



Identificação das Competências Nucleares no Mestrado Integrado em Medicina da FCS-UBI: a perspetiva dos estudantes

Joana Catarina Praia Silva

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Medicina
(mestrado integrado)

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Fernandes Neto
Co-orientador: Professor Doutor Miguel Castelo Branco Craveiro de Sousa

fevereiro de 2025

Folha em branco

Declaração de Integridade

Eu, Joana Catarina Praia Silva, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 44121 do Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual e assumindo, assim, na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã, 26/02/2025

Folha em branco

Dedicatória

Aos que levam um pouco de mim no seu coração.

A quem eu levo um pouco no meu.

Aos que estão longe, mas sempre perto.

Aos que estão perto e por cá se mantêm.

Aos que passaram e ficaram e aos que seguiram por outros caminhos.

A todos que me vêm com orgulho quase formada.

A todos os que ainda se vão formar e por cá me têm orgulhosa de vocês.

Aos que cuidei como se fossem meus.

Aos meus que de mim cuidam.

À Covilhã que foi casa e esperança.

Aos tutores que me mudaram perspetivas.

Aos que viraram inspiração de vida.

Aos que me fizeram perceber que nem tudo é linear e que a jornada é mais bonita sem ser pela estrada principal.

A jornada faz-se de muitas formas e eu tenho a sorte em ver que a minha foi de felicidade, amor e aventura. Mas tenho ainda mais sorte em ver que foi partilhada com tantos de vocês.

Um “obrigada” não chega para expressar o que sinto por todos, mas, por este trabalho ser tanto meu como vosso, aqui fica a saudosa tentativa, dedicando todo este trabalho a vocês.

Folha em branco

Agradecimentos

Reconhecer todas as pessoas que marcaram a minha jornada revelou-se uma tarefa desafiadora, não só pela vastidão de nomes, mas pelo impacto único que cada um teve no meu percurso. Para evitar transformar esta secção numa missão impossível (e possivelmente numa crise de ansiedade), escolhi expressar a minha gratidão de forma simbólica na dedicatória, destacando por aqui apenas alguns nomes. Este gesto não diminui, de forma alguma, a importância de todos os outros que, direta ou indiretamente, contribuíram para este capítulo tão especial da minha vida.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Isabel, que, para além de minha orientadora, foi uma verdadeira mentora ao longo destes anos de faculdade. Tenho um imenso orgulho em considerá-la um exemplo daquilo que também eu gostaria de ser. Desde os tempos de Representante de Ano, passando pelo MedUBI, pela ANEM e por todas as oportunidades que encontrei na Educação Médica, a professora esteve sempre presente—pronta a ajudar, orientar, apoiar e incentivar. Ter um orientador que acompanha não só uma dissertação, mas todo um percurso numa área, é um privilégio raro, e por isso, um simples "obrigada" jamais fará justiça a todo o suporte que me deu ao longo destes últimos seis anos.

Ao Professor Miguel, que também me apoiou nos mais diversos contextos ao longo desta caminhada, agradeço sinceramente pela co-orientação desta dissertação. Contudo, o que mais valorizo é a sua entrega e dedicação constantes, que o tornam um modelo a seguir para qualquer estudante que passe pela nossa faculdade. A sua paixão pela Educação Médica e o seu comprometimento em ajudar os outros são verdadeiramente inspiradores.

Agradeço, de coração, aos meus pais, que têm estado ao meu lado em todos os altos e baixos da minha vida. Sei que não sou uma filha fácil, que o meu percurso foi tudo menos linear em comparação com os outros e que, muitas vezes, pareço mais do mundo do que de casa. Ainda assim, nunca deixaram de me apoiar, mesmo quando duvidaram das minhas escolhas, nunca deixaram de me oferecer um conselho sábio no momento certo, nem de me amparar quando precisei. Viram-me chorar e ajudaram-me a erguer-me, viram-me rir e deixaram-me ser feliz. Nada disto seria possível sem vocês, e espero que tenham tanto orgulho em mim quanto eu tenho em poder dizer que sou vossa filha.

Agradeço, também, ao meu irmão Ricardo. Não se escolhem os irmãos e, na verdade, sendo tu o mais velho, serias tu a ter essa escolha primeiro se ela existisse. Mas se pudesse escolher, escolheria exatamente o irmão que tenho. Crescer é muito mais bonito com companhia, e tu foste sempre o meu porto de abrigo, mesmo sem te aperceberes. Considero-te a pessoa mais importante da minha vida e espero que, mesmo quando te sentires perdido, saibas que, apesar de eu ser apenas uma adulta *standard* e tu um adulto *premium*, tens em mim um abraço apertado, uma gargalhada partilhada e alguém que gosta mais de ti do que provavelmente qualquer pessoa que te conheça. Sei que não é uma competição, mas se fosse, acho que ganhava um primeiro lugar mesmo facilmente.

Aos meus avós, que, mesmo sem saberem tantas vezes quando será a próxima vez que estaremos juntos, continuam a preocupar-se com o meu bem-estar com a mesma intensidade de sempre, como no primeiro dia destas viagens. Lembro-me de vocês sempre que vejo os avós de alguém, sabiam? E trato-os como se fossem vocês. Acho que, se todos fizéssemos o mesmo, o mundo teria bem menos problemas. Hoje, chegam comigo ao fim desta etapa, e ao meu avô, que decerto me acompanhou desde lá de cima até este final, dedico também este momento. Vocês são, de certa forma, médicos da alma da nossa família, e eu sou apenas a versão agora praticamente formada daquilo que, com amor, também me ensinaram a ser.

Aos meus melhores amigos desde há alguns anos espalhados pelo globo e que têm atualizações frequentes da novela que é a minha vida e, ainda assim, não se fartaram de mim: o Tiago, o Bruno, a Joaquina, a Bruna, a Sara, a Ju, o Duarte e o Melo. Gosto de vos atualizar no que acontece na minha vida, mas gosto ainda mais de ver o que todos vocês fazem para tornar o mundo um lugar um pouquinho mais bonito. Se várias gotas formam um oceano, sei que todos vocês formaram a Joana que aqui vos agradece hoje. Espero que a nossa amizade se mantenha como o tronco da árvore que suporta os ramos do sucesso que cada um de nós vai alcançando. Quando as flores virarem fruto, saibam que cá estarei sempre para vos ajudar na vossa colheita.

Aos melhores amigos mais recentes que o Associativismo me deu e que dele trespassaram para a vida: o Martim, a Ritinha, o Chico, o Gonçalo, a Inês e a Dani. Acho adequadíssimo que um grupo inicialmente intitulado para trabalho como “IRC - Insistimos na Research Contraomundo” seja agora mencionado honrosamente num trabalho de investigação. Boa, malta, cumprimos o nosso propósito de trabalho! Somos mesmo uma junção improvável e bonita, semelhante àquelas descobertas não propositadas de quando se faz um bolo sem farinha. Adoro-vos a todos e tenho orgulho em dizer que são o exemplo do que será a

Medicina em Portugal daqui a uns anos: profissionais e pessoas carinhosas, sensatas e preocupadas com o próximo, extremamente capacitadas e com uma humildade gigante para com o que esta área nos traz de lindo à vida.

Por último, agradeço ao MedUBI e à ANEM por me terem ajudado a descobrir a minha paixão e propósito nesta área tão bonita que é a Educação Médica. É inspirador testemunhar o impacto que os estudantes de Medicina podem ter na comunidade, mesmo antes de estarem formados, e ver os projetos de excelência que conseguimos concretizar quando trabalhamos em conjunto. Se tudo o que cresci foi graças às pessoas que me rodearam, grande parte do sucesso que alcancei deve-se a estas duas casas. Acredito que, se continuarmos a levar connosco os valores e propósitos que nelas nos unem, o futuro da saúde estará em mãos mais fortes do que nunca.

Folha em branco

Resumo

Introdução: A formação médica pré-graduada tem evoluído significativamente, adotando um modelo baseado em competências que procura assegurar que os estudantes desenvolvam, para além do conhecimento técnico-científico, um conjunto de competências interpessoais e atitudes essenciais para a prática profissional. Em Portugal, a definição do perfil de competências do médico recém-formado pelo Conselho de Escolas Médicas Portuguesas (CEMP) tem orientado as reformas curriculares, promovendo uma aprendizagem mais estruturada e alinhada com as necessidades da sociedade e da profissão. No entanto, a perceção dos estudantes relativamente à aquisição dessas competências ao longo do seu percurso académico permanece pouco explorada, sendo fundamental avaliar a eficácia da formação ministrada e identificar eventuais áreas de melhoria no currículo médico pré-graduado.

Objetivo: O presente estudo tem como objetivo analisar a perceção dos estudantes do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI) quanto ao desenvolvimento das competências essenciais definidas no documento “Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal”, elaborado pelo CEMP. Pretende-se mapear a evolução dessas competências ao longo dos anos curriculares e identificar eventuais lacunas no processo de ensino-aprendizagem.

Metodologia: Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal, recorrendo à aplicação de questionários aos estudantes do 2.º ao 6.º ano do curso. A análise estatística dos dados recolhidos permitiu avaliar a perceção da aquisição de competências em diferentes áreas, nomeadamente competências clínicas gerais, comunicação, trabalho em equipa, liderança, desenvolvimento académico, profissionalismo e provedoria do doente.

Resultados e discussão: Os resultados evidenciam uma evolução consistente na perceção da aquisição de competências ao longo do curso, com um reforço progressivo das mesmas nos anos clínicos, onde a experiência prática consolida aprendizagens e contribui para uma maior confiança profissional. A estrutura curricular da FCS-UBI demonstra um impacto positivo na preparação dos estudantes, promovendo um desenvolvimento equilibrado das várias dimensões do ensino médico. No entanto, algumas competências, como a liderança e a provedoria do doente, são percecionadas como desenvolvidas apenas em contexto de simulação, sugerindo a importância de reforçar estratégias que incentivem uma maior autonomia e contacto prático dos estudantes nessas áreas.

Conclusão: Este estudo constitui um contributo relevante para a valorização e o aperfeiçoamento contínuo do ensino médico na FCS-UBI. Os resultados refletem uma progressão sólida na formação dos estudantes e a eficácia das metodologias pedagógicas adotadas, enquanto evidenciam a necessidade de contínua adaptação curricular para garantir um desenvolvimento mais equitativo de todas as competências essenciais. O reforço de experiências práticas e o ajuste das estratégias formativas poderão potenciar ainda mais a preparação dos futuros médicos para os desafios da prática clínica.

