

# Evolução do ensino médico universitário na República da Guiné-Bissau 1985-2020

*Evolution of University Medical Education in the Republic of Guinea-Bissau 1985-2020*

*Évolution de la formation médicale universitaire en République de Guinée-Bissau 1985-2020*

## **Cátia Sá Guerreiro**

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

## **Augusto Paulo Silva**

Instituto Oswaldo Cruz, Brasil.

## **Clotilde Neves**

Ministério da Saúde Pública da Guiné-Bissau.

## **Paulo Ferrinho**

Centro Colaborador da OMS para Políticas e Planeamento da Força de Trabalho em Saúde, GHM, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa.

## **Resumo**

### **Introdução**

A República da Guiné-Bissau (RGB) apresenta um cenário de escassez e mal-distribuição dos recursos humanos da saúde (RHS). O ensino médico surge na RGB na década de 1980, destacando-se a Faculdade de Medicina Raúl Díaz-Argüelles García (FM), tutelada pela cooperação cubana. O presente trabalho teve por objetivo contribuir para uma proposta de oferta formativa mais adequada às necessidades deste Estado, partindo da análise do que se tem feito e dos resultados da implementação de iniciativas formativas, enquadrando-a nas tensões entre a colonialidade das parcerias internacionais e o realismo africano.

### **Materiais e métodos**

Seguiu-se um modelo lógico construído para o efeito, recorrendo a uma abordagem de métodos mistos. Os dados foram recolhidos com recurso a um questionário misto aplicado a alunos do curso de medicina; a entrevistas semiestruturadas a atores chave em matéria de formação de RHS; a um grupo focal com personalidades ligadas ao ensino e gestão de RHS; a revisão narrativa da literatura publicada sobre a matéria; e a análise de documentos oficiais relacionados com o tema. Procedeu-se a análise de conteúdo dos dados qualitativos obtidos. Foram definidas seis categorias de análise de acordo com o modelo lógico do estudo. Procedeu-se a análise estatística descritiva dos dados quantitativos obtidos nos questionários. A apresentação de resultados e consequente discussão foram orientadas pelo modelo lógico do estudo.

### **Resultados e discussão**

A RGB vive a realidade descrita para grande parte dos estados africanos que passa pela colonialidade do saber e dos mercados; limitada capacidade de formação de recursos humanos da saúde; falta de políticas adequadas para profissionais de saúde; e ausência de planos de formação em recursos humanos da saúde. Verifica-se um desfasamento entre produção e necessidades destes recursos, bem como entre qualidade e quantidade de quadros formados, realidades que espelham falhas de planeamento. Na sequência do contexto complexo observado, e associado à intervenção de atores dominante e relações de poder entre estes, a evolução do ensino médico na RGB resulta de uma convergência de planeamento estratégico deliberado e do reconhecimento de estratégias emergentes. A estratégia deliberada reflete-se de duas formas: num contexto de colonialidade, na tentativa deliberada de entrada de atores internacionais – concretamente a cooperação cubana; ou, numa perspetiva pan-africana de harmonização regional da formação. São conhecidas as limitações associadas à falta de um planeamento estratégico deliberado por parte da RGB. Apesar da proposta da CEDEAO para uma convergência regional em matéria de formação de RHS, na RGB sobressai a posição de colonialidade do ensino médico a par com um currículo académico não adaptado à realidade guineense.

<https://doi.org/10.25761/anaisihmt.431>

## Conclusão

A urgência da necessidade de a RGB desenvolver uma estratégia e um compromisso público com o ensino universitário, permitindo uma maior integração regional e uma oferta mais sustentável da formação médica, torna-se a grande conclusão deste trabalho. As soluções encontradas terão de ter em conta um contexto particularmente complexo e de grande fragilidade das instituições deste Estado, numa aposta de desconstrução da colonialidade do conhecimento, assumindo o realismo africano.

**Palavras-chave:** Formação médica universitária, cooperação cubana, colonialidade, realismo africano, recursos humanos da Saúde, República da Guiné-Bissau

## Abstract

### Introduction

The Republic of Guinea-Bissau (RGB) presents a scenario of scarcity and poor distribution of human resources for health (HRH). Medical education emerged at RGB in the 1980s, highlighting the Faculty of Medicine Raúl Díaz-Argüelles García (FM), under the tutelage of Cuban cooperation. The present work aimed to contribute to a proposal for a training offer more suited to the needs of this State, starting from the analysis of what has been done and the results of the implementation of training initiatives, framing it in the tensions between the coloniality of international partnerships and the African realism.

### Materials and methods

For the present work, a logical model was built and followed, using a mixed methods approach. Data were collected using a mixed questionnaire applied to medical students; semi-structured interviews with key actors regarding HRH training; to a focus group with personalities linked to the teaching and management of HRH; the narrative review of published literature on the subject; and the analysis of official documents related to the subject. Content analysis of the obtained qualitative data was carried out. Six categories of analysis were defined according to the logical model of the study. Descriptive statistical analysis of the quantitative data obtained from the questionnaires was carried out. The presentation of results and subsequent discussion were guided by the study's logical model.

### Results and discussion

RGB lives the reality described for most of the African States that goes through the coloniality of knowledge and markets; limited capacity for training human resources for health; lack of adequate policies for health professionals; and absence of training plans in human resources for health. There is a mismatch between production and the needs of these resources, as well as between the quality and quantity of trained staff, realities that reflect planning failures. Following the complex context observed, and associated with the intervention of dominant actors and power relations between them, the evolution of medical education in RGB results from a convergence of deliberate strategic planning and the recognition of emerging strategies. The deliberate strategy is reflected in two ways: in a context of coloniality, in the deliberate attempt to bring in international actors – specifically, Cuban cooperation; or, from a pan-African perspective of regional harmonization of training. The limitations associated with the RGB's lack of deliberate strategic planning are well known. Despite the ECO-WAS proposal for a regional convergence in terms of training human resources for health, in Guinea Bissau the position of coloniality in medical education stands out, along with an academic curriculum not adapted to the Guinean reality.

### Conclusion

The urgent need for the RGB to develop a strategy and a public commitment to university education, allowing for greater regional integration and a more sustainable supply of medical training, becomes the main conclusion of this work. The solutions found will have to take into account a particularly complex context and one of great fragility of the institutions of this State, in a bid to deconstruct the coloniality of knowledge, assuming African realism.

**Keywords:** University medical training, Cuban cooperation, coloniality, African realism, Human Resources for Health, Republic of Guinea-Bissau

## Résumé

### Introduction

La République de Guinée-Bissau (RGB) présente un scénario de rareté et de mauvaise répartition des ressources humaines pour la santé (RHS). L'éducation médicale a émergé au RGB dans les années 1980, en mettant l'accent sur la Faculté de Médecine Raúl Díaz-Argüelles García (FM), sous la tutelle de la coopération cubaine. Le présent travail visait à contribuer à une proposition d'offre de formation plus adaptée aux besoins de cet État, en partant de l'analyse de ce qui a été fait et des résultats de la mise en œuvre des initiatives de formation, en l'inscrivant dans les tensions entre la colonialité de partenariats internationaux et le réalisme africain.

### Matériaux et méthodes

Un modèle logique construit à cet effet a été suivi, en utilisant une approche de méthodes mixtes. Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire mixte appliqué aux étudiants en médecine; entretiens semi-structurés avec des acteurs clés de la formation RHS; un focus group avec des personnalités liées à l'enseignement et à la gestion des RHS; la revue narrative de la littérature publiée sur le sujet; et l'analyse des documents officiels liés au sujet. Une analyse de contenu des données qualitatives obtenues a été effectuée. Six catégories d'analyse ont été définies selon le modèle logique de l'étude. Une analyse statistique descriptive des données quantitatives obtenues à partir des questionnaires a été réalisée. La présentation des résultats et la discussion subséquente ont été guidées par le modèle logique de l'étude.

### Résultats et discussion

RGB vit la réalité décrite pour la plupart des États africains, qui passe par la colonialité des savoirs et des marchés; capacité limitée de former les ressources humaines en santé; manque de politiques adéquates pour les professionnels de la santé; et l'absence de plans de formation des ressources humaines en santé. Il existe une inadéquation entre la production et les besoins de ces ressources, ainsi qu'entre la qualité et la quantité de personnel formé, réalités qui reflètent des échecs de planification. Suivant le contexte complexe observé, et associé à l'intervention d'acteurs dominants et aux relations de pouvoir entre eux, l'évolution de la formation médicale en RGB résulte d'une convergence d'une planification stratégique délibérée et de la reconnaissance de stratégies émergentes. La stratégie délibérée se traduit de deux manières: dans un contexte de colonialité, dans la tentative délibérée de faire intervenir des acteurs internationaux – notamment la coopération cubaine; ou, dans une perspective panafricaine d'harmonisation régionale de la formation. Les limites associées au manque de planification stratégique délibérée de RGB sont connues. Malgré la proposition de la CEDEAO d'une convergence régionale en matière de formation des RHS, au RGB la position de colonialité de l'enseignement médical ressort, ainsi qu'un cursus académique non adapté à la réalité guinéenne.

### Conclusion

L'urgence pour RGB de développer une stratégie et un engagement public en faveur de l'enseignement universitaire, permettant une plus grande intégration régionale et une offre plus pérenne de formation médicale, devient la conclusion majeure de ce travail. Les solutions trouvées devront tenir compte d'un contexte particulièrement complexe et très fragile des institutions de cet État, dans le but de déconstruire la colonialité du savoir, assumant le réalisme africain.

**Mots-clés:** Formation médicale universitaire, coopération cubaine, colonialité, réalisme africain, Ressources humaines en santé, République de Guinée-Bissau

## Introdução: República da Guiné-Bissau, um Estado frágil

A República da Guiné-Bissau (RGB) é uma antiga colônia portuguesa, com independência reconhecida em 1974. Desde os anos de 1980 tem vivido situações de instabilidade política e institucional, materializada em repetidos golpes de estado, conflitos armados e de governação inconstitucional. Salientam-se: o conflito

político-militar de junho de 1998 a maio de 1999, o qual teve particular impacto ao nível da destruição de infraestruturas e no tecido social; o golpe de estado de 2012 com particular impacto sobre a economia nacional; e a queda do Governo em 2015, o qual conduziu o país a um impasse político vivido até ao momento das eleições presidenciais de 2019. Na sequência deste ato eleitoral, o presidente eleito não foi aceite por todas as fações políticas e à data de redação do presente artigo,

o cenário é de tensão política atenuada pelas exigências da resposta à pandemia de COVID-19 [1,2].

