



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO
CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR:
O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO**

António Pedro da Costa Delgado

DISSERTAÇÃO PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE
DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL
ESPECIALIDADE DE POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO

NOVEMBRO, 2017



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

**Educação Médica em Cabo Verde no
contexto de Pequeno Estado Insular:
O desafio da sua implantação**

Autor: António Pedro da Costa Delgado

Orientador: Prof. Doutor Paulo Ferrinho

Coorientador: Doutor André Corsino Tolentino

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento, nos termos do artigo 11.º, n.º 1, alínea b), do Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores conducentes à obtenção do Grau de Doutor pelo IHMT/UNL, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223, de 19 de novembro de 2012.

Apoio financeiro:

Fundação Calouste Gulbenkian
Ministério da Saúde de Cabo Verde
Instituto de Higiene e Medicina Tropical-UNL
(fundos FCT ao GHTM - UID/Multi/04413/2013)

Elementos Bibliográficos

No âmbito da tese:

Artigos publicados ou aceites para publicação

Delgado AP, Martins A, Ferrinho P. (2017). Medical training experience and expectations regarding future medical practice of medical students at the University of Cape Verde. *Acta Med Port* 2017 Oct;30(10):699-703 ▪

<https://doi.org/10.20344/amp.8179>

Delgado AP, Tolentino AC & Ferrinho P. (2017). The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Human Resources for Health*; 15:5. <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-017-0180-9>

Fresta M.J., Ferreira M.A., Delgado A. P., Sambo M.R., Torgal J., Sidat M. e Ferrinho P. (2016). Estabelecimento de uma rede da cooperação em Educação Médica, no âmbito do PECS-CPLP. *An Inst Hig Med Trop*; 15 (Supl. 1): S27- S34.

Artigo submetido

Delgado AP, Dias S, Tolentino AC, Russo G, & Ferrinho P. (2017) Evolução da Política de Educação Médica em Cabo Verde (em publicação).

Comunicação oral

Delgado A.P. & Ferrinho P. (2015) Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde e sua evolução entre Julho 1975 e Dez 2014, cap. da tese: “Educação Médica em Cabo Verde no contexto de Pequenos Estados Insulares: O desafio da sua implantação”, VI Jornadas do IHMT. (comunicação oral)

Posters

Delgado A. P., (2014) Estudo de caso Cabo Verde: estado da arte do trabalho de pesquisa para a tese de doutoramento, V Jornadas do IHMT, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa.

Delgado A. P., (2013) Educação Médica em Cabo Verde no contexto de Pequeno Estado Insular: O desafio da sua implantação, IV Jornadas do IHMT, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa.

Outros

Artigos publicados:

Craveiro I., Alves D., Amado M., Santos Z., Fortes A., Delgado A., Correia A.,
Gonçalves L. (2016) Determinants, health problems and food insecurity in urban areas
of the largest city in Cape Verde. *International Journal of Environmental Research and
Public Health*; 13 (1155): 1-14. doi:10.3390/ijerph13111155.

Gonçalves, L., Santos, Z., Amado, M., Alves, D., Simões, R., Delgado, A. P., ...
Craveiro, I. (2015). Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in
a City of Cape Verde. *PLoS ONE*, 10(11), e0142955.

<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0142955>

Comunicações orais

Delgado A. P., Correia A., Amado, M. Santos, Z., Alves, D., Velez Lapão, L., Cabral,
J., Craveiro, I., Gonçalves, (2015) L. UPHI-STAT: as complexidades do meio urbano e
a saúde. 3º Congresso Médico Nacional, 28-30 de Maio, Cidade da Praia (Cabo-Verde)

[http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/FCT/LuziaG/UPHI-
STAT/1.Workshop_UPHI_STAT_Dr._Delgado_Apresentacao_Geral.pdf](http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/FCT/LuziaG/UPHI-STAT/1.Workshop_UPHI_STAT_Dr._Delgado_Apresentacao_Geral.pdf)

Delgado, A. P. Projeto UPHI-STAT – Apresentação Geral. Workshop “Espaço Urbano
e Saúde”, 29-30 de Outubro de 2015, Cidade da Praia (Cabo Verde).

[http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/FCT/LuziaG/UPHI-
STAT/1.Workshop_UPHI_STAT_Dr._Delgado_Apresentacao_Geral.pdf](http://ihmtweb.ihmt.unl.pt/FCT/LuziaG/UPHI-STAT/1.Workshop_UPHI_STAT_Dr._Delgado_Apresentacao_Geral.pdf)

Posters

Rodrigues, J. M.; Delgado, A. P.; Gonçalves L. (2015) Cabo Verde e os Desafios da
Eliminação da Malária no Horizonte 2020. 3º Congresso Nacional de Medicina Tropical
e 1º Congresso Lusófono de Doenças Transmitidas por Vetores – Instituto de Higiene e
Medicina Tropical – UNL Lisboa (Poster)

...cada dia mais, o nosso povo está a entender que os médicos, os enfermeiros, têm grande importância para a sua vida e têm salvo a vida a muitos filhos da nossa terra, sem serem combatentes. Mas temos que melhorar o nosso trabalho de saúde, temos que fazer os nossos enfermeiros e enfermeiras trabalhar mais, temos que dar exemplo, seja no hospital de Boké, seja nos hospitais dentro da terra, em qualquer lado. Os nossos enfermeiros e médicos têm que trabalhar mais que os médicos estrangeiros que nos ajudam ...

Amílcar Cabral

(Intervenção no Seminário de Quadros do PAIGC,
Conacri, Novembro de 1969)

Enacting change: 'think globally, act locally'

(Frenk *et al.*, 2010)

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR:
O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

Dedicatória

À AMIZADE

À minha Mãezinha Inácia, ao meu Paizinho Pedro Jansénio (in memorium) e ao Mano Manuel Delgado (in memorium) pelo que me legaram para a minha personalidade;

Aos meus familiares de sangue e de afeto, por tudo aquilo que aprendemos e continuamos a aprender juntos nesta vida;

Ao sempre lembrado mestre Ireneu Gomes pelas contribuições e incentivos, lamentando que ele já não possa ler nem criticar este meu trabalho;

Aos colegas e outros profissionais de saúde que Cabo Verde criou e que criaram, pedra a pedra, as condições para esse meu trabalho;

Aos meus alunos do Curso de Medicina pela esperança que neles deposito;

A Cabo Verde, *nha terra, nha cretcheu!*

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR:
O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

Agradecimentos

Com profundo reconhecimento, relembro todos quantos tornaram possível esta minha tese para a obtenção do grau de Doutor em Saúde Internacional, especialidade em Políticas de Saúde e Desenvolvimento no IHMT/UNL, que desejo venha a ser de boa leitura e uma contribuição útil aos que se interessam pelas questões de Educação Médica. Confesso o quanto foi agradável (e trabalhoso!) esse esforço de ampliação dos meus conhecimentos. Sinto-me feliz e realizado de ter chegado onde cheguei.

Com um particular sentimento de gratidão, dirijo-me, explicitamente:

Às instituições que me ofereceram todas as condições, seja de um meio académico de excelência, seja de índole material ou financeira, mas sobretudo o carinho com que o fizeram – Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (IHMT/UNL), Fundação Ciência e Tecnologia (FCT), Fundação Calouste Gulbenkian (FCG) e Ministério da Saúde de Cabo Verde (MSCV) – que me permitiram realizar esta parte do meu percurso de vida.

Ao Professor Doutor Paulo Ferrinho, Diretor do IHMT/UNL, que quis ser o meu orientador e soube associar gentileza, rigor académico e perseverança científica em doses invulgares à amizade desenvolvida pelos nossos entendimentos e afetos mútuos, ambiente psicológico importante para eu levar de vencida este projeto.

Ao Doutor André Corsino Tolentino, por quem nutro uma admiração e estima de há longa data e que não hesitou em se envolver nesse projeto, coorientando-o e contagiando-me com o seu exemplo de amor crítico à Educação; à Ciência e a Cabo Verde.

Aos Professores Doutores Sónia Dias e Giuliano Russo, membros da Comissão Tutorial do meu Doutoramento, pelos ensinamentos e conhecimentos transmitidos, pelos apoios em momentos certos, mas sobretudo pela amizade e respeito desenvolvidos que perduram.

Ao Conselho Consultivo do IHMT, presidido por Dra. Maria de Belém Roseira, pelo enorme trabalho académico, científico e humano que o Instituto realiza e onde tiveram a gentileza de me incluírem.

A todos os estimados informantes-chave, personalidades nomeadas no anexo 1 que acederam a responder às minhas questões investigativas e abrilhantaram o trabalho de campo, pela disponibilidade, enorme carinho colocado nessa colaboração e contribuição valiosas, inestimáveis na motivação, investigação e elaboração desta tese, um abraço amigo.

Ao Prof. A. Rendas, Reitor da UNL e antigo Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa; aos Diretores das Escolas/Faculdades de Medicina de Açores, Prof. A. Martins; de Algarve, Prof^a I. Palmeirinho; Prof^a R. Sambo, de Benguela; Prof. F. Regateiro, de Cabo Verde; Prof. M. Fresta, do CEDUMED/Angola; Prof^a A. Ferreira, do Porto e aos Professores V. Rodrigues de Coimbra/Açores e F. Pimentel/Aveiro, pelas entrevistas concedidas com paciência, sabedoria e pelos ensinamentos transmitidos que me ajudaram a entender, entre outras coisas, o contexto internacional para este meu trabalho.

Aos médicos, meus colegas e amigos, laborando nas ilhas de Santiago, S. Vicente e Santo Antão, identificados no anexo 4, que amavelmente deram uma apreciável colaboração nas discussões em Grupo Focal e me inculcaram a certeza de haver muita gente boa com posição clara sobre a Educação Médica em CV.

Aos jornalistas (identificados no anexo 5) que aceitaram de bom grado participar na discussão em GF, alguns com espanto perante a inversão do papel (eu a colocar-lhes perguntas) mas todos ávidos de dar a sua contribuição ao tema, que foi muito importante.

Aos amigos, em cada uma das instituições por que passei nesse processo, que me ajudaram na recolha e tratamento dos dados e na organização dos trabalhos que dão corpo à tese, colaboradores nomeados em cada um dos estudos e àqueles que me incentivaram, até apenas com um bom dia sorridente, o meu muito obrigado e reconhecimento.

A todos os profissionais do SNS, em particular aos médicos, sujeitos da minha pesquisa, meu apreço e solidariedade na construção, lado a lado, de mais e melhor saúde para Cabo Verde.

À minha família alargada, de coração enorme e solidária, em especial à Zé e à Lara, pelo conforto de todo o carinho e amor provados que continuo a receber como uma bênção.

A todos um bem-haja!

Resumo

Esta tese de doutoramento em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, pretendeu analisar as condições para a exequibilidade da Educação Médica, e ser uma contribuição à reformulação da Política de Educação Médica (PEM) que oriente a modulação de uma instituição de ensino médico de qualidade, mas adaptada às condições concretas do país. Ela resulta dos trabalhos de investigação sobre os desafios à implantação da Educação Médica em Cabo Verde. Este pequeno estado insular, com seus fatores específicos, está sujeito às mudanças decorrentes da evolução rápida da Educação Médica. Esses trabalhos de investigação tiveram por base uma revisão narrativa da literatura sobre os fatores que estão a moldar os desenvolvimentos na Educação Médica mundial no século XXI e sobre as vulnerabilidades específicas e capacidade de resiliência dos Pequenos Estados Insulares como Cabo Verde.

A tese é estruturada por artigos, com três partes:

- A Introdução Geral onde se expõe a situação do conhecimento atual sobre a relação entre a Educação Médica e a transformação social numa pequena nação insular;
- Quatro estudos que originaram um artigo cada, que corporizam a tese;
- A terceira parte é a Discussão e Conclusões onde, seguindo o quadro de referência de Janicek (2010), são analisadas as implicações dos achados da tese para a exequibilidade de um projeto de Educação Médica nacional.

A abordagem metodológica seguida é mista e a estratégia de investigação é a de estudo de caso. Os métodos e técnicas foram utilizados consoante o estudo realizado.

O Estudo 1 – Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde – permitiu evidenciar as características que determinam a *baseline* para a implantação local da Educação Médica. É um estudo censitário feito a partir dos dados secundários dos médicos cabo-verdianos registados no Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde. Através de uma análise estatística descritiva simples, utilizando o software SPSS 20, fez-se uma caracterização detalhada dos atributos da força de trabalho médica cabo-verdiana no período estudado, que envolve o ritmo de crescimento e de especialização, os locais de formação, a sua distribuição pelo país ou a previsão da aposentação dos médicos.

O Estudo 2 – Aparecimento e expansão do ensino médico no contexto da cooperação entre os estados membros da CPLP – permitiu visualizar o quadro de apoio à formação dos médicos nacionais que Cabo Verde tem recebido e perspetivar o alargamento da parceria no processo de ensino médico local e no desenvolvimento de uma capacidade de formação especializada. É uma análise documental e uma revisão narrativa da literatura sobre a cooperação bilateral e multilateral em Educação Médica em África, particularmente nos países membros da CPLP, que realça as múltiplas dimensões dessa colaboração, como a investigação, o estabelecimento de redes colaborativas, a regulação

do ensino médico e o apoio às licenciaturas em Medicina. Além disso faz prever a conversão desta cooperação numa abordagem triangular Sul-Norte-Sul, inserida no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS/CPLP). Essa abordagem, envolvendo os países africanos, Brasil e Portugal, pode apoiar iniciativas do ensino médico local e o desenvolvimento de uma capacidade de formação pós-graduada nos países como parte de uma importante estratégia para ajudar a reter médicos.

O Estudo 3 – Exame das perceções, apoios e resistências de diversas franjas da sociedade cabo-verdiana sobre a implantação e desenvolvimento da Educação Médica local – permitiu identificar os elementos essenciais à reformulação da política de Educação Médica em CV, reconhecida como uma política de educação e de saúde, mas formulada com o comprometimento de vários atores, organizações e instituições com responsabilidade na conceção e realização de medidas subsequentes. Os achados traduzem os apoios consensuais à instalação do ensino médico nacional, mas apelam à confirmação dos desenvolvimentos institucionais necessários para a viabilização e afirmação da Educação Médica nacional iniciada em 2015. É um estudo qualitativo que resulta da análise de entrevistas a decisores-chave, personalidades da esfera política e de áreas afins à saúde e à educação e médicos, através de entrevistas semiestruturadas, de discussões em grupos focais (GF), bem como da análise documental às notícias nos *media* cabo-verdianos sobre a instalação do ensino médico local.

O Estudo 4 – A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) – permitiu estudar as características do perfil dos alunos e identificar a sua satisfação com o processo académico, principais dificuldades, expectativas quanto à prática médica futura, informações que permitem ajustar o processo de ensino iniciado. É um estudo qualitativo, por força do início do curso de Medicina na Universidade de Cabo Verde em 2015, realizado através de um inquérito semiestruturado, dirigido aos primeiros alunos do curso. Os dados foram inseridos no Excel (2013), trabalhados pelo SPSS 23 e objeto de uma análise estatística descritiva simples.

A Discussão Geral foi feita na terceira parte da tese, seguindo o quadro de referência de Janicek (2010). Recordou-se o objetivo geral da investigação e sintetizou-se os resultados e as discussões produzidas em cada um dos artigos. Os resultados apresentados traduzem os apoios consensuais à instalação do ensino médico em Cabo Verde. Reconhecem a sua relevância. Mostram que não estão reunidas ou asseguradas todas as condições para o sucesso do ensino instalado em 2015 por essa decisão ter ultrapassado a realização das condições prévias. Apresenta-se os processos mais importantes para o tornar sustentável e apela-se à confirmação dos desenvolvimentos institucionais necessários à viabilização e afirmação da Educação Médica no contexto nacional. Identificam algumas das limitações que deverão ser corrigidas, criando condições para ir ao encontro das boas práticas identificadas noutras experiências de ensino médico em África e em pequenos estados insulares.

Palavras chave: Cabo Verde, Educação Médica, Estudantes de Medicina, Política de Educação Médica, Vulnerabilidades.

Abstract

This doctoral thesis on International Health, specializing in Health and Development Policy, aimed to analyze the conditions for the feasibility of medical education in Cape Verde and to contribute to the reformulation of a Medical Education Policy (PEM) to guide the modulation of a quality medical education, but adapted to the specific conditions of the country. It results from research on the challenges to the implementation of Medical Education in Cape Verde. This small island state with its specific factors is subject to the changes arising from the rapid evolution of Medical Education. These research work was based on a narrative review of the literature on the factors that are shaping the developments in world medical education in the XXI century and about the specific vulnerabilities and resilience of small island states like Cape Verde.

This thesis is structured in articles with three parts:

- The General Introduction exposes the current state of knowledge about the relationship between Medical Education and social transformation in small insular nations.
- Four studies that originated an article each, and that embody the thesis;
- And the third part is the overall discussion where, following the frame of reference of Janicek (2010), the implications of the findings of the thesis for the feasibility of a National Medical Education project are analyzed.

The methodological approach followed is mixed and the research strategy is that of a case study. The methods and techniques were used according to the study.

Study 1 – Characterization of the medical workforce in Cape Verde – allowed to highlight the characteristics that determine the baseline for the local implantation of medical education. It is a census study based on the secondary data of Cape Verdean physicians registered in the Department of Human Resources of the Ministry of Health. Through a simple descriptive statistical analysis, using the software SPSS 20, a detailed characterization of the attributes of the force Cape Verdean medical work during the study period, which involves the rate of growth and specialization, training sites, their distribution by country or predicting the retirement of doctors.

Study 2 – The emergence and expansion of medical education in the context of cooperation among CPLP Member States – allowed to visualize the support framework for the training of Cape Verdean physicians and to foresee the expansion of partnerships for local medical education and for the development of postgraduate training capability. It is a documentary analysis and a narrative review of the literature on bilateral and multilateral cooperation in medical education in Africa, particularly in CPLP member countries, highlighting the multiple dimensions of such collaboration as research, collaborative networking, regulation of teaching Support for medical degrees. Also, does provide the conversion of this cooperation in a South-North-South triangular approach, set in the Strategic Plan for Cooperation in Health (PECS / CPLP). This approach, involving African countries, Brazil and Portugal, can support local medical education initiatives and the development of postgraduate training capacity in countries as part of an important strategy to help retain physicians.

Study 3 – Examination of perceptions, supports and resistances of several fringes of Cape Verdean society on the implementation and development of local medical education – identified the essential elements of the recasting of medical education

policy in CV, recognized as an education and health policy, but formulated with the commitment of various actors, organizations and institutions with responsibility for the design and implementation of follow-up actions. The findings reflect consensual support for the establishment of national medical education, but call for confirmation of the institutional developments necessary for the viability and affirmation of national medical education begun in 2015. It is a qualitative study that results from the analysis of interviews with key decision-makers, personalities from the political sphere and from areas related to health and education, and physicians through semi-structured interviews, focus group discussions (GF), as well as documentary analysis News in the Cape Verdean media about the installation of local medical teaching.

The study 4 – The opinion of the students of the 1st year of the medical teaching course at the University of Cape Verde (Uni-CV) – allowed to study the profile of the students and identify their satisfaction with the academic process, main difficulties, expectations concerning the future medical practice, information that allows adjusting the teaching process initiated. It is a qualitative study, due to the beginning of the medical course at the University of Cape Verde in 2015, conducted by the initiating of medical school in 2015, through a semi-structured survey addressed to the first students of medical school. The data were inserted in Excel (2013), worked by SPSS 23 and object of a simple descriptive statistical analysis.

The General Discussion was made in the third part of the thesis, following the reference frame of Janicek (2010). He remembered the overall goal of research and synthesized the results and discussions produced in each of the articles. The results presented reflect consensual support for the installation of medical education in Cape Verde. Recognize its relevance. Show that they are not satisfied or secured all the conditions for successful teaching installed in 2015 by that decision exceeded the fulfillment of the preconditions. Identifying the most important processes for sustainability, they call for the confirmation of the institutional developments necessary for the viability and affirmation of medical education in the national context. They identify some of the limitations that need to be addressed by creating the conditions to meet best practices identified in other medical teaching experiences in Africa and small island states.

Key words: Cape Verde, Medical Education, Medical Students, Medical Education Policy, Vulnerabilities.

Índice

Elementos Bibliográficos.....	i
Dedicatória.....	v
Agradecimentos	vii
Resumo	ix
Abstract.....	xi
Abreviaturas.....	xv
PARTE I	1
INTRODUÇÃO GERAL.....	1
1. Introdução Geral.....	3
1.1. Estrutura da tese	3
1.2. Enquadramento.....	4
2. Revisão teórica	7
2.1. Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento e suas vulnerabilidades... 7	
2.2. Recursos Humanos de Saúde.....	10
2.2.1. Feminização da força de trabalho médica	12
2.2.2. Recursos Humanos de Saúde nos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento	13
2.3. Educação Médica.....	14
2.3.1. Reformas da Educação Médica	14
2.3.2. Apoio ao Ensino Médico em África.....	21
2.3.3. Iniciativas para o reforço da Educação Médica nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa	22
2.3.4. Custos da formação médica.....	22
2.4. Globalização e saúde	24
3. Contexto nacional de Cabo Verde.....	29
3.1. Indicadores da situação de saúde.....	29
3.2. Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde.....	37
3.3. Organização do Serviço Nacional de Saúde.....	38
3.4. Formação superior em Cabo Verde	41
4. Objetivos da tese	46
5. Materiais e Métodos	48

6. Bibliografia (parte I)	52
PARTE II	66
RESULTADOS	66
Estudo 1 – Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde e sua evolução entre Julho de 1975 e Dezembro de 2014	68
Estudo 2 – Aparecimento do Ensino Médico no contexto da cooperação entre os estados membros da CPLP	80
Estudo 3 – Exame das perceções, apoios e resistências da sociedade cabo-verdiana sobre a implantação e desenvolvimento da Educação Médica local.	96
Estudo 4 – A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na Universidade de Cabo Verde quanto à experiência e expetativas em relação à prática médica futura.	125
PARTE III.....	133
DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES	133
Discussão Geral e Conclusões	135
Discussão	135
Conclusões	144
Referências bibliográficas (parte III)	147
ANEXOS	149
Anexo 1: Guião de entrevistas aos informantes-chave	151
Anexo 2: Lista dos Informantes–chave entrevistados em 2014	153
Anexo 3: Protocolo para os Grupos Focais de médicos e jornalistas	154
Anexo 4: Identificação dos médicos participantes nos Grupos Focais, 2014.....	156
Anexo 5: Identificação dos jornalistas participantes no Grupo Focal, 2015	158
Anexo 6: Tópicos para as Entrevistas com Diretores/Reitores de Faculdades de Medicina	160
Anexo 8: Construção das categorias de análise de conteúdos das entrevistas.....	162
Anexo 9: Inquérito aos Estudantes da Faculdade de Medicina de Cabo Verde ...	165

Abreviaturas

AAMC	- Association of American Medical Colleges
ACA_E	- Dirigente académico entrevistado
ASA	- Aeroportos e Segurança Aérea (Empresa nacional de)
CEDUMED	- Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica
CFME	- Centro de Formação Médica Especializada
CH	- Central hospitals
CMLP	- Comunidade Médica de Língua Portuguesa
CPLP	- Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
CNE/CES	- Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior
CS	- Centros de Saúde
CSP/ CPS	- Cuidados de Saúde Primários / Cuidados Primários de Saúde
EAD	- Ensino à Distância
ECTS	- European Credit Transfer System
ELAM	- Escola Latino-Americana de Medicina
EM	- Educação Médica
FCG	- Fundação Calouste Gulbenkian
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FMUAN	- Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto
FMUC	- Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra / Faculty of Medicine of Coimbra University,
FMUP	- Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
GF	- Grupos Focais
GHSP	- Serviço de Saúde Global
HAN	- Hospital Agostinho Neto
HBS	- Hospital Baptista de Sousa
HC	- Hospitais Centrais

Health4MOZ	- Health 4 Mozambican Children and Families
RS	- Região Sanitária / Health region;
RSBS	- Health region of Boa Vista and Sal islands;
RSFB	- Health region of Fogo and Brava islands;
HRH Program	- Programa Ruandês de Recursos Humanos de Saúde
RSMi	- Health region of Mindelo (S. Vicente and S. Nicolao islands);
RSSA	- Health region of Santo Antão island;
RSSN	- Health region of Santiago Norte (the north of Santiago island);
RSSS	- Health region of Santiago Sul (The south of the island of Santiago and Maio Island);
IHMT	- Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
IHMT-UNL	- Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa / Hygiene Institute of Tropical Medicine – New University of Lisbon
IPAD	- Instituto Português de Apoio ao Desenvolvimento
ISPUP	- Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
MEDUNAM	- Projeto Finlandês de Fortalecimento e Sustentabilidade do Sistema de Educação Médica
MEPI	- Parcerias Norte-Americanas de Educação Médica
MGB	- Medicina geral básica
MoH	- Ministry of Health
MS	- Ministério da Saúde
MESCI	- Ministério de Educação Superior, Ciência e Inovação
NEPI	- Parcerias Norte-Americanas de Educação em Enfermagem
NHS	- National Health Service
NIH	- National Institute of Health
NU	- Nações Unidas
OMC	- Ordem dos Médicos Cabo-verdianos

OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONG	- Organização Não-Governamental
ORD_E	- Dirigente de ordem profissional entrevistado
PECS	- Plano Estratégico de Cooperação em Saúde
PEDRHS	- Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Recursos Humanos de Saúde
PEM	- Política de Educação Médica
PER_E	- Personalidade ex-Dirigente entrevistada
PNDS	- Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário
PNS	- Política Nacional de Saúde
POL_E	- Dirigente político entrevistado
P.E.I.D.	- Pequeno Estado Insular em Desenvolvimento
ProCAPS	- Programa de Capacitação de Recursos de Saúde em Angola
RECOEM	- Rede de Cooperação em Ensino Médico
RESP	- Rede de Escolas de Saúde Pública
RETS	- Rede de Escolas Técnicas de Saúde
HpR	- Hospitais Regionais / Regional hospitals /
RHS	- Recursos humanos da saúde
RINSP	- Rede de Institutos Nacionais de Saúde Pública
SIDS	- Small Island Developing States
SNS	- Serviço Nacional de Saúde
TEC_E	- Dirigente técnico entrevistado
UAN	- Universidade Agostinho Neto
UC	- Universidade de Coimbra
UE	- União Europeia
UEM	- Universidade Eduardo Mondlane
UNESCO	- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR:
O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

- Uni-CV - Universidade de Cabo Verde/ University of Cape Verde
- Uni-Lúrio - Universidade do Lúrio Moçambique
- Uni-Piaget - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde
- USSR - Union of Soviet Socialist Republics

PARTE I
INTRODUÇÃO GERAL

1. Introdução Geral

Esta tese de doutoramento em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, resulta dos trabalhos de investigação sobre os desafios à implantação da Educação Médica em Cabo Verde, país que além de pequeno e insular, está sujeito às mudanças decorrentes da evolução rápida da Educação Médica no mundo e a outros fatores.

1.1. Estrutura da tese

A apresentação dos trabalhos finais da tese é feita através da compilação de quatro trabalhos de investigação sobre o tema. Esses trabalhos foram precedidos de uma revisão narrativa da literatura pertinente, internacional e nacional, para destacar a importância dos caminhos seguidos e da consequente relevância desses estudos para a tese. Esta é, assim, estruturada em três partes: Introdução Geral; Resultados e Discussão Geral. As Conclusões sintetizam o trabalho.

A primeira parte – Introdução Geral – expõe, em quatro subsecções, a situação do conhecimento atual sobre a relação entre a Educação Médica e a transformação social numa pequena nação insular e soberana, com a preocupação de, através da revisão narrativa da literatura (Brasil FCA/Unesp 2015), mostrar o estado da arte, e expor o fio condutor do trabalho. Contém, ainda, uma descrição da estrutura contextual nacional; objetivos da investigação para atingir os resultados; materiais e métodos com referência a cada um dos estudos realizados; referências bibliográficas que dizem respeito a esta parte.

A segunda parte – Resultados – está dividida também em quatro subsecções pelas quais são apresentados os resultados da investigação desenvolvida através dos quatro estudos acima mencionados que deram origem a um artigo cada e são a apresentação e a explicação da tese:

Estudo 1 – Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde entre Julho de 1975 e Dezembro de 2014 – que produziu o artigo “The evolution of the medical workforce in Cape Verde since Independence in 1975”, publicado no HRH Journal em 18/ Janeiro 2017, <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-017-0180-9>;

Estudo 2 – Aparecimento e expansão do ensino médico no contexto da cooperação entre os estados membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP) – que originou o artigo “Estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em Educação Médica, no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) entre os países membros da CPLP”, publicado nos Anais do IHMT, An Inst Hig Med Trop; 15 (Supl. 1): S27- S34;

Estudo 3 – Perceções, apoios e resistências de diversas franjas da sociedade cabo-verdiana sobre o desenvolvimento do ensino médico local, do qual se extraiu o artigo “Evolução da Política de Educação Médica em Cabo Verde” (submetido para publicação, 2017);

Estudo 4 – A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) quanto à experiência e expectativas em relação à prática médica futura, a partir do qual se elaborou o artigo “Medical training experience and expectations regarding future medical practice of medical students at the recent Cape Verde Medical School” Acta Med Port 2017 Oct;30(10):699-703 ▪ <https://doi.org/10.20344/amp.8179> .

A terceira parte corporiza a Discussão Geral seguindo o quadro de referência proposto por Janicek (2010). Nela se recorda o objetivo geral da investigação e se sintetiza a discussão produzida em cada um dos artigos, sobre os respetivos resultados, limitações dos estudos e sua apreciação face a pesquisas anteriores. Analisam-se ainda as implicações dos achados da tese para a exequibilidade de um projeto de Educação Médica nacional. Com as Conclusões não se pretende encerrar a investigação, mas, pelo contrário, deixar entreabertas as portas de futuras pesquisas.

Os Anexos reúnem as relações dos participantes e colaboradores e os instrumentos de recolha de dados que foram utilizados nos trabalhos empíricos desta tese.

1.2. Enquadramento

Esta tese centra-se na análise do processo de implantação da Educação Médica em Cabo Verde, em sintonia com a realidade nacional e racionalidade económica (Simões, 2004) e (Possas, 2016), num país de poucos recursos naturais, no contexto de um pequeno Estado insular, tendo em conta os desafios singulares que condicionam o anseio de

ajudar a desenvolver o ensino médico como parte integrante do ensino superior em Cabo Verde. Ela pretende ser uma contribuição argumentada na procura dos fundamentos que condicionam o tipo, a configuração e o plano de Educação Médica a serem traduzidos numa Política de Educação Médica (PEM) que possa modular, política e tecnicamente, uma instituição de formação vocacionada para um ensino de qualidade, mas adaptada às condições concretas do país – ser insular, arquipelágico, com pequena população dispersa e uma relativamente forte diáspora – que o tornam especial e apenas mais ou menos comparável à situação dos cerca de 50 Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (P.E.I.D.) do mundo, mas que o afastam da situação da maioria dos países com que Cabo Verde se relaciona habitualmente e dos quais recebe apoios no domínio da formação, se atendermos a essas características. Estas condições obrigam-nos a pensar com adequada objetividade nas soluções a adotar para uma nação que ascendeu à independência há pouco mais de 40 anos, em 1975, sem o ensino da medicina instalado e que adotou o modelo de formação dos médicos no exterior, à semelhança de todo o ensino superior. Começando em 2011 com a intenção de ajudar a definir as condições que deveriam existir para a instalação do ensino médico em Cabo Verde, a investigação foi ultrapassada por acontecimentos políticos que levaram ao início do curso de Medicina em 2015, a meio percurso, exigindo a adaptação dos objetivos e a reorientação dos trabalhos para refletir sobre esse processo, suas consequências e o figurino desenhado.

O curso de Medicina emerge num desafio maior, tendo em conta que o ensino universitário no país se iniciou nos primórdios do século XXI, com a inauguração da primeira universidade privada em 2001 e da universidade pública em 2006, seguindo-se-lhes outras instituições de ensino superior, algumas com formações específicas da área da saúde, mas todas sem ministrarem o curso de Medicina.

2. Revisão teórica

Esta revisão narrativa da literatura (Brasil FCA/Unesp 2015) tem como objetivo fornecer uma visão sobre os fatores que estão a moldar e os desenvolvimentos que estão a surgir na Educação Médica mundial no século XXI, mas também lembrar as vulnerabilidades específicas e a capacidade de resiliência dos Pequenos Estados Insulares, que sujeitam os profissionais e os sistemas de saúde a pressões para mais e melhores cuidados de saúde. As tendências demográficas e epidemiológicas exigem que os futuros médicos tenham experiência no tratamento de doentes crónicos e idosos e no domínio dos fatores de risco que estão por detrás dessas situações. As exigências políticas e económicas no sistema de saúde tornaram mais pungente a atual carência de médicos de atenção primária, ao mesmo tempo em que mudaram os locais e os profissionais envolvidos na área de saúde. À medida que o conhecimento científico, tecnológico e pedagógico é atualizado, o currículo médico está a mudar para um modelo que prioriza a aprendizagem em interdisciplinaridade autodirigida, o trabalho de grupo e habilidades de pensamento crítico que podem ser utilizados ao longo de uma carreira e num contexto em constante mudança (Lueddeke, 2012).

2.1. Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento e suas vulnerabilidades

Uma das características marcantes de Cabo Verde é ser um país pequeno, insular, com cerca de ½ milhão de habitantes e uma diáspora relativamente numerosa e dispersa. Como tal, enquadra-se no conceito dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (P.E.I.D./SIDS), conceito desenvolvido pelo sistema das Nações Unidas que privilegia o estatuto político – soberania do território ou autonomia do sistema político, a insularidade – uma ou várias ilhas e a demografia – população inferior a um milhão e meio de habitantes – mas que não tem em conta a área territorial. Os SIDS são estados insulares ou regiões autónomas das pequenas ilhas do Mar do Caribe e dos Oceanos Atlântico, Pacífico e Índico e estão agrupados em três regiões em função da sua localização e dos problemas comuns que têm que enfrentar (Tolentino, 2007). As Ilhas do Caribeⁱ, embora pequenas, são Estados independentes ou territórios

ⁱ Ao redor das fronteiras do Caribe estão as nações-ilhas de Antígua, Barbuda, Bahamas, Barbados, Belize, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Guatemala, Guiana, Honduras, São Cristóvão e Nevis, Santa Lúcia, São Vicente, Granadinas, Suriname, Trinidad e Tobago.

ultramarinos pertencentes à França, aos Países Baixos e ao Reino Unido. A abundante vida marinha entre os recifes de corais das ilhas do Caribe é parte da atração que leva muitos visitantes às ilhas anualmente. Mais de 21 milhões turistas visitam as ilhas do Caribe cada ano, representando 30% do PIB da região ([http://www.sidsnet.org/regions/capturado em 22/fev./2017](http://www.sidsnet.org/regions/capturado%20em%2022/fev./2017)).

A região do Pacífico dos SIDS é constituída por cerca de 20 a 30.000 ilhas divididas em três sub-regiões: no Pacífico central está a Polinésia (muitas ilhas); no Sudoeste está a Melanésia (ilhas negras; e no Pacífico ocidental a Micronésia (pequenas ilhas) (<http://www.sidsnet.org> capturado em 22/fev./2017).

A região AIMS – Atlântico, Oceano Índico, Mediterrâneo e os Mares do Sul da China é constituída por muitas pequenas ilhas dispersas pelas águas destes oceanos (<http://www.sidsnet.org> capturado em 22/fev./2017).

Embora as ilhas destas áreas sejam geograficamente diversas, apresentam um ecossistema muito frágil por estarem sujeitas a ciclones, furacões, tempestades e secas agora exacerbadas pelos efeitos das alterações climáticas e, como resultado, estão todas ativamente envolvidas na proteção do seu ambiente e no combate aos efeitos das alterações climáticas, bem como em encontrar formas de criar economias sustentáveis (United Nations (2014) (Mills & Hancock 2005).

Os pequenos Estados insulares precisam de uma atenção especial e a ONU começou a reconhecer a sua situação na Conferência sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento, em junho de 1992. Não apenas esses países foram identificados e nomeados, como programas foram postos em marcha para atender à necessidade de desenvolvimento sustentável, enfatizando a especial e, em muitos aspetos, única situação dos P.E.I.D., em termos da sua vulnerabilidadeⁱⁱ de variada ordem que requer uma abordagem política

ⁱⁱ A vulnerabilidade não é a mesma coisa que pobreza ou atraso económico. Representa o potencial para a perda que inclui um conjunto de condições incertas quer elementos de exposição quer de propensão ao risco (as circunstâncias) (Cutter, 1996); (Birkmann & Van Ginkel, 2006) e da capacidade de resiliência, constituída pela elaboração de políticas definidas para lidar ou adaptar-se à vulnerabilidade social aos riscos ambientais e aos acontecimentos extremos (Cutter *et al.*, 2003), (Philpot *et al.*, 2015).

A vulnerabilidade económica é importante, em resultado das condições incertas ligadas ao mercado interno pequeno, à falta de recursos naturais, à limitada economia de escala; à dependência do exterior e incapacidade de influenciar os preços no mercado internacional e às incertezas de fornecimento ligadas ao fator ilhas e ao afastamento dos centros económicos (Sutton, 2011); (Campbell, 2009). O turismo tem sido visto como o catalisador para resolver os problemas económicos dos países insulares, e um esforço

efetiva para resolver os seus problemas de sustentabilidade (Commonwealth Secretariat 2000) (Briguglio, 1995 e 2003)

Para isso é necessária uma abordagem integradora que procure explicar as complexas interações entre sistemas sociais, naturais e artificiais (Bishop, 2012), reconhecendo que a grande vulnerabilidade está ligada à condição comum do tamanho da população, da insularidade e do isolamento das comunidades que faz com que esses pequenos Estados tenham, muitas vezes, administrações extremamente pesadas, dispendiosas e ineficazes, o que afeta, a par da grande dependência do comércio internacional, o seu desenvolvimento (United Nations, 2014).

É de realçar a vulnerabilidade social (Springer *et al.*, 2002), que pode ser definida pela proporção em que a estrutura social está exposta a choques ou *stress* resultantes de conflitos económicos, de mudanças ambientais, de práticas governamentais ou de várias combinações futuras e das respostas para facilitar a sobrevivência e o equilíbrio dentro do país como um todo. Ela manifesta-se, predominantemente, em domínios que incluem educação, saúde, segurança, ordem social e governança, alocação de recursos e arquitetura de comunicações. Os papéis e as respostas das partes interessadas dentro de cada um desses domínios-chave produzem resultados que podem ser interpretados como funcionais, se forem consistentes com perspetivas de sobrevivência do sistema, ou

concertado foi feito para sustentar esta indústria e melhorar as infraestruturas. Mas o turismo não é, provavelmente, um contribuinte consistente e fiável para o PIB das ilhas, uma vez que o seu volume varia constantemente e estas são fortemente influenciadas por acontecimentos mundiais ou catástrofes naturais, aos quais estes Estados insulares são particularmente vulneráveis. No entanto, os esforços feitos para desenvolver a indústria têm fornecido, em muitos casos, uma infraestrutura bem gerida e sustentável que tem aumentado significativamente a sustentabilidade desses pequenos países (Briguglio 1995 e 2003).

Há também o problema da poluição causada pelo uso de combustíveis fósseis e derramamentos de petróleo causados por petroleiros. A eliminação de resíduos é outra questão que estes pequenos países estão a tentar resolver. À medida que as populações crescem, a quantidade de terra disponível para os aterros encolhe e a contaminação por resíduos tóxicos e perigosos aumenta. Novamente o custo para as ilhas de resolver esses problemas é alto e afeta diretamente suas economias.

A água para consumo humano, além de escassa, tem um custo elevado por envolver a criação de infraestrutura para salvaguardar as áreas de bacias hidrográficas e evitar a contaminação das águas subterrâneas. Devido às secas regulares, a proteção do abastecimento de água é fundamental para a sustentabilidade económica e social (Mills & Hancock 2005).

A vulnerabilidade comercial é outro fator que limita o desenvolvimento desses países insulares, tornando altamente dependentes do exterior. O alto custo de importação de combustíveis fósseis tornou praticamente impossível a criação de economias de escala, e a ONU destacou a necessidade de mudar para fontes renováveis de baixa emissão de carbono. O sol quase todo o ano desfrutado por esses estados insulares ou os ventos frequentes significam que a energia renovável poderá ser uma solução prática e rentável. O custo mais baixo da energia solar e eólica pouparia a saída de divisas do PIB (Briguglio 1995 e 2003).

disfuncionais, se forem consistentes com o provável aparecimento de condições excessivas (St. Bernard, 2002).

2.2. Recursos Humanos de Saúde

Os recursos humanos de saúde (RHS) constituíram sempre um elemento-chave para a melhoria do estado de saúde das pessoas e populações. Embora nem sempre tenha sido esta a tônica predominante, ganham agora uma dimensão mais pragmática, sobretudo no contexto da afirmação da cobertura universal de saúde como o melhor elemento para assegurar o direito à saúde às populações de todo o mundo. Efetivamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2013) vem desenvolvendo esforços junto dos líderes mundiais, particularmente os da saúde, para que se focalizem em erigir a ambição da cobertura universal numa meta mundial, sobretudo perante evidências de que esse objetivo está a ganhar força, e os debates sobre a agenda de desenvolvimento pós-2015 estão realmente a começar. Contudo, a OMS reconhece que o sucesso dessa ambição assentará na disponibilidade de uma força de trabalho em saúde que seja adequada à sua finalidade e coerente com a prática (WHO, 2006).

Ora, mudanças necessárias para atingir resultados sustentáveis no desenvolvimento da força de trabalho na área da saúde tiveram início, mas não são uma tarefa simples, pois há discrepâncias mundiais com países afetados por uma grave escassez de RHS e é expectável que, mantendo-se o *status quo* no desenvolvimento desses recursos, essas mudanças não produzirão, necessariamente os resultados esperados (WHO, 2013), visto que a literatura disponível (Cooper, 2007; Matthews e Van Lerberghe, 2006; Verboom, Tan-Torres e Evans, 2005) mostra que a saúde da população pode ficar restringida quando há escassez do pessoal de saúde. Esta crise nos RHS sente-se não só entre os países mais pobres, particularmente em África, mas também nas economias mais desenvolvidas, resultando num número crescente de publicações que realçam e caracterizam os fluxos de RHS assim como os desafios mais políticos e estratégicos que lhes estão associados (OMS, 2006). Esta situação levanta a necessidade, em primeira mão, de saber se existe pessoal de saúde em número suficiente para cuidar das necessidades de saúde de uma população (WHO, 2006) e, em segunda mão, como o processo de diferenciação se adequa à qualidade da resposta necessária.

De acordo com Nigenda e colaboradores (2010) a oferta de profissionais de saúde é sustentada, sobremaneira, pela formação de indivíduos em instituições de ensino onde são graduados com a aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes. Numa segunda etapa, pela formação especializada para aprofundar e adquirir novos conhecimentos tecnológicos e científicos que serão aplicados aos sistemas de saúde e dirigidos aos indivíduos e às práticas coletivas. Ora, o processo de educação deve ser influenciado pela complexidade do sistema de saúde e pelas necessidades a enfrentar no momento.

Segundo Osório (2004), há dois aspectos fundamentais para compreender a dinâmica da oferta de recursos humanos em qualquer país. Em primeiro lugar, o volume de estudantes em formação em diferentes níveis e, em segundo lugar, a orientação da formação dos estudantes, que pode ou não estar em consonância com as exigências do sistema de saúde. Mas a oferta da formação é também condicionada pela procura dos sistemas de saúde, os quais, não sendo homogêneos, geram diferentes necessidades de pessoal, notadamente as decorrentes da cobertura de intervenções específicas.

Alguns destes desafios requerem respostas urgentes, não só para serem mais bem compreendidos, mas também para se desenvolverem soluções mais adequadas à minimização dos impactos negativos – a nível global, regional e nacional – destes fenómenos (Buchan, 2011).

Nesse sentido, apenas medidas a longo prazo, sustentadas em compromissos políticos e investimentos adequados, poderão gerar resultados. Não está em pauta apenas aumentar os números: serão necessários mais profissionais, é certo, mas a meta da cobertura universal exige uma mudança de paradigma que se centra mais explicitamente na acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e produtividade da força de trabalho, conferindo-lhe um papel central na agenda para a equidade em saúde. Será necessário intensificar esforços para cumprir o grande desafio de garantir que todos os cidadãos, sejam eles quem forem e onde quer que vivam, tenham acesso a um profissional de saúde qualificado (OMS, 2013). O aumento da capacidade transformadora da educação dos profissionais de saúde vai refletir essas tendências no sentido de definir as competências dos profissionais de saúde no século XXI (Lueddeke, 2012).

2.2.1. Feminização da força de trabalho médica

Um outro aspeto importante a considerar nos RHS tem a ver com a proporção de estudantes de medicina do sexo feminino. Num cenário que é universal e se estende a muitos outros cursos universitários a proporção de estudantes de medicina do sexo feminino aumentou significativamente nas últimas décadas. Citando Machado (2003) e suas fontes, se nos anos 60 do século XX, segundo a Association of American Medical Colleges (AAMC), 90% das candidaturas a Medicina eram do sexo masculino (Bickel *et al.* 2002) e (Tesch *et al.* 1995), nos anos 1970 e 1980 verificou-se um aumento progressivo das candidaturas femininas (Reed e Buddeberg-Fischer, 2001; Relman, 1989), para, a partir de 2001, metade dos estudantes de Medicina passarem a ser mulheres, tanto nos EUA (Hojat *et al.*, 2002) como no Brasil (Scheffer *et al.*, 2013) Canadá (Beagan, 2000) e nalguns países europeus, como a Noruega (Kvaerner, Aasland e Botten, 1999), a Irlanda (McDonough, Horgan, Codd e Casey, 2000), a Inglaterra (McManus e Sproston, 2000) e Portugal (Russo *et al.*, 2015), onde esta proporção foi atingida ainda nos anos 90 do século passado.

