 (5%)	28 (8%)	25 (10%)	182 (11%)	53 (13%)	4 (8%)	314 (10%)
Composição urbana e rural equilibrada	195 (49%)	217 (60%)	131 (55%)	864 (54%)	246 (60%)	40 (77%)	1693 (55%)
Familiares no sector da saúde							
Sim	258 (63%)	217 (59%)	147 (59%)	1003 (59%)	268 (60%)	43 (81%)	1936 (60%)
Familiares importantes na escolha de área de estudos							
Sim	284 (71%)	254 (72%)	172 (78%)	1233 (77%)	324 (78%)	45 (85%)	2312 (76%)
Curso escolhido foi a primeira opção							
Sim	380 (92%)	336 (90%)	207 (84%)	1554 (92%)	389 (88%)	52 (98%)	2918 (91%)
Faria novamente a mesma escolha de curso se pudesse voltar atrás							
Sim	357 (87%)	333 (90%)	216 (88%)	1599 (95%)	419 (95%)	51 (96%)	2975 (93%)

Exceto os estudantes de enfermagem auxiliar, a grande maioria dos outros estudantes acreditava que a formação recebida lhes permitirá serem bons profissionais em qualquer parte do mundo (tabela 5) ($p < 0,01$).

Tabela 5: Percepção sobre a universalidade da formação recebida

Tipo de estudante	Onde é que a formação permitirá um bom desempenho profissional			
	Só em Angola	Só em África	Em qualquer parte do mundo	Total
Medicina	36 (9%)	18 (4%)	356 (87%)	410 (100%)
Enfermagem superior	19 (5%)	9 (2%)	343 (93%)	371 (100%)
TDT superior	15 (6%)	1 (%)	231 (94%)	247 (100%)
Enfermagem média	190 (11%)	70 (4%)	1415 (85%)	1675 (100%)
TDT médio	57 (13%)	17 (4%)	367 (83%)	441 (100%)
Enfermagem básica	29 (55%)	0 (%)	24 (45%)	53 (100%)
Total	346 (11%)	115 (4%)	2736 (85%)	3197 (100%)

Exceto os estudantes de enfermagem auxiliar (que a consideravam excessivamente prática), a grande maioria dos outros estudantes considerava existir um bom equilíbrio entre o ensino teórico e prático (tabela 6) ($p < 0,01$).

Tabela 6: Equilíbrio entre elementos teóricos e práticos da formação e apreciação da satisfação com o programa e os sistemas de apoio

