A dermatologia em Angola: evolução e desafios

Dermatology in Angola: evolution and challenges

Lídia de Almeida-Voumard*

Faculdade de Medicina, Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Resumo

As doenças de pele só recentemente receberam mais atenção em Angola, apesar de representar uma carga física, psicológica, profissional e social considerável em toda a África. A partir de 2007, um pequeno grupo de dermatologistas angolanos dedicados comprometeu-se a desenvolver a disciplina, criando o Colégio Angolano de Dermatologia e Venereologia (CADV) e implementando uma nova estratégia a nível nacional. Este trabalho apresenta o quadro geral da epidemiologia local das doenças da pele e discute a evolução da disciplina em Angola, com particular atenção às políticas e às estratégias institucionais, a concepção e implementação de programas de formação, assim como o aumento do acesso a cuidados de qualidade com base nas prioridades epidemiológicas. Destaca igualmente o papel do CADV na promoção da disciplina e criação de parcerias. Essa estratégia levou a melhorar o conhecimento epidemiológico, a criar novas oportunidades de formação na cidade capital e cinco regiões do país, a prestar mais e melhores serviços e cuidados, a promover pesquisas e trocas de experiências. Persistem contudo lacunas em todas essas áreas, exercendo um impacto negativo na prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias da pele. O desafio actual é de garantir a sustentabilidade dos resultados obtidos e das acções em curso a nível central e local, tirando as lições da experiência adquirida para elaborar a próxima fase de crescimento da disciplina.

Palavras chaves: Angola. Dermatologia. Doenças da pele. Serviços de saúde. Epidemiologia.

Abstract

Skin diseases have only recently received more attention in Angola despite representing a considerable physical, psychological, professional and social burden across Africa. From 2007, a small group of dedicated Angolan dermatologists undertook to develop the discipline by founding the Angolan College of Dermatology and Venerology (CADV) and deploying a novel nationwide strategy. This work presents an overview of the local epidemiology of skin diseases and discusses the evolution of the discipline in Angola with particular regard to policies and institutional strategies, motivation of trainees and fellows, implementation of dynamic training programs and promotion of quality healthcare based on epidemiological priorities. It further highlights the role of the CADV in the promotion of the discipline and creation of partnerships. This has led to increased knowledge of the epidemiology, creation of training opportunities both in the capital and five regions, improved diagnostic and treatment facilities, promotion of clinical research and national and international networking. However, gaps still persist in all these areas exerting a negative impact on prevention, diagnosis and treatment of skin pathologies. The current challenge is to ensure the sustainability of the obtained results and ongoing actions at central and local levels, drawing lessons from the experience acquired to plan the next phase of development of the discipline.

Key words: Angola. Dermatology. Skin diseases. Health services. Epidemiology.

Correspondência:

*Lídia de Almeida-Voumard

E-mail: lidiavoumard2003@yahoo.fr

Fecha de recepción: 28-07-2020

Fecha de aceptación: 24-11-2020

DOI: 10.24875/MCUT.20000114

Disponible en internet: 16-07-2021

Med Cutan Iber Lat Am. 2021;49(2):77-85

www.MedicinaCutaneaLA.com

0210-5187/© 2020 Colegio Ibero Latinoamericano de Dermatología A.C. (CILAD). Publicado por Permaner. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

As doenças da pele e sexualmente transmitidas constituem em Angola um grande desafio no contexto hospitalar e da saúde pública, pela sua elevada incidência, diversidade, impacto físico, emocional, profissional e social em todas as idades. A semelhança de outros países africanos^{1,2}, até 30% de todos os pacientes examinados nos centros e postos de saúde em Luanda, apresentam doenças de pele. Uma elevada proporção desses casos se relaciona com a pobreza socioeconómica, a carência de higiene individual, as lastimosas condições de habitação e saneamento, as difíceis condições climáticas e ecológicas. Por outro lado, como em outros países do continente^{1,3,4}, Angola enfrenta o duplo fardo das doenças infecciosas e das doenças crónicas não transmissíveis, sem ainda dispor das competências e meios suficientes para responder a este desafio.

Não obstante a este contexto, a dermatologia foi considerada em Angola, durante muitos anos, como uma disciplina de menor importância, à sombra dos programas de controlo das grandes endemias e da medicina interna. Foi sobretudo a partir do século XXI que a disciplina começou a conhecer o desenvolvimento já em marcha em Portugal e em outros países no século passado. Em 1976 nasceu em Luanda, enquadrado no serviço de medicina interna do Hospital Américo Boavida (HAB), o primeiro serviço de dermatologia do país, dirigido por um médico internista português com interesse na disciplina, o Dr. João Larguito Claro.

Em 1981, a primeira dermatologista nacional foi chamada para assumir a direcção do serviço e a ensinar a disciplina na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto, a única no País naquela altura. Em 1986 ingressaram respectivamente no serviço e na Faculdade as duas primeiras internas de especialidade, que deram continuidade a sua formação fora do país, tendo regressado formadas apenas uma delas. Foi necessário esperar quase vinte anos para ver graduar em Luanda, em 2003, as três primeiras dermatovenereologistas formadas integralmente no país. Em 2012 existia um total de 14 especialistas, todos fixados na cidade capital.