Palavras-chave

Formação Médica Pré-Graduada; Educação Médica; Mapeamento Curricular; Perfil do Médico Recém-Graduado; Ensino Baseado em Competências; Desenvolvimento Profissional; Currículo Médico

Abstract

Introduction: Pre-graduate medical education has evolved significantly, adopting a competency-based model that aims to ensure students develop not only technical and scientific knowledge but also a range of interpersonal skills and attitudes essential for professional practice. In Portugal, the definition of the competency profile for newly graduated doctors by the Council of Portuguese Medical Schools (CEMP) has guided curriculum reforms, promoting a more structured learning process aligned with the needs of society and the profession. However, the perception of students regarding the acquisition of these competencies throughout their academic journey remains underexplored. It is essential to evaluate the effectiveness of the training provided and identify potential areas for improvement in the pre-graduate medical curriculum.

Objective: The present study aims to analyse the perception of students from the Integrated Master's in Medicine (MIM) at the Faculty of Health Sciences of the University of Beira Interior (FCS-UBI) regarding the development of essential competencies defined in the document "Reflection on the Profile of the Newly Graduated Doctor in Portugal," produced by CEMP. The goal is to map the evolution of these competencies across the years of the course and identify any gaps in the teaching and learning process.

Methodology: A quantitative, descriptive, and cross-sectional study was conducted, involving the administration of questionnaires to students from the 2nd to the 6th year of the course. Statistical analysis of the collected data allowed for the evaluation of students' perceptions on the acquisition of competencies in various areas, including general clinical skills, communication, teamwork, leadership, academic development, professionalism, and patient advocacy.

Results and Discussion: The results show a consistent evolution in the perception of competency acquisition throughout the course, with a progressive strengthening of these competencies in the clinical years, where practical experience consolidates learning and contributes to greater professional confidence. The curriculum structure at FCS-UBI has a positive impact on student preparation, promoting a balanced development of the various dimensions of medical education. However, some competencies, such as leadership and patient advocacy, are perceived to be developed primarily in simulation contexts, suggesting the importance of reinforcing strategies that encourage greater autonomy and practical contact for students in these areas.

Conclusion: This study provides a valuable contribution to the enhancement and continuous improvement of medical education at FCS-UBI. The results reflect solid progress in student training and the effectiveness of the pedagogical methodologies adopted, while also highlighting the need for ongoing curriculum adaptation to ensure more equitable development of all essential competencies. Strengthening practical experiences and adjusting teaching strategies could further enhance the preparation of future doctors for the challenges of clinical practice.

Keywords

Pre-graduate Medical Education; Medical Education; Curriculum Mapping; Newly Graduated Doctor Profile; Competency-Based Education; Professional Development; Medical Curriculum

Folha em branco

Índice

Dedicatória	v
Agradecimentos	vii
Resumo	xi
Palavras-chave	xii
Abstract	xiii
Keywords	xiv
Índice	xvi
Lista de figuras	xx
Lista de tabelas	xxii
Lista de anexos	xxiv
1. Introdução	1
1.1 Fundamentação teórica	1
1.2 Contexto da Faculdade de Ciências da Saúde	4
1.3 Objetivos do Estudo	5
1.3.1 Objetivo geral	5
1.3.2 Objetivos específico	5
2. Materiais e métodos	5
2.1 Tipo de estudo	5
2.2 Participantes	5
2.3 Instrumentos de Recolha de Dados	6
2.4 Procedimentos de Recolha de Dados	6
2.5 Variáveis em análise	7
2.6 Considerações Éticas	8
3. Resultados	8
3.1 Adesão ao Estudo	8
3.2 Análise dos Resultados por Competência	9
3.2.1 Competências Clínicas Gerais	9
3.2.2 Comunicação	11
3.2.3 Trabalho em Equipa	13
3.2.4 Capacidade de Liderança	15
3.2.5 Desenvolvimento Académico	18
3.2.6 Profissionalismo com Profissionalidade	20
3.2.7 Provedor do Doente	23
4. Discussão	24

4.1 Discussão dos resultados relativos à perceção dos estudantes dos anos teóricos do MIM da FCS-UBI	25
4.1.1 A perceção dos estudantes do primeiro e segundo anos curriculares	25
4.1.2 A perceção dos estudantes do terceiro ano curricular	27
4.2 Discussão dos resultados relativos à perceção dos estudantes dos anos clínicos do MIM da FCS-UBI	28
4.2.1 A perceção dos estudantes do quarto e quinto anos curriculares	28
4.3 Discussão final	31
4.4 Comparação com a Literatura	32
4.5 Limitações do Estudo	33
5. Conclusões Finais e Perspetivas Futuras	34
Anexos	37
Anexo 1 –Lista de competências essenciais definidas pelo documento “Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal”	37
Anexo 2 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”	42
Anexo 3 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”	43
Anexo 4 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”	44
Anexo 5 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”	45
Anexo 6 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”	46
Anexo 7 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”	47
Anexo 8 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”	48
Anexo 9 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”	49
Anexo 10 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”	50
Anexo 11 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”	51
Anexo 12 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”	51
Anexo 13 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”	52
Anexo 14 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”	52
Anexo 15 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”	53

Anexo 16 – Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”	53
Anexo 17 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”	54
Anexo 18 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”	54
Anexo 19 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”	55
Anexo 20 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”	55
Anexo 21 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”	56
Anexo 22 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”	56
Anexo 23 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”	57
Anexo 24 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”	57
Anexo 25 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”	58
Anexo 26 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”	58
Anexo 27 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”	59
Anexo 28 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”	60
Anexo 29 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”	61
Anexo 30 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”	62
Anexo 31 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”	63
Anexo 32 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”	64
Anexo 33 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”	64
Anexo 34 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”	64
Anexo 35 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”	65
Anexo 36 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”	65
Bibliografia	66

Folha em branco

Lista de Figuras

Figura 1 – Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências clínicas gerais, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Figura 2 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de comunicação, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Figura 3 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de trabalho em equipa, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Figura 4 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de capacidade de liderança, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Figura 5 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de desenvolvimento académico, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Figura 6 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de profissionalismo, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Figura 7 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de provedoria do doente, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Folha em branco

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Adesão ao Questionário por Ano Curricular

Tabela 2 – Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências clínicas gerais por ano curricular

Tabela 3 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de comunicação por ano curricular

Tabela 4 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de trabalho em equipa por ano curricular

Tabela 5 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de capacidade de liderança por ano curricular

Tabela 6 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de desenvolvimento académico por ano curricular

Tabela 7 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de profissionalismo por ano curricular

Tabela 8 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de provedoria do doente por ano curricular

Folha em branco

Lista de anexos

Anexo 1 –Lista de competências essenciais definidas pelo documento “Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal”

Anexo 2 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Anexo 3 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Anexo 4 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Anexo 5 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Anexo 6 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Anexo 7 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Anexo 8 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Anexo 9 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Anexo 10 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Anexo 11 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Anexo 12 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Anexo 13 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Anexo 14 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Anexo 15 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Anexo 16 – Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Anexo 17 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Anexo 18 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Anexo 19 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Anexo 20 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Anexo 21 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Anexo 22 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Anexo 23 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Anexo 24 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Anexo 25 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Anexo 26 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Anexo 27 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Anexo 28 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Anexo 29 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Anexo 30 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Anexo 31 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Anexo 32 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Anexo 33 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Anexo 34 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Anexo 35 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Anexo 36 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Folha em branco

1.1 Introdução

1.1.1 Fundamentação Teórica

O ensino superior tem evoluído significativamente ao longo das últimas décadas, impulsionado por transformações globais nos contextos económico, social e tecnológico. Na Europa, a Declaração de Bolonha, em 1999, marcou um momento crucial nesse processo, estabelecendo o Espaço Europeu de Educação Superior e promovendo uma abordagem pedagógica centrada no estudante. Este modelo foi estruturado em torno da aquisição de competências-chave, quantificadas através dos créditos ECTS, com o objetivo de alinhar os currículos universitários às necessidades da sociedade e do mercado de trabalho, melhorando simultaneamente a qualidade e a competitividade da formação. Contudo, o conceito de “competência” no ensino superior permaneceu ambíguo durante vários anos, até ser consolidado com o lançamento do *European Qualification Framework* em 2006. (1) Este quadro definiu competência como a capacidade de utilização de conhecimentos, habilidades e atitudes pessoais, sociais e/ou metodológicas em contextos específicos de trabalho, estudo e desenvolvimento pessoal e profissional, (2) proporcionando uma base comum para a conceção de currículos orientados para resultados.

Em simultâneo com a mudança de paradigma na Europa, também nos Estados Unidos e no Canadá, movimentos semelhantes contribuíram para a consolidação da Educação Baseada em Competências (EBC). Este modelo tornou-se, assim, central na reforma dos sistemas de ensino, tendo vindo a crescer o número de profissões que embarcaram nesta metodologia de ensino como forma de consolidação da perícia profissional e de confiança pública. (4,5)

Perante as mudanças legislativas no ensino do século passado, a globalização da saúde e os rápidos avanços da Medicina e das tecnologias, emergiu, também nesta área, a necessidade de um currículo médico que definisse aptidões essenciais a adquirir na formação pré-graduada. Este currículo deveria capacitar os estudantes a sintetizar conhecimentos para tomar decisões clínicas e populacionais adaptadas aos contextos socioculturais em que atuam, com base nos princípios fundamentais da relação médico-doente. Assim, este modelo pedagógico ganhou especial relevância na educação médica, sendo amplamente reconhecido como uma abordagem eficaz para formar profissionais de saúde capazes de responder às exigências crescentes de um ambiente clínico em constante transformação. O EBC foi progressivamente constituindo uma metodologia estruturada em torno da identificação das competências essenciais que um médico deve dominar e na

implementação de um currículo desenhado para suportar a sua aquisição e avaliação de forma sistemática. (3, 4)

Na Medicina, o ensino baseado em competências caracteriza-se por ser uma abordagem centrada no estudante e orientada pelos resultados da aprendizagem, destacando-se pela visão abrangente do perfil do profissional de saúde e pela promoção da autonomia estudantil enquanto agente ativo no processo de aprendizagem. A sua premissa fundamental é preparar médicos não apenas para a prática clínica competente, mas também para lidar com os desafios socioculturais e tecnológicos que influenciam os sistemas de saúde modernos. Além da aquisição de conhecimentos científicos e técnicos, a formação baseada em competências enfatiza habilidades interpessoais, pensamento crítico, tomada de decisões informadas e uma postura ética e profissional. Estes elementos são considerados indispensáveis para uma prática médica centrada no paciente e adaptada aos contextos diversificados em que os profissionais de saúde atuam. (5)

A adoção desta abordagem nos currículos médicos visa preparar médicos para uma prática clínica alinhada às necessidades dos pacientes e da sociedade. Segundo Frank et al., o modelo é orientado para a aquisição de competências previamente definidas, incentivando a autonomia do estudante na identificação das suas necessidades de aprendizagem e na promoção de atividades que favoreçam a sua formação contínua. Este enfoque permite ao futuro médico desenvolver capacidades diagnósticas, de gestão e de implementação de estratégias de melhoria da saúde e do bem-estar do paciente, abrangendo desde a prevenção de doenças até ao suporte emocional e interações com sistemas de apoio. (6) Paralelamente, e tendo como base nuclear os princípios da relação médico-doente, procurou-se um currículo que possibilitasse, também, ao estudante a capacidade de sintetizar o conhecimento necessário para a tomada de decisões clínicas e populacionais adaptadas ao contexto sociodemográfico e cultural em que se encontra estabelecido. (6,7)