	Medicina	Enfermagem superior	TDT superior	Enfermagem média	TDT médio	Enfermagem básica
Como sente a sua formação						
Excessivamente teórica	80 (20%)	29 (8%)	35 (14%)	113 (7%)	28 (7%)	0
Excessivamente prática	41 (10%)	44 (13%)	67 (28%)	489 (30%)	145 (35%)	28 (53%)
Adequada	274 (70%)	273 (79%)	139 (58%)	1005 (63%)	236 (58%)	25 (47%)
Carga horária do curso						
Não satisfeito	182 (45%)	27 (7%)	86 (35%)	277 (17%)	55(12%)	4(7%)
Satisfeito	227 (55%)	341 (93%)	159 (65%)	1394 (83%)	388(88%)	49(93%)
Programa de ensino						
Não satisfeito	137 (33%)	24 (7%)	30 (12%)	277 (17%)	89(20%)	7(13%)
Satisfeito	274 (67%)	339 (93%)	212 (88%)	1385 (83%)	350(80%)	46(87%)
Qualidade dos professores						
Não satisfeito	68 (17%)	11 (3%)	42 (17%)	215 (13%)	54(12%)	0
Satisfeito	343 (83%)	359 (97%)	199 (83%)	1449 (87%)	383(88%)	53 (100%)
Apoio da biblioteca						
Não satisfeito	275 (67%)	205 (57%)	113 (46%)	1091 (66%)	281 (64%)	47 (89%)
Satisfeito	134 (33%)	158 (43%)	132 (54%)	571 (34%)	159 (36%)	6 (11%)
Apoio informático						
Não satisfeito	294 (72%)	206 (56%)	140 (57%)	1206 (72%)	297 (68%)	48 (91%)
Satisfeito	117 (28%)	160 (44%)	105 (43%)	459 (28%)	139 (32%)	5 (9%)
Condições laboratoriais						
Não satisfeito	321 (79%)	237 (65%)	123 (50%)	1135 (68%)	297 (68%)	30 (55%)
Satisfeito	88 (21%)	127 (35%)	121 (50%)	531 (32%)	141 (32%)	22 (42%)
Acesso a casos clínicos						
Não satisfeito	122 (30%)	156 (43%)	141 (58%)	1049 (63%)	278 (64%)	25 (47%)
Satisfeito	290 (70%)	206 (57%)	104 (42%)	611 (37%)	158 (36%)	28 (53%)
Acesso a salas de estudo						
Não satisfeito	162 (40%)	78 (21%)	62 (26%)	621 (37%)	164 (38%)	9 (17%)
Satisfeito	240 (60%)	286 (79%)	181 (74%)	1037 (63%)	268 (62%)	43 (83%)
Acesso a lares						
Não satisfeito	337(84%)	316 (89%)	224 (93%)	1363 (85%)	358 (86%)	7 (14%)
Satisfeito	65(16%)	39 (11%)	16 (7%)	248 (15%)	60 (14%)	44 (86%)
Acesso a refeitórios						
Não satisfeito	337(83%)	325 (90%)	162 (67%)	1334 (80%)	319 (74%)	27 (53%)
Satisfeito	69(17%)	35 (10%)	80 (33%)	330 (20%)	114 (26%)	24 (47%)
Condições de prática desportiva						
Não satisfeito	322(78%)	223(63%)	180(74%)	1139(68%)	258(59%)	53(100%)
Satisfeito	89(22%)	134(37%)	64(26%)	534(32%)	181(41%)	0
Acesso a espaços de lazer						
Não satisfeito	357(88%)	256(71%)	194(80%)	1229(74%)	302(69%)	51(96%)
Satisfeito	51(12%)	106(29%)	50(20%)	439(26%)	134(31%)	2(4%)

A maioria dos alunos estava satisfeita com os professores, programa de ensino, calendário do curso e acesso a salas de estudos. Só os TDT do ensino superior demonstravam alguma (ainda assim pouco mais

de metade dos inquiridos) satisfação com o apoio da biblioteca, todos as outras categorias estavam maioritariamente insatisfeitas. Nenhum grupo se mostrava maioritariamente satisfeito com o apoio laboratorial (no máximo, metade dos TDT

superior) e a satisfação com o acesso a casos clínicos só foi maioritária (por ordem decrescente) em medicina, enfermagem superior e enfermagem básica. A insatisfação com os outros sistemas de apoio era ge-

neralizada (com exceção do aceso a lares pela enfermagem básica) (para todas as comparações $p < 0,01$). Depois de concluírem seus estudos, mais da metade dos alunos gostaria de trabalhar exclusivamente no setor público ($p < 0,01$), num hospital ($p < 0,01$) e numa área urbana ($p < 0,01$) (tabela 7). Menos de 2% gostaria de emigrar para trabalhar no estrangeiro.

Tabela 7: Expetativas de prática profissional depois de completarem os estudos

	Medicina	Enfermagem superior	TDT superior	Enfermagem média	TDT médio	Enfermagem básica	Total
Sector de prática							
Exclusivamente público	212 (52%)	265 (72%)	134 (55%)	1009 (60%)	253 (57%)	43 (81%)	1916 (60%)
Privado ou público e privado	194 (48%)	103 (28%)	108 (45%)	668 (40%)	190 (43%)	10 (19%)	1273 (40%)
Nível de cuidados							
Hospital	292 (77%)	276 (77%)	203 (85%)	1275 (80%)	359 (88%)	48 (91%)	2453 (81%)
Comunidade	87 (23%)	81 (23%)	35 (15%)	323 (20%)	48 (12%)	5 (9%)	579 (19%)
Localidade							
Luanda ou Outra capital provincial	369 (94%)	302 (88%)	217 (91%)	1408 (90%)	406 (95%)	50 (96%)	2752 (91%)
Zona rural	23 (6%)	43 (12%)	22 (9%)	155 (10%)	21 (5%)	2 (4%)	266 (9%)