Os longos anos de confrontações internas tiveram um impacto negativo sobre a situação e o desenvolvimento do sector social, em particular a educação e a saúde. Estimou-se que até 70% das infraestruturas de saúde do sector público foram parcialmente ou completamente destruídas durante mais de 30 anos de

conflito⁵. Foi um longo período com severas limitações em termos de recursos humanos e condições para formar quadros no sector da saúde.

Perante a reduzida e adiada perspectiva de crescimento da disciplina, e aproveitando as novas oportunidades trazidas em 2002 pela paz, o núcleo existente de dermatologistas iniciou um processo participativo de análise e reflexão que resultou, a partir de 2007, em uma redefinição do paradigma de desenvolvimento da dermatovenereologia em Angola. Foram identificados os principais desafios e necessidades: como melhor responder, a nível nacional, as doenças tropicais negligenciadas com manifestações cutâneas e as patologias da pele cosmopolitas necessitando um diagnóstico e tratamento por dermatologistas? Como aumentar o acesso a formação e a fixação de dermatologistas fora da cidade capital, nas 18 províncias do país? Como elaborar uma estratégia que possa responder de forma integrada, a curto, médio e longo prazo, a esses desafios?

Foram igualmente considerados outros factores relacionados com o sistema de saúde e ensino: o reduzido acesso aos cuidados primários de saúde e a serviços de referência com dermatologistas; a frágil motivação individual e colectiva do pessoal do Serviço Nacional de Saúde e do Ensino Superior; a limitada disponibilidade em equipamentos de base, serviços de laboratório e medicamentos essenciais; a insuficiente qualidade da formação pré-graduada dos médicos, do programa de especialização, e da formação contínua, sem esquecer o saber fazer que acompanha uma aprendizagem prática bem enquadrada; os incentivos e o apoio para realizar investigações científicas relevantes e com qualidade; o restringido acesso a informação científica e os poucos contactos com a comunidade científica nacional e internacional no âmbito da disciplina.

Não foi esquecida a evolução do contexto político, socioeconómico, geográfico e demográfico do país⁵⁻⁷. A partir de 2002, os dividendos da paz permitiram direccionar mais energia e recursos para edificar a estabilidade, acelerar o desenvolvimento económico e social. Este período de relativa prosperidade se prolongou até 2014, ano em que iniciou uma nova crise económica e financeira que vem-se arrastando com consequências negativas para os sectores da saúde e da educação.

Objectivo

Este trabalho pretende retratar a evolução da dermatologia em Angola, principalmente após a Independência

em 1975, assinalando os elementos chaves que influenciaram o seu percurso. Apresentar, na base do quadro epidemiológico, as medidas integradas introduzidas a partir de 2009, com vista a dinamizar a formação de dermatologistas no país, a expandir o acesso aos serviços e cuidados dermatológicos e a incentivar a investigação clínica e epidemiológica.

Metodologia

A informação e os dados apresentados baseiam-se no estudo retrospectivo dos documentos do Serviço de Dermatologia do HAB, do Projecto de Desenvolvimento da Dermatologia, do Colégio Angolano de Dermatologia e Venereologia (CADV), da Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (FMUAN) e do Ministério da Saúde (MINSa), que retratam aspectos relativos ao desenvolvimento da dermatologia em Angola, enriquecidos pela experiência pessoal dos dermatologistas que participaram neste processo. Importa mencionar que os dados epidemiológicos e administrativos disponíveis são por vezes incompletos e fragmentados. Foram igualmente consultados informações e dados publicados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras fontes referidas na bibliografia.

Resultados e discussão

Quadro epidemiológico

Hay e Fuller⁸ realçaram a importância da avaliação do quadro epidemiológico, do impacto das doenças da pele e das limitações em termos de diagnóstico e tratamento, para melhorar e aproximar a formação dos profissionais de saúde e a prestação de serviços.

Os trabalhos científicos sobre a epidemiologia das doenças da pele durante o período colonial são escassos e fragmentados, espelhando principalmente os resultados de missões de estudo relativas a patologias como a lepra⁹, oncocercose¹⁰, filaríase linfática¹¹, tinea, tumores¹² e gonorreia¹³.

A primeira leprosaria foi aberta em 1946 em Caluquembe no sul de Angola pelo Dr. Rodolphe Auguste Bréchet, da Missão Filáfricana Suíça e o Programa Nacional de Controlo a Lepra iniciou em 1958, ainda durante o período colonial, firmado numa estratégia de leprosarias e equipas móveis.

