

Evolução da Política de Educação Médica em Cabo Verde

Evolution of the Medical Education Policy in Cabo Verde

Antonio Pedro Delgado^{a,b}

^aUniversidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa, Portugal.

^bUniversidade de Cabo Verde. Praia, Santiago, Cabo Verde.
E-mail: apc_delgado@hotmail.com

Sónia Dias^c

^cUniversidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Escola Nacional de Saúde Pública. Lisboa, Portugal.

E-mail: sfdias@ihmt.unl.pt

André Tolentino^d

^dFundação Amílcar Cabral. Praia, Cabo Verde.
E-mail: torentino.corsino@gmail.com

Giuliano Russo^{e,f}

^eUniversidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa, Portugal.

^fQueen Mary University of London. Centre for Primary Care and Public Health. London, Reino Unido.
E-mail: grusso@ihmt.unl.pt

Paulo Ferrinho^{g,h}

^gUniversidade Nova de Lisboa. Instituto de Higiene e Medicina Tropical. Lisboa, Portugal.

^hCentro Colaborador da OMS sobre Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde. Lisboa, Portugal.
E-mail: PFerrinho@ihmt.unl.pt

Resumo

Cabo Verde é um dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento do mundo, com especificidades e desafios próprios. Independente há 43 anos, com meio milhão de habitantes, a formação dos seus médicos tem sido feita no exterior, incrementando a força de trabalho do país, mas não o suficiente, em número e diferenciação, para sustentar os desafios da saúde, nomeadamente a extensão da cobertura universal. Em 2015 as autoridades decidiram implantar a educação médica local, tornando necessário reformular a Política de Educação Médica enquanto política de educação e de saúde, envolvendo os vários atores, organizações e instituições. O objetivo deste artigo é analisar a percepção de vários informantes-chave sobre a implantação da educação médica em Cabo Verde e propor subsídios à reformulação da sua Política de Educação Médica. Um estudo qualitativo que resulta da análise de conteúdo de entrevistas e discussões em grupo, bem como de notícias na *media* cabo-verdiana, identificou elementos-chave da reformulação de políticas em termos de conteúdo, contexto, processos e principais atores envolvidos na reconsideração do curso de medicina. Os entrevistados consideraram essencial ter uma política de educação médica envolvente que oriente o desenvolvimento do curso e identifique os principais impulsionadores de sua implementação. **Palavras-chave:** Cabo Verde; Educação Médica; Médicos; Recursos Humanos em Saúde.

Correspondência

Antonio Pedro Delgado

Largo Coculi, 11, Terra Branca. Praia, Santiago, Cabo Verde.

Abstract

Cabo Verde is one of the world's Small Island Developing States, with its own specificities and challenges. Independent 43 years ago, with half a million inhabitants, the education of its physicians has been done abroad, increasing the country's workforce but not enough in number and differentiation to support the challenges of health care, namely the extension of universal coverage. In 2015 the authorities decided to implement local medical education, making it necessary to reformulate the Medical Education Policy as an education and health policy involving the many actors, organizations, and institutions. The objective of this article is to analyze the perception of several key informants of the Cabo Verdean society about the medical education in the country and to propose means to reformulate its Policy of Medical Education. A qualitative study that results from the content analysis of interviews and group discussions, as well as news in the Cabo Verdean media, identified key elements of policy reformulation in terms of content, context, processes and main actors involved in the reconsideration of the medical course. Respondents considered essential to have an engaging medical education policy to guide the development of the course and identifies the key drivers for its implementation.

Keywords: Cabo Verde; Medical Education; Doctors; Human Resources in Health.

Introdução

Cabo Verde (CV) - um pequeno país insular, independente há pouco mais de 40 anos (em 1975), com meio milhão de habitantes dispersos por nove ilhas e com uma diáspora relativamente numerosa (Buchan; Connel; Rumsey, 2011) - sempre fez a formação superior de seus técnicos no exterior, em países que aceitaram os seus estudantes com bolsas de estudo ou, mais recentemente, oferecendo vagas no âmbito dos acordos de cooperação bilateral. Essas especificidades dos Pequenos Estados Insulares em Desenvolvimento (PEID/SIDS) têm alimentado o debate reiterado em países insulares vulneráveis (Briguglio, 2003; Negin; Martiniuk, 2012), questionando se valerá mais a pena investir localmente na formação dos recursos humanos da saúde (RHS), particularmente dos médicos, ou continuar a formá-los no exterior.

A política do ensino superior em CV desenvolveu-se no âmbito da reforma do ensino. A criação da Escola de Formação de Professores, em 1979, constituiu um marco no processo de instalação do ensino superior no país e no aparecimento das universidades (Tolentino, 2007). A primeira instituição a surgir foi de natureza privada, a Universidade Jean Piaget (Uni-Piaget), em 2001, seguida da Universidade Pública de Cabo Verde (Uni-CV), em 2006. Em 2014, existiam 11 instituições de formação superior em Cabo Verde, entre universidades (6), institutos (3) e escolas (2).

A formação dos médicos seguiu o modelo de formação no exterior, e foi dessa forma que o país incrementou a sua força de trabalho médica. Contudo, os resultados obtidos no domínio de RHS são insuficientes, em número e diferenciação (Delgado; Tolentino; Ferrinho, 2017), para suportar os novos desafios de saúde, nomeadamente o desígnio da extensão da cobertura universal (Campbell et al., 2013; Chan, 2008) a todas as ilhas e lugares. A partir de 2015, as instituições políticas e académicas do país iniciaram a reformulação da Política de Educação Médica (PEM) e a experimentação de um modelo (complementar ao anterior) de formação interna, assistida pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).