Machado (2003) diz não ser fácil perceber as causas da tendência para a feminização, aventando que poderá ser consequência de algum desinteresse masculino, da necessidade da mulher afirmar-se e, ainda, da forma de admissão nas faculdades. Mas, também, poderá não ser alheio o facto que as meninas, na maioria das sociedades, terminam o liceu com melhores notas e, por isso, ganham acesso aos cursos com *numerus clausus* com maior frequência que os rapazes.

Conquanto, como reconhecido pelo Banco Mundial (2012), esta tendência possa refletir uma progressiva diminuição nas diferenças de sexo no acesso à educação, vários autores (Contandriopoulos & Fournier, 2007; Dubernet, 2005; Eisenberg, 1989) procuram mostrar que mulheres médicas diferem dos homens na escolha de especializações, na fixação territorial, na jornada de trabalho e no modo de exercício profissional, além de que a feminização da medicina poderá moldar o futuro da profissão médica, influir no modelo de prestação de cuidados às pessoas e na organização do sistema de saúde, sugerindo que serão necessários estudos para avaliar os possíveis impactos dessa transformação no contexto de novos desafios epidemiológicos e demográficos, com o aumento das doenças crónicas não transmissíveis e o envelhecimento da população que acompanham o fenómeno da globalização.

2.2.2. Recursos Humanos de Saúde nos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento

Relativamente à especificidade das questões de RHS nos P.E.I.D., tem sido dada pouca atenção em termos de identificar até que ponto a sua “pequenez” é um fator na determinação do tipo de abordagens políticas e de planeamento que serão as mais apropriadas e eficazes. Existe uma literatura limitada, mas sobretudo sobre as questões do mercado de trabalho dos pequenos estados, com o apoio da Commonwealth para alguns dos principais relatórios (por exemplo, Downes, 2008). Essa literatura enfatiza algumas características dos mercados de trabalho nos pequenos estados em desenvolvimento: recursos humanos limitados; fraca capacidade de formação; altos níveis de emigração para países maiores e mais desenvolvidos, sendo que as remessas constituem uma importante fonte de renda; fracos sistemas de regulação e dados do mercado de trabalho inadequados (Downes 2008; Degazon-Johnson, 2008; Reddy, 2008; Buchan *et al.*, 2011).

Embora não sejam exclusivas de pequenos estados, essas características têm uma repercussão particular e podem moldar ou terem um impacto nas estratégias e políticas de RHS e na capacidade de gestão e planeamento de RH, ou sobre o planeamento da gestão dos sistemas de saúde, até porque pode não haver “especialistas em RH” no sistema. Outras vezes, são considerados demasiado pequenos para sustentar institutos de formação para ocupações de nível superior (por exemplo, médicos).

O reduzido tamanho da força de trabalho aumenta a vulnerabilidade à emigração ou imigração que, mesmo pequena, pode ser relativamente grande, cria dificuldades na prestação de serviços especializados / terciários, obriga à polivalência de indivíduos que cobrem vários papéis / empregos, além de uma disponibilidade limitada ou inexistente do pessoal no sector da saúde para fazer a transferência de competências e há um escopo limitado para progressão e promoção na carreira e cargos.

Ainda há pouca ou nenhuma possibilidade de cobertura de licenças para educação, não há economias de escala na oferta de formação e, além do custo do apoio à formação fora do país de nacionais de profissões profissionais de nível superior, há a incerteza quanto ao seu retorno ao país.

Assinala-se, ainda, o impacto desproporcional no mercado de trabalho da introdução de novos empregadores, por exemplo, a criação de uma clínica privada de saúde, mesmo pequena, pode distorcer o mercado de trabalho de enfermagem local (Commonwealth Secretariat 2011, Buchan *et al.*, 2011).

2.3. Educação Médica

Os educadores médicos enfrentam contextos em evolução que irão alterar as formas de prestação de cuidados de saúde no futuro, incluindo o aumento do foco na medicina baseada na comunidade; o peso dos fatores de risco para a saúde, o aumento dos casos de doenças crônicas e degenerativas ou episódicas agudas; envelhecimento; aumento da procura de cuidados de fim de vida; pressões económicas para limitar os custos, a natureza mutável da relação entre médicos e pessoas afetadas e os novos papéis que vêm sendo assumidos pelas outras profissões de saúde (Cohen & Ziv, 2009, GMC, 2011, Keahey *et al.*, 2012, Pugno, 2010).

2.3.1. Reformas da Educação Médica

Constata-se a existência, desde a segunda metade do século XX (Costa 2007), de processos de mudanças na Educação Médica mundial em vários países, em resposta a críticas e questionamentos crescentes ao ensino superior em saúde, de modo geral, e ao ensino médico, em particular, e sobre a capacidade dos cursos de Medicina cumprirem ou não as finalidades gerais dos seus programas, que deveriam ser “desenvolver no estudante o potencial intelectual, a capacidade de análise, julgamento e avaliação crítica, a habilidade para resolver problemas, o raciocínio crítico, a abordagem criativa e inquiridora” (Mamede S & Penaforte J 2001).

Europa, Brasil e Cuba

Algumas iniciativas, dando sentido às reformas na educação superior, têm-se constituído em marcos referenciais, tais como: a Conferência Mundial para a Educação Superior de 1998, efetuada pela UNESCO em Paris, durante a qual foi aclamada a Declaração Mundial sobre Educação Superior; a Declaração de Sorbonne assinada em Paris, em Maio de 1998, pelos Ministros da Educação de países europeusⁱⁱⁱ com a

ⁱⁱⁱ Ministros da Educação de Alemanha, Itália, França e Reino Unido.

intenção de construir um Espaço Europeu de Ensino Superior; e, em 1999, a Declaração de Bolonha, que foi assinada pelos ministros europeus da educação em Bergen em 2005 (Bastos, 2008) e que atualmente promove a reforma chamada Processo de Bolonha. Esses documentos vinculam um movimento reformista de adequação da educação superior às necessidades contextualizadas pelo padrão de globalização da economia.

A questão central que se coloca no Processo de Bolonha é a comparabilidade de formações em diferentes países da União Europeia (UE) para efeitos de reconhecimento internacional, de mobilidade e de transparência da melhoria efetiva da qualidade dessas formações. Alterou-se a estrutura académica para três ciclos: o primeiro, geral, com três anos de duração, correspondendo a um bacharelato/licenciatura, seguido de uma formação profissionalizante, o mestrado (de até três anos para os mestrados integrados, incluindo o de medicina); e, o último, um doutoramento para aqueles que quiserem dedicar-se à pesquisa e ensino. O Processo de Bolonha criou o Sistema Europeu de Transferência de Créditos / ECTS (European Credit Transfer System)^{iv} que permitem a comparação entre os graus de ensino e promovem a mobilidade de estudantes e docentes no espaço europeu (Thune 2005; Almeida & Vasconcelos, 2012; Dos Reis, 2009).

A implantação até 2010 do Processo de Bolonha em Portugal, um dos países de formação dos médicos cabo-verdianos, foi realizada ao abrigo da Lei n.º 49/2005, de 30 de Agosto e o Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março (Almeida & Vasconcelos, 2012).

Na opinião dos diretores das faculdades de Medicina portuguesas entrevistados por mim para recolha de informações sobre os processos de mudança em curso no ensino médico, houve um período longo de reformas do ensino da medicina a anteceder esse processo e a aplicação de Bolonha terá gerado alguma controvérsia inicial por medicina ser um curso profissionalizante, exigindo mais tempo, não caber dentro dos prazos estabelecidos no Processo e, além disso, foi necessário adaptá-lo a outra diretiva europeia que estipula que o curso de Medicina tem que ter seis anos e 5.500 horas de

^{iv} O Sistema de créditos é baseado nas horas de estudo que um aluno necessita para adquirir as competências definidas em cada disciplina. Um crédito é equivalente a 25 – 30 horas de estudos e um ano letivo equivale a um total de 60 créditos.

contato de aprendizagem para ser validado em termos de comparabilidade e de reconhecimento na UE (UE 2005). A diretiva europeia, sobrepondo-se àquilo que é preconizado por Bolonha, determinou a existência de um mestrado integrado em medicina (MIM) com a junção obrigatória dos dois ciclos numa duração de 6 anos, sendo o primeiro ciclo básico de 3 anos, em que o 3º ano é tido como pré-clínico, e o ciclo clínico de 3 anos, em que o 6º ano passou a ser um ano profissionalizante, ao qual se incorporou uma unidade de dissertação para conclusão do mestrado.

Ter um diploma em Ciências Básicas da Saúde ao fim do primeiro ciclo básico de três anos a que os estudantes têm direito não confere competência profissional, apenas lhes permitirá continuar a parte clínica ou matricular-se no mestrado em outras áreas de interesse. Podem concorrer a vagas que, noutros países de Europa, haja em cursos de medicina adaptados a Bolonha, na aplicação do mais distintivo deste processo que é a mobilidade, a comparabilidade e a possibilidade de os estudos serem reconhecidos noutros países.

Uma outra característica importante é a organização das unidades curriculares em semestres de 14 semanas e o ciclo clínico organizado em blocos ou módulos de forma a aumentar a experiência clínica e favorecer a criação de um pensamento crítico, a gestão das informações e a comunicação.

Segundo as entrevistas anteriormente referidas, a partir de 1999 as universidades portuguesas propuseram alterações aos programas, melhorias às propostas de cursos e a criação de mais cursos, nomeadamente na Beira Interior, Algarve e na Universidade do Minho, que experimentaram e desenvolveram abordagens pedagógicas.

O curso implantado no Algarve tem a duração de 4 anos, seguindo o modelo já implantado em vários países como Estados Unidos, Austrália, Reino Unido ou Canadá de pós-graduação na continuação de uma licenciatura na área das ciências da vida (biologia, bioquímica, enfermagem, fisioterapia, radiologia, medicina veterinária, medicina dentária, psicologia, etc.), portanto, com um público-alvo diferente dos outros (Koh *et al.*, 2008). Os candidatos vindos dessa área são submetidos a um processo complexo de seleção nacional, diferente do habitual, que inclui provas cognitivas da capacidade do abstrato, numérica e verbal e de raciocínio para ver a capacidade intelectual, não sendo uma prova de medicina nem de ciências; uma prova de inglês e, finalmente, a nota da licenciatura (ou doutoramento), numa primeira fase. Os

selecionados são entrevistados para testar a capacidade de trabalhar em equipa, lidar com a diversidade, lidar com doentes em situações difíceis e selecionar os que serão admitidos. Uma vez admitidos, é-lhes feita a acreditação dos 2 primeiros anos do curso de Medicina a que correspondem 120 créditos e cumprem um programa próprio, perfazendo assim a condição de saída do MIM do cumprimento dos 6 anos e das 5.500 horas exigidas pela norma da UE (UE 2005).

Outra inovação reside no processo de ensino-aprendizagem, com turmas em grupos pequenos (8 alunos), privilegiando a aprendizagem entre pares que, aparentemente funciona muito bem em Educação Médica, e seguindo o método da aprendizagem baseada em problemas ou casos clínicos selecionados – *problem-based learning*, (PBL) ou *case-based learning* (CBL) (Savery, 2015); (Wood, 2003); (Pinto, 2008); (Rendas *et al.*, 1997 a/b/c) -, sobre os quais se constrói o programa de formação.

O curso de Medicina instalado na Universidade dos Açores está na dependência da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Ministra apenas o 1º ciclo, há mais de 10 anos, ou seja, faz a licenciatura em Ciências Básicas da Saúde, e o 2º ciclo é feito na FMUC para onde os alunos se deslocam para a frequência, agora, do 4º, 5º e 6º. Há 3 anos faziam apenas os 2 primeiros anos nas ilhas. Segundo o nosso entrevistado fazia parte do convénio inicial que o 6º ano de estágio e monografia fossem feitos nos Açores, mas isso nunca aconteceu, ligado, provavelmente às insuficientes condições do hospital para assegurar o estágio. As regras, os currículos, os professores regentes, os diplomas do mestrado integrado são de Coimbra. O curso funciona para 38 alunos e 50% das vagas é ocupada por oriundos do continente. A seleção dos alunos é pelo concurso nacional, mas é direcionada para o preenchimento das 50% das vagas destinadas aos Açores. O tamanho da turma é uma vantagem para maior contacto entre os alunos, com os professores e com os doentes. Algumas aulas são por videoconferência e há um suporte local prático do hospital de Ponta Delgada e com a unidade de saúde da ilha com os seus centros de saúde, na base de convénios. Os professores regentes locais não tiveram um curso formal em Educação Médica e servem-se da experiência que traziam e da que foram ganhando.

Considerada uma eventual autonomia do curso no seio da Universidade dos Açores, outro dos nossos entrevistados colocou dúvidas, pelo menos, enquanto persistirem certas condições como as instituições envolvidas, nomeadamente, o hospital sem

condições para ministrar, na totalidade, a parte prática hospitalar, não têm especialidades suficientes, não têm massa crítica, não têm um corpo docente que é fundamental, nem tampouco tem havido qualquer manifestação política nesse sentido. Chama-se a atenção que, para fundamentar estes aspetos, será preciso o querer político, porque é daí que vem o dinheiro, será preciso querer institucional, porque obviamente é a administração que terá que fazer funcionar o processo educativo, mas é sobretudo preciso o querer das pessoas, que é o que provoca as mudanças.

O curso instalado em Cabo Verde é em tudo semelhante ao desenhado para os Açores, e conhecer a experiência da sua organização e funcionamento parece fundamental para os ajustes necessários à realidade cabo-verdiana.

No Brasil, outro local de formação pré-graduada e especializada dos médicos cabo-verdianos, as escolas de medicina, inicialmente uma preocupação apenas do governo, entre 1931 e 1960, começaram a atrair a iniciativa privada. Desde então, a participação do sector privado cresceu e houve uma verdadeira explosão entre 1966 e 1970, quando foram criadas 30 novas escolas médicas, sendo 25 no sector privado (Veras *et al.*, 1982). Contudo, o aumento do número de escolas e cursos de medicina não os tornou menos seletivos, e não diminuiu a importância das escolas operadas pelo governo. Na primeira metade do século XX, predominava no Brasil a influência europeia na formação médica, principalmente da França e da Alemanha (Costa, 1999; Chaves & Kisil, 1999). A partir de 1945 diminuiu a influência europeia, aumentando a influência norte-americana, com crescente predominância do modelo flexneriano (Almeida, 1999), Cooke *et al.*, 2006).

O antigo currículo mínimo brasileiro foi substituído por Diretrizes Curriculares que, para a área de Medicina, foram promulgadas em 2001 pelo Ministério da Educação e Cultura (Brasil, 2001; Almeida, 2005). Novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), instituídas pela Resolução do Conselho Nacional de Educação da Câmara de Educação Superior (CNE, 2014), vieram regular a organização, desenvolvimento e avaliação do curso de Medicina no Brasil, ao estabelecerem os princípios, os fundamentos e as finalidades da formação em Medicina (art. 2º). Essas diretrizes curriculares definem que o graduado em Medicina, no Brasil terá uma “formação geral, humanista, crítica, reflexiva e ética, capacitado para atuar nos diferentes níveis de

atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano". Essas diretrizes curriculares estabelecem, corretamente, que existem competências gerais que devem ser adquiridas e que os cursos de graduação em Medicina desdobrar-se-ão nas áreas de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, administração e gerenciamento e educação permanente (Martins 2006). Assim, os "novos" cenários de ensino-aprendizagem, nesta segunda década do século XXI, vêm sendo campo de inovações e de oferta de novas oportunidades para estudantes de graduação da área da saúde (Nogueira, 2012).

Em Cuba, outro país da América Latina que faz a formação pré-graduada e a especializada dos médicos cabo-verdianos, está de há muito em curso um processo de reforma. A Universidade Real e Pontifícia de San Gerónimo de Habana foi fundada em 1728 e por mais de 235 anos existiu como a única faculdade de medicina no país. Em 1962 iniciou um processo de extensão da Educação Médica, criando 21 escolas médicas (Ilizástigui, 1993), além da Escola Latino-americana de Medicina (ELAM), criada em 1999 como uma instituição da solidariedade cubana. Para além da formação oferecida na ELAM, Cuba tem investido fortemente no desenvolvimento da Educação Médica local no mundo em desenvolvimento, como parte de sua diplomacia médica (Huish, 1978; Kirk e Erisman, 2009; Feinsilver, 1993; Silva *et al.*, 2014; Ferrinho *et al.*, 2015).

Uma nova fase da reforma, desde 2004, está orientada para a busca de maior relevância social dos projetos curriculares e para formas de lidar com o desenvolvimento científico e técnico acelerado, fundamentada na ligação sistémica entre a formação de graduação e pós-graduação, essencial em todas as suas formas para o processo de alargamento, aprofundamento e atualização da formação profissional (Pernas Gómez *et al.*, 2014).

O plano de estudos da carreira médica em Cuba é único para todo o sistema de ensino médico superior e visa formar profissionais em Ciências da Saúde, com base no paradigma socioepidemiológico e clínico, com uma projeção ambientalista e humanista que produz conhecimento, utiliza tecnologias e inovações tecnológicas para resolver problemas da sociedade e executa ações administrativas, de educação, autoeducação e pesquisa, bem como a atenção à saúde ambiental. O plano reconhece 4 áreas de

competência geral ou funções médicas: atenção integral à saúde; educação; pesquisa e administração.

No quadro da estruturação do seu Serviço Nacional de Saúde (SNS) e do ensino superior, Cuba elaborou a base conceitual do novo plano de estudos de medicina orientado para a formação de um médico de clínica geral básica (MGB) capaz de resolver, como um médico de família, problemas de saúde na atenção primária. O currículo foi concebido a partir das funções, tarefas e atividades do médico de família e de um conjunto dos problemas de CSP que este deve atender e resolver na comunidade (Ilizástigui 1993). Assim, foram definidos os conteúdos das disciplinas ministradas através de cursos coordenados, de salas clínicas integradas, de rotações por serviços clínicos e de CSP e da obrigatoriedade de um ano de estágio prático pré-profissional. A ênfase é colocada sobre os métodos de produção de ensino e aprendizagem, resolução de problemas clínicos, a educação no trabalho, estudo individual e aplicação do método científico em seus aspetos diagnósticos clínicos, epidemiológicos e de saúde. Um décimo do currículo é dedicado aos CSP e há uma determinação para aumentar o tempo que é dedicado a estágios nos consultórios de médicos de família ou com especialistas em medicina geral.

Este plano está assente sobre três pilares: 1) A qualidade dos professores: um corpo docente composto principalmente de professores em tempo integral e dedicação exclusiva ao ensino e/ou pesquisa, que detêm o grau de Doutor em Ciências, coadjuvados por professores-adjuntos, na prática profissional; 2) A qualidade dos alunos: admissão ao ensino superior baseada no mérito, aluno com um papel e participação consciente na vida universitária como mais uma maneira de desenvolvimento intelectual e espiritual; 3) A ligação com a vida do país: boa parte do ensino de graduação e pesquisa é dedicada à extensão universitária, onde o trabalho desenvolvido por alunos e professores se tornou um dos pilares da formação profissional (Vela Valdés 2000). A integração do ensino, pesquisa, produção e serviços na universidade é, cada vez mais, um dos grandes desafios científicos e tecnológicos do país.

África

2.3.2. Apoio ao Ensino Médico em África

O continente africano apresenta as maiores desigualdades mundiais na capacidade desenvolvida para Educação Médica, com o rácio de 1 escola por cada 5 milhões de pessoas. Dos 57 países africanos, 16 não tem escolas médicas (Boulet *et al.*, 2007; Duvivier *et al.*, 2014). O papel da formação médica é, assim, estratégico no esforço destes países para corrigir o seu grande défice de médicos – Angola, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial e Moçambique foram identificados pelo Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2006) como países com escassez crítica de médicos.

Uma série de programas inovadores foram implementados para enfrentar a escassez de pessoal de saúde a nível mundial. Alguns destes estão focalizados em iniciativas de formação de profissional de saúde, tais como, o programa Cubano de apoio às iniciativas de Educação Médica (Huish, 1978; Kirk e Erisman, 2009; Feinsilver, 1993; Silva *et al.*, 2014), o projeto Finlandês de Fortalecimento e Sustentabilidade do Sistema de Educação Médica (MEDUNAM)^v e iniciativas como as Parcerias Norte-Americanas de Educação Médica (MEPI)^{vi} e de Educação de Enfermagem (NEPI)^{vii}, o Programa Ruandês de Recursos Humanos de Saúde (HRH Program)^{viii} e de Parceria Global Serviço de Saúde (GHSP)^{ix}. Embora eles variem em escala e escopo, alguns deles compartilham características úteis no contexto de uma estrutura para lidar com a escassez de pessoal de saúde a nível mundial. Estas características incluem:

- Alinhamento com as prioridades locais, planeamento conjunto e coordenação
- Apropriação pelo país anfitrião
- Treinamento baseado em competência e inovação pedagógica
- Capacitação institucional
- Estratégia de sustentabilidade
- Estabelecimento de parcerias e de prática nas comunidades, de longa duração.

A adoção de um tal quadro e de boas práticas poderá servir de fonte de informação de futuros parceiros de treino e desenvolvimento para ajudar governos locais e instituições

^v MEDUNAM - Medical Education System Strengthening and Sustainability Project

^{vi} MEPI - Medical Education Training Partnership Initiative

^{vii} NEPI - Nursing Training Partnership Initiative

^{viii} HRH Program - Rwanda Human Resources for Health Program

^{ix} GHSP - Global Health Service Partnership

académicas a construir uma força de trabalho diversificada, grande e competente nos países de baixa renda (Cancedda *et al.*, 2015).

2.3.3. Iniciativas para o reforço da Educação Médica nos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa

A realidade nos estados africanos membros da CPLP varia consoante o país, mas em todos coloca desafios. Angola foi o primeiro país africano a formar médicos durante um curto período no século XVIII (Cambournac 1982; Pinto *et al.*, 2005), e durante a administração colonial apenas duas escolas foram implantadas, uma em Maputo, Moçambique, e a outra, em Luanda, Angola, em 1963. Uma terceira foi montada com a ajuda de Cuba em Bissau, Guiné-Bissau, em 1987. Todas as outras EM apareceram muito recentemente, como é o caso da de Cabo Verde, que admitiu os seus primeiros alunos em 2015 (Fronteira *et al.*, 2014; Fresta *et al.*, 2016).

Nesses estados a cooperação sobre Educação Médica, bilateral e multilateral, tem-se refletido em múltiplas dimensões. Este apoio tem beneficiado da colaboração interinstitucional em cada país (Simões *et al.*, 2016) e de instituições portuguesas (Fresta *et al.*, 2016), cubanas (Kirk & Erisman, 2009; Feinsilver, 1993; Silva *et al.*, 2014; Ferrinho *et al.*, 2015), finlandesas e norte-americanas (Cancedda *et al.*, 2015), entre outras. Enquanto as cooperações cubanas, finlandesas e norte-americanas correspondem a estratégias de Estado, as iniciativas colaborativas portuguesas são de iniciativa individual das instituições portuguesas, podendo mais tarde serem validadas por acordos entre Estados, como foi o caso do desenvolvimento da EM em Cabo Verde.

2.3.4. Custos da formação médica

Tal como na abordagem clássica dos estudos económicos para a planificação de recursos humanos no geral, os estudos para fazer avançar a Educação Médica envolvem, normalmente, quatro passos, a saber: (1) estimativa de recursos humanos adicionais a formar para colmatar as necessidades identificadas através de proporções *standard* entre serviços oferecidos e população; (2) cálculo das necessidades pelo custo de vários itens, onde sobressaem as despesas com os RHS envolvidos – docentes, discentes e gestores – níveis salariais no sector público da saúde e subsídios; (3) identificação do *gap* de financiamento, comparando as necessidades económicas

estimadas e o orçamento disponível previsto para a Educação Médica e, finalmente (4) discussão das opções de financiamento e mobilização de recursos (Glassman *et al.* 2008).

A Educação Médica é considerada entre os processos de ensino mais caros no mundo (Walsh, 2014) e o custo para obtê-la tem crescido em espiral nas últimas duas décadas, tornando-o menos acessível nos dias de hoje, por razões principalmente ligadas ao crescente aumento desses custos (Morrison, 2006). Entre os efeitos resultantes destaca-se a diminuição do número de candidatos devido ao receio pelos esforços exigidos para pagar os empréstimos contraídos. No entanto, o curso de Medicina continua atrativo por todo o lado, a procura ultrapassa o número de vagas, talvez porque, além da satisfação profissional pelo resultado das realizações profissionais, a remuneração obtida em várias latitudes, sobretudo trabalhando no sector privado, permite-lhes cobrir regularmente as dívidas resultantes (Steinbrook 2008).

Segundo Russo e Ferrinho (2009) vários países de baixa renda como Angola (Tyrrel, 2007), Moçambique (Tyrrel, 2008 e Tyrrel *et al.*, 2010), Serra Leoa (MSHS, 2006), e Gana (GHWA, 2006) desenvolveram os seus planos de recursos humanos da saúde, abarcando estimativas dos custos da implementação dos próprios planos que, por sua vez, inclui os custos com a formação de base e especializada de vários tipos de profissionais. Contudo, de uma forma geral, não existem nesses países estudos abrangentes para a estimativa dos custos de formação dos médicos. Informações dispersas precisam de ser reunidas e consolidadas para se ter uma estimativa autêntica destes custos.

Em Angola, por exemplo, a Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto (UAN, 2013) estimou que as despesas com pessoal^x necessárias para realizar um curso de seis anos de formação de médicos, para uma turma de 150 alunos, com uma taxa de aproveitamento de 85%, seria o correspondente a \$13 195 por médico formado. O estudo em questão não procedeu à estimativa das necessidades em termos de outras despesas correntes. Segundo Russo, as despesas de bens e serviços normalmente variam entre 50% e 100% das despesas com pessoal e deveriam ser acrescentadas para se ter

^x Despesas com o pessoal em: Administração; Direção; Docência e Estágio profissionalizante

um montante mais condizente com as despesas institucionais de formação de médicos (Russo, 2014). Por sua vez, o Instituto Piaget de Angola, uma instituição de formação privada, apontava num estudo feito para o cálculo das propinas de cursos para médicos e outros quadros, valores da ordem de \$32 400 para a formação de um médico. Aliás, estimativas realizadas em todo o território sobre os custos de formação de médicos em Angola apontam um valor médio à volta de \$30 000 para os seis anos do curso, em linha com valores reportados pela literatura internacional, bem como por estudos realizados em outros países. Para justificar esses valores foram identificados os anos de duração da formação e a componente técnico-laboratorial do curso como os fatores mais determinantes dos custos finais (Russo, 2014).

Na Guiné-Bissau, G. Russo e P. Ferrinho realizaram uma estimativa do custo de formação local de médicos gerais com dados calculados junto da Faculdade de Medicina Raul Díaz Arguelles, a qual teve em conta verbas para a compra de livros de medicina para a turma, equipamento, manutenção e instrumentos médicos, além do grosso das despesas com honorários dos docentes e subsídio de estágio aos estudantes (Russo & Ferrinho, 2009). O custo, em 2009, de um curso de seis anos de duração, para uma turma de 24 alunos, foi estimado em 124 509 128 XOF (Francos CFA), o equivalente a \$211 464 americanos. O custo médio calculado para a formação de um médico foi de 5 187 880 XOF, o que corresponde a \$8 811, em valores correntes.

Embora variando entre os países, o panorama de elevados custos da formação faz-nos refletir, no início da formação local de médicos na realidade cabo-verdiana, ou seja, sobre os custos relativamente elevados da formação de um médico, como melhorar a relação custo-benefício e obter o equilíbrio necessário entre os custos institucionais da responsabilidade das universidades e da sociedade em geral e os suportados pelo estudante e respetivas famílias, fatores marcantes para garantir a continuidade e sustentabilidade do processo.

2.4. Globalização e saúde

A globalização vem sendo um processo de transformação e aprofundamento da integração económica, social, cultural e política com base em transformações nos vários domínios societários, interligando o mundo (Buss & Pellegrini Filho 2007), mais visível desde o final do século XX. Como tal, exerce influências com impacto no comércio

internacional, na liberdade de movimentação, na qualidade de vida da população e, naturalmente, no desenvolvimento dos diferentes domínios da saúde, nomeadamente de uma força de trabalho para a saúde. Esse efeito varia de intensidade de acordo com o nível de desenvolvimento das nações, não sendo alheias as inovações nas áreas das telecomunicações e da informática (especialmente com a internet) para a construção de um mundo globalizado e estas poderão constituir um elemento importante aplicado ao campo da saúde, com vantagens e desvantagens.

Mas um efeito paradoxal da globalização na saúde reside no contraste entre, por um lado, os avanços na medicina e na cura para muitas doenças, os quais congregam países, aproximam estudiosos e cientistas, facilitam os pesquisadores com equipamentos mais modernos para realizarem suas descobertas, e, por outro, a afetação de forma desigual de recursos (Souza, 2009). Muitas vezes esse contraste aumenta as disparidades entre os países ou provoca exclusão de países pobres na aquisição de tecnologias para o desenvolvimento de produtos e equipamentos da saúde, na privatização dos serviços de saúde, nas iniquidades que atingem os sistemas de segurança social da maioria dos países e na brusca redução de investimentos estatais nos programas de saúde de países pobres onde as pessoas ainda morrem de doenças as mais tradicionais possíveis, como desnutrição, epidemias, entre outras doenças tipicamente relacionadas à pobreza (Sen, 2010).

O extraordinário resultado da redução da mortalidade por doenças infecciosas em todos os países alimentou, nas últimas décadas, a esperança de um mundo sem epidemias. Porém, a permanência da vulnerabilidade das populações diante dos micróbios e dos vírus foi, infelizmente, demonstrada nos anos 1970 e 1980 pelo aparecimento e identificação do vírus da SIDA, que se difundiu rapidamente por quase toda a parte, assim como pelo aparecimento de novos agentes viróticos, pela transmissão intercontinental de doenças que se julgavam confinadas somente a alguns países, como a cólera-mórbus; a persistência da endemia do paludismo, que a cada ano faz milhões de vítimas na África e em outras áreas do hemisfério Sul; a recrudescência e a virulência de micróbios como *Mycrobacterium tuberculosis*, com o aumento de casos mesmo na Europa e nos Estados Unidos.

A explicação mais comum desses fenómenos é o aumento exponencial e a rapidez das viagens de homens e mulheres por todas as partes do mundo que faz parte do processo

de globalização. É verdade, mas só em parte. A violência globalizada forçou a migração de milhões de homens, mulheres e crianças, milhares de pessoas que fogem das regiões de conflitos ou transformam-se em refugiados políticos. Inúmeros estudos mostram que os grupos humanos deslocados pela força de seus redutos originais apresentam piores condições de saúde física e mental quando comparados à sua situação original ou com a nova vizinhança. (Buss, 2007a).

A tuberculose aumenta não só por ser infecção oportunista nos doentes de SIDA, mas também porque a pobreza e a marginalidade cresceram à volta das cidades pelo êxodo rural acelerado e o uso inadequado e indiscriminado de medicamentos antimicrobianos, o que provocou a seleção de organismos resistentes a eles.

A persistência de doenças microbianas e parasitárias, como a malária, deriva, além das más condições de vida de boa parte da população, também da falta de investimentos na pesquisa de vacinas e no desenvolvimento de estratégias apropriadas bem menores se comparados aos casos da SIDA, objetivando a desigualdade de critérios e oportunidades. Desde os finais do século passado discute-se o conceito de saúde internacional como fenómeno da globalização em várias perspectivas (Berlinguer, 1999). A primeira porque atinge de modo seletivo, embora não exclusivo, pessoas, classes e povos, em proporção inversa à riqueza, à instrução e ao poder, introduzindo ou reforçando as condições de desigualdade. A segunda é que as ameaças se tornam sempre mais globais e, por isso, há novas e maiores motivações empíricas para associar o interesse imediato dos indivíduos e dos povos a um direito moral universal. A terceira é que desses fenómenos, quase sempre, alguém tira proveito. A quarta é que tanto as infeções quanto a poluição, os tóxicos e as formas de violência são hoje em grande parte antropogénicas, isto é, não se devem à natureza ou ao acaso, mas a opções humanas. Assim, são modificáveis com base em atos de vontade, hoje obrigatórios pela consciência e pela necessidade.

Assim, uma das opiniões mais relevantes é que é importante reequilibrar os poderes e as metas, afirmando que a globalização é uma tendência positiva da espécie humana que atingiu o grau atual de conhecimentos e desenvolvimento. Se essa tendência é vista de modo negativo, isso se dá porque até agora a globalização tem estado fortemente desequilibrada em termos de poder e de metas. São essas as características que precisaremos modificar.

A saúde global não é conseguida apenas com medidas de carácter científico e social, mas exige progresso cultural e moral. A reflexão bioética desenvolveu-se nas últimas décadas de modo tumultuado, enfrentando sobretudo casos situados nas fronteiras mais avançadas da ciência, mas descuidando-se da existência e dos sofrimentos das grandes multidões humanas (Berlinguer, 1999). Os mecanismos de governança nacional, os atuais mecanismos de governança mundial não são mais adequados para lidar com problemas complexos como as iniquidades em saúde, além de outras prioridades globais.

As circunstâncias atuais do século XXI da realidade em mudança fazem com que seja particularmente importante garantir que a saúde, a equidade em saúde e os determinantes sociais estejam integrados de forma plena e adequada aos novos modelos de política económica e a uma nova governança global. Essa integração vai exigir que o sector saúde – tanto no nível nacional quanto no mundial – participe ativamente de debates sobre a reforma do sistema global em prol de um regime político coerente, orientado a partir da equidade em saúde e dos determinantes sociais. A capacidade técnica de participação do sector saúde (tanto no que diz respeito ao governo quanto à sociedade civil) em debates significativos e efetivos precisa ser expandida (Organização Mundial da Saúde, 2012).

É neste contexto de saúde internacional que Cabo Verde deve fortalecer a sua política de Educação Médica para conduzir o processo de formação de base que se quer ver reforçado pelo ensino agora iniciado no país, mas também a formação especializada e contínua e produzir um profissional médico adaptado ao contexto nacional e à realidade mundial do século XXI. No início do processo, o país deve solicitar o apoio de atores externos, particularmente das instituições de formação parceiras que têm ajudado o país a formar o corpo médico e de todas que se mostram disponíveis para continuar a apoiar o investimento na Educação Médica em África e, particularmente nos PALOP.

3. Contexto nacional de Cabo Verde

O contexto da República de Cabo Verde é marcado pela condição de pequeno estado insular em desenvolvimento o que condiciona sobremaneira qualquer atividade organizativa pública ou privada que se queira desenvolver, em qualquer domínio. Formado por dez ilhas, nove delas habitadas por meio (½) milhão de habitantes, Cabo Verde é um Estado soberano desde 1975.

Estes aspetos pesam bastante na busca da fundamentação para a implantação da Educação Médica em Cabo Verde, e o facto de somente agora se querer instalá-la, passados quarenta anos da data da independência, assentará, talvez, nessas condições difíceis, o que explica o relativamente longo lapso de tempo decorrido na tomada dessa decisão. O processo, iniciado em pleno século XXI, é influenciado pelas tendências globais e pelos países parceiros, que vêm intervindo na formação dos seus médicos, – como é o caso de Portugal através da Faculdade de Medicina de Coimbra, em relação ao primeiro curso de Medicina -, mas beneficia da experiência acumulada por esses países e das inovações mundiais em curso. Naturalmente, basear-se-á na análise dos resultados que o país vem obtendo no processo de criação da sua força de trabalho e suas tendências, que constitui a *baseline* para essa intervenção, mas também de outras condicionantes específicas.

A insularidade condiciona a distribuição e a mobilidade da população pelo território nacional, o que acontece de forma desigual, cada uma das ilhas habitadas com a sua dimensão populacional específica, algumas com menos de 10 mil habitantes ao redor da mais populosa, que aloja mais de metade da população e onde está a capital do país, tornando difícil equacionar a equidade na colocação dos profissionais e a justeza na repartição dos recursos humanos de saúde, entre outros, para conjugar a resposta às necessidades reais de saúde sentidas pelas pessoas que habitam essas ilhas, às necessidades e aspirações individuais dos profissionais, num quadro solidário nacional.

3.1. Indicadores da situação de saúde

Nesses primeiros quarenta anos de vida independente de Cabo Verde houve o registo de progressos importantes na saúde das pessoas, os quais são traduzidos pela evolução dos indicadores de saúde que, por sua vez, são o fruto da implantação de um conjunto de

políticas públicas alargadas, incluindo as de saúde, que fizeram o país galgar a um patamar mais elevado no contexto internacional e que serviram de base à sua graduação, em 2007, à categoria de país de desenvolvimento médio, pelos critérios das NU.

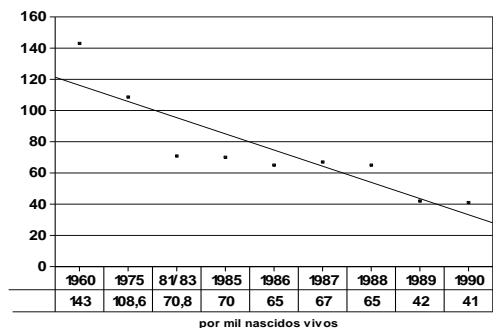
3.1.1. Taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil

Relembrando que essas taxas indiciam uma melhoria geral das condições de vida da população, esses dados são excelentes indicadores do desenvolvimento humano conseguidos pela melhoria das condições de vida da população em resultado de intervenções de políticas públicas nos aspetos sociais, ambientais e de rendimentos. No período que, coincidentemente, é o que medeia entre dois marcos importantes na melhoria da saúde mundial - a Declaração de Alma Ata sobre os Cuidados Primários de Saúde, em 1987, e os Objetivos do Desenvolvimento do Milénio com metas fixadas para 2015 -, estimulando a recuperação da situação de saúde dos países e regiões mais atrasadas, Cabo Verde registou uma evolução das taxas de mortalidade infantil e infantojuvenil, que o colocam entre os países que conseguiram alcançar tais metas.

No período entre 1975 a 1990, verificou-se uma clara tendência para a baixa, que assinala uma diminuição das causas das doenças preveníveis pela vacinação ou em resultado de outras intervenções dos cuidados primários de saúde, de baixo custo, mas de largo alcance – cuidados gerais de saúde, controlo da nutrição, água potável e saneamento – desenvolvidos pelos serviços de saúde e assuntos sociais com grande incidência nas áreas rurais onde era gritante a ausência de condições de saúde, mas, também, em resultado da implantação de outras políticas públicas. Realçamos que durante esse período houve uma inversão da diferença entre os meios urbano e rural, claramente a favor deste e bem expresso com valores de TMI mais baixos nos ambientes rurais (Santo Antão e Brava, por exemplo) e a desfavor da Praia, cidade capital, que demorou cerca de 15 anos a apanhar o ritmo de melhoria dos seus indicadores. (Delgado, 2009) (fig. 1).

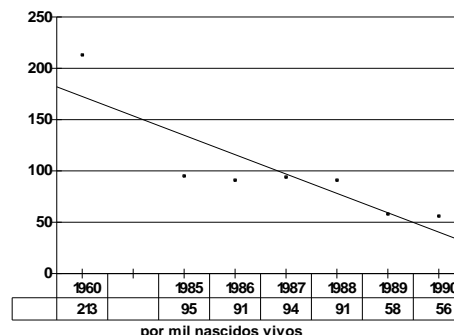
Fig. 1 – Cabo Verde: Tendência de evolução das taxas de mortalidade infantil e de crianças menores de 5 ano de 1975 a 1990

Gráfico 4 - CABO VERDE: Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)
Tendência da evolução entre 1960 e 1990



Fonte: UNICEF, Situação Mundial da Infância, 1987-1992

Gráfico 5 - CABO VERDE: Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos
Tendência da evolução entre 1960 e 1990



Fonte: UNICEF, Situação Mundial da Infância, 1987-1992

No período seguinte, de 1991^{xi} a 2015 (fig.2) essa tendência para baixa manteve-se, sobretudo na 1ª metade. A organização dos serviços de saúde e sua presença efetiva nas ilhas periféricas mais isoladas foram e são importantes e eficazes. Como elementos-chave da política geral dos CPS, a educação para a saúde, a atenção primária curativa na periferia (sobretudo para as infeções respiratórias agudas e a terapia de reidratação oral) e a PMI/PF tiveram e continuam a ter o seu papel de relevo. A abordagem da Proteção Materna e Infantil (PMI), uma das intervenções basilares de saúde adotadas no país, mostrou-se capaz para fazer baixar a mortalidade das crianças entre 1 mês e 5 anos, mas pouco fez para o controlo das mortes no período peri e neonatal.

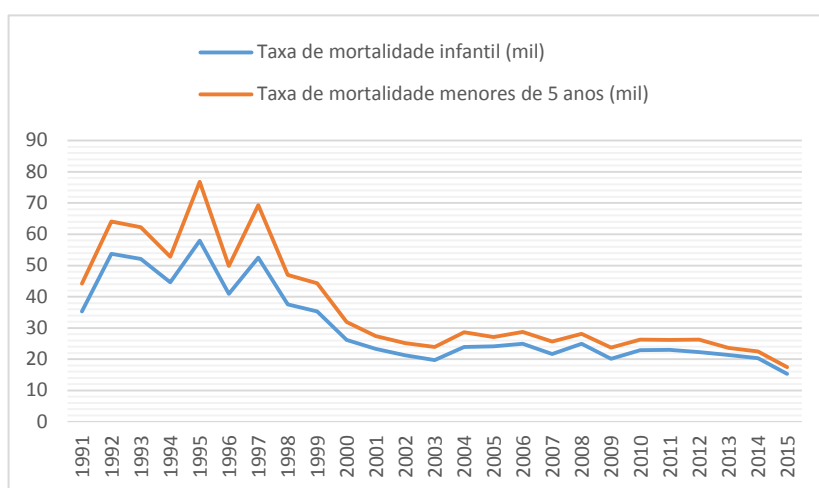
Na segunda metade desse período, de 2000 a 2015, houve uma desaceleração da redução das taxas de mortalidade infantil que ficaram a depender sobretudo das causas neonatais e perinatais, mais complexas, que ganham um peso proporcional, sendo, em 2014, responsáveis por mais de 50% das mortes em crianças com menos de 1 ano (MS, 2014). Estes dois indicadores dependem da ação clínica, muitas as vezes hospitalar no sentido de “hospitais” na definição da OMS, quer dizer com capacidade para cirurgia de emergência, alguma imagiologia e banco de sangue, portanto de intervenções mais complexas para a redução da MI que os chamados hospitais em Cabo Verde, além de

^{xi} Os dados de 1991 estão, aparentemente subestimados.

Mindeló e Praia, até aos anos 2000, não puderam garantir porque não correspondiam a essa definição e não puderam ter a influência devida nesses indicadores.

Essa complexidade tem a ver, sobretudo com o número, o nível e a qualidade dos recursos humanos diretamente intervenientes na atenção à criança e na resolução dos problemas.

Fig. 2 – Cabo Verde: Evolução das taxas de mortalidade infantil e de crianças menores de 5 anos de 1992 a 2015

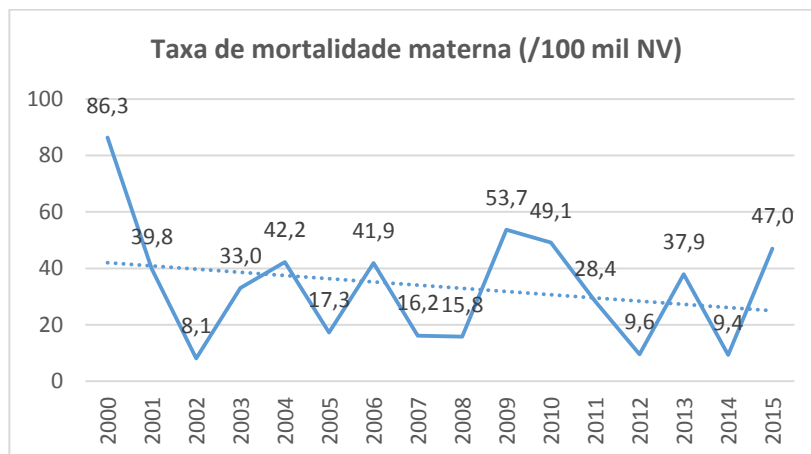


Ministério da Saúde, Estatísticas da Saúde 1991-2015

3.1.2. Taxa de mortalidade materna

As causas relacionadas com a gravidez e o parto responsáveis pela mortalidade materna apresentam, igualmente uma tendência para a baixa (fig. 3), atingindo o país também a meta para os ODM referente à morte materna, figurando entre os nove países que o conseguiram (Alkema *et al.*, 2016).

Figura 3 – Cabo Verde: Evolução dos rácios de mortalidade materna entre 2000 a 2015



Ministério da Saúde, Estatísticas da Saúde, 2000 – 2015

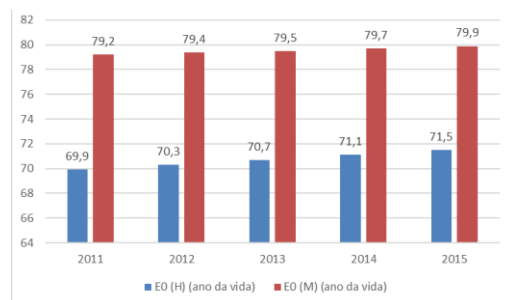
Na interpretação dos dados convém chamar a atenção para o facto de tratar-se de um rácio por cem mil nascidos vivos e que numa população pequena como a de Cabo Verde, com cerca de dez mil nascidos vivos por ano, qualquer óbito produz uma grande variação na curva. Nos últimos 15 anos morreram, em cada ano, menos de seis (6) grávidas ou parturientes, que são perdas irreparáveis, mas que traduzem um esforço enorme, mas incompleto para evitá-las.