Em 2002, 4272 novos casos de lepra foram notificados à OMS e em 2005 Angola notificou 1877 novos casos, atingindo a meta de eliminação da lepra definida pela OMS para os países endémicos, ou seja uma

Figura 1. Doenças tropicais negligenciadas. **A:** lepra multibacilar numa criança. **B:** oncocercose. **C:** crianças com escabiose, **D:** elefantíase (filariase linfática) **E:** úlcera de Buruli.

prevalência de menos de um caso por 10.000 habitantes¹⁴. Em 2009, o número absoluto de novos casos foi inferior a 1000, chegando a 937¹⁵. Porém, as percentagens de novos casos em crianças menores de 15 anos (11,7%) (Fig. 1 A), de casos com deformidades de grau II – ID2 (12,7%) e de casos multibacilares (85,9%) indicavam uma contínua transmissão da doença no seio das comunidades afectadas. Focos de elevada transmissão e, em certos municípios, de crescente endemidade permanecem até hoje em várias províncias, como na Huíla, no sul do país¹⁶. Em 2018 foram notificados a nível nacional 847 novos casos, incluindo 145 com ID2 (18%), 795 com formas multibacilares (94%) e 68 casos pediátricos (8%), confirmando uma estagnação do processo de eliminação da doença durante os últimos dez anos¹⁷, que chama para investigações mais profundas.

Entre as demais doenças tropicais negligenciadas (DTNs), a oncocercose (Fig. 1 B) e a filariase linfática (Fig. 1 D) ocupam também lugares de destaque, principalmente e centro do país¹⁸.

Relatórios da Direcção Nacional de Saúde Pública (DNSP/MINSa) têm documentado surtos de escabiose (sarna) na Província da Lunda Sul¹⁹ (Fig. 1 C), e casos de desnutrição com manifestações cutâneas que afectam de forma recorrente as populações do sul do país, assim como grupos de refugiados oriundos da República Democrática do Congo acolhidos no leste do país, em áreas afectadas pela seca, falta de água potável, fome e pobreza.

Ainda no grupo das DTNs consta a úlcera de Buruli, infecção de particular importância em África, causada por *Mycobacterium ulcerans*, manifestando-se por

uma destruição necrótica extensiva da pele e dos tecidos moles. Em 2008, foi publicado um estudo sobre casos isolados em cinco municípios angolanos fronteiriços ao norte e leste com a República Democrática do Congo²⁰. Essa patologia foi igualmente confirmada em 2018 por uma equipa da DNSP/MINSA²¹ em refugiados angolanos internados no Hospital Regional de Kimpese, República Democrática do Congo, na fronteira norte de Angola (Fig. 1 E).

A figura 2 apresenta o perfil geral das patologias atendidas em 2019 nas consultas ambulatoriais do serviço de dermatologia do HAB²². Entre as doenças infecciosas (33% do total de casos) predominavam as micoses superficiais (16%), nomeadamente a pitíriase versicolor e a tinea capitis, seguidas das piодermite (8%). A proporção das consultas por patologias não infecciosas era de 67%, incluindo eczemas, alergias de origem diversa, dermatite atópica (Fig. 3 A), acne (Fig. 3 B), alopecias, doenças bolhosas imunológicas, farmacodermias, e patologias ligadas a doenças crónicas como a diabetes. Notava-se que os casos de albinismo representavam cerca de dois terços dos distúrbios da pigmentação. A proporção dos tumores benignos e malignos elevava-se a 6%, sobressaindo o sarcoma de Kaposi epidémico (Fig. 3 C), epitelomas (Fig. 4 B) e melanomas. As crianças representavam perto de 50% dos pacientes ambulatoriais, sendo acometidos sobretudo por micoses superficiais, escabioses, piодermite de origens diversas, moluscos contagiosos e dermatite atópica. Na prática privada, os dados publicados em 2018 pela clínica Luanda Medical Center²³ confirmam de forma geral o perfil nosológico observado no sector público. Em meio urbano, muito raras são as patologias tipicamente tropicais.

O VIH/SIDA, com prevalência nacional relativamente moderada na população adulta (2,8% em 2016), está na origem de numerosas patologias cutâneas e mucosas infecciosas, inflamatórias, e tumorais. De acordo com a OMS²⁴, a doença de Kaposi (Fig. 3 C), o herpes zóster (Fig. 3 D), e a candidíase orofaríngea apresentam em África um elevado valor preditivo para uma infecção ao VIH. Em Angola, estudos realizados em Luanda e outras províncias²⁵ confirmaram essa observação, sendo igualmente associadas ao VIH/SIDA outras patologias tais como condilomas acuminados, micoses, erupção papular pruriginosa, escabiose, molusco contagioso, reacções medicamentosas e síndrome de Stevens-Johnson medicamentoso ou imputado ao próprio vírus. As patologias severas associadas ao VIH/SIDA, nomeadamente o herpes zóster e a

Figura 2. Principais doenças infecciosas e não infecciosas vistas em consultas ambulatoriais no HAB entre Janeiro e Outubro de 2019.

Figura 3. Doenças comuns da pele em Angola. **A:** dermatite atópica. **B:** acne. **C:** sarcoma de Kaposi. **D:** herpes zóster.

doença de Kaposi são uma causa frequente de internamento, assim como as toxidermias.

O albinismo é um distúrbio genético recessivo relativamente comum em Angola (Fig. 4 A). A sua prevalência não é conhecida, sendo provavelmente próxima daquela observada em outros países subsaarianos variando de 1:5000 a 1:15.000^{26, 27}. Num colectivo de 217 albinos seguidos em 2019 pela unidade de dermatocirurgia do HAB²⁷, todos apresentavam lesões actínicas, múltiplas na sua maioria, e 27% carcinomas

Figura 4. Genodermatoses. **A:** albinismo. **B:** queratoses actínicas e epitelioma numa jovem com albinismo. **C:** esclerose tuberosa de Bourneville. **D:** xeroderma pigmentoso.

baso ou espinocelulares (Fig. 4 B). A maioria desses pacientes consultaram com bastante atraso, e demonstravam reduzidos conhecimentos sobre a doença, bem como sobre os meios de prevenção e tratamento dos danos actínicos.