Discussão

Em 2012, a estratégia nacional de formação de quadros [8] e o plano correspondente [9] identificaram a necessidade de investir na formação de profissionais de saúde até 2020, confirmados no Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário [5]. O presente estudo contribui para a necessidade de integrar essa prioridade na estratégia nacional de força de trabalho em saúde 2013-2025 [7]. Os resultados do estudo revelam uma mensagem positiva. Os alunos foram recrutados com uma ampla base geográfica; estavam satisfeitos com a escolha da formação e o seu desempenho era, em geral, satisfatório, embora a percentagem de estudantes de TDT com disciplinas em atraso mereça atenção. Após a formação pretendiam estabelecer-se em Angola, de preferência numa prática hospitalar, de preferência na rede pública. Como o sector público não tem capacidade para absorver todos os alunos, é gratificante constatar que muitos estavam abertos à prática no sector privado, principalmente nas capitais provinciais ou nacionais, preferencialmente em acumulação com trabalhos do sector público.

O estudo também fornece alguns sinais de alerta. Embora, em 2012, existissem 165 hospitais municipais, 25 hospitais provinciais e 20 hospitais nacionais [5], a maioria dos alunos, apesar dos laços familiares com áreas rurais para a maioria deles, pretendia estabelecer-se profissionalmente nas capitais nacionais ou provinciais, e não nos hospitais municipais.

A formação é um investimento significativo dos alunos ou seus familiares, das IdF e do Estado; no respeito por este esforço, e para melhorar o desempenho escolar, deve haver empenho na melhoria dos sistemas de apoio, nomeadamente, acesso a bibliotecas, laboratórios, casos clínicos, apoio informático, cantinas, alojamentos e atividades de lazer.

A grande maioria dos alunos são mulheres, com todas as implicações que a feminização implica para o planeamento da força de trabalho em saúde em termos de equilíbrio de género, distribuição geográfica, retenção de longo prazo e disponibilidade para trabalhar horas extras e de forma

isolada, sobretudo atendendo à elevada fertilidade em Angola. Esta feminização da força de trabalho pode potencialmente catalisar o empoderamento e a equidade das mulheres e abordar as questões de género na sociedade em geral [52].

Apesar dos desenvolvimentos observados, a formação superior de enfermeiros e de TDT enfrenta ainda outros grandes desafios. Acima de tudo, a formação de enfermeiros e TDT em Angola é dificultada pela falta de clareza quanto à definição profissional destes profissionais e ao perfil do enfermeiro e de TDT que o país precisa. A enfermagem não é valorizada; ainda é, com frequência, vista como um degrau intermédio na caminhada para se chegar ao grau de medicina. Existem também problemas graves nas condições de estágio e de socialização dos estudantes de enfermagem e de TDT, que resultam nalgum desconforto quanto ao nível de competências com que entram no sistema de saúde [37].

Por fim, os achados deste estudo estão alinhados com os de outros estudos com estudantes de medicina e enfermagem em Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique e Timor Leste. Em todo o lado, exceto na Guiné-Bissau, o corpo discente está feminizado. Os alunos geralmente estão satisfeitos com a qualidade da formação, com seus professores e com o calendário de estudos, mas menos com os sistemas de apoio. Após a conclusão dos estudos, os estudantes desejam estabelecer-se na prática hospitalar urbana [43-49]. A maioria dos estudantes de todos os países estudados [43-49] refere familiares nas profissões da saúde e destaca sua in-

fluência na sua decisão de seguir a formação profissional em saúde, reforçando a importância dos mecanismos de reprodução social na educação [53].

Limitações do estudo

O principal obstáculo à aplicação dos questionários para autopreenchimento foi a ocorrência do estudo entre o fim de um ano letivo e o início do subsequente, no momento em que os estudantes finalistas estavam em exames.

Nem todas as instituições aderiram ao estudo.

Outra das limitações do estudo é a falta de um denominador para o número de alunos de IdF no país. Ainda assim, este é um estudo único em Angola e em África, com resultados relevantes para o planeamento da educação e desenvolvimento da força de trabalho em saúde.

Uma outra limitação refere-se à impossibilidade de identificar a formação profissional que os alunos TDT seguem. Embora existisse uma questão específica a este respeito, a maioria dos alunos não respondeu a esta questão.