Em 2020 a RGB foi considerada o 15º Estado mais frágil de mundo, num universo de 178 países [3]. Integra a Comunidade Económica de Estados da África Ocidental (CEDEAO), a União Económica e Monetária do Oeste Africano (UEMOA) e a Organização Oeste Africana da Saúde (OOAS). O seu produto interno bruto per capita em 2015 foi calculado em 590 dólares americanos (USD) [4]. Marcada por uma forte dependência da comunidade internacional para o financiamento dos setores da economia, educação e saúde [5–7], a RGB apresenta uma economia frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano. A agricultura (fundamentalmente de subsistência, mas com um grande peso da exportação de castanha de caju) e a pesca (essencialmente artesanal) são os principais setores de atividade económica do país [4].

Perante um cenário de escassez e mal-distribuição dos recursos humanos da saúde (RHS), a oferta formativa em saúde tem crescido na RGB: para além da Escola Nacional de Saúde (ENS) e da Faculdade de Medicina Raúl Díaz-Argüelles García (FM), pública, existe uma faculdade de medicina privada associada à Universidade Jean Piaget e várias escolas privadas de enfermagem e de outros quadros de saúde [8–11]. Países como Cuba, Brasil, Portugal ou Rússia têm, ao longo dos anos, recebido alunos guineenses que vão formar-se em medicina ou receber pós-graduações [8,12].

Neste contexto, impõe-se a análise sobre o que se tem feito e sobre os resultados da implementação das iniciativas formativas em RHS. Com um enfoque na formação de médicos, é este o desafio abraçado no presente artigo, com o objetivo de contribuir para uma estratégia formativa mais adequada às necessidades na RGB, enquadrando a análise nas tensões entre a colonialidade das parcerias internacionais [13] e o realismo africano [14]. De seguida são apresentados o quadro lógico e a metodologia utilizados na investigação que esteve na origem deste artigo. Os resultados são apresentados em seis secções, de acordo com o modelo lógico definido para o estudo e no capítulo de discussão são analisados estes resultados no enquadramento conceptual do quadro teórico da colonialidade e do realismo africano. No capítulo de conclusões são sintetizadas as ideias chave deste trabalho.

### Quadro lógico

Para o presente trabalho seguiu-se um modelo lógico (Fig.1) construído com base no definido por Frenk et al. (2010), o qual relaciona a procura e a oferta de formação numa perspetiva dinâmica dos sistemas de educação e saúde; e no triângulo de políticas de Walt e Gilson [15], modelo conceitual que preconiza a leitura abrangente e retrospectiva de uma política, baseada na inter-relação dos seus elementos mais relevantes: o processo de formulação, o contexto em que surge e os seus conteúdos, tendo em consideração a perspetiva

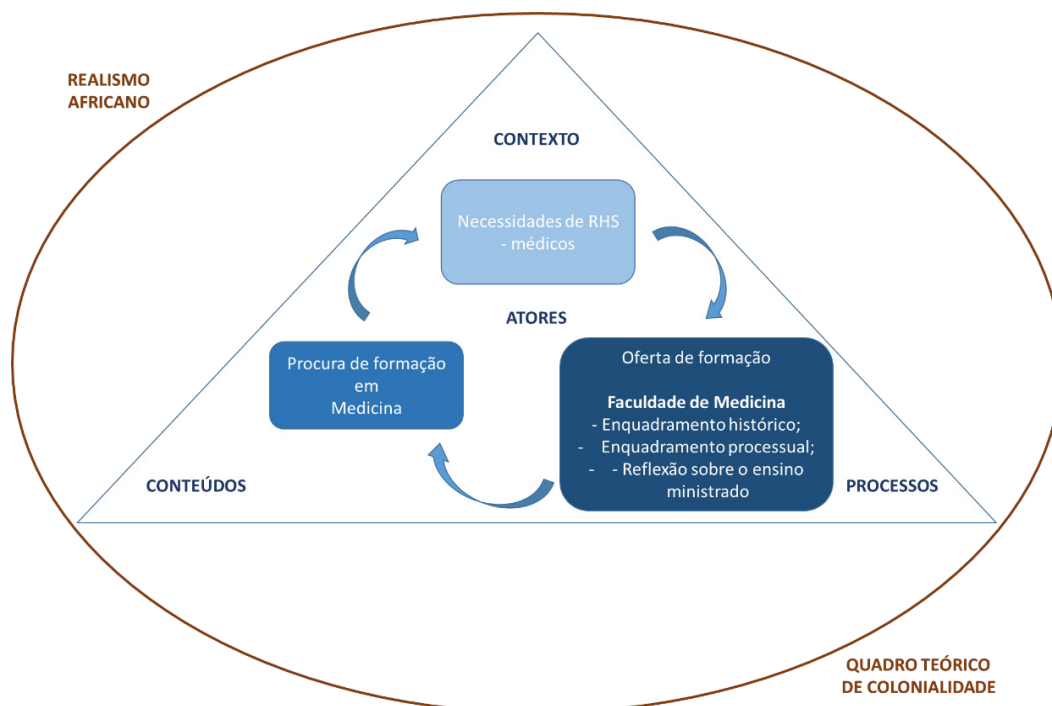


Figura 1: Modelo lógico do estudo

dos atores envolvidos (indivíduos, grupos e organizações). A análise dos resultados foi ainda complementada por uma reflexão com base na teoria da colonialidade [16] segundo a qual nos é possível compreender a continuidade das formas coloniais de dominação após o fim das administrações coloniais, produzidas pelas culturas coloniais e pelas estruturas do sistema-mundo capitalista moderno/colonial [13,16]. Esta é contrastada com o realismo africano, pelo qual, sem negligenciar a historicidade da evolução da educação médica em África, são consideradas na definição estratégica do ensino, as tradições culturais, as iniciativas pan-africanas e dos blocos regionais africanos, bem como as características do mercado da força de trabalho em saúde no continente [14].

## Materiais e métodos

Segundo o modelo lógico definido, a formação de RHS, concretamente médicos, é descrita e analisada no seu contexto e nos conteúdos e processos que a caracterizam. A oferta de formação de RHS, concretamente pela FM, foi analisada no seu enquadramento histórico e processual no que concerne ao curso de medicina ministrado. Analisou-se a procura - os 108 alunos que frequentaram o 1º ano do curso de medicina na FM no ano letivo 2016/17 - considerando o contexto global e local, e as necessidades de médicos na realidade do Sistema de Saúde da RGB. Descreveu-se até que ponto o ensino ministrado pela FM se enquadra nos desafios de formação a nível nacional, africano e global, analisando-se as sugestões recebidas no sentido da existência de uma oferta formativa mais adequada às necessidades na RGB.

Seguiu-se uma abordagem de métodos mistos [17].

Foram recolhido dados junto dos 108 alunos já referidos, realizando um estudo censitário [18], tendo sido aplicado um questionário misto (perguntas de resposta qualitativa ou quantificável). Este foi preenchido pelos alunos, em contexto de sala de aula com apoio de dois colaboradores locais, em dezembro de 2016, incluindo uma das autoras (CN).

Foram realizadas seis entrevistas a atores chave em matéria de formação de RHS. Os seis entrevistados foram submetidos a uma entrevista semiestruturada [19], tendo sido selecionados pelos investigadores por se reconhecer serem detentores de informações pretendidas para o estudo, constituindo assim uma amostra não probabilística intencional [18]. Estes atores chave, todos guineenses, estão ou estiveram diretamente implicados nos processos de planeamento de RHS, sendo que dois

deles exercem ou exerceram cargos de gestão ao nível do Ministério da Saúde Pública (MINSAP) em matéria de RHS e quatro exercem ou exerceram cargos de gestão em instituições que ministram formação em saúde. As entrevistas foram gravadas, com o devido consentimento dos entrevistados. Foi realizado um grupo focal [20] com sete personalidades ligadas ao ensino em saúde e á gestão de RHS na RGB, sendo que quatro dos seis entrevistados anteriormente referidos participaram no grupo focal. As entrevistas e o grupo focal foram conduzidas em Bissau por duas das autoras (CSG e CN), em fevereiro de 2016.

Analisaram-se documentos oficiais relacionados com o planeamento dos RHS na RGB (identificados nos serviços do MINSAP e por indicação dos entrevistados) e fez-se uma revisão narrativa da literatura publicada sobre a formação médica na RGB.

Esta abordagem permitiu uma triangulação metodológica [21].

Procedeu-se a análise de conteúdo [22] dos dados qualitativos obtidos da análise documental, das respostas abertas do questionário a estudantes, das entrevistas e do grupo focal. As categorias de análise foram definidas de acordo com o modelo lógico, sendo concretamente: i) Dados de contexto; ii) Dados de conteúdos; iii) Dados de processos; iv) Necessidades de RHS – médicos; v) Oferta de formação em saúde; vi) Procura de formação; vi) atores; e vii) Sugestões para uma oferta formativa mais adequada às necessidades na RGB. Procedeu-se a uma análise estatística descritiva dos dados quantitativos obtidos nos questionários a estudantes com recurso ao programa SPSS [23].

## Resultados

Os resultados são apresentados em oito secções: i) Emergência do ensino universitário; ii) Qualidade do ensino pré-universitário iii) Dinâmica do mercado de trabalho médico; iv) Evolução do ensino médico na RGB; v) Atores mais relevantes; vi) Situação atual da oferta de formação médica pela FM; vii) Perfil de quem procura formação médica na FM; viii) Vias possíveis para uma oferta formativa mais adequada às necessidades na RGB.