Além do albinismo importa referir que aparecem em Angola outras genodermatoses²², tais como a epidermólise bolhosa, a neurofibromatose de Von Recklinghausen, a esclerose tuberosa de Bourneville (Fig. 4 C) e o xeroderma pigmentoso (Fig. 4 D), algumas ligadas a situações de consanguinidade, requerendo maior atenção e um trabalho mais profundo de investigação epidemiológica, genética, clínica, informação, educação, prevenção e tratamento.

Apesar dos esforços já realizados, a investigação clínica e epidemiológica das doenças da pele em Angola necessita de mais incentivos, atenção e apoio técnico na elaboração de propostas de estudos, ensino das metodologias de pesquisa, análise estatística, redação e publicação de artigos. A escassez de estudos publicados em revistas internacionais é notável, agravada pelo desaparecimento completo das poucas revistas médicas nacionais que existiam.

Impulsionar a formação de dermatologistas em Angola

A dermatologia ganhou a partir do século passado uma crescente visibilidade a nível global, com

destaque nas últimas décadas para os domínios da genética, alergia/imunologia, oncologia, dermatocirurgia e cosmetologia^{1,28}. O conhecimento das patologias cutâneas tropicais beneficiou a partir de 1960 da fundação da Sociedade de Dermatologia Tropical, precursora da Sociedade Internacional de Dermatologia. Este contexto favoreceu o desenvolvimento da disciplina em muitos países emergentes, tais como o Brasil, o México, a China e a Índia²⁹, entre outros. De forma mais modesta, porém assinalável, alguns países africanos como a Nigéria³⁰, a África do Sul⁴, e a Tanzânia, através do Centro Regional de Formação em Dermatologia situado em Moshi³¹, seguiram o mesmo caminho, tendo estabelecido e desenvolvido parcerias com instituições académicas estrangeiras e internacionais de renome. Entretanto, muitos outros países africanos, incluindo Angola, sofrem da falta de estruturas apropriadas e de uma carência de recursos humanos qualificados. Além disso existe uma superconcentração dos poucos dermatologistas formados nas grandes cidades, ao detrimento das zonas rurais^{2,29,32}. Enquanto que os países europeus, incluindo Portugal, dispõem hoje de um dermatologista por cerca de 20-50.000 habitantes, essa proporção na África subsaariana, incluindo Angola, cai entre 1:500.000 a 1:1.000.000², salvo na África do Sul onde o rácio já chegava à 1/220.000 habitantes em 2014⁴.

Em Angola, as autoridades sanitárias coloniais valorizaram principalmente o conhecimento das doenças susceptíveis de constituir uma ameaça para as comunidades portuguesas sediadas nos territórios colonizados. Neste contexto, o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa, criado em 1902, tinha por missão o “ensino teórico e prático da medicina tropical” e a organização de missões científicas às províncias ultramarinas e outras colónias. Em paralelo, o Hospital Colonial era principalmente destinado ao ensino clínico das doenças tropicais e ao tratamento dos militares de regresso do ultramar³³.

A presente Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto foi precedida pela criação, em 1962, do Curso Médico-Cirúrgico integrado no quadro dos Estudos Gerais Universitários de Angola, parte integrante da então Universidade Portuguesa. Em 1968, os Estudos Gerais Universitários de Angola passaram a designar-se Universidade de Luanda e até aquela data, os estudantes de medicina completavam os dois primeiros anos do curso em Luanda, transitando para Portugal aonde terminavam a sua graduação. A partir de Dezembro de 1968, o Curso Médico-Cirúrgico passou a ser ministrado do primeiro ao sexto ano no

Hospital Universitário de Luanda, com o apoio de docentes temporários, provenientes principalmente da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. A dermatologia não era uma disciplina curricular, sendo o seu ensino integrado nas aulas do curso de medicina interna. Os primeiros médicos licenciados em Luanda concluíram a sua formação no Hospital Universitário no ano lectivo de 1971/72³⁴. Em 28 de Setembro de 1976, a Universidade de Luanda transformou-se em Universidade de Angola e o Curso Médico-Cirúrgico foi convertido em Faculdade de Medicina³⁵.

Em 2009, foi criado no seio da FMUAN em Luanda o DEI de Dermatovenereologia, com vista a desenvolver a dimensão académica da disciplina e motivar jovens graduados a abraçar a especialidade. O DEI conferiu maior autonomia e apropriação de novas iniciativas visando a melhorar a qualidade do ensino pré-graduado da disciplina; foram introduzidos objectivos de aprendizagem, uma reorganização das aulas práticas, clínicas e laboratoriais, incluindo o ensino no leito do doente e seminários apresentados por grupos de alunos. A publicação de um compêndio de Dermatologia destinado a acompanhar a formação pré-graduada, contribuiu a reforçar a qualidade do ensino e a aprendizagem dos temas prioritários³⁶.