Embora o estudante seja o principal responsável pelo processo, o papel do tutor é essencial para garantir a aplicação prática do conhecimento. Este atua ao proporcionar oportunidades educativas apropriadas, facilitando o acesso a recursos e oferecendo *feedback* contínuo como forma de avaliação formativa. Este equilíbrio entre autonomia do estudante e orientação pedagógica assegura uma formação médica integral e adaptada às exigências contemporâneas. (6)

O conceito de mapeamento curricular (em inglês, *curriculum mapping*) surge como uma resposta às necessidades do EBC, especialmente na formação de profissionais de saúde. Este processo permite estabelecer, de forma concreta, currículos alinhados com os resultados de aprendizagem esperados, enfrentando três desafios fundamentais: definir

com clareza as competências em cada área disciplinar, avaliar os resultados de aprendizagem de forma objetiva e implementar uma instrução personalizada e flexível, adaptada às necessidades individuais dos estudantes. O mapeamento curricular organiza e integra os diferentes elementos do currículo — o quê, como e quando é ensinado — e assegura a comunicabilidade e transparência para estudantes, docentes e gestores. Este processo identifica o que é ensinado (conteúdos e temáticas), como é ensinado (recursos e métodos) e quando é ensinado (sequência temporal), assegurando que as aprendizagens adquiridas pelos estudantes estejam em consonância com os resultados esperados. Além de facilitar a compreensão e a transparência do currículo por parte de estudantes e docentes, o mapeamento curricular promove a integração entre os diferentes componentes do ensino, alinhando os objetivos, conteúdos e metodologias com as estratégias de avaliação. (8, 9)

Segundo Harden, o currículo deve ser uma combinação sofisticada de estratégias educativas, conteúdos, resultados, experiências e avaliações. O mapeamento curricular possibilita identificar lacunas ou redundâncias no ensino, assegurando que os objetivos definidos sejam cumpridos. Além disso, permite alinhar os conteúdos às competências esperadas, promovendo uma aprendizagem equitativa e individualizada. Com base no conhecimento das competências a desenvolver, os estudantes podem antecipar dificuldades e ajustar os seus percursos de aprendizagem. Este processo dinâmico é essencial para garantir que o currículo ensinado coincida com o currículo efetivamente aprendido. (9, 10)

A contínua análise e atualização do currículo é, igualmente, um processo coincidente fundamental, uma vez que o currículo planeado pode não corresponder às aprendizagens efetivamente alcançadas pelos estudantes. Discrepâncias podem surgir devido a falhas na seleção ou integração de conteúdos, estilos de aprendizagem dos estudantes, metodologias de ensino ou estratégias de avaliação. (9, 10) O mapeamento curricular permite identificar e corrigir estas lacunas, promovendo a coesão entre diferentes ambientes de aprendizagem e assegurando uma formação equitativa e personalizada. Este processo dinâmico possibilita que os estudantes adaptem os seus percursos educativos, focando-se em áreas de maior dificuldade ou escolhendo trajetórias pedagógicas alinhadas às suas necessidades individuais, garantindo assim uma formação mais eficaz e alinhada às expectativas académicas e profissionais. (10, 11)

Na educação médica, o mapeamento curricular oferece maior visibilidade sobre a distribuição dos resultados de aprendizagem, mas enfrenta dificuldades de implementação. Para facilitar este processo, vários órgãos regulatórios criaram *frameworks* como o *CanMEDS* (Canadá), que identifica sete papéis essenciais para o médico (especialista, comunicador, colaborador, gestor, defensor da saúde, académico e profissional), e os seis domínios definidos pelo *Accreditation Council on Graduate Medical Education* (EUA),

incluindo atendimento ao paciente e profissionalismo. Estas estruturas são amplamente reconhecidas e adotadas em jurisdições como o Reino Unido, Escócia, Austrália e Portugal. (5) Em Portugal, o Conselho de Escolas Médicas formalizou, em 2021, a formação baseada em competências com a publicação do documento “Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal”. Inspirado no *CanMEDS*, este documento consolidou o mapeamento curricular como uma ferramenta essencial para garantir a formação de médicos capazes de responder aos desafios contemporâneos, melhorando os cuidados prestados à população e alinhando os currículos médicos nacionais às melhores práticas internacionais. (12)

1.1.2 Contexto da Faculdade de Ciências da Saúde

A Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI) tem vindo a implementar reformas curriculares ao longo dos anos, alinhadas com as orientações gerais do sistema de ensino superior em Portugal e com as necessidades do mercado de trabalho na área da Medicina, incluindo nas carreiras alternativas à carreira clínica. Embora essas reformas tenham sido fundamentadas no *feedback* de estudantes, docentes e outros intervenientes, nunca foi realizado um estudo formal para avaliar se as competências definidas no currículo estão, de facto, a ser desenvolvidas ao longo da formação dos estudantes. Este estudo propõe-se a preencher essa lacuna, verificando se as competências essenciais definidas no documento elaborado pelo CEMP estão a ser trabalhadas nas unidades curriculares da FCS-UBI.

O objetivo deste estudo identificar as competências que os estudantes percebem ter adquirido ao longo de cada ano curricular. Este levantamento permitirá avaliar se as competências essenciais definidas pelo CEMP estão a ser efetivamente desenvolvidas ao longo do currículo da FCS-UBI. Em vez de comparar diretamente o currículo planeado com o praticado, o foco será analisar a forma como as competências estão a ser implementadas ao longo da formação, com base nas perceções dos estudantes. Embora as reformas curriculares já tenham sido implementadas, a análise sistemática das competências desenvolvidas ao longo do currículo e a identificação de eventuais lacunas na sua implementação ainda não foi realizada de maneira estruturada. Assim, este estudo contribui de forma significativa para o aprimoramento contínuo da formação médica na FCS-UBI, proporcionando uma perspetiva valiosa sobre a adequação do currículo à realidade da prática pedagógica e às necessidades formativas dos estudantes.

1.2 Objetivos do estudo

1.2.1 Objetivo geral

- a) Mapear as competências que os estudantes percebem ter adquirido ao longo dos anos curriculares, em alinhamento com as competências definidas no documento do CEMP;

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Analisar as percepções dos estudantes sobre a aquisição de competências essenciais ao longo do currículo do MIM da FCS-UBI;
- b) Avaliar, do ponto de vista dos estudantes, a implementação prática dessas competências por ano curricular no MIM da FCS-UBI;
- c) Sugerir melhorias para garantir a aquisição num grau elevado das competências essenciais definidas no documento do CEMP, no âmbito do ensino médico pré-graduado da FCS-UBI.

2. Materiais e métodos

2.1 Tipo de Estudo

Este estudo caracteriza-se como descritivo, transversal e quantitativo, realizado através da aplicação de questionários aos estudantes do curso de Medicina da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior (FCS-UBI).

2.2 Participantes

A população em estudo englobou todos os estudantes do 2.º ao 6.º anos do MIM da FCS-UBI no ano letivo 2023/2024 que participaram voluntariamente no preenchimento do questionário, garantindo a representatividade de diferentes níveis de progressão académica. Como critérios de inclusão, estabeleceu-se a inscrição no 2.º ao 6.º anos do MIM no ano letivo referido. Cada participante avaliou competências específicas adquiridas no ano letivo anterior ao que frequentavam no momento da resposta ao questionário.

A amostra possível era, assim, constituída por 183 alunos do 2.º ano, 191 alunos no 3.º ano, 175 alunos no 4.º ano, 161 alunos no 5.º ano e 168 alunos do 6.º ano.

2.3 Instrumentos de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada por meio de um questionário desenvolvido com base nas competências essenciais descritas pelo CEMP e agrupadas em categorias de acordo com as áreas definidas neste mesmo documento (Competências Clínicas Gerais, Comunicação, Trabalho em Equipa, Capacidade de Liderança, Desenvolvimento Académico, Profissionalismo e Provedor do Doente). Cada um destes grupos de competências integra um conjunto de sub-competências específicas que, de forma articulada, contribuem para o desenvolvimento da competência global. As mesmas encontram-se detalhadas no **Anexo 1**.

O instrumento foi estruturado em perguntas fechadas, permitindo aos estudantes avaliar individualmente a sua perceção sobre cada competência estabelecida no documento.

Os participantes foram solicitados a indicar o nível de competência que perceberam ter adquirido no ano letivo anterior ao que se encontravam, definidos da seguinte forma:

1. **Não Adquiri:** Indica a ausência de habilidades ou conhecimento relacionados à competência avaliada.
2. **Nível Básico:** Refere-se à aquisição de conhecimento.
3. **Nível Intermédio:** Representa a utilização de conhecimento em contexto (por exemplo, casos clínicos, simulação).
4. **Nível Avançado:** Indica a aplicação de conhecimentos, habilidades e atitudes em contexto clínico.

Essa abordagem permitiu a recolha de dados detalhados e comparativos sobre a perceção de aquisição de competências essenciais pelos estudantes ao longo da sua trajetória académica.

2.4 Procedimentos de Recolha de Dados

Os questionários foram aplicados em formato físico, através da ida e pedido de preenchimento voluntário dos mesmos em diferentes horários de atividade letiva dos diferentes anos curriculares, durante o período de janeiro a junho de dois mil e vinte e quatro. Antes de responderem, os participantes receberam uma explicação detalhada sobre os objetivos do estudo, bem como garantias de confidencialidade e anonimato. Foi reforçado que o preenchimento do questionário deveria ter por base a experiência do ano letivo anterior ao que os estudantes frequentavam, de forma a serem avaliadas as competências adquiridas ao longo desse ano.

Não foi possível obter dados relativamente ao 6.º ano, uma vez que a metodologia do estudo previa a participação destes estudantes em dois momentos distintos: inicialmente, respondendo sobre a sua experiência no 5.º ano, e posteriormente, no final do curso, avaliando a sua experiência no 6.º ano. No entanto, tendo-se verificado uma adesão limitada já na primeira fase da recolha de dados, não foi possível proceder à aplicação do questionário no segundo momento, aquando da conclusão do curso.

2.5 Variáveis em análise

As variáveis analisadas no estudo foram:

- Variável qualitativa: Grau de aquisição percebido pelos estudantes para cada competência definida pelo CEMP, avaliado individualmente em cada ano curricular.
- Variável quantitativa: Progressão do grau de aquisição de cada competência ao longo dos anos letivos, com base na avaliação das respostas dos estudantes.