### i) Emergência do ensino universitário

O ensino universitário aparece na RGB no contexto de liberalização política e económica que teve início com o golpe de estado de 14 de novembro de 1980 e du-

rante a política de ajustamento estrutural, promovida pelo Banco Mundial e Fundo Monetário Internacional, uma década depois de a RGB ter integrado a CEDEAO, aquando da sua fundação em 1975. Coincide também com o período de Glastnost e Perestroika (1980-1989) que viu colapsar a União Soviética, e com ela uma diminuição significativa do apoio financeiro, da assistência técnica local e de bolsas de estudos providas de países da Europa do Leste para a RGB. Esta situação, pressionada pela demografia do país, pela situação sanitária e pelo compromisso político com a implementação da Declaração de Alma Ata de 1978 (parcialmente operacionalizada pela adoção da Declaração de Bamako pelos ministros da saúde africanos em 1987), criou um ambiente propício ao desenvolvimento do ensino universitário na RGB. Este porém emerge de forma desregulada, na ausência de um quadro legislativo que enquadrasse esse desenvolvimento [24]. Conjuntamente com a Escola Superior de Direito, a qual iniciou atividades em 1979, o setor da saúde deu o exemplo com a criação da FM, em 1986, contando com o apoio da cooperação cubana.

A evolução do ensino médico foi bastante condicionada não só pelo fraco enquadramento universitário, mas também por três outros fatores: a qualidade do ensino pré-universitário; a dinâmica do mercado de trabalho para os médicos; e as dinâmicas de poderes e influências entre os atores nacionais e estrangeiros.

## ii) Qualidade do ensino pré-universitário

A fraca qualidade do ensino pré-universitário é reconhecida por vários autores [24–26] e realçada pelos entrevistados e participantes no grupo focal. Estes sublinham que muitos alunos chegam à faculdade com francas limitações no domínio da língua portuguesa. “Os alunos não conseguem ler e perceber, não é dificuldade, é ausência de português” Por outro lado, os próprios professores têm limitações no domínio da língua e das matérias que lecionam. Há ainda a registar a falta de materiais didáticos e a frequente desadequação dos existentes. “Os estudantes não criam uma cultura de empenho e não têm ligação aos livros”. Daí que “o nível de preparação dos estudantes é baixíssimo”, “razão pela qual muitos não conseguem dar continuidade aos seus estudos”. A origem deste facto encontra-se nos bancos da escola desde a infância. “A questão é anterior ao ensino superior”. É ainda de registar que muitos alunos do pré-universitário vivem situações de carência relevante – de alojamento, ali-

mentos, dinheiro – que se reflete depois no desempenho académico.

## iii) Dinâmica do mercado de trabalho médico

Num estudo recente (2019-2020), a saúde foi autoavaliada pelos participantes como razoável ( $n = 15$ , 13%), má ( $n = 47$ , 42%) ou muito má ( $n = 50$ , 45%), sendo que ninguém reportou saúde boa ou muito boa[27] o que reflete de uma forma qualitativa a situação sanitária grave que se vive no país. Esta situação sanitária, a demografia, e o número crescente de jovens que terminam o ensino secundário (com fragilidades significativas) sem acesso ao ensino universitário por um lado, e a crítica escassez de RHS por outro, criam o pano de fundo que pressiona ao desenvolvimento e reforço do ensino universitário em geral e de médicos, em particular.

Esta situação é bem descrita no terceiro Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 (PNDS III) [4]: *“A evolução dos rácios de profissionais por 10 000 habitantes têm-se mostrado favoráveis para todos os grupos profissionais exceto para os médicos e técnicos de radiologia (...) Observa-se, no entanto (...) apenas 29% do total de médicos são especialistas, difícil retenção e (...) diminuiu o pessoal ao nível primário e aumentou ao nível secundário e terciário (...) Perante a escassez de RHS é paradoxal que se comece a fazer sentir o espectro do desemprego, particularmente entre médicos e enfermeiros. Existem atualmente (abril de 2017) 92 médicos no desemprego (...) A situação está ainda agravada pela não implementação das carreiras e pela falta de pagamento atempado dos salários e condições de trabalho inadequadas ao bom exercício profissional (...) Tudo junto resulta numa grande desmotivação da força de trabalho, numa baixa produtividade, em conflitos laborais, no recurso ao múltiplo emprego (que se acentua com o aumento do setor privado) e à pequena corrupção, incluindo cobranças ilícitas. A questão da fuga de quadros para o estrangeiro foi documentada no passado mas não temos dados recentes (...) A prática de múltiplos empregos e vontade de fazer formação universitária também interfere com os horários de trabalho (...) Os incentivos contemplados na lei são dos mais diversos, mas são poucos os implementados (...) Está também generalizada a prática de pagamento de um reforço salarial com base nas receitas próprias, sem a devida avaliação de desempenho”.*

A perceção dos entrevistados e dos participantes no grupo focal é que “... não há carência quantitativa de médicos de Clínica Geral”. Porém a falta de especialistas é considerável, tendo que se considerar a falta de condições para ministrar formação a este nível, quer por au-

sência de docentes qualificados para tal, quer por falha de recursos pedagógicos – equipamentos e materiais por exemplo. “*Como formar ortopedistas ou cirurgiões, neonatologias ou cardiologistas se não existem condições para que possam praticar e exercer as suas funções?*”

Depois de formados, os novos médicos recebem um despacho de colocação, sendo que muitos não o cumprem, sem que por isso saiam do sistema ou sofram alguma penalização – permanecem na capital e muitas vezes passam a exercer funções em entidades privadas e em projetos de organizações não-governamentais. Se até 2009 se registavam francos atrasos no pagamento dos salários e falhas no pagamento dos subsídios de isolamento, aspetos que não facilitaram a distribuição de RHS, esta falha era, no ano de 2016, menos sentida. Porém, o primeiro salário demora em média um ano a ser pago, devendo-se este facto a “*falta de planificação em termos de recrutamento entre o MINSAP, Ministério da Função Pública e Ministério das Finanças*”. Nestes factos parece encontrar-se “*a origem do grande problema da distribuição de RHS na RGB que limita o acesso a cuidados de saúde por parte sobretudo das populações das zonas fora da capital*”. O atraso de pagamento de salários no primeiro ano de trabalho é assumido quase com naturalidade pelos recém-formados: “*todos sabemos que começamos a trabalhar e não vamos receber salário no primeiro ano*”. Questionados sobre porque permanecem no sistema não tendo salário, estes RHS respondem que “*sabemos que é assim. O Estado é o maior empregador e assim entra-se no mundo do trabalho*”. Acrescentam ainda: “*É coisa nossa...!*”.

#### iv) Evolução do ensino médico na RGB

A colaboração cubana em saúde na assistência médica existe desde 1976, quando foi assinado em Havana o primeiro Acordo de Colaboração Técnico-Científica entre a RGB e Cuba [25,28,29].

Em 1983, começaram as primeiras análises sobre as possibilidades de fundar uma faculdade de medicina na RGB, de comum acordo entre os presidentes dos dois países. O Decreto 31/1986, de 23 de outubro, publicado no suplemento BO 4386, oficializa a criação da Faculdade de Medicina, sob a tutela do Ministério da Saúde Pública de Cuba, com o nome “Raúl Díaz-Argüelles García”. Foi inaugurada em ato público solene em 12 de novembro de 1986. Existe desde então, sempre apoiada pela cooperação cubana (Cisneros & Matilde, 1996; Santiesteban Pérez et al., 2017; Ungerer & Ito, 2010). Não existiam instalações adequadas onde a faculdade de medicina pudesse ficar localizada, principalmente a

área de ciências básicas, laboratórios e salas de aula: não havia uma infraestrutura hospitalar e de atenção primária preparada para iniciar o ensino de medicina, nem precedentes significativos na RGB para o ensino universitário, muito menos para o ensino médico.

Cuba ofereceu os planos de construção, recursos técnicos e consultoria. Iniciou-se a adaptação de instalações próximas do Hospital Nacional de Simão Mendes (HNSM) e Cuba fez uma primeira contribuição no valor de 100.000 USD em equipamentos e materiais, viabilizando assim a preparação para o ensino das ciências básicas [25].

Para o ensino clínico, a área de ensino do Ministério da Saúde Pública de Cuba elaborou um projeto estratégico que foi discutido e analisado com o lado guineense e finalmente aprovado. Esse projeto envolveu o envio de estudantes de medicina cubanos do 6º ano, selecionados de entre os melhores alunos, para que, junto com professores de Medicina Interna, Pediatria e Ginecologia e Obstetrícia, iniciassem a adaptação e preparação da área clínica e dos meios de diagnóstico. Esses estudantes, uma vez formados, continuaram na RGB mais um ano como cooperantes internacionais a trabalhar na atenção primária. Esta brigada inicial de assistência médica envolveu um total de 36 professores e estudantes. A intenção era converter o HNSM num hospital universitário associado a centros de saúde dedicados à atenção primária [25], algo que até ao momento de redação do presente artigo não foi conseguido.

Reconhecendo as limitações do ensino pré-universitário, como já referido, um trabalho intenso de análise do conteúdo das matérias lecionadas foi realizado pelas autoridades nacionais no liceu. Concluiu-se que era necessário criar uma escola pré-médica, onde os futuros estudantes de medicina estudariam por um ano. O recrutamento de estudantes foi definido em duas fases: numa primeira, os estudantes que concluíssem o 11º ano do liceu, ramo de Ciências, e se inscrevessem seriam selecionados pelas melhores notas; numa segunda fase, os candidatos pré-selecionados seriam submetidos a exame de admissão, sendo apurados os melhores classificados. Entravam então para um ano preparatório pré-médico. O primeiro curso pré-médico começou em 1985 com a presença de 5 professores cubanos de matemática, física, química, biologia e espanhol – deste primeiro curso pré-médico foram selecionados 34 estudantes para frequentarem o curso médico. A Escola Pré-médica funcionou até 1998 com o apoio de Cuba, e por ela passaram mais de três dezenas de professores cubanos [25]. Desde 2007, antes de entrarem no

curso universitário, todos os candidatos têm de completar o 12º ano que é lecionado na Universidade Amílcar Cabral (UAC) em Bissau: se obtiverem média de 15 ou superior, se tiverem idade inferior a 25 anos e não manifestarem alguma incapacidade que interfira com a prática da medicina podem então candidatar-se à licenciatura em medicina. Não existem critérios para seleção de candidatos por Região Sanitária [30].