Entre 2008 e 2009 foram abertas cinco novas Faculdades de Medicina nas províncias de Cabinda, Malange, Huambo, Benguela e Huíla e, com a abertura em 2013 dos serviços provinciais regionais de dermatologia, os estudantes passaram a beneficiar de aulas clínicas práticas de melhor qualidade.

O programa curricular de formação de especialistas, elaborado pelo CADV e aprovado pelo MINSA, foi actualizado em 2013 e 2017, na base do regulamento sobre o internato médico complementar que define o regime jurídico com vista a especialização médica. O programa passou a ter uma abordagem modular com carga horária específica, centrada no ensino das patologias cosmopolitas e tropicais prioritárias, incluindo os aspectos de prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O currículo foi harmonizado a nível nacional, para facilitar os intercâmbios de aprendizagem e a avaliação de conhecimentos dos internos e dos serviços de formação. Manteve-se o tempo total de quatro anos, com exame final perante júri para a obtenção do título de especialidade; os seis meses adicionais electivos fora do país, numa subespecialidade de particular interesse para o desenvolvimento dos serviços e da disciplina foram igualmente preservados. Considerando a evolução do quadro epidemiológico, o currículo de formação dos dermatologistas

deverá prestar mais atenção às patologias inflamatórias crónicas, genéticas e tumorais, mantendo-se solido no diagnóstico e tratamento das DTNs.

A formação de dermatologistas em Cabinda, Malange, Benguela, Huambo e Huíla começou em 2013, com o ingresso inicial em cada serviço de dois internos de especialidade, contando com o apoio técnico da cooperação médica cubana e com a supervisão da equipa do HAB. Essa nova estratégia aumentou de forma notável a visibilidade da especialidade, atraindo jovens internos. O modelo de liderança participativa e colegial, e a introdução de mecanismos de monitorização e avaliação contínua das actividades de formação concorreram ao êxito do projecto nacional de desenvolvimento da disciplina³⁷.

Apesar desses resultados, o número de dermatologistas continua muito aquém das necessidades. Entre 2012 e 2019, foram formados no país 13 dermatologistas e cinco outros no estrangeiro, perfazendo com os 14 já existentes um total de 32 especialistas nacionais, ou seja 1/1.000.000 habitantes. Existiam por outro lado em 2019, treze internos de especialidade em formação.

A formação de especialistas a nível regional levou ao reforço do processo de fixação de dermatologistas nacionais a nível de três províncias. Existem a este nível condições para ensinar a dermatologia geral, ficando o nível central responsável de prestar o apoio técnico nas subespecialidades e no uso das tecnologias ainda não disponíveis ao nível regional. Por outro lado, a mobilidade interprovincial dos internos e dos dermatologistas para atender ou realizar actividades de formação, prestação de serviços e investigação epidemiológica, levou a um melhor aproveitamento dos recursos humanos disponíveis. A utilização das novas tecnologias para o ensino e aprendizagem a distância deverá merecer mais interesse e empenho das instituições de saúde e educação.

Passos iniciais foram dados na formação de dermatologistas em algumas subespecialidades, como a cirurgia dermatológica, a alergologia, a fototerapia, a dermoscopia e a micologia para responder a crescente demanda pelos pacientes de diagnósticos e tratamentos mais adequados. Outras subespecialidades com alta prioridade incorporam a histopatologia, a oncologia, a dermatologia pediátrica e a genética.

A histopatologia constitui uma área de destaque particular. Não existe ainda em Angola um dermatopatologista nacional ou expatriado formado e dedicado a histopatologia cutânea. A carência de histopatologistas da pele não só afecta Angola, mas sim muitos outros

países africanos, pelo que está a ser o objecto de elevada atenção nos programas de formação do Regional Dermatology Training Centre, em Moshi, Tanzânia^{31,38}.

Finalmente, a revitalização e o reforço do programa de formação contínua em dermatologia oferecido aos médicos de família, poderá com certeza conferir um impulso adicional ao aumento da cobertura e da qualidade dos cuidados primários da pele a nível local.

Ganhos e limitações no acesso aos serviços clínicos de dermatologia

A abertura em 1976 no HAB do primeiro serviço de dermatologia trouxe maior visibilidade a disciplina e melhorias notáveis na gestão clínica dos doentes. Foi contudo necessário esperar até 2010 para ver aparecer uma nova dinâmica e o ingresso de mais internos de especialidade. O serviço passou a ter uma melhor organização dos internamentos e das consultas externas, com subsequente aumento da quantidade de pacientes atendidos com qualidade. As visitas semanais nas enfermarias ganharam regularidade e qualidade. Seminários de formação sobre casos e temas de particular interesse entraram na rotina. Foi introduzida a caderneta individual de aprendizagem para os internos, para facilitar a monitorização das actividades realizadas. Dermatologistas experientes foram atribuídos a grupos de dois internos como tutores e supervisores para acompanhar a formação e organizar as avaliações mensais, trimestrais e anuais.