Para determinar a representatividade da amostra em relação à população, utilizou-se uma abordagem estatística baseada em critérios de confiança e margem de erro. É comum, nestes casos, considerar um nível de confiança de 95% (ou seja, 95% de certeza de que os resultados estão dentro da margem de erro) e margens de erro de 5% para uma maior precisão.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{E^2}$$

A fórmula padrão para cálculo do tamanho mínimo de uma amostra representativa é:

Onde:

- Z é o valor z correspondente ao nível de confiança escolhido (1,96 para 95%).
- p é a proporção estimada da população com a característica de interesse (assumida como 0,5, pois maximiza a variabilidade).
- E é a margem de erro desejada (neste caso 0,05 para 5%).

No caso de populações pequenas, como a deste estudo, é necessário aplicar o Fator de Correção, que ajusta o tamanho da amostra para refletir o tamanho total da população (N). Desta forma, assegura-se que os dados analisados têm um grau adequado de representatividade estatística e que os dados interpretados apresentam um nível de precisão consistente e comparável entre os diferentes anos analisados no estudo.

$$n_{ajustado} = \frac{n}{1 + \frac{n-1}{N}}$$

2.6 Considerações Éticas

Os participantes foram informados dos objetivos do estudo e das garantias de confidencialidade e anonimato antes de responderem ao questionário. Ao responderem ao questionário, de forma anónima, os estudantes consentiram em participar voluntariamente no estudo.

3. Resultados

3.1 Adesão ao Estudo

Após a aplicação dos questionários, foram registadas 73 respostas do 2.º ano, 119 do 3.º ano, 23 do 4.º ano, 40 do 5.º ano e 25 do 6.º ano. Efetuando o cálculo com base na amostra possível de estudantes, apresenta-se na Tabela 1 a taxa de resposta de cada ano.

Tabela 1 – Adesão ao Questionário por Ano Curricular

Ano Curricular	Estudantes Inscritos N	Total de Respostas n	Taxa de resposta (%)
2.º	183	73	39,9%
3.º	191	119	62,3%
4.º	175	23	13,1%
5.º	161	40	24,8%
6.º	168	25	14,9%

Utilizando a fórmula padrão para cálculo do tamanho mínimo de uma amostra representativa e considerando uma margem de erro de 5% ($E=0,05$), obtemos um tamanho inicial de amostra de $n=384,16$, aplicável para todos os anos curriculares. Após aplicar o fator de correção para a população de cada ano, obteve-se o valor ajustado de respostas necessário para a análise com um adequado grau de representatividade estatística em cada ano.

Desta forma, tendo por base as respostas obtidas em cada ano previamente descritas, verificou-se que, em todos os casos, o número de respostas obtido foi suficiente para assegurar a margem de erro definida. Assim, os resultados analisados apresentam um grau

de precisão consistente e garantem a representatividade estatística necessária para uma comparação fiável entre os diferentes anos do estudo.

3.2 Análise dos Resultados por Competências

De forma a facilitar a visualização da evolução do grau de aquisição das competências ao longo dos diferentes anos curriculares, efetua-se a apresentação das mesmas por temas ao invés de realizar uma análise geral de cada ano letivo. Inicia-se, assim, a análise dos resultados pelo tema "Competências Clínicas Gerais".

Importa salientar que as respostas analisadas correspondem ao ano letivo anterior, refletindo a perceção dos estudantes sobre a sua formação no período já concluído. Dado este enquadramento, procede-se à alteração da numeração das tabelas a partir desta secção, ajustando-as para refletir esta organização.

3.2.1 Competências Clínicas Gerais

A **Tabela 2** apresenta a distribuição das respostas dos estudantes quanto à sua perceção sobre a aquisição de competências clínicas gerais ao longo dos anos curriculares. Os dados estão organizados em categorias que refletem diferentes níveis de aquisição. Cada categoria é apresentada com a frequência absoluta de respostas (n) seguido da frequência relativa (%). Já a **Figura 1** ilustra essas proporções, oferecendo uma perceção visual da progressão percebida pelos estudantes.

Tabela 2 - Respostas dos estudantes sobre a perceção de aquisição das competências clínicas gerais por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermédio n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiri n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	1276	521 (40,8%)	187 (14,7%)	31 (2,4%)	497 (38,9%)	40 (3,1%)
2.º	2332	1032 (44,3%)	700 (30%)	136 (5,8%)	437 (18,7%)	27 (1,2%)
3.º	454	159 (35%)	156 (34,4%)	98 (21,6%)	37 (8,1%)	4 (0,9%)
4.º	797	198 (24,9%)	411 (51,6%)	170 (21,3%)	16 (2%)	2 (0,3%)

5.º	460	28 (6,1%)	214 (46,5%)	211 (45,9%)	5 (1,1%)	2 (0,4%)
-----	-----	--------------	----------------	----------------	-------------	-------------

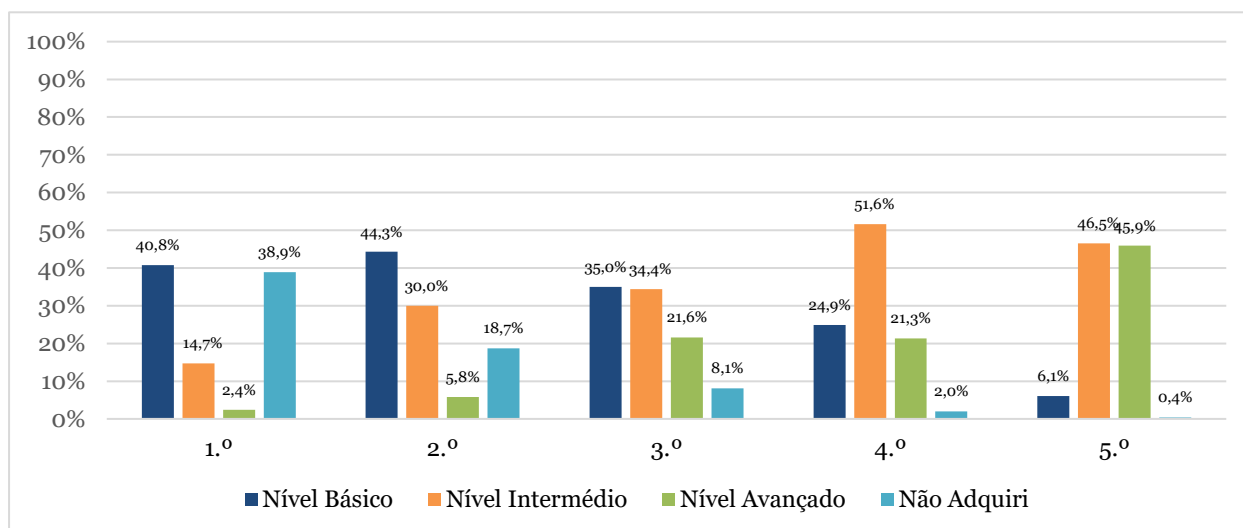


Figura 1 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências clínicas gerais, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Os resultados apresentados revelam uma progressão clara na percepção sobre a aquisição das competências clínicas gerais ao longo dos anos curriculares, refletindo a evolução natural da formação médica.

De facto, no primeiro ano, a maioria dos estudantes posiciona-se nos níveis iniciais, predominantemente no “Nível Básico” ou na categoria de “Não Adquiri”, o que reflete a fase inicial da sua formação.

Já no segundo ano, observa-se uma transição significativa, com um aumento notável no número de estudantes a assinalar o “Nível Intermédio”, enquanto a categoria “Não Adquiri” diminui substancialmente, refletindo uma mudança em comparação com o ano curricular anterior no que concerne à percepção de uma maior utilização do conhecimento teórico com aplicação em contextos mais dinâmicos.

Com efeito, no terceiro ano, a distribuição das respostas torna-se mais equilibrada, com uma presença mais pronunciada nos níveis “Básico” e “Intermédio”. Este equilíbrio sugere que os estudantes estão a solidificar a aplicação prática dos conhecimentos, enquanto, paralelamente, um número crescente começa a alcançar o “Nível Avançado”. Este aumento no nível avançado reflete o contacto mais frequente com a prática clínica, onde os estudantes começam a aplicar de forma mais autónoma as suas competências.

No quarto ano, a maior parte dos estudantes posiciona-se no “Nível Intermédio”, refletindo o domínio crescente das competências clínicas e uma aplicação mais consistente do conhecimento em ambientes clínicos. O número de estudantes no “Nível Avançado” continua a crescer, indicando que muitos já conseguem aplicar os seus conhecimentos e habilidades com maior autonomia, especialmente em contextos clínicos supervisionados.

Finalmente, no quinto ano, a percepção de competência é consolidada nos níveis mais elevados, com um equilíbrio notável entre os níveis “Intermédio” e “Avançado”. Esta distribuição sugere que, com o aproximar do final da formação, os estudantes conseguem aplicar os conhecimentos, habilidades e atitudes em contextos clínicos de forma mais independente e com maior confiança, alinhando-se com as expectativas para a transição para a prática profissional.

3.2.2 Comunicação

A **Tabela 3** mostra como os estudantes percebem o desenvolvimento das suas competências de comunicação ao longo dos anos curriculares. As respostas estão organizadas em categorias que representam diferentes níveis de aquisição, com cada categoria sendo apresentada com a frequência absoluta de respostas (n) e a respetiva frequência relativa (%). A **Figura 2**, por sua vez, exibe essas proporções de forma visual, proporcionando uma visão clara da evolução percebida pelos estudantes.