Desde o início, e apesar das dificuldades, a parte cubana garantiu a base material de estudo, incluindo os materiais didáticos e os reagentes para os laboratórios, e até 1990 foi responsável pelas despesas de transporte aéreo para os professores duas vezes por ano e supervisores do processo de ensino educacional, este último uma vez em cada ano escolar [25].

Nos primeiros quatro anos, a escola manteve um orientador metodológico de ensino, liderando conjuntamente com o representante da RGB. A 28 de dezembro de 1989, a nomeação do primeiro co-decano guineense foi oficializada [25]. A nomeação deste decano nem sempre foi pacífica e, em 2007, aquando da elaboração do plano de recursos humanos com a participação de um dos autores (PF), dois guineenses reclamavam o decanato de FM por parte da RGB.

Por acordo de ambas as partes, foi decidido que a titulação em medicina seria pelo Instituto Superior de Ciências Médicas de Havana, Cuba. Em 24 de julho de 1992, com a presença do Presidente da RGB teve lugar a primeira cerimónia de graduação de 23 médicos guineenses em território nacional [25].

A FM foi encerrada em 1998 devido à guerra civil. Até essa data graduou 74 estudantes [30].

Em maio de 2005 regressou à RGB uma brigada cubana composta por 30 colaboradores e 15 estudantes, 13 do 6º ano da *Escuela Latinoamericana de Medicina* (ELAM). Em janeiro de 2006 a FM reabriu as portas com 97 estudantes. No ano seguinte ingressaram na FM 32 alunos. Em dezembro de 2011 graduam-se os primeiros 88 estudantes guineenses depois da reabertura [28,30]. Detendo-nos com maior detalhe sobre como é vivida a realidade da cooperação cubana em matéria de formação médica, conclui-se que os cooperantes cubanos reconhecem que o processo de formação tem enfrentado desafios relacionados com o contexto sociopolítico da RGB, influenciando o processo de ensino médico, nomeadamente: professores insuficientes, o que dificulta a dedicação do tempo considerado necessário aos alunos; recursos materiais escassos, contrariando o desenvolvimento bem-sucedido do processo de ensino/aprendizagem, por vezes devido ao não cumprimento

de acordos estabelecidos; o não cumprimento do plano de apoio à equipa médica docente, interferindo com a implementação do plano curricular; insuficiências no curso pré-médico em termos do tempo estabelecido, diminuindo a qualidade no domínio do idioma espanhol; a existência de atenção primária à saúde enfraquecida, dificultando a aquisição das habilidades consideradas nucleares no modelo de formação destes estudantes [29].

Entre os aspetos mais positivos desta cooperação, os colaboradores cubanos identificam: a solidariedade e o espírito humano da faculdade para desenvolver o processo de ensino; a preparação científica e metodológica dos professores; a incorporação de professores guineenses formados em Cuba nas disciplinas de inglês, educação física e psicologia; a motivação sincera dos estudantes para receber formação de qualidade e servir o povo da RGB; a mobilização do apoio dos pais para a realização bem-sucedida do processo formativo de seus filhos; o aproveitamento de todos os cenários que o sistema de saúde da RGB possui para desenvolvimento de habilidades pelos estudantes; as infraestruturas para o ciclo básico da formação, com boas condições e de acordo com os padrões internacionais; a vontade política do governo da Guiné-Bissau de realizar a formação de médicos (tendo no entanto, havido uma falha no cumprimento dos acordos definidos com o MINSAP no período de 2013 a 2016); o aumento de laboratórios de informática em cenários de treino médico com recurso a equipamentos doados por empresas ou ONG com sede no país [29].

Pérez et al (2017)[28] realçam o impacto da FM: aumento da procura de especialização em Medicina Geral Integrada por parte dos médicos guineenses; prestação de serviços médicos em tabancas remotas onde nunca tinha chegado um médico antes do início da atividade da FM; forte participação pelos estudantes e profissionais de saúde, bem como pelo MINSAP e Ministério da Educação e Ensino Superior (MEES), nas jornadas científicas convocadas pela FM.

Olhemos agora os planos curriculares. Estes, na RGB, sofreram influência contínua de parceiros internacionais e nunca se definiu um plano de ensino nacional, adequado à realidade guineense. Segundo a avaliação da implementação do PNDS II [31], a harmonização do ensino a nível da Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO) constituiu um desafio evidente, implicando o compromisso com uma formação de melhor qualidade, por uma maior apropriação do curso por professores guineenses e por uma melhor



integração no sistema de ensino universitário do país [8,31].

A ideia subjacente ao apoio cubano seria eventualmente promover a autonomia da FM em relação à tutoria cubana mas, até ao ano letivo de 2020/2021, isso não se verificou. Procurando as razões que justifiquem tal facto, conclui-se, e de acordo com informação dos entrevistados, que não foram reunidas condições de “*governança e liderança para tal*”. Os médicos guineenses não se predispõem a assumir a faculdade uma vez que dependeriam do Estado e este “*paga muito mal ou nem paga a docência*”. Assim, os médicos que teriam competência para assumir a academia preferem não o fazer, exercendo medicina nos locais pelos quais optam, movidos por melhores condições salariais [8].

Apesar do crescimento sustentado no número de matrículas (119 no ano letivo de 1991-1992 para 316 em 2014-2015), este curso de medicina encara desafios concretos.

A seleção dos alunos é um desses desafios, particularmente o equilíbrio entre candidaturas particulares e estaduais, o que levou à criação de uma comissão de admissão, agora com a participação do MEES da RGB, para definir as diretrizes para uma seleção o mais precisa possível, de acordo com o nível académico alcançado por cada aluno na pré-universidade [29].

#### v) Atores mais relevantes

O desenvolvimento do ensino médico na RGB contou com a participação de 3 grupos de atores: nacionais, regionais (CEDEAO) e internacionais (maioritariamente cubanos e portugueses). O método seguido para esta investigação não nos permitiu precisar com exatidão o detalhe da ação de cada grupo (uma limitação do estudo que abre portas a estudos posteriores).

De entre os nacionais, sabemos que o MINSAP foi importante para o processo por parte da RGB, interagindo com a cooperação cubana com mediação do Ministério das Relações Exteriores. Tantas os estudantes nas suas respostas ao inquérito, como os participantes nas entrevistas e grupo focal recomendam que se envolva mais a Ordem dos Médicos na discussão sobre educação médica no país.

Sendo a tutela da formação universitária detida pelo MEES, e na ausência de uma agência de acreditação [32], a regulação dos cursos universitários do âmbito da saúde estão integrados nas competências do Gabinete de Ensino Superior do referido Ministério. Este nunca conseguiu assumir a tutela da FM: “*a relação en-*

*tre o MEES e o MINSAP, bem como com a Ordem dos Médicos, é ténue*” refere um dos entrevistados. Ao longo do tempo, a tutela da FM já foi atribuída a cada um destes dois ministérios e aos dois em simultâneo [8]. Apesar de legislada, a tutela do MEES sobre a FM nunca se concretizou.

É ainda de referir que, relativamente aos RHS que recebem formação base fora do país, sobretudo o curso geral de medicina, a atribuição de bolsa para a deslocação cabe ao MEES. O MINSAP só toma conhecimento destes novos RHS quando eles regressam, já formados e “*aptos a integrarem um sistema que não contava com eles*”. A CEDEAO emerge como o ator regional mais visível. No quadro da harmonização do ensino na região, a FM foi sujeita a auditorias da CEDEAO/CAMES. Estas auditorias consideraram a qualidade do ensino abaixo do desejável e está no roteiro da CEDEAO um processo de harmonização curricular regional e de padronização da qualidade (Guerreiro et al., 2018; Organisation Ouest Africaine de la Santé, 2016; Silva et al., 2008).

As universidades portuguesas, concretamente, Universidade Católica (<http://www.ucan.edu/www14/index.php>), Universidade Lusíada (<http://www.por.ulusiada.pt/universidade/fminerva.html>), Universidade Lusófona (<https://sol.sapo.pt/artigo/633148/manuel-jose-damasio-nao-faz-sentido-pensar-num-ensino-superior-a-nossa-dimensao>) e Instituto Jean Piaget (<https://ipiaget.org/visao-e-estrategia/>) contribuíram para impulsionar o desenvolvimento de instituições académicas na RGB, sendo que esta última entidade abriu uma segunda faculdade de medicina privada, sobre a qual não conseguimos obter informações.

A partir de 1987 a existência da FM ganhou visibilidade internacional e outros países e organizações têm dado o seu apoio.

Em 1987 o Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde (OMS) em Brazzaville iniciou o apoio financeiro e material com a entrega de uma bolsa para estudantes da Escola Pré-médica e, em 1989, ofereceu dois minibus para uso escolar. O conselheiro educacional cubano, em dezembro de 1989, foi convidado em nome da FM para uma conferência em Brazzaville. Com um financiamento de 54.000 USD em 1990, a OMS garantiu o equipamento para o desenvolvimento do Departamento de Patologia no HNSM (Cisneros & Matilde, 1996). A OMS ofereceu ainda bibliotecas móveis em 2009 e 2010 (Ungerer & Ito, 2010). Reconhecendo a carência de livros, a OMS em 2009-2010 colocou uma Biblioteca Azul em cada uma das células universitárias da FM nas diferentes regiões: Bissau,

Bula, Quinhamel, Mansoa, Bafatá, Gabú e São Domingos [33].

A Holanda no ano acadêmico de 1991-1992 apoiou o projeto de continuidade da FM através de pagamento do transporte aéreo de professores cubanos, materiais de ensino e parte da remuneração recebida por professores e alunos além de assistência técnica para a elaboração do quadro institucional e estatutos orgânicos da futura ENS, uma instituição nacional, sob tutela do MINSAP, com autonomia administrativa e financeira passível de financiamento com os fundos da cooperação holandesa necessários a despesas globais da FM.

Em 2006 a FM recebeu do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) 30 computadores, impressoras, mobiliários e materiais. Em 2007, da mesma fonte, receberam 20 computadores, uma viatura automóvel e duas motorizadas.

Durante algum tempo o PAM – Programa Alimentar Mundial deu 30 kg de arroz por trimestre a cada aluno, óleo e outros bens de primeira necessidade (Cisneros & Matilde, 1996; Silva et al., 2008).