O serviço recebeu a partir de 2013 aparelhos modernos de crioterapia, de fototerapia, vídeo-dermoscopia, instrumentos de pequena cirurgia, testes de alergologia, complementados por conexão à internet, equipamento informático, fotográfico e material didáctico. O mesmo aconteceu a nível regional com excepção do material de fototerapia e alergologia.

Os serviços clínicos de Luanda, Lubango e Huambo passaram a oferecer, além dos internamentos e consulta geral, consultas dedicadas aos albinos, doentes com lepra, dermatologia pediátrica e, adicionalmente em Luanda, consultas de alergologia.

A experiência em vários países mostra que muitas patologias comuns da pele podem ser reconhecidas e tratadas a nível primário, se existirem as necessárias competências. É contudo comum observar, incluindo em Angola, que os enfermeiros de primeira linha e os médicos de família carecem da capacitação necessária para diagnosticar e tratar correctamente as doenças da pele^{2,39,40}. Neste contexto, muitos doentes acabam por ser mal geridos, chegando os casos de

maior gravidade com bastante atraso aos serviços de referência. As más prescrições e a utilização de fármacos inapropriados geram desperdícios financeiros e frequentes efeitos secundários indesejáveis, sem benefício nenhum para os doentes²⁹. Por outro lado, a disponibilidade dos fármacos dermatológicos essenciais é frequentemente deficiente nas estruturas sanitárias de base, e muitos pacientes, particularmente em meio periurbano e rural, enfrentam grandes dificuldades financeiras na sua aquisição em farmácias privadas.

O acesso aos cuidados de saúde não depende só da oferta e da qualidade dos serviços de saúde, mas também da procura. Registam-se ainda no público muitas lacunas nos conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas com as doenças da pele, com consequências negativas na utilização dos serviços de saúde disponíveis. As pessoas e famílias sofrendo de albinismo exemplificam essa situação, precisando de ter maior acesso a informações e conselhos sobre a natureza e as consequências deste distúrbio²⁷.

A melhoria dos cuidados da pele passa pelo aumento da cobertura e da qualidade dos cuidados primários, com investimento na formação contínua do pessoal de saúde e enquadramento por serviços de referência, devidamente preparados e capacitados para o efeito^{2,39,40}. Nesta conformidade, vários projectos e estudos em África e outros continentes, mostraram o potencial da tele dermatologia^{32,40}, sobretudo aonde existem condições técnicas apropriadas. Além de ter um elevado impacto individual no diagnóstico e tratamento de casos individuais, a tele dermatologia oferece igualmente a oportunidade de prestar uma formação contínua em áreas e unidades de saúde remotas, sem pessoal formado. A tele dermatologia ainda não existe em Angola, sendo desejável a sua instalação logo que for disponível a plataforma técnica necessária, em complemento da presente utilização do telefone móvel para partilhar imagens e conselhos sobre casos problemáticos.

O diagnóstico, o controlo e a eventual eliminação das DTNs como a lepra, filaríases e escabiose precisa de uma maior interação entre os serviços de saúde primários, os programas de saúde pública e os dermatologistas, observação igualmente válida para a prevenção, tratamento e seguimento das lesões actínicas e tumorais que afectam os albinos²⁷. O impacto negativo das DTNs a nível social, incluindo a discriminação e exclusão social, deve por outro lado ser avaliado e corrigido, requerendo mais empenho dos dermatologistas, e de toda a sociedade angolana,

através de campanhas alargadas de informação, acções de prevenção, rastreio, diagnóstico precoce e tratamento^{26,27}. As doenças infecciosas com manifestações cutâneas requerem igualmente mais atenção das autoridades locais, tendo em consideração o relacionamento dessas doenças com a pobreza, fome, falta de água e deficiente saneamento do meio^{1,29,32}.

A gestão dos recursos humanos desempenha um papel importante no desenvolvimento de qualquer disciplina. Importa reforçar a motivação do pessoal, o trabalho em equipa, as perspectivas de carreira, oportunidades de formação contínua, o rigor profissional e académico, tendo em consideração o possível em função do contexto local. Um risco conhecido é a desmotivação do pessoal do sector público perante precárias condições de trabalho, tendo por consequência a migração de bons profissionais para o sector privado ou o estrangeiro³⁰.

O debate sobre a carência de recursos financeiros dedicados a dermatologia não é novo⁴¹. A ausência de recursos financeiros alocados ao projecto de dermatologia a partir de 2015 reduziu de forma considerável as actividades de supervisão e formação, assim como os meios para aquisição de consumíveis e manutenção dos equipamentos. As inovações tecnológicas acarretam geralmente custos adicionais e nesta conformidade, maior atenção deve ser dada no futuro a procura de fontes diversificadas de financiamento para dinamizar o desenvolvimento da disciplina.

Contributo do CADV ao desenvolvimento da dermatologia em Angola

O CADV foi criado em 2009 com a finalidade de promover a disciplina, mormente de defender a ética, a deontologia e a idoneidade da qualificação profissional dos dermatologistas.

Atribuiu-se ao Colégio algumas funções adicionais geralmente desempenhadas por sociedades médicas, tais como a formação contínua dos profissionais de dermatovenereologia. Neste sentido, o Colégio foi coorganizador em 2015 do primeiro Simpósio de Dermatologia com participação internacional.