Tabela 3 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de comunicação por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermédio n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiri n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	758	350 (46,2%)	219 (28,9%)	59 (7,8%)	105 (13,9%)	25 (3,3%)
2.º	1285	501 (39%)	449 (34,9%)	225 (17,5%)	109 (8,5%)	1 (0,1%)
3.º	231	48 (20,8%)	89 (38,5%)	84 (36,4%)	10 (4,3%)	0 (0%)
4.º	440	82 (18,6%)	193 (43,9%)	155 (35,2%)	9 (2%)	1 (0,2%)
5.º	275	14 (5,1%)	94 (34,2%)	167 (60,7%)	0 (0%)	0 (0%)

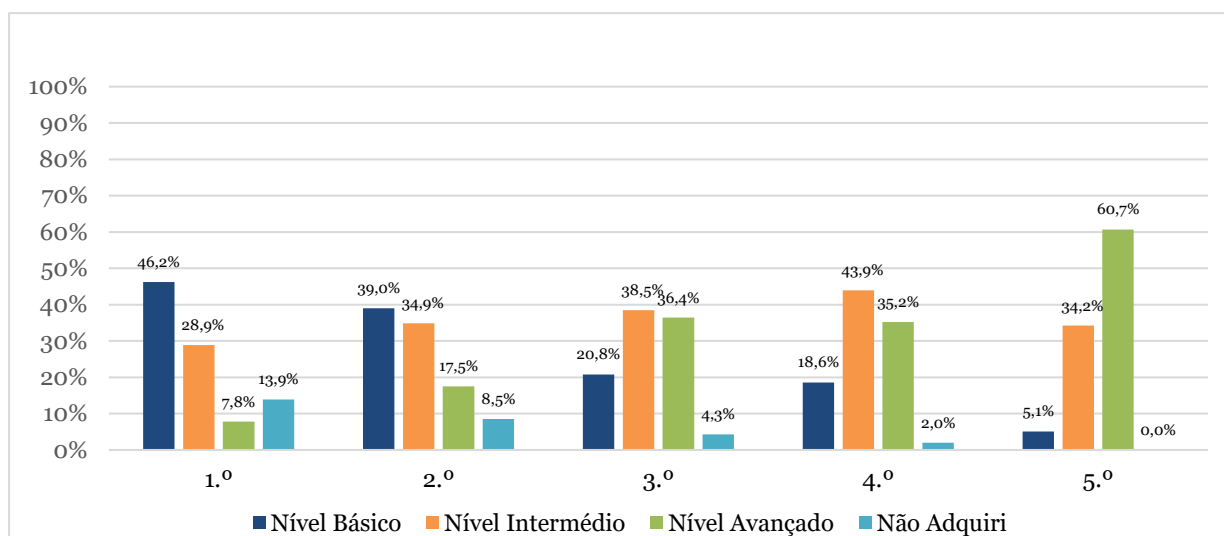


Figura 2 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de comunicação, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

A análise dos dados por ano curricular revela a evolução na percepção dos estudantes sobre a aquisição de competências.

Efetivamente, no primeiro ano, a maioria dos estudantes encontra-se no “Nível Básico”, refletindo o início da aprendizagem, onde ainda estão a adquirir os conhecimentos fundamentais. A percentagem de estudantes no “Nível Intermédio” é também considerável, mas o domínio das competências em contexto clínico, representado pelo “Nível Avançado”, é reduzido, tal como expectável. A categoria “Não Adquiri” é mais presente, evidenciando que uma parte significativa dos estudantes ainda não se sente plenamente capacitada.

Já no segundo ano, observa-se um aumento no número de estudantes que alcançam o “Nível Intermédio”, o que indica que começam a aplicar os conhecimentos adquiridos em contextos mais práticos, como simulações e casos clínicos. No entanto, o “Nível Avançado” ainda é relativamente baixo, sugerindo que a aplicação das competências em contexto clínico real ainda não é uma realidade para a maioria, tal como o esperado. A categoria “Não Adquiri” apresenta uma redução, indicando que os estudantes estão a adquirir mais competências à medida que progridem.

Na verdade, os resultados entre o terceiro e o quarto ano são bastante sobreponíveis, com uma distribuição similar entre os níveis “Intermédio” e “Avançado”. Em ambos os anos, observa-se uma percentagem elevada de estudantes no “Nível Avançado”, o que indica uma aplicação consolidada das competências em contextos clínicos. O “Nível Intermédio” continua a ser significativo, enquanto o “Nível Básico” é relativamente constante e considerável em ambos os anos letivos. A categoria “Não Adquiri” apresenta uma

diminuição considerável em ambos os anos, refletindo uma melhoria global na aquisição das competências. Contudo, não há uma mudança substancial nas distribuições entre os dois anos, evidenciando que, apesar da progressão contínua, os estudantes do terceiro e quarto ano demonstram níveis semelhantes de percepção do domínio e aplicação das competências.

Por fim, no quinto ano, a grande maioria dos estudantes encontra-se no “Nível Avançado”, indicando que se sentem plenamente capacitados para aplicar as competências em contextos clínicos. O “Nível Básico” é praticamente ausente e a categoria “Não Adquiri” não é registada, sugerindo que todos os estudantes já adquiriram as competências necessárias para, no mínimo, atingir o “Nível Intermédio”, com a aplicação dos seus conhecimentos em contextos simulados.

De forma geral, os dados mostram uma evolução clara no domínio das competências ao longo dos anos curriculares, com a transição do Nível Básico para o Nível Avançado, refletindo o crescimento contínuo na percepção da aquisição e aplicação das competências ao longo da formação.

3.2.3 Trabalho em Equipa

A **Tabela 4** mostra como os estudantes percebem o desenvolvimento das suas competências de trabalho em equipa ao longo dos anos curriculares. Os dados estão distribuídos em categorias que representam diferentes estágios de aquisição. Para cada categoria, são apresentados a frequência absoluta de respostas (n) e a correspondente taxa de resposta (%). O **Figura 3** complementa essa informação ao fornecer uma representação visual das proporções, permitindo uma melhor compreensão da evolução percebida pelos estudantes.

Tabela 4 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de trabalho em equipa por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermédio n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiri n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	345	141 (40,9%)	114 (33%)	51 (17,8%)	34 (9,9%)	5 (1,4%)
2.º	580	227 (39,1%)	174 (30%)	131 (22,6%)	47 (8,1%)	1 (0,2%)

3.º	105	6 (5,7%)	29 (27,6%)	62 (59%)	8 (7,6%)	0 (0%)
4.º	200	25 (12,5%)	72 (36%)	100 (50%)	3 (1,5%)	0 (0%)
5.º	125	2 (1,6%)	24 (19,2%)	98 (78,4%)	1 (0,8%)	0 (0%)

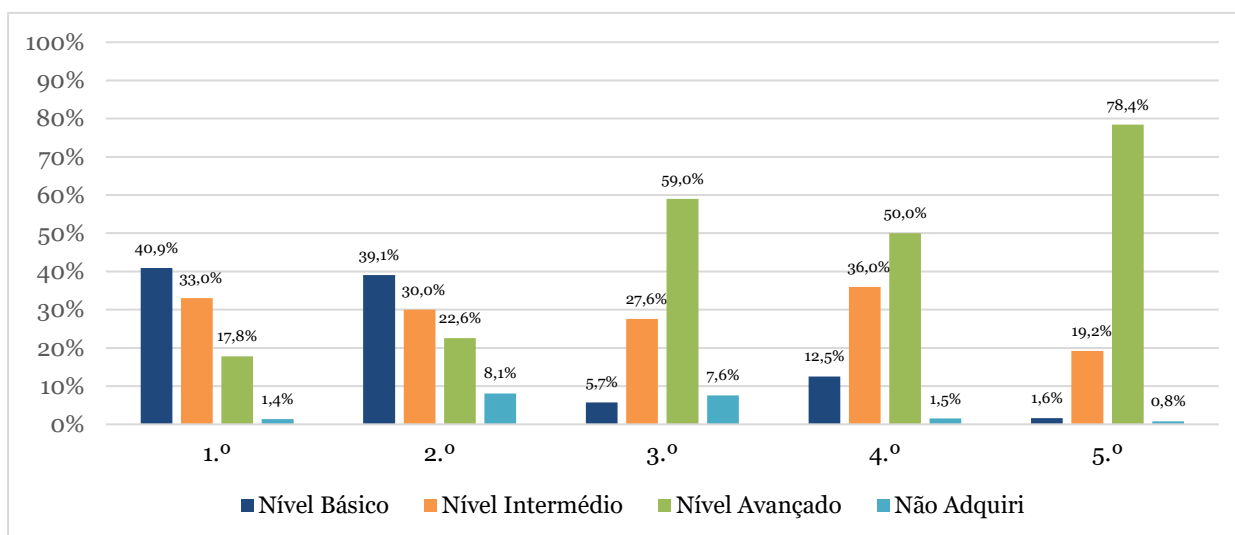


Figura 3 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de trabalho em equipa, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Ao analisar os dados sobre a aquisição de competências relacionadas ao trabalho em equipa, observa-se, em semelhança às secções prévias, uma evolução consistente na percepção dos estudantes ao longo dos anos curriculares, refletida nos diferentes níveis de domínio.

Inicialmente, no primeiro ano, a maioria dos estudantes encontra-se no “Nível Básico”, com uma percentagem significativa a, ainda, estar no processo de aquisição do conhecimento. O “Nível Intermédio” também está presente, embora em menor proporção e o “Nível Avançado” é restrito, indicando que os estudantes ainda estão a dar os primeiros passos na aplicação prática dos conhecimentos. A categoria “Não Adquiri” é notável, o que é esperado nesta fase inicial da formação.

De seguida, no segundo ano, o “Nível Básico” continua a ser o mais representativo, observando-se um aumento nas percentagens de estudantes no “Nível Intermédio” e “Avançado”. A categoria “Não Adquiri” diminui ligeiramente, sugerindo que mais estudantes começaram a adquirir as competências necessárias. No entanto, ainda há uma

grande proporção de estudantes que não se sentem totalmente capacitados para aplicar os conhecimentos adquiridos.

Já no terceiro ano, verifica-se uma mudança significativa na distribuição dos níveis. O “Nível Avançado” passa a ser o mais representado, com a maioria dos estudantes a demonstrar uma aplicação mais sólida dos conhecimentos em contextos práticos. O “Nível Básico” diminui drasticamente, e a categoria "Não Adquiri" reduz-se consideravelmente. Este ano revela um claro aumento na confiança dos estudantes na utilização das competências adquiridas, embora ainda existam algumas dúvidas e desafios.

No quarto ano, o “Nível Avançado” continua a ser dominante, com um número significativo de estudantes a aplicar as suas competências de forma eficaz em contextos clínicos. O “Nível Intermédio” ainda é representativo, mas o “Nível Básico” é quase inexistente. A categoria "Não Adquiri" é mínima, indicando que a maioria dos estudantes já atingiu, pelo menos, um nível intermédio de perceção de competência, isto é, a sua aplicação em contextos simulados.

Por fim, no quinto ano, o “Nível Avançado” é amplamente predominante, com a grande maioria dos estudantes a sentir-se plenamente capacitada para aplicar as competências adquiridas em contextos clínicos. O “Nível Básico” é praticamente ausente, e a categoria "Não Adquiri" não é registada, refletindo a evolução dos estudantes para um domínio avançado das competências.

De forma geral, os dados mostram uma evolução clara da aquisição de competências ao longo dos anos curriculares, com uma transição do “Nível Básico” para o “Nível Avançado”, refletindo o crescimento contínuo na aplicação e domínio das competências ao longo da formação.

3.2.4 Capacidade de Liderança

A **Tabela 5** exibe a distribuição das respostas dos estudantes em relação à sua perceção sobre a aquisição de competências de liderança ao longo dos anos curriculares. As informações estão organizadas em categorias que refletem diferentes níveis de desenvolvimento, sendo que para cada uma delas são apresentadas a frequência absoluta de respostas (n) e a respetiva frequência relativa (%). A **Figura 4**, por sua vez, oferece uma representação visual dessas proporções, facilitando a compreensão da evolução percebida pelos estudantes.