De entre os atores realça-se ainda a importância dos professores e alunos cubanos e da instituição a que estariam associados em Cuba como realçado na descrição da evolução do ensino médico na RGB.

#### **vi) Situação atual da oferta de formação médica pela Faculdade de Medicina Raúl Díaz-Arguelles García**

O decanato da faculdade situa-se em Bissau, no HNSM. O ensino é feito em células universitárias da FM nas diferentes regiões sanitárias: Bissau, Bula, Quinhamel, Mansoa, Bafatá, Gabú e São Domingos.

Os alunos mantêm a colocação nas células universitárias das diferentes regiões ao longo de toda a licenciatura.

Os responsáveis pelas células universitárias continuam a ser, na grande maioria, médicos cubanos e muitos não falam português [28,34].

Em 2018 existiam 35 professores cubanos e 2 guineenses. Os professores funcionavam em grupos de 3, todos especialistas em Medicina Geral e Familiar, colocados por dois anos nas regiões sanitárias (com 21 alunos em Gabu, 19 em Bafatá, 10 em Mansoa, 7 em Bissorá, 12 em Bula, 30 em Bissau, 9 em S Domingos e 13 em Quinhamel). Em Bissau, em 2018, estavam colocados 7 professores, alguns especialistas, associados ao HNSM. A estadia continua a ser de dois anos e findos estes voltam a Cuba e são substituídos por pro-

fessores com outras competências para acompanhar as diferentes matérias, potenciando a aprendizagem à medida que o ano letivo vai avançando.

As aulas teóricas estão gravadas em vídeo ou *compact disc* (CD). O ensino processa-se em três ciclos: básico com duração de dois anos, pré-clínico com duração de um ano e clínico com duração de três anos. Anualmente são ministradas aulas de inglês e os alunos já têm contacto com doentes. As matérias lecionadas no 1º ano incluem bioquímica, histologia, anatomia, informática, fisiologia, embriologia e anatomia patológica. No 2º ano incluem, anatomia, fisiologia, histologia, embriologia, agentes biológicos, farmacologia, psicologia e introdução à clínica. No 3º ano os alunos recebem aulas de propedêutica, psicologia, imagiologia e farmacologia. No 4º de medicina interna, pediatria, obstetrícia, medicina geral e familiar e no 5º ano são lecionadas psiquiatria e as disciplinas cirúrgicas. O 6º ano é de internato médico.

Com recurso aos questionários aplicados aos 108 alunos do curso de medicina, frequentando o primeiro ano do curso no ano letivo de 2016/17, foi possível caracterizar não apenas o seu perfil como também a forma como sentem os desafios na oferta do curso de medicina.

O curso de medicina foi definido pelos alunos do 1º ano como sendo “*uma formação bem organizada, de qualidade*”, “*permitindo o estudo, a interação com professores e colegas, exigente mas indutor de responsabilidade na linha do que se pedirá a um médico*”. Consideram-no, no entanto, um curso “*pouco sofisticado em comparação com outras partes do mundo*”. A maioria, 78%, dos inquiridos encontravam-se muito satisfeitos com a carga horária do curso, sendo que 89% estavam francamente satisfeitos com o programa de formação e 91% com a qualidade dos professores. Cerca de 98% dos inquiridos considerava que a formação recebida lhes permitiria serem bons médicos em qualquer parte do mundo. A disponibilidade dos professores, a sua paciência e empenho foram sublinhados como fatores motivadores, tal como a qualidade do programa, o qual consideravam adequado à realidade vivida no país, permitindo “*ver o mundo com outros olhos*” e “*não apenas querer ser bom médico mas também bom cidadão*”. Na opinião destes alunos, os professores “*dominam os conteúdos e transmitem-nos com excelência*”, porém, sendo o curso ministrado maioritariamente por docentes de língua espanhola, os alunos apresentavam como uma das limitações do curso a dificuldade que sentem com a língua, sobretudo no início dos estu-

dos. A “*falta de bases em língua portuguesa*” é também apontada como uma dificuldade sentida. A satisfação manifestada com o curso é contraposta pela insatisfação com a qualidade dos sistemas de apoio, estando 14% dos alunos muito insatisfeitos com a mesma, referindo a falta de materiais didáticos adequados e de laboratório, a carência de livros, de recursos informáticos, de acesso a internet e corrente elétrica contínua como fatores de insatisfação.

### vii) Perfil de quem procura formação médica na Faculdade de Medicina Raúl Díaz-Argüelles García

Como referido, a procura de formação médica na FM tem sido crescente. O número de inscritos no primeiro ano varia entre um mínimo de 13 no ano letivo de 1991-1992 e 97 em 2006-2007.

A maioria dos alunos nasceu (59%) fora de Bissau e concluiu o ensino primário (63%) ou o ensino secundário (76%) em Bissau.

Havia uma predominância de alunos do sexo masculino (76%), contrariando tendências globais para a feminização da profissão.

As estudantes do sexo feminino na RGB apresentam uma percentagem mais elevada de pais e mães com ensino superior do que os estudantes do sexo masculino. A escolaridade da mãe estava relacionada à idade do aluno e à idade de decisão de estudar medicina. No primeiro caso, a idade mediana dos alunos tendeu a ser menor entre aqueles com mães mais escolarizadas. Pelo contrário, a decisão de obter uma licenciatura em medicina foi tomada mais cedo por alunos cujas mães não concluíram o ensino pós-secundário. Isso era particularmente óbvio em filhos homens de mães que não concluíram o ensino médio, que decidiram estudar medicina mais tarde do que os filhos de mães mais instruídas. A educação combinada dos pais estava relacionada com a idade dos alunos: os pais dos alunos mais novos concluíram o ensino médio, mas pelo menos um deles não concluiu o ensino pós-secundário e isso se deveu à interação com a idade dos alunos do sexo masculino e não do feminino [35].

Inquiridos sobre as razões pelas quais escolheram este curso, emergem as expressões “*ajudar*” e “*contribuir*”. Existe o reconhecimento das carências de profissionais de saúde, bem como das necessidades da população. Muitos pretendem realizar o sonho de contribuir para o bem da sociedade, de ajudar os mais necessitados, de “*curar*”, muitas vezes marcados por experiências pes-

soais de carência ou ausência de receção de cuidados de saúde.

A vida de estudante dos alunos inquiridos é marcada por alguma dureza. As maiores dificuldades sentidas por estes alunos prendiam-se com alimentação, transportes e acomodação. O termo “*fome*” emerge na análise qualitativa, sendo de referir que há alunos que ficavam sem comer ao longo do dia de aulas. “*No curso em si não falta quase nada, o pior é ficar sem comer*” refere um inquirido. Alguns viviam em casa de familiares ou amigos e precisavam de se deslocar para o recinto escolar, sendo este custo difícil de assumir.

No questionário aos estudantes de medicina a frequentarem o 1º ano do curso, a maioria dos estudantes de medicina guineenses desejam, depois de concluírem os estudos de licenciatura, trabalhar fora da capital, num hospital, associando consultórios públicos e privados. Apenas uma minoria relata a intenção de emigrar. A escolha de uma carreira em Medicina de Família e Comunidade não está no topo da agenda desses alunos. Naturalidade, local de conclusão do ensino primário e secundário, estado civil, responsabilidade por dependentes, ter que conciliar estudos com trabalho, presença de familiares a trabalhar no setor saúde e escolaridade dos pais parecem determinantes importantes dessas tendências.

Cerca de 40% dos alunos inquiridos aspiravam a trabalhar unicamente no setor público, sendo que 60% pretendia vir a exercer funções em ambos os setores, público e privado. Justificando este desejo, os alunos referiam que a opção pelo setor público se relacionava com o ir ao encontro da população que mais carece de cuidados de saúde, “*é onde se encontram os mais pobres*”. Porém, “*só trabalhando também no setor privado se consegue ganhar mais algum dinheiro*”. Vão ainda mais longe referindo que, trabalhando no setor privado poderiam ter um excedente que lhes permitisse depois “*ajudar a população mais pobre sem precisar de lhes cobrar*”. Em síntese, estes alunos pretendem “*salvar vidas mas precisam também de viver – e sem dinheiro não se consegue uma vida organizada*”.

Cerca de 90% dos alunos gostaria de vir a integrar um hospital e apenas 3% aspirava a exercer funções em administração e gestão em saúde. As especialidades que os alunos inquiridos gostariam de fazer são, por ordem de preferência, Cirurgia (14%), Pediatria (9%), Cardiologia (9%) e Neurologia (7%). São ainda referidas as especialidades de Ginecologia, Ortopedia e Dermatologia num somatório de 10% das respostas válidas.

### viii) Vias possíveis para uma oferta formativa mais adequada às necessidades na RGB

Dos dados recolhidos nas entrevistas, no grupo focal e nas respostas abertas aos questionários aplicados aos 108 alunos de 1º ano do curso de medicina emergiram algumas sugestões que vão ao encontro do desafio deste trabalho de reunir sugestões para uma oferta formativa mais adequada às necessidades na RGB.

Foi referido que se torna necessário, a montante, repensar estrategicamente o ensino pré-universitário. O ensino universitário deve ser revisto estrategicamente no sentido de respeitar as *guidelines* internacionais de formação de RHS, atendendo à especificidade do continente africano. A necessidade de adaptar os currículos académicos aos alunos que existem na RGB e às especificidades contextuais e epidemiológicas do país emerge como uma evidência. Por outro lado, torna-se necessário a um bom processo de aprendizagem a reorganização dos grupos de alunos, repensando a composição das turmas, de forma a proporcionar um número equilibrado de alunos em sala de aula, potenciando a aprendizagem.

Finalmente emergem também algumas sugestões relacionadas com o processo formativo: definir com clareza a relação e as competências do MINSAP e do MEES em matéria de formação de RHS na RGB; envolver as ordens profissionais nesta discussão; investir mais no ensino público; atrair e capacitar docentes de medicina guineenses que possam substituir os atuais cubanos, garantindo a continuidade da formação médica; repensar o gabinete de gestão de RHS do MINSAP, sugerindo-se que os seus quadros sejam pessoas com formação específica em gestão de RHS. *Não basta definir onde colocar e como pagar – é necessário pensar estrategicamente*, refere um dos entrevistados; *findo o processo de formação, importa abrir concursos públicos para a colocação e profissionais de saúde, acabando com o que chamam de “colocações diretas”*. Relativamente à fixação de quadros nas regiões fora da capital, referem que os *incentivos pecuniários serão aparentemente os únicos que motivarão à fixação de quadros fora de Bissau*.