O estudo foi realizado em 2014. É relatado agora porque há

expectativas de repeti-lo e por 2020 ser o ano final do Plano Nacional de Formação de Quadros 2013-2020. Nos últimos dois anos, no contexto das grandes mudanças políticas observadas no país, mais de 16.000 trabalhadores da saúde - médicos, enfermeiros e TDT - foram recrutados para os serviços de saúde do sector público, sendo necessário avaliar a implementação da estratégia nacional de força de trabalho em saúde e atualizá-la.

Uma limitação final refere-se à classificação das localidades como rurais ou urbanas. Essa é uma dificuldade reconhecida na literatura [54]. Optamos por seguir as recomendações de Couper [55] aceitando como rural qualquer localidade fora da capital nacional (Luanda) e / ou fora das capitais provinciais.

Conclusões

Este estudo destaca algumas das questões que terão de ser abordadas pelas IdF a fim de contribuir para uma força de trabalho de saúde equilibrada em Angola, com TdS em quantidade com a qualidade e distribuição necessárias para dar resposta às necessidades do sistema de saúde e da população.

Bibliografia

1. Arko-Cobbah A, Olivier B. The Dynamics of State Fragility in Angola. In: Olowu D, Chanie P (eds). *State Fragility and State Building in Africa*. United Nations University Series on Regionalism, vol 10. Cham: Springer, Cham; 2016.
2. Barros CP. The resource curse and rent-seeking in Angola. Working paper/documentosTraba/hd WP 102/2012. <http://pascal.iseg.utl.pt/-cesa/index.php/menupublicacoes/working-papers>.
3. Hammond JL. The resource curse and oil revenues in Angola and Venezuela. *Science & Society*. 2011; 75(3): 348–378.
4. República de Angola, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde - Por uma Vida Saudável para Todos. Luanda; 2010.
5. República de Angola, Ministério da Saúde. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2025: Mais e Melhor Saúde. Volumes 1 e 2. Luanda; 2012.
6. República de Angola, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos. Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos 1997-2007, Versão final. Luanda; 1999.
7. República de Angola, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos. Consultoria para Elaboração do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos para a Saúde: PDRH 2013-2025. Proposta dos Consultores Ferrinho, Gonçalves L, Guimarães N, Russo G. Projecto de Reforço dos Serviços Municipais de Saúde, Versão 17. Lisboa e Luanda; 2014.
8. República de Angola, Casa Civil da Presidência. Estratégia Nacional de Formação de Quadros. Relatório Final. Luanda, Angola; 2012.
9. República de Angola, Casa Civil da Presidência. Plano Nacional de Formação de Quadros para o período de 2013-2020. Luanda, Angola; 2012.
10. Campbell J, Dussault G, Buchan J, Pozo-Martin F, Guerra Arias M, Leone C, Siyam A, Cometto G. A Universal Truth: No Health without a Workforce, Forum Report. Geneva: Global Health Workforce Alliance and WHO; 2013.
11. Abreu JLN. José Pinto de Azeredo e as Enfermidades de Angola: Saber Médico e Experiências Coloniais nas Últimas Décadas do Século XVIII. *Revista de História*, São Paulo. 2012; 166: 163-183.
12. Pinto JS, Cecchini M-AG, Malaquias IM, Moreira-Nordemann LM, Pita JR. O médico brasileiro José Pinto de Azeredo (1766?-1810) e o exame químico da atmosfera do Rio de Janeiro. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*. 2005; vol.12. no. 3.
13. Cambournac FJC. A acção dos portugueses no campo da medicina tropical. *O Médico*. 1982; 102.
14. Simões C. Perfil académico dos alunos de medicina no Huambo. *Revista Angolana de Educação Médica*. 2003; 0: 57-67.
15. Fresta M, Tuti C, Cardoso E. Educação Médica em Angola. Colaboração para Reforçar a Docência nas Faculdades de Medicina dos PALOP. 2º Congresso Nacional de Medicina Tropical. Workshop sobre Educação Médica. Lisboa: IHMT; 20 de abril de 2013.