3.1.3. Esperança de vida à nascença

Em Cabo Verde, houve um aumento de cerca 15 anos na esperança de vida à nascença entre 1980 e 2015, conforme figuras 3 e 4 (Delgado, 2009; INE, 2015), acentuando a tendência para um maior envelhecimento da população e aparecimento de situações de doença decorrentes do agravamento de condições biológicas e derivadas dos riscos ligados ao modo de vida das pessoas, a que se acrescentam os efeitos da transição nutricional com desequilíbrio na dieta e nutrição e exercício físico e, ainda, o fenómeno da urbanização rápida pelo êxodo rural das populações para se instalarem em bairros periurbanos, sem as mínimas condições de vida e que condicionam o padrão de doenças (Gonçalves *et al.*, 2015).

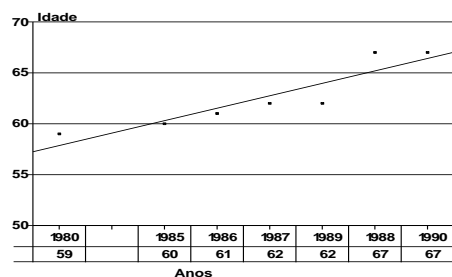
Fig. 3 – Tendência de evolução da Esperança de Vida, entre 1980 e 1990

Fig. 4 - Cabo Verde: Evolução da Esperança de Vida, H e M, em entre 2011 e 2015.



EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR: O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

Gráfico 6 - CABO VERDE: Esperança de vida ao nascer
Tendência da evolução entre 1980 e 1990



Fonte: UNICEF, Situação Mundial da Infância, 1987 - 1992

Nas faixas etárias de adultos jovens cresce a percentagem das mortes por causas externas, destacando-se os traumatismos por acidentes, sobretudo de viação, mas também de acidentes de trabalho, bem como por suicídios e agressões por terceiros. Mais tarde, a partir dos 50 anos, prevalecem as doenças do aparelho cardiovascular, as doenças metabólicas e as neoplasias, por força de fatores genéticos, dos estilos de vida pouco saudáveis e dos fatores de risco não acautelados, entre outras causas (MS, 2012).

Fonte: INE, Projeções Demográficas de Cabo Verde, 2010-2030

Estão, assim, individualizado um conjunto de fatores determinantes sociais da saúde, de risco elevado, dominantes e característicos no perfil sanitário dos países desenvolvidos ou em desenvolvimento. Esses fatores apresentam um nível de exigência diferente, seja técnica, habilidade ou de atitude e comportamento dos recursos humanos de saúde e requerem uma abordagem diferente do binómio saúde-doença para uma resposta mais adequada (Gonçalves *et al.*, 2015). Terão que, inevitavelmente, fazer parte dos problemas de saúde que influenciam a feitura dos planos futuros de formação dos RSH, particularmente dos médicos. Esta situação descrita configura claramente uma situação de transição epidemiológica, que é coadjuvada por outras transições, integradas no conjunto que é comumente designado de determinantes sociais da saúde (Lueddeke, 2012; WHO, 2008).

Tem-se assistido nas últimas décadas a importantes melhorias na saúde da população mundial, para as quais terá concorrido a implantação de sistemas de saúde universais, mas também devido aos crescentes investimentos nos vários sectores, particularmente nos RSH e nas despesas *per capita*. Contudo, os níveis de desenvolvimento da saúde alcançados não são iguais para todos os países, assim como são desiguais os esforços para manter os níveis atingidos e continuar a melhorá-los (EIU, 2014). Faz parte desses esforços, com certeza, o desenvolvimento dos recursos humanos para a saúde, força que

é crucial para o nível da prestação de cuidados de saúde, mas que consomem os maiores gastos públicos na saúde nos países em desenvolvimento considerados (WHO, 2006).

Cabo Verde está referenciado num estudo (EIU, 2014) que pretende classificar 166 países com base num índice criado pela correlação entre as despesas *per capita*, traduzidas pela percentagem do PIB para a saúde, de um lado, e os resultados de saúde traduzidos por indicadores complexos – DALYs^{xii} e HALEs^{xiii} –, corrigidos com a média da esperança de vida aos 60 anos e taxas de mortalidade de adultos, por outro. Os 166 países estudados foram agrupados em 6 categorias consoante o índice dessa relação, destacando-se para cada categoria um desafio essencial e comum.

Cabo Verde aparece classificado na categoria 3, com índice de resultados médio-alto e despesas *per capita* no terço inferior (posição 55), que tem como desafio comum a necessidade de investir recursos e conhecimentos no desenvolvimento de uma boa equipe de saúde para alavancar os resultados alcançados. O relatório EIU em análise afirma que “...*críticas despesas em cuidados de saúde podem ter tido um máximo impacto, mas talvez seja nesse ponto, onde o aumento das despesas pode não ser acompanhado pela melhoria dos resultados*”, sugerindo que, neste grupo, “*investir em saúde significa investir, em grande parte, nos médicos e noutro pessoal de saúde.*” (EIU/ The Economist, 2014, pág. 21)^{xiv}. As sugestões desse estudo condizem com outras avaliações feitas em separado e corrobora a nossa convicção de que o processo da Educação Médica, ou melhor de educação nas ciências da saúde em Cabo Verde (cursos de medicina, de enfermagem e formação de outros profissionais de saúde e de áreas afins ligadas aos determinantes sociais da saúde) deverá, de forma obrigatória, ser encarado e enquadrado num processo mais amplo de investimento em saúde (e no desenvolvimento geral) que se traduz no aumento, na diversificação e na qualificação dos recursos humanos de saúde, com metas bem definidas e direcionadas para o fortalecimento do SNS em prol da saúde da população cabo-verdiana, procurando-se naturalmente salvaguardar os anseios pessoais dos estudantes e profissionais.

^{xii} Disability-Adjusted Life Years / Anos de vida ajustados pela incapacidade, que mostra os anos de vida perdidos por morte ou doença.

^{xiii} Health-Adjusted Life Expectancy/Esperança de vida ajustada pela saúde que mostra, ao contrário, os ganhos na esperança de vida pelos efeitos de uma vida saudável.

^{xiv} Tradução livre do inglês.

Mas persistem dificuldades na implementação da cobertura universal no contexto de insularidade, por vezes de monta, particularmente nos domínios da organização do serviço nacional de saúde, da maior equidade na repartição dos recursos, na melhoria do acesso aos serviços e cuidados, sobretudo aos mais diferenciados, e na consciência dos cidadãos do dever de participarem na resolução das questões essenciais de saúde pública.

A transição epidemiológica, em grande parte resultante das melhorias ocorridas nas condições de vida e de saúde dos cabo-verdianos, a transição nutricional com alterações nos hábitos alimentares e na prática de exercício físico e a transição demográfica em consequência da baixa da mortalidade, do aumento da longevidade e da mobilidade das pessoas (Gonçalves *et al.*, 2015), vieram acentuar o peso das doenças não transmissíveis e degenerativas, trouxeram novos desafios aos serviços de saúde, à capacidade de financiamento dos custos da saúde pela sociedade e à necessidade de mudança do paradigma para a formação técnica e cidadã dos profissionais. Torna-se importante, nessa ótica, ter em devida conta a relevância desses fatores determinantes sociais de saúde e suas consequências nos planos de Educação Médica e de outros profissionais de saúde.

Valerá, por isso, relembrar a reflexão de Giovanni Berlinguer (1999) sobre a transição epidemiológica, considerada como um fenómeno nosológico dominante que consiste na passagem da prevalência de doenças infecciosas para a doenças crónico-degenerativas, ou melhor não-infecciosas. Contudo, esta análise, válida para as estatísticas de mortalidade, requer alguns reparos: em primeiro lugar, não se pode aplicar tal análise às estatísticas de algumas doenças que ainda não são relevantes em muitas partes do mundo; em segundo lugar, o reaparecimento de velhas infeções e o surgimento de novas deve nos induzir a não esquecer que insetos, vírus, micróbios e parasitas tem circulação livre, *‘viajam sem passaporte e passam sem visto pelas fronteiras’*; em terceiro lugar, se para além da mera descrição quisermos encontrar uma explicação causal, a transição epidemiológica representa também (ou principalmente) a transição de doenças fisiogénicas que tinham origem preponderantemente natural, para doenças preeminentemente antropogénicas, cujas origens se devem buscar em nós mesmos, seres humanos, ou seja em nossas ações e/ou omissões e na falta de concepções preventivas e solidárias.

Portanto, sendo fenómenos antropogénicos, não são fatais nem irreversíveis: podem ser dominados e modificados. Toda essa valoração deverá ser evidenciada e incluída como parte estratégica na definição do profissional que Cabo Verde precisa, e incorporada nos currículos de formação e na prática médica para enfrentar as mudanças em curso.

De igual modo, a importância crescente e o papel do conhecimento sobre os determinantes sociais da saúde como visão exitosa na implementação de ações de saúde, não só visualiza a equidade como aspeto ético, mas também condiciona o perfil epidemiológico da saúde, os resultados de objetivos sanitários, a qualidade e a eficiência dos serviços. Segundo a OMS (2011), esses determinantes são fundamentalmente as condições em que as pessoas nascem, vivem, crescem, trabalham e envelhecem, as quais influenciam as oportunidades da vida saudável, a maior parte da carga de doenças, assim como as desigualdades em saúde que existem em todos os países por conta de mecanismos estruturais que influíram a posição social ocupada pelos indivíduos. As discrepâncias atribuíveis a esses mecanismos moldam a saúde dos indivíduos através de determinantes intermediários, como as condições de habitação e fatores psicossociais, comportamentais e biológicos, além do próprio sistema de saúde.

A lógica por detrás da implementação de ações sobre os determinantes sociais baseia-se, ainda segundo Berlinguer (1999), em três temas mais amplos: primeiro, reduzir as desigualdades em saúde é um imperativo moral e ético; segundo, é essencial melhorar as condições de saúde e o bem-estar, promover o desenvolvimento e alcançar objetivos gerais no campo da saúde; terceiro, é necessário promover ações numa série de prioridades sociais – que estão para além do campo da saúde e de que dependem melhores níveis de igualdade em saúde. (OMS, 2011).

A Educação Médica no século XXI, em qualquer país, mormente naqueles com as características particulares de Cabo Verde, assume um desafio ingente, pelas pequenas e variadas singularidades a cuidar na educação do aspirante a médico e do profissional, mas também pelo papel e influência que este exerce no seio da equipa de saúde.

3.2. Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde

Em Cabo Verde, houve sempre uma vontade para planificar o desenvolvimento dos RHS e Planos Estratégicos de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde (PEDRHS) foram sendo desenvolvidos e implementados, tendo o primeiro coberto o

período 2005-2014, e o segundo refere-se a 2016-2020. Outros documentos estratégicos e programáticos do Ministério da Saúde, como a Política Nacional de Saúde 2020/PNS (MS, 2007) e os Planos Nacionais de Desenvolvimento Sanitário (PNDS 2007-2011 e 2012-2016) esforçam-se por estabelecer orientações para a normalização da dotação de recursos humanos no quadro do reforço do SNS.

O PEDRHS 2016-2020 foi elaborado em 2014, baseado em princípios estabelecidos pelo Escritório Regional da OMS para a África (2008) que devem nortear os planos nacionais de recursos humanos em saúde e em várias orientações técnicas e estudos da OMS contidos no documento WHO/HRB/98.2 (OMS, 1998) sobre a carga de trabalho, enquanto indicador das necessidades de pessoal (INP) para avaliação e cálculo da necessidade de recursos humanos em saúde. Também se serviu do Relatório da análise de recursos humanos da saúde nos países africanos de língua oficial portuguesa (Organização Mundial da Saúde, 2010). Esse Plano pretende dar continuidade ao processo de recrutamento e distribuição do pessoal, baseado na constituição das equipas-tipo definidas por níveis de atenção de saúde e subsequente criação de quadros de pessoal por cada estrutura, tendo em consideração o desenvolvimento integrado do SNS, com o objetivo de garantir o acesso universal aos cuidados de saúde. O PEDRHS 2016/20 estimou, em números globais, o *gap* até 2020 em 160 médicos, subdivididos em 142 médicos com especialidades básicas, 3 com especialidades em saúde pública e 5 em atenção primária. Contudo, ainda não estão reunidas as condições para efetivamente se produzir e satisfazer essa necessidade em RHS até o término de execução do plano.

3.3. Organização do Serviço Nacional de Saúde

Segundo a PNS (MS, 2007) o SNS está estruturado em três níveis – primário, secundário e terciário – aos quais correspondem diferentes tipos de prestação de cuidados e serviços e de estruturas de saúde de suporte, organizados em pirâmide.

O nível primário presta essencialmente cuidados primários de saúde ou atenção primária, menos complexos, mas mais abrangentes e próximos da população, para resolver os problemas que afetam a maioria da população. Tem como instituição de referência o Centro de Saúde/CS. Os CS são definidos na PNS como a porta de entrada e de seguimento do SNS. Os CS estão organizados em rede, com competências e qualidade crescentes, sendo essenciais para garantir uma cobertura de primeiro nível de

respostas, que inclui também serviços de transferência para níveis mais complexos dos casos que ultrapassam a sua capacidade resolutive. Têm base de implantação municipal (Gomes 2007), podendo existir, se necessário, mais de um CS por município em função da população a servir, como acontece nas cidades da Praia e do Mindelo. Convém realçar que um CS em Cabo Verde pode e deve ter leitos para doentes internados, nos limites da competência técnica e tecnológica instalada. O que acontece nos concelhos rurais, a maioria, é que o típico SNS cabo-verdiano não corresponde ao ‘Health District’ (OMS) por falta de funções hospitalares básicas. Em razão da criação de um número elevado de concelhos pequenos com as suas respetivas Delegacias de Saúde, o que diminuiu as oportunidades de *upgrading* de algum CS a hospital nesses concelhos sem criar problemas de qualidade e económicos irresolúveis.

O segundo nível de organização de respostas é criado pela introdução de outro nível dos Serviços, com o qual se pretende aproximar cuidados preventivos e hospitalares secundários das pessoas servidas e alargar e afinar a cobertura desse tipo de cuidados. O nível secundário é materializado pelo conceito de Região Sanitária/RS, que é uma adaptação ao contexto de Cabo Verde do designado Distrito Sanitário da OMS como “...um processo criativo e contínuo para modificar a forma de organização, o conteúdo das ações e serviços e atender mais eficazmente às necessidades de saúde da população que vive e trabalha no espaço territorial e social recriado...”, que visa “...provocar uma redefinição e hierarquização dos estabelecimentos de saúde localizados neste espaço e oferecer cuidados de saúde com complexidade diferenciada por forma a melhorar a acessibilidade...” e produzir “...um nível tecnológico que suporte a oferta de cuidados essenciais, adequados ao volume e tipo de problemas de saúde da população da área. (MS, 1999). A RS tem como instituição de referência um Hospital Regional/HOSPR. A RS, adaptada as condições concretas de acessibilidade das ilhas e da população servida para ter massa crítica, pode adotar três figurinos: (a) RS para servir a população dos municípios de uma ilha, caso de Santo Antão (41 192 habitantes); (b) para cobrir duas ou mais ilhas, casos do Fogo e Brava (41 828), de S. Vicente e S. Nicolau (92 651) e do que se prevê para a parte sul da ilha de Santiago e que incluirá a ilha do Maio (120 252) e a solução que se aventa para as ilhas do Sal e Boa Vista para formar a RS Leste (45 584) e (c) abrangendo parte de uma ilha como acontece com Santiago Norte (120 252 hab.).

A Região Sanitária não é um novo tipo de infraestrutura de saúde. Trata-se, sim, de uma organização para implementar um conceito organizacional de alargamento do acesso na busca de maior funcionalidade racional das instituições nas áreas de saúde recriadas, para a melhoria quantitativa e qualitativa das prestações, baseada em novas relações entre as instituições dos municípios envolvidos e na afetação e adequação do HpR ao conjunto das Delegacias de Saúde e seus CS nessa área, com sua autonomia técnica e administrativa. A justificação do HPR e de atenção secundária em geral, é encontrada na necessidade da sua proximidade ao domicílio e satisfação dos utentes ou doentes, facilitando todos os tipos de acesso, geográfico, económico, operacional e cultural.

Os cuidados de saúde terciários, mais complexos e especializados, constituem o conjunto de respostas mais diferenciadas a serem oferecidas a toda a população do país, que encontram a sua justificação, sejam ambulatoriais ou hospitalares, na concentração e utilização racionais dos recursos necessários, em geral caros, dependentes de um certo nível tecnológico, com permanentes e elevadas necessidades de formação e manutenção. Mas a sua prestação nem sempre é feita com a equidade definida, por razões que se prendem às condições de acessibilidade, nomeadamente ligadas à insularidade e ao aspeto demográfico, mas também pela não assunção plena da responsabilidade e do papel que esse nível desempenha na pirâmide sanitária. As respostas a esse nível pedem uma organização hierarquizada, baseada na referência e contrarreferência dos casos e na incorporação do papel nacional dessas instituições, muito além de servir a população do local onde estão implantados.

O HC constitui a instituição de referência para o nível terciário e tem, teoricamente, a vocação para prestar esses cuidados à toda população do país. Contudo, prestam cuidados secundários, e ainda alguns primários, sobretudo à população das cidades da Praia e do Mindelo onde estão implantados, os quais consomem boa parte dos recursos humanos, materiais e energia de organização que são alocados a essas instituições terciárias, o que frequentemente envia a missão dos HC e erigem-se na razão de ser “popular” dessas instituições. As evidências estatísticas dos HC mostram que entre 60 a 70% dos atendimentos são situações passíveis de serem resolvidas nas estruturas de atenção primária, os CS. Com esse quadro, os Hospitais Centrais continuam, na prática, a ser *a vanguarda do SNS e não a retaguarda* do mesmo, como lhes conferem os

instrumentos de política e de estratégia, há muito definidos (Saúde Urbana na Praia, 1996)^{xv}.

Para tentar reverter essa situação foi (re)iniciado um processo de reorganização da prestação da atenção primária nas cidades do Mindelo e da Praia (Cabo Verde, MS, 2012), visando o aperfeiçoamento da capacidade de intervenção dos Centros de Saúde ali instalados, sobretudo o reforço dos seus recursos humanos, a melhoria da qualidade da atenção primária prestada, o alargamento do horário de funcionamento, com a finalidade de inverter a proporcionalidade com que esses cuidados são prestados nos HC e nos CS e visando um melhor resultado em termos da eficácia e eficiência das prestações. Esse processo, que começou como um movimento de reforma inovadora foi, entretanto, travado pela força conservadora que acabou por adquirir as designações e nomenclaturas do que era novo sem, no entanto, mudar alguma coisa e continuou a sua rotina habitual, como se nada de novo estivesse a acontecer. A justificação ficou pela falta de pessoal que, não deixando em parte de ser verdade, mascarou outras condições não cumpridas. Fez parecer que essas reformas estavam a falhar, quando, de verdade, ainda estão por fazer, parafraseando Sakellarides (2001).

Com respeito ao atendimento de cuidados secundários que os HC dispensam às populações da sua área de implantação e que lhes acedem diretamente, não é evidente que num universo temporal previsível a situação possa mudar, do ponto de vista técnico e financeiro e provocar uma separação física dos locais onde serão prestados, por exemplo, a implantação de HPR individualizados na Praia e no Mindelo. Alternativas de melhoria poderão, entretanto, resultar da adoção de modelos organizativos que tenham em conta a eficácia e eficiência de cada um dos tipos de cuidados prestados nos HC. Ora, as exigências técnicas – de capacidade instalada e de recursos humanos – são menos complexas e menos caras para o nível secundário que as do nível terciário. Se não houver uma constante preocupação em restabelecer e atualizar as delimitações entre esses níveis e respetivos recursos afetados, a eficácia das respostas e a relação custo-benefício poderão ficar comprometidas para o todo do SNS.

3.4. Formação superior em Cabo Verde

^{xv} Saúde Urbana para a Cidade da Praia, elaborado por Saniplan a pedido de Cabo Verde e União Europeia, 1996.

Com a independência, em 1975, a formação superior dos cabo-verdianos continuou a ser ministrada no exterior, especificamente em Portugal, à semelhança do que era feito no período colonial. Alargou-se, contudo, o leque de países que oferecem a Cabo Verde as condições para tal, e o número de formandos aumentou significativamente. Os enfermeiros continuaram a ser formados localmente em Escolas de Enfermagem geridas pelo Ministério da Saúde nas graduações de técnicos profissionais, até 2008, data a partir da qual evoluiu para o grau de licenciatura e a competência do ensino foi atribuída às universidades. Entretanto, com a criação das bases para a instalação do ensino superior no país, a política do ensino superior desenvolveu-se no âmbito da reforma de ensino, fazendo o enquadramento institucional das competências existentes, promovendo a coordenação de projetos internacionais e abrindo, assim, caminho para a criação de várias instituições de ensino superior. A partir da criação em 1979 da Escola de Formação de Professores, que constituiu um marco nessa política, e com a instalação em 1992 da nova Comissão Instaladora do Ensino Superior, surgiu em 2001 a Universidade Jean Piaget de CV, privada, primeira instituição criada. A Universidade de Cabo Verde / Uni-CV, pública, seguiu-se-lhe em 2006 e teve a sua génese em três instituições públicas dedicadas ao ensino superior no país, os Institutos Superior de Educação (ISE), o Instituto de Engenharia e Ciências do Mar (ISECMAR) e o Instituto Nacional de Administração e Gestão (INAG).

Entre os principais cursos com interesse para o sector de saúde, destacam-se as licenciaturas em enfermagem, em ciências farmacêuticas, em análises clínicas, em fisioterapia, em psicologia, em serviço social, em técnicas de radiologia e de manutenção, ou licenciaturas afins, como biologia ou psicologia. A partir do ano letivo 2015/2016, foi instituído o curso de Mestrado Integrado em Medicina/MIM, que tem prevista no seu plano a realização dos 3 primeiros anos na Uni-CV, os dois anos de formação clínica (4º e 5º anos) na FM de Coimbra, parceira nesse empreendimento, e o 6º ano de estágios e monografia de novo em Cabo Verde.

Os requisitos académicos e legais exigidos para entrada na educação superior são o 12º ano do ensino secundário, aprovação em exame geral de seleção. Os formandos são obrigados a frequentar um programa de 4 anos (ou 8 semestres) e cumprir entre 225 a 240 ECT para a licenciatura. O Mestrado Integrado em Medicina (MIM) é de 12 semestres e 360 ECT (Quadro 1).

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR:
O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

Quadro 1 – Cabo Verde: Instituições de formação superior em Cabo Verde, 2015

	Instituição de Ensino Superior	Localização	Gradação em saúde (Licenciatura)	Requisitos graduação	Pós-graduação (Mestrado)
Universidade					
1	Universidade Jean Piaget de Cabo Verde www.unipiaget.cv	Praia (Sede)	- Enfermagem Ciências Farmacêuticas - Análises Clínicas e Saúde Pública - Biologia - Fisioterapia - Psicologia	12º ano/240 ECT/ 8 semestres	Psicologia Clínica e de Saúde
		Mindelo (Polo)	Serviço Social Enfermagem		
2	Universidade de Cabo Verde www.unicv.edu.cv	Praia (Sede)	Enfermagem	12º ano/ 240 ECT/ 8 semestres	Mestrado Integrado em Medicina [12º ano/ 360 ECT/ 12 semestres]
			Complemento Lic. Enfermagem	Bacharel ou curso técnico-profissional de enfermagem/4 semest.	
			- Engenharia Química e Biológica – área farmacêutica - Ciências Biológicas Saúde, Ambiente e Pesca - Psicologia	12º ano/ 225 ECT/ 8 semestres	
		Mindelo (Polo)	Ciências Sociais		
3	Universidade Intercontinental de Cabo Verde – UNICA www.unica.edu.cv	Praia	Enfermagem	12º ano/ 225 ECT/ 8 semestres	
			Análises Clínicas e Saúde Pública	Idem	
			Fisioterapia	Idem	
4	Universidade de Santiago www.us.edu.cv	Santa Catarina	- Enfermagem - Complemento Lic. Enfermagem - Serviço Social e Políticas Públicas - Nutrição e Qualidade Alimentar (sujeito a registo e acreditação) - Relações Públicas e Comunicação Empresarial (Diurno e Pós-laboral)	12º ano/ 8 semestres	Gestão Recursos Humanos; Pedagogia

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR:
O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

	Instituição de Ensino Superior	Localização	Graduação em saúde (Licenciatura)	Requisitos graduação	Pós-graduação (Mestrado)
5	Universidade Lusófona www.ulusofona.edu.cv	Mindelo	Psicologia – Vertente Aconselhamento e Psicoterapias	2 ciclos 180+120 ECT/ 5 Anos	Manutenção de Instalações e Equipamentos Hospitalares e Hoteleiros Especialização
			Serviço Social		
6	Universidade do Mindelo www.uni-mindelo.edu.cv	Mindelo	Enfermagem	Lic./4 anos	Psicologia Clínica e da Saúde 2 Anos
			Psicologia		
			Sociologia		
			Ortótica e Ciências da visão		
			Pré-universitário em Medicina	Ano preparatório para univ. no Equador	
Institutos					
7	<u>Instituto Superior de Ciências Económicas e Empresariais /ISCEE</u> www.iscee.edu.cv	Praia Mindelo	1. Licenciatura em Informática de Gestão 2. Comércio e Negócios Internacionais 3. Marketing, Gestão Comercial e Empreendedorismo 4. Gestão e Planeamento em Turismo 5. Gestão 6. Contabilidade Ramos: Finanças Empresariais e Auditoria	Lic. / 4 anos	1. Gestão das Instituições Financeiras 2. Fiscalidade
8	Instituto Superior de Ciências Jurídicas e Sociais http://www.iscjs.edu.cv	Praia	1. Direito 2. Ciência Política & Administração Pública 3. Marketing e Relações Públicas 4. Economia e Ciências Empresariais 5. Psicologia Intervenção Social & Comunitária 6. Criminologia e Segurança Pública	12º ano/ 7 semestres 12º ano / 6 semestres	1. Direito Público 2. Governação & Administração 3. Relações Internacionais: Integração Regional Africana 4. Regulação Pública
9	M_EIA – Instituto Universitário de Arte, Tecnologia e Cultura www.meia.edu.cv	Mindelo	Arquitectura Design Artes Plásticas	12º ano / 4 anos	1. Mestrado Integrado em Arquitectura 2. Cinema e Audiovisual –

	Instituição de Ensino Superior	Localização	Graduação em saúde (Licenciatura)	Requisitos graduação	Pós-graduação (Mestrado)
	meia@cvtelecom.cv				(Pós-Grad. 840 horas)
Escolas					
10	Escola de Hotelaria e Turismo de Cabo Verde http://www.ehtcv.edu.cv	Praia	Gestão Hoteleira (nível V) Guia e Animação Turística (nível V) Cozinha (nível IV)	12º ano/2460h /24 m 12º /1660h 1/6m 10º ano / 1680h / 14m HRT_002_4	Ñ
11	Escola de Negócios e Tecnologias de Cabo Verde http://www.magensinus.cv/	Praia	Energias Renováveis Gestão Informática Técnico Informática Nível V Marketing Acção Educativa	Cursos profissionais	Ñ

4. Objetivos da tese

Esta tese de doutoramento em Saúde Internacional tem por finalidade ser uma contribuição para o esclarecimento dos fundamentos da (re)formulação da Política de Educação Médica (PEM) em Cabo Verde e dos desafios da implantação da formação médica, atendendo às características específicas de um país pequeno, insular e com ½ milhão de habitantes.

O objetivo geral desta investigação é analisar as condições para a exequibilidade da Educação Médica no contexto político-estratégico, social e económico próprio do país e do quadro teórico de definição dos contornos de uma política de Educação Médica ajustada.

Para a análise dessa exequibilidade, selecionaram-se quatro caminhos, que foram cada um deles objeto de um estudo, orientado por objetivos, que interligados conduzem ao alcance do objetivo geral da tese. Esses caminhos têm uma sequência lógica, desde o estado da arte da situação da mão de obra médica em Dezembro de 2014, passando pelo contexto internacional, particularmente no continente africano e na CPLP, pela perceção que determinados sectores da sociedade cabo-verdiana têm da instalação do ensino médico local e a identificação do conteúdo esperado, pelo contexto nacional circundante dos processos imprescindíveis e dos atores a envolver na reformulação de uma PEM.

Estudo 1 – Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde entre Julho de 1975 e Dezembro de 2014, como *baseline* para o novo modelo de formação dos médicos.

Objetivo:

Analisar a evolução da mão de obra médica recrutada entre Julho de 1975 e Dezembro de 2014, como ponto de partida para o desenvolvimento da formação médica local.

Estudo 2 – Aparecimento e expansão do ensino médico, no contexto da cooperação entre os estados membros da CPLP no qual se inserem os apoios externos ao esforço cabo-verdiano de formação dos seus quadros.

Objetivo:

Compreender a inserção eventual de Cabo Verde numa rede estruturante da cooperação em Educação Médica, no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP e poder receber a influência e os apoios canalizados para esses países e para a África no geral.

Estudo 3 – Exame das percepções, apoios e resistências de franjas informadas da sociedade cabo-verdiana sobre a implantação e desenvolvimento da Educação Médica local.

Objetivo:

Identificar as condições determinantes para a (re)formulação da PEM e o início do EM em Cabo Verde.

Estudo 4 – A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) quanto à experiência e expetativas em relação à prática médica futura.

Objetivo:

Analisar e descrever as expetativas profissionais, e o perfil da primeira turma de estudantes de medicina na recente escola de medicina de Cabo Verde.

5. Materiais e Métodos

O desenho da pesquisa desta tese seguiu uma abordagem metodológica mista (Creswell, 2003), com predomínio da análise qualitativa, mas utilizando também estudos quantitativos, para pôr em evidência dados que sustentam aspetos da evolução da força de trabalho médica e da implantação da EM no contexto nacional.

A estratégia de investigação utilizada é a de estudo de caso (Yin, 2003), porque procuramos explorar e compreender as várias vertentes desafiantes da tarefa complexa de implantação da EM, envolvendo diversos fatores observados no seu ambiente natural específico (Yin, 2011). Por isso, esta investigação tem um carácter particular, isto é, debruça-se deliberadamente sobre uma situação específica – a da EM em Cabo Verde – que é inédita no país, na esteira do que nos diz Ponte (2006) – para verificarmos a conformidade das condições para a instalação e desenvolvimento da educação de médicos em Cabo Verde.

Passamos a descrever sumariamente os materiais e métodos de cada um dos quatro estudos.

Estudo 1 – Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde

Trata-se de um estudo censitário (Bailey, K, 1994) a partir do levantamento dos dados secundários sobre a população de médicos cabo-verdianos existentes a 5 de julho 1975 ou recrutados até 31 de dezembro de 2014, recolhidos dos registos administrativos no Departamento de Recursos Humanos do Ministério da Saúde (MS).

Procedeu-se a uma análise estatística descritiva simples, utilizando o software SPSS 20 para frequências relativas, mediana, média e desvio padrão (Marôco, 2007), o que permitiu uma análise detalhada dos atributos da força de trabalho médica cabo-verdiana estudada, desde a caracterização genérica a aspetos pormenorizados como: nacionalidade; contribuição de cada ilha para essa força; ritmo de crescimento no período estudado; especialização; feminização; local de formação; distribuição de médicos por ilhas; distribuição dos médicos por níveis de prestação de cuidados de saúde e previsão da aposentação dos médicos e ter assim evidenciadas as características do ponto de partida para a implantação local da Educação Médica.

Estudo 2 – Aparecimento e expansão do ensino médico no contexto da cooperação entre os Estados membros da CPLP.

Análise documental (Sá-Silva 2009) e revisão narrativa da literatura ([Brasil FCA/Unesp 2015](#)); (Dochy 2006) sobre a cooperação bilateral e multilateral em Educação Médica em África, particularmente nos países membros da CPLP, que se tem refletido em múltiplas dimensões: investigação; estabelecimento de redes colaborativas; dinamização de organizações da sociedade civil; regulação do ensino médico; apoio às licenciaturas em medicina; programas estruturantes de qualidade e excelência da educação/formação; estabelecimento de mestrados em Educação Médica; outras formações pós-graduadas; e planeamento de RHS em articulação com o sector educacional.

Estudo 3 – Exame das perceções, apoios e resistências de franjas informadas da sociedade cabo-verdiana sobre a implantação e desenvolvimento do ensino médico local.

Trata-se de um estudo qualitativo (Creswell 2003), (Yin, 2003) que resulta da análise conjunta de entrevistas semiestruturadas, de discussões em grupos focais (GF), bem como de notícias nos *media* cabo-verdianos sobre a instalação do ensino médico local. As entrevistas semiestruturadas, orientadas por um guião pré-testado (anexo 1) numa amostra intencional para auscultar a opinião da população alvo personalidades políticas, dirigentes e ex-dirigentes dos Ministérios das áreas de Saúde, Educação, Ensino Superior; reitores das universidades, dirigentes e ex-dirigentes das ordens e associações de médicos e médicos dirigentes de serviços de saúde. As entrevistas foram gravadas com consentimento prévio de todos os participantes (Marconi & Lakatos, 2011), e transcritas, tendo sido utilizada a abordagem de análise de conteúdo com pré-codificação de categorias de análise (Bardin, 2009).

Discussões em grupos focais (Backes *et al.*, 2011), seguindo um guião semiestruturado (anexo 2), pré-testado numa amostra intencional. Foram realizadas quatro sessões com médicos generalistas e especialistas em atividade nos sectores público e privado da saúde em três ilhas do país – duas em Santiago, uma em S. Vicente e outra em Santo Antão – e em todos os níveis de prestação de cuidados. Um quinto grupo focal com jornalistas em atividade em órgãos de comunicação social públicos e privados, realizado na capital em 2015. As discussões, gravadas com consentimento prévio, foram

transcritas e analisadas utilizando a análise de conteúdo por categorias e subcategorias utilizando as palavras-chave (Bardin, 2009).

Utilizaram-se dados secundários de entrevistas conduzidas, em 2012 na cidade da Praia, a médicos cabo-verdianos a exercerem funções no sector público, no sector privado ou em ambos, realizado por Russo *et al.* Já com este estudo de tese em vista, foi introduzida uma pergunta sobre a instalação de uma faculdade de Medicina em CV. As respostas foram gravadas e transcritas pela equipa do projeto. Foi empregue a abordagem de análise de conteúdo (Hsieh & Shannon, 2005), com pré-codificação de categorias de análise.

Procedeu-se ainda a uma análise documental do conteúdo de artigos da imprensa cabo-verdiana, abrangendo abril de 2010 e julho 2016 (Bowen, 2009), a fim de identificar o nível de apoio nos *media* ao desenvolvimento do ensino médico em CV, identificando os atores mais ativos neste debate.

Estudo 4 – A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na Universidade de Cabo Verde (Uni-CV) quanto à experiência e expetativas em relação à prática médica futura.

Este estudo censitário foi realizado através de um inquérito semiestruturado, dirigido aos primeiros alunos do curso de Medicina em Cabo Verde iniciado em 2015. Um questionário, padronizado (anexo 3), com perguntas fechadas e abertas, foi distribuído aos estudantes de Medicina registados que frequentaram as aulas no dia da pesquisa, em maio de 2016. Vinte e cinco questionários anónimos foram distribuídos e recolhidos por um dos autores, com uma taxa de resposta de 100%. Todos os dados foram inseridos no Excel (2013) e analisados pelo SPSS 23. A análise estatística descritiva simples para estudar características que permitem ajustar o processo de ensino: história dos alunos; decisão de estudar Medicina; principais dificuldades; satisfação com o processo académico; expetativas quanto ao futuro profissional e o nível de renda.

6. Bibliografia (parte I)

- Aguiar, A. C. (2014). Uma Fotografia da Educação Médica no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 649-652. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312014000200018>.
- Alkema L, Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., ... & Say, L. (2016). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462-474. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7).
- Almeida MJ. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. São Paulo: Hucitec; 1999.
- Almeida, L. S., & Vasconcelos, R. Ensino Superior em Portugal: Décadas de profundas exigências e transformações. 2012.
- Almeida, M. (org.) Diretrizes Curriculares Nacionais par os cursos universitários da área da Saúde, 2ª ed. atual. e ampl. Londrina, Rede Unida, 2005
- Angola. Universidade Agostinho Neto UAN. Proposta Para Um Curso de Formação Pós-laboral de Médicos. Luanda: Universidade Agostinho Neto, Faculdade de Medicina; 2014.
- Backes, D., Colomé, J., Erdmann, R., Lunardi, V. (2011) Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas, *O Mundo da Saúde*, São Paulo: 2011;35(4):438-442.
- Bailey, K., (1994); *Methods of Social Research*, Free Press, original University of Michigan
- Banco Mundial, (2012) Relatório sobre o desenvolvimento mundial de 2012: igualdade de gênero e desenvolvimento. Washington
- Bardin L. Análise de conteúdos. Lisboa, Portugal. Edições 70, 2009.
- Bastos CCBC. O Processo de Bolonha no espaço europeu e a reforma universitária brasileira. *Educação temática digital*; 2007; 9, 95.

- Bateman C. Doctor shortages: Unpacking the ‘Cuban solution’. *South African Medical Journal*; 2013. 103(9), 603-605. doi:10.7196/SAMJ.7323 Available at: <<http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/7323/5357>>. Date accessed: 15 Oct. 2016.
- Beagan BL. Neutralizing differences: producing neutral doctors for (almost) neutral patients, in *Soc. Sci. Med.*; 2000, 51 (8), pp. 1253-1265.
- Berlinguer G. Globalização e saúde global. *Estudos avançados*; 1999. 13(35), 21-38.
- Bickel J, Wara D, Atkinson BF, Cohen LS, Dunn M, Hostler S, ... & Stokes, E. Increasing women's leadership in academic medicine: report of the AAMC Project Implementation Committee. *Academic Medicine*; 2002. 77(10), 1043-1061.
- Birkmann, E. J., & Van Ginkel, H. Measuring vulnerability to natural hazards: Toward disaster resilient societies. 2006.
- Bishop, M. L. (2012). The political economy of small states: Enduring vulnerability? *Review of International Political Economy*, 19(5), 942-960.
<http://dx.doi.org/10.1080/09692290.2011.635118>
- Boulet J, Bede C, Mckinley D, Norcini J (2007). An overview of the world's medical schools. *Med Teac*; 29(1):20–6.
- Bowen GA, Document Analysis as a Qualitative Research Method. *Qualitative Research Journal*, 2009; 9 (2): 27 – 40.
- Brasil. Ministério da Educação Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n.º 4, de 7 de novembro de 2001. Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. *Diário Oficial da União*. Brasília, 9 de novembro de 2001; Seção 1, p. 38.
- Brasil. UNESP. Biblioteca Prof. Paulo de Carvalho Matos. Tipos de revisão de literatura – FCA/Unesp; Botucatu. 2015. ww.fca.unesp.br/Home/Biblioteca/tipos-de-revisao-de-literatura.pdf
- Briguglio L. The vulnerability index and small island developing states: A review of conceptual and methodological issues. In *AIMS Regional Preparatory Meeting*

on the Ten-Year Review of the Barbados Program of Action; 2003 September; Praia: 2003. 2-15.

Briguglio, L. (1995). Small island developing states and their economic vulnerabilities. *World development*, 23(9), 1615-1632.

Buchan J, Connell J, Rumsey M. Recruiting and retaining health workers in remote areas: Pacific Island case-studies. 2011 WHO: Geneva.
http://www.who.int/hrh/resources/small_islands/en/index.html.

Buss PM, & Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, 2007. 17(1), 77-93.

Buss PM. Globalização, pobreza e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*; 2007a. 12(6), 1575-1589.

Cabo Verde Ministério da Saúde. Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 2016-2020. Praia: MS; 2014.

Cabo Verde, Ministério da Saúde, (2011), Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2012-2016, Praia, www.minsaude.gov.cv

Cabo Verde, Ministério da Saúde, 1999, Carta Sanitária de Cabo Verde, vol. II, www.minsaude.gov.cv

Cabo Verde, Ministério da Saúde, Política Nacional de Saúde 2020, Praia: 2007. www.minsaude.gov.cv

Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto n.º 70/79 de 28 julho. Cria o Curso de Formação de Professores do Ensino Secundário. *Boletim Oficial de Cabo Verde*. Praia, 1979.

Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto-lei n.º 11/2001. Define os princípios de atuação da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde. *Boletim Oficial de Cabo Verde* n.º 12. Praia I série de 7 maio 2001.

Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 40/96. Cria o Instituto Superior de Engenharia e Ciências do Mar (ISECMAR). *Boletim Oficial de Cabo Verde*. Praia, 21 out. 1996.

- Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 53/2006. Cria a Universidade de Cabo Verde e aprova os respetivos estatutos. Boletim Oficial de Cabo Verde n.º 33. Praia, 20 nov.2006; série I.
- Cabo Verde. Conselho de Ministros. Decreto-Lei n.º 54/95. Cria o Instituto Superior de Educação (ISE). Boletim Oficial de Cabo Verde. Praia, 2 out. 1995.
- Cabo Verde. Conselho de Ministros. Resolução n.º 24/98 obedecendo ao Decreto-Lei 40/96. Cria o Instituto Nacional de Administração e Gestão (INAG). Boletim Oficial de Cabo Verde. Praia 21 out. 1996.
- Cabo Verde. Ministério da Saúde. Relatório Estatístico 2014, MS. 2015
- Cabo Verde. Ministério da Saúde. Reorganização do atendimento e prestação de cuidados de saúde nas cidades de Mindelo e da Praia / CS e BU. Praia: 2012.
- Cambournac F (1982). A acção dos portugueses no campo da medicina tropical. *O Médico*; 102:1–50.
- Campbell JL. & Hall JA. National identity and the political economy of small states. *Review of International Political Economy*. 2009. 16(Iss. 4); 547-572. Accessed 15 -Feb – 2017, <http://dx.doi.org/10.1080/09692290802620378>
- CNE. Resolução CNE/CES 3/2014. Diário Oficial da União, Brasília, 23 de junho de 01 – Seção 1 – pp. 8-11.
- Channon, A., Matthews, Z., & Van Lerberghe, W. (2006). Will there be enough people to care? Notes on workforce implications of demographic change 2005–2050. Geneva, Organización Mundial de la Salud; 2006. Background Papers for the World Health Report 2006: Working Together for Health, 10pp.
- Chaves M & Kisil M. Origens, conceção e desenvolvimento. In: Almeida MJ, Feuerwerker L, Llanos CM, org. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. [Tomo I]. São Paulo: Hucitec; 1999. p. 1-16.
- Christensen L, Karle H & Nystrup J. Process–outcome interrelationship and standard setting in medical education: the need for a comprehensive approach. *Medical teacher*; 2007. 29(7), 672-677.

- Cohen, I.R. & Ziv, A. (2009). Medical education in the 21st century: The new medical school in the Galilee: New paradigms, innovations and challenges. Safed: The Israel National Institute for Health Policy Research. Retrieved January 21, 2014 from www.israelhpr.org.il/h/1/&mod=download&me_id=1346.
- Commonwealth Secretariat (2011) Health Workforce Planning in Small Island States: Report of a Workshop held in Auckland, New Zealand, 11 -12 November 2010. Commonwealth Secretariat, London.
- Contandriopoulos AP, Fournier MA. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Montréal ; Université de Montréal ; 2007.
- Cooke M, Irby DM, Sullivan W, & Ludmerer, KM. American medical education 100 years after the Flexner report. *New England journal of medicine*; 2006; 355(13), 1339-1344.
- Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ & Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. *Health Affairs*; 2002; 21(1), 140-154.
- Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar. *Rev bras educ méd*; 2007; 31(1), 21-30.
- Creswell, J. W. (2003). *Research Design: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE. Thousand Oaks. USA
- Cutter, S. L. Vulnerability to environmental hazards. *Progress in human geography*. 1996. 20(4), 529-539.
- Cutter, S. L., Boruff, B. J., & Shirley, W. L. Social vulnerability to environmental hazards. *Social science quarterly*. 2003. 84(2), 242-261.
- Degazon-Johnson R. Migration and Commonwealth Small States: The Case of Teachers and Nurses in Downes A (ed) (2008), *Labour Markets in Small States*. Commonwealth Secretariat, London.
- Delgado AP, Tolentino AC & Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Human Resources for Health* 2017; 15:5 p.3. DOI 10.1186/s12960-017-0180-9.

- Delgado APC. Políticas de Saúde em Cabo verde na década de 1980 a 1990: Experiência de construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Uni-CV edições; 2009.
- Dochy, F. (2006). A guide for writing scholarly articles or reviews for the Educational Research Review. *Educational Research Review*, 4, 1-2.
- Dos Reis PR & Camacho G. A avaliação da concretização do processo de Bolonha numa instituição de ensino superior portuguesa. *Revista Española de Educación Comparada* ; 2009; (15), 41-60.
- Dubernet ACH. Femmes en médecine : vers un nouveau partage des professions ? *Revue Française des Affaires Sociales* ; 2005. 59(1) :35-58.
- Duvivier RJ, Boulet JR, Opalek A, van Zanten M, Norcini J (2014). Overview of the world's medical schools: an update. *Med Educ*;48(9):860-9.
- Eisenberg C. Medicine is no longer a man's profession. Or when the men's club goes coed it's time to change the regs. *N Engl J Med*; 1989. 321(22):1.542-4.
- Ferrinho P & Dal Poz, MR (editors). *Towards a Global Health Workforce Strategy. Studies in Health Services Organization & Policy*. Antwerp: ITG Press; 2003. 24: 205–238; 13.
- Ferrinho P & Hipólito F. Imigração médica e estratégia de saúde em Portugal. *JANUS* 2009: Aliança de civilizações: um caminho possível? 2009.
- Ferrinho P, Valdes AC & Cabral J. The experience of medical training and expectations regarding future medical practice of medical students in the Cuban-supported Medical School in Timor-Leste. *Human resources for health*; 2015. 13(1), 1.
- Fidel R. The case study method: a case study, in: Glazier, Jack D. & Powell and Ronald, R. *Qualitative research in information management*. Englewood, CO: Libraries Unlimited; 1992; 238p. p.37-50.
- 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. *An Inst Hig Med Trop*. 2016. 15 (Supl. 1); S27-S34.

- Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MDR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho P (2014). The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health*; 12: 63. Doi: 10.1186/1478-4491-12-63.
- Fundação Rockefeller, Organização Mundial de Saúde e Banco Mundial 2002-2004. *Human Resources for Health Development: Joint Learning Process*.
- GHWA. Country case-study: Ghana, implementing a national human resource for health plan. Task Force on Scaling Up Education and Training for Health Workers; 2006.
- Glassman A, Becker L, Makinen M & de Ferranti D. Planning and costing human resources for health. *The Lancet*; 2008, 371(9613), 693-695.
- Gomes IFB. (2006). A politica de descentralização dos serviços de saúde em Cabo Verde: 1975-2000. Praia, Instituto da Biblioteca Nacional e do Livro.
- Gonçalves L, Santos Z, Amado M, Alves D, Simões R, Delgado AP, *et al*. Urban Planning and Health Inequities: Looking in a Small-Scale in a City of Cape Verde. *PLoS ONE*. 2015. 10(11) e0142955.
<http://doi.org/10.1371/journal.pone.0142955>
- Hojat M, Gonnella JS, Erdmann JB, Rattner SL, Veloski, JJ, Glaser KE, *et al*. Gender Comparisons of Income Expectations in the USA at the Beginning of Medical School during the Past 28 Years. *Social science & medicine*; 2000. 50(11), 1665-1672.
- Hsieh HF, Shannon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research* 2005. 15(9), 1277-1288.
- Huish R, Kirk JM. Cuban Medical Internationalism and the Development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*. 2007; 34 (6):77-92.
- Ilizástigui Dupuy F & Pedroso RD. La formación del médico general básico en Cuba. *Educación Médica y Salud (OPS)*; 1993; 27(2), 189-205.
- Keahey D, Dickinson P, Hills K, Kaprielian V, Loheny K, Marion G, Statler M, Nolte T, & Walsh, A. (2012). Educating primary care teams for the future: Family

- medicine and physician assistant interprofessional education. *The Journal of Physician Assistant Education*, 23(3), 33-41.
- Kirigia J, Gbary A, Muthuri L, Nyoni J & Seddoh A. The cost of health professionals' brain drains in Kenya. *BMC Health Services Research*; 2006. 6:89
doi:10.1186/1472-6963-6-89;
- Kirk J, & Erisman HM. *Cuban Medical Internationalism: Origins, Evolution, and Goals*. Springer; 2009.
- Koh GCH, Khoo HE, Wong ML & Koh D. (2008). The effects of problem-based learning during medical school on physician competency: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(1), 34-41.
- Kvaerner KJ, Aasland OG & Botten GS. Female medical leadership: cross sectional study. *BMJ*; 1999. 318, pp. 91-94.
- Lueddeke G. (2012). *Transforming Medical Education for the 21st Century megatrends, priorities and change*. London: Radcliffe Publishing Ltd.
- Machado, MCS (2003). A feminização da medicina. *Análise social*, 127-137.
- Mamede S, & Penaforte J. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec; 2001.
- Marconi M, Lakatos EM. (2011) *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*, São Paulo; Atlas
- Marôco, J. (2007) *Análise Estatística com a Utilização do SPSS*. Edições Sílabo. (3ª Edição)
- Martins, Milton de Arruda. Ensino médico. *Revista da Associação Médica Brasileira*; 2006; 52(5), 282. <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302006000500002>
- McDonough CM, Horgan A, Codd MB, & Casey, PR. Gender differences in the results of the final medical examination at University College Dublin. *Dublin: Med. Educ.* 2000; 34, pp. 30-34.
- McManus IC & Sproston KA. Women in hospital medicine in the United Kingdom: glass ceiling, preference, prejudice or cohort effect? *J. Epidemiol. Community Health*; 2000. 54, pp. 10-16.

- Mills WB & Hancock K. (2005). Small island states in Indian and Atlantic Oceans: vulnerability to climate change and strategies for adaptation. In Impacts of global climate change (pp. 1-12).
[http://dx.doi.org/10.1061/40792\(173\)507#sthash.mR1uZU4Z.dpuf](http://dx.doi.org/10.1061/40792(173)507#sthash.mR1uZU4Z.dpuf)
- Morrison G, Mortgaging our future – the cost of medical education. New England: Journal of Medicine; 2005. 352(2), 117-119.
- Nigenda G, Ruiz JA (Coord.), González-Robledo LM, Wirtz V, González-Robledo MC, Aguilar ME, *et al.* Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud: Bases para su planeación estratégica. Primera edición. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2010.
- Nogueira, M. I. (2012). Retratos da formação médica nos novos cenários de prática. São Paulo: Hucitec.
- OECD. Health Data, 2012. Available at:
<http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>
- OMS. Relatório Mundial de Saúde sobre Recursos Humanos da Saúde. Genebra. OMS; 2006.
- OMS. WHO/HRB/98.2/: A carga de trabalho como indicador das necessidades de pessoal/INP Genebra, (1998).
- Organização Mundial da Saúde. Ação global sobre os determinantes sociais: alinhando prioridades e partes: in Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde: Documento de Discussão. Rio de Janeiro: 2012. 29-33.
- Organização Mundial da Saúde. Análise sobre os recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). Brazzaville: WHO; 2010.
- Organização Mundial da Saúde. Uma Verdade Universal: Não há Saúde sem a participação da força de trabalho, Genebra: OMS; 2013.
- Osorio J. Oferta y demanda de profesionales en el sector salud, un problema de mercado. Revista CES Medicina; 2004; vol. 18, núm. 2, pp. 6979, disponible en:
<http://www.ces.edu.co/descargas/publ_med_Vol18_2/oferta_y_demanda.pdf>.

- Pernas Gómez M, Taureaux Díaz N, Sierra Figueredo S, Diego Cobelo JM, Miralles Aguilera EDLÁ, Fernández Sacasas JA & Agramonte del Sol A. Principales retos para la implantación del plan de estudio D en la carrera de Medicina. *Educación Médica Superior*; 2014; 28(2), 335-346.
- Philpot D, Gray TS & Stead SM. (2015). Seychelles, a vulnerable or resilient SIDS? A local perspective. *Island Studies Journal*, 10(1), 31-48.
- Pinto MS, Cecchini MA, Malaquias IM, Moreira-Nordemann LM, Pita JR (2005). O médico brasileiro José Pinto de Azeredo (1766 – 1810) e o exame químico da atmosfera do Rio de Janeiro. *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12:617-673.
- Pinto, P. (2008). Formação pedagógica no ensino superior. O caso dos docentes médicos. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, (7), 111-124. Consultado em [Jan, 2017] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Possas, S. Notas acerca da racionalidade econômica. *Economia e sociedade*; 2016; 4(2), 181-187.
- Pugno, P.A. (2010). One giant leap for family medicine: Preparing the 21st-century physician to practice patient-centered high-performance family medicine. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 23 (Supplement), S23-S27.
- Reddy M. Pacific Island Labour Markets: Issues and Challenges. in Downes A (ed) (2008), *Labour Markets in Small States*. Commonwealth Secretariat, London
- Reid U. Regional Examination for Nurse Registration, Commonwealth Caribbean. *International Nursing Review*. 47 (3), September 2000, 174–183.
- Reed V, Buddeberg-Fischer B. «Career obstacles for women in medicine: an overview», in *Med. Educ.*; 2001. 35, pp. 139-147.
- Rendas AB, Rosado Pinto P & Gamboa, T. (1997a). O Método de Aprendizagem por Problemas (APP) aplicado ao Ensino Médico. 1ª Parte. Reflexões sobre o Método como uma Estratégia de Inovação. *Educação Médica*, 8, 1, pp. 17 - 35.
- Rendas AB, Rosado Pinto P, Gamboa T, Robert Y, Mota Carmo M, Filipe C, Neuparth N, Botelho MA, Breia P, Cordeiro Ferreira G, Caldeira Fradique A & Pereira C. (1997b). Aplicação ao Ensino Médico do Método de Aprendizagem por

- Problemas (APP), 2ª Parte: A experiência da Disciplina de Fisiopatologia entre 1992 e 1995. *Educação Médica*, 8, 3, pp. 156 - 175
- Rendas AB, Rosado Pinto, P, Gamboa T & Robert Y. (1997c). Aplicação ao Ensino Médico do Método de Aprendizagem por Problemas (APP). In *Ensino das Ciências, Temas de Investigação*. Lisboa: Instituto de Inovação Educacional, pp. 99 - 144.
- Russo G, Ferrinho P, De Sousa B & Conceição C. What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal. *Human resources for health*: 2012; 10(1), 12.
- Russo G, Gonçalves L, Craveiro I & Dussault G. Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. *Human Resources for Health*. 2015; 13(1):1.
- Russo G, McPake B, Fronteira I, & Ferrinho P. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health policy and planning*, 2014; 29(6), 774-783.
- Russo G. & Ferrinho P. Os custos e o financiamento do desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde da Guiné-Bissau. Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Lisboa 2009.
- Russo G. Estudo sobre despesa e financiamento do PDRH 2015-2025 de Angola. Lisboa: IHMT; 2014.
- Sakellarides C. De Alma-Ata a Harry Potter: um testemunho pessoal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*; 2001 (2), 101-108.
- Sá-Silva, J. R., de Almeida, C. D., & Guindani, J. F. (2009). Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. *Revista brasileira de história & ciências sociais*, 1(1).
- Savery JR. (2015). Overview of problem-based learning: Definitions and distinctions. *Essential readings in problem-based learning: Exploring and extending the legacy of Howard S. Barrows*, 5-15.
- Scheffer MC, Cassenote AJ & Jones A. A feminização da medicina no Brasil. *Rev Bioét*; 2013. 21(2), 268-77.

- Sen, A. As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado. In “As pessoas em primeiro lugar: a ética do desenvolvimento e os problemas do mundo globalizado”. Companhia das Letras; 2010.
- Simões C, Sambo MR, Ferreira A, Fresta M (2016). Ensino superior em Angola: desafios e oportunidades ao nível institucional. *Revista FORGES* 3(1):83-106.
- Simões JA. Medicina familiar, centros de saúde e limitação de recursos. *Acção Médica*; 2004; 68(4), 236-244.
- Souza G. Impactos causados na saúde pela Globalização: Vantagens e Desvantagens. *Blogue Diário Digital*, (Postado por Geovana Souza às 10:18 Janeiro 2009).
- Steinbrook R. Medical student debt—is there a limit? *New England: Journal of Medicine*; 2008. 359(25), 2629-2632.
- Superior DMSE. Declaração mundial sobre Educação Superior no século XXI, visão e ação. Marco Referencial de ação Prioritária para a mudança e o desenvolvimento da educação superior. Trad. Amós Nascimento. Piracicaba, ed. UNIMEP; 1998.
- Sutton P. (2011). The concept of small states in the international political economy. *The round table*, 100(413), 141-153.
<http://dx.doi.org/10.1080/00358533.2011.565625>
- Tesch BJ, Wood HM, Helwig AL & Nattinger AB. Promotion of women physicians in academic medicine: glass ceiling or sticky floor? *Jama*; 1995. 273(13), 1022-1025.
- The Economist Intelligence Unit Healthcare/EIU. Health outcomes and cost: a 166-country comparison, a white paper. *The Economist*. 2014.
www.eiu.com/healthcare .
- Thune C. Standards and guidelines for quality assurance in the European Higher Education Area. European Association for Quality Assurance in the European Higher Education (Report). 2005

- Tolentino AC. Universidade e transformação social nos Pequenos Estados em desenvolvimento: o caso de Cabo Verde, 2ª ed. Lisboa, Fundação Calouste Gulbenkian, 2007. 256-284.
- Tremblay M. The Health Systems of Small and Island States: Issues Overview. 2012 (mike@tremblay-consulting.biz).
- Tyrrell A. Estimativa de Custos do Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde de Moçambique. LATH 2008. (Relatório).
- Tyrrell A. Estudo de Custos da Formação no Sector Saúde em Angola. Programa de Apoio Ao Sector Saúde (PASS). Luanda: Fundo Europeu de Desenvolvimento (8º FED); 2007.
- Tyrrell AK, Russo G, Dussault G & Ferrinho P. Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Human resources for health*; 2010. 8(1), 1.
- União Europeia. Parlamento Europeu e do Conselho. Directiva 2005/36/CE do de 7 de Setembro de 2005. Relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. Secção 2; Médico; Artigo 24.º n.º 2.
- United Nations. Economic Commission for Africa. (2014). *Climate Change in the African Small Island Developing States: from Vulnerability to Resilience-the Paradox of the Small*.
- Vela Valdés J. Educación superior: inversión para el futuro. *Educación Médica Superior*; 2000; 14(2), 171-183.
- Veras RP, Ribeiro LD & Lima JC. The development of the medical school in Brazil. *Educación médica y salud*; 1982, 17(4), 398-413.
- Verboom P, Tan-Torres Edejer T & Evans, DB. The costs of eliminating critical shortages in human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2006. Background paper for The World Health Report.
- Walsh K. Medical education, cost and policy: what are the drivers for change? *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*; 2014; 50.3: 205-206.
- WHO. World health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.

- Wood, D. F. (2003). Problem based learning. *BMJ: British Medical Journal*, 326(7384), 328.
- World Health Organization. (2006). Informe sobre la salud en el mundo 2006: colaboremos por la salud. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. A universal truth: no health without a workforce: Third Global Forum on Human Resources for Health report. November 2013 (<http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/hrhreport2013/en/>).
- World Health Organization. Closing the gap in a generation: health equity through action the social determinants of health, Geneva: WHO, 2008.
- World Health Organization. Working together for health: the world health report 2006. Geneva: WHO, 2006. 192-98;
- World Health Organization. World health report 2006: working together for health. Geneva: WHO, 2006.
- Yin, R. (2003), *Case Study Research: Design and Methods (5ª Ed)* Thousand Oaks, CA: SAGE Publications
- Yin, R. (2011) *Qualitative Research from Start to Finish*, The Guildford Press, New York

PARTE II
RESULTADOS

Estudo 1 – Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde e sua evolução entre Julho de 1975 e Dezembro de 2014

Artigo:

Delgado AP, Tolentino AC & Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. Human Resources for Health [online]. 2017. 15(5) [captured 18 Jan. 2017]; <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-017-0180-9> .

RESEARCH

Open Access



The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975

A. P. Delgado^{1*}, A. C. Tolentino² and P. Ferrinho¹

Abstract

Background: Cape Verdean doctors have always graduated abroad. The first experience of pre-graduate medical education in Cape Verde began in October 2015. Counting how many doctors Cape Verde has, knowing who they are, and knowing how they are distributed are very important to help fine-tune the medical training. The aim of this study is to analyze the evolution of the medical workforce in Cape Verde to support medical education implementation.

Methods: Secondary data on doctors, from July 1975 until December 2014, collected from the Ministry of Health, were entered into an SPSS 20 database and studied by a simple descriptive statistical analysis.

Results: The database included data on 401 medical doctors. There was a predominance of females (n = 218; 54.4%). The overwhelming majority (n = 378; 94.3%) graduated from 5 of the 17 countries that contributed to the training of Cape Verdean doctors. All the islands of this archipelago country contributed to the 324 (80.8%) doctors born in the country.

Of the 272 doctors still active in December 2014, 119 (43.6%) were general practitioners and 153 (56.4%) had specialized in one of the 31 specialties.

The national ratio of doctors per 10 000 inhabitants was 5.25, but the reality varied significantly among islands.

About one third of the doctors (n = 86; 32%) were at the primary care level, 38 (14%) at the secondary care level, and 144 (52%) in central hospitals.

In 2053, all active physicians in 2014 will already be retired.

Conclusions: This is a unique study of the evolution of the medical workforce of a country over 40 years, from the first day of independence.

The study illustrates the importance of international collaborations, particularly of Cuba, in sustaining the medical workforce in Cape Verde. It is an example of how this collaboration was used to equip the country with doctors in an increasingly more equitable distribution across all islands.

The study further illustrates the progressive feminization of the medical workforce.

The study clarifies the effort required from the emerging medical faculty to supply the national health system with the needed number of doctors.

Keywords: Cape Verde, Cuban Health Diplomacy, Feminization, Medical education, Workforce development

* Correspondence: apc_delgado@hotmail.com

¹Global Health and Tropical Medicine, GHTM, WHO Collaborating Centre on Health Workforce Policy and Planning, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2017 Open Access This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

The fact that the training of Cape Verdean doctors has always been made abroad, since before political independence in 1975, is determinant of the number and profile of basic and specialized training achieved. However, the achievements observed, although contributing to improve the cadre of competent professionals providing health services, have not been sufficient to meet the quantitative and especially the qualitative health needs of the resident population in the country.

The first experience of undergraduate medical education in the country has just begun in October 2015 with major support from the Faculty of Medicine of Coimbra (FMUC), Portugal, which seeks to replicate in the University of Cape Verde (Uni-CV) the model of medical education developed by the University of the Azores, Portugal, also supported by the FMUC [1].

To define policies and strategies and to manage and develop the professional capital in the health sector, it is necessary to know the people who work in it, how many there are, how they have evolved, and how they feel [2].

Hence, to count how many doctors Cape Verde has, know who they are, understand how they are distributed in the universe of its ten islands, and be acquainted with their rate of attrition are undoubtedly very important to help fine-tune the medical training just initiated. Therefore, the objective of this study is to analyze the evolution of the medical workforce in Cape Verde in the 40 years since independence, to support the implementation of medical education in the Uni-CV.

Methods

For the characterization of the medical workforce in Cape Verde in the post-independence period, we used secondary data on doctors collected from the health workers' administrative records in the Department of Human Resources in the Ministry of Health (MoH) from 5 July 1975, the date of the declaration of independence, until 31 December 2014. In some cases, particularly for the oldest and deceased, we sought additional information in personal files and with family members.

The data were entered into an SPSS 20 database. The variables included identification (name and number), date of birth, sex, date of initial medical training, date of recruitment to the Cape Verdean National Health Service (NHS), date and type of specialized training, date of re-entry after specialty training, place of current deployment, level of care placement (primary, secondary, and tertiary), and the situation on 31 December 2014 (active in the public sector, retired, on long leave, or deceased).

A simple descriptive statistical analysis was performed using SPSS 20 software for relative frequencies, median, mean, and standard deviation. As the study is a censitary study, means and frequencies are considered true values

of the population; hence, analytical tests such as Student *t* tests and chi-square tests are not applied.

Results

Demographic characterization

The database included data on 401 physicians. Among these, there was a predominance of females ($n = 218$, 54.4%) with an average age of 42.1 ± 13.7 years (for males, $n = 183$, the average age was 51.2 ± 15.1). Considering only doctors in active service in December 2014, the average age for women was 40.7 ± 9.5 and for men 45.5 ± 9.9 . Most of them ($n = 109$, 67.3%) were females under 40 years, compared with an older male population ($n = 44$, 48.4% under 40 years), reflecting the feminization of medical workforce in the younger generations. This age distribution of the active workforce is represented in Fig. 1.

Nationality

Most of the recruited doctors were born in Cape Verde ($n = 324$; 80.8%), while 77 others were born in 17 other countries, namely Cuba ($n = 20$; 5%), Guinea-Bissau ($n = 17$, 4.2%), Portugal ($n = 11$, 2.7%), Angola ($n = 8$, 2%), and Sao Tome and Principe ($n = 4$, 1%). Most foreign-born doctors adopted Cape Verdean nationality (many keeping dual nationality) mostly because of Cape Verdean ancestry ($n = 31$, 40.2%), or through marriage with Cape Verde indigenous spouses ($n = 26$, 33.5%) and they practice medicine as any other Cape Verde born national doctor.

Contribution of each island to the medical workforce

All the islands contributed to the cadre of 324 doctors born in the country. By comparing the proportional weight of the resident population on each island with the percentage of doctors born there, it is possible to identify three patterns: S. Vicente, S. Antão, and S. Nicolau contributed to the national medical workforce above their share of the population; in Boa Vista, Sal, and Santiago, the inverse is observed, and the percentage of doctors born there is lower than their share of population; for Brava, Fogo, and Maio, these percentages are similar (Table 1).

Growth of the medical workforce

In July 1975, at the time of independence, Cape Verde remained with 13 doctors. The cumulative total increased to 401 doctors listed at the end of the study period, 31 December 2014.

Until 2003, there was a relatively slow growth of the medical workforce. From 2003 to 2005, there was a peak intake of 123 doctors who had been sent for training in Cuba. Four years later, 51 more doctors, who were sent to Cuba for training, returned with specialization in several areas (Fig. 2).

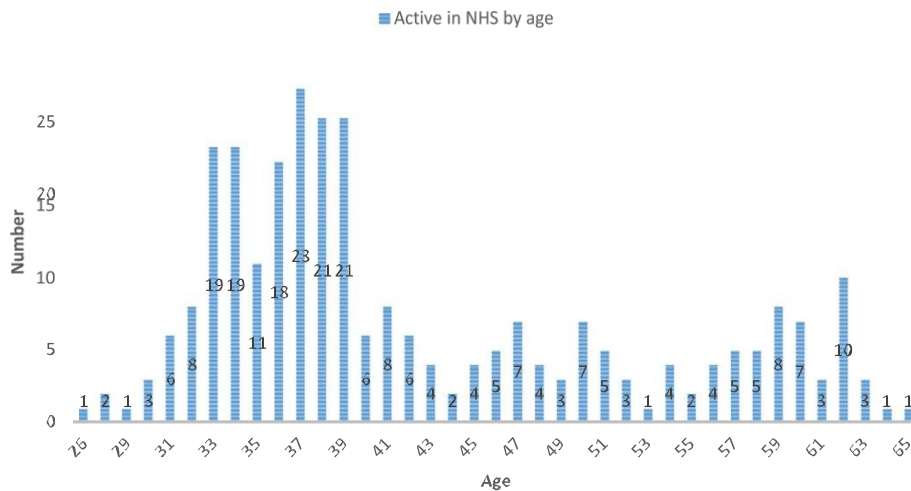


Fig. 1 Age distribution of the active doctors

It is also around this time that doctors start leaving the NHS in significant numbers for the most diverse reasons (Fig. 3): over the 40 years, there was a loss of 128 doctors and on 31 December 2014, only 272 of the 401 doctors (68%) remained active in the NHS.

Feminization of the workforce

In 1975, among the 13 doctors in the country, only one was a woman. But, since then, the number of women grew rapidly, reversing the male-female ratio in 2005—in 2014, 218 females represented 54% of all doctors (Fig. 4). Considering only the practicing doctors, this proportion is even more accentuated—females represented 59% (n = 162) of the active workforce.

Place of training

The 401 doctors who made up the national contingent graduated in 99 institutions of higher education in 17

countries. Five countries graduated 378 (94.3%) of these doctors. The remaining 23 received their training in 12 other countries.

Cuba appeared with the highest number of graduates (n = 189, 47.1%), almost half of the country's doctors. This training was done in 16 higher education institutions, but with marked clustering in four: the Higher Institutes of Medical Sciences in Camaguey (n = 81, 42.9%), in Havana (n = 67, 35.4%), the Latin American School of Medicine (n = 17, 10.0%), and in Santiago de Cuba (n = 8, 4.2%).

Portugal contributed to the training of 78 (19.5%) doctors in the four oldest Portuguese medical schools: Lisbon (n = 45, 57.7%), New Lisbon (n = 17, 21.8%), Coimbra (n = 13, 16.7%), and Oporto (n = 3, 3.8%).

Brazil comes third, training 76 (19.0%) doctors in 30 different universities, but without significant clustering.

The former Union of Soviet Socialist Republics (USSR) comes fourth having trained 36 (9.0%) Cape Verdean doctors, especially in the early years after independence, in the 1980s, once again with a great dispersion of training sites.

Table 1 Relative contribution of each island to the medical workforce, 2014

Islands	Population ^a	% of total	Doctors born in ^b	% of total
S. Vicente	80 140	15.5	83	25.6
Santo Antão	41 192	7.9	43	13.3
S. Nicolau	12 511	2.4	14	4.3
Santiago	290 265	56.0	144	44.4
Boa Vista	13 376	2.6	4	1.2
Sal	32 208	6.2	7	2.2
Brava	5 760	1.1	5	1.5
Fogo	36 068	7.0	21	6.5
Maio	6 947	1.3	3	0.9
Cape Verde	518 467	100.0	324	100.0

^aSource: INECV, Statistical Yearbook, 2015

^bSource: Cape Verde MoH, Medical Database 2014

The clustering of places of initial medical training changed over time. While older retired doctors (n = 23) graduated mostly in Portugal (n = 19, 83%), younger doctors, trained after independence and still active in the NHS in 2014 (n = 272), graduated mostly in Latin American countries—Cuba (147, 54%) and Brazil (52, 19%)—and also in Portugal (n = 32, 12%), USSR (n = 25, 9%), and Algeria (n = 5, 2%) and the remaining 5% (n = 13) in other countries (Fig. 5).

Analyzing the place of specialist training (Fig. 6), the same clustering pattern was observed. Retired doctors practiced mostly as general practitioners, but those that specialized (n = 17) did so mostly in Portugal (n = 10, 58.8%), followed by Brazil (n = 5, 29.4%), Cuba (n = 1,

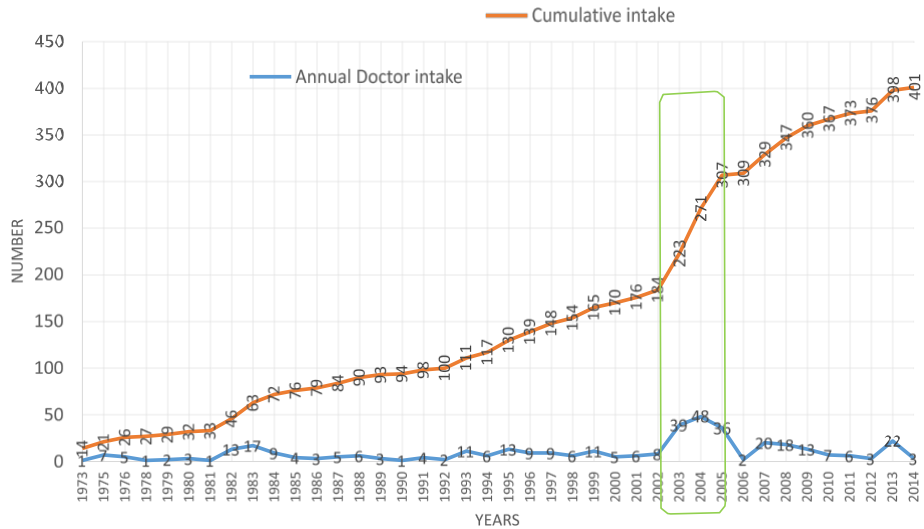


Fig. 2 Doctor intake and cumulative total

6%) and Cape Verde (n = 1, 6%). Active specialist doctors (n = 155) were trained mostly in Latin America (Brazil with 40% (n = 62), Cuba with 23% (n = 35), also in Portugal with 23% (n = 35), and Cape Verde with 5% (n = 7)).

Of the 272 active doctors, less than half (n = 119, 43.6%) consisted of general practitioners without specialization. The 153 specialist doctors were concentrated into five “basic” specialties (general surgery, anesthesiology, internal medicine, pediatrics, obstetrics and gynecology) with 72 doctors (47%). The other 26 clinical specialties were dispersed by 69 doctors (45%), with the particularity of ten of them having only one medical specialist and five others two each. The three public health specialties (public health, epidemiology, and family medicine) held only 13 doctors (8%) (Fig. 7).

Distribution of doctors by islands

The 2003–2005 intake of doctors changed substantially their distribution, allowing the placement of at least two doctors in each island and in less populated isolated municipalities.

On 31 December 2014, nationally, there were 5.25 doctors per 10 000 inhabitants, but the reality varied significantly among islands. The largest island, Santiago, shared the average (5.20), while the second most populated island, S. Vicente, was well above the average (9.23) and all the other islands were below the national average (Table 2).

Doctors’ distribution by levels of care and geography

Of the total active medical workforce, 86 (32%) physicians were in the primary health care level, mostly general practitioners placed in health centers (n = 73,

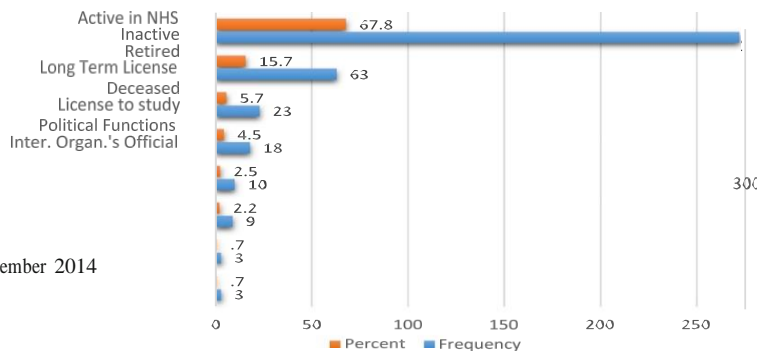


Fig. 3 Doctor situation on 31 December 2014

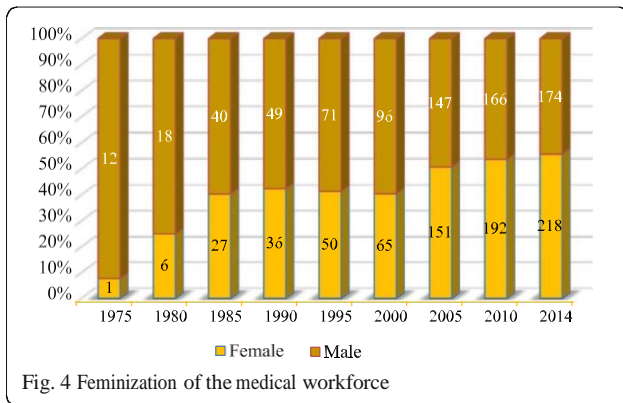


Fig. 4 Feminization of the medical workforce

84.9%). The lowest rate per 10,000 inhabitants was in Sal and the highest in Brava (Table 3); 38 doctors (14%) were at the secondary health care level in regional hospitals (RH) and the largest health centers, including 17 general practitioners, 14 doctors with basic specialties, and seven with other specialties, with the lowest rates observed for the Region of Praia/S. Domingos and the highest for S. Vicente/S. Nicolau (Table 4); and 144 (52%) were in central hospitals (CH) to provide tertiary and secondary health care, mostly with other (n=66) or basic specialties (n=47), including 28 general practitioners (Table 5).

Predicting the retirement of doctors

The process of retirement from Cape Verdean public service has followed one of two criteria: one based on length of service, with a 34-year minimum, which can be activated after the age of 60 years and another criterion is the age for compulsory retirement at 65 years, independent of years of service.

An analysis of the distribution of doctors per their current age allows us to time the retirement of doctors in active service. At the time of the study, doctors under 40 years were the majority (n=156, 57.3%), with an expected working life of 20 to 25 years before retirement, while 55 (20.3%) had between 40 and 50 years of age, 44 (16.2%) between 50 and 60 years, and 17 (6.2%) over 60 years. This suggests that all doctors in active duty on 31 December 2014 will be retired by 2053 whatever the criteria applied. This implies that:

- Thirty-four to forty-three doctors will retire during the period 2015–2019. During this period, the local medical training program will not have yet graduated any student.
- Eighteen to thirty-three doctors will retire from 2020 to 2024. The local medical program will have the first graduation in 2021, with an expected output of 80 doctors for the period.
- From 2025 to 2029, 22–30 retirements are expected.
- From 2030 to 2034, the retirement level begins to rise to 34–40, taking one or the other of the criteria.
- From 2035 to 2039, the pressure for retirement will be at its highest, with 34 doctors who must leave because they will have reached the age limit and 138 who will complete 34 years of service and 60 years of age and may request retirement.
- From 2040 to 2044, the retirement of doctors will be high and may reach 114 by the age limit criterion or 34 by the criteria of 34 years of service and 60 years of age.
- By 2045–2049, the retirement expectations remain high around 70 by the criterion of age limit plus 34 years of service (Fig. 8).

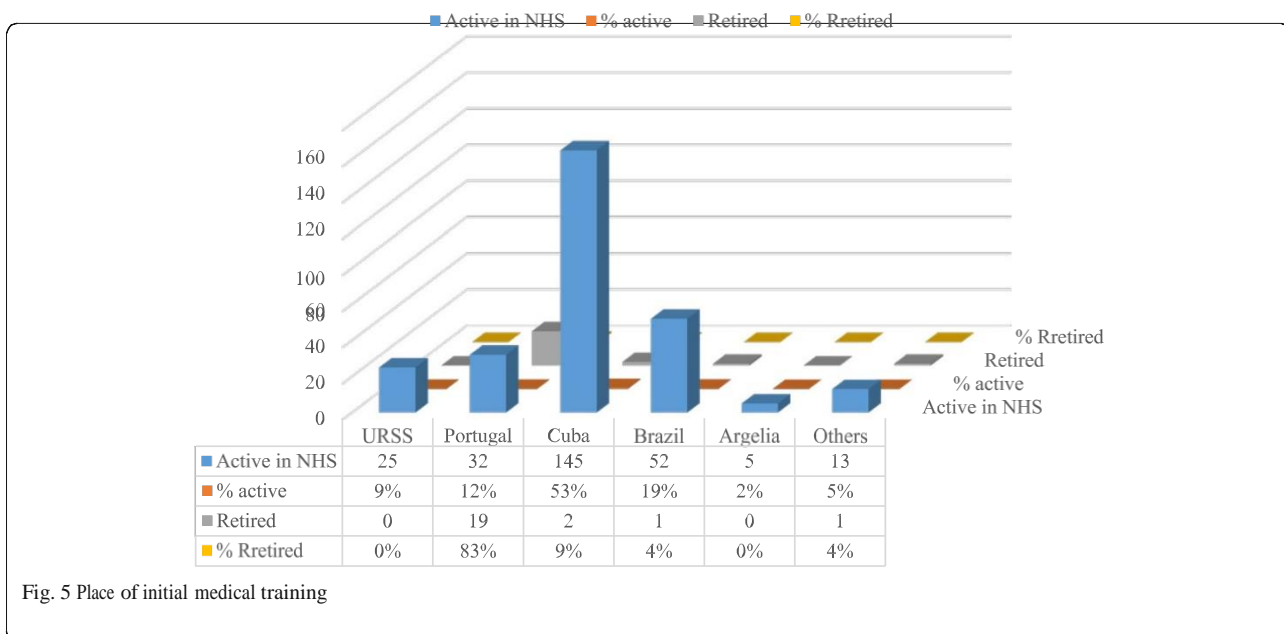


Fig. 5 Place of initial medical training

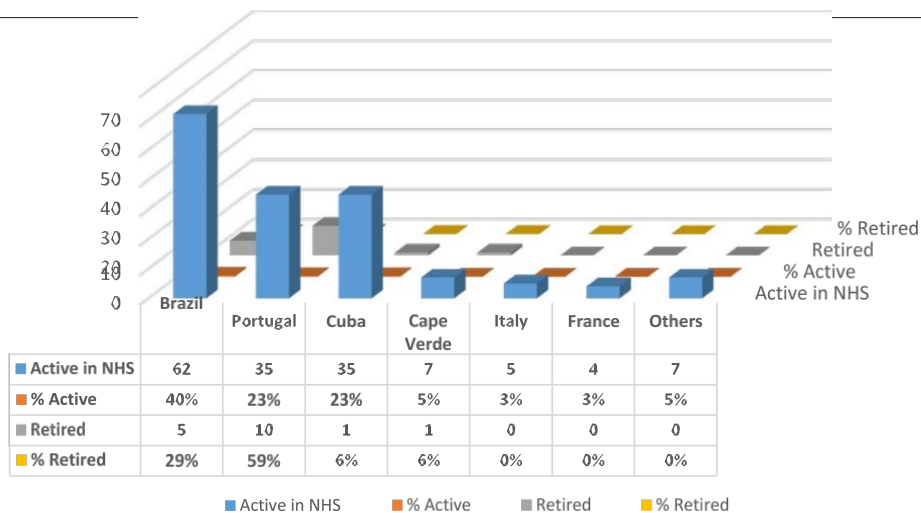


Fig. 6 Place of specialist training

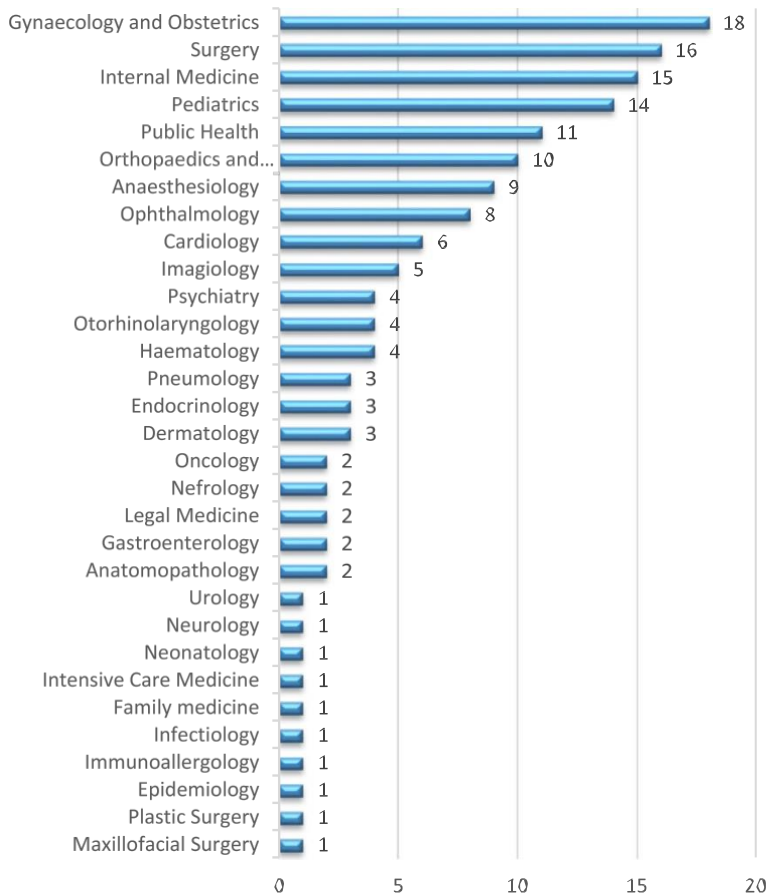


Fig. 7 Doctors' distribution by specialties

EDUCAÇÃO MÉDICA EM CABO VERDE NO CONTEXTO DE PEQUENO ESTADO INSULAR: O DESAFIO DA SUA IMPLANTAÇÃO

Table 2 National distribution of doctors per 10 000 inhabitants, 2014

Islands	Population 2014 ^a	Doctors ^{b, c}	Doctors by 10 000 population
S. Vicente	80 140	74	9.23
Santiago	290 265	151	5.20
Brava	5 760	2	3.47
S. Nicolau	12 511	4	3.20
Sal	32 208	9	2.79
Fogo	36 068	10	2.77
Boa Vista	13 376	3	2.24
Santo Antão	41 192	12	2.41
Cape Verde	518 467	272	5.25

^bSix doctors were placed at national level (MoH) in 2014
^cSource: MoH, Medical Database 2014

It is expected that the medical training program will be able to meet the local needs for doctors for each of the periods from 2021 onwards.

Discussion

The numbers presented reflect the major success of Cape Verde in mobilizing national doctors to equip its health system. This is even more astounding if we consider that immediately after independence, in July 1975, the country remained with 13 doctors, half of the medical workforce of 25 doctors described during colonial times, in 1953 [3].

Cape Verde's health system has evolved from an undifferentiated national health system to an increasingly more regionalized one, drawing on the natural conditions (insularity, small population clusters) and mustering on the relative scarcity of human, material, and financial resources [4].

Table 3 Doctors' distribution at primary care level and island, 2014

Islands	Doctors ^a	Population ^b	Doctors per 10 000 population
Brava	2	5 760	3.47
S. Nicolau	4	12 511	3.20
S. Vicente	18	80 140	2.25
Boa Vista	3	13 376	2.24
Santo Antão	9	41 192	2.18
Fogo	6	36 068	1.66
Santiago	45	290 442	1.55
Maio	1	6 947	1.44
Sal	1	32 208	0.31
Cape Verde	89	518 644	1.72

^aSource: Cape Verde MoH, Medical Database 2014
^bSource: INECV, Statistical Yearbook 2015

Table 4 Doctors' distribution at secondary care and health region, 2014

Health regions/HPR	Doctors ^d	Population ^e	Doctors per 10 000 population
HRFB/Fogo e Brava	7	41 828	1.67
HRSA/Santo Antão	7	41 192	1.70
HRBS/Boa Vista e Sal ^a	8	45 584	1.76
HRMI ^a /S. Vicente e S. Nicolau ^a	18	92 651	1.94
HRSN/Santiago Norte	23	120 252	1.91
HRSS ^b /Santiago Sul ^{a, c}	28	177 137	1.58
Cape Verde	91	518 644	1.75

^aHRP did not formally created
^bEstimated number of doctors

^cPraia, S. Domingos, Cidade Velha, and Maio

^dSource: Cape Verde MoH, Medical Database 2014

^eINECV, Statistical Yearbook 2015

Training medical doctors

At the time of independence, Cape Verde met the immediate medical needs of the population with the support of a well-thought international health cooperation program, particularly with Cuba. Cuba sent "brigades" of health workers, allowing Cape Verde to extend its health services' coverage to all islands, strengthening local health activities. This dependence has been much reduced by the policy sending medical students to train abroad until conditions made it possible to start local medical training.

The growth of the national workforce has been sustained and has been achieved with the support of undergraduate training in 17 countries, mostly in other Portuguese-speaking countries (Portugal or Brazil) and Cuba. The choice of Cuba is best understood in the context of Cuba's willingness to receive the Cape Verdean students, as part of its medical aid activities [5, 6] assuring these students of the learning conditions and subsistence support needed, based on agreements signed between both governments.

Like for other countries, the stress of accommodating professionals coming from a great diversity of training institutions in many countries was one of the main motivating factors for the development of local medical training [7].

Table 5 Doctors' distribution at secondary care level, 2014

National Hospitals	Doctors ^a	Population ^b	Doctors per 10 000 population
Hosp. C. Agostinho Neto	57	339 217	1.68
Hosp. C. Baptista de Sousa	38	179 427	2.12
Cape Verde	95	518 644	1.83

^aSource: Cape Verde MoH, Medical Database 2014 ^bINECV, Stat. Yearbook 2015

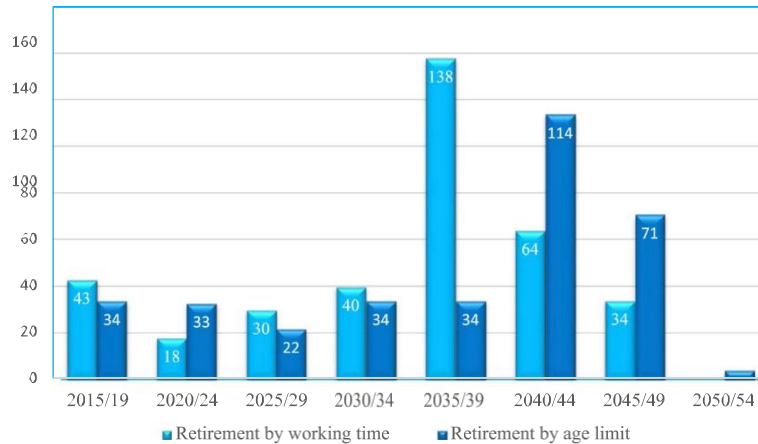


Fig. 8 Predicting retirement of doctors by a 5-year period

This will reduce the need to send students abroad for training, probably requiring a novel form of future support in terms of visiting professorships to support the local medical school to overcome the shortage of trained teachers [8] (Delgado, Martins, Ferrinho: The experience of medical training and student’s expectations at Uni-CV, submitted).

Despite the recognition of this adaptation stress for returning medical students, unlike other countries that also benefited from Cuban cooperation to train their medical personnel [9], Cape Verdean authorities never developed a successful reintegration program to support returning doctors to overcome the differences of culture and clinical contexts between Cuba and Cape Verde. This reintegration support, although intended, was mostly left to the peers welcoming newcomers to the service benefiting from the new recruitment.

Our numbers do not reveal the inefficiency inherent in the system of sending Cape Verdean to train abroad, as they do not reflect those that did not return to Cape Verde, as such losses have not been documented.

The same inefficiency has been observed for specialist training. It is encouraging to note that about 5% of the medical specialists have been trained in Cape Verde. This figure reflects two experiences that convey the capacity to develop specialist training in Cape Verde but still lacking the elements to make this training sustainable without outside support. The first experience in local specialist training was developed in the 1990s, with the support of the FMUC, and trained five specialists in obstetrics and gynecology. The second experience, with the support of IHMT-UNL, trained six public health specialists. Both experiences implied, for some of the doctors trained, short internships in Portugal (6–12 months). Local capacity for specialist training is important to improve care and to retain doctors in the country.

The numbers of registered doctors in relation to the general population indicate that the country is

today substantially better supplied with doctors than any other sub-Saharan African country, except for South Africa [10–12], but grossly undersupplied when compared with developed countries [13, 14]. This may account for the fact that Cape Verde has some of the best health status indicators for African countries [15].

Deployment of doctors

The increased number of returning students as doctors, in a country where the government has been and remains their major employer, has allowed the placement of at least two national doctors in each island and at least one in less populated and isolated municipalities.

Despite the increase in the number of doctors, there still remain large deployment inequalities among different islands and health regions in the country [16, 17].

The irregular distribution by islands may, in part, be explained by internal migration of the population of S. Vicente, S. Antão, S. Nicolau, and Brava, where the population has been growing at a very small rate or decreasing [18], to the more touristic islands of Sal, Boa Vista, and Santiago (with the country’s capital) which have attracted people in the mirage of better jobs.

It may also be explained by the concentration of health care facilities (particularly secondary and tertiary care level facilities) in some islands, illustrating that in island states like Cape Verde, the need to guarantee a minimum package of care in every island, independent of size of population, defeat attempts to follow rational economies of scale [19], which may explain some high resource concentrations observed for islands like Brava.