Essa decisão visa combinar um número crescente de médicos com a melhoria da formação especializada e contínua, bem como com as condições de trabalho, a distribuição dos médicos pelo país, a gestão, a

motivação e a satisfação destes, como meio de incrementar o desempenho dos serviços (Cabral et al., 2013). A medida pretende também trazer para o país os efeitos colaterais que uma medida como essa tem sobre a prática profissional e sobre o desempenho dos serviços e cuidados de saúde.

A (re)formulação da PEM, enquanto uma política de educação e de saúde, deverá ser inserida em seu contexto próprio, envolvendo vários atores, organizações e instituições na concepção e na realização de medidas que afetem o conjunto do sistema de saúde, conforme sugerido por Buse, Mays e Walt (2012). O objetivo deste artigo é analisar a percepção de vários informantes-chave da sociedade cabo-verdiana a respeito da implantação da educação médica (EM) em CV e propor subsídios para a reformulação da sua PEM.

Materiais e métodos

Foi desenvolvido um estudo qualitativo (Creswell, 2003; Yin, 2003) sobre a opinião de uma amostra de 52 informantes-chave escolhidos intencionalmente. Foram aplicados questionários semiestruturados (Anexos 1 e 2) em que a questão principal e comum a todos era: “Fala-se muito em avançar com uma faculdade/escola de medicina em CV. Qual é a sua opinião? É necessária? É uma prioridade? É viável?”. Dezenove entrevistas

(Marconi; Lakatos, 2003, 2012) foram colhidas em 2014 entre entidades políticas ativas (POL), personalidades ex-dirigentes do Estado com envolvimento na saúde e na educação (PER), dirigentes acadêmicos (ACA), dirigente de ordem profissional (ORD) e médicos dirigentes da saúde (TEC),¹ caracterizados na Tabela 1.

Também em 2014, 18 médicos em atividade nos setores público e privado da saúde, nos três níveis de prestação de cuidados e nas três ilhas mais populosas (Tabela 2), participaram em grupos focais (GF) (Backes et al., 2011).

Em inícios de 2015 foi realizado um grupo focal com cinco jornalistas de órgãos de comunicação social públicos e privados nos três níveis de prestação de cuidados e nas três ilhas mais populosas (Tabela 3).

Aproveitaram-se, ainda, dados secundários de entrevistas conduzidas em 2012 na cidade da Praia com médicos cabo-verdianos em exercício no setor público, no privado ou em ambos, no âmbito de uma pesquisa sobre multiemprego médico em setores da economia em três cidades africanas (Praia, Maputo e Bissau), realizada por Russo et al. (2014), os quais são identificados na Tabela 4.

Os guiões das entrevistas e os GF foram pré-testados numa amostra intencional, entre personalidades para as entrevistas e médicos para os grupos focais (Tabela 5).

Tabela 1 – Informantes-chave entrevistados, Cabo Verde, 2014

Tipo de informante-chave	Especificação
Dirigentes políticos (POL)	1. Presidente da Assembleia Nacional e ex-Ministro da Saúde
	2. Ministra-adjunta e da Saúde
	3. Ministro de Ensino Superior, Ciência e Inovação
	4. Ministra da Educação e Desporto
Personalidades ex-dirigentes (PER)	5. Ex-Presidente da Assembleia Nacional
	6. Ex-Primeiro-Ministro
	7. Ex-Ministro da Educação
	8. Ex-Ministro da Saúde 1
	9. Ex-Ministro da Saúde 2

continua...

¹ Ao longo deste artigo, os entrevistados serão identificados por meio da sigla correspondente à sua ocupação, acrescida da letra “E” e de um número atribuído a cada um deles.

Tabela 1 – Continuação

Tipo de informante-chave	Especificação
Dirigentes acadêmicos (ACA)	10. Reitora da Universidade de Cabo Verde
	11. Reitor da Única (ex-Bastonário da Ordem dos Médicos Cabo-verdianos, ex-Ministro da Saúde)
	12. Reitor da Universidade do Mindelo
	13. Reitor da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde
Dirigente de ordem profissional (ORD)	14. Bastonário da Ordem dos Médicos de Cabo Verde
Dirigentes técnicos em estruturas de saúde centrais e regionais (TEC)	15. Diretora clínica do Hospital A. Neto Praia
	16. Ex-Assessor do Ministério da Saúde, e staff da Organização Mundial da Saúde
	17. Ex-Dirigente do Ministério da Saúde e staff da Organização Mundial da Saúde
	18. Ex-Diretora-Geral de Saúde e ex-Inspetora Geral de Saúde
	19. Diretor da Região Sanitária Santiago Norte

Tabela 2 – Médicos participantes nas discussões em grupo focal, Cabo Verde, 2014

Tipo de informante-chave	Especificação
Grupo focal 2 – médicos generalistas, em Santiago, em funções de direção nas estruturas de saúde primária na ilha de Santiago	1. Programa Saúde Reprodutiva
	2. Centro Saúde/Delegacia de Saúde Praia
	3. Centro Saúde/Delegacia de Saúde Calheta
	4. Delegacia de Saúde/Santa Cruz
Grupo focal 3 – médicos especialistas, em Santiago, Praia, exercendo funções nos setores público e privado da saúde na Praia	5. Ginecologista-obstetra 1 – Privado
	6. Ginecologista-obstetra 2 – Privado
	7. Saúde pública/Delegado de Saúde Praia
	8. Saúde pública/Centro de Saúde
	9. Medicina interna Hospital Agostinho Neto
Grupo focal 4 – médicos especialistas e generalistas, em São Vicente, exercendo funções nas estruturas de saúde da ilha	10. Patologia Clínica Hospital Batista de Sousa
	11. Delegado de Saúde – São Vicente
	12. Ginecologista-obstetra – HBSousa – Mindelo
	13. Clínico geral Centro Saúde Monte Sossego
Grupo focal 5 – médicos especialistas e generalistas, em Santo Antão, exercendo funções nas delegacias de saúde de Ribeira Grande e do Paúl e no Hospital Regional João Morais	14. Clínico geral no Hospital Regional João Morais
	15. Ginecologista-obstetra – Hospital Regional João Morais
	16. Clínico geral – Hospital Regional João Morais
	17. Saúde pública – Delegacia de Saúde Ribeira Grande
	18. Clínico geral – Delegado Saúde Paúl.