O Colégio procura estreitar as relações científicas e profissionais entre os seus membros, servindo de elemento de ligação entre a ordem dos médicos e outros colégios, assim como sociedades médicas nacionais e internacionais. Solicitou e foi admitido em 2018 como membro da Liga Internacional das Sociedades de Dermatologia (ILDS) partilhando a sua experiência com outras sociedades através do directório da ILDS⁴². Em

2018, o CADV foi convidado pela primeira vez a participar, como sociedade irmã, no XXII Congresso do Colégio Ibéro-Latinoamericano de Dermatologia que teve lugar em São Paulo, Brasil. As atribuições e ganhos nessa vertente serão transferidas para a Sociedade Angolana de Dermatologia e Venereologia, tão logo seja proclamada.

Considerações finais

O período colonial foi marcado por uma reduzida atenção a dermatologia, salvo para algumas patologias tropicais com manifestações cutâneas percebidas como potenciais ameaças para com os militares e colonos. A independência do país abriu novas perspectivas para o desenvolvimento da disciplina mas, até a chegada da paz em 2002, o conflito interno pesou profundamente sobre o sector da saúde, limitando as oportunidades de crescimento de muitas disciplinas, nomeadamente da dermatologia considerada além disso como não prioritária.

A disciplina ganhou a partir de 2009 mais autonomia e alguns meios próprios que facilitaram a adopção e implementação de um novo paradigma de desenvolvimento, levando a formação de mais dermatologistas, a abertura de novos serviços clínicos, a realização de mais investigações, sem esquecer outros aspectos como a promoção da ética, da deontologia e da humanização dos serviços e cuidados.

Nas preocupações, importa referir que o investimento no capital humano não é ainda suficientemente organizado e refletido nas prioridades orçamentais do executivo angolano e, quando isso acontece, deve ser acompanhado de melhor eficiência na sua utilização.

Com vista a consolidar e desenvolver os ganhos obtidos, mobilizar parceiros e sinergias nas acções formativas, promover e apoiar trabalhos de investigação, telemedicina e outros programas especiais dirigidos a grupos vulneráveis, sugere-se a criação em Angola de um Centro de Dermatovenereologia destinado a formação de quadros nacionais e oriundos de outros países africanos lusófonos.

Agradecimentos

O meu grande agradecimento vai para os numerosos colegas dermatologistas nacionais e estrangeiros cujo contributo levou ao desenvolvimento da dermatologia em Angola; as fotografias foram graciosamente disponibilizadas pelo serviço de dermatologia do HAB e pela DNSP/MINSA.

Suporte financeiro

O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

Conflitos de interesse

A autora declara não possuir conflitos de interesse.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declararam que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declararam ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram ter recebido consentimento escrito dos pacientes e/ou sujeitos mencionados no artigo. O autor para correspondência deve estar na posse deste documento.