16. Simões C. Formação pré-graduada dos médicos em Angola. Livro de Sumários, p 29 das III Jornadas Científicas. Benguela: Faculdade de Medicina, Universidade de Katyavala Bwila; 17 a 20 de outubro 2012.
17. Sambo MDR, Gerardo A, Chagas P, Lopes B. o desenvolvimento da Educação Médica em Angola. Livro de Sumários, p 23 das IV Jornadas Científicas. Benguela: Faculdade de Medicina, Universidade de Katyavala Bwila; 16 a 18 de outubro 2013.
18. Projecto 9.ACP.MTR.04. Diagnóstico dos sistemas formativos em RHS dos PALOOP (Referência: 03/2010/ÓPI/3.1.2). Fevereiro-Abril 2011, Angola. PA-DRHS, PALOP_TL.
19. República de Angola. Ministério da Saúde. DNRH. Boletim dos Recursos Humanos em Saúde, Ano de 2011. Luanda: Edição DPI; março de 2012.
20. Cabaz JJ. Caracterização do Ensino da Fisioterapia em Angola. Dissertation for the degree of Master in Physiotherapy. Instituto Politécnico de Lisboa Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa: Lisboa; 2016.
21. Tiago J. A formação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem nos períodos Colonial e Pós-Independência: um estudo dos egressos da Escola Técnica Profissional de Saúde de Luanda – Angola. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
22. Serrano M. Strengthening institutions or institutionalising weaknesses? Interactions between aid and institutions in Huíla Province, Angola. Thesis. Wageningen: Wageningen University; 2012.
23. República de Angola, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos. Programa Indicativo do Governo para a Valorização da Mão de Obra Nacional. Projectos Prioritários nº 8. Operacionalização do Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 1997/2007. Implementação do “Novo” Sistema de Formação em Saúde. Documento de Trabalho. Luanda; abril de 2002.
24. Fresta E, Costa A, Gândara L. Encontro Nacional sobre “Reconstrução Nacional e a Formação Profissional – Desafios e Soluções”. Luanda: MINSA; fevereiro de 2007.
25. República de Angola. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Escolas de Formação de Técnicos da Saúde. Cursos Técnicos. Sem data.
26. República de Angola, Ministério da Saúde. Mapa Sanitário. Breve Descrição das Instituições de Formação de Saúde - Províncias de Luanda, Benguela, Huambo, Bié e Huíla. Fevereiro 2007, Programa de Apoio ao Sector de Saúde – PASS, Fundo Europeu de Desenvolvimento (8º FED), Convenção de Financiamento 6511/ANG - Projecto 8 ACP ANG 00.
27. República de Angola, Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Recursos Humanos. I Encontro de Exercício de Planificação em Saúde Área de Abrangência Malange, Lunda Norte e Lunda Sul. Conclusões e Recomendações. Malange; 23 de outubro de 2002.
28. República de Angola, Ministério do Ensino Superior. Quadro Actual de Legitimidade dos Cursos de Graduação Ministrados nas Instituições de Ensino Superior