Tabela 5 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de capacidade de liderança por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermediário n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiriu n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	414	201 (48,6%)	53 (12,8%)	10 (2,4%)	136 (32,9%)	14 (3,4%)
2.º	696	357 (51,3%)	149 (21,4%)	20 (2,9%)	168 (24,1%)	2 (0,3%)
3.º	126	62 (49,2%)	26 (20,6%)	12 (9,5%)	24 (19,1%)	2 (1,6%)
4.º	240	97 (40,4%)	100 (41,7%)	26 (10,8%)	16 (6,7%)	1 (0,4%)
5.º	150	26 (17,3%)	61 (40,7%)	47 (31,3%)	13 (8,7%)	3 (2%)

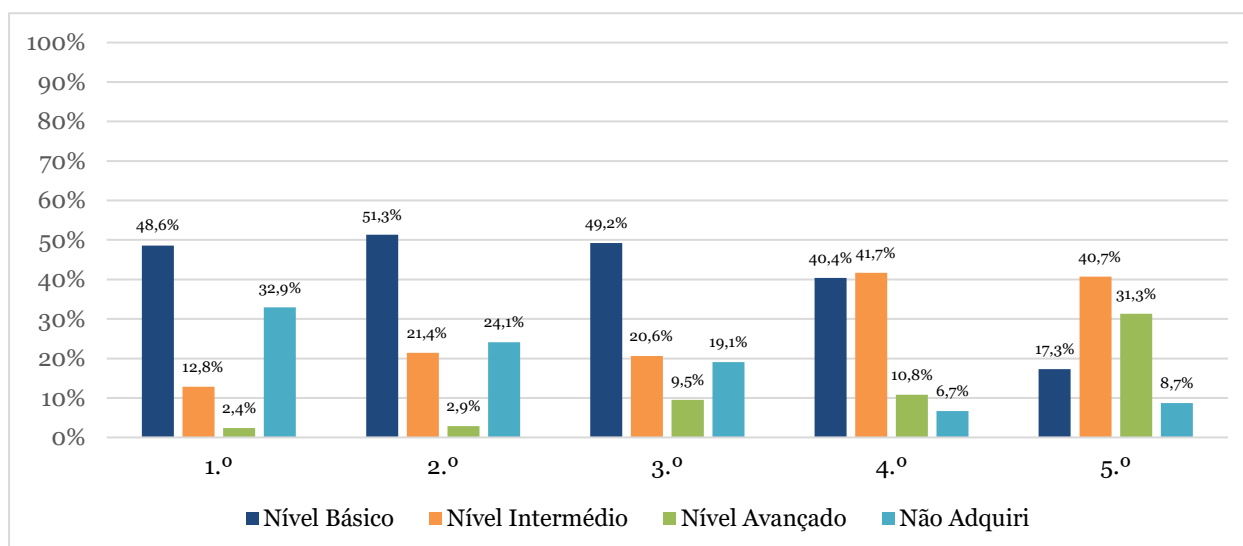


Figura 4 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de capacidade de liderança, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

A análise dos dados relativos à aquisição de competências de liderança revela uma evolução clara na aquisição de competências ao longo dos anos curriculares, refletindo o progresso dos estudantes nas várias fases do seu percurso académico.

Relativamente ao primeiro ano, o “Nível Básico” é claramente predominante, refletindo o início do processo de aprendizagem, em que a maioria dos estudantes ainda está a adquirir os conhecimentos fundamentais. A categoria "Não Adquiriu" é bastante significativa, o que é

esperado nesta fase inicial. O “Nível Intermédio” e o “Nível Avançado” aparecem em proporções muito reduzidas, indicando que a aplicação prática dos conhecimentos é ainda limitada.

No que diz respeito ao segundo ano, o “Nível Básico” continua a ser o mais representado, embora com uma leve diminuição em relação ao primeiro ano. O “Nível Intermédio” apresenta um aumento, sugerindo que alguns estudantes começam a aplicar de forma mais prática os conhecimentos adquiridos. O “Nível Avançado” mantém-se reduzido, e a categoria "Não Adquiri" diminui ligeiramente, refletindo o progresso no desenvolvimento das competências.

Já no terceiro ano, o “Nível Básico” mantém-se constante em relação aos anos anteriores, com uma diminuição muito ligeira. O “Nível Intermédio” continua a crescer, mas o “Nível Avançado” ainda é reduzido, embora comece a ser mais evidente para alguns estudantes. A categoria "Não Adquiri" continua a diminuir, sugerindo que os estudantes começam a sentir-se mais confiantes, embora a aplicação das competências em contextos práticos ainda seja limitada para muitos.

No que concerne ao quarto ano, o “Nível Básico” diminui ligeiramente, mas mantém uma proporção significativa, sendo semelhante ao “Nível Intermédio”. Assim, embora o “Nível Intermédio” ganhe uma maior representatividade, a redução no “Nível Básico” não é substancial. O “Nível Avançado” começa a crescer, mas de forma moderada, e a categoria "Não Adquiri" apresenta uma diminuição considerável, refletindo a progressão na aquisição de competências. Deste modo, neste ano curricular, destaca-se a distribuição entre o “Nível Básico” e o “Nível Intermédio” bastante similar, o que indica que uma parte significativa dos estudantes ainda perceciona estar num estágio intermédio de aplicação das competências, sem grande diferenciação entre os dois níveis.

Finalmente, no quinto ano, o “Nível Básico” é quase inexistente e o “Nível Intermédio” predomina, com uma forte presença do “Nível Avançado”. A categoria "Não Adquiri" é muito reduzida, indicando que a maioria dos estudantes já atingiu um nível intermédio ou avançado de competência, aplicando esta em contextos simulados e clínicos.

Em suma, a evolução ao longo do curso é clara, com uma transição do “Nível Básico” para os níveis mais altos, demonstrando a crescente confiança e aplicação das competências à medida que os estudantes avançam na sua formação. Os dados mostram uma progressão contínua, com uma transição gradual do “Nível Básico” para o “Nível Intermédio” e “Avançado”, embora o “Nível Básico” se mantenha relativamente constante entre os três primeiros anos. A partir do quarto ano, observa-se uma maior diferenciação entre os níveis,

com o “Nível Intermédio” e “Nível Avançado” a tornarem-se mais predominantes, refletindo uma evolução significativa nas competências dos estudantes.

3.2.5 Desenvolvimento Académico

A **Tabela 6** apresenta como os estudantes percebem a aquisição de competências de desenvolvimento académico ao longo dos anos curriculares. Os dados estão organizados em categorias que representam diferentes níveis de aquisição, com cada categoria exibindo a frequência absoluta de respostas (n) e a frequência relativa correspondente (%). A **Figura 5**, por sua vez, ilustra essas proporções de maneira visual, proporcionando uma visão clara da progressão percebida pelos estudantes.

Tabela 6 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de desenvolvimento académico por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermédio n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiri n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	480	202 (42,1%)	134 (27,9%)	39 (8,1%)	94 (19,6%)	11 (2,3%)
2.º	810	315 (38,9%)	281 (34,7%)	112 (13,8%)	91 (11,2%)	11 (1,4%)
3.º	147	44 (29,9%)	41 (27,9%)	38 (25,9%)	18 (12,2%)	6 (4,1%)
4.º	280	66 (23,6%)	124 (44,3%)	87 (31,1%)	3 (1,1%)	0 (0%)
5.º	175	12 (6,9%)	40 (22,9%)	112 (64%)	10 (5,7%)	1 (0,6%)

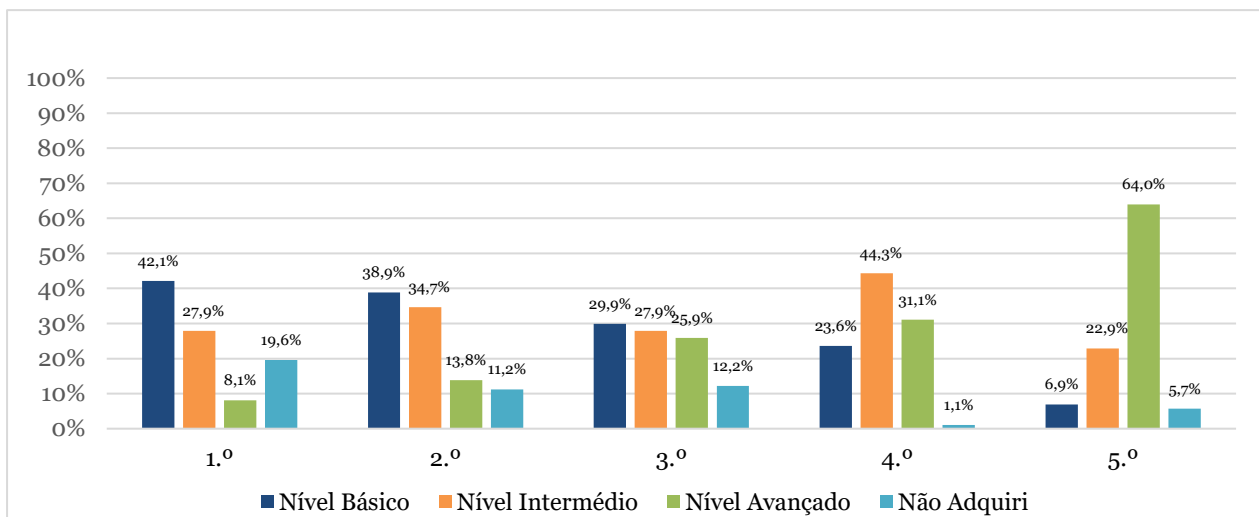


Figura 5 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de desenvolvimento acadêmico, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

A análise dos dados sobre o desenvolvimento acadêmico ao longo dos anos curriculares revela uma progressão clara na percepção dos estudantes relativamente à aquisição desta competência.

No primeiro ano, o “Nível Básico” é predominante, indicando que a maioria dos estudantes se encontra numa fase inicial de desenvolvimento acadêmico. O “Nível Intermédio” surge também com alguma relevância, demonstrando que uma parte dos estudantes já começa a aplicar alguns conhecimentos. No entanto, há uma percentagem significativa na categoria “Não Adquiri”, o que sugere que uma fração considerável dos estudantes ainda não desenvolveu estas competências. O “Nível Avançado” é muito pouco representado, o que é esperado nesta fase inicial do percurso académico.

No segundo ano, o “Nível Básico” e o “Nível Intermédio” apresentam valores bastante semelhantes, o que indica que muitos estudantes continuam numa fase de transição entre a aquisição e a aplicação das competências. O “Nível Avançado” regista um ligeiro crescimento, mas ainda representa uma minoria. A categoria “Não Adquiri” diminui consideravelmente, refletindo uma maior aquisição de competências académicas. Estes resultados sugerem que, embora os estudantes comecem a consolidar o seu desenvolvimento académico, o domínio dessas competências ainda se encontra em evolução.