Tabela 3 – Jornalistas participantes nas discussões em grupo focal, 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

Tabela 4 – Lista de entrevistados em 2012, Praia, Cabo Verde

Tipo de informante-chave	Especificação
Médicos cabo-verdianos em exercício no setor público, no setor 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 recursos humanos da saúde no Ministério da Saúde	10. Diretor-geral para os recursos humanos da saúde

Fonte: Russo et al., 2014

Tabela 5 – Grupos pré-teste dos guiões para entrevistas e grupos focais, Cabo Verde, 2014

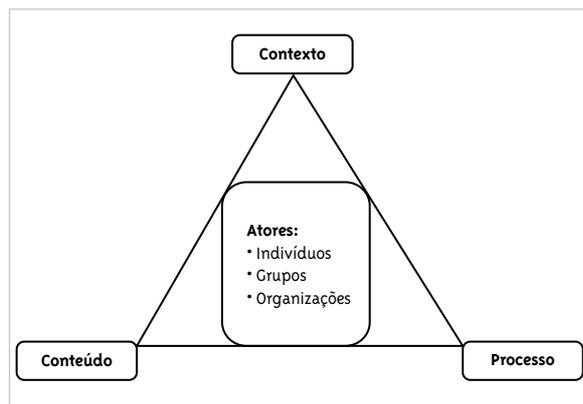
Tipo de informante-chave	Especificação
Pré-teste do guião para as entrevistas	1. Ex-diretora do Gabinete de Estudos e Planeamento do Ministério da Saúde
	2. Pró-reitor da Universidade Jean Piaget de Cabo Verde
	3. Ex-ministro da reforma do Estado
Grupo pré-teste para o guião dos grupos focais (médicos generalistas e especialistas na Praia)	4. Saúde pública/Programa Paludismo
	5. Saúde pública/Programa Doenças Não Transmissíveis
	6. Cirurgião aposentado – privado
	7. Médico militar

As respostas às entrevistas e as discussões em GF foram gravadas, após consentimento prévio, transcritas e analisadas no seu conteúdo (Hsieh; Shannon, 2005), segundo uma grelha de categorias para a análise de conteúdo (Anexo 3), para se extrair os desafios maiores à implantação da EM local a partir das opiniões expressas pelas entidades entrevistadas e da discussão entre pares nos GF.

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

Neste artigo analisamos as opiniões expressas pelos informantes-chave, adotando como quadro lógico o modelo proposto por Walt e Gilson (1994), designado “triângulo da política de saúde”, para subsidiar uma abordagem à reformulação da PEM em CV, focalizado no conteúdo desejado dessa política, mas igualmente nos aspetos do contexto, do processo, bem como dos atores identificados, que constituem os elementos significativos das políticas, os quais exigem ser considerados em interligação (Figura 1).

Figura 1 – Triângulo das políticas de saúde



Fonte: Walt e Gilson, 1994

Perante a relevância de uma política de EM, utilizamos uma análise dos modelos de políticas públicas sugeridos por alguns autores (Brooks, 2002; Rua, 1997; Souza et al., 2006; Wiktorowicz; Deber, 1997) para, quer na decisão do governo, quer

nas opiniões dos informantes-chave, compreender melhor as expectativas sobre o modelo da EM local e sobre sua implantação e consolidação.

Resultados

Para a apresentação dos resultados, seguiremos o quadro lógico do triângulo de Walt e Gilson (1994), que nos obriga a um olhar sincrônico para a análise do desenvolvimento de políticas, 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. Elencaremos em seguida os principais atores envolvidos nesse processo e os respetivos papéis e medidas por eles adotadas para chegar aos resultados.

Conteúdo e resultados

Todo o debate se centrou no objetivo de definir uma PEM que enquadre o estabelecimento do ensino médico em CV, em complementaridade ao modelo existente de formação no exterior. Esse objetivo encontrou amplo consenso entre os informantes-chave, argumentando-se que *a melhor resposta às insuficiências de médicos parece ser a formação do pessoal médico em CV* (PER_E12) e que *a escola de medicina 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), *no país com determinadas disciplinas que não exigem muitos recursos técnico-científicos* (TEC_E3), *uma fase intermédia feita em Coimbra, e a parte final feita de novo em CV* (ACA_E14).

Assim, os desenvolvimentos institucionais 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 mensalidades. Também deverá haver uma reflexão alargada, consensual sobre o que a EM significará, ter um plano de formação (POL_E8); como também acreditação do curso, dinamizar e procurar o financiamento, organizar, contatar os atores principais do sistema, ter apoio do Ministério da Saúde e da Ordem dos Médicos (ACA_E10).

Contexto

Os informantes-chave referenciaram elementos do contexto que condicionam o processo, nomeadamente: condições concretas do país; necessidade de afirmação da soberania nacional; reforço dos direitos dos cidadãos; percepção da necessidade e da prioridade do ensino médico em CV; percepção dos meios disponíveis ou mobilizáveis; viabilidade das diferentes opções; vontade política; e a situação do ensino secundário. Abordaremos algumas dessas questões com mais detalhes.