### Discussão

Com duas faculdades de medicina, a RGB é uma exceção à regra que os estados frágeis (EF) têm uma maior probabilidade de terem, em média, menos escolas médicas do que estados-não-frágeis (McKenzie et al., 2015). Esta observação é relevante porque as escolas

médicas têm um potencial importante para ajudar os estados a corrigir os seus défices de médicos (Doull & Campbell, 2008; Fujita et al., 2011; Newbrander et al., 2011)

Cuba esteve, no momento certo, numa posição privilegiada para providenciar o apoio necessário ao desenvolvimento do ensino médico na RGB. Entre 1966 e 1974 os médicos cubanos acompanharam a artilharia cubana que participou na guerra da independência contra Portugal [36]. O período de Glastnost e Perestroika (1980-1989) e a linha dura anti-Castro assumida por Ronald Reagan, presidente dos Estados Unidos da América entre 1981 e 1989, criaram condições favoráveis ao reforço da longa experiência com a diplomacia médica cubana iniciada em 1960 (quando Cuba enviou uma brigada médica para o Chile para apoiar as vítimas do terremoto Valdivia de 22 de maio de 1960). Este mecanismo de solidariedade internacional evoluiu, a partir do fim da década de 1980, para uma *“cooperacion compensada”* em que tanto os médicos cubanos, como o Governo de Cuba passaram a receber um pagamento do país anfitrião pelo seu apoio. Esta diplomacia passou então a associar a aquisição de moeda estrangeira à promoção de outros objetivos financeiros do regime cubano, ao mesmo tempo que promovia influência, prestígio, legitimidade e simpatia no exterior, fortalecendo os laços de amizade com os países anfitriões, com destaque nos PALOP. No âmbito dessa diplomacia, a formação médica tem feito parte dos acordos de Cuba com países mais desfavorecidos que enfrentam escassez de médicos e de outros profissionais de saúde. Acredita-se que os médicos sejam das *“mercadorias”* de exportação mais importantes de Cuba. Ao assumir o conhecimento *“como mercadoria apropriável pelo poder económico-financeiro”* e a educação passou a ser vista como um serviço comercializável [37–39].

Esta comoditização da solidariedade internacional é semelhante à descrita por Altbach e Knight (2007) para a globalização do ensino universitário [40,41], e pode compreender-se como uma manifestação de capitalismo de estado com uma vertente imperialista, permitindo a Cuba reclamar o papel de média potência, exercendo um nível de influência sobre África muito para além do que esta ilha caribenha, pela sua pequenez, poderia vir a aspirar. Isto acontece numa altura em que outros poderes – brasileiro, indiano, chinês e russo, para além dos europeu e norte-americano - competem pelos recursos naturais de África, numa manifestação clara da colonialidade dos mercados [42,43].

Por outro lado, esta comoditização da educação supe-

rior é formalizada no quadro do Acordo Geral sobre o Comércio de Serviços de 1995: o ensino universitário torna-se uma mercadoria comercializável assumindo várias formas, incluindo o franchising - adotado por algumas das universidades portuguesas na RGB - e a mobilidade institucional - adotada por Cuba para a formação médica na RGB e conducente a um grau acadêmico cubano. Muitos países entram também em acordos comerciais ou de integração regional, como é o caso da RGB na CEDEAO e na União Africana [44,45].

O desenvolvimento do ensino universitário na RGB precede a existência de uma política ou de um *corpus legis* orientador e regulador das instituições de ensino universitário [24]. Precede também a Declaração da Cidade do Cabo de 1995 que especifica os atributos do médico ideal para África e das modalidades para a sua formação [46].

Na sequência deste contexto complexo e, de certa forma, devido aos atores dominantes e relações de poder entre estes, a evolução do ensino médico na RGB resulta de uma convergência de planeamento estratégico deliberado e do reconhecimento de estratégias emergentes [47].

A estratégia deliberada reflete-se de duas formas: num contexto de colonialidade, na tentativa deliberada de entrada de atores internacionais no mercado académico da RGB, nomeadamente universidades privadas portuguesas, e na já referida diplomacia médica de Cuba; ou, numa perspetiva pan-africana [48,49] de harmonização regional, como é o caso da CEDEAO com a sua estratégia de harmonização regional [50] e do Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur (CAMES) desde 2005, da União Económica e Monetária Oeste Africana (UEMOA) (Decisão N.º 03/2007/CM/UEMOA) e da União Africana desde 2007[51]. De sublinhar que estas iniciativas de harmonização do ensino universitário em África têm as suas origens em conferências intergovernamentais consecutivas dos ministros africanos da educação - realizadas em Adis Abeba (1961), Abidjan (1964), Nairobi (1968) e Lagos (1976) - focadas no desenvolvimento de um plano regional para o futuro da educação. Estas conferências prepararam a Convenção de Arusha, em dezembro de 1981, primeiro marco legal a nível continental para o reconhecimento mútuo de diplomas e qualificações no ensino universitário, promover a cooperação e formação regional de recursos humanos, melhorar a colaboração e a partilha de recursos e cooperar no desenvolvimento do currículo, promovendo

a aprendizagem ao longo da vida e a democratização da educação.[48]

Cuba é um de 22 países com uma estratégia governamental deliberada para a internacionalização do ensino universitário (juntamente com a Alemanha, Austrália, Bélgica, Canadá, Coreia do Sul, Dinamarca, Espanha, Estónia, Finlândia, Holanda, Irlanda, Japão, Cazaquistão, Lituânia, Malásia, Noruega, Nova Zelândia, Polónia, Reino Unido, Singapura e Suíça)[51–53] numa estratégia de convergência que enfatiza que os países com menor controlo de recursos mais facilmente aceitarão as regras e imitarão o comportamento daqueles que têm mais recursos [48,54]; ou de mimetização das políticas de ensino universitário [55]. Este esforço para construir um espaço global de equivalência para ensinar e aprender a nível universitário, partilhado pela OCDE, perpetua a colonialidade no ensino superior global, em África [56,57] e na RGB.

O desenvolvimento do ensino médico tem, da parte da RGB, seguido um modelo de estratégia emergente, no contexto de uma estratégia cubana de cooperação, adotando um “processo incremental que esmorece a distinção entre planeamento e implementação” [47].

As limitações associadas à falta de um planeamento estratégico deliberado por parte da RGB são reconhecidas. Tem que se fazer mais e diferente, de acordo com as respostas aos inquéritos, entrevistas e grupo focal. O ensino pré-universitário tem que ser pensado mais estrategicamente; a relação e as competências da Ordem dos Médicos, do gabinete de gestão de RHS do MINSAP e do MEES em matéria de formação de RHS na RGB devem ser definidas com mais clareza; deve haver um maior investimento no ensino estatal e capacitar docentes de medicina guineenses que possam substituir os atuais cubanos, garantindo a continuidade de uma formação médica sustentável pelo país.

Um exemplo da aprendizagem emergente, que ficou integrado no processo de desenvolvimento do ensino universitário, foi o procedimento de seleção de alunos e a sua preparação para o ensino universitário através de um ano de Escola Pré-médica extra, o qual acabou por ser integrado como 12º ano do ensino pré-universitário – ano propedêutico - obrigatório para ingresso em todos os cursos [24].

Um relatório publicado no The Lancet em 2010 recomendava que as escolas de medicina formassem “redes, alianças e consórcios” para mais efetivamente contribuírem para o reforço dos sistemas de saúde [58]. Tem sido essa a aposta da CEDEAO para convergência regional. Porém a posição de dependência do ensino médico na

RGB em relação a Cuba criou uma armadilha que resulta, por um lado na incapacidade de integrar a FM no sistema universitário da RGB e na indisponibilidade do Estado guineense para assumir uma responsabilidade crescente pela formação dos médicos, e por outro a titulação vinculada a uma instituição académica cubana com uma filosofia diversa da prevalente nos outros Estados-membros da CEDEAO, que tem dificultado a integração do ensino médico na CEDEAO. Esta situação de perenização de modelos de cooperação que perpetuam a dependência de iniciativas e recursos externos [8] é agravada pelo recurso ao castelhano como língua de lecionação.

### Conteúdos curriculares conflitantes

A evolução da formação de médicos na Guiné-Bissau segue um padrão de desenvolvimento semelhante à situação de colonialidade de outros países africanos, nomeadamente a afiliação a uma instituição fora do continente, com um currículo académico nem sempre adaptado à realidade africana [59]. Essa situação pouco evoluiu desde a abertura da FM.

Como já referido, esta afiliação dificulta o cumprimento das obrigações assumidas aquando da adesão à convenção de 2003 para o reconhecimento e equivalência de graus académicos universitários na CEDEAO [50]. Como mencionado, a FM foi sujeita a auditorias da CEDEAO/CAMES [8,30,60], que também conduziu vários seminários [61], no quadro da harmonização do ensino na Região. Estas auditorias consideraram a qualidade do ensino na RGB abaixo do desejável e consta do roteiro da CEDEAO a exigência da implementação de um conjunto de recomendações para o alinhamento com o processo de harmonização curricular regional e de padronização da qualidade [8,30,60,62,63]. Como reconhecido por Kushnarenko (2010) noutros contextos, estando a FM afiliada à ELAM em Cuba, adotando uma filosofia diferente, seguindo os conteúdos curriculares da mesma e dependente de docentes cubanos para a lecionação, não existe grande abertura para efetivar este processo de harmonização [64], numa clara manifestação de colonialidade do saber [43].

Tanto os alunos nas respostas ao questionário realizado, como os participantes nas entrevistas e grupos focais, reconhecem que seria importante respeitar as orientações internacionais no âmbito da formação de RHS, atendendo à especificidade do continente africano, bem como adaptar os currículos académicos aos alunos que existem na RGB e às especificidades contextuais e epi-

demiológicas do país. Daqui emerge a ideia da necessidade de adaptação dos currículos académicos na formação de RHS, garantindo a consideração pelo legado da cultura local, harmonizado com o conhecimento científico, em prol de uma prestação de cuidados adequada àqueles que recorrem aos serviços de saúde [14].