The disparities are even more significant when considering the different medical specialties. These disparities point to the need to take geographical factors into consideration as part of the criteria of selection of future medical students.

Characterization of the medical workforce

The medical workforce is mostly undifferentiated, with only 56% having a medical specialty (2.9 per 10 000 population). Nevertheless, when compared to other African countries, Cape Verde is better served by medical specialists [2, 20] but, again, with ratios much lower than developed countries [3].

Medical training should consider the feminization of the medical workforce [21]. Data from elsewhere suggest that feminization may bring changes in several dimensions of medical practice [22, 23]. The marked feminization we describe was confirmed in another independent study comparing the medical workforce in the capital cities of Cape Verde (Praia), Mozambique (Maputo), and Guinea-Bissau (Bissau). Feminization was highest in Praia (56.4%) and lowest in Bissau (28.1%). Overall, in this study, female doctors were younger than males in the three locations but less likely to hold a specialty. They also worked shorter hours per week—probably to accommodate traditional domestic roles which, in Cape Verde, still weigh heavily on women who have to struggle with a relative lack of child care facilities—with hours spent in the private sector accounting for much of the difference [24–26].

Besides geographical considerations, yearly intakes for the local medical course should also consider the expected rate of retirement. By 2053, all active physicians enrolled in 2014 will be retired, and in a 32-year period, (2021–2053) the medical training program in Cape Verde will have graduated about 650 doctors, more than correcting the losses observed. This may not be enough, as the output of the medical training program should take into account other considerations, like population growth, brain drain, and migration, which are not within the scope of this paper.

Conclusions

This is a unique study of the evolution of the medical workforce of a country over 40 years from the first day of independence.

The study illustrates the importance of international collaborations, particularly with Cuba's health diplomacy, in sustaining the medical workforce in Cape Verde, while Cape Verdean students were sent abroad for training as medical doctors. It is an example of how this collaboration was used to equip the country with more doctors that could then be distributed to all islands and all levels of care, progressively replacing foreign doctors with national ones upon their return from training abroad.

The study clarifies the effort required from the emerging medical faculty to supply the national health system with the needed number of doctors and to support the process of medical specialization.

The lack of local post-graduate medical training, a medical workforce still mostly undifferentiated, the heavy feminization, the need to take geographical factors into consideration as part of the criteria of selection of medical students to correct for large deployment inequalities among different islands and Health Regions in the country, and the attrition rate of doctors due to retirement should be considered to fine-tune the medical training just initiated in the country.

Abbreviations

CH: Central hospitals; FMUC: Faculty of Medicine of Coimbra University; RS: Health region; RSBS: Health region of Boa Vista and Sal islands; RSFB: Health region of Fogo and Brava islands; RSMi: Health region of Mindelo (S. Vicente and S. Nicolao islands); RSSA: Health region of Santo Antão island; RSSN: Health region of Santiago Norte (the north of Santiago island); RSSS: Health region of Santiago Sul (The south of the island of Santiago and Maio Island); IHMT-UNL: Institute of Hygiene and Tropical Medicine-New University of Lisbon; MoH: Ministry of Health; NHS: National Health Service; RH: Regional hospitals; Uni-CV: University of Cape Verde; USSR: Union of Soviet Socialist Republics

Acknowledgements

The authors acknowledge the Tutorial Commission of the doctoral program of APD (Professors Sonia Dias and Giuliano Russo); people who helped in the collection and processing of the database, namely Ivone Pinto, Crisolita Santos, Henrique Santos, and Daniela Alves; the Ministry of Health of Cape Verde; IHMT-UNL; and the Calouste Gulbenkian Foundation for sponsoring the work. The authors also thank FCT for funds to GHTM – UID/Multi/04413/2013.

Funding

This study was elaborated based on the work of an APD doctoral program and used grants obtained from the Calouste Gulbenkian Foundation, the Ministry of Health of Cape Verde, and the Institute of Hygiene and Tropical Medicine.

Availability of data and materials

The medical database from the official secondary data from administrative records in the Human Resources Department of the Ministry of Health (MoH) and from the Cape Verde Government's Statistical Office are available and may be requested to the corresponding author, subject to the relevant authorizations by the Ministry of Health.

Authors' contributions

This paper is part of the thesis work of the doctoral program of APD, under the supervision of PF. APD conceived the design of the study, carried out the data collection, the data entry, and the SPSS analysis. PF assisted with the design, the statistical analysis, and all the drafts of the manuscript. ACT helped with the review of the paper. The three authors read and approved the final manuscript.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Consent for publication

Not applicable.

Ethics approval

Not applicable.

Author details

¹Global Health and Tropical Medicine, GHTM, WHO Collaborating Centre on Health Workforce Policy and Planning, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, IHMT, Universidade Nova de Lisboa, UNL, Rua da Junqueira 100, 1349-008 Lisboa, Portugal. ²Fundação Amílcar Cabral, Praia, Cape Verde.

Received: 14 August 2016 Accepted: 6 January 2017

Published online: 18 January 2017

References

1. Regateiro FJ. Curso de Medicina: Enquadramento e Plano de Estudos, versão 3.0. Universidade de Cabo Verde/Universidade de Coimbra. 2014. doc. s/publicação.
2. Martins J, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Carrolo M, Ferrinho P. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte I—Quantos somos e quem somos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 2003;19:513–17.
3. Cabral E. Os Serviços de Saúde da Província de Cabo Verde. *Anais do IMT*. 1958;15 supl 2:19–43.
4. Scheffler RM, Liu JX, Kinfu Y, Dal Poz MR. Forecasting the global shortage of physicians: an economic- and needs-based approach. *Bull World Health Organ*. 2008;86(7):516–523B.
5. Huish R, Kirk JM. Cuban medical internationalism and the development of the Latin American School of Medicine. *Lat Am Perspect*. 2007;34(6):77–92.
6. Kirk JM, Erisman HM. Cuban medical internationalism. New York: Palgrave McMillan; 2009.
7. Anyangwe S, Mtonga C. Inequities in the global health workforce: the greatest impediment to health in sub-Saharan Africa. *Int J Environ Res Public Health*. 2007;4(2):93–100. doi:10.3390/ijerph2007040002.
8. Fresta MJ, 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—towards a PECS-CPLP network for medical education. *An Inst Hig Med Trop*. 2016;15 Supl. 1:S19–26.
9. Gasiosek J, Van de Poel K. 'We feel stupid and we shouldn't.' Towards developing a communication support system for Cuban-trained medical students. *Per Linguam: a Journal of Language Learning = Per Linguam: Tydskrif vir Taalaanleer*. 2014;30(1):71–92.
10. World Health Organization. http://gamapserver.who.int/gho/interactive_charts/health_workforce/PhysiciansDensity_Total/atlas.html.
11. Kinfu Y, Dal Poz MR, Mercer H, Evans DB. The health worker shortage in Africa: are enough physicians and nurses being trained? *Bull World Health Organ*. 2009;87:225–30. doi:10.2471/BLT.08.051599.
12. Breier M. Research commissioned by Department of Labour South Africa: the shortage of medical doctors in South Africa. 2008.
13. OECD. Doctors (indicator). 2016. doi:10.1787/4355e1ec-en. Accessed 01 July 2016.
14. Delgado APC. Políticas de Saúde em Cabo Verde na década de 1980-1990: Experiência de Construção de um Sistema Nacional de Saúde. Praia: Edições Uni-CV; 2009.
15. World Health Organization. Health Situation Analysis in the African Region: Atlas of Health Statistics. Africa Brazzaville/Republic of Congo: WHO; 2011.
16. Biscaia A, Conceição C, Martins J, Ferrinho P. Política e gestão dos recursos humanos na Saúde em Portugal—controvérsias. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 2003;19(3):281–9.
17. Russo G, Ferrinho P, de Sousa B, Conceição C. What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal. *Hum Resour Health*. 2012;10(1):1.
18. Cabo Verde Instituto Nacional de Estatísticas. Anuário Estatístico. Praia: INE; 2015.
19. Walsh K. Economies of scale in medical education? Or diseconomies of scale? *East Mediterr Health J*. 2014;20(8):519.
20. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, do Rosário Sambo M, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho P. The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human resources for health*. 2014;12(1):1.
21. Mundial B. Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial-2012. Igualdade de Gênero e Desenvolvimento. Visão Geral. Washington, DC: Banco Mundial; 2012.
22. do Céu Soares Machado M. A feminização da medicina. *Análise social*. 2003; 38(166):127–37.
23. Eisenberg C. Medicine is no longer a man's profession. *N Engl J Med*. 1989;321(22):1542–4.
24. Russo G, Gonçalves L, Craveiro I, Dussault G. Feminization of the medical workforce in low-income settings; findings from surveys in three African capital cities. *Hum Resour Health*. 2015;13(1):1.
25. Hedden L, Barer ML, Cardiff K, McGrail KM, Law MR, Bourgeault IL. The implications of the feminization of the primary care physician workforce on service supply: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2014;12(1):1.
26. Contandriopoulos AP, Fournier MA. Féminisation de la profession médicale et transformation de la pratique au Québec. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Faculté de médecine, Université de Montréal. 2007.

Estudo 2 – Aparecimento do Ensino Médico no contexto da cooperação entre os estados membros da CPLP

Artigo:

Fresta, M.J., Ferreira, M.A., Delgado, A. P., Sambo, M.R., Torgal J., Sidat M. e Ferrinho P. (2016) Estabelecimento de uma rede da cooperação em Educação Médica, no âmbito do PECS-CPLP. An Inst Hig Med Trop; 15 (Supl. 1): S27- S34.



Plano Estratégico de Cooperação em Saúde na CPLP



UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA
INSTITUTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL

Vol. 15 (Suplemento 1), 2016, S1-S104; ISSN 0303-7762

Estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em Educação Médica, no âmbito do PECS-CPLP

Towards a PECS-CPLP network for medical education

Mário Jorge Fresta

Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED) da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Maria Amélia Ferreira

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal

António Pedro Delgado

Faculdade de Medicina da Universidade de Cabo Verde, Cidade da Praia, Cabo Verde

Maria Rosário Sambo

Reitoria da Universidade Agostinho Neto, Luanda, Angola

Jorge Torgal

Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Mohsin Sidat

Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique

Paulo Ferrinho

GHTM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, Portugal

Resumo

Perante o forte crescimento de iniciativas de Educação Médica nos estados africanos membros da Comunidade de Países de Língua Portuguesa e uma crescente cooperação no ensino médico, justifica-se que, no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) da CPLP, se pense esta cooperação numa abordagem triangular, Sul-Norte-Sul, coordenando as iniciativas num quadro de prioridades discutido e definido colegialmente. As redes criadas para coordenar outras atividades de cooperação no âmbito do PECS apontam um possível caminho. Com história prévia de tentativas de criação de redes de intervenção na Educação Médica, com a experiência já adquirida, defendemos neste artigo que os atores ativamente envolvidos em cooperação para o desenvolvimento do ensino médico se esforcem para estabelecer uma Rede de Cooperação em Ensino Médico (RECOEM) da CPLP em articulação com outras iniciativas implantadas nos estados de língua oficial portuguesa, como as cooperações norte-americana e cubana.

Palavras Chave:

Educação Médica, Faculdades de Medicina, PECS, CPLP.

An Inst Hig Med Trop 2016; 15 (Supl. 1): S27- S34

Abstract

Given the strong growth of medical education initiatives in African Member States of the Community of Portuguese Speaking Countries (CPLP) and considering the increased cooperation in medical education, it is justified under the Strategic Plan for Cooperation in Health (PECS) of the CPLP, to think this cooperation in a triangular, south-north-south approach, coordinating the initiatives in a framework of priorities discussed and defined collectively. The networks created to coordinate other cooperation activities under the PECS point a way forward. With a history of attempts to create intervention networks in medical education, with the experience gained, we argue in this article that actors actively involved in development cooperation of medical education should strive to establish a Cooperation Network on Medical Education of the CPLP in conjunction with other initiatives implemented in the Portuguese-speaking States, such as cooperation initiatives by the USA and Cuba.

Key Words:

Medical education, Medical Faculties, PECS, CPLP.

S27

Introdução

O ensino médico, particularmente em África, tem sido alvo de atenção crescente (Mullan *et al.*, 2011; Greysen *et al.*, 2011; Chen *et al.*, 2012; Monekosso, 2014; Kiguli-Malwadde *et al.*, 2015) a que os Estados membros da CPLP não têm sido alheios, levando à proposta de integrar no Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) (Lapão, 2011) a criação e dinamização de uma rede estruturante da cooperação sobre ensino médico. Esta inclusão foi justificada pelo reconhecimento que o principal empregador destes quadros são os ministérios da Saúde dos estados membros, onde os médicos são ainda os principais dirigentes a todos os níveis, coordenadores das equipas de prestação de cuidados e docentes de todas as categorias profissionais. Daí que os Ministérios da Saúde não se possam alhear do perfil dos médicos formados e tenham que interagir com o sector educacional na preparação e implementação das suas estratégias de recursos humanos. A necessidade desta interação está bem patente nas diversas acções de formação prática de Educação Médica que ocorrem nas unidades de saúde, nas quais é indispensável a participação docente de profissionais do Ministério da Saúde. As estratégias e planos de formação de quadros, como a de Angola (Governo de Angola, 2015), devem refletir a realidade nacional do sector da saúde e ter em conta a capacidade instalada para a docência, o acolhimento de estágios profissionais e a realização de investigação (McAleer *et al.*, 2013).

Globalmente, a capacidade para Educação Médica reflete grandes desigualdades regionais: nas Caraíbas existe 1 escola médica (EM) por cada 0,6 milhões de habitantes, nas Américas e Oceânia por 1,2, na Europa por 1,8, na Ásia por 3,5; e em África por cada 5 milhões de pessoas. Dos 57 países africanos, 16 não têm EM (Boulet *et al.*, 2007; Duvivier *et al.*, 2014). Nos estados africanos membros da CPLP a realidade é variável, mas sempre desafiante. Nestes existem EM em Angola (11), Cabo Verde (1), Guiné-Bissau (2), Guiné Equatorial (1) e Moçambique (6). Angola foi o primeiro país africano a formar médicos durante um curto período no século XVIII (Cambournac 1982; Pinto *et al.*, 2005). Duas das EM atuais, uma em Maputo, Moçambique, e a outra em Luanda, Angola, foram estabelecidas em 1963, durante a administração colonial. Uma terceira foi estabelecida com a ajuda de Cuba em Bissau, Guiné-Bissau, em 1987. Todas as outras EM apareceram muito mais tarde (quadro 1).

A formação médica assume um papel estratégico no esforço destes países para corrigir o seu grande défice de médicos — Angola, Guiné-Bissau, Guiné Equatorial e Moçambique são identificados pelo Relatório Mundial de Saúde (WHO, 2006) como países com escassez crítica de médicos. A instituição de Redes de Faculdades de Medicina (a nível nacional, na lusofonia e na região africana) poderá vir a contribuir significativamente para o fortalecimento dos sistemas de avaliação e acreditação destas instituições, promovendo a qualidade, pertinência e relevância da Educação Médica (Fresta, 2014).

Nos estados africanos membros da CPLP a cooperação sobre Educação Médica, bilateral e multilateral, tem-se refletido em múltiplas dimensões: investigação; estabelecimento de redes colaborativas; dinamização de organizações da sociedade civil; regulação do ensino médico; apoio às licenciaturas em Medicina; programas estruturantes de qualidade e excelência da educação/formação; estabelecimento de mestrados em Educação Médica; outras formações pós-graduadas; e planeamento de recursos humanos da saúde (RHS) em articulação com o sector educacional. Cada um destes itens será brevemente abordado.

Investigação

Abordamos aqui as experiências de desenvolvimento da capacidade de investigação nas EM e reportamos alguma da investigação feita sobre Educação Médica nos estados africanos membros da CPLP. A produção bibliográfica científica nestes estados é baixa, mas crescente (Gedeon *et al.*, 2013; Uthman e Uthman, 2007; Nachege *et al.*, 2012). A percentagem de publicações sem autores nacionais vai sendo cada vez menor, mas a proporção de primeiros autores ainda não é satisfatória. Em Angola, em 2014, um autor angolano foi primeiro autor só em 19% de 301 publicações incluídas num estudo bibliográfico (Sambo e Ferreira, 2015). Entre 2001 e 2010, os 60 membros da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) e os 140 médicos do seu hospital de ensino, Hospital Central de Maputo (HCM), publicaram 202 artigos em revistas com revisão por pares, sendo primeiros autores de apenas 29% desses artigos (Noormohamed *et al.*, 2013). Em parte para corrigir esta situação, em 2008, no âmbito da Iniciativa de Parceria em Educação Médica (MEPI) (Mullan *et al.*, 2012), foi estabelecida uma parceria entre a UEM e a Universidade da Califórnia, San Diego, que, com o apoio do Plano de Emergência do Presidente para Combate à SIDA e dos Institutos Nacionais de Saúde

(NIH), visava: reforçar a formação dos médicos; aumentar a capacidade local para investigação multidisciplinar; reforçar a infraestrutura de

Quadro 1 – Escolas de Medicina (EM) nos Estados africanos membros da CPLP

País	Universidade	Cidade	Data do estabelecimento	Propriedade (pública/privada)	Colaborações internacionais estruturantes	Rácio de EM por 1 milhão de habitantes
Angola	Agostinho Neto	Luanda	1963	Pública (Ministério do Ensino Superior)	Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Instituto de Higiene e Medicina Tropical, da Universidade Nova de Lisboa (IHMT-UNL)	0,48
	Jean Piaget*	Luanda	2000	Privada	Universidade Jean Piaget, Portugal	
	Privada	Luanda	???	Privada	Ainda em fase de legalização	
	Instituto Superior Técnico Militar**	Luanda	2008	Pública (Forças Armadas de Angola)	Universidades Nova de Lisboa, do Minho e da Beira Interior em Portugal e cooperação	
	Katyavala Bwila	Benguela	2008	Pública (Ministério do Ensino Superior)	Cooperação cubana / FMUP***	
	11 de Novembro	Cabinda	2008		Cooperação cubana FMUP***	
	Lueji A'Nkonde	Malange	2009		Cooperação cubana FMUP***	
	José Eduardo dos Santos	Huambo	2009		Cooperação cubana	
	Mandume ya Ndemufayo	Lubango	2009		Cooperação cubana FMUP, Portugal***	
	Kimpa Vita	Uíge	2016		?	
Cuito Cuanavale	Menongue	2016	?			
Cabo Verde	Cabo Verde*	Praia	2015		Pública (Ministério do Ensino Superior)	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra FMUP****, Portugal
Guiné Bissau	ISCM-CH Universidad de La Habana – Raul Diaz Arguelles	Bissau	1987	Pública (Ministério da Saúde)	Cooperação cubana	1,11
	Jean Piaget	Bissau	2011	Privada	Universidade Jean Piaget, Portugal	
Guiné-Equatorial	Nacional de Guinea Ecuatorial	Bata	2000	Public (Ministério do Ensino Superior)	Cooperação cubana	1,25
Moçambique	Zambeze	Cidade da Beira	2009	Pública (Ministério de Ciência e Tecnologia, Ensino Superior e Técnico Profissional)	Cooperação cubana	0,22
	Eduardo Mondlane	Maputo	1963		FMUP, IHMT-UNL, Portugal	
	Lúrio	Nampula	2007		Cooperação cubana, FMUP, IHMT-UNL, Portugal	
	Católica de Moçambique	Cidade da Beira	2000	Privada (sem fins lucrativos)		
	Instituto Superior de Ciências e Tecnologia de Moçambique	Maputo	2001	Privada		
	Universidade Pedagógica	Maxixe	2015	Privada (com dificuldades de acreditação)	IHMT-UNL, Portugal	

*A formação médica tem lugar num Departamento de Ciências da Saúde desta Universidade; ** A formação médica tem lugar num Departamento de Biotecnologia e Ciências da Saúde deste Instituto Universitário; *** Colaborações menos estruturantes, mas alicerçadas num plano coerente de desenvolvimento da rede de Educação Médica; ****Protocolo para a realização do Mestrado em Educação Académica e Clínica (2016).

informática; e recrutar e reter professores médicos qualificados. Esta parceria serviu para alavancar, integrar e fortalecer relações com outras instituições em África, Europa (entre as quais o IHMT-UNL de Portugal) e

América do Sul (entre as quais a Universidade Federal da Bahia, Brasil). As iniciativas levadas a cabo incluíram programas de formação especializada, reorganização da gestão da investigação, desenvolvimento de projetos de

investigação em colaboração e um investimento substancial em bioinformática. Foi estabelecido um Centro de Apoio à Investigação e um Conselho de Revisão Institucional Independente para a revisão de projetos de investigação que envolvem seres humanos (Noormohamed *et al.*, 2013).

A Educação Médica tem também recebido a atenção de investigadores que se têm debruçado sobre: a capacidade institucional das EM (Fronteira *et al.*, 2014), a opção pelo curso de Medicina (Dias *et al.*, 2010), as condições de admissão (Castelo, 2004; Simões, 2004), a formação de docentes (Diaz *et al.*, 2013), as percepções dos estudantes de Medicina quanto às competências médicas (Barbosa *et al.*, 2011; Franco, 2015), assim como à formação que recebem, aos apoios que existem e em relação às expectativas dos estudantes de Medicina quanto ao seu futuro profissional (Ferrinho *et al.*, 2010 a, 2010 b, 2011; Fronteira *et al.*, 2011 a; Lyon *et al.* 2016; Mendes *et al.*, 2014; Sousa *et al.*, 2007). O Mestrado em Educação Médica oferecido pela Universidade Agostinho Neto (UAN), Luanda, Angola, proporcionou cerca de quatro dezenas de dissertações dedicadas à Educação Médica em Angola (Fresta *et al.*, 2011; Fresta *et al.*, 2012; Fresta, 2015).

Como realçado por Sambo e Ferreira (2015), as bases para a investigação científica têm de estar integradas no currículo dos cursos de Medicina, e os estudantes devem iniciar precocemente a atividade científica. Estas indicações estão contidas na revisão de 2015 dos padrões globais para a melhoria da qualidade da Educação Médica básica da Federação Mundial da Educação Médica¹. A fraca atratividade da carreira de investigação é uma séria limitação que toma maiores proporções nos países em desenvolvimento, pelo que a adesão precoce à prática de investigação deve ser encorajada. Daí que, mais recentemente, a preocupação de introduzir a investigação científica precocemente na Educação Médica, tenha levado ao desenvolvimento de uma linha de investigação com o objetivo de avaliar as percepções dos estudantes nesta temática, tendo sido feita esta avaliação na Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila (Correia, 2015). Em várias faculdades, como em Katyavala Bwila (Benguela), os estudantes são encorajados a desenvolver a sua própria investigação, que pode ser apresentada em jornadas científicas anuais.

Redes colaborativas

Como outro exemplo de redes colaborativas referimos a *NAME for Health*², que foi cofinanciado pelo Programa EDU-LINK da Comissão Europeia, de 2008 a 2012,

envolvendo a Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP), Portugal, a Faculdade de Medicina da UAN, Angola, a Faculdade de Medicina da UEM, Moçambique, a Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Lúrio (UniLúrio), Moçambique, o Hospital São João, Porto, Portugal, e a Fundação Calouste Gulbenkian (FCG), Portugal (Ferreira *et al.*, 2012). Os objetivos incluíram melhorar a saúde das populações através da Educação Médica pelo desenvolvimento de um programa entre as instituições de ensino superior e melhorar as competências académicas e clínicas em áreas prioritárias (cuidados de saúde materno-infantil e doenças infecciosas). Esta iniciativa permitiu, entre outras, as seguintes atividades: reforço do Centro de Estudos Avançados em Educação e Formação Médica (CEDUMED), criado em Angola em 2003, e o estabelecimento de Centros de Educação Médica na UEM, Maputo, e UniLúrio, Nampula, Moçambique; estabelecimento de três Gabinetes de Apoio ao Estudante; estudo e avaliação dos currículos de Medicina, reforma curricular e monitorização do processo de desenvolvimento curricular; e estabelecimento de um programa para a mobilidade clínica de docentes e médicos. No âmbito deste projeto foi apresentada a proposta da criação da Rede de Educação Médica da Comunidade Médica da Língua Portuguesa (CMLP), tendo sido realizadas reuniões no âmbito desta rede em Maputo (2010) e em Luanda, Angola (2011) (Lourinho *et al.*, 2011). Angola reconhece que é urgente inscrever as instituições em organizações, redes e projetos de excelência, bem como adoptar programas de cooperação dirigidos para objetivos concretos, visando a melhoria da qualidade da educação e do ensino e contribuir decisivamente para o desenvolvimento nacional e regional pretendidos (Simões *et al.*, 2016). Nesse sentido, a necessidade de criação de redes nacionais e internacionais de Educação Médica (associações), integrando todas as partes interessadas, fundamenta-se na inexistência de um fórum alargado que proporcione o debate dos principais problemas com que se defronta esta área formativa e a reflexão sobre eventuais soluções.

Dinamização de organizações da sociedade civil

Criada em Maio de 2013, a *Health4MOZ (Health 4 Mozambican Children and Families)* ONG, em parceria com a FMUP e a UniLúrio, é uma associação de direito privado, sem fins lucrativos e que tem como objetivo cooperar no âmbito da formação pré e pós-graduada

com Moçambique, em particular com a UniLúrio, em Nampula. Iniciou a sua atividade no terreno em junho de 2014. Desde então apoiou: a formação pré-graduada de alunos de medicina em pediatria, obstetrícia, ginecologia e cirurgia pediátrica; a formação pós-graduada de médicos em cardiologia e ecografia pediátrica e em cuidados básicos e intensivos neonatais; ofereceu em Moçambique uma pós-graduação em radiologia e ecografia; fez formação de formadores; oferece de estágios específicos a médicos portugueses em Moçambique e a médicos moçambicanos em Portugal. Estas atividades, para além da atenção ao médico são muitas vezes estendidas a outros profissionais de saúde, como enfermeiros e nutricionistas.

Regulação do ensino médico

A regulação do ensino médico e a sua consequente tradução na acreditação e avaliação periódica dos cursos constitui um fator de elevada importância para assegurar a qualidade do ensino e do médico formado e lançado no mercado de trabalho, sobretudo pelas novas instituições de formação e pelas privadas. Esta regulação tem vindo a evoluir de uma responsabilidade exclusivamente ministerial para uma responsabilidade partilhada (dependendo se é licenciatura, pós-graduação ou especialização) entre os Ministérios do Ensino Superior e da Saúde e as Ordens dos Médicos. Nestas parcerias as Ordens têm um papel variável (mais bem estabelecido em Moçambique e particularmente débil na Guiné-Bissau) dependendo da sua implantação no país, da sua estruturação interna (particularmente o funcionamento dos colégios das especialidades, que parecem mais ativos em Moçambique) e da forma como assumem as questões educacionais, quer a nível pré quer pós-graduado. Em 2015, foi retomada no XVIII Congresso Nacional de Medicina (no Porto, Portugal, a 26-28 novembro, 2015) a implementação da CMLP, centralizada nas Ordens dos Médicos dos Países de Língua Portuguesa, como elemento centralizador das iniciativas neste âmbito de cooperação.

O IHMT-UNL, com o apoio do Dr. Pedro Serrano, tem colaborado com algumas das Ordens (particularmente na Guiné-Bissau, em Cabo Verde e em Moçambique) no desenvolvimento dos seus documentos estatutários e normativos e em atividades formativas; esse pode ser um importante papel de uma rede colaborativa.

Em países da CPLP onde ainda não existem mecanismos de avaliação e acreditação das escolas médicas, a criação de

escolas médicas privadas é um importante tema que encontra espaço nas questões de regulação do ensino médico.

Apoio às licenciaturas em Medicina

Nesta área damos 2 exemplos: a colaboração da Universidade de Coimbra (UC) com Cabo Verde e da Universidade do Porto com Moçambique e Angola.

O primeiro curso de Medicina de Cabo Verde entrou em funcionamento em 2015, em resultado de um projeto que contou com o apoio da UC, através de um protocolo que o Governo de Cabo Verde estabeleceu com o Governo português. Neste curso, os alunos têm aulas em Cabo Verde nos primeiros três anos e viajam, depois, para Portugal, onde estudarão mais dois anos, o que lhes permitirá ter uma experiência de ensino clínico num grande hospital, em que as abordagens clínicas são feitas de acordo com os processos mais evoluídos. O último ano, de prática clínica, é concluído em Cabo Verde. O trabalho da UC será, acima de tudo, de supervisão, acompanhando todo o processo e envolvendo-se quando necessário. O novo curso de Medicina de Cabo Verde conta com 25 vagas: 20 são para estudantes cabo-verdianos e as restantes são disponibilizadas para alunos da CPLP. O projeto contará também com a colaboração de oito docentes portugueses (incluindo do IHMT-UNL). A expectativa da Universidade cabo-verdiana é que, além do apoio direto na realização dos cursos, essa colaboração venha a ser estruturante e com uma finalidade, desde o início, de promover uma transferência de conhecimentos, nomeadamente contribuir para a constituição pedagógica e técnica de um corpo docente, ajudando a estabelecer como prioridade um programa de formação de formadores.

O curso de Biopatologia (Biopatologia I e II) da FMUP iniciou, no ano de 2005/2006, a disponibilização de conteúdos *online* para os estudantes da Universidade do Porto e, posteriormente, para estudantes de outras universidades de língua portuguesa, nomeadamente para a UEM (Moçambique), num projeto desenvolvido com o apoio da Fundação Calouste Gulbenkian.

Em Angola, a Universidade do Porto, através da Faculdade de Medicina, tem ainda colaborado – ao nível da formação pré-graduada – na ministração de cursos de comunicação clínica (Universidade Onze de Novembro, Cabinda) e com apoio de formação para a instalação e desenvolvimento de Centros de Simulação Biomédica (Universidade Onze de Novembro, Cabinda, e UAN, Luanda).

Programas estruturantes de qualidade e excelência da educação/formação médica

Desde 2005 que, através da articulação entre o Centro de Educação Médica da FMUP e o CEDUMED, criado na UAN em 2003, se vem investindo em mecanismos de desenvolvimento da qualidade e da excelência da formação de médicos na instituição pública que tem sido ao longo dos anos referência de formação/Educação Médica em Angola: a FMUAN. Esta colaboração teve início com a realização da avaliação institucional e diagnóstico científico-pedagógico da Licenciatura em Medicina da FMUAN, à qual se seguiu a elaboração de um Plano Estratégico de Desenvolvimento que estabeleceu as linhas da intervenção estruturante sectorizada no âmbito da formação/Educação Médica, a definição do “perfil do médico em Angola” como primeira etapa do processo de reforma curricular do curso de Medicina da FMUAN, criação de condições para a capacitação pedagógica, académica e técnico-científica de recursos humanos da área da saúde, com o objetivo de criar um programa de formação de médicos com reconhecida qualidade. Apoiou-se ainda a instalação de um Gabinete de Apoio ao Estudante (Fresta, 2003; Ferreira, 2003; Fresta *et al.*, 2004). Para além desta intensa cooperação com a FMUP, apoiada pelo IPAD e pelo Instituto Camões, o CEDUMED tem acordos com a Clínica Multiperfil em Angola (2013) e com o Instituto de Higiene e Medicina Tropical de Lisboa (2014) que se vêm tornando cada vez mais relevantes (Fresta, 2015).

Outras iniciativas semelhantes de avaliação do curso de Medicina e promoção da melhoria dos cursos e dos resultados dos programas pedagógicos foram realizadas na Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila (Sambo *et al.*, 2012) e estão a ser consideradas para outras faculdades, como no Lubango, em Cabinda e em Nampula. A existência de uma rede de ensino médico funcional poderá ajudar a estabelecer mecanismos de avaliação dos resultados e o impacto da implementação destas ações.

Estabelecimento de mestrados em Educação Médica

O Mestrado em Educação Médica na UAN, em Angola, iniciou-se em 2004 com colaboração, no primeiro ano (letivo), da Faculdade de Medicina de Lisboa e, no segundo ano (dissertações), da FMUP, a qual veio a prestar colaboração integral (primeiro e segundo ano) na segunda edição desse Mestrado, em 2007/2008 (Fresta *et al.*, 2012; (Fresta *et al.*, 2011 e 2012).

Coordenado pela FMUP o Mestrado em Educação Médica vai ainda, a partir de 2016, ser lecionado na Universidade de Cabo Verde para a formação pedagógica dos profissionais na área da saúde, particularmente os envolvidos nas atividades de leção no curso de Medicina.

1 – <http://wfme.org/standards/bme/78-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-english/file>

2 – <http://acp-edulink.eu/content/name-health-%E2%80%94-network-approach-medical-education-pursuit-quality-heis-and-health-systems>

Outras formações médicas pós-graduadas

No âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde da CPLP, o Centro de Formação Médica Especializada (CFME) abriu as portas em outubro de 2010, na Cidade da Praia, em Cabo Verde. O CFME teve como entidade proponente a CMLP, tendo o projeto sido executado pelo Secretariado Executivo da CPLP, o Ministério da Saúde e a Ordem dos Médicos de Cabo Verde, e o IHMT-UNL. Funcionou até 2013 e durante este período realçam-se várias atividades de formação pós-graduada desenvolvidas no Centro e dirigidas a médicos (não só de Cabo Verde, mas também de Angola, Guiné-Bissau, Moçambique e São Tomé e Príncipe), nomeadamente, o Curso Internacional de Especialização em Saúde Pública (com a duração de um ano letivo), o Programa Avançado de Gestão para Diretores Clínicos (de cinco semanas) e a formação em Doenças Infecciosas e Microbiologia Clínica (durante 4 semanas).

O Programa Avançado de Gestão para Diretores Clínicos do IHMT-UNL conheceu ao todo sete edições: três em Angola, duas em Cabo Verde, uma na Guiné-Bissau e outra em Moçambique. Em 2014 o IHMT-UNL ofereceu aos médicos das Forças Armadas Angolanas um curso de Clínica das Doenças Tropicais (com a duração de 4 meses), reeditado, mais uma vez em Luanda, em 2016.

De realçar ainda que, cada vez mais, os programas de doutoramento sanduíche ou o recurso a modelos de ensino à distância (EAD) permitem que recursos escassos, como são os médicos, possam realizar estudos avançados, sem abandonarem o país ou minimizando as ausências. Neste âmbito, realçamos a colaboração do IHMT-UNL com a Ordem dos Médicos de Moçambique para doutorar médicos ou apoiar a sua especialização em saúde pública, permitindo a frequência dos programas curriculares através de modelos vários de EAD. Salientamos também o ProCAPS Angola (Programa de Capacitação de Recursos de Saúde em Angola) de 2006, no âmbito do qual foram doutorados ou serão doutorados cerca de duas dezenas de médicos angolanos, que em 2016 vão integrar o corpo docente do doutoramento em Ciências Biomédica do CEDUMED, desenvolvido com o apoio do IHMT-UNL.

Na FMUAN acaba também de ser aprovado o Doutoramento em Saúde Pública com apoio da FCG.

Com financiamento da Fundação Merck Sharp e Dhome, da FCG e do IPAD/Instituto Camões, tem sido possível acolher no IHMT-UNL médicos que concluíram vários estágios profissionais nos hospitais do SNS.

Ainda, com financiamento da FCG (Garcia *et al.*, 2014) e do IPAD/Instituto Camões, tem sido possível acolher no IHMT-UNL, na FMUP e no ISPUP (Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto), vários médicos dos Países Africanos de Língua Portuguesa, tendo sido já concluídos vários doutoramentos. Na Faculdade de Medicina da UniLúrio o IHMT-UNL apoia ainda o Mestrado em Saúde Pública e Medicina Tropical, participando na sua comissão científica e assumindo a leção de unidades curriculares diversas e orientações de teses.

Participação em órgãos de governação académica e integração do corpo docente de várias instituições académicas

A participação de dirigentes médicos dos Ministérios da Saúde, das Forças Armadas, dos Serviços Nacionais de Saúde, de Faculdades de Medicina, de Ordens Profissionais, de Centros de Investigação e de Educação Médica dos diversos países africanos lusófonos nos órgãos de gestão (Conselho de Instituto), nos órgãos consultivos (Conselho Consultivo) e no corpo docente do IHMT-UNL como professores convidados tem enriquecido a cultura académica do IHMT-UNL e facilitado a cooperação Norte-Sul, orientando as deliberações do IHMT-UNL no sentido de reforçar as suas atividades de cooperação com o intuito de apoiar a capacidade académica das EM dos países desses colaboradores.

A participação de docentes portugueses no corpo docente de EM africanas e nas comissões científicas de programas de mestrado e doutoramento dessas EM assim como na Comissão Científica do CEDUMED em Angola, potenciam a cooperação triangular entre Angola, Cabo Verde, Moçambique e Portugal.

Planeamento de RHS

Angola, Cabo Verde, Moçambique e Guiné-Bissau têm, ao longo das décadas, desenvolvido versões sucessivas de planos estratégicos para os recursos humanos do sector da saúde. Estes planos têm reconhecido a sua responsabilidade de diálogo com o sector educacional para garantir, por parte da saúde, as respostas necessárias para corresponder às necessidades de docentes e de campos de estágio para formar profissionais de saúde em geral e médicos em particular, incluindo a sua formação especializada. Nestes esforços tem havido uma cooperação triangular importante

envolvendo também Portugal e Brasil nos quatro países (Tyrrel *et al.*, 2010; Sidat *et al.*, 2010 a/b).

Discussão

Este panorama de expansão da capacidade de formação médica nos países africanos lusófonos é, na verdade, muito semelhante ao encontrado em toda a África Subsariana. Após a criação da primeira EM na região africana, em 1918, em Dakar, no Senegal, o número de novas EM só aumentou significativamente após a independência colonial, nos anos 60 e 70 e nos últimos vinte anos temos assistido a um grande crescimento nas EM na região (ver, por exemplo, a situação de Moçambique em República de Moçambique, 2013).

A situação nos países lusófonos africanos pode ser explicada por uma combinação de fatores relacionados, a nível nacional, com o processo de paz depois de guerras civis, um maior compromisso com a saúde e planeamento estratégico da saúde e do ensino superior; a nível internacional o trabalho que levou ao Relatório Mundial de Saúde de 2006 (WHO, 2006) e outras iniciativas, como a *Joint Learning Initiative* (2004) e as recomendações para ultrapassar a crise, incluindo um maior investimento no ensino médico (Chen, 2004), contribuíram para enfatizar os défices assustadores de médicos em países nos quais se incluem cerca de metade dos países lusófonos (Fronteira *et al.*, 2014).

O excesso de candidatos em relação ao número de vagas nos cursos médicos representa uma procura insatisfeita, vista também como oportunidade de negócio, levando ao aparecimento de faculdades privadas em três dos países.

A privatização do ensino médico, uma realidade comum a outros países (Scheffer e Dal Poz, 2015; Shehnaz, 2010 e 2011; Sobrinho, 1992; Veras *et al.*, 1983), tem permitido uma mais vasta formação desses profissionais, mas levanta questões ainda por responder em termos de qualidade, avaliação e acreditação. Uma dessas questões tem a ver com os campos de formação prática (estágios), maioritariamente públicos, criando desafios cujo alcance só no futuro serão perceptíveis. Questiona-se as capacidades dos novos médicos formados em cursos não acreditados, não avaliados, desprovidos de meios de acompanhamento de universidades qualificadas. Perante várias situações, o sector privado do ensino médico, como o sector público tem vindo a fazer, deve assumir a importância de uma creditação respeitadora da qualidade, de uma avaliação dos currículos,

de uma defesa de patamares de qualidade compatíveis com a importante função social do médico.

A outra face desta realidade tem a ver com universidades que apoiam cursos médicos de entidades privadas em África, sem qualquer experiência de ensino de Medicina no país de sua origem. Como exemplo, mencionamos a Universidade Piaget, que não só não tem qualquer experiência em Portugal no ensino da Medicina, como viu rejeitadas as suas propostas para abrir um curso em Portugal. Daí que as universidades que colaboram com as EM dos países africanos venham a definir parcerias a médio prazo com programas de formação/apoio a docentes, de acompanhamento curricular e, quiçá, auditorias da qualidade do ensino ministrado.

O aumento no número de médicos estagiários representa em si um grande desafio para as EM e para o sistema de saúde do país. A formação desses estudantes é feita, quase exclusivamente, em serviços públicos de saúde que são, muitas vezes, insuficientes e com infraestruturas deficientes e concentradas nos grandes centros urbanos. É, portanto, notável o esforço que em Angola e Moçambique se tem feito para descentralizar a Educação Médica para centros urbanos mais periféricos.

Por outro lado, o sistema de saúde pública ainda é o grande empregador de jovens médicos pelo que a sua formação deve ser coorientada pelo Ministério da Saúde e deve ser assegurada a sua imediata contratação após o curso, caso contrário, a maior produção de médicos locais agravará o subemprego, a concentração em zonas urbanas com maior mercado privado, a migração ou a insatisfação da força de trabalho médica (Kasper e Bajunirwe, 2012; Russo *et al.*, 2014 a/b) conducentes a problemas laborais e protestos, como já se tem assistido em Angola e Moçambique. Daí a importância de reforçar o planeamento estratégico da força de trabalho em saúde, com o correspondente e articulado planeamento da força de trabalho académica.

Perante a escassez de médicos, os Ministérios limitam ou atrasam as autorizações para especialização ou estudos académicos no estrangeiro. Face à fraca capacidade formativa no país, estas restrições agravam ainda mais a insatisfação da classe médica. No entanto, as EM estão a tentar dar uma resposta adequada e mais eficaz, promovendo a especialização médica local e desenvolvendo programas de mestrado e doutoramento. O desenvolvimento de uma capacidade de formação de pós-graduação local para os médicos pode ser uma importante estratégia para ajudar a reter médicos no país de origem,

para valorizar a força de trabalho docente subqualificada e reduzir a dependência de professores estrangeiros (Fronteira *et al.*, 2014).

Conclusões

As colaborações Sul-Sul em Educação Médica têm resultado particularmente de acordos bilaterais com Cuba contemplando não só apoios diretos às EM (Ferreira *et al.*, 2014), mas também acolhendo em Cuba centenas de estudantes de Medicina por ano, uma situação semelhante à encontrada para o acordo bilateral entre Cuba e Timor-Leste (Cabral *et al.*, 2013; Ferrinho *et al.*, 2015). Vimos também algumas referências a colaborações com universidades brasileiras. Todo o trabalho colaborativo que referimos com Portugal resulta também de iniciativas institucionais pouco coordenadas.

O PECS apresenta um quadro de referência para pensar a cooperação sobre ensino médico numa abordagem triangular, Sul-Norte-Sul, coordenando as iniciativas num quadro de prioridades discutido e definido colegialmente. Os exemplos referidos neste artigo apontam para algumas dessas prioridades. As redes criadas para coordenar outras atividades de cooperação no âmbito do PECS (RINSP, RETS e RESP) apontam um possível caminho. Com história prévia de tentativas de criação de redes de intervenção na Educação Médica, com a experiência já adquirida, deixamos aqui aos atores ativamente envolvidos em cooperação para o desenvolvimento do ensino médico o desafio para se estabelecer uma Rede de Cooperação em Ensino Médico (RECOEM) da CPLP em articulação com outras iniciativas implantadas nos estados de Língua Oficial Portuguesa, como as cooperações norte-americana e cubana.

Bibliografia

1. Barbosa J, Severo M, Fresta M, Ismail M, Ferreira MA, Barros H (2011). How students perceive medical competences: a cross-cultural study between the Medical Course in Portugal and African Portuguese Speaking Countries. *BMC Med Educ*; 11: 24. Doi:10.1186/1472-6920-11-24
2. Boulet J, Bede C, Mckinley D, Norcini J (2007). An overview of the world's medical schools. *MedTeac*; 29(1):20–6.
3. Cabral J, Dussault G, Buchan J, Ferrinho P (2013). Scaling-up the medical workforce in Timor-Leste: Challenges of a great leap forward. *Soc Sci Med*; 96:285-289.
4. Cambournac F (1982). A acção dos portugueses no campo da medicina tropical. *O Médico*; 102:1–50.
5. Castelo M (2004). Exame de acesso à faculdade de medicina da UAN no ano 2004/2005 – Relatório final da vice-direção para os assuntos académicos. *Revista Angolana de Educação Médica*; 2:25-29.
6. Correia GB (2015). Attitudes and perceptions regarding research and clinical practice: a cross-cultural study comparing Portuguese, Brazilian and Angolan first year medical students. Dissertation presented to obtain a Master's degree in Epidemiology at the Institute of Public Health of the University of Porto and Department of Medical Education and Simulation, Faculty of Medicine of the University of Porto.
7. Dias M F, Barbosa J, Loureiro E, Ferreira MA, André A (2010). Opção pelo curso de Medicina em Angola: o caso da Universidade Agostinho Neto. *RBEM*; 34 (3): 346-54.
8. Duvivier RJ, Boulet JR, Opalek A, van Zanten M, Norcini J (2014). Overview of the world's medical schools: an update. *Med Educ*; 48(9):860-9.
9. Ferreira A (2003). Princípios gerais da reforma curricular na Faculdade de Medicina da UAN; Deliberação do Conselho Científico. *Revista Angolana de Educação Médica*:27–31. (Free).
10. Ferreira A, Fresta M, Simões C, Sambo MR (2014). Desafios da Educação Médica e da Investigação em Saúde no Contexto de Angola. *Revista Brasileira de Educação Médica.*; 38 (1): 133-141; 2014.
11. Ferreira, M A, Ferreira P, Godinho A, Ferrão J, Ismail M, Fresta M (2012). On The Way to Raise an International Cooperation University Network: The Case Of "Name for Health". *PAPER ICERI NETWORK* 1463.
12. Ferrinho P, Fronteira IF, Sidat M, de Sousa Jr F, Dussault G (2010 a). Profile and professional expectations of medical students in Mozambique: a longitudinal study. *Human Resources for Health*, 8:21.
13. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, Hipólito F, Mercer H, Dussault G (2010 b). Formação médica em Moçambique: realidade e expectativas. *Revista Médica de Moçambique*, 10, suplemento Outubro: 52-58.
14. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, da Silva F, Mercer H, Cabral J and Dussault G (2011). The training and expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Human Resources for Health*; 9:9.
15. Ferrinho P, Valdes AC, Cabral J (2015). The experience of medical training and expectations regarding future medical practice of medical students in the Cuban-supported Medical School in Timor-Leste. *Human Resources for Health*, 13.
16. Franco RS, Franco CAGDS, Severo M, Ferreira MA (2015) General competences on medical professionalism: Is it possible? *Medical Teacer*; 37:10, 976-977,
17. Fresta M (2003). Reforma do Ensino Médico Público em Angola — O QUÊ? Para QUÊ e COMO? *Revista Angolana de Educação Médica*; N.º 0 — ano 1.
18. Fresta M (2014). 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 Ndemafayo. Luanda e Lubango – Angola, 19 a 21 de Novembro.
19. Fresta M (2015). Educação Médica em Angola: Contributo do CEDUMED 2013-2015. *Magazine Risco Zero (Revista de Saúde Ocupacional de Angola)*. Julho-Outubro; 3:28-35.
20. Fresta M, Bettencourt M, Tuti C, Freitas A, Ferreira P, Ferreira MA (2012). The Master Course in Medical Education as a Staff Development Program in Angola. *Proceedings of AMEE 2012*, pp. 164. Lyon, France.
21. Fresta M, Venturelli J, Ferreira A (2004). Reforma do curso de Medicina. Conclusões e recomendações do seminário inicial. *Revista Angolana de Educação Médica*; 2:15-23.
22. Fresta M; Freitas A; Ferreira P; Ferreira Ma; Simões C; Bettencourt M (2011). Estratégia de implementação de um Programa de Mestrado em Educação Médica. Botelho (coord). *Novas Formas de Cooperação: Espaços de Convergência nos Países Lusófonos*. XXI Encontro da Associação das Universidades de Língua Portuguesa, Bragança, Portugal.
23. Fronteira I, Rodrigues A, Pereira C, Silva AP, Mercer H, Dussault G, Ferrinho P (2011). Realidades e expectativas dos alunos da licenciatura de medicina da Guiné-Bissau no ano lectivo 2007. *Acta Med Port*; 24:265-270.

24. Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MDR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho P (2014). The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health*; 12: 63. Doi: 10.1186/1478-4491-12-63.
25. Garcia AC, Leone C, Dias S, Hartz Z (2014). Avaliação de programas de formação médica e de enfermagem pós-graduada: estudo de caso em dois países africanos de língua oficial portuguesa, 2013. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*; 13: 69-80.
26. Gedeon J, Shamlaye C, Myers GJ, Bovet P (2013). Epidemiology and public health research productivity in Africa. *Int J Epidemiol*;42(3):913.
27. Governo de Angola, Comissão Interministerial do Plano Nacional de Formação de Quadros (2015). Relatório de Monitorização PNFQ 2013-2014. Gabinete de Comunicação e Imagem UTG/PNFQ, Luanda.
28. Greysen SR, Dovlo D, Olapade-Olaopa EO, Jacobs M, Sewankambo N, Mullan F (2011). Medical education in sub-Saharan Africa: a literature review. *Med Educ*; 45:973–986.
29. Joint Learning Initiative (2004). Human resources for health: overcoming the crisis. http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf.
30. Kasper J, Bajunirwe F (2012): Brain drain in sub-Saharan Africa: contributing factors, potential remedies and the role of academic medical centres. *Arch Dis Child*; 97:973-979.
31. Lapão MC (2011). O exemplo da CPLP no desenvolvimento da cooperação em recursos humanos para a área da saúde pública num contexto de cooperação Norte-Sul-Sul. *Revista Hospital do Futuro*; 14: 55-57.
32. Lourinho I; Godinho A; Ferreira P; Ferreira MA (2011). Conclusões sobre a construção de uma Rede de Educação Médica em Língua Portuguesa – II Reunião de Educação Médica em Língua Portuguesa. Luanda, 19 de Agosto.
33. McAleer E, Parker R, Griffiths OR (2013). Medical schools should develop medical educators, not just doctors. *Med Teach*; 35:698.
34. Mendes M, Barbosa J, Loureiro E, Ferreira MA (2014). How medical education can contribute towards the reduction of maternal mortality in Angola: the teaching/learning process of Gynaecology and Obstetrics. *African Health Sciences*; 14(1): 228-236 <http://dx.doi.org/10.4314/ahs.v14i1.36>
35. Monekosso GL (2014). A brief history of Medical Education in Sub-Saharan Africa. *Acad. Med*; 89:S11-S15
36. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F, Buch E, Chen C, Greysen SR, Wassermann T, Abubakr DE, Awases M, Boelen C, Diomande MJMI, Dovlo D, Ferro J, Haileamlak A, Iputo J, Jacobs M, Koumaré AK, Mipando M, Monekosso GL, Olapade-Olaopa EO, Rugarabamu P, Sewankambo NK H, Ayas H, Chale SB, Cyprien S, Cohen J, Haile-Mariam T, Hamburger E, Jolley L, Kolars JC, *et al.* (2011). Medical schools in sub-Saharan Africa. *Lancet*; 377:1113–1121.
37. Mullan F, Frehywot S, Omaswa F, Sewankambo N, Talib Z, Chen C, Kiarie J, Kiguli-Malwadde E (2012). The Medical Education Partnership Initiative: PEPFAR's effort to boost health worker education to strengthen health systems. *Health Aff (Millwood)*; 31:1561-1572.
38. Nachega JB, Uthman OA, HoY-S, Lo M, Anude C, Kayembe P, *et al.* (2012). Current status and future prospects of epidemiology and public health training and research in the WHO African region. *Int J Epidemiol*;41(6):1829–46.
39. Noormahomed E, Mocumbi AO, Preziosi M, Damasceno A, Bickler S, Smith DM, Funzamo C, Spencer EA, Badaró R, Mabila F, Bila D, Nguenha A, Rosário VD, Benson CA, Schooley RT, Patel S, Ferrão LJ, Carrilho C (2013). Strengthening research capacity through the medical education partnership initiative: the Mozambique experience. *Human Resources for Health*; 11:62.
40. Pinto MS, Cecchini MA, Malaquias IM, Moreira-Nordemann LM, Pita JR (2005). O médico brasileiro José Pinto de Azeredo (1766 -1810) e o exame químico da atmosfera do Rio de Janeiro. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 12:617-673.
41. República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos (2013). Perfil de Recursos Humanos para Saúde de Moçambique, 2013. Observatório de Recursos Humanos para Saúde de Moçambique, Maputo.
42. Russo G, McPake B, Fronteira I, Ferrinho P (2014 a). Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy Plan*;29(6):774-83.
43. Russo G, de Sousa B, Sidat M, Ferrinho P, Dussault G (2014 b). Why do some physicians in Portuguese-speaking African countries work exclusively for the private sector? Findings from a mixed-methods study. *Hum Resour Health*;12 (1):51.
44. Sambo MR, Cano MJ, Aguilar I (2012). Autoavaliação da Faculdade de Medicina da Universidade Katyavala Bwila: experiência-piloto, procedimento operacional e resultados preliminares. 2ª Conferência FORGES 2012 – Macau.
45. Sambo R, Ferreira AVL (2015). Current status on health sciences research productivity pertaining to Angola up to 2014. *Health Res Policy Syst*. 2015; 13: 32.

46. Scheffer MC, Dal Poz M (2015). The privatization of medical education in Brazil: trends and challenges. *Human Resources for Health* (2015) 13:96. DOI 10.1186/s12960-015-0095-2
47. Shehnaz SI (2010). Privatisation of medical education: viewpoints with a global perspective. *SQU Med J*; 10:6–11.
48. Shehnaz SI (2011). Privatization of medical education in Asia. *South-East Asian Journal of Medical Education*;5(1):18–25.
49. Sidat M, Conceição C, Amaral M, Ferrinho P, Dal Poz MR (2010 a). Gestão de Recursos Humanos em Saúde: experiência e percepções de um grupo de gestores de nível provincial. *Revista Médica de Moçambique*. *Revista Médica de Moçambique*, 10, suplemento Outubro: 13-20.
50. Sidat M, Fernandes B, Mussa A, Ferrinho P (2010 b). Recursos humanos da saúde em Moçambique: evidências actuais e desafios futuros. *Revista Médica de Moçambique*, 10, suplemento Outubro: 1-2.
51. Simões C (2004). Evolução do "numerus clausus" na Faculdade de Medicina da Universidade Agostinho Neto. *Revista Angolana de Educação Médica*; 2:7-13.
52. Simões C, Sambo MR, Ferreira A, Fresta M (2016). Ensino superior em Angola: desafios e oportunidades ao nível institucional. *Revista FORGES* 3(1):83-106.
53. Sobrinho SLN (1992). A evolução da Escola Médica no Brasil. *Revista Baiana de Saúde Pública*; 19: 37-48.
54. Sousa F, Jr., Schwalbach J, Adam Y, Goncalves L, Ferrinho P (2007). The training and expectations of medical students in Mozambique. *Hum Resour Health* 2007, 5:11.
55. Tyrrell A, Russo G, Dussault G, Ferrinho P (2010). Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea-Bissau. *Hum Resour Health*, 8.
56. Uthman OA, Uthman MB (2007). Geography of Africa biomedical publications: an analysis of 1996–2005 PubMed papers. *Int J Health Geogr*; 6:46.
57. Veras RP, Ribeiro LD, Lima JC (1983). Notas sobre Educação Médica no Brasil. *Educ Med Salud*;17(4):398-413.
58. World Health Organization (2006). The World Health Report: working together for health. <http://www.who.int/whr/2006/en/> . 2006. World Health Organization.

Estudo 3 – Exame das percepções, apoios e resistências da sociedade cabo-verdiana sobre a implantação e desenvolvimento da Educação Médica local.

Artigo submetido (em 2017)

Delgado AP, Dias S, Tolentino AC, Russo G & Ferrinho P. Evolução da Política de Educação Médica em Cabo Verde.

Evolução da Política de Educação Médica em Cabo Verde

Resumo

Introdução

A formação dos médicos em Cabo Verde seguiu o modelo de formação no exterior, único até 2015, com o qual o país incrementou a sua força de trabalho médica. Contudo, os bons resultados nesse domínio de recursos humanos para a saúde são insuficientes em número e diferenciação, para suportar os novos desafios de saúde, nomeadamente o desígnio da extensão da cobertura universal. As autoridades decidiram implantar o ensino médico local, a partir de 2015.

A formulação de uma política de Educação Médica enquanto política de educação e de saúde deverá poder envolver vários atores, organizações e instituições na conceção e realização de medidas que afetam o conjunto de instituições, organizações, serviços, mecanismos de financiamento do sistema de saúde e implantação de uma Educação Médica.

Os objetivos deste estudo, sobre as opiniões dos informantes-chave, são identificar os elementos essenciais à reformulação da política de Educação Médica em CV em termos de conteúdo, contexto em que ocorre, processos recomendados e principais atores envolvidos e contribuir para a reconsideração do curso de Medicina iniciado em 2015.

Material e métodos

Este estudo qualitativo baseou-se na análise de entrevistas realizadas a informantes-chave, de 4 grupos focais com médicos em atividade e um com jornalistas, conduzidos em 2014 e 2015. As entrevistas e os grupos focais seguiram guiões semiestruturados e pré-testados numa amostra intencional. Além destes dados primários, o estudo utilizou dados secundários de entrevistas conduzidas em 2012 na cidade da Praia a médicos cabo-verdianos, no âmbito de um estudo sobre multiemprego em três cidades africanas, perguntando-lhes sobre "o futuro do ensino médico em Cabo Verde". As entrevistas e os grupos focais foram gravados com o consentimento escrito de todos os participantes e transcritos. Utilizou-se a abordagem de análise de conteúdo para estudar as entrevistas e os grupos focais, com pré-codificação de categorias de análise.

Procedeu-se ainda à análise documental de artigos da imprensa cabo-verdiana entre abril de 2010 e julho 2016 para identificar o nível de apoio ao desenvolvimento de um programa de Educação Médica em Cabo Verde.

Neste artigo, adotamos como modelo lógico de análise dos resultados o “triângulo da elaboração das políticas de saúde” proposto por Gill Walt e colegas para ajudar a pensar sistemática e estrategicamente sobre a evolução da política que levou ao estabelecimento do curso médico.

Resultados

Ter uma política de Educação Médica envolvente em Cabo Verde foi reconhecida como essencial por todos os informantes-chave. Nas entrevistas e grupos focais, os informantes convergiram na opinião unânime sobre a necessidade de desenvolver a Educação Médica e reconheceram os principais impulsionadores da sua implementação. Apelaram à confirmação dos desenvolvimentos institucionais necessários para o arranque da Educação Médica, identificaram os processos mais importantes e os principais intervenientes envolvidos e os respetivos papéis.

Palavras-chave

Cabo Verde, Educação Médica, Médicos, Recursos Humanos em Saúde.

Evolution of Medical Education Policy in Cape Verde

Abstract

Background

The training of doctors in Cape Verde followed the model of training abroad, unique until 2015, with which the country increased its medical workforce. However, the good results in this field of human resources for health are insufficient in number and differentiation to support the new health challenges, namely the design of extending universal coverage. The authorities decided to deploy the local medical education from 2015.

The formulation of a medical education policy as an education and health policy should be able to involve various actors, organizations and institutions in the design and implementation of measures that affect the set of institutions, organizations, services and financing mechanisms of the health system and the launch of a medical education.

The objectives of this study based on the opinion of the key informants, are to identify the essential elements to reformulate the medical education policy in CV in terms of content, the context in which it occurs, recommended processes, key stakeholders and contribute to the rethinking of medical school started in 2015.

Material and methods

This qualitative study is based on the analysis of interviews with key informants, 4 focus groups with active doctors and one with journalists, conducted in 2014 and 2015. Interviews and focus groups followed semi-structured and pre-tested scripts in an intentional sample. In addition to these primary data, the study used secondary data from interviews conducted in 2012 in the city of Praia with Cape Verdean physicians, as part of a multi-employment study in three African cities, asked them about "the future of medical education in Cabo Verde". Interviews and focus groups were recorded with the written consent of all participants and transcripts. The content analysis approach was used to study the interviews and focus groups, with pre-coding categories of analysis.

Documentary analysis of articles from the Cape Verdean press between April 2010 and July 2016 was also carried out to identify the level of support for the development of a medical education program in Cape Verde.

In this article, we adopt as a logical model of results analysis the "health policy development triangle" proposed by Gill Walt *et al.* to help to think systematically and strategically about the evolution of medical education policy that led to the establishment of the medical course in 2015.

Results

Having a comprehensive policy of medical education in Cape Verde has been recognized as essential by all key informants. In interviews and focus groups, informants converged in the unanimous opinion on the need to develop medical education and they recognized key-drivers for its implementation. They called for confirmation of the institutional developments needed for medical education startup, identified the most important processes and the main actors involved and their respective roles.

Keywords

Cape Verde, Health Manpower, Medical Education, Physicians.

Introdução

Cabo Verde (CV) — um país pequeno, insular, com uma população de meio milhão de habitantes, dispersa e com uma diáspora relativamente numerosa (Buchan *et al.* 2011) — sempre fez a formação superior dos seus técnicos no exterior, em países que aceitavam os seus estudantes com bolsas de estudo ou, mais recentemente, para aproveitar vagas obtidas no âmbito dos acordos de cooperação bilateral. Essas especificidades dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (P.E.I.D./SIDS) têm alimentado o debate reiterado se em países insulares vulneráveis (Negin, & Martiniuk, 2015 e Briguglio, 2003) valerá a pena formar localmente os RHS ou continuar a formá-los no exterior, particularmente os médicos.

A política do ensino superior em CV foi-se desenvolvendo no âmbito da reforma de ensino. A criação da Escola de Formação de Professores, em 1979, veio a constituir um marco no processo de instalação do ensino superior no país e o aparecimento das universidades (Tolentino, 2007). A primeira instituição a surgir foi a Universidade Jean Piaget, em 2001, de natureza privada, seguida da Universidade Pública de Cabo Verde, em 2006. Em 2015, existiam 11 instituições de formação superior em Cabo Verde, entre Universidades (6), Institutos (3) e Escolas (2).

A formação dos médicos seguiu o mesmo modelo de formação no exterior e foi assim que o país incrementou a sua força de trabalho médica. Contudo, os resultados obtidos no domínio de recursos humanos para a saúde (Delgado *et al.*, 2017) são insuficientes em número e diferenciação para suportar os novos desafios de saúde, nomeadamente o desígnio da extensão da cobertura universal (Campbell, 2013 e Chan, 2008) a todas as ilhas e lugares. A partir de 2015, as instituições políticas e académicas têm vindo a reformular a sua política de Educação Médica (PEM) e a experimentar um modelo de formação interna, complementar ao anterior, suportada pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC). Realçamos que não será apenas uma questão de ter um número crescente de médicos, mas de combinar a melhoria da formação, incluindo a especializada, as condições de trabalho, a gestão, a sua distribuição pelo país, a motivação e a satisfação, como meio de incrementar o desempenho dos serviços de saúde (Cabral *et al.*, 2013). Trata-se também de considerar os efeitos colaterais que uma medida como essa tem sobre a prática profissional.

A (re)formulação de uma PEM, enquanto política de educação e de saúde, deverá ser feita sempre no contexto próprio de um P.E.I.D. e envolvendo os vários atores, organizações e instituições na conceção e realização de medidas que afetam o conjunto e cada uma das partes do sistema de saúde (Buse *et al.*, 2012).

Materiais e Métodos

Trata-se de um estudo qualitativo (Creswell, 2003; Yin, 2003) que resulta da análise das entrevistas, das discussões em grupos focais (GF), bem como de notícias nos *media* cabo-verdianos.

As entrevistas (Marconi e Lakatos, 2012; Marconi e Lakatos, 2003), realizadas em 2014, a 19 informantes-chave, entre entidades políticas ativas (POL), personalidades, ex-dirigentes do Estado com envolvimento na saúde e na educação (PER), dirigentes académicos (ACA), dirigente de ordem profissional (ORD) e médicos dirigentes da saúde (TEC), caracterizados na tabela 1.

Tabela 1. Informantes-chave entrevistados, Cabo Verde 2014

Tipo de informante-chave	Especificação
Dirigente político (POL)	Ministra-adjunta e da Saúde
	Ministro Ensino Superior, Ciência e Inovação
	Ministra Educação e Desporto
	Presidente Assembleia Nacional-Ex-M. Saúde
Personalidades ex-dirigentes (PER)	Ex-presidente da Assembleia Nacional
	Ex-primeiro-Ministro
	Ex-ministro da Educação
	Ex-ministro da Saúde1
	Ex-ministro da Saúde 2
Dirigente académico (ACA)	Reitora da Uni-CV
	Reitor da UNICA (ex-bast. OMC, ex-m. Saúde)
	Reitor da Uni-Jean Piaget
	Reitor da Uni-Mindelo
Dirigente de ordem profissional (ORD)	Bastonário da Ordem Médicos Cabo-verdianos
Dirigente técnico em estrutura central e regional (TEC)	Diretora clínica do Hosp. Agostinho Neto Praia
	Ex-assessor do m. Saúde, ex-DGS, staff OMS
	Ex-dirigente M. Saúde e staff OMS

	Ex-DGS – ex-inspetora geral Saúde
	Diretor da Região Sanitária Santiago Norte

Ainda em 2014, conduziram-se 4 grupos focais (Backes *et al.*, 2011) com 18 médicos em atividade nos sectores público e privado da saúde, nos três níveis de prestação de cuidados e nas três ilhas mais populosas (tabela 2).

Tabela 2. Participantes nas discussões em grupo focal, Cabo Verde, 2014

Tipo de informante-chave	Especificação
GF2 – Médicos generalistas Santiago em funções de direção nas estruturas de saúde primária na ilha de Santiago:	1. Programa Saúde Reprodutiva
	2. Centro Saúde/Delegacia Saúde Praia
	3. Centro Saúde/DS Calheta
	4. Delegacia Saúde/Sta. Cruz
GF3. – Médicos especialistas – Santiago, Praia , exercendo nos sectores público e privado da saúde na Praia/ Santiago	5. Gineco-obstetra1 – Privado
	6. Gineco-obstetra 2 – Privado
	7. Saúde Pública/delegado Saúde Praia
	8. Saúde Pública/Centro de Saúde
	9. Medicina Interna Hosp. Agostinho Neto
GF4. – Médicos especialistas e generalistas – S. Vicente , exercendo nas estruturas de saúde da ilha	10. Patologia Clínica Hosp. Baptista Sousa
	11. Delegado de Saúde – S. Vicente
	12. Gineco-obstetra – H.B. Sousa – Mindelo
	13. Clínico geral CS Monte Sossego
GF5. – Médicos especialistas e generalistas – Santo Antão , exercendo nas DS de R ^a Grande e do Paul e no Hospital Regional João Morais/ HpRJM	14. Clínica geral H. Regional João Morais
	15. Gineco-obstetra – HpRJM
	16. Clínica geral – HpRJM
	17. S. Pública – DSRG
	18. Clínica geral – Delegado Saúde Paúl

Em inícios de 2015 foi realizado um grupo focal com 5 jornalistas de órgãos de comunicação social públicos e privados (tabela 3).

Tabela 3. Participantes nas discussões em grupo focal de jornalistas, Cabo Verde, 2015

Tipo de informante-chave	Especificação
GFJ – Jornalistas de órgãos da comunicação social na cidade da Praia, públicos e privados	1. Rádio pública
	2. TV pública
	3. Jornal privado1
	4. Jornal privado2
	5. Agência de notícias – pública

As entrevistas e os grupos-focais foram conduzidos pelo primeiro autor, seguindo guiões semiestruturados, elaborados com temas e estrutura semelhantes para, no caso das entrevistas, auscultar as perceções das entidades envolvidas em função das responsabilidades, e, com os GF, pretendeu-se valorizar a discussão entre pares. Os guiões foram pré-testados numa amostra intencional entre personalidades para as entrevistas e médicos para os grupos focais (tabela 4).

Tabela 4. Grupos de pré-teste dos guiões para entrevistas e grupos focais. Cabo Verde, 2014

Tipo de informante-chave	Especificação
Entrevistas pré-teste do guião	Ex-diretora do Gabinete de Estudos e Planeamento do M. Saúde
	Pró-reitor da Uni-Piaget
	Ex-ministro da Reforma do Estado
Grupo pré-teste do guião dos grupos focais Médicos generalistas e especialistas na Praia.	S. Pública/Programa Paludismo
	S. Pública/Programa DNT
	Cirurgião aposentado – privado
	Médico militar

As discussões, gravadas após consentimento prévio, foram transcritas e estudadas pela análise de conteúdo por categorias, subcategorias e palavras-chave (Bardin L. 2009).

Além destes dados primários, o estudo aproveitou dados secundários de entrevistas conduzidas em 2012 na cidade da Praia a médicos cabo-verdianos a exercerem no sector público, no privado ou em ambos, no âmbito de uma pesquisa sobre multiemprego médico em sectores da economia em três cidades africanas (Praia, Maputo e Bissau), (Russo *et al.*, 2014). Já com este estudo em vista, foi introduzida uma pergunta: “Fala-

se muito em avançar com uma faculdade de medicina em CV. Qual é a sua opinião? É uma prioridade, é necessária, é viável?”. As respostas foram gravadas e transcritas pela equipa do projeto. Os informantes estão caracterizados na tabela 5. Foi utilizada a abordagem de análise de conteúdo (Hsieh & Shannon 2005) com pré-codificação de categorias de análise.

Tabela 5. Lista de entrevistados em 2012, Praia Cabo Verde

Tipo de informante-chave	Especificação
Médicos cabo-verdianos a exercerem no sector público, no sector privado ou em ambos	1. Oftalmologista (público e privado)
	2. Infeciologia (público)
	3. Gineco-obstetrícia (público e privado)
	4. Gastroenterologia (público)
	5. Saúde Pública (público)
	6. Saúde Pública (público)
	7. Saúde Pública (público)
	8. Saúde Pública (público)
	9. Nefrologia (público)
Gestor dos RHS no M. Saúde	10. Responsável RHS

Procedeu-se, ainda a uma análise documental do conteúdo de artigos da imprensa cabo-verdiana entre abril de 2010 e julho 2016, a fim de identificar o nível de apoio nos *media* ao desenvolvimento do ensino médico em CV, identificando os atores mais ativos neste debate (Bowen, 2009).

Neste artigo estudamos a evolução da PEM em CV, adotando como quadro lógico de análise o modelo proposto por Gill Walt e colegas (1994), que designaram por “triângulo da política de saúde”. (figura 1).

Figura 1. Triângulo das políticas de saúde



Source: Walt and Gilson (1994)

Resultados

O triângulo de Gill e Gilson segue uma abordagem de análise de políticas focalizada nos atores e sobre a importância do contexto, conteúdo e processo, obrigando-nos a um olhar sincrónico dirigido a esses elementos na análise do desenvolvimento de políticas. Seguiremos este quadro lógico começando por esclarecer o conteúdo da PEM entre os argumentos dos informantes-chave. Abordaremos depois o contexto que levou ao estabelecimento do ensino médico em 2015 e os mais importantes processos identificados. Identificaremos de seguida os principais atores envolvidos e os respetivos papéis e os processos adotados por esses atores para chegar ao resultado.

Conteúdo e resultados

Todo o debate se centra no objetivo de definir uma PEM e do estabelecimento do ensino médico em CV pela adoção de um modelo local, complementar, de formar os médicos cabo-verdianos.

Este objetivo baseia-se na premissa consensual entre os informantes-chave que "...a melhor resposta às insuficiências de médicos [em CV] parece ser a necessidade de formação de pessoal médico para CV" (PER-E12). Esta necessidade levou a uma PEM, ao estabelecimento do ensino médico, que encontra respaldo em vários argumentos apresentados pelos informantes-chave: "...a escola de Medicina de CV devia ser uma escola pública..." (POL-E5), assente no "...acordo que inclui o Governo de Cabo Verde, o Governo de Portugal e a FMUC, numa responsabilidade partilhada ... para [viabilizar] o curso de Medicina", procurando-se "formar um médico com capacidades amplas para trabalhar aqui ou noutra parte do mundo..." (TEC-E4), recorrendo-se transitoriamente a uma "lógica da formação em sanduíche" POL-E9), "avançando no país com determinadas disciplinas que não exigem muitos recursos técnico-científicos" (TEC-E3), com "uma fase intermédia ... feita em Coimbra e a parte final feita de novo aqui [em CV] ..." (ACA-E14). Assim, os desenvolvimentos institucionais necessários ao arranque da EM deverão estar disponíveis: ter o currículo do curso identificado; o perfil do médico definido; os professores recrutados com nível de qualidade garantido; os regulamentos aprovados; locais para aulas práticas e materiais de ensino ..." (TEC-E3); ... alunos selecionados segundo critérios predefinidos; capacidade financeira do país e das famílias para pagar as propinas. Também "uma reflexão com consenso o mais alargado sobre o que a EM significará; ter um plano de formação" (POL-E8) e

“acreditação do curso; dinamizar e procurar o financiamento; organizar; contatar os atores principais do sistema; apoio do Ministério [da Saúde] e da Ordem dos Médicos...” (ACA-E10).

Contexto

Os informantes-chave referiram diversos elementos do contexto, nomeadamente: condições concretas do país (pequena população, insular e dispersa, com uma forte diáspora); necessidade de afirmação da soberania nacional; reforço dos direitos dos cidadãos; percepção da necessidade do ensino médico em CV, da prioridade que se dá a essa necessidade, dos meios disponíveis ou mobilizáveis e da viabilidade das diferentes opções; vontade política; a situação do ensino secundário. Abordaremos algumas destas questões mais em detalhe.

Soberania nacional, desenvolvimento e direito à saúde

Nos anos oitenta e noventa discutia-se se deveria haver universidade em CV, e os argumentos eram que tal não fazia muito sentido porque tínhamos um mercado pequeno que poderia depois implicar desemprego. “...Há alguns anos que se vinha falando na necessidade de instalar uma EM no país (TEC-E7; PER-22), mas “...não havia recursos humanos, equipamentos, hospital escolar e nenhuma parceria com uma faculdade estrangeira com capacidade para nos dar apoio, um número de médicos significativos em CV” (POL-E8). Mas “...CV não poderá pensar em não ter um curso de Medicina” (TEC-E3), na assunção soberana da responsabilidade de o país formar os seus quadros, devendo “...o ensino médico local ser enquadrado no plano estratégico de desenvolvimento do país” (POL-E9). “Há necessidade de acelerarmos o processo de modernização de todo o sistema nacional de saúde em CV...” (PER-E22).

Para os informantes-chave, “...o sucesso do desenvolvimento que temos neste momento deve-se, em grande parte, a essa atenção à saúde e à educação” (POL-E5) e a EM “...poderá ajudar a sistematizar a extraordinária prática e escola que se fez em quarenta anos de independência... podendo ser CV um exemplo para fazer-se saúde, usando meios básicos que são a atenção primária, a mobilização da população, a perspetiva de saúde em todas as políticas” (POL-E8).

“Uma instituição de formação médica e de nível superior suportará passos mais avançados tanto na educação como na realização do direito à saúde” (PER-E1). Esse

esforço “coloca-se, também, do ponto vista da qualificação de uma mão-de-obra cabo-verdiana para empregabilidade em geral, cá e fora do país” “...temos as condições de dar um novo salto no domínio de funcionamento global do sistema nacional de saúde, mas...o pilar da formação não estava a funcionar... faltava-nos a dos médicos...” (PER-E22).

Necessidade de implantação em Cabo Verde do ensino médico

Todos os informantes-chave e os participantes nas discussões em grupos focais (médicos e jornalistas), defenderam a implantação da EM local com argumentos diversos: o facto de que os médicos cabo-verdianos “... vêm estudando no exterior o que tem seus aspetos positivos”, o “aumento do número e a qualidade” e “a contribuição dada por esses profissionais ao desenvolvimento do sector saúde, mas também, aspetos negativos ligados a um certo distanciamento e, depois da formação, ficarem por lá, tributando o “*brain drain* dos médicos” (PER-E1); o risco da “diminuição do número de vagas e/ou bolsas de estudo para Medicina que os parceiros nos dão” (TEC-E4 e TEC-E6); um dos objetivos de qualquer país é ter “... a sua própria formação médica local” para dar resposta às necessidades do país e para criar conhecimento”; “... as universidades como fonte de saber, de conhecimento e de excelência” (PER-E2) devem “... ser um espaço para a pesquisa e a construção de um corpo do saber sistematizado metodologicamente...” (POL-E8); e porque “... é sempre necessário abrir uma área de educação” para “formar localmente os médicos” estimular a “... especialização de quadros e a formação continuada” (TEC-E4).

Assim, argumentam que é urgente que “... tomemos uma decisão sobre a matéria, perante a consciência do défice de profissionais que temos na área da saúde, em todos os níveis e em todos os ramos e se dê um salto qualitativo com a criação da escola de Medicina” (POL-E11), porque “... é pertinente e necessário o desenvolvimento das ciências médicas, das ciências da saúde em universidades cabo-verdianas” (ACA-E10), que “a formação de médicos é necessária e importante pela mais-valia que trará ao nosso Serviço Nacional de Saúde, ao exigir um esforço na formação de recursos humanos e ao mobilizar mais recursos por via do curso de Medicina” (ORD-E13). A EM será, assim “... um ganho para o país na formação de mais médicos, ... para adquirir maior capacidade interna de pensar as questões de prática no exercício da profissão médica, ... estabelecer uma interação entre a academia, hospitais e centros de saúde onde se exerce prática médica... também, lançar bases de outras componentes importantes, como a

investigação, a articulação entre o sistema de saúde e os sistemas de formação e de investigação, o acesso à base de dados, uma estratégia de atualização científica permanente, formação continuada ou formação pós-graduada” (POL-E9).

Alguns entrevistados e a maioria dos participantes dos GF são favoráveis à implantação da EM, mas apelam a alguma cautela na sua materialização porque “...não podemos apenas constatar, ou comparar, as nossas expectativas com a nossa realidade, temos de ver as diversas respostas possíveis e quais as mais eficientes” [aliás] “... vimos formando o nosso pessoal médico no estrangeiro, por sinal em vários países, em vários sistemas e nada nos diz que passar, de repente, a formar médicos em CV, será mais eficiente ou que será mais seguro...” (PER-12), reconhecendo que “... isso tem muitos condicionantes ... localmente temos que saber o que fazer para adequar corretamente o ensino médico em CV, desde o ensino secundário [que] não está a funcionar como é preciso, a certos determinantes que nos levem a dar uma resposta objetiva concreta ...” (PER-E15, ACA-E16).

Prioridade

A prioridade para a instalação do ensino médico, divide as opiniões dos informantes-chave entre aqueles que privilegiam os aspetos políticos na decisão de se avançar já para sua instalação, aproximando-se do incrementalismo²⁰ na implantação de políticas públicas e os que, próximos do modelo racional-compreensivo²¹, apresentam argumentos prudentes quanto ao quando avançar com o processo. Entre os primeiros há opiniões de que isto depende “... do nível de prioridade em relação a outras necessidades políticas, também prementes” ... e que “é uma questão que a política irá normalmente definir” ... com uma visão de que se trata de “uma prioridade política para o país no atual contexto” (PER-E1), reforçado pela afirmação de que “...há uma vontade política de se avançar com o curso de Medicina” (TEC-E4) e “...há uma orientação muito clara da chefia do Governo para lançar, trabalhar, elaborar e fortificar um curso de Medicina em CV por ocasião dos 40 anos da nossa independência, como um dos marcos a anunciar” (POL-E9). Entre os segundos, a maior parte informantes-chave e participantes dos GF, afirma que “... o que é prioritário é continuarmos a prever as necessidades, comparar as necessidades com as nossas possibilidades, nomeadamente financeiras ou de relações de cooperação ... continuar a formar o número de especialistas o mais próximo possível do

número correspondente à necessidade previsível...” (PER-12), para darmos uma melhor resposta aos problemas da saúde e termos um ganho de cérebros...” (PER-E1).

A maioria dos entrevistados e a quase totalidade dos participantes nos GF prefere olhar para as condições prévias e realçar a pressão da insuficiência de médicos, “... estamos com muito pouca gente... há gente a ir para a reforma... e não se está a formar muita gente” (TEC-E6). Temos um desafio em CV que é o de melhorar continuamente a saúde”, “...os médicos foram formados no exterior até hoje... e esses países já não têm a disponibilidade de formá-los ou as possibilidades são cada vez menores”. “Há que resolver este hiato, aproveitar as oportunidades que eventualmente ainda vão surgindo, mas “... criar condições aqui em CV para formarmos os nossos médicos” (POL-E11).

Outros, em minoria, consideram não prioritário nos tempos mais próximos, acautelam-se “... do meu ponto de vista, não é prioritário, no horizonte de cinco ou dez anos, formarmos o pessoal médico em CV”, e preconizam, em alternativa, “fazer estudos e fazer melhor escolha dos modelos” ou “... eu não tenho os dados suficientes para responder qual o nível de prioridade... depois do estudo aprofundado chegaremos à conclusão do que será mais eficiente, isto é, como vamos querer atingir este mesmo nível de qualidade por um custo menor...” (PER-12) ou “...pode não ser uma prioridade, mas eu acho que a médio ou longo prazo vai ser uma necessidade, portanto deveremos começar a preparar-nos para a formação desses médicos.” (ORD-E13).

Viabilidade

Algumas reservas foram destacadas sobre a viabilidade, sustentando a prudência indispensável a um processo complexo e de enorme responsabilidade que é a implantação da EM num país com as características de CV. A ausência de um corpo docente previamente preparado é assinalada pelos informantes-chave como o principal obstáculo. Para viabilizá-la vai ser necessário encarar que “... há uma realidade concreta que são os recursos disponíveis — financeiros, de organização e humanos —, portanto, um hiato que temos que reduzir...” (POL-E11). É também obstáculo a questão da qualidade do sistema educativo, na ligação entre os ensinos não superior e superior para garantir as competências necessárias, de natureza linguística ou de raciocínio lógico, o que requer um “grande investimento nessa matéria” (POL-E5). A precariedade dos vínculos entre a Saúde e a Educação não facilita o necessário envolvimento do pessoal médico ao processo (ACA-E10). Outro obstáculo é o financiamento da EM que “carece

de alguma clarificação quanto às fontes e à sustentabilidade...” (PER-E2) pelo que “temos que encontrar e ir buscar os financiamentos necessários pela via da internacionalização” (ACA-E16).

Por isso, há quem pondere “que deveríamos tomar o tempo necessário para nos prepararmos bem “para evitarmos falsas partidas”. É fundamental que nos estribemos em bases sólidas como forma de “credibilizarmos essa formação, que partamos de uma situação em que as condições mínimas estejam criadas...” (PER-E15).

Processos

Os diversos processos identificados pelos informantes-chave como indispensáveis envolvem: 1) Elementos estratégicos — definição das grandes linhas orientadoras, estratégias e políticas a nível do ensino superior, definição do perfil do médico para CV, desenvolvimento de propostas de ensino médico, estabelecimento de *standards* e critérios de certificação dos cursos de EM; 2) Fatores ligados à condução, liderança, articulação e parceria; 3) Ligados à materialização do processo educativo — ensino-aprendizagem, docentes, discentes, formação inicial e contínua de docentes; 4) Alocação de recursos — aprovação do orçamento, mobilização de financiamentos; 5) mobilização da opinião pública cabo-verdiana.

Os mais previdentes colocam a tónica em estudos para suportar o processo decisório, argumentando que é “... necessário fazer estudos prévios mais afinados” (PER-E1), ou que é “uma ideia que deve ser estudada com ajuda de gente com experiência...” (TEC-E6), para clarificar os contornos ... porque “a EM tem que ser viável para CV” (PER-12) e há possibilidades em termos nacionais...” (ORD-E13), criando uma instituição certa...” (POL_E8), para “desenvolver o conhecimento específico da saúde, pensar a academia para servir não só CV, mas uma região africana mais alargada, quer geográfica, quer linguística...” (POL-E5) e que projetem a EM para criar “... espaços não ligados ao exercício imediato da profissão, mas favorecendo a investigação e a acareação do pensamento crítico” para “... criar um novo ecossistema com novas exigências...” (POL-E9).

O ensino médico de qualidade requer “... investir nos quadros, qualificar, diversificar...” (POL-E15), “ter formadores locais” (TEC-E4), organizar processos de formação pedagógica para “o *upgrade* de médicos que quererão ser professores, com ganhos quer

na sua prática médica quer na academia, ... a convivência com os professores que estão em mobilidade [vindos de Portugal]” favorece a “...internacionalização em CV, que é uma pré-condição da qualidade de um curso dessa natureza...” (POL-E9), “... um crivo mais apertado em relação às exigências de acesso” (PER-E2), “adaptar o currículo do curso em função do perfil do médico ambicionado para essa formação”, sem termos que nos fechar no ensino clássico, dado que “... o perfil geral do médico já se modificou” (TEC-E3), e prestar atenção institucional “... à formação contínua, à formação ao longo da vida, porque não podemos ter uma sociedade em que uma pessoa faz um curso ... Medicina, vem e depois passa dez anos [sem voltar a estudar]...” (POL-E8).

Os outros processos serão abordados a seguir em consonância com os atores que são identificados pelos informantes-chave como responsáveis pela sua condução.

Atores

Os atores identificados foram e continuarão a ser, o Presidente da República, o Parlamento, o Governo, as Universidades, públicas e privadas, a Ordem dos Médicos Cabo-verdianos (OMC), as instituições prestadoras de cuidados de saúde, parceiros internacionais, organizações da sociedade civil (OSC) e agentes económicos. Questões de liderança, de articulação entre os atores e de partilha de responsabilidades devem ser claramente (re)definidas, considerando que o processo deve ser, politicamente “... liderado pelo Governo, é fundamental articular os Ministérios envolvidos...” (ORD-E13) e a liderança técnica necessária “... deve ser integrada na Universidade de CV para o processo de implantação...” (PER-E2, ACA-E10).

Alguns entrevistados defenderam “... um consenso político nacional à volta da decisão para criação deste curso” (ORD-E13), tendo em conta que o Parlamento, sendo “... um espaço por excelência para o debate político de validação das políticas e das grandes questões nacionais... perante a pertinência da criação de uma escola de saúde, ... não pode ficar indiferente” (POL-E11, PER-E1).

Vários informantes-chave reconhecem que depende do Governo, em primeiro lugar “... dar aval e ter um envolvimento fortíssimo...” (POL-E11, PER-E1), “... a obrigação de indicar uma estratégia, ou apontar caminhos... (PER-E12), pelo envolvimento de sectores governamentais fundamentais, os “...Ministérios da Educação e do Ensino Superior... que definem as grandes linhas orientadores, estratégias e políticas a nível do ensino superior..., estabelecem *standards*, definem critérios e garantem o processo de

certificação dos cursos...” e da Saúde com um papel de primeira linha na definição do “... perfil do médico que se precisa para CV” (TEC-E3, TEC-E4, TEC-E6 e ACA-E10), destacados entre outros ministérios com papéis específicos, caso do “Ministério do Ambiente (mudanças climáticas), Ministério das Finanças...” (POL-E8).

Já a materialização de uma PEM exigirá “... um envolvimento muito forte da universidade pública à qual o ensino médico deve estar mais associado” (POL-E11, TEC-E3, POL-E5). Houve também a defesa de um envolvimento de “... todas as universidades... mesmo que o curso seja alojado em uma única, para que esse curso seja sólido e adequado às necessidades públicas” (PER-E1).

CV é um país pequeno, tem relativamente pouca população [e] “... qualquer projeto tem que desenvolver sinergias, parcerias e colaborações interinstitucionais... necessárias para que um curso de Medicina seja, realmente uma referência a nível nacional e, quem sabe, a nível regional...” (ACA-E10). Assim sendo “... será CV a ganhar com o facto de, tanto as universidades públicas como privadas... estarem envolvidas... e aproveitar “... todas as sinergias de uma parceria público-privada... (POL-E11, TEC-E6, PER-E2)

A OMC é apontada como “... um parceiro inquestionável” (PER-E1), “fundamental” (TEC-E4), como “... organização de entendidos no assunto... (PER-E12), com papel em “... outorgar ou avaliar os diplomas” (TEC-E3), “... procurar parcerias dentro do quadro da comunidade médica da língua portuguesa... [e] sensibilizar a classe médica para a necessidade do curso de Medicina em CV...” (ORD-E13).

O funcionamento do curso requer o foco nas questões da regulação, qualidade²², e primeiros passos para a construção de um projeto credível que projete as necessidades infraestruturais e permita “... desenvolver uma valência de formação universitária por fases, nas nossas instituições de saúde” (PER-E2), “aproveitar a rede de prestação de serviços de saúde com alguma capacidade e com algum nível... “que pode servir de campo de estágio...” (POL-E11) “com apenas adaptações na organização e gestão, para receber os estudantes de medicina... que irão precisar de prática” (TEC-E4 e ACA-E10) e o “... Instituto Nacional de Saúde Pública... pela vocação da investigação...” (ACA-E10). Envolver “... as associações dos enfermeiros e de outros profissionais na perspectiva de equipas” que as “integrarão com os médicos, não só na prestação de cuidados, mas também, eventualmente, durante a formação” (POL-E8).

Um processo desta natureza exige argumentos suficientes para “... envolver a sociedade civil, convencê-la de que realmente esse curso é pertinente e necessário em CV” (ACA-E10), mas, também “... envolver vários parceiros tornando-o um projeto da sociedade, acarinhado pela sociedade desde a partida...”, “... discutido nos meios académicos, empresariais, comunicação social...” poderia constituir “... um catalisador para despertar e sensibilizar as pessoas e daí partirmos com uma boa base de apoio...” (POL-E11).

Os órgãos de comunicação social tiveram e terão um papel importante nesse auscultar e mobilizar a sociedade. A análise do conteúdo das notícias publicadas na imprensa cabo-verdiana, no período entre Abril de 2010 e Julho 2016 fez emergir a forma atenta como todos os jornais, as agências de notícias e a radio e televisão cabo-verdianas acompanharam e relataram a história da instalação do ensino médico no país. Vários atores como OMC, chefia do Governo, MESCI, a Uni-CV, a FMUC, a Uni-Piaget e a Uni-Mindelo vieram a público com as suas declarações, decisões ou achegas, por vezes controversas, mas benéficas para o esclarecimento da opinião pública. Deram destaque às posições da OMC, referindo-se à conferência sobre a “EM continuada e qualidade da atenção em saúde”, em 2010; às declarações em 2012 que perspetivavam a formação médica em CV como “um tema bastante pertinente”, mas colocando-o “num horizonte de quinze a vinte anos” por não estarem reunidas “todas as condições, quer materiais, quer humanas, para a implementação de um curso de Medicina no País”; ou a Uni Piaget, em 2013, anunciou que se achava pronta para iniciar o curso de Medicina, “apenas aguardando o “sim” das autoridades cabo-verdianas, e a OMC afirmou-se disponível, envolvendo a Comunidade Médica de Países de Língua Portuguesa, para “trabalhar com a Uni-Piaget na implementação da sua Faculdade de Medicina”.

A imprensa divulgou a decisão do Governo, anunciada pelo primeiro-ministro em janeiro de 2014, de que “... vai trabalhar com a Uni-CV no sentido de lançar o curso de Medicina no arquipélago, em cooperação com universidades e hospitais portugueses... [e] criar e desenvolver novas especialidades médicas...” e da reação da Ordem a alertar, de novo, para o facto de que “o país ainda não tem condições técnicas para iniciar um curso de Medicina”. Viria a ser um marco político de relevo no processo. Na sequência, foi difundida a parceria assinada entre a FMUC, instituição portuguesa indigitada para trabalhar “... um estudo preliminar para o lançamento de um curso de Medicina...” e a UNI-CV”, entidade a ministrá-lo, com anuência dos Governos de Portugal e Cabo

Verde. Essa parceria seria importante para acelerar a implantação local do curso e quebrar barreiras entre a população. A divulgação do “documento sobre o enquadramento do ensino da Medicina” e a auscultação de diversos membros do Governo, do bastonário da OMC, de responsáveis por instituições públicas e privadas, de médicos e personalidades da sociedade cabo-verdiana” para consensualizar os requisitos necessários, terão sido importantes na aceitação do curso, que foi anunciado pela Reitora da Uni-CV para o ano letivo 2015/2016 com o “objetivo de preparar médicos de clínica geral para que possam exercer em qualquer país”. O curso de Medicina arrancou com 25 alunos, selecionados entre mais de uma centena de concorrentes.