Soberania nacional, desenvolvimento e direito à saúde

A necessidade de instalar uma EM no país (TEC_E7; PER_22) esbarrava-se, nos anos iniciais da independência, no desafio de um mercado pequeno que poderá depois implicar em desemprego, mas também *não havia recursos humanos, equipamentos, hospital escolar e nenhuma parceria com uma faculdade estrangeira com capacidade para nos dar apoio - um número significativo de médicos 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 seus quadros, devendo o ensino médico local, ser enquadrado no plano estratégico de desenvolvimento do país (POL_E9), porque há necessidade de acelerarmos o processo de modernização de todo o sistema nacional de saúde (PER_E22). O sucesso do desenvolvimento que temos neste momento se deve, em grande parte, a essa atenção à saúde e à educação (POL_E5), e uma EM poderá ajudar a sistematizar a extraordinária prática e escola que se fez em quarenta anos de independência, podendo CV ser um exemplo para*

fazer-se saúde usando meios básicos, que são a atenção primária, a mobilização da população, [e] a perspectiva 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 para dar um novo salto no domínio de funcionamento global do sistema de saúde, mas o pilar da formação não funcionava completamente - faltava-nos a dos médicos (PER_E22).

Necessidade de implantação do ensino médico

Todos os informantes-chave e os participantes nas discussões em GF (médicos e jornalistas) defenderam a implantação de uma EM local, fundamentando-a no que será

um ganho para aumentar o número de médicos, para adquirir maior capacidade interna de pensar as questões da prática no exercício da profissão médica, estabelecer uma interação entre a academia, hospitais e centros de saúde onde se exerce prática médica, mas, também, constituir as bases de outras componentes importantes, como investigação, articulação entre o sistema de saúde e os sistemas de formação e de investigação, acesso a base de dados, uma estratégia de atualização científica permanente, formação continuada ou formação pós-graduada. (POL_E9)

Acrescenta-se a isso o fundamento de reforçar a missão das universidades como fonte de saber, de conhecimento e de excelência (PER_E2). Além de necessária, é urgente, com base em *uma decisão sobre a matéria, perante a consciência do déficit de profissionais que o país tem na área da saúde, em todos os níveis e em todos os ramos, dar-se um salto qualitativo com a criação da escola de medicina (POL_E11).*

Alguns informantes apelam para certa cautela na sua implementação, porque *vimos formando o nosso pessoal médico no estrangeiro em vários países, e nada nos diz que passar, de repente, a formar médicos em CV será mais eficiente ou que*

será mais seguro (PER_E12), reconhecendo que *isso tem muitos condicionantes; temos que saber o que fazer para adequar 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 modelo incrementalista (Souza et al., 2006) na implantação de políticas públicas, e os que, próximos do modelo racional-compreensivo (Rua, 1997), apresentam argumentos mais prudentes quanto a quando avançar com o processo. Entre os primeiros há opiniões no sentido de que o processo depende *do nível de prioridade em relação a outras necessidades políticas, também prementes*, com uma visão de que se trata de *uma prioridade política para o país no atual contexto* (PER_E1), reforçada pela afirmação de que *há uma vontade política de se avançar com o curso de medicina* (TEC_E4) e de que *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 [se] anunciar* (POL_E9). Entre os segundos, a maior parte informantes-chave e participantes dos GF, afirma-se que *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, porque *temos um desafio em CV que é o de melhorar continuamente a saúde*, e realçar a pressão da insuficiência de médicos, pois *estamos com muito pouca gente, há gente a ir para a reforma e não se está a formar muita gente* (TEC_E6), como também *os países de formação dos médicos têm*

menores disponibilidades para formá-los. Há que [se] 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, sugerem não ser prioritária nos tempos mais próximos a implantação da EM, por falta de dados suficientes para se ter uma resposta, e preconizam, em alternativa, *fazer estudos e fazer melhor escolha dos modelos* para chegar 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 para a formação desses médicos* (ORD_E13).

Viabilidade

A implantação da EM num país com as características de CV é um processo complexo e de enorme responsabilidade que coloca obstáculos à sua viabilidade e exige prudência perante os enormes desafios que lhe são impostos. A ausência de um corpo docente preparado é assinalada pelos informantes-chave como o principal desafio. São desafiantes também a qualidade do sistema educativo, na ligação entre os ensinos não superior e superior, para garantir as competências necessárias, de natureza linguística ou do raciocínio lógico, o que requer um *grande investimento nessa matéria* (POL_E5); a precariedade dos vínculos entre a saúde e a educação, que não facilita o necessário envolvimento do pessoal médico no processo (ACA_E10); e 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, credibilizarmos essa formação e arrancar com as condições mínimas criadas* (PER_E15).

Processos

Os diversos processos que os entrevistados identificaram como indispensáveis envolvem:

(1) elementos estratégicos - definição das grandes linhas orientadoras, das estratégias e das políticas no ensino superior, definição do perfil do médico para CV, desenvolvimento de propostas de ensino médico, estabelecimento de *standards* e critérios de certificação dos cursos; (2) fatores ligados à sua condução, liderança, articulação e parceria; (3) fatores ligados à materialização do processo educativo - ensino-aprendizagem, seleção e acompanhamento dos discentes, recrutamento, formação inicial e contínua de docentes; (4) alocação de recursos - aprovação do orçamento, mobilização de financiamentos; e (5) mobilização da opinião pública cabo-verdiana. Os mais previdentes colocam a tônica em estudos para suportar o processo decisório, argumentando que *é necessário fazer estudos prévios mais afinados* (PER_E1; PER_12) e *ter a ajuda de gente com experiência* (TEC_E6, ORD_E13) para *criar uma instituição certa* (POL_E8) e *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), 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* (POL_E9) - pois *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, já que o perfil geral do médico vem se modificando* (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 de medicina, vem e depois passa dez anos sem voltar a estudar* (POL_E8). 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: presidente da república, parlamento, governo, universidades públicas e privadas, a Ordem dos Médicos Cabo-verdianos (OMC), instituições prestadoras de cuidados de saúde, parceiros internacionais, organizações da sociedade civil (OSC) e agentes econômicos. Questões de liderança, de articulação entre os atores e de partilha de responsabilidades devem ser claramente (re)definidas, considerando que o processo será politicamente *liderado pelo Governo, sendo 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 *é um espaço por excelência para o debate político de validação das políticas e das grandes questões nacionais e, perante a pertinência da criação de uma escola de saúde, não pode ficar indiferente* (POL_E11, PER_E1). Reconheceram que a EM depende, em primeiro lugar, do governo, que *deve dar aval e ter um envolvimento fortíssimo* (POL_E11, PER_E1), tendo *a obrigação de indicar uma estratégia, ou apontar caminhos* (PER_E12), por meio do envolvimento de setores governamentais fundamentais: o *Ministério da Educação e do Ensino Superior [é] que define as grandes linhas orientadoras, estratégias e políticas no nível do ensino superior, estabelece standards, define critérios e garante o processo de certificação dos cursos*, enquanto o da Saúde tem 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 estes dentre outros ministérios com papéis específicos, como é o caso do *Ministério do Ambiente (mudanças climáticas)* [e do] *Ministério das Finanças* (POL_E8).