A perceção de qualidade baixa/inadequada emerge noutras apreciações ao ensino médico cubano, por exemplo em médicos sul-africanos formados em Cuba que ao regressar ao país de origem, reportam dificuldades de integração no sistema de saúde sul-africano [65,66].

Esta tensão reflete também um conflito ideológico sobre a finalidade do ensino médico. Com a reforma dos anos 80, o ensino médico em Cuba afastou-se das escolas médicas e dos hospitais de ensino, os quais são padrão na África do Sul, em outros países da CEDEAO e no mundo em geral, fazendo-se cada vez mais nas clínicas e policlínicas comunitárias. Desde meados de 1980, com a adoção do Programa de Médicos de Família, que o currículo cubano de formação médica tem vindo a ser revisto, enfatizando a responsabilidade social, os valores éticos, a prevenção, o envolvimento da comunidade e um papel dominante para a atenção primária [39]. O ensino médico na RGB está alinhado com estes princípios. O modelo cubano foi também adotado na RGB com a descentralização do ensino para os centros de saúde nas diversas Regiões Sanitárias. O curso de seis anos passou a ser visto como um primeiro passo na formação de especialistas em Medicina Geral Integral, um perfil profissional mais necessário não só a Cuba, mas também à RGB e os estudantes guineenses reconhecem que a formação recebida na FM lhes permitirá não só vir a ser bom médico, mas também “*ver o mundo com outros olhos*” e “*não apenas querer ser bom médico, mas também bom cidadão*”.

### Em busca de uma oferta formativa mais adequada às necessidades na RGB: na senda do realismo africano

A RGB vive a realidade descrita para grande parte dos Estados Africanos que passa por: colonialidade do saber e dos mercados; limitada capacidade de formação de RHS resultante de um fraco investimento e de baixos recursos para formação; falta de políticas adequadas para profissionais de saúde, de modo a garantir relevância e adequação, em termos de qualidade e quantidade; e ausência de planos de formação em RHS [67]. Verifica-se um desfasamento entre produção e necessidades

de RHS, bem como entre qualidade e quantidade de quadros formados, realidades que espelham falhas de planeamento seja por ausência do mesmo, seja por este se encontrar desadaptado do contexto em que se insere, seja por falta de articulação entre os setores da saúde, educação e administração pública.

A gestão dos sistemas de saúde necessita de RHS em número adequado às necessidades, o que implica o desenvolvimento de um sistema de formação que responda às necessidades [68], situação ainda não alcançada pela RGB. A RGB enquadra os problemas definidos pela OMS África para a região africana aquando da elaboração das orientações para a implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde: Força de Trabalho 2030: apresenta uma fraca liderança e governação do pessoal de saúde e enquadra-se na descrita inadequada educação e capacidade formativa dos RHS [69].

Salienta-se que algumas das sugestões recolhidas, tanto nos questionários como nas entrevistas e grupo focal, sugerem que a relação entre a formação ministrada na FM e a transformação que deve ocorrer pelo processo formativo é por um lado ténue e por outro não potencia a resposta às reais necessidades vividas na RGB. Indo ao encontro desta reflexão, alguns autores propõem uma análise da situação da formação de RHS considerando a estreita ligação entre os sistemas de saúde e de educação em cada país [58].

Nesta conjuntura de (não) interação de sistemas e de papéis, a corrente de pensamento de Paulo Freire pode trazer contributos importantes para a forma como olhamos a formação de médicos em EF e concretamente na RGB, sobretudo se nos detivermos nos já referidos contextos de colonialidade e conteúdos curriculares conflituantes. Há a considerar do pensamento deste pedagogo a dimensão transformadora da educação/formação na medida em que parte do diálogo dos alunos ou formandos com a sua realidade, proporcionando-lhes a capacidade de compreender os processos e nelas intervir ativamente [70]. A aposta na abordagem da formação como um processo multifacetado, permanente, que propicia o desenvolvimento dos trabalhadores como sujeitos e cidadãos, em que o formador constrói a sua docência voltado para a autonomia do educando [71,72], podem ser bases concetuais interessantes de transpor para a formação médica em EF e concretamente na RGB.

## Conclusões

O presente artigo permite uma viagem histórica, contextualizada e refletida da formação médica na RGB. O desenvolvimento do ensino universitário, inclusive do ensino médico, na RGB tem sido baseado numa estratégia emergente enquadrada numa manifesta dependência de atores internacionais com estratégias de internacionalização bem definidas por um lado, mas com o compromisso inconsequente de se integrar num modelo harmonizado da CEDEAO/estratégia pan-africana por outro. É urgente desenvolver uma estratégia e um compromisso público com o ensino universitário, que permita uma maior integração regional e uma oferta mais sustentável da formação médica. As soluções encontradas terão de ter em conta um contexto particularmente complexo e de grande fragilidade das instituições do Estado na RGB.

Apesar das controvérsias, termo que surge várias vezes nas entrevistas referindo-se à situação atualmente vivida em matéria de formação médica na RGB, é notória a vontade de investir nesta matéria, no sentido de encarar a perspetiva transformadora da formação que diferencie a ideia da universidade em África com um pedigree ocidental para uma universidade africana, desconstruindo assim a colonialidade do conhecimento, reconhecendo que a universidade tem também uma “função de memória – manter viva a herança histórica das culturas local, nacional ou mundial – e outra prospetiva, a de promover a inovação científica e tecnológica, assim como a criação cultural” [73]. No quadro de globalização de todos os aspetos da vida, a universidade africana deve procurar uma “universalidade que não é uniformidade mas diálogo, troca, interação” num “universal que inclui o plural, o diverso ... ligando o múltiplo (que não sendo) de hoje, acompanha toda a história do pensamento humano” [73]. No quadro da implementação do documento de orientação estratégica nacional para a saúde - o Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário III - e apostando na definição de uma estratégia de gestão de RHS, poder-se-á ousar desafiar a fragilidade do Estado da RGB, repercutindo este objetivo nesta perspetiva de pluriversalidade.