Outras instituições privadas foram identificadas “... ASA, S.A., as empresas ligadas aos transportes não teriam um papel a desempenhar nisso? ... as empresas turísticas... já estamos atrasados em relação ao turismo de saúde..., grandes cadeias de hotéis..., a envolver como potenciais parceiras que poderão participar... porque é, também, uma ousadia avançar com uma formação dessa escala...” POL-E11.

Naturalmente, “...a cooperação internacional, identificando parceiros que já fizeram esse percurso e adquiriram um saber-fazer” porque “... a criação da escola de Medicina em CV ... terá de ter por trás uma entidade com credibilidade internacional... uma espécie de supervisora que dê credibilidade ao diploma” (POL-E11). Será preciso procurar “também os parceiros ao nível nacional...” (PER-E2, ACA-E10) para se garantir “um corpo docente experimentado ...” (PER-E2). No quadro da “... CPLP há países, sobretudo Portugal e Brasil, mas também Angola e Moçambique... que nos podem ajudar a estabelecer as melhores bases possíveis para a formação de médicos em CV, garantir docentes e estabelecer uma auditoria regular nos primeiros anos...” pensando “no IHMT, na FMUC, na FIOCRUZ...” (POL-E5). A colaboração da OMS é indispensável porque “... é uma instituição que se tem debruçado sobre a EM e pode trazer vantagens quando se estiver a definir o perfil dos cursos” (TEC-E3). Obviamente que devemos “... contar com a nossa gente, as nossas estruturas...”, “alocar os recursos necessários para isso, financeiros, ... não só pela via orçamental, mas também através da cooperação e recursos humanos” e tirar “benefícios da nossa diáspora formada nessas áreas” (PER-E1).

Discussão

Este é um estudo singular, porque não existe na literatura sobre a matéria qualquer texto que se debruce especificamente sobre a evolução da EM a partir de um momento zero: o nascimento de um estado independente sem nenhuma escola médica.

O quadro de referência de Walt e Gilson serviu bem para ajudar a expor a teia que reflete a complexidade da formulação de uma PEM, que envolve um olhar sincrónico para o conteúdo, a análise dos processos de decisão, o entendimento do uso do poder na política de saúde, o modo como tais influências são exercidas e o contexto onde os diferentes atores e processos interagem (Buse *et al.*, 2012). Este artigo identifica as características essenciais do processo de implantação da EM como parte da política de ensino superior e da política de saúde em CV. É fundamental que a PEM abranja as formações de base, contínua, ao longo da vida, especializada e interprofissional de saúde e que contenha as medidas e estratégias para orientar a consolidação do ensino médico, no contexto específico do país.

A Política Nacional de Saúde (PNS), sem referir o ensino médico local explicitamente, reflete a preocupação da melhoria da força de trabalho na área da saúde e sobre a sua capacidade de servir a população cabo-verdiana (Cabo-Verde, 2007). Neste vazão da PNS sobre o tema do ensino médico o sistema de ensino superior apadrinou o tema e levou-o avante.

A política de ensino superior tem vindo a responder à pressão de uma crescente população do ensino secundário que procura no ensino superior as oportunidades de continuidade da sua formação. Os governos têm respondido através da institucionalização do ensino superior com um enfoque inicial nos domínios técnico e de gestão, de forma a ultrapassar a dependência da formação de quadros no exterior. O esforço financeiro para essa formação no exterior foi sempre muito elevado para as possibilidades do país, já que CV tem suportado cerca de 60% das despesas com bolsheiros espalhados por mais de uma vintena de países estrangeiros. A intenção foi sempre desenvolver no país a capacidade para formar e qualificar quadros para o seu desenvolvimento, de molde a poder absorver a maior quantidade dos estudantes que procurarão esse nível de ensino. É de notar a forte vontade política e social de usar o ensino superior como alavanca para o desenvolvimento, citando Corsino Tolentino “Vontade política de integrar o projeto de ensino superior no desígnio nacional de afirmação cultural e económica de CV” (Tolentino 2007).

Esse desenvolvimento tem sido feito na perspectiva da inserção da Uni-CV em redes universitárias no contexto da CPLP, com destaque para Portugal e Brasil (Alves, s/d), o que levou a um plano operacional de apoio de Portugal ao desenvolvimento da Universidade Pública em Cabo Verde (http://www.dges.mctes.pt/NR/rdonlyres/803C3477-71E4-4984-882D-73C69FEBE7CA/3849/Cabo_Verde_Acordo.pdf) e, de certa forma, explica a opção por Portugal como parceiro do lançamento do ensino médico em CV em vez de recorrer a Cuba, que liderou na formação de médicos no exterior desde a independência (Delgado *et al.*, 2017).

O desenvolvimento do ensino superior em CV tem sido mais incremental do que racional (Brooks, 2002 e Wiktorowicz *et al.*, 1997). Daí que dessa experiência ressaltem cautelas associadas com o “baixo nível de qualificação dos docentes”, “o fraco nível escolar do elevado número de candidatos aos estudos superiores, em decorrência da massificação do ensino secundário” (Varela, 2014) e a “forte dependência científica e curricular em relação ao exterior, quer no que se refere à conceção curricular dos cursos, cujos planos de estudos e programas são, de um modo geral, decalcados ou adaptados dos que são adotados por instituições universitárias portuguesas, quer no que concerne aos recursos pedagógicos (especialmente os bibliográficos), em regra importados do exterior, quer ainda em termos de provimento de efetivos de docentes necessários à lecionação nos cursos” (Varela, 2012).

Estas cautelas refletiram-se em muitos dos comentários colhidos nas entrevistas acima analisadas, mas acabaram esquecidas perante o desafio da chefia do Governo “para lançar, trabalhar, elaborar e fortificar um curso de Medicina em CV por ocasião dos 40 anos da nossa independência, como um dos marcos a anunciar” no caminho da afirmação da soberania nacional. Os argumentos políticos impuseram-se na adoção, mais uma vez, de um modelo incremental de desenvolvimento da PEM em contraposição aos que apelavam por uma abordagem mais racional.

O momento em que esta decisão foi tomada é importante para a contextualizar. Como data de criação do ensino médico em CV adotamos a do despacho n.º 77/2015 de 6 de outubro, com o qual o ministro do Ensino Superior, Ciência e Inovação autoriza a acreditação e o registo do ciclo de estudos do mestrado integrado em Medicina na Uni-CV para o ano letivo de 2015-2016 (anexo 1). Foi uma decisão tomada por um executivo

em queda de popularidade, em fim de mandato, representando um partido fracionado, que foi provavelmente vista como mais uma oportunidade de mostrar obra perante um eleitorado que poucos meses depois se iria pronunciar sobre o desempenho do Governo³⁰. O momento coincide também com o grande investimento em EM nos países africanos e, globalmente, investimento em que os PALOP não foram esquecidos (Fresta *et al.*, 2016).

Nas nossas entrevistas e grupos focais, os incrementalistas e os racionalistas convergiam na unanimidade de opinião sobre a necessidade de desenvolver o ensino médico em CV. Ambos reconheciam que os *key-drivers* (Lueddeke, 2012) incluíam: o reconhecimento do número insuficiente do pessoal de saúde; a fraca diferenciação e a deficiente qualidade do atendimento médico; a perda das colateralidades de um processo de ensino estruturado como o desenvolvimento da investigação e das ciências da saúde; a insularidade do país; as tendências demográficas em CV e a necessidade de adaptação à mudança do perfil epidemiológico e aos determinantes sociais da saúde; os custos financeiros e não só, a fuga de cérebros, de formar no estrangeiro.

Os racionalistas apelaram a que os desenvolvimentos institucionais necessários ao arranque da EM estivessem confirmados: ter o currículo do curso identificado; o perfil do médico definido; os professores recrutados com nível de qualidade garantido; os regulamentos aprovados; locais apropriados para aulas teóricas e práticas; bibliotecas, laboratórios e unidades de saúde para acolher de forma didática os estudantes; massa crítica de alunos selecionados segundo critérios predefinidos, oriundos de um ensino secundário que os preparou devidamente para estudar na universidade; capacidade de resposta do país em termos de capacidade financeira das famílias para pagar as propinas; uma propina acessível. Identificaram os mais importantes processos de natureza estratégica, de liderança e parceria, de materialização do processo educativo, de alocação de recursos, da participação da sociedade e, ainda os principais atores, essenciais aos resultados.

Ao negar-se o modelo racionalista muito ficou por fazer na elaboração de uma PEM ajustada às características do país, constituindo um grande desafio, em Cabo Verde, ao desenvolvimento da EM no futuro imediato.

Conclusão

A necessidade da instalação de ensino médico local não é questionada, em momento algum, pelos informantes-chave. Houve sim, recomendações quanto às condições e prioridades que exigiriam mais ponderação, tempo e a garantia da viabilidade de um processo complexo e de enorme responsabilidade.

A (re)formulação da PEM é de importância vital, em nome da sustentabilidade científica, técnica e financeira. A responsabilidade é política, técnica e social. A PEM deverá ser concebida envolvendo todos os atores, em conformidade com as exigências da universalização da saúde, da evolução da ciência e da tecnologia médica no século XXI, das políticas nacionais de saúde e educação, no contexto de um pequeno país insular, com a população dispersa e potencialmente turístico. Uma reflexão nos meios académicos, empresariais e na comunicação social, em torno dessa matéria torna-se indispensável para o *referendum* da sociedade cabo-verdiana.

Implicará reconsiderar o curso de Medicina em CV na perspetiva de acompanhar a experiência, analisá-la e consolidar o projeto com a confirmação dos desenvolvimentos institucionais necessários. Provavelmente, necessitará de um compromisso entre os modelos de decisão incrementalista e racional pela abordagem do *mixed-scanning* de composição entre os dois, conceção defendida por Etzioni (1967), que o considera o método mais adequado para lidar com as decisões estruturantes das políticas públicas ao permitir explorar um amplo leque de alternativas.

Declaração de Autoria e de Responsabilidade

Este artigo é parte do trabalho de tese do programa de doutoramento de APD, sob orientação de PF e coorientação de ACT. Da comissão tutorial fazem parte, ainda SD e GR. APD fez a recolha, transcrição e análise do conteúdo. APD, PF e SD participaram no desenho, na elaboração dos instrumentos de recolha e tratamento das respostas e na análise final dos dados. Todos participaram da análise e interpretação dos dados assim como da redação do texto, o suficiente para assumir a autoria e a responsabilidade pública pelo conteúdo deste artigo.

Agradecimentos

Manifestamos nossa gratidão às personalidades entrevistadas, aos médicos e aos jornalistas que participaram nas discussões em grupo pelos valiosos contributos dados ao conteúdo deste artigo; às pessoas amigas: Ivone Santos, Carine Borja, Jossara Silva,

Dário Delgado, Catherine Borja e Lara Delgado pela colaboração inestimável na transcrição das entrevistas; Osvaldina Brito e Catarina da Veiga na transcrição das discussões dos GF; ao Dário pelo apoio nos trabalhos de análise do conteúdo; à Fundação Calouste Gulbenkian, ao Ministério da Saúde de Cabo Verde, ao IHMT-UNL e à FCT (fundos FCT ao GHTM -UID/Multi/04413/2013), pelo patrocínio.

Abreviaturas

ACA-E	Dirigente académico entrevistado
CPLP	Comunidade dos Países de Língua Portuguesa
EM	Educação Médica
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FMUC	Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra,
GF	Grupos Focais
IHMT	Instituto de Higiene e Medicina Tropical,
MSCI	Ministério de Educação Superior, Ciência e Inovação
OMC	Ordem dos Médicos Cabo-verdianos
OMS	Organização Mundial de Saúde
ORD-E	Dirigente de ordem profissional entrevistado
PEM	Política de Educação Médica
PER-E	Personalidade ex-Dirigentes entrevistada
POL-E	Dirigente político entrevistado
TEC-E	Dirigente técnico entrevistado
Uni-CV	Universidade de Cabo Verde
Uni-Piaget	Universidade Jean Piaget de Cabo Verde

Bibliografia

Afro-barómetro. A qualidade da democracia e da governação em Cabo Verde: A round 6. 2014. http://www.afrobarometer.org/sites/default/files/media-briefing/cape-verde/cve_r6_presentation1_democracy.pdf.

Alves LM. A internacionalização do ensino superior em Cabo Verde e sua importância no seu desenvolvimento. Direcção-Geral do Ensino Superior e Ciência, Ministério da Educação, Ciência e Cultura de Cabo Verde. (s/d). <http://www.ipv.pt/millennium/alves11.htm>.

Backes D, Colomé J, Erdmann R & Lunardi V. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. O Mundo da Saúde [online]. 2011. 35(4) [capturado 09 jan. 2014]; 438-442. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/88/10_GrupoFocal.pdf.

Bowen GA, Document Analysis as a Qualitative Research Method. Qualitative Research Journal [online]. 2009. 9(2) [capturado 20 jan. 2014]; 27-40. <http://dx.doi.org/10.3316/QRJ0902027>.

Briguglio L. The vulnerability index and small island developing states: A review of conceptual and methodological issues. In AIMS Regional Preparatory Meeting on the Ten-Year Review of the Barbados Program of Action; 2003 September; Praia: 2003. 2-15.

Brooks MP. *Planning Theory for Practitioners*. Chicago: Amer Planning Assn, 2002. 175-6.

Buchan J, Connell J & Rumsey M. Recruiting and retaining health workers in remote areas: Pacific Island case-studies. Geneva: WHO; 2011. 2-11.

Buse K, Mays N, & Walt G. *Making health policy*. London: McGraw-Hill Education; 2012. 8-18.

Cabo Verde, Ministério da Saúde. Política Nacional de Saúde 2020. Praia: MS; 2007. www.minsaude.gov.cv.

Cabral J, Dussault G, Buchan J, & Ferrinho P. Scaling-up the medical workforce in Timor-Leste: challenges of a great leap forward. Social science & medicine [online]. 2013. 96 [capturado 20 out. 2016]; 285-289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.008>.

Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, *et al.*. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization* [online]. 2013. 91(11) [capturado 25 nov. 2016]; 853-863. <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.13.118729> .

Chan M. Return to Alma-Ata. *The Lancet* [online]. 2008. 372(9642) [capturado 22 jan. 2017]; 865-866. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61372-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61372-0) .

Creswell JW. *Research Design: Quantitative, Qualitative, and Mixed Methods Approaches*. (2nd ed). Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003.

das Graças Rua M. Análise de políticas públicas: conceitos básicos. Programa de Apoio a la Gerencia Social en Brasil. Banco Interamericano de Desarrollo: INDES; 1997. 8-14. (Manuscrito).

Delgado AP, Tolentino AC & Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Human Resources for Health* [online]. 2017. 15(5) [capturado 18 jan. 2017]; <http://dx.doi.org/10.1186/s12960-017-0180-9> .

Etzioni A. Mixed-scanning: a third approach to decision-making. *Public administration review* [online]. 1967. 27(5) [capturado 10 jan. 2017]; 385-392. <http://dx.doi:10.2307/973394> .

Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, Ferrinho F, Mercer H, & Dussault G. Formação médica em Moçambique: realidade e expetativas. *Revista Médica de Moçambique* [online]. 2010. 10 [capturado 16 jun. 2016]; 52-58. <http://science.report/author/f-ferrinho#14895273> .

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. *An Inst Hig Med Trop*. 2016. 15 (Supl. 1); S27- S34.

Hsieh HF, Shannon, SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research* [online]. 2005. 15(9) [capturado 20 jan. 2014]; 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687> .

Lueddeke G. *Transforming Medical Education for the 21st Century megatrends, priorities and change*. London: Radcliffe Publishing Ltd; 2012. 5-44.

Marconi M & Lakatos E. Fundamentos de Metodologia Científica. (5ª ed). S. Paulo: Atlas; 2003.

Marconi MA & Lakatos, EM. Técnica de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. In: Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisa; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. (7ª ed). S. Paulo: Atlas; 2012. 277-277.

Negin J & Martiniuk A. Sector wide approaches for health in small island states: lessons learned from the Solomon Islands. Global public health [online]. 2012. 7(2) [capturado 29 nov. 2015]; 137-148. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2011.584326> .

Russo G, McPake B, Fronteira I, & Ferrinho P. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. Health policy and planning. [online]. 2014. 29(6) [capturado 10 jun. 2015]; 774-783. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt071> .

Souza C *et al.*. Políticas públicas: uma revisão da literatura. Sociologias, Porto Alegre 2006. 16(8); 20-45.

Tolentino AC. Universidade e transformação social nos Pequenos Estados em desenvolvimento: o caso de Cabo Verde. (2ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2007. 256-284.

Varela BL. Conceções, Práxis e Tendências de Desenvolvimento Curricular no Ensino Superior Público em Cabo Verde - Um estudo de caso sobre a Universidade de Cabo Verde. Braga: Universidade do Minho, 2012. 465.

Varela BL. Políticas e práxis de ensino superior em Cabo Verde: marcos da sua evolução. Mesa Redonda sobre Políticas Atuais do Ensino Superior. In Atas do XII Congresso da Sociedade Portuguesa das Ciências da Educação. Vila Real: Universidade de Trás- os- Montes e Alto Douro, 2014. 2573- 2598.

Walt G & Gilson L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. Health policy and planning [online].1994. 9(4) [capturado 21 nov. 2016]; 353-370. <https://doi.org/10.1093/heapol/9.4.353>

Wiktorowicz M & Deber R. Regulating biotechnology: a rational-political Model of policy development. Health Policy Journal [online].1997. 40(2) [capturado 12 dez. 2016]; 115–138. [http://dx.doi:10.1016/S0168-8510\(96\)00889-5](http://dx.doi:10.1016/S0168-8510(96)00889-5) .

Yin R. Case Study Research: Design and Methods. (5th ed). Thousand Oaks: SAGE Publications; 2003.

**Estudo 4 – A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na
Universidade de Cabo Verde quanto à experiência e expetativas em relação
à prática médica futura.**

Artigo

Delgado AP, Martins A, Ferrinho P. Medical training experience and expectations regarding future medical practice of the first class of medical students at the University of Cape Verde, Acta Med Port 2017 Oct;30(10):699-703 ▪<https://doi.org/10.20344/amp.8179>

Medical Training Experience and Expectations Regarding Future Medical Practice of Medical Students at the University of Cape Verde



ARTIGO ORIGINAL

A Experiência de Formação Médica e Expectativas Sobre o Futuro da Prática Médica dos Estudantes de Medicina na Universidade de Cabo Verde

António Pedro DELGADO^{1,2}, Antonieta Soares MARTINS¹, Paulo FERRINHO^{1,3}
Acta Med Port 2017 Oct;30(10):699-703 • <https://doi.org/10.20344/amp.8179>

ABSTRACT

Introduction: Cape Verde is a small insular developing state. Its first experience of undergraduate medical education began in October 2015. The purpose of this paper is to describe and analyze the professional expectations and profile of the first class of medical students at the University of Cape Verde.

Material and Methods: A piloted, standardized questionnaire, with closed and open-ended questions, was distributed to registered medical students attending classes on the day of the survey. All data were analyzed using SPSS.

Results: Students decided to study medicine in their mid-teens with relatives and friends having had significant influence over their decisions. Other major reasons for choosing medical training include "to take care of other people", "fascination for the subject matters of medicine" and "I have always wanted to". The degree of feminization of the student population is extremely high (20/25; 80.0%). Medical students are in general satisfied with the training program, and have expectations that the training received will allow them to be good professionals. Nevertheless, they consider the course too theoretical. Medical students know that this represents an opportunity for them to contribute to public welfare. Nonetheless, their expectations are to combine public sector practice with private work. Medical students come mostly from Santiago Island where the Capital of the Country is located. They still do not know about their future area of specialization. But all of those who want to specialize want to do so abroad. They mostly expect to follow hospital careers rather than health administration or family and community medicine.

Discussion: This study contributes to the growing body of knowledge about medical students' difficulties and expectations regarding medical schools or curriculums in lusophone countries. The decision to invest in the training of local physicians is justified by the need to be less dependent on foreigners. Local postgraduate medical training programs are already considered a priority for the immediate future.

Conclusion: Cape Verde is pursuing a bold strategy to deal with a shortage of medical doctors. The problems experienced by medical students provide an important insight to help the new medical school to provide a better learning environment for students. The fact that students are not sure about their future area of specialization is an opportunity to guide them towards the areas of the health system with pressing needs. The current feminization of the medical workforce will be sustained with the profile of the present intake, hence the need to take this into account in workforce planning.

Keywords: Cape Verde; Career Choice; Education, Medical; Students, Medical; Surveys and Questionnaires

RESUMO

Introdução: Cabo Verde é um pequeno estado insular em desenvolvimento. A sua primeira experiência em educação médica pré-graduada começou em outubro de 2015. O objetivo deste artigo é descrever e analisar as expectativas profissionais e o perfil da primeira turma de estudantes de medicina na recente escola de medicina de Cabo Verde.

Material e Métodos: Um questionário padronizado, dirigido, com perguntas fechadas e abertas, foi distribuído aos estudantes de medicina inscritos que frequentaram as aulas no dia da pesquisa. Todos os dados foram analisados usando SPSS.

Resultados: Os alunos decidiram estudar medicina a meio da adolescência. Parentes e amigos parecem ter tido uma influência importante nessa decisão. Outras razões principais para escolher a formação médica incluem "para cuidar de outras pessoas", "fascínio para os assuntos da medicina" e "meu desejo desde sempre". O grau de feminização dessa população estudantil é extremamente alta (20/25; 80,0%). Os estudantes de medicina estão, em geral satisfeitos com o programa de formação e têm expectativas de que a formação recebida lhes permitirá ser bons profissionais. No entanto, eles consideram o curso muito teórico. Os estudantes de medicina consideram que isso pode representar a sua oportunidade para contribuir para o bem-estar público e suas expectativas são para combinar o uso do sector público com o trabalho privado. Os estudantes de medicina vieram principalmente da ilha de Santiago, onde está localizada a capital do país e que também é o local preferido para a prática futura. Eles ainda não decidiram sobre a sua futura área de especialização. Mas todos aqueles que querem se especializar, querem fazê-lo no estrangeiro. A maioria deles espera seguir carreira hospitalar em vez de trabalho baseado na administração de saúde ou nos centros de saúde.

Discussão: Este estudo contribui para o crescente conhecimento sobre as dificuldades do estudante de medicina e expectativa das escolas médicas ou programas de ensino médico nos países lusófonos. A decisão de investir na formação local de médicos justifica-se pela necessidade de se ser menos dependente do estrangeiro no processo. Programas locais de pós-graduação médica são considerados uma prioridade para o futuro imediato.

1. Serviços Académicos, Universidade de Cabo Verde, Praia, Cabo Verde.

2. Global Health and Tropical Medicine, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade NOVA de Lisboa, Lisboa, Portugal.

3. World Health Organization Collaborating Centre on Health Workforce Policy and Planning - GHTM, Geneva, Switzerland.

✉ Autor correspondente: António Pedro Delgado, apc_delgado@hotmail.com

Recebido: 03 de setembro de 2016 - Aceite: 16 de junho de 2017 | Copyright © Ordem dos Médicos 2017



Conclusão: Cabo Verde está a seguir uma estratégia ousada para se recuperar de seu déficit em médicos. Os problemas sentidos pelos estudantes de medicina são um importante ponto de vista para ajudar a nova escola de medicina a proporcionar um melhor ambiente de aprendizagem para os alunos. O facto de os alunos não terem ainda uma certeza sobre a sua futura área de especialização é uma oportunidade para orientá-los para as necessidades prementes do sistema de saúde. O perfil da presente entrada para esse curso sustenta a actual feminização da força de trabalho médica, daí a necessidade de levar isso em conta no planeamento da força de trabalho.

Palavras-chave: Cabo Verde, Educação Médica; Estudantes de Medicina; Especialização; Satisfação

INTRODUCTION

Cape Verde is a small insular developing state (SIDS) which has been very successful in its health policy, achieving the best health status indicators of Sub-Saharan African countries.¹ Nevertheless, Cape Verdean doctors have always trained abroad since before political independence in 1975. At the time of independence, Cape Verde had 13 doctors. The cumulative total increased to 401 doctors listed in the department of human resources database of the Ministry of Health on the 31st of December 2014. The 401 doctors who make up this contingent graduated from 99 higher education institutions in 17 countries. Five countries trained 378 (94.3%) of the doctors in the database. The remaining 23 received their training in 12 other countries. Cuba appeared with the highest number of graduates (189, 47.1%), almost half of the country's doctors. Portugal contributed to the training of 78 (19.5%). Brazil came third, training 76 (19.0%) Cape Verdean doctors. The former Union of Soviet Socialist Republics (USSR) comes 4th having trained 36 (9.0%) Cape Verdean doctors. The same clustering pattern is observed for specialist training.²

Possible achievements in health have thus been constrained by quantitative and especially qualitative gaps in terms of human resources due to the total reliance on foreign countries to train and specialize medical doctors, at a tremendous cost to the country.

The first experience of pre-graduate medical education in the country began in October 2015 with major support from the Faculty of Medicine of Coimbra (FMUC), Portugal, which set out to replicate at the University of Cape Verde (Uni-CV) the model of medical education developed by the University of the Azores, which is also supported by the FMUC. Under this model, students take classes in Cape Verde in the first three years and travel afterwards to Portugal, where they study two more years, allowing them to gain clinical teaching experience in a large European academic hospital. The last year of clinical practice is completed back in Cape Verde. The work of the FMUC will involve, above all, supervision, monitoring of the process and involvement where needed. The project will also feature the collaboration of eight Portuguese teachers (including some from IHMT-UNL). The expectation of Uni-CV is that, beyond direct support in the course work, this collaboration will provide structure and offer a purpose from the beginning, to promote transfer of knowledge, namely to contribute to the establishment of an independent local faculty.

This paper describes the socio-economic profile of medical students admitted in October 2015 to the first undergraduate medical degree program ever run in Cape

Verde, with the objective of identifying their social and geographical origins and their difficulties regarding their education and expectations about their professional future. These are important in order to allow, early on in the phase of implementation of medical education, the identification of learning problems and difficulties that should be corrected in future editions of the medical course. Knowing where students come from might help to anticipate future distortions in the distribution of the medical workforce.³ Expectations regarding their professional future should be accommodated not only in their medical training, but also in the processes of health workforce planning of the Ministry of Health.

MATERIAL AND METHODS

The methodology is similar to the one utilized in analogous surveys in Angola, Guinea-Bissau, Mozambique and Timor-Leste.⁴⁻⁶ We conducted a survey among medical students of the first class of the first medicine course of the University of Cape Verde. A piloted, standardized (during the previous surveys mentioned above), self-administered questionnaire, with closed and open-ended questions, was distributed to registered medical students attending classes on the day of the survey during May 2016. One of the authors (AM) was present to distribute and collect the questionnaires and to answer queries from the respondents.

Twenty-five anonymous questionnaires were distributed and collected by one of the authors. The response rate was 100%. All data were entered into Excel (2013) and analyzed using SPSS 23. The statistical analysis is mainly descriptive.

The main variables analyzed included: students' reasons for studying medicine; main difficulties experienced during the first year of training; satisfaction with the academic training received; expectations regarding future place of practice, specialization and income.

The questionnaire (available on request from the corresponding author) included an assessment of the training received in terms of the satisfaction with variables listed in Table 1, based on five levels of probability of choice: 1 = very low, 2 = low, 3 = moderate, 4 = high, and 5 = very high.

RESULTS

Students' background

A significant proportion of students was born (64%) and received their primary (88%) and secondary (72%) school education on Santiago Island where Praia, the capital city, is located [hence the observation that the vast majority of

Table 1 - Medical students' assessment of the training received, University of Cape Verde, 2015

Questions	Likert scale (1 = very unhappy and 5 = very satisfied)				
	1	2	3	4	5
Satisfaction with weekly teaching burden and timetable	2	5	10	7	1
Satisfaction with teaching program	1	3	7	11	3
Satisfaction with quality of the teachers	0	2	11	10	2
Satisfaction with support systems (computers, library, laboratories ...)	5	7	9	2	2

students (56%, no data for 28%) is accommodated with their families – all the others are in private rented accommodation as there are no university dormitories], where the medical school is located, although Santiago only concentrates about 56% of the country's population (according to 2015 data from the Government's Statistical Office).

The vast majority of students were female (80%) and 68% were aged between 19 and 23, 20% were under 18 and 8% were 24 or older (no data for one student); only one (4%) student was married and another one studied and worked at the same time.

The decision to study medicine

Most students (83%) took their decision to study medicine when they were aged 17 or under and about one third (35%) at the age of 12 or under.

The main reasons to choose medicine as a profession (more than one possible reason) were "to care for others, to contribute to public welfare" (52%), "family influences" (40%), "fascination for the subject matters of medicine" (36%), "self-realization and vocation" (32%), "to meet the needs of the country" (20%), "social recognition" and "favorable labor market" (12% each).

Most (56%) of the students reported having relatives that have some association with the health sector (only 26% of these were doctors). As reported above, these relatives were acknowledged as an important influence on their decision to choose medicine as their field of training.

Main difficulties reported

The students reported difficulty with academic work, as they felt that their secondary education had not prepared them to study at university. Some mentioned that they had difficulty prioritizing the study materials and did not know how to cope with the amount of work and self-study expected from them.

Only 16% of the students were satisfied or very satisfied with the academic support systems. The most frequent difficulties reported by the students were: "lack of bibliography", "inadequate libraries", limited "access to laboratories" and inability to "dissect cadavers to study anatomy" (Table 1).

Except for a working student and another foreign student supported by their parents, all the other students did not consider the course fees excessive. Seventy percent reported receiving a bursary from the Cape-Verdean government.

Satisfaction with the academic education received

Only 32% of the students were satisfied or very satisfied with the burden of lectures and with the timetable and 56% with the course program. Regarding the training received, 84% felt it was too theoretical and only 48% felt satisfied or very satisfied with the quality of the lecturers, although they believed it prepared them to work as doctors anywhere in the world (72%) (Table 1).

Expectations regarding their professional future and income

When asked about their intentions regarding the sectors where they would like to practice medicine after completing their medical education, the proportion of students interested in exclusively public-sector work was low (12%) and, with two exceptions (8%), private-sector work was considered only in conjunction with a public-sector appointment (76%). Most (72%) would like to work in a hospital environment, 18% in family and community medicine and 8% in governance of the health system. One wanted to combine hospital with health center practice.

As expected, 64% of students wanted to practice on Santiago Island after graduation. Of those born in Santiago, 78% wanted to practice in Santiago after graduation and 22% want to emigrate. Emigration to work abroad was the intention of 25% of the male students (1/4) and 17% of the female students (3/16).

Most (76%) wanted to specialize, but only one knew that she wanted to specialize in cardiology. Of the 19 already considering specialization after graduation, the countries of choice for specialist training were: Portugal (53%), USA and Brazil (16% each), Cuba (11%) and 1, the United Kingdom (5%).

Only 5% of students considered that a fair level of monthly income immediately after graduation would be similar to the current starting salary for doctors in the public sector: the expectation was to earn a higher income right from the first year of practice. This was actually one of the reasons given to wanting to work in private practice.

DISCUSSION

Cape Verde is pursuing a bold strategy to deal with a shortage of medical doctors. The decision to invest in the local training of more physicians is justified by the authorities of Cape Verde by the need to be less dependent on foreigners and to attain a density and quality of physicians compatible with their high level of ambition for the health sector.

This study contributes to the growing body of knowledge about the difficulties of medical students and expectation regarding medical schools or curriculums in lusophone countries.⁹⁻¹¹ Some of the differences between the observations of this study and of other similar studies must be interpreted taking into consideration that this paper focuses on first year medical students, while the results of other studies refer to several academic years of the medical program. This and the sample size of 25 students are the main limitations of this study. Nevertheless, the 25 students represent a 100% response rate of all students registered for medical training. Hence, the results presented are 'true' results of the group under study and not estimated probabilities.

As described for Mozambique and Timor-Leste,^{4,9} the data suggest that an individual educational strategy – from primary to secondary education – that brings scholars nearer to Santiago, the island where the university is located, represents a personal advantage in terms of getting selected for medical school.

Similar to the results in other Portuguese-speaking countries,^{4,9} motivations for choosing the medical profession are linked to social commitment, self-realization and perceptions of opportunities related to the health labor market (shortage of doctors). What seems unique is the weight of fascination with greater scientific knowledge about the human body and medical sciences.

Like findings from other surveys: i) there is a predominance of female students, but much more marked in Cape Verde than in the other countries where the survey has been carried out; ii) relatives working in the healthcare sector are an important influence in the choice of the medical profession; iii) and there is great dissatisfaction with academic support systems.^{4,9,10}

The current trend of feminization of the Cape-Verdean medical workforce has been described¹¹⁻¹⁹ and will be accentuated by the intake profile described in this paper. Feminization of the student body is an important consideration with implications for career choices. Female doctors seem most likely to remain in exclusive public-sector practice and they are less likely to go abroad for specialist training. The data from this study are aligned with this observation, but the numbers are too small to allow for firm conclusions. On the other hand, they show less availability for overtime work and for work in rural and remote areas.^{11-17,18}

Similar to other African surveys^{4,9,19-25} are the high levels of dissatisfaction with the program and the workload. It seems that both students and teachers need support on how to learn and teach. The complaint about the quality of secondary education points to the need to consider educational intervention at the level of secondary education and/or pre-university preparatory classes for the students selected for the medical training program.

The percentage with government bursaries is also much higher than in other medical training programs in Angola and Mozambique, but lower than in Timor-Leste.^{4,9}

Our results also correspond to findings from other surveys that most students would prefer to settle for hospital-based practice and work in the public sector.^{10,14-18}

As for this study, other studies^{7,9,26} reported that many students were not sure of their future area of specialization. In many other developing countries, the critical step in the migration of medical graduates is the moment when they decide to obtain specialized training: a frequent individual decision is to look for it abroad,^{7,26-30} leading to a subsequent decision to stay in the host country.²⁸ Reflecting the lack of specialist training in the country, students in Cape Verde would like to obtain specialized training abroad. Hence, local postgraduate medical training programs are already considered a priority for the immediate future.

Salary expectations are inflated, a consideration that suggests that newly graduated doctors will look for other sources of income to complement their public-sector salaries.^{7,9}

CONCLUSIONS

Medical students felt problems are an important insight for helping the new medical school to correct its course and provide a better learning environment for students. Medical students are in general satisfied with the training received, although they demand improvements in terms of systems to support their studies and training – libraries, laboratories and pedagogical training of their teachers. Some students mention that they do not know how to study, pointing to the need to develop support and coaching systems with experienced teachers or more senior students.

The fact that students are not sure about their future area of specialization implies an opportunity to guide them towards the pressing needs of the health system, in terms of priority specialties such as family medicine, counteracting the hospital orientation of the students.

The production of local doctors who wish to combine work in the public sector with work in the private sector points to the need for the health system to strengthen market and professional regulatory mechanisms.

The current feminization of the medical workforce will be sustained with the profile of the present intake, hence the need to take this into account in workforce planning and student selection.

The risk for maldistribution of the workforce considering the geographical origin of medical students and their preferred island for future practice should also be a consideration in workforce planning and in the criteria for student selection.

ACKNOWLEDGMENTS

The Tutorial Commission of the doctoral program of APD (A. Corsino Tolentino, Sónia Dias and Giuliano Russo); students of the first medical school in Cape Verde who completed the questionnaire; Ministry of Health of Cape Verde and Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, for the support.

HUMAN AND ANIMAL PROTECTION

The authors declare that the followed procedures were according to the regulations established by the responsible body of the Ethics and Clinical Research Committee and according to the Helsinki Declaration of the World Medical Association.

DATA CONFIDENTIALITY

The authors declare that they have followed the protocols of their work center on the publication of patient data.

REFERENCES

1. World Health Organization. Cabo Verde Factsheets of Health Statistics. WHO. 2010. (390.21 KB). [accessed 2016 Jun 24]. Available from: http://www.afro.who.int/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7092&Itemid=2593.
2. Deigado AP, Tolentino AC, Ferrinho P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Hum Resour Health*. 2017;15:5.
3. Dussault G, Franceschini MV. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health*. 2006; 4:12.
4. Sousa Jr F, Schwalbach J, Adam Y, Gonçalves L, Ferrinho P. The training and expectations of medical students in Mozambique. *Hum Resour Health*. 2007;5:11.
5. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, Hipólito F, Mercer H, Dussault G. Formação médica em Moçambique: realidade e expectativas. *Rev Med Moçambique*. 2010;10:852-8.
6. Ferrinho P, Fronteira I, Sidat M, de Sousa Jr F, Dussault G. Profile and professional expectations of medical students in Mozambique: a longitudinal study. *Hum Res Health*. 2010;8:21.
7. Ferrinho P, Sidat M, Fresta MJ, Rodrigues A, Fronteira I, da Silva F, et al. The training and expectations of medical students in Angola, Guinea-Bissau and Mozambique. *Hum Resour Health*. 2011;9:9.
8. Fronteira I, Rodrigues A, Pereira C, Silva AP, Mercer H, Dussault G, et al. Realities and professional expectations of medical students attending Guinea Bissau's medical school in 2007 school year. *Acta Med Port*. 2011;24:265-70.
9. Dambisya YM. Career intentions of UNITRA medical students and their perceptions about the future. *Educ Health*. 2003;16:286-97.
10. Huhn D, Huber J, Ippen FM, Eckart W, Junne F, Nikendel C. International medical students' expectations and worries at the beginning of their medical education: a qualitative focus group study. *BMC Med Educ*. 2016;16:33.
11. Phillips SP, Austin EB. The feminization of medicine and population health. *JAMA*. 2009;301:863-4.
12. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences and gender differences in final specialization. *Soc Sci Med*. 2002;54:591-605.
13. Fukuda Y, Harada T. Gender differences in specialty preference and mismatch with real needs in Japanese medical students. *BMC Med Educ*. 2010;10:15.
14. Lambert EM, Holmboe ES. The relationship between specialty choice and gender of U.S. medical students, 1990-2003. *Acad Med*. 2005;80:797-802.
15. Dorsey ER, Jarjoura D, Rutecki GW. The influence of controllable lifestyle and sex on the specialty choices of graduating U.S. medical students, 1996-2003. *Acad Med*. 2005;80:791-6.
16. Buddeberg-Fischer B, Klaghofner R, Abel T, Buddeberg C. The influence of gender and personality traits on the career planning of Swiss medical students. *Swiss Med Wkly*. 2003;133:535-40.
17. Schwartz RW, Jarecky RK, Strodel WE, Haley JV, Young B, Griffen WO, Jr. Controllable lifestyle: a new factor in career choice by medical students. *Acad Med*. 1989;64:606-9.
18. Adegoke OA, Noronha C. University pre-medical academic performance as predictor of performance in the medical school: a case study at the College of Medicine of the University of Lagos. *Nigerian J Health Biomed Sci*. 2002;1:49-53.
19. Russo G, Ferrinho P, De Sousa B, Conceição C. What influences national and foreign physicians' geographic distribution? An analysis of medical doctors' residence location in Portugal. *Hum Resour Health*. 2012;10:12.
20. Ayeni O. A comparative study of the performance of direct and confessionals entrants into the University of Ibadan Medical School 1959-69. *Br J Med Educ*. 1972;6:277-85.
21. Bamgboye EA, Ogunowo BE, Badru OB, Adewoye EO. Students' admission grades and their performance at Ibadan University pre-clinical MBBS Examinations. *Afr J Med Sci*. 2001;30:207-11.
22. Nwoha PI. Students' attitude and predictor of performance in anatomy. *Afr J Med Sci*. 1992;21:41-5.
23. Olaleye SB, Salami HA. Predictor of academic performance in the pre-clinical sciences: effects of age, sex and mode of admission at the Maiduguri Medical School. *Afr J Med Sci*. 1997;26:189-90.
24. Oyeboia DD, Adewoye OE. Preference of preclinical medical students for medical specialties and the basic medical sciences. *Afr J Med Sci*. 1998;27:209-12.
25. Salahdeen HM, Murtala BA. Relationship between admission grades and performances of students in the first professional examination in a new medical school. *Afric J Biomed Res*. 2005;8:51-7.
26. Dambisya YM. Career Intentions of UNITRA medical students and their perceptions about the future. *Educ Health*. 2003;16:286-97.
27. Liang D, Tang CX. The specialty choice of medical students in China: a stated preference experiment. *BMC Med Educ*. 2016;16:107.
28. Buchan J, McPalke B, Mensah K, Rae G. Does a code make a difference - assessing the English code of practice on international recruitment? *Hum Resour Health*. 2009;7:33.
29. Akl EA, Maroun SM, Aff C, Abdo A, Choucair J, Sakr C, et al. Post-graduation migration intentions of students of Lebanese medical schools: a survey study. *BMC Public Health*. 2008;8:191.
30. Rao NR, Rao UK, Cooper RA. Indian medical students' views on immigration for training and practice. *Acad Med*. 2006;81:1278-84.

PARTE III
DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

Discussão Geral e Conclusões

Nesta parte III sumarizam-se e discutem-se os principais resultados da investigação, comentando e relacionando os quatro estudos realizados, com base na síntese das discussões parcelares de cada um e à luz das evidências colhidas pela revisão da literatura consultada e da reflexão crítica, descrevem-se as suas limitações metodológicas e analisam-se as implicações da pesquisa para a formulação de uma política de Educação Médica e a consolidação do ensino médico local.

Discussão

Nesta Discussão Global dos 4 estudos seguimos alguns dos passos adaptados do esquema sugerido por Janicek (2006), nomeadamente:

Passo 1. Lembrar sucintamente a tese original (declaração do problema) do estudo.

Passo 2. Rever e resumir os principais achados (alegações) do estudo.

Passo 3. Avaliar criticamente a evidência em razão em termos das suas limitações.

Passo 4. Avaliar criticamente as evidências em relação aos objetivos da tese, ao valor, relevância e a plausibilidade social e técnica, desenvolvendo os argumentos para as conclusões finais (alegações).

Passo 5. Apresentar as conclusões finais (alegações) decorrentes do estudo (ou referir-se ao Passo 2), corroborando com ou contradizendo a tese original, conforme indicado no Passo 1.

Passo 1 – Lembrar sucintamente a tese original (declaração do problema) do estudo

Esta tese é centrada na análise do processo de implantação da Educação Médica em Cabo Verde, para identificar as condições para a sua exequibilidade e ser uma contribuição argumentada na procura dos fundamentos que condicionam o tipo, a configuração e o plano de Educação Médica.

Para relembrar o contexto, ela é feita em sintonia com a realidade nacional e racionalidade económica (Simões, 2004) e (Possas, 2016), e baseada numa das características marcantes de Cabo Verde que é ser um país pequeno, insular, com cerca de ½ milhão de habitantes e uma diáspora relativamente numerosa e dispersa,

lembrando as vulnerabilidades específicas dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (P.E.I.D.), reconhecendo que a grande vulnerabilidade está ligada à condição comum do tamanho da população, da insularidade e do isolamento das comunidades (United Nations, 2014) e sua capacidade de resiliência, que acresce dificuldades sobremaneira a qualquer atividade organizativa pública ou privada que se queira desenvolver em qualquer domínio, e sujeitam os profissionais e os sistemas de saúde a pressões para mais e melhores cuidados de saúde. Incrementou com sucesso a sua força de trabalho médica, mas não o suficiente em número e diferenciação para responder aos novos desafios de saúde, nomeadamente o desígnio da extensão da cobertura universal (Cabral *et al.*, 2013) (Chan, 2008) a todas as ilhas e lugares. Precisa ir mais além.

Cabo Verde fez, até aqui, a formação dos médicos no modelo de formação no exterior e, ao adotar outro modelo de Educação Médica feita no país, deve querer aumentar os números profissionais necessários, mas, sobretudo, provocar a mudança de paradigma exigida pela meta da cobertura universal que se centra mais explicitamente na formação, acessibilidade, aceitabilidade, qualidade e produtividade da força de trabalho.

Cabo Verde coloca-se perante um desafio de particular acuidade, que é, por um lado, criar os processos institucionais mínimos num pequeno estado insular, exigidos para desenvolver um dos cursos mais longos e mais caros do mundo e, por outro, assumir uma mudança na forma de fazer e estar que a incorporação dos avanços da tecnologia de saúde e de comunicação exigem. Em pleno século XXI, à medida que o conhecimento científico, tecnológico e pedagógico é atualizado, o currículo médico está a mudar para um modelo que prioriza a aprendizagem em interdisciplinaridade autodirigida, o trabalho em grupo e habilidades de pensamento crítico que podem ser utilizados ao longo de uma carreira e num contexto em constante mudança (Lueddeke, 2012).

Os RHS são os agentes para conduzirem as mudanças necessárias e requerem um investimento na modernização da sua formação, organização e regulação. Infelizmente vive-se uma crise mundial com escassez severa e má distribuição de profissionais de saúde, como é sublinhado por vários autores (Campbell *et al.*, 2013) (Crisp & Chen, 2014) naquilo que constitui uma enorme barreira à afirmação da cobertura universal de

saúde como o melhor elemento para assegurar o direito à saúde às populações de todo o mundo. Contudo, a OMS reconhece que o sucesso dessa ambição assentará na disponibilidade de uma força de trabalho em saúde que seja adequada à sua finalidade e coerente com a prática (WHO, 2006), mas as mudanças necessárias para atingir resultados sustentáveis no desenvolvimento da força de trabalho não são uma tarefa simples, pois há discrepâncias mundiais com países exatamente afetados por uma grave escassez de RHS.