Já a materialização duma PEM exigirá *um envolvimento muito forte da universidade pública, à qual o ensino médico deve estar mais associado* (POL_E11, TEC_E3, POL_E5). Há a necessidade 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, tendo relativamente pouca população, e qualquer projeto tem que desenvolver parcerias e colaborações interinstitucionais e sinergias duma parceria público-privada (POL_E11, TEC_E6, PER_E2) necessárias para que um curso de medicina seja realmente uma referência em nível nacional e, quiçá, em nível regional (ACA_E10).

A OMC é apontada como um parceiro inquestionável e fundamental, uma organização de entendidos no assunto (PER_E1, TEC_E4, PER_E12), com papel de 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 foco nas questões da regulação e da qualidade (Ferrinho et al., 2010) e nos primeiros passos para a construção de um projeto credível, que projete as necessidades em infraestruturas, mas permita desenvolver uma valência de formação universitária por fases, nas nossas instituições de saúde (PER_E2), aproveitar a rede de prestação serviços de saúde com alguma capacidade e com algum nível que pode servir de campo de estágio (POL_E11), apenas com 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). A PEM requer também 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).

Além disso, um processo desta natureza exige envolver a sociedade civil, convencê-la de que realmente esse curso é pertinente e necessário em CV (ACA_E10), mas exige também envolver vários parceiros, tornando-o um projeto acarinhado pela sociedade, discutido nos meios académicos, empresariais, na comunicação social, além de ser considerado um

catalisador para despertar e sensibilizar as pessoas (POL_E11) e ter uma boa base de apoio.

Os órgãos de comunicação social tiveram e terão um papel importante para auscultar e mobilizar a sociedade. A análise documental das notícias publicadas na imprensa cabo-verdiana no período entre abril de 2010 e julho 2016 deixou transparecer a forma atenta como televisão, jornais, agências de notícias e rádios cabo-verdianas acompanharam e publicitaram a história da instalação do ensino médico no país, esclarecendo a opinião pública com declarações, decisões ou achegas, por vezes controversas, mas benéficas, de vários atores, como a OMC, a chefia do governo, o Ministério de Educação Superior, Ciência e Inovação (Mesci), a Uni-CV, a FMUC, a Uni-Piaget e a Universidade do Mindelo.

Os agentes de comunicação deram destaque às posições da OMC ao organizar, em 2010, o I Congresso Internacional da Ordem dos Médicos Cabo-Verdianos, que incluiu a conferência “Educação médica continuada e qualidade da atenção em saúde”,² ou às declarações posteriores do seu Diretor Regional de Barlavento em 2012 que perspectivava 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” (RTC, 2012). No entanto, o administrador da Uni-Piaget declarou poder iniciar o curso de medicina - “apenas aguardava o ‘sim’ das autoridades cabo-verdianas”³ e o Bastonário da 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” (Expresso das Ilhas, 2013), pronunciamentos que traduzem a importância do tema e algum desencontro de opinião no seio da sociedade.

A imprensa divulgou largamente a decisão do governo, anunciada pelo primeiro-ministro em 2014, de que iria “trabalhar com a [...] Uni-CV no sentido de brevemente lançar o curso de medicina no arquipélago, em cooperação com universidades e hospitais portugueses” para criar e desenvolver

2 O LIBERAL. 22 abr. 2010. Disponível em: <<https://bit.ly/2qfjeW9>>. Acesso em: 23 out. 2018.

3 SAPO notícias. 16 nov. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2AoDfiM>>. Acesso em: 23 out. 2018.

novas especialidades médicas (Expresso das ilhas, 2014a), assim como a reação da OMC ao alertar, de novo, que o país “ainda não tem condições técnicas para iniciar um curso de medicina” (Mendes, 2014).

A comunicação governamental viria a ser um marco político de relevo nesse processo. Na sequência, foi difundida a parceria assinada entre a FMUC, instituição portuguesa indigitada para fazer “um estudo preliminar para o lançamento de um curso de Medicina”, e a Uni-CV, entidade que iria 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 Ordem dos Médicos de Cabo Verde, de responsáveis por instituições públicas e privadas, de médicos e personalidades da sociedade cabo-verdiana” (Expresso das ilhas, 2014b), segundo o coordenador-geral, terão sido importantes na aceitação do curso. Este foi anunciado pela Reitora da Uni-CV para o ano letivo de 2015/2016, com o “objetivo de preparar médicos de clínica geral para que possam exercer em qualquer país” (A Nação, 2015). O curso de medicina arrancou com 25 alunos, selecionados entre mais de uma centena de concorrentes, evidenciando sua elevada procura.