No terceiro ano, a distribuição entre os diferentes níveis torna-se ainda mais equilibrada, com os valores do “Nível Básico”, do “Nível Intermédio” e do “Nível Avançado” a serem bastante semelhantes. Estes dados refletem que os estudantes percebem encontrar-se

em diferentes estágios de percepção de desenvolvimento acadêmico, com aquisição dos mesmos a nível teórico e uma variável aplicabilidade experienciada em contextos dinâmicos. A categoria “Não Adquirir” continua a diminuir, reforçando a ideia de que a maioria dos estudantes já demonstra uma certa percepção de domínio destas competências.

No quarto ano, a tendência de evolução torna-se mais evidente, com uma redução notória do “Nível Básico” e um crescimento expressivo do “Nível Avançado”. O “Nível Intermédio” mantém-se como a categoria mais representativa, apresentando valores muito próximos do “Nível Avançado”, o que demonstra que grande parte dos estudantes já considera ter adquirido competências aplicáveis ao contexto clínico. A categoria “Não Adquirir” é praticamente inexistente, sugerindo que, nesta fase, quase todos os estudantes adquiriram pelo menos um “Nível Intermédio” de competência.

No quinto ano, a distribuição das respostas confirma a progressão das competências ao longo do curso. O “Nível Básico” é praticamente residual, enquanto o “Nível Intermédio” diminui, dando lugar a um crescimento expressivo do “Nível Avançado”. A grande maioria dos estudantes considera-se capaz de aplicar as suas competências de desenvolvimento acadêmico de forma avançada, consolidando a progressão verificada ao longo dos anos. Embora a categoria “Não Adquirir” não desapareça por completo, a sua presença é mínima, demonstrando que quase todos os estudantes desenvolveram estas competências ao longo do percurso académico.

No geral, os dados demonstram uma evolução consistente, com uma transição gradual do “Nível Básico” para os níveis mais elevados. O “Nível Intermédio” apresenta um crescimento progressivo nos primeiros anos e uma estabilização nos anos mais avançados, enquanto o “Nível Avançado” aumenta significativamente à medida que os estudantes se aproximam do final do curso. A semelhança entre os diferentes níveis no terceiro ano reflete uma fase de transição no desenvolvimento académico, que se torna mais consolidado nos últimos anos do curso.

3.2.6 Profissionalismo com Profissionalidade

A **Tabela 7** exhibe a distribuição das respostas dos estudantes sobre a sua percepção quanto à aquisição de competências de profissionalismo ao longo dos anos curriculares. As respostas estão organizadas em categorias que refletem diferentes níveis de desenvolvimento, com cada categoria mostrando a frequência absoluta de respostas (n) e a respetiva frequência relativa (%). A **Figura 6**, por sua vez, apresenta essas proporções de forma visual, facilitando a compreensão da evolução percebida pelos estudantes.

Tabela 7 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de profissionalismo por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermediário n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiriu n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	974	466 (47,8%)	211 (21,7%)	133 (13,7%)	146 (15%)	18 (1,9%)
2.º	1637	584 (35,7%)	517 (31,6%)	415 (23,4%)	115 (7%)	6 (0,4%)
3.º	294	44 (15%)	90 (30,6%)	145 (49,3%)	10 (3,4%)	5 (1,7%)
4.º	560	60 (10,7%)	188 (33,6%)	304 (54,3%)	6 (1,1%)	2 (0,4%)
5.º	350	10 (2,9%)	88 (25,1%)	242 (69,1%)	4 (1,1%)	6 (1,7%)

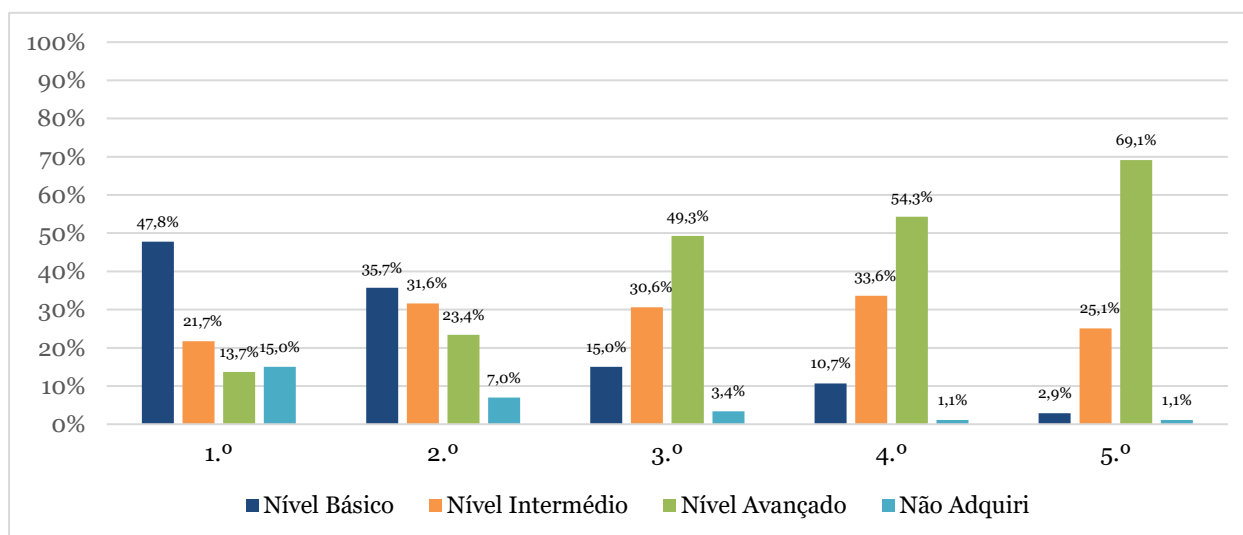


Figura 6 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de profissionalismo, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

A análise da percepção dos estudantes sobre a aquisição de competências de profissionalismo ao longo dos anos curriculares revela uma evolução progressiva e consistente.

No primeiro ano, o “Nível Básico” é predominante, indicando que a maioria dos estudantes ainda se encontra numa fase inicial de desenvolvimento destas competências. O “Nível Intermediário” tem um peso menor, refletindo que apenas uma parte dos estudantes começa a aplicá-las de forma mais estruturada. O “Nível Avançado” apresenta uma expressão

reduzida, o que é expectável nesta fase inicial. A categoria “Não Adquiri” regista um valor significativo, sugerindo que um número considerável de estudantes ainda não desenvolveu estas competências em nenhum grau.

Já no segundo ano, verifica-se uma diminuição do “Nível Básico” e um aumento expressivo do “Nível Intermédio” e do “Nível Avançado”. Importa destacar que os valores do “Nível Básico” e do “Nível Intermédio” são bastante semelhantes, refletindo uma fase de transição em que muitos estudantes começam a consolidar as suas competências. O crescimento do “Nível Avançado” indica um maior grau de confiança na aplicação do profissionalismo. A categoria “Não Adquiri” reduz-se significativamente, evidenciando uma perceção de desenvolvimento mais consistente destas competências.

Analisando o terceiro ano, a distribuição dos níveis altera-se substancialmente, com o “Nível Avançado” a tornar-se a categoria mais representativa. O “Nível Intermédio” mantém um peso relevante, enquanto o “Nível Básico” regista uma redução acentuada. A categoria “Não Adquiri” torna-se praticamente residual, demonstrando que, a partir deste ano, quase todos os estudantes já consideram ter desenvolvido pelo menos um “Nível Intermédio” de competência em profissionalismo.

No que diz respeito ao quarto ano, a tendência de evolução mantém-se, com o “Nível Avançado” a crescer ainda mais, representando mais de metade das respostas. O “Nível Intermédio” continua a ter um peso significativo, mas o “Nível Básico” torna-se residual. A categoria “Não Adquiri” praticamente desaparece, o que sugere que a grande maioria dos estudantes já considera ter adquirido e consolidado estas competências.

Por fim, no quinto ano, verifica-se a consolidação definitiva do desenvolvimento destas competências. O “Nível Avançado” é claramente predominante, refletindo uma elevada perceção de preparação profissional. O “Nível Intermédio” ainda está presente, mas com uma expressão bastante menor. O “Nível Básico” é quase inexistente, confirmando que os estudantes, nesta fase final do curso, se consideram altamente capacitados em termos de profissionalismo. A categoria “Não Adquiri” mantém valores mínimos, demonstrando que praticamente todos os estudantes desenvolveram estas competências ao longo da formação académica.

No geral, os dados evidenciam uma progressão contínua e marcada na aquisição de competências de profissionalismo, com uma transição gradual do “Nível Básico” para níveis mais elevados. O “Nível Intermédio” cresce de forma significativa nos primeiros anos, mas é a partir do terceiro ano que se verifica um aumento expressivo do “Nível Avançado”, que se consolida nos últimos anos do curso. A presença quase inexistente da categoria “Não Adquiri” nos anos mais avançados reforça que o desenvolvimento destas competências ocorre de forma consistente ao longo da formação académica.

3.2.7 Provedor do Doente

A **Tabela 8** apresenta a distribuição das respostas dos estudantes em relação à sua percepção sobre a aquisição de competências de provedoria do doente ao longo dos anos curriculares. Os dados estão organizados em categorias que refletem diferentes níveis de aquisição, sendo que cada categoria inclui a frequência absoluta de respostas (n) e a respetiva frequência relativa (%). A **Figura 7** complementa essa informação, fornecendo uma representação visual das proporções e permitindo uma visão clara da progressão percebida pelos estudantes.