Referências

- Hay RJ, ISD Board. The global challenge for skin health. *BMJ*. 2015;172:1469-72.
- Mahé A, Faye O, N'Diaye HT, Konaré HD, Coulibaly I, Kéita S, et al. Integration of basic dermatological care into primary health care services in Mali. *Bull WHO*. 2005;83:935-41.
- Mahé A, Cissé IA, Faye O, Thiam N'Diaye H, Niamba P. Skin diseases in Bamako (Mali). *Int J Dermatol*. 1998;37:673-6.
- Dlova NC, Chateau A, Khoza N, Skenjane A, Mkhize Z, Katibi OS, et al. Prevalence of skin diseases treated at public referral hospitals in KwaZulu-Natal, South Africa. *Br J Dermatol*. 2018;178:e1-e2.
- Green A. Health in Angola in the wake of the presidential election. *World report. Lancet*. 2017;390:1477-78.
- Human Development Report 2019, Angola. Disponível em: <https://www.undp.org/angola>
- Angola. General information. Disponível em: <https://data.un.org/en/iso/ao.html>
- Hay RJ, Fuller LC. The assessment of dermatological needs in resource-poor regions. *Int J Dermatol*. 2011;50:552-7.
- Leite AS, Re L, da Sobral FC, Pinto A, Cunha C. Relatório das actividades da Missão de Prospeção a Lepra em Angola durante 1958. *An Inst Med Trop (Lisb)*. 1959;(16):563-72.
- Cambournac FJC, Gândera AF, Pena AJ. Inquérito sobre oncocercose em Angola. Estudo realizado nas zonas de Catobola (Nova Sintra) e Camacupa (Vila General Machado). *An Inst Med Trop (Lisb)*. 1955;(1-2):5-23.
- Rodrigues Casaca VE. Contribuição para o estudo das filariases existentes em Angola. 1. *Oncocerca volvulus*. 2. *Loa loa*. 3. *Dipetalonema perstans*. *An Inst Med Trop (Lisb)*. 1966;(23):133-49.
- Salazar Leite A, Bastos da Luz JV, de Meira MTV. Tumores malignos cutâneos em indivíduos de raça negra. Sobre um caso de Kaposi num indígena de Angola. *An Inst Med Trop (Lisb)*. 1948;(5):341-57.
- De Barros AA. Gonorréias nos Quiôcos do Moxico. *An Inst Med Trop (Lisb)*. 1953;(16):793-806.
- WHO. Global leprosy situation, 2005. *WER*. 2005;34:289-96.
- WHO. Global leprosy situation, 2009. *WER*. 2009;33:333-40.
- Caquece FH. Caracterização clínica e epidemiológica da Hanseníase na Província da Huila. Monografia para obtenção do título de especialista em Dermatologia. MINSA, Luanda, Angola; 2018.
- WHO. Global leprosy update, 2018: moving towards a leprosy free world. *WER*. 2019;35/36:385-412.
- Plano estratégico nacional de doenças tropicais negligenciadas 2017-2021. DNSP/MINSA Luanda, Angola; 2017.
- N'Dongala LC, Morera ND, Cruz A, Bandeira L. Avaliação da ocorrência de casos de sarna na Província da Lunda-sul. DNSP/MINSA Luanda, Angola; 2018.
- Kibadi K, Panda M, Muyembe Tamfum JJ, Fraga AG, Longatto Filho A, Anyo G, et al. New foci of buruli ulcer, Angola and Democratic Republic of Congo. *Emerg Infect Dis*. 2018;11:1790-2.
- Afonso E, Caquece FH, Ndembe Y. Relatório sobre a visita ao Hospital de Kimpese, Província do Kongo Central, RDC, para úlcera de Buruli. DNSP/MINSA, Luanda; 2018.
- Baptista M, Garcia C, Alberto P, Isaías J. Casuística da consulta externa de Dermatologia do HAB, Jan.-Outubro 2019. Apresentação no 3º Workshop de Dermatologia do HAB, Luanda; 2019.
- De Luca DA, Maianski Z, Averbukh M. A study of skin disease spectrum occurring in Angola phototype V-VI population in Luanda. *Int J Dermatol*. 2018;57:849-55.
- World Health Organization. Guidelines on the treatment of skin and oral HIV-associated conditions in children and adults. WHO, Geneva; 2014.
- Abel AE. Manifestações dermatológicas do VIH/SIDA nos doentes seguidos em consulta de dermatologia do Hospital Central da Huila, de Nov. 2018 a Julho de 2019. Monografia para obtenção do título de especialista em Dermatologia. MINSA, Luanda, Angola; 2019.
- Sharp A. Manual of best practice: skin cancer prevention and management for persons with albinism in Sub-Saharan Africa. International Foundation for Dermatology; 2019.
- Alberto PO. Conhecimentos, atitudes e prática dos albinos na prevenção do cancro da pele, sua relação com a exposição solar. Monografia de mestrado em Saúde Pública. FMUAN, Luanda, Angola; 2019.
- Cipollaro VA. The history of the International Society of Dermatology. 2009. Disponível em: <https://www.intsocderm.org>.
- Verma S. Nonclinical challenges of Indian dermatology – cities vs. villages, poverty, and lack of awareness. *Int J of Dermatol*. 2007;46(Suppl 2):42-5.
- Adekunle OG, Olaniyi OMD. Dermatology in Nigeria: evolution, establishment and current status. *Int J Dermatol*. 2004;43:223-8.
- Regional Dermatology Training Centre. Moshi, Tanzânia. Disponível em: <https://rdtc.go.tz/index.html>.
- Hu J, McKoy K, Papier A, Klaus S, Ryan T, Grossman H, et al. Dermatology and HIV/AIDS in Africa. *J Glob Infect Dis*. 2011;3:275-80.
- IHMT. História da medicina tropical em Portugal. Disponível em: <https://www.ihmt.unl.pt/biblioteca>.
- Manuel C. O ensino da medicina em Angola. Universidad de Alcalá. Madrid, España, 1998.
- Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. Disponível em: <https://www.uan.ao/faculdades/medicina>.
- De Almeida Voumard L. Compêndio de dermatologia. FMUAN, Luanda, Angola; 2009.
- De Almeida Voumard L. Projecto Angolano de Formação e Desenvolvimento da Dermatologia: avanços e desafios. *Revista SPDV*. 2018;76:261-8.
- Beltraminelli H, Kiprono S, Zuriel D, Swai B, Giabbani E, Grossmann H, et al. Dermatopathology in Sub-Saharan Africa: a systematic 5-year analysis of all histopathological diagnoses from the Regional Dermatology Training Centre in Moshi, Tanzania. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015;29:1370-5.
- Hay R, Estrada R, Grossmann H. Managing skin disease in resource-poor environments – the role of community-oriented training and control programs. *Int J Dermatol*. 2012;50:558-63.
- Faye O, Bagayoko CO, Cissé ADL, Berthé S, Traoré B, Fofana Y, et al. A teledermatology pilot programme for the management of skin diseases in primary health care centres: experiences from a resource-limited country (Mali, West Africa). *Trop. Med Infect Dis*. 2018;3:1-14.
- Ryan TJ. Worldwide strategy for skin health care in a financial strait-jacket. *Int J Dermatol*. 1992;31:416-21.
- ILDS. Directory of Member Society Initiatives. London, UK; 2018.