Outras instituições privadas foram identificadas como potenciais atores:

A empresa Aeroportos e Segurança Aérea (ASA S.A.) e outras empresas do setor de 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 [do processo], porque é, também, uma ousadia avançar com uma formação dessa escala. (POL_E11)

Naturalmente, será necessário o apoio da *cooperação internacional, identificando parceiros que já fizeram esse percurso e adquiriram um saber-fazer, porque a criação da escola de medicina em CV deverá ter atrás uma entidade com credibilidade internacional, uma espécie de supervisora que dê*

credibilidade ao diploma (POL_E11). Será preciso também procurar *parceiros em nível nacional* (PER_E2, ACA_E10) para se garantir *um corpo docente experimentado* (PER_E2). No quadro da

CPLP [Comunidade dos Países de Língua Portuguesa] 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 [Instituto de Higiene e Medicina Tropical], na FMUC, na Fiocruz [Fundação Oswaldo Cruz]. (POL_E5)

A colaboração da OMS é indispensável, porque *é uma instituição que se tem debruçado sobre a EM e pode trazer vantagens na definição do perfil dos cursos* (TEC_E3). Obviamente, 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 [de] recursos humanos, e tirar benefícios da nossa diáspora formada nessas áreas* (PER_E1).

Discussão

Este é um estudo singular, porque na literatura sobre a matéria não existe qualquer texto que se debruce especificamente sobre a evolução do ensino médico a partir de um momento zero: o nascimento de um Estado independente, sem nenhuma EM e com outras especificidades e desafios próprios de um Estado vulnerável, um dos PEID. Este estudo foi planejado para colher o sentir de decisores antes da decisão pública de implantar um modelo local.

O quadro de referência de Walt e Gilson (1994) serviu bem para expor a complexidade da (re) formulação de uma PEM, por obrigar a ter um olhar sincrônico sobre o conteúdo, a análise dos processos de decisão, o entendimento do uso do poder nas políticas de saúde e de educação, o modo como tais influências são exercidas e o contexto em que os diferentes atores e processos interagem (Buse; Mays; Walt, 2012).

Para este artigo, retirou-se das opiniões dos entrevistados e participantes elementos fundamentais

de cada um dos componentes essenciais para a reformulação de uma PEM, como parte da política de ensino superior e da política de saúde, mostrando a necessidade de que ela abranja a educação de base, a formação contínua ao longo da vida profissional, a educação especializada e a interprofissional de saúde, e de que contenha as medidas e estratégias para orientar a consolidação do ensino médico no contexto específico do país.

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

A política de ensino superior tem vindo 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 seu desenvolvimento, de modo 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 (2007): “vontade política de integrar o projeto de ensino superior no Desígnio nacional de afirmação cultural e econômica de CV” (Tolentino, 2007, p. 314).

Esse desenvolvimento tem sido feito na perspectiva da inserção da Uni-CV em redes universitárias no contexto da Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), com destaque para Portugal e Brasil (Alves, 1998), o que levou a um plano operacional de apoio de Portugal ao desenvolvimento da universidade pública em Cabo Verde e, de certa forma, explica a opção por Portugal como parceiro

do lançamento do ensino médico em CV em vez de se recorrer a Cuba, que liderou a quantidade de médicos cabo-verdianos formados no exterior desde a independência (Delgado; Tolentino; Ferrinho, 2017).

O desenvolvimento do ensino superior em CV tem sido mais incremental do que racional (Brooks, 2002; Wiktorowicz; Deber, 1997). Daí que dessa experiência se ressaltem 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, p. 12), e à

forte dependência científica e curricular em relação ao exterior, quer no que se refere à concepção 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, p. 465)

Essas cautelas se refletiram em muitos dos comentários colhidos nas entrevistas analisadas, mas acabaram esquecidas perante o desafio da chefia do governo de *lançar, trabalhar, elaborar e fortificar um curso de medicina em CV por ocasião dos 40 anos da nossa independência, como um dos marcos a [se] anunciar* (POL_E9) 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 essa decisão foi tomada é importante para contextualizá-la. Como data de criação do ensino médico em CV adotamos a do Despacho nº 77, de 6 de outubro de 2015, 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. Foi uma decisão tomada por um governo 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 governo (Afrobarometer, 2015). O momento coincide também com o grande investimento em EM nos países africanos e globalmente, em que os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (Palop) não foram esquecidos (Fresta et al., 2016).

Nas nossas entrevistas e GF, os incrementalistas e os racionalistas convergiam em unanimidade 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 de se formar no estrangeiro e a fuga de cérebros.

Divergiram, porém, na condução do processo. Os racionalistas apelaram para a confirmação dos desenvolvimentos institucionais necessários ao arranque da EM: 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 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 não os preparou devidamente para estudar na universidade; capacidade de resposta do país em termos de capacidade financeira das famílias para pagar as mensalidades; uma mensalidade 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.

Prevaleceu, no processo decisório, o modelo incrementalista de avançar para a implantação da EM, ao mesmo tempo em que se ia definindo as estratégias e promovendo as condições, sobre o racionalista, que recomendava previamente o aprimoramento das estratégias e a criação das condições de sucesso. Nessa

escolha, muito ficou por se fazer na elaboração de uma PEM ajustada às características do país, constituindo essa falta um grande desafio à consolidação da EM no futuro imediato em CV.

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, rigoroso e de enorme responsabilidade. Por isso, ter uma PEM concebida com as orientações do “triângulo de políticas de saúde” (Walt; Gilson, 1994) e que abranja a formação graduada, contínua e especializada é de importância vital para a apropriação do processo, sendo garantia 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 país insular e vulnerável, com uma população dispersa, mas potencialmente turístico. Uma reflexão nos meios acadêmicos, empresariais e na comunicação social em torno dessa matéria torna-se indispensável para a *referendum* da sociedade cabo-verdiana. Isso implicará reconsiderar o curso de medicina em CV na perspectiva de acompanhar essa experiência, analisá-la e consolidar o projeto com a confirmação dos desenvolvimentos institucionais.