Públicas e Privadas. Luanda; 2015

29. Aumento de Numerus Clausus para as Faculdades de Medicina - Nota de imprensa do CRNOM emitida em 6 de abril de 2001: <http://www.nortemedico.pt/textos/?imr=3&imc=5n132n219n>.
30. Fresta M, Ferreira MA, Delgado AP, Sambo MR, Torgal J, Sidat M, Ferrinho P. Estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em educação médica, no âmbito do PECS-CPLP. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2016; 15 (suplemento 1): S27- S34.
31. Fresta M. Reforma do Ensino Médico Público em Angola — O QUÊ? Para QUÊ e COMO? Revista Angolana de Educação Médica. 2003; N° 0 — ano 1.
32. 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 realizada nas Universidades Agostinho Neto e Mandume ya Ndemofayo. Luanda e Lubango — Angola; 19 a 21 de novembro, 2014.
33. Fresta M. Educação Médica em Angola: Contributo do CEDUMED 2013-2015. Magazine Risco Zero (Revista de Saúde Ocupacional de Angola). 2015; 3:28-35.
34. Fresta M, Bettencourt M, Tuti C, Freitas A, Ferreira P, Ferreira MA. The Master Course in Medical Education as a Staff Development Program in Angola. Proceedings of AMEE 2012, pp 164. Lyon, France; 2012.
35. Fresta M, Venturelli J, Ferreira A. Reforma do curso de medicina. Conclusões e recomendações do seminário inicial. Revista Angolana de Educação Médica. 2004; 2:15-23.
36. Fresta M; Freitas A; Ferreira P; Ferreira Ma; Simões C; Bettencourt M. Estratégia de implementação dum Programa de Mestrado em Educação Médica. Boteleiro (coord). Novas Formas de Cooperação: Espaços de Convergência nos Países Lusófonos. XXI Encontro da Associação das Universidades de Língua Portuguesa. Bragança, Portugal; 2011.
37. Costa Mendes IA, Marchi-Alves LM, Mazzo A, Nogueira MS, Trevizan MA, De Godoy S, Bistafa Pereira MJ, Leonardo De Oliveira Gaioli CC, Arena Ventura CA. Healthcare context and nursing workforce in a main city of Angola. International Nursing Review. 2013; 60, 37-44.
38. Alves SMC, de Oliveira FP, Matos MFM, Santos LMP, Delduque MC. International cooperation and shortage of doctors: an analysis of the interaction between Brazil, Angola and Cuba. Ciência & Saúde Coletiva. 2017; 22(7):2223-2235.
39. Hatzky C. "Os Bons Colonizadores": Cuba's Educational Mission in Angola, 1976-1991. The Journal of South African and American Studies. 2008; 9: 53-68.
40. Hatzky C. Cuba's Educational Mission in Africa: The Example of Angola. In: Hickling-Hudson A., González J.C., Preston R. (eds) The Capacity to Share. Palgrave Macmillan's Postcolonial Studies in Education. New York: Palgrave Macmillan; 2012.
41. Daly M, Andrade F. Mobility of Health Professionals - micro-phase report for Angola. Luanda, Angola: International Organization for Migration; July 2011.
42. de Oliveira AJM, Fresta M. Impact of International Training of Medical Specialists for underdeveloped countries: Brazil– Angola experience. J Adv Med Educ Prof. 2020;8(1):50-52.
43. Sousa Jr F, Schwalbach J, Adam Y, Goncalves L, Ferrinho P. The training and expectations of AHW students in Mozambique. Human Resources for Health. 2007; 5:11. <http://www.human-resources-health.com/content/5/1/11>.
44. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, da SF, Jr, Dussault G. Profile and professional expectations of AHW students in Mozambique: a longitudinal study. Human Resources for Health. 2010;8:21.
45. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, Hipólito F, Mercer H, Dussault G. Formação médica em Moçambique: realidade e expectativas. Revista Médica de Moçambique. 2010; 10, suplemento Outubro: 52-58.
46. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I et al. The training and professional expectations of AHW students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. Human Resources for Health. 2011;9:9.
47. Fronteira I, Rodrigues A, Pereira C, Silva AP, Mercer H, Dussault G, et al. [Realities and professional expectations of AHW students attending Guinea Bissau medical school in 2007 school year]. Acta Med Port. 2011;24(2):265-70.
48. Fronteira I, Seca A, Meneses A, Ferrinho P, Lapão L. Expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem de nível superior: Evidência de dois países da África Subariana. Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical. 2014; 13: 59-67.
49. Delgado AP, Martins A, Ferrinho P. Medical training experience and expectations regarding future medical practice of the first class of AHW students at the University of Cape Verde, Acta Med Port. 2017;30(10):699-703.
50. Marconi MDA, Lakatos EM. Fundamentos da Metodologia Científica. 5ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2003
51. Maroco J. Análise Estatística Com Utilização Do SPSS. 6a Edição. Lisboa: Editora Pero Pinheiro; 2011.
52. Szabo S, Nove A, Matthews Z et al. Health workforce demography: a framework to improve understanding of the health workforce and support achievement of the Sustainable Development Goals. Human Resources for Health. 2020; 18: 7.
53. Bourdieu P, Passeron J-C. Theory, culture & society. Reproduction in education, society and culture (2nd ed.). London: Sage Publications, Inc.; 1990.
54. Rourke JTB. Rural primary care. Section 1.7, Volume 1 — Principles and Concepts in Jones R, Britten N, Culppeper L et al (editors). Oxford Textbook of Primary Medical Care. Oxford: Oxford University Press; 2005
55. Couper ID. Rural hospital focus: defining rural. Rural and Remote Health. 2003; 205: Available from: <http://rrh.deakin.edu.au>.