A necessidade básica para reconfigurar os profissionais de saúde decorre da sua mínima adaptação à evolução dessas circunstâncias. A sua formação tem um carácter particular, podendo constituir uma oportunidade para se aproveitarem todos os possíveis conhecimentos e inovações que surgem e avançam de forma acelerada nesta época atual e incorporá-los na dinâmica da EM que se pretende necessário instalar para ter a produção das respostas competentes e ajustadas aos desafios.

Assim, esta investigação foi realizada com a finalidade de contribuir para o esclarecimento dos fundamentos da (re)formulação de uma PEM em Cabo Verde e dos desafios da implantação da formação médica local, tendo como pano de fundo as características específicas de um país pequeno, insular e com meio milhão de habitantes, num mundo globalizado.

O seu objetivo geral foi analisar as condições para a exequibilidade da Educação Médica no contexto político-estratégico, social e económico próprio do país e do quadro teórico de definição dos contornos de uma política de Educação Médica ajustada.

Passo 2 – Rever e resumir os principais achados (alegações) dos quatro estudos.

1) Caracterização da força de trabalho médica em Cabo Verde entre Julho de 1975 e Dezembro de 2014

No primeiro estudo analisou-se a evolução da mão de obra médica em Cabo Verde desde a independência, em 1975, a partir do que se herdou do período colonial, para se ter uma visão detalhada dos atributos da força de trabalho médica cabo-verdiana estudada, e estabelecer a linha de base para a implantação local da EM. Será a partir desse efetivo de médicos que constituem o corpo clínico do país que se selecionará o corpo docente nacional, contrapartida dos professores da FMUC, e que serão

responsáveis pelos estágios práticos dos alunos. Os resultados mostraram que, no período estudado, Cabo Verde obteve grande sucesso na formação (generalista e especializada) de médicos nacionais, e o recrutamento de todos os que regressaram, para equipar o seu sistema de saúde. Contudo, esses resultados não são suficientes em número e em qualificação dos médicos para o país poder responder aos desafios atuais, apesar de Cabo Verde ser hoje mais bem provido em médicos do que qualquer outro país da África subsaariana, com exceção da África do Sul (Breier, 2008 e Fronteira *et al.*, 2013), mas o país continua, comparado com os países desenvolvidos (OECD, 2016) e (Martins *et al.*, 2003), aquém da suficiência de médicos, com insuficiente e pouca diversificação por especialidades, mesmo considerando apenas as básicas das áreas de cuidados primários e saúde pública, e com desigual implantação entre diferentes ilhas e Regiões de Saúde do país. A pressão de acomodar profissionais provenientes de uma grande diversidade de instituições de formação em muitos países é um elemento de peso na discussão da implantação local do ensino médico. A diminuição da disponibilidade dos países parceiros, o esforço financeiro para formar médicos cabo-verdianos, o custo social da expatriação temporária de estudantes ou profissionais, a perda/ “fuga” de médicos recém-formados ou especializados fazem predizer uma não satisfação dessa necessidade apenas com a formação no exterior. Estima-se que os médicos contados no SNS em 2014 terão todos ganho o direito de aposentação ou estarão aposentados em 2053. Este facto exige ter planos e produção de substituição e renovação da força de trabalho. Numa projeção da formação ora iniciada se, a partir de 2021, a Uni-CV começar e continuar a debitar cerca de 20 médicos por formatura, atingirá o mesmo número dos presentes em 2014 ao fim dos primeiros 15 anos, ou seja, por volta de 2035 e cerca de 650 médicos em 2053. Há, contudo, outros fatores, como o crescimento populacional, a fuga de cérebros e a migração que normalmente ocorrerem e estudantes no exterior que regressarão, a ter em conta nesses cálculos.

Os resultados que o país obteve no processo de criação da sua força de trabalho e suas tendências dá-nos uma ideia clara da *baseline* para essa intervenção. Mas será também importante para a Educação Médica que se quer implantar em Cabo Verde analisar e tirar ensinamentos das mudanças em curso no movimento mundial contemporâneo de adequação da formação médica, enquanto um contexto externo importante,

particularmente nos países membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), particularmente dos que vêm formando os médicos cabo-verdianos.

2) Aparecimento do ensino médico no contexto da cooperação entre os estados membros da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP).

No segundo estudo discutiu-se o estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em Educação Médica, no âmbito do Plano Estratégico de Cooperação em Saúde (PECS) entre os países membros da CPLP no quadro de expansão da capacidade de formação médica nos países africanos lusófonos, tendo como referencial a abordagem das grandes desigualdades regionais existentes e de alguns exemplos de intervenção na cooperação Norte-Sul relativamente à capacidade instalada para a Educação Médica, na qual África apresenta a situação mais frágil, com a relação de uma escola por cada 5 milhões de pessoas. Por isso, o ensino médico em África tem sido alvo de atenção crescente (Mullan *et al.*, 2011; Greysen *et al.*, 2011; Chen *et al.*, 2012; Monekosso, 2014; Kiguli-Malwadde *et al.*, 2015). Os Estados membros da CPLP estão entre os países africanos que têm sido alvo de uma série de programas inovadores para enfrentar a escassez de pessoal de saúde a nível mundial com o apoio significativo das cooperações portuguesa, cubana, americana, finlandesa e brasileira (Huish 1978; Silva *et al.*, 2014;¹⁶ Cailhol *et al.*, 2013; Glass *et al.*, 2014; Omaswa, 2014).

Embora esses programas variem em escala e escopo, alguns deles compartilham características úteis no contexto de uma estrutura para lidar com a escassez de pessoal de saúde e que incluem:

- Apropriação pelo país anfitrião;
- Alinhamento com as prioridades locais, planeamento conjunto e coordenação;
- Treinamento baseado em competência e inovação pedagógica;
- Capacitação institucional;
- Estratégia de sustentabilidade;
- Estabelecimento de parcerias e de prática nas comunidades, de longa duração.

¹⁶ MEDUNAM - Finlandês de Fortalecimento e Sustentabilidade do Sistema de Educação Médica

Este quadro de boas práticas poderá servir de inspiração para o desenvolvimento da Educação Médica em Cabo Verde (Cancedda, 2015).

3) Exame das percepções, apoios e resistências da sociedade cabo-verdiana sobre a implantação e desenvolvimento da Educação Médica local.

No terceiro estudo discutiu-se as expectativas no seio da sociedade cabo-verdiana quanto à instalação da EM no país, a partir da análise de entrevistas realizadas a personalidades políticas ativas, ex-dirigentes do Estado com envolvimento na saúde e na educação, dirigentes académicos, dirigente de ordem profissional e médicos dirigentes da saúde e de discussões em grupos focais com médicos em atividade nos sectores público e privado e com jornalistas, bem como de notícias nos *media* cabo-verdianos. Utilizamos um trabalho de campo preparado e realizado em 2014, antes da criação do curso, embora já houvesse um anúncio público pelo primeiro-ministro a esse respeito. A instalação do curso em 2015 obrigou-nos a adaptar os objetivos e a reorientar os trabalhos para refletir sobre esse processo, suas consequências e o figurino desenhado. Contudo, os resultados do estudo realçam alguns elementos fundamentais para o conteúdo de uma EM. A necessidade de implantação do ensino médico em Cabo Verde foi consensual entre os informantes-chave, fundamentado pelo reconhecimento de que as universidades são uma fonte de saber, de conhecimento e de excelência e um espaço para a pesquisa e construção de um corpo do saber sistematizado metodologicamente além dos aspetos ligados à salvaguarda da soberania nacional, ao desenvolvimento e ao direito à saúde. Permitirá, ainda, acelerar o processo de modernização de todo o sistema nacional de saúde e contribuir para a qualificação de uma mão de obra cabo-verdiana para a empregabilidade em geral, no país e no estrangeiro.

Os principais processos identificados pelos informantes-chave como indispensáveis no desenvolvimento da Educação Médica em Cabo Verde envolvem:

1) Elementos estratégicos — definição das grandes linhas orientadores, estratégias e políticas a nível do ensino superior, definição do perfil do médico para CV, desenvolvimento de propostas de ensino médico, estabelecimento de padrões e critérios de certificação dos cursos de EM, em articulação com a estratégia científica do Estado e com a política de recursos humanos da saúde;

- 2) Fatores ligados à condução, liderança, articulação e parceria nesse domínio;
- 3) Preocupações ligadas à materialização do processo educativo como métodos de ensino-aprendizagem, qualificação dos docentes e apoio aos discentes;
- 4) Alocação de recursos, nomeadamente aprovação do orçamento, mobilização de financiamentos, recursos humanos, bibliotecas, campos de estágios, recursos laboratoriais e bibliotecas;
- 5) Mobilização da opinião pública cabo-verdiana.

4) A opinião dos alunos do 1º ano do curso de ensino médico na Universidade de Cabo Verde quanto à experiência e expectativas em relação à prática médica futura.

O quarto estudo, surge com a decisão de iniciar o curso de Medicina que desencadeou a necessidade de saber pelos alunos as vantagens e limitações da iniciativa tomada. Com base na análise dos dados recolhidos das respostas anónimas a um inquérito à primeira turma de estudantes de Medicina (na Uni-CV), identificou-se o perfil demográfico dos estudantes, identificaram-se as experiências da atual formação médica e expectativas sobre o futuro da prática médica após o fim do curso.

Os resultados mostram que o grau de feminização dessa população estudantil é extremamente alta (80,0%). Os estudantes de Medicina sentem-se mal preparados para estudar ao nível universitário, estão, em geral, satisfeitos com o programa de formação e têm expectativas de que a formação recebida lhes permitirá ser bons profissionais. No entanto, eles consideram o curso muito teórico, identificaram a falta de preparação pedagógica dos professores nacionais e mencionam várias deficiências nos sistemas de apoio ao estudo, como bibliotecas, computadores e laboratórios, sugerindo *coaching* com professores experientes ou estudantes mais graduados. A maioria espera seguir carreira hospitalar em vez de trabalho baseado na administração de saúde ou nos centros de saúde. Todos aqueles que se querem especializar, querem fazê-lo no estrangeiro.

Estes resultados são indicações a ter em conta para afinar o processo de instalação em curso.

Passo 3. Avaliar criticamente a evidência em razão em termos das suas limitações.

A limitação talvez mais importante desta investigação está no facto que, começada em 2011, com a intenção de ajudar a definir as condições que deveriam existir para a instalação do ensino médico em Cabo Verde, ela foi ultrapassada por acontecimentos políticos que levaram à decisão de iniciar o curso de Medicina a meio percurso, em 2015, exigindo adaptação dos objetivos e a reorientação dos trabalhos para refletir sobre esse processo, suas consequências e figurino desenhado e dar assim uma contribuição à continuidade do projeto. Daí ter havido alguma dissonância entre o escopo do trabalho inicialmente previsto e os resultados. As entrevistas foram realizadas em 2014 numa perspetiva racional (Brooks, 2002; Wiktorowicz & Deber, 1997) de fazer um trabalho para definir as condições suficientes para o arranque da EM e pela necessidade de ajustar a interpretação à concretização antecipada do início do curso de Medicina, alguns dados recolhidos não foram retomados nas análises dos estudos. E daí a introdução do 4º estudo para aprender com os próprios estudantes as vantagens e limitações da iniciativa tomada. Outras limitações mais específicas foram descritas nos artigos publicados.

Passo 4. Avaliar criticamente as evidências em relação aos objetivos da tese, ao valor, relevância e a plausibilidade social e técnica, desenvolvendo os argumentos para as conclusões finais (alegações).

Os estudos desta investigação foram dirigidos, cada um deles, para os objetivos específicos definidos de caracterizar a mão de obra médica; identificar as condições determinantes para a reformulação da PEM e o início da EM; compreender a importância de Cabo Verde estar eventualmente inserido numa rede estruturante da cooperação em Educação Médica, internacional e particularmente na CPLP e conhecer a perspetiva e as expectativas dos primeiros estudantes de Medicina e evidenciaram que:

No vazio da Política Nacional de Saúde (Cabo Verde 2007), que não se referiu ao ensino médico local explicitamente, o sistema de ensino superior apadrinou o tema e levou-o avante.

Até 2015, Cabo Verde fez no exterior a formação dos técnicos superiores, incluindo médicos, relativamente aos quais a situação se manteve. O sucesso alcançado é único em África, refletindo-se numa evolução excecional dos indicadores de saúde no país (Delgado *et al.*, 2017).

Mas o ensino instalado nas instituições de ensino superior, inclusive o ensino médico que agora teve início, tem sido mais incremental do que racional (Wiktorowicz & Deber, 1997); (Brooks, 2002). Dessa experiência ressaltam cautelas associadas ao “baixo nível de qualificação dos docentes”, ao “fraco nível escolar do elevado número de candidatos aos estudos superiores, em decorrência da massificação do ensino secundário” (Varela, 2014). Problemas que, mais uma vez, identificámos nas opiniões dos informadores-chave e nas respostas dos alunos ao inquérito realizado, que alertam para questões relacionadas com a sustentabilidade do programa proposto, assim como a inadequação das unidades sanitárias para funcionarem como campos de estágios clínicos. Relembramos aqui a experiência do ensino médico nos Açores, que nunca concretizou a intenção, também contemplada no convénio entre a Uni CV e a FMUC, de o 6º ano de estágio e a monografia, previstos no convénio inicial com a FMUC, serem nos Açores, precisamente por causa das insuficientes condições do hospital para assegurar o estágio. Relembramos também as experiências em pequenos estados insulares, que têm mantido um ensino médico de qualidade apesar das suas pequenas dimensões (Tremblay, 2012). Se os acertos necessários no programa de Cabo Verde, como identificados por alunos e informadores-chave, não forem levados a cabo, corre-se o risco de uma permanente dependência da FMUC, mantendo-se na prática a formação de médicos cabo-verdianos no estrangeiro.

O ensino médico em Cabo Verde deverá ter em consideração as grandes transições globais — mudanças demográficas, mudanças epidemiológicas e redistribuição da carga da doença, também sentidas em Cabo Verde, que exercem uma força poderosa para a mudança nos sistemas de saúde, nos papéis dos profissionais de saúde e no desenho da educação profissional em saúde (WHO, 2006; Frenk *et al.*, 2010). Os desafios da qualificação dos médicos, entre outros profissionais, em CV também exigem uma mudança do paradigma da formação, ao criarem novas necessidades de saúde. Os países de formação dos médicos cabo-verdianos, como Portugal, Brasil e Cuba, levam a cabo processos importantes de reforma dos seus sistemas de Educação Médica (acompanhando o movimento mundial ao nível do ensino médico), cuja experiência e resultados interessarão, no essencial, a Cabo Verde. Mas não é certo que o programa adotado para o ensino médico em Cabo Verde traga inovações adequadas nestes aspetos. Daí que a inserção numa rede lusófona da Educação Médica em Cabo Verde

possa trazer benefícios ao programa cabo-verdiano, promovendo a troca de experiências e a mobilidade de alunos e docentes (Fresta *et al.*, 2016). A realidade nos estados africanos membros da CPLP varia consoante o país, mas a todos coloca desafios que a cooperação sobre Educação Médica, bilateral e multilateral, refletida em múltiplas dimensões, pode ajudar a aproximar na ampliação da colaboração. Esses programas variam em escala e escopo, mas alguns deles compartilham características úteis (Cancedda, 2015) que, num quadro de boas práticas, poderá servir de inspiração para o desenvolvimento da Educação Médica em Cabo Verde. É verdade que a associação a Coimbra pode ser vista como um passo nessa inserção. Corresponde a uma cooperação bilateral de resposta da política de ensino superior de Cabo Verde à pressão de uma crescente população do ensino secundário que procura no ensino superior as oportunidades de continuidade da sua formação. Corresponde também ao esforço de inserção da Uni-CV em redes universitárias no contexto da CPLP, com destaque para Portugal e Brasil, o que levou a um plano operacional de apoio de Portugal ao desenvolvimento da Universidade Pública em Cabo Verde. Mas ainda não corresponde a uma cooperação multilateral desejável no âmbito do ensino médico.

Passo 5. Apresentar as conclusões finais (alegações) decorrentes do estudo

Conclusões

Os resultados apresentados nos diferentes estudos corroboram o desejo de tornar sustentável o ensino médico em Cabo Verde. Reconhecem a sua relevância. Mostram que nem todas as condições do sucesso do ensino instalado em 2015 estão reunidas ou asseguradas, ultrapassadas que foram pela decisão da sua criação, o que desafia as autoridades a um esforço para resolver as condições institucionais. Identificam algumas das limitações que deverão ser corrigidas, criando condições para ir ao encontro das boas práticas identificadas noutras experiências de ensino médico em África, nomeadamente (e repetindo-nos):

- Apropriação por Cabo Verde;
- Alinhamento com as prioridades locais;

- Planeamento intersectorial conjunto e coordenação entre saúde, educação e relações externas, nomeadamente;
- Definição do perfil do médico necessário para o país;
- Treinamento baseado em competência e inovação pedagógica;
- Capacitação institucional da universidade e das unidades sanitárias a serem utilizadas como campos de estágio clínico;
- Estratégia de sustentabilidade;
- Estabelecimento de parcerias e de prática nas diferentes ilhas e comunidades de Cabo Verde.

Este esforço no caminho da afirmação da soberania nacional passará obrigatoriamente pelas políticas de ensino superior. Tem que se insinuar na Política Nacional de Saúde. Deve ser reforçado por uma política de negócios estrangeiros que impulsione a sua integração em redes multilaterais de ensino médico.

Referências bibliográficas (parte III)

- Breier M. Research commissioned by Department of Labour South Africa: the shortage of medical doctors in South Africa. 2008.
- Brooks MP. Planning Theory for Practitioners. Chicago: Amer Planning Assn, 2002. 175–6.
- Cabral J, Dussault G, Buchan J, & Ferrinho P. Scaling-up the medical workforce in Timor-Leste: challenges of a great leap forward. *Social science & medicine* [online]. 2013. 96 [capturado 20 out. 2016]; 285-289. <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.008>.
- Cailhol J, Craveiro I, Madede T, Makoa E, Mathole T, Parsons AN, Van Leemput L, Biesma R, Brugha R, Chilundo B, Lehmann U, Dussault G, Van Damme W, Sanders D (2014). Analysis of human resources for health strategies and policies in 5 countries in Sub-Saharan Africa, in response to GFATM and PEPFAR-funded HIV-activities. *Global Health*. 2013; 9: 52. doi: 10.1186/1744-8603-9-52.
- Campbell, J., Dussault, G., Buchan, J., Pozo-Martin, F., Guerra Arias, M., Leone, C., ... & Cometto, G. (2013). A universal truth: no health without a workforce. Forum report, third global forum on human resources for health, Recife, Brazil. Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, Geneva.
- Cancedda C, Farmer PE, Kerry V, Nuthulaganti T, Scott KW, Goosby E, Binagwaho A (2015). Maximizing the Impact of Training Initiatives for Health Professionals in Low-Income Countries: Frameworks, Challenges, and Best Practices. *PLoS Med.*; 12(6): e1001840: 10.1371/journal.pmed.1001840
- Chan M. Return to Alma-Ata. *The Lancet* [online]. 2008. 372(9642) [capturado 22 jan. 2017]; 865-866. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61372-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61372-0).
- Crisp, N., & Chen, L. (2014). Global supply of health professionals. *New England Journal of Medicine*, 370(10), 950-957. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMr1111610>. Downloaded from nejm.org on February 16, 2017.
- Delgado AP, Tolentino AC & Ferrinho P. (2017). The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Human Resources for Health*; 15:5. DOI: 10.1186/s12960-017-0180-9.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... & Kistnasamy, B. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958.
- Fresta, MJ, 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 – Towards a PECS-CPLP network for medical education *An Inst Hig Med Trop*. 2016; 15 Supl. 1: S19- S26
- Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo MDR, Belo C, Kahuli C, Rodrigues MA, Ferrinho P (2014). The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Human Resources for Health*; 12: 63. Doi: 10.1186/1478-4491-12-63.
- Huish, R., Kirk, J.M. Cuban Medical Internationalism and the Development of the Latin American School of Medicine. *Latin American Perspectives*. 2007; 34 (6):77-92.
- Jenicek, M. (2006). How to read, understand, and write 'Discussion' sections in medical articles. An exercise in critical thinking. *Medical science monitor*, 12(6), SR28-SR36.
- Lueddeke G. (2012). *Transforming Medical Education for the 21st Century megatrends, priorities and change*. London: Radcliffe Publishing Ltd.
- Martins J, Biscaia A, Conceição C, Fronteira I, Hipólito F, Carrolo M, Ferrinho P. Caracterização dos profissionais de saúde em Portugal Parte I—Quantos somos e quem somos. *Revista Portuguesa Clinica Geral*. 2003;19:513–17.
- OECD. Health Data, 2012. Available at: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012.htm>. Accessed 22 Feb 2017.
- Tompkins, G., Campbell, R., Green, D., & Smith, C. (2014). *Literacy for the 21st century*. Pearson Australia.
- Tremblay M. (2012). *The Health Systems of Small and Island States: Issues Overview (Report)*
- Varela BL. Políticas e práxis de ensino superior em Cabo Verde: marcos da sua evolução. Mesa Redonda sobre Políticas Atuais do Ensino Superior. In Atas do XII Congresso da Sociedade Portuguesa das Ciências da Educação. Vila Real: Universidade de Trás- os- Montes e Alto Douro, 2014. 2573- 2598.
- WHO. *World health report 2006: working together for health*. Geneva: World Health Organization, 2006.
- Wiktorowicz M & Deber R. Regulating biotechnology: a rational-political Model of policy development. *Health Policy Journal [online]*.1997. 40(2) [capturado 12 dez. 2016]; 115–138. [http://dx.doi:10.1016/S0168-8510\(96\)00889-5](http://dx.doi:10.1016/S0168-8510(96)00889-5).

ANEXOS

Anexo 1: Guião de entrevistas aos informantes-chave

O meu projeto de Doutoramento em Saúde Internacional na Especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, em curso no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa – IHMT/UNL, tem como área de interesse de investigação e objeto de tese a “*Educação Médica em Cabo Verde no contexto de pequeno estado insular: o desafio da sua implantação*”, sob a orientação do Professor Doutor Paulo Ferrinho, diretor dessa tão prestigiada instituição.

Este guião é elaborado para conduzir as entrevistas que serão feitas no âmbito dessa tese para a recolha de opiniões de decisores políticos, académicos, médicos e personalidades sobre os desafios na implantação da Educação Médica em Cabo Verde, sobre como ultrapassá-los e quais as vantagens e desvantagens que poderão existir.

O objetivo da minha investigação é avaliar a exequibilidade da Educação Médica em Cabo Verde no contexto próprio, vista de vários ângulos — político-estratégico, social e económico —, baseada em modelos apropriados a identificar e nos perfis do médico necessário, a definir e, ainda, no conhecimento dos fundamentos nacionais necessários à implantação e desenvolvimento da Educação Médica, em particular.

As entrevistas serão conduzidas por mim com o singular interesse de saber o que entrevistado pensa sobre o tópico da entrevista. Queremos que se sinta livre para expressar a sua opinião sobre as questões abordadas, sem preocupação ou julgamento sobre as mesmas. As respostas serão gravadas após o consentimento informado do entrevistado, para garantir a respeitabilidade das opiniões expressas, sendo clara a compreensão de que a participação é inteiramente voluntária e que, se assim o entender, o entrevistado pode recusar responder a qualquer pergunta ou, em qualquer momento, recusar a sua participação. As respostas serão transcritas com a probidade exigida e tratadas pela técnica de análise de conteúdo por categorias e codificação dos resultados para obter blocos de opiniões sobre as diversas facetas do estudo. A informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial e o entrevistado não será pessoalmente identificado em qualquer momento do estudo, em especial, no relatório ou na sua publicação.

Se tiver alguma pergunta ou preocupação prévia sobre a entrevista ou o processo em curso, agradeço-lhe que me diga, permitindo-me prestar-lhe esclarecimentos devidos.

Agradeço, de antemão, toda a disponibilidade em responder às questões e colaborar no estudo e pelo precioso tempo despendido para realização desta entrevista.

Temas:

1. “Fala-se cada vez mais em se avançar com uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde. Qual é a sua/vossa opinião?”

- | | |
|--|---|
| i. É necessária ? | b. Não ⇒ Agora ou nunca? Agora ⇒ O que tem de mudar para ser prioritário? |
| a. Sim, Porquê? ⇒ P.2 | Nunca ⇒ Porquê? |
| b. Não ⇒ Tentar compreender porquê. | iii. É viável ? |
| ii. É uma prioridade ? | a. Sim, Porquê? ⇒ P.2 |
| a. Sim, Porquê? ⇒ P.2 | b. Não ⇒ Como se poderá viabilizar? |
| iv. R: Não avançar : Na hipótese de se resolver todos os constrangimentos (argumentos) como se poderia avançar? ⇒ P.2 | |

2. Como **avançar com o processo** de criação da Faculdade/Escola de Medicina?
- Quem **deve dirigir** o processo?
 - Universidade (pública e/ou privada)?
 - MESCI?
 - MS?
 - Todos? Se SIM, como garantir a **articulação**?
 - Em que **horizonte temporal**?
 - Faseada? Em parceria com outra instituição de formação? Parte pré-clínica local e parte clínica no exterior? (modelo da Madeira)
-

3. Quem **envolver (deverá ser envolvido)** no processo de criação da Educação Médica em Cabo Verde?
- Universidades?
 - Pública e privadas? Só pública?
 - Ministérios da Educação, do Ensino Superior, da Saúde, das Finanças? Outros?
 - Ordem dos Médicos Cabo-verdianos?
 - Cooperação internacional?
 - Outras instituições?
-

4. Na sua opinião como conjugar a **implantação** de uma Faculdade de Medicina/Educação Médica e o facto de Cabo Verde ser um **pequeno Estado insular**?
- Como poderão as ilhas mais pequenas/menos populosas ser incluídas no processo?
 - Na sua opinião que contribuição as novas tecnologias de informação e comunicação (e-learning, telemedicina...) poderão dar para a viabilização da Educação Médica local?
-

5. Como é que as instituições de saúde de Cabo Verde (**Hospitais, Centros de Saúde ...**) se deverão constituir em **cenário de docência e investigação** para sustentar o processo de Educação Médica?
- Poderá ser essa uma vantagem da Educação Médica na melhoria da qualidade do atendimento médico?
 - Como é que essa transformação poderá estimular a superação profissional, incluindo a pós-graduação a investigação?
 - Na sua opinião, como se conseguirá o corpo docente?
-

6. Qual o **impacto** de uma Faculdade/Escola de Medicina no mercado de trabalho médico?
- Retenção de médicos no país?
 - Grelha salarial?
 - Desemprego?
 - Emigração?
-

7. Como **argumentar a defesa** da introdução de uma Faculdade/Escola de Medicina para ultrapassar resistências?
- Independência e soberania nacional?
 - Força de trabalho médica constitui uma área estratégica para o desenvolvimento global e da saúde em particular?
 - A formação de médicos no exterior é suficiente e satisfatória para as necessidades da população?
-

8. Como **financiar a instalação e funcionamento** de uma Faculdade/Escola de Medicina?
- Financiamento externo?
 - Bolsa de estudo?

Anexo 3: Protocolo para os Grupos Focais de médicos e jornalistas

Estudo da opinião de médicos e jornalistas que exercem no SNS de Cabo Verde, após discussão em grupos, quanto ao processo de decisão de avançar ou não com a Educação Médica, no contexto próprio de pequeno estado insular.

População – Médicos generalistas e especialistas, em exercício ou que tenham exercido a sua atividade nos últimos 10-15 anos.

Amostra – Cinco Grupos Focais/GF de em média 6 (mínimo 4; máximo 8) participantes, escolhidos por conveniência e por convite direto do doutorando:

- GF 1 – Um grupo constituído por médicos de Clínica Geral que trabalham nos Programas de Saúde Pública, Centros de Saúde e Hospitais localizados na ilha de Santiago, exercendo ou não funções de direção a qualquer nível;
- GF 2 – Um grupo misto constituído por médicos especialistas e clínicos gerais, trabalhando em Santiago;
- GF 3 – Um grupo formado por médicos especialistas exercendo nos sectores da saúde público e privado, sedeados na ilha de Santiago e/ou dirigentes de serviços;
- GF 4 – Um grupo misto de médicos generalistas e especialistas exercendo nas estruturas e serviços públicos e privados de saúde em S. Vicente e/ou dirigentes de serviços.
- GF 5 – Um grupo misto de médicos generalistas e especialistas exercendo nas estruturas e serviços públicos e privado de saúde em S. Antão e/ou dirigentes de serviços.
- GF 6 – Um grupo constituído por jornalistas que trabalham em vários/diferentes órgãos de comunicação social ou não na cidade da Praia.

Técnica de recolha – Técnica de discussão em grupo focal.

Instrumento de recolha – Guião de condução de GF, pré-testado numa amostra de conveniência; gravação das discussões com consentimento prévio.

Técnica de análise – Transcrição dos resultados e análise do conteúdo do material gerado nas discussões e comentários e relatórios.

a) Temas para a discussão nos Grupos Focais com Médicos

1. “Fala-se cada vez mais em **se avançar** com uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde. Qual é a vossa **opinião**?
Os médicos em Cabo Verde são formados no exterior do país. Proponho que conversemos sobre **a eventual instalação da educação de médicos**, nomeadamente pela criação de uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde.
Que **argumentos** a favor e/ou contra podem ser apresentados sobre:

- **Necessidade?**
 - Sim => P.2 Porquê?
 - Não => tentar compreender porquê.
 - **Prioridade?**
 - Sim => P.2 Porquê?
 - Não => agora ou nunca? Agora => O que tem de mudar para ser prioritário? Nunca=> Porquê?
 - **Viabilidade**
 - Sim => P.2 Porquê?
 - Não => Como se poderá viabilizar?
-

- i. Como **avançar** com o processo de criação da Faculdade/Escola de Medicina?
Quem (**Que instituição**) deve **dirigir** o processo?
 - a. Universidade (pública e/ou privada)?
 - b. MESCI?
 - c. MS?
 - d. Todos? Se SIM, como garantir a **articulação**?
-

2. Quem deverá **ser envolvido (envolver)** no processo de criação da Educação Médica em Cabo Verde?
 - i. Universidades? Pública e privadas? Só pública?
 - ii. Ministérios da Educação, do Ensino Superior, da Saúde, das Finanças? Outros?
-

3. Como veem a possibilidade de as **instituições de saúde do país serem adaptadas a cenários de formação** dos médicos em apoio à Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde? Por exemplo, como podiam apoiar a formação? E quanto ao corpo docente? Que alterações introduzir?
-

4. Que elementos competências serão **fundamentais na definição de um perfil (ou perfis)** dos médicos a formar para Cabo Verde, numa eventual Faculdade/Escola?
-

5. Que **vantagens e/ou desvantagens** veem associadas à instalação de uma Faculdade/Escola de Medicina?

Anexo 4: Identificação dos médicos participantes nos Grupos Focais, 2014.

Médicos	Caracterização
António Moreira	S. Pública, Prog. Nac. Paludismo
Ariana Mota	C. Geral, Deleg. Saúde S. Vicente
Carla do Rosário	C. Geral, no Hosp. Reg. João Morais – SA
Carla Guiomar	C. Geral, Centro Saúde Madeiralzinho SV.
Didier Andrade	C. Geral, Médico SS F. Armadas
Dolores Vasconcelos	G-Obstetrícia, S. privado ST
Domingos Teixeira	S. Pública, Deleg. Saúde Praia
Dulce Dupret	Gastroenterologia, C.S. ASA, ST
Florentina Lima	C. Geral, Hosp. Reg. João Morais-SA
Heidy Graça	C. Geral, Deleg. Saúde do Paul SA
Henrique Vera-Cruz	Cirurgião Geral HANeto (aposentado)
Íris Vasconcelos Matos	Bióloga, S. Pública – ARFA
Jaqueline Cid	C. Geral, C.S. de M. Sossego SV
João Batista Semedo	C. Geral, Deleg. Saúde de Sta. Cruz ST
José da Rosa	S. Pública, Programa D. Ñ. Transmissíveis
José Domínguez	G-Obstetrícia, S. privado
Liziana Barros	C. Geral, Deleg. Saúde de Calheta ST
Maria da Luz Lima	S. Pública, C.S. de Tira-Chapéu DSP
Oswaldo Lisboa Ramos	Med. Interna, Serviço Medicina HAN
Paulo Graça	S. Pública, Deleg. Saúde R ^a Grande SA
Rosa Lopes	G-Obstetrícia, Diretora HpRJM SA
Sandra Monteiro	Patologia Clínica, PCA HBS SV
Teresa Martins	G-Obstetrícia, HBS SV
Yorleydis Rosabal	C. Geral, Prog. Nac. Saúde Reprodutiva

b) Temas para o Grupo Focal com Jornalistas

1. Até então, os médicos em Cabo Verde são formados no exterior do país. Contudo, fala-se cada vez mais em **se avançar** com uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde.

Proponho que conversemos sobre **a eventual instalação da educação de médicos**, nomeadamente pela criação de uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde. Gostaria de conhecer a vossa **opinião**, que **argumentos** a favor e/ou contra podem ser apresentados sobre:

- **Necessidade?**
 - Sim => P.2 Porquê?
 - Não => tentar compreender porquê.
 - **Prioridade?**
 - Sim => P.2 Porquê?
 - Não => agora ou nunca? Agora => O que tem de mudar para ser prioritário? Nunca=> Porquê?
 - **Viabilidade?**
 - Sim => P.2 Porquê?
 - Não => Como se poderá viabilizar?
-

2. Como **avançar** com o processo de criação da Faculdade/Escola de Medicina? Quem (**que instituição**) **deve dirigir** o processo?
- a. Universidade (pública e/ou privada)?
 - b. MESCI?
 - c. MS?
 - d. Todos? Se SIM, como garantir a **articulação**?
-

3. Quem deverá **ser envolvido (envolver)** no processo de criação da Educação Médica em Cabo Verde?
- i. Universidades? Pública e privadas? Só pública?
 - ii. Ministérios da Educação, do Ensino Superior, da Saúde, das Finanças? Outros?
-

4. Como veem a possibilidade de as **instituições de saúde do país serem adaptadas a cenários de formação** dos médicos em apoio à Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde? Por exemplo, como podiam apoiar a formação? Quanto ao corpo docente? Que alterações introduzir?
-

5. Que elementos/competências serão **fundamentais na definição de um perfil (ou perfis)** dos médicos a formar para Cabo Verde, numa eventual Faculdade/Escola?
6. Que **vantagens e/ou desvantagens** veem associadas à instalação de uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde?

Anexo 5: Identificação dos jornalistas participantes no Grupo Focal, 2015

Jornalistas	Especificação
António Monteiro	Jornal Expresso das Ilhas – privado
Carlos Santos	Rádio de Cabo Verde (RCV) pública
Daniel Almeida	Jornal A Nação – privado
Luís Carvalho	Inforpress Agência Cabo-verdiana de Notícias – pública
Marco Rocha	Televisão de Cabo Verde (TCV) pública

Anexo 6: Tópicos para as Entrevistas com Diretores/Reitores de Faculdades de Medicina

O meu projeto de Doutoramento em Saúde Internacional na Especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento em curso no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa — IHMT/UNL, que tem como área de interesse de investigação e objeto de tese a “*Educação Médica em Cabo Verde no contexto de pequeno estado insular: o desafio da sua implantação*”, com o objetivo de refletir sobre a exequibilidade da implantação da Educação Médica em Cabo Verde no contexto próprio.

Estimo que da experiência de alguns países membros da CPLP onde decorrem processos recentes de criação e funcionamento de Faculdades de Medicina, pretendendo alargar a oferta de formação e ensaiar modelos inovadores, possa retirar lições pertinentes para o caso Cabo Verde, pelo que eu gostaria de estudar essa evolução da Educação Médica, colhendo a vossa experiência na implantação e funcionamento das Faculdades de Medicina, para me ajudar a perspetivar a Educação Médica em Cabo Verde.

Particularmente, eu gostaria de ter sua opinião com argumentos prioritários para a Educação Médica que terão sido considerados na conceção, organização e funcionamento da Faculdade de Medicina.

- **O desenvolvimento institucional das Faculdades/Escolas de Medicina:**
 - Que motivações fundamentaram o processo da criação da Faculdade de Medicina?
 - Que modelo ou que elementos essenciais caracterizam o modelo adotado?
 - Que elementos inovadores foram introduzidos?
 - Os avanços conseguidos e as dificuldades (maiores) encontradas.
- **O programa de ensino adotado:**
 - Que inovações introduzidas no conteúdo dos programas?
 - Métodos de ensino;
 - Procedimentos de avaliação da qualidade das formações
- **Perfil dos estudantes:**
 - Condições de ingresso;
 - Perfil de saída.
- **Perfil do corpo docente:**
 - Nacional e/ou internacional;
 - Requisitos para admissão/recrutamento;
 - Se adequado, capacitado, a tempo inteiro ou parcial e em número suficiente.
- **Argumentos prioritários para a Educação Médica:**
 - Aspectos sistémicos, institucionais
 - Treinamento hospitalar vs. com base comunitária; centrada nas pessoas; desenvolvimento de sistemas de informação
 - Currículos; processo de ensino-aprendizagem

Anexo 7: Relação dos Diretores/Reitores da CPLP entrevistados, 2015

Prof. A. Rendas	Reitor da UNL e antigo Diretor da Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa
Prof. A. Martins	Diretor do curso de Medicina de Açores
Prof ^a I. Palmeirinho	Diretor do curso de Medicina de Algarve
Prof ^a R. Sambo	Diretor da Faculdade de Medicina de Benguela, Angola
Prof. F. Regateiro	Diretor do curso de Medicina de Cabo Verde
Prof. M. Fresta	Diretor do CEDUMED/Angola
Prof ^a A. Ferreira	Diretora da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
Prof. V. Rodrigues	Professor nos cursos de Medicina de Coimbra e Açores
Prof. F. Pimentel	Diretor do curso de Medicina de Aveiro (extinto)

Anexo 8: Construção das categorias de análise de conteúdos das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Sub – subcategorias	Argumentos/ razões
1. Avançar com uma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde.	1.1.Necessária		
	1.2.Prioritária		
	1.3.Viável		
2. Não avançar com uma Faculdade/ Escola de Medicina em Cabo Verde.	2.1.Não é necessária	Porquê?	
	2.2.Não prioritária	Agora? Porquê?	
		Nunca? Porquê?	
2.3. Não viável	Como se poderá viabilizar?		
3. Principais obstáculos	3.1. Corpo docente		
	3.2. Financiamento		
	Infraestruturas		
4. Alternativas /propostas para se resolver os obstáculos	3.1. Corpo docente		
	3.2. Financiamento		
	Infraestruturas		
5. Condução do processo de uma Faculdade/ Escola de Medicina em Cabo Verde.	5.1. Como avançar	Faseada	
		Parceria	
		Modelo	
	5.2. Quem (que instituições) deve dirigir o processo	Liderança	
		Articulação	
		Comissão	
	5.3. Em que horizonte temporal (prazos)	Curto	
		Médio	
		Longo	
6. Quem envolver no processo de criação da Educação Médica em Cabo Verde.	6.1. Universidades	Públicas?	
		Privadas?	
	6.2. Ministérios	Quais?	
	6.3. Ordem Médicos		
6.4. Cooperação			

Categoria	Subcategoria	Sub – subcategorias	Argumentos/ razões
	Internacional		
	6.5. Outras		
7. Como conjugar a implantação de uma Faculdade de Medicina com um Pequeno Estado Insular como Cabo Verde?	7.1. Contribuição das novas tecnologias para viabilizar a Educação Médica local?		
	7.2. Inclusão das ilhas mais pequenas/menos populosas no processo?		
8. Vantagens da implantação de uma Faculdade de Medicina em Cabo Verde.	8.1. Melhoria do atendimento médico		
	8.2. Estímulo à superação profissional		
	8.3. Investigação e docência		
	8.4. Concorrência entre médicos		
	“Emigração” de médicos		
9. Desvantagens da implantação de uma Faculdade de Medicina em Cabo Verde.	9.1. Saturação rápida do mercado		
	9.2. Concorrência entre médicos		
	9.3. Qualidade profissional		
	9.4. “Emigração” de médicos		
10. Transformação das instituições de saúde do país no cenário de formação	10.1. Centros de Saúde		
	10. 2. Hospitais Centrais e Regionais		
	10. 3. Hospital Universitário		
11. Impacto no mercado de trabalho médico de uma Faculdade/Escola	11.1. Retenção de médicos no país		
	11.2. Grelha salarial		

Categoria	Subcategoria	Sub – subcategorias	Argumentos/ razões
de Medicina	11.3. Desemprego		
	11.4. Emigração		
12. Que argumentos usar para ultrapassar resistências à introdução de uma Faculdade/Escola de Medicina	12.1. Independência e soberania nacional		
	12.2. Área estratégica para o desenvolvimento global do país		
	12.3. A formação no exterior é insuficiente e insatisfatória para as necessidades da população		
	12.4. Emigração		
13. Financiamento da instalação e funcionamento de uma Faculdade/ Escola de Medicina	9.1. OGE Independência e soberania nacional		
	9.2. Financiamento externo/cooperação/parcerias		
	9.3. Abrir ao mercado internacional		
	Comercialização de parte das entradas no curso		
	9.4. Bolsa de estudo		
	9.5. Propinas		
	9.6. Financiamento privado – banca		

Anexo 9: Inquérito aos Estudantes da Faculdade de Medicina de Cabo Verde



Este inquérito ajudar-nos-á a melhor compreender as dificuldades e expetativas dos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina.

Agradecemos a sua colaboração. Preencha, por favor, TODAS as respostas às perguntas. Para qualquer dúvida consulte o investigador presente.

Depois de preenchido entregue o formulário ao investigador.

Os resultados são completamente anónimos e não há forma de identificar quem respondeu ao questionário.

PARTE I

		Indique aqui a sua resposta
Marque com um X a opção correcta (SÓ UMA OPÇÃO)		
1. Sexo	Masculino	
	Feminino	
2. Onde é que nasceu?	Cidade da Praia	
	Outro local – indique a cidade ou localidade e ilha	
3. Onde completou o ensino primário?	Cidade da Praia	
	Outro local – indique a cidade ou localidade e ilha:	
4. Onde completou o ensino secundário?	Cidade da Praia	
	Fora da Cidade da Praia – indique a cidade ou localidade e ilha:	

Indique aqui a sua

					resposta
Marque com um X a opção correcta (1 MUITO INSATISFEITO E 5 MUITO SATISFEITO)					
5. O que é que acha do trabalho da associação dos estudantes de Medicina?	1	2	3	4	5
	JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA				
6. Está satisfeito com a carga horária semanal do curso?	1	2	3	4	5
	JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA				
7. Está satisfeito com o programa de ensino?	1	2	3	4	5
	JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA				
8. Está satisfeito com a qualidade dos professores?	1	2	3	4	5
	JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA				
9. Está satisfeito com a qualidade dos sistemas de apoio (biblioteca, computadores, laboratórios, etc.)?	1	2	3	4	5
	JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA				
10. Sente que a sua formação é prática ou teórica	1	2	3	4	5
	JUSTIFIQUE A SUA RESPOSTA				

		Indique aqui a sua resposta
Marque com um X a opção correcta (SÓ UMA OPÇÃO)		
11. Em que localidade quer vir a exercer medicina?	Na Cidade da Praia	
	Outro local de Cabo Verde: especifique onde:	
	Em Portugal	
	Noutro país – especifique qual:	
12. Sente que está a receber formação que lhe permite ser bom médico	Só em Cabo Verde	
	Em qualquer parte do mundo	
13. Tem familiares com profissões no sector da saúde?	Não	
	Sim	
	a) se sim, especificar quem (pai, tio, irmão, etc.)	
	b) se sim, especificar que profissão tem (têm)	
	c) se sim, especificar em que instituição(ões) trabalha(m)	
14. Onde se encontra acomodado?		
15. Quem lhe financia os estudos?		
16. Considera excessiva a propina do curso?	Não	
	Sim	
	a) se sim, especificar que propina consideraria justa em escudos cabo-verdianos	
17. Que outros apoios para além dos financeiros recebe e de quem?		
18. Quais as dificuldades mais sentidas até agora no		

curso e na faculdade?		
		Indique aqui a sua resposta
Marque com um X a opção correcta (SÓ UMA OPÇÃO)		
19. Com que idade decidiu que ia fazer Medicina?		
20. Porque escolheu o curso de Medicina e não outro curso?		
21. Que influência tiveram os seus familiares nesta sua decisão?	Nenhuma	
	Pouca, mas alguma	
	Muita	
22. Em que sector quer praticar Medicina quando completar o curso?	no sector público	
	no sector privado	
	Em ambos	
	a) Justifique a sua escolha	
23. A que nível institucional gostaria de vir a praticar medicina?	no centro de saúde	
	no hospital	
	a nível de administração ou gestão	
24. Que rendimento mensal espera vir a auferir no primeiro ano como médico? (em escudos cabo-verdianos)	Até 70 000	
	Entre 70 000 – 100 000	
	Entre 100 000 – 150 000	
	Entre 150 000 – 200 000	
	Entre 200 000 – 250 000	
	Entre 250 000 -300 000	
	Entre 300 000 – 350 000	
	Entre 350 000 – 400 000	
	Entre 400 000 – 450 000	
	Entre 450 000 – 500 000	
Entre 500 000 – 550 000		
25. Quando acabar o curso quer especializar-se em quê? (se não sabe, escreva que não sabe)		

		Indique aqui a sua resposta
Quando apropriado, marque com um X a opção correcta (SÓ UMA OPÇÃO)		
25. Onde gostaria de fazer essa especialização? (se não sabe, escreva que não sabe)	Em Cabo Verde?	
	Em Portugal?	
	Em Cuba?	
	No Brasil?	
	Noutro país? Especifique	
27. É casado?	Não	
	Sim	
28. Tem dependentes sob a sua responsabilidade?	Não	
	Sim	
	a) Se sim, especifique quem:	
29. É estudante trabalhador?	Não	
	Sim	
	a) Se sim, especifique que tipo de trabalho faz:	
30. Indique a sua idade em anos completos		
31. Indique as suas preocupações quanto ao futuro do ensino médico em Cabo Verde:		