## Bibliografia:

- [1] Ferrinho P, Fronteira I. Enfrentamento da Pandemia no Universo da Comunidade dos Estados e Territórios de Língua Oficial Portuguesa: Aprendizados Para os Sistemas de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília, Brasil; 2021. page 189–212.
- [2] Robalo M. A Primeira Onda COVID-19 nos Estados-membros da CPLP: o caso da GB. In: O enfrentamento da COVID-19 nos países da CPLP (Comunidade dos Países de Língua Portuguesa). Brasília, Brasil: Conselho Nacional de Secretários de Saúde.: Série LEIASS (Linha Editorial de Apoio aos Sistemas de Saúde); 2020.
- [3] Fragile States Index 2020 – Annual Report | Fragile States Index [Internet]. [cited 2021 Mar 10]; Available from: <https://fragilestatesindex.org/2020/05/08/fragile-states-index-2020-annual-report/>
- [4] Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau. Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022 - PNDS III. 2017.
- [5] Ministério da Educação da Guiné-Bissau, UNICEF, UNESCO. Relatório do estado do Sistema Educativo para a reconstrução da escola da Guiné-Bissau sobre novas bases. 2015.
- [6] Ministério da Economia, do Plano e da Integração Regional da República da Guiné-Bissau. Deuxième Document de Stratégie Nationale pour la Réduction de la Pauvreté-DENARP II 2011-2015. Bissau: 2011.
- [7] Messner JJ, Haken N, Taft P, Blyth H, Maglo M, Fiertz C, et al. The Fragile States Index 2018. *The Fund for Peace*; 2018.
- [8] Guerreiro CS, Hartz Z, Neves C, Ferrinho P. Training of Human Resources for Health in the Republic of Guinea-Bissau: Evolution of Structures and Processes in a Fragile State. *Acta Médica Port* 2018;31(12):742–53.
- [9] Fronteira I, Seca A, Meneses A, Ferrinho P, Lapão L. Expectativas profissionais dos estudantes de enfermagem de nível superior = Professional expectations of middle level and superior level nursing students:: evidência de dois países da África Subsaariana = evidence from two sub-saharan african countries. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2014;13:59–67.
- [10] Fronteira I, Sidat M, Fresta M, Sambo M do R, Belo C, Kahuli C, et al. The rise of medical training in Portuguese speaking African countries. *Hum Resour Health [Internet]* 2014 [cited 2020 Apr 25];12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4232702/>
- [11] Fresta MJ, Ferreira MA, Delgado AP, Sambo MR, Torgal J, Sidat M, et al. Estabelecimento de uma rede estruturante da cooperação em educação médica, no âmbito do PECS-CPLP. *An Inst Hig Med Trop (Lisb)* 2016;15:27–34.
- [12] Dussault G, Fronteira I. Análise dos recursos humanos da saúde (RHS) nos países africanos de língua oficial portuguesa (PALOP). WHO; 2010.
- [13] Ballestrin L. Colonialidade e Democracia. *Rev Estud Políticos* 2019;5(9):191–209.
- [14] Ngunyulu RN, Sepeng N, Moeta M, Gambu S, Mulaudzi FM, Peu MD. The perspectives of nursing students regarding the incorporation of African traditional indigenous knowledge in the curriculum. *Afr J Prim Health Care Fam Med [Internet]* 2020 [cited 2021 Apr 21];12(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7203236/>
- [15] Buse K, Mays N, Walt G. *Making Health Policy*. McGraw-Hill Education; 2012.
- [16] Quijano A. Colonialidad y modernidad/racionalidade. *Perú Indígena* 1992;13(29):11–20.
- [17] Shorten A, Smith J. Mixed methods research: expanding the evidence base. *Evid Based Nurs* 2017;20(3):74–5.
- [18] Marconi M, Lakatos E. *Fundamentos de metodologia científica*. 2aEd. São Paulo: Editora Atlas; 2007.
- [19] Flick U. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa: Monitor; 2005.
- [20] Trad LAB. Focal groups: concepts, procedures and reflections based on practical experiences of research works in the health area. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2009;19(3):777–96.
- [21] Zappellini MB, Feuerschütte SG. O uso da Triangulação na Pesquisa Científica Brasileira em Administração. *Adm Ensino E Pesqui* 2015;16(2):241–73.
- [22] Bardin L. *Análise de Conteúdo*. 5a. Lisboa: Edições 70, Lda.; 2008.
- [23] Marôco J. *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 5a. Pero Pinheiro: 2011.
- [24] Langa P. Chapter 4. Guinea-Bissau in Higher Education in Portuguese Speaking African Countries. In: A five country baseline study. South Africa: African Minds; 2013. page 48–50.
- [25] Cisneros S, Matilde M. Cooperación técnica entre países en vías de desarrollo: Experiencia Cuba-Guinea Bissau. *Educ Médica Super* 1996;10(1):9–10.
- [26] Tê F. Políticas Educativas na Guiné-Bissau: estudo longitudinal dos ensinos básico e secundário. Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciência Política. 2017.
- [27] Correia JDG, Ferrinho P, Andrade L. Citizens' trust in the health care institutions as a neglected dimension in strategic health planning data from Guinea-Bissau. *Int J Health Plann Mgmt* 2021.
- [28] Santiesteban Pérez I, Monjes Leyva K, Ferrán Torres RM. La Cooperación Internacional de Cuba en la docencia Médica Superior; vía posible para una cobertura universal de Salud. *Educ Médica Super* 2017;31(2):0–0.
- [29] Gallardo Sánchez Y, Núñez Ramírez L. Lecciones aprendidas del proceso formativo en la carrera de Medicina en Guinea Bissau. *Edumecentro* 2018;10(2):210–6.
- [30] Silva AP, Cardoso P, Neves C, Ferrinho P. Função “recursos humanos” no Sector da Saúde da Guiné-Bissau. Ponto de Situação e Recomendações de Acções e Objectivos a integrar num segundo Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2012. 2008.
- [31] Ferrinho P. Subsídios para a Revisão do Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2008-2017 até 2020 - apreciação da sua implementação em Agosto de 2015 e contribuição para um roteiro para a sua revisão. Bissau: 2015.
- [32] Bedoll D, van Zanten M, McKinley D. Global trends in medical education accreditation. *Hum Resour Health* 2021;19(1):70.
- [33] Sani Q, Oliveira MR. Educação superior e desenvolvimento na Guiné-Bissau: contribuições, limites e desafios. *Rev Pedagógica* 2015;16(33):127–52.
- [34] Ungerer R, Ito M. Relatório de avaliação do uso das Bibliotecas Azuis nos PALOP. Genebra: Departamento de Gestão e Intercâmbio do Conhecimento, Núcleo de Inovação, Informação, Evidência e Pesquisa, Organização Mundial da Saúde; 2010.
- [35] Ferrinho P, Fronteira I, Correia T, Neves C. The relevance of educational attainments of parents of medical students for health workforce planning: data from Guiné-Bissau. *Hum Resour Health* 2020;18(1):90.
- [36] Laranjeiro C. The Cuban Revolution and the Liberation Struggle in Guinea-Bissau: Images, Imaginings, Expectations and Experiences. *Int Hist Rev* 2019;0(0):1–20.
- [37] Frist B. Cuba's Most Valuable Export: Its Healthcare Expertise [Internet]. *Forbes* [cited 2020 Jun 28]; Available from: <https://www.forbes.com/sites/billfrist/2015/06/08/cubas-most-valuable-export-its-healthcare-expertise/>
- [38] Werlau MC. CUBA'S HEALTH-CARE DIPLOMACY: The Business of Humanitarianism. *World Aff* 2013;175(6):57–67.
- [39] Cole C, Fabio JLD, Squires N, Ebrahim S. Cuban Medical Education: 1959 to 2017. 2018;2(1):6.
- [40] The Internationalization of Higher Education: Motivations and Realities - Philip G. Altbach, Jane Knight, 2007 [Internet]. [cited 2020 Jun 9]; Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1028315307303542>
- [41] Huish R, Blue SA. Understanding the Place of Cuban Internationalism. *Int J Cuban Stud* 2013;5(1):6–9.
- [42] Ndlovu-Gatsheni SJ. Genealogies of Coloniality and Implications for Africa's Development. *Afr Dev Afr Dév* 2015;40(3):13–40.
- [43] Mpofo B, Ndlovu-Gatsheni S. Rethinking and Unthinking Development: Perspectives on Inequality and Poverty in South Africa and Zimbabwe [Internet]. New York: Berghahn Books; 2019 [cited 2020 Jun 28]. Available from: <https://www.berghahnbooks.com/title/MpofoRethinking>
- [44] Varghese NV. Globalization and higher education: Changing trends in cross border education. 2014;5:7–20.
- [45] Internationalisation and Trade in Higher Education | READ online [Internet]. OECD iLibrary [cited 2020 Jun 9]; Available from: [https://read.oecd-ilibrary.org/education/internationalisation-and-trade-in-higher-education\\_9789264015067-en](https://read.oecd-ilibrary.org/education/internationalisation-and-trade-in-higher-education_9789264015067-en)
- [46] WHO 1995. WHO Regional Office for Africa, World Federation for Medical Education. Cape Town Declaration. 1995
- [47] Mintzberg H, Waters JA. Of Strategies, Deliberate and Emergent. *Strateg Manag J* 1985;6(3):257–72
- [48] Woldegiyorgis AA. Harmonization of higher education in Africa and Europe: Policy convergence at supranational level. *Tuning J High Educ* 2018;5(2):133–57
- [49] Malisa M, Nhengeze P. Pan-Africanism: A Quest for Liberation and the Pursuit of a United Africa. *Genealogy* 2018;2(3):28.
- [50] Decision A/DEC.4:01/03 relating to the adoption of the Convention on recognition and equivalence of degrees, diplomas, certificates and other qualifications In ECOWAS Member States. In: Official journal of the Economic Community of West African States (ECOWAS). 2003. page 89.
- [51] Woldegiyorgis ET. Policy Travel in Regionalisation of Higher Education: The Case of Bologna Process in Africa. 2018.
- [52] Baggott R, Lambie G. Hard Currency, Solidarity, and Soft Power: The Mo-



- tives, Implications, and Lessons of Cuban Health Internationalism. *Int J Health Serv* 2018;49(1):165–85.
- [53] Gabriele A. Cuba: the surge of export-oriented services [Internet]. 2010 [cited 2020 Jun 9]; Available from: <https://mpr.ub.uni-muenchen.de/26360/>
- [54] Nienhüser W. Resource Dependence Theory - How Well Does It Explain Behavior of Organizations? *Manag Rev* 2008;19(1/2):9–32.
- [55] Dolowitz DP, Marsh D. Learning from Abroad: The Role of Policy Transfer in Contemporary Policy-Making. *Governance* 2000;13(1):5–23.
- [56] Shahjahan RA. Coloniality and a global testing regime in higher education: unpacking the OECD's AHELO initiative. *J Educ Policy* 2013;28(5):676–94.
- [57] Shahjahan RA, Morgan C. Global competition, coloniality, and the geopolitics of knowledge in higher education. *Br J Sociol Educ* 2016;37(1):92–109.
- [58] Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010;376(9756):1923–58.
- [59] Celletti F, Buch E, Samb B. Medical education in developing countries [Internet]. Oxford University Press; [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199652679.001.0001/med-9780199652679-chapter-57>
- [60] Organisation Ouest Africaine de la Santé. Rapport de mission en Guinée-Bissau pour l'identification des besoins en Ressources Humaines et Equipements de Santé Bissau, 2016.
- [61] Mazzaccara A. Curriculum development for improving medical education at the Dogliotti College of Medicine, University of Liberia. 2015.
- [62] Sucuma A. A conjuntura do Estado e Ensino Superior na Guiné-Bissau. *Estud Sociol* 2017;1(23).
- [63] CEDEAO. Currículo Harmonizado de Formação em Medicina Geral no Espaço CEDEAO. 2013.
- [64] Kushnarenko V. International Collaboration in Higher Education: The Canadian-Ukrainian Curriculum Development Partnership [Internet]. 2011 [cited 2020 Jun 9]; Available from: <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/26420>
- [65] Moore C. South Africa's Relations with Latin America: an Opportunity For regone? In: *South African Foreign Policy Review*. Africa Institute of South Africa; 2015. page Chapter 9 pp169-187.
- [66] Crush J, Chikanda A. Staunching the Flow: The Brain Drain and Health Professional Retention Strategies in South Africa [Internet]. Oxford University Press; [cited 2020 Jun 9]. Available from: <https://www.oxfordscholarship.com/view/10.1093/oso/9780198815273.001.0001/oso-9780198815273-chapter-16>
- [67] OMS, Escritório Regional para a África. Roteiro para reforçar os Recursos Humanos para a Saúde com vista a melhorar a prestação de Serviços de Saúde na Região Africana 2012-2025. 2012.
- [68] Newbrander W, Waldman R, Shepherd-Banigan M. Rebuilding and strengthening health systems and providing basic health services in fragile states. *Disasters* 2011;35(4):639–60.
- [69] OMS, Escritório Regional para a África. Quadro da Região Africana para a Implementação da Estratégia Mundial dos Recursos Humanos da Saúde (Força de Trabalho 2030). 2017.
- [70] Maciel K de F. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. *Educ Em Perspect* 2011;2(2):326–44.
- [71] Lima Vieira S, Silva G. Educação profissional em enfermagem: possibilidade de emancipação para pessoas residentes em comunidades vulneráveis. *Rev Unifreire* [Internet] 2015 [cited 2016 Apr 20]; Available from: [http://paulofreire.it/files/ipf/Link/RevIsta%20Unifreire/2015/2015\\_revista\\_unifreire\\_3.pdf](http://paulofreire.it/files/ipf/Link/RevIsta%20Unifreire/2015/2015_revista_unifreire_3.pdf)
- [72] Tavares M. A Universidade e a pluridiversidade epistemológica: a construção do conhecimento em função de outros paradigmas epistemológicos não ocidentocêntricos. *Rev Lusófona Educ* 2013;(24):49–74.
- [73] Sacadura CB. Estudos Sobre a Filosofia da Educação na Perspetiva da Ciência, da Arte e dos Valores. Coleç. Aula Magna 52016.

### Conflitos de interesse:

Os autores declaram que não existem conflitos de interesse relacionados com o presente artigo.