Provavelmente, a consolidação do curso necessitará de um compromisso entre os argumentos dos modelos referidos de decisão para a formulação de políticas públicas, pela abordagem *mixed-scanning* de composição entre os dois - concepção defendida por Etzioni (1967) -, preconizando alargar o leque de alternativas para lidar melhor com as decisões estruturantes de uma política pública necessária, num contexto adverso. A continuidade do funcionamento do curso de medicina, com ingresso de nova turma a cada ano, mostra ser possível e benéfica essa concertação entre os modelos.

Referências

- AFROBAROMETER. *A qualidade da democracia e da governação em Cabo Verde: resultados da Afrobarometro Round 6 - Cabo Verde - 2014*. Praia, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2yIVZhk>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- ALVES, L. M. A internacionalização do ensino superior em Cabo Verde e sua importância no seu desenvolvimento. *Millenium: Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, Viseu, v. 3, n. 11, 1998. Disponível em: <<https://bit.ly/2ClWkDD>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- A NAÇÃO. Curso de medicina arranca em outubro - reitora da Universidade de Cabo Verde. 29 abr. 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2yDqFLp>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- BACKES, D. et al. Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 438-442, 2011. Disponível em: <<https://bit.ly/2yiCAhi>>. Acesso em: 9 jan. 2014.
- BOWEN, G. A. Document analysis as a qualitative research method. *Qualitative Research Journal*, Thousand Oaks, v. 9, n. 2, p. 27-40, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3316/QRJ0902027>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- 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, Praia. *Proceedings...* Praia: AIMS, 2003. p. 2-15.
- BROOKS, M. P. *Planning theory for practitioners*. Chicago: Amer Planning Assn, 2002.
- BUCHAN, J.; CONNELL, J.; RUMSEY, M. *Recruiting and retaining health workers in remote areas: Pacific Island case-studies*. Geneva: WHO, 2011. p. 2-11.
- BUSE, K.; MAYS, N.; WALT, G. *Making health policy*. London: McGraw-Hill Education, 2012. p. 8-18.
- CABO VERDE. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde: reformar para uma melhor saúde*. Praia, 2007. Disponível em: <<https://bit.ly/2ynjirg>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- CABRAL, J. et al. Scaling-up the medical workforce in Timor-Leste: challenges of a great leap forward. *Social Science & medicine*, Amsterdam, v. 96, p. 285-289, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2yIAuXB>>. Acesso em: 20 out. 2016.
- CAMPBELL, J. et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, Geneva, v. 91, n. 11, p. 853-863, 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2CoX9eX>>. Acesso em: 25 nov. 2016.
- CHAN, M. Return to Alma-Ata. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9642, p. 865-866, 2008. Disponível em: <<https://bit.ly/2NLOWNj>>. Acesso em: 22 jan. 2017.
- CRESWELL, J. W. *Research design: quantitative, qualitative, and mixed methods approaches*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2003.
- DELGADO, A. P.; TOLENTINO, A. C.; FERRINHO, P. The evolution of the medical workforce in Cape Verde since independence in 1975. *Human Resources for Health*, London, v. 15, n. 5, p. 1-10, 2017. Disponível em: <<https://bit.ly/2EqsVdV>>. Acesso em: 18 jan. 2017.
- ETZIONI, A. Mixed-scanning: a third approach to decision-making. *Public administration review*, Hoboken, v. 27, n. 5, p. 385-392, 1967. Disponível em: <<https://bit.ly/2yL3HBb>>. Acesso em: 10 jan. 2017.
- EXPRESSO DAS ILHAS. *Ordem dos Médicos disponível para apoiar Unipiaget na criação da Faculdade de Medicina*. 7 maio 2013. Disponível em: <<https://bit.ly/2OGrRaA>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- EXPRESSO DAS ILHAS. *Cabo Verde almeja brevemente lançar curso de medicina*. 29 jan. 2014a. Disponível em: <<https://bit.ly/2AnRXk>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- EXPRESSO DAS ILHAS. *Curso de Medicina avança em Cabo Verde com apoio da Universidade de Coimbra*. 19 jun. 2014b. Disponível em: <<https://bit.ly/2Ra5LKC>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- FERRINHO, P. et al. Formação médica em Moçambique: realidade e expectativas. *Revista Médica de Moçambique*, Maputo, v. 10, p. 52-58, 2010.

- FRESTA, M. et al. Estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em educação médica, no âmbito do PECS-CPLP. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Lisboa, v. 15, p. S27-S34, 2016. Suplemento 1.
- HSIEH, H. F.; SHANNON, S.E. Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, Newbury Park, v. 15, n. 9, p. 1277-1288, 2005. Disponível em: <<https://bit.ly/2yL7E8Y>>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- LUEDDEKE, G. *Transforming medical education for the 21st century: megatrends, priorities and change*. London: Radcliffe Publishing, 2012.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnica de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- MENDES, D. Ordem dos Médicos diz que não há condições para curso de medicina em Cabo Verde. *Expresso das Ilhas*, 30 jan. 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2SfYAlx>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- NEGIN, J.; MARTINIUK, A. Sector wide approaches for health in small island states: lessons learned from the Solomon Islands. *Global Public Health*, Abingdon, v. 7, n. 2, p. 137-148, 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2J3PIAA>>. Acesso em: 29 nov. 2015.
- RTC - RADIOTELEVISÃO CABO-VERDIANA. *Médicos comemoram seu dia e mais um aniversário da criação da Ordem*. 17 jan. 2012. Disponível em: <<https://bit.ly/2q4XXy8>>. Acesso em: 23 out. 2018.
- RUA, M. G. *Análise de políticas públicas: conceitos básicos*. 1997. Manuscrito elaborado para o Programa de Apoio a la Gerencia Social en Brasil, Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Económico y Social, 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/2HbrOfW>>. Acesso em: 17 out. 2018.
- RUSSO, G. et al. Negotiating markets for health: an exploration of physicians' engagement in dual practice in three African capital cities. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 29, n. 6, p. 774-783, 2014. Disponível em: <<https://bit.ly/2CogtsH>>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- SOUZA, C. et al. Políticas públicas: uma revisão da literatura. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 16, n. 8, p. 20-45, 2006.
- TOLENTINO, A. C. *Universidade e transformação social nos Pequenos Estados em desenvolvimento: o caso de Cabo Verde*. 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.
- VARELA, B. L. *Concepções, 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.
- VARELA, B. L. Políticas e práxis de ensino superior em Cabo Verde: marcos da sua evolução. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE PORTUGUESA DAS CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO, 12., 2014, Vila Real. *Atas...* Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2014.
- WALT, G.; GILSON, L. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*, Oxford, v. 9, n. 4, p. 353-370, 1994. Disponível em: <<https://bit.ly/2CPtblc>>. Acesso em: 21 nov. 2016.
- WIKTOROWICZ, M.; DEBER, R. Regulating biotechnology: a rational-political model of policy development. *Health Policy Journal*, Amsterdam, v. 40, n. 2, p. 115-138, 1997. Disponível em: <<https://bit.ly/2RXekcS>>. Acesso em: 12 dez. 2016.
- YIN, R. *Case study research: design and methods*. 5. ed. Thousand Oaks: SAGE, 2003.

Contribuição dos autores

Delgado, Ferrinho, Dias e Russo desenharam o estudo, elaboraram os instrumentos de recolha e trataram as respostas. Delgado fez a recolha, transcrição e análise do conteúdo. Tolentino juntou-se à análise e interpretação dos dados e à redação do texto. Todos leram e aprovaram a versão final do artigo, assumido a responsabilidade por ele.

Recebido: 17/09/2018

Aprovado: 27/09/2018

Anexo I – Guião de entrevistas

Este guião foi elaborado para conduzir as entrevistas feitas no âmbito desta tese para a recolha de opiniões de decisores políticos, académicos, médicos e personalidades sobre os desafios na implantação da educação médica em Cabo Verde, 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 para identificar e nos perfis do médico necessário, a definir, e, ainda, no conhecimento dos fundamentos nacionais necessários à implantação e ao desenvolvimento da educação médica, em particular.

As entrevistas serão conduzidas por mim, e a participação é inteiramente voluntária. Se assim o entender, poderá recusar responder a qualquer pergunta ou em qualquer momento a sua participação. As respostas serão gravadas após o consentimento informado do entrevistado, para garantir a respeitabilidade das opiniões expressas, e serão transcritas com a probidade exigida, 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.

Agradeço a disponibilidade em responder às questões e colaborar no estudo e pelo seu tempo despendido.

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?

- a. Sim. Por quê? ⇒ P.2
- b. Não. => Tentar compreender por quê.

ii. É uma prioridade?

- a. Sim. Por quê? ⇒ P.2
- b. Não. ⇒ Agora ou nunca? Agora ⇒ O que tem de mudar para ser prioritário? / Nunca ⇒ Por quê?

iii. É viável?

- a. Sim. Por quê? ⇒ 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

1. Como avançar com o processo de criação da Faculdade/Escola de Medicina?

i. Quem deve dirigir o processo?

- a. Universidade (pública e/ou privada)?
- b. MESCI?
- c. MS?
- d. Todos? Se sim, como garantir a articulação?

i. Em que **horizonte temporal**?

ii. Faseada? Em parceria com outra instituição de formação? Parte pré-clínica local e parte clínica no exterior (modelo dos Açores/Madeira?)

2. Quem envolver (deverá ser envolvido) no processo de criação da educação médica em Cabo Verde?

i. Universidades?

ii. Pública e privadas? Só pública?

iii. Ministérios da Educação, do Ensino Superior, da Saúde, das Finanças? Outros?

iv. Ordem dos Médicos Cabo-verdianos?

v. Cooperação internacional?

vi. Outras instituições?

Anexo 2 – Protocolo para os grupos focais

Estudo da opinião de médicos que atuam no Serviço Nacional de Saúde de Cabo Verde e de jornalistas, 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 sua atividade nos últimos 10-15 anos, e jornalistas de diferentes órgãos de informação.

Amostra - Cinco grupos focais (GF) com médicos e um com jornalistas (de entre 4 e 8 participantes), escolhidos intencionalmente por convite direto do doutorando.

Técnica de recolha - Discussão em grupo focal.

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

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

Temas para a discussão:

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 são formados no exterior do país. Proponho que conversemos sobre a eventual instalação da educação de médicos, nomeadamente pela criação duma Faculdade/Escola de Medicina em Cabo Verde. Que argumentos a favor e/ou contra podem ser apresentados sobre:

Necessidade?

Sim. Por quê? ⇒ P.2

Não. ⇒ Tentar compreender por quê.

Prioridade?

Sim. Por quê? ⇒ P.2

Não. ⇒ Agora ou nunca? Agora ⇒ O que tem de mudar para ser prioritário? / Nunca=> Por quê?

Viável?

Sim. Por quê? ⇒ P.2

Não. ⇒ Como se poderá viabilizar?

2. Como **avançar** com o processo de criação da Faculdade/Escola de Medicina?

i. 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?
 - iii. Outros?
-

Anexo 3 – 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	Por quê?	
	2.2. Não prioritária	Agora? Por quê?	
		Nunca? Por quê?	
2.3. Não viável	Como se poderá viabilizar?		
3. Principais obstáculos	3.1. Corpo docente		
	3.2. Financiamento		
	3.3. Infraestruturas		
4. Alternativas/propostas para se resolver os obstáculos	4.1. Corpo docente		
	4.2. Financiamento		
	4.3. 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 dos Médicos		
	6.4. Cooperação internacional		
6.5. Outras			