Tabela 8 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de provedoria do doente por ano curricular

Ano Curricular	Total de Respostas N	Nível Básico n (%)	Nível Intermédio n (%)	Nível Avançado n (%)	Não Adquiri n (%)	Não sei/não respondo n (%)
1.º	272	123 (45,2%)	38 (14%)	14 (5,2%)	85 (31,3%)	12 (4,4%)
2.º	468	232 (49,6%)	121 (25,9%)	63 (13,5%)	52 (11,1%)	0 (0%)
3.º	84	16 (19,1%)	24 (28,6%)	35 (41,7%)	8 (9,5%)	1 (1,2%)
4.º	160	38 (23,8%)	69 (43,1%)	48 (30%)	5 (3,1%)	0 (0%)
5.º	100	18 (18%)	34 (34%)	46 (46%)	2 (2%)	0 (0%)

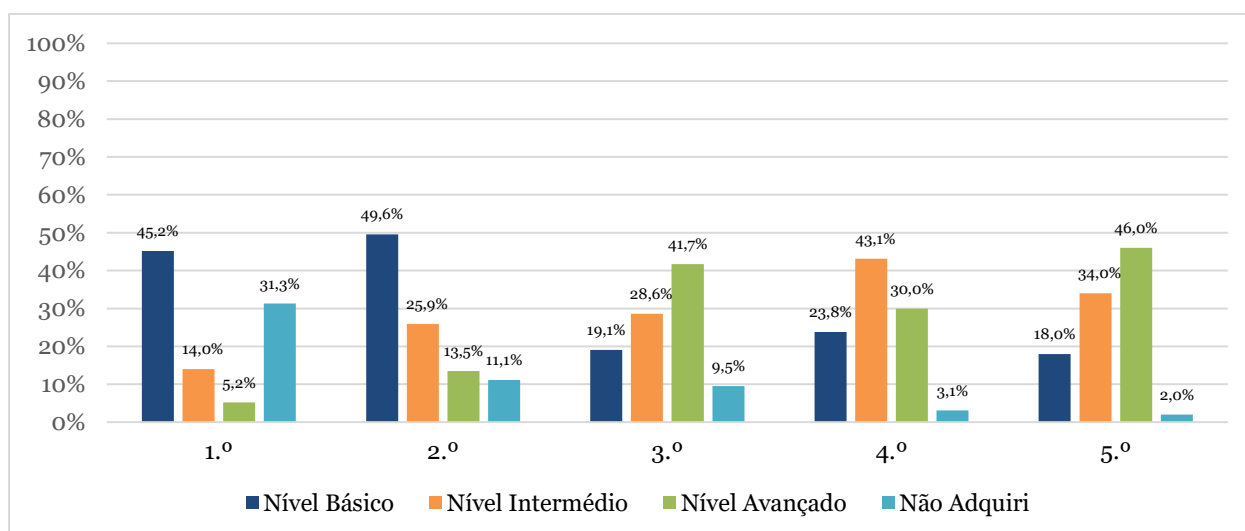


Figura 7 - Respostas dos estudantes sobre a percepção de aquisição das competências de provedoria do doente, em proporção aos questionários respondidos por ano curricular

Os dados apresentados na **Tabela 7** e na **Figura 7** revelam, à semelhança das competências anteriormente analisadas, uma evolução nas percepções dos estudantes sobre a aquisição das competências de provedoria do doente ao longo dos anos curriculares.

No primeiro ano, o “Nível Básico” é predominante, indicando que a maioria dos estudantes ainda percebe encontrar-se numa fase inicial de desenvolvimento destas competências. O nível “Não Adquiri” regista um valor significativo, sugerindo que um número considerável de estudantes considera ainda não ter desenvolvido estas competências.

Já no segundo ano, verifica-se uma redução no número de estudantes no “Nível Básico” e um aumento no “Nível Intermédio” e no “Nível Avançado”, com uma diminuição considerável dos estudantes que não consideram ter adquirido esta competência. Estes resultados demonstram que os estudantes consideram ter adquirido o conhecimento teórico e se encontram nos primórdios da aplicação desta competência em contextos simulados e clínicos, estando de encontro com o expectável.

Observa-se que no terceiro ano, uma maior percentagem de estudantes se considera no “Nível Avançado” em comparação com as respostas do quarto ano, onde a maioria dos estudantes se percebe encontrar-se no “Nível Intermédio”. Este padrão reflete uma mudança nas percepções ao longo do percurso académico relativamente ao grau de aplicabilidade da competência. No caso, os estudantes do terceiro ano consideram ter a capacidade de aplicabilidade da mesma em contextos clínicos e, pelo contrário, os estudantes do quarto ano consideram-se capazes de os aplicar apenas em contexto simulado.

Por fim, no quinto ano, embora a maioria dos estudantes se situe no “Nível Avançado”, as respostas ainda se encontram bastante dispersas pelos restantes níveis, sendo sobreponíveis às respostas dos estudantes do quarto ano. Uma proporção significativa de estudantes considera encontrar-se no “Nível Intermédio” e até mesmo no “Nível Básico”, o que indica que, apesar do avanço significativo na formação, há uma variabilidade considerável na percepção do desenvolvimento e aplicação da competência de provedoria do doente ao longo do percurso académico.

4. Discussão

Os resultados deste estudo revelam uma progressão consistente na percepção de aquisição de competências nucleares pela comunidade estudantil, demonstrando uma estrutura

pedagógica robusta e alinhada com as diretrizes definidas pelo CEMP. A discussão dos mesmos será organizada em três secções: a análise dos primeiro e segundo anos, refletindo os anos predominantemente teóricos do mestrado integrado, a análise do terceiro ano curricular, refletindo o ano de transição entre a componente com abordagem mais teórica e o início da experiência clínica e uma análise dos quarto e quinto anos, refletindo os anos de índole clínica do curso, de forma a compreender a evolução das perceções ao longo das diferentes fases da sua formação académica.

4.1 Discussão dos resultados relativos à perceção dos estudantes dos anos teóricos do MIM da FCS-UBI

De um modo geral, nos primeiros três anos do curso, a perceção de aquisição das competências é caracterizada por uma transição gradual do conhecimento teórico para a aplicação prática em contextos simulados e supervisionados. Esta abordagem prepara os estudantes para uma imersão mais intensa na prática clínica nos anos seguintes, embora a ausência de contacto direto com doentes limite a perceção de competência em áreas como competências clínicas gerais, provedoria do doente e liderança. A variabilidade nas perceções sugere que a adaptação às novas experiências práticas ocorre de forma distinta entre os estudantes, o que pode estar relacionado com as diferenças individuais na confiança e na adaptação da aplicação dos conhecimentos adquiridos para ambientes dinâmicos, bem como com as oportunidades de aprendizagem oferecidas. Esta fase funciona como uma ponte para os anos clínicos, proporcionando uma base ampla e equilibrada para o desenvolvimento inicial das competências, preparando os estudantes para um desenvolvimento mais avançado e uma aplicação prática mais autónoma nos anos subsequentes.

4.1.1 A perceção dos estudantes do primeiro e segundo anos curriculares

Nos primeiros dois anos do curso, observa-se uma evolução gradual na perceção de aquisição das competências, acompanhando a transição de um modelo de ensino predominantemente teórico para a introdução progressiva de experiências práticas e em contexto clínico. O foco curricular nesta fase está na formação científica básica e na compreensão dos princípios fundamentais da medicina, o que se reflete na perceção de aquisição das competências a um nível predominantemente introdutório ou de aplicabilidade limitada.

No **1.º ano**, a maioria dos estudantes posiciona-se nos níveis mais inferiores de aquisição de competências, predominantemente no “Nível Básico” e em “Não Adquiri”. Este padrão é coerente com o foco do currículo na aquisição de conhecimento teórico, sem contacto direto com cenários clínicos. As unidades curriculares, como “Bases Celulares e Moleculares da Medicina”, “Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos” e “Sistema Músculo-Esquelético”, fornecem a fundamentação científica essencial para a formação médica, mas não permitem a aplicação prática das **competências clínicas gerais**.

Além disso, a introdução às áreas de **comunicação, trabalho em equipa, liderança e profissionalismo** é feita de forma teórica e indireta, através de unidades como “Iniciação à Medicina” e “A Arte da Medicina”, que abordam princípios éticos e humanistas, mas não incluem prática comunicacional com doentes. Embora nos primeiros anos o contacto com situações clínicas seja limitado e, na maioria dos casos, ocorra em contexto simulado, a estrutura das aulas em formato de tutorias proporciona um ambiente favorável ao desenvolvimento destas competências, incentivando a discussão, o raciocínio crítico e a interação entre pares. Esta abordagem inicial é essencial para construir uma base de conhecimento ético e científico, mas limita a perceção de aquisição de competências que exigem envolvimento prático e aplicação em contextos reais.

No **2.º ano**, observa-se uma transição gradual, com um aumento no “Nível Intermédio” em várias competências, como comunicação, trabalho em equipa e desenvolvimento académico. Este padrão sugere que os estudantes começam a aplicar o conhecimento teórico em contextos mais dinâmicos, como simulações e estudos de caso, refletindo a introdução de atividades práticas supervisionadas.

Unidades curriculares como “Medicina Geral e Familiar I” e “Bases Psicológicas da Medicina” promovem o desenvolvimento inicial de **competências comunicacionais e de trabalho em equipa** em cenários simulados, permitindo aos estudantes explorar a comunicação médico-paciente em ambientes controlados.

Além disso, o envolvimento em trabalhos de grupo contribui para o desenvolvimento de competências de **trabalho em equipa e liderança**, ainda que de forma supervisionada e sem autonomia total. A perceção de aquisição de competências a “Nível Avançado” permanece residual na maioria das competências, indicando que a aplicação prática em cenários clínicos reais ainda não faz parte da experiência académica nesta fase. Isto é particularmente evidente nas **competências clínicas gerais** e de **provedoria do doente**, que continuam a ser percecionadas a um nível introdutório, refletindo a ausência de contacto direto com doentes e de aplicação prática em contextos clínicos.

De forma geral, no primeiro e segundo anos, a percepção dos estudantes sobre a aquisição das competências essenciais é limitada pela abordagem teórica e pela ausência de contacto direto com doentes. Esta fase é essencial para construir uma base sólida de conhecimento científico e ético, mas resulta numa percepção de competência num nível introdutório, preparando os estudantes para uma transição gradual para a aplicação prática nos anos seguintes.

4.1.2 A percepção dos estudantes do terceiro ano curricular

O **3.º ano** marca um ponto de viragem, com uma maior dispersão das respostas e um aumento significativo de percepção no “Nível Intermédio” e “Avançado” em várias competências. Esta mudança coincide com a introdução de unidades curriculares focadas na integração do raciocínio clínico e na abordagem diagnóstica, como “Introdução à Patologia” e “Bases do Raciocínio Clínico”. Estas unidades proporcionam aos estudantes as primeiras oportunidades de aplicação prática do conhecimento em casos clínicos estruturados e em contextos simulados mais complexos.

Além disso, o contacto inicial com cenários clínicos supervisionados promove uma maior confiança na aplicação das competências de **comunicação** e permite que os estudantes experimentem a comunicação médico-paciente em cenários supervisionados, desenvolvendo habilidades essenciais de escuta ativa, empatia e gestão da informação clínica.

Também o **trabalho em equipa** é reforçado através de atividades colaborativas em simulações e discussões de casos clínicos, promovendo a aplicação prática das competências de colaboração e **liderança** em contextos supervisionados. No entanto, a adaptação a estas novas experiências práticas varia consideravelmente entre os estudantes, o que se reflete na ligeira dispersão das respostas. Esta variabilidade pode estar relacionada com as diferenças nas oportunidades de prática oferecidas ao estudante e com as diferenças individuais na adaptação ao contacto inicial com o ambiente clínico.

No que diz respeito às competências de **provedoria do doente**, observa-se um aumento no “Nível Avançado” no 3.º ano, refletindo o contacto inicial com situações clínicas simuladas e a introdução de discussões éticas e deontológicas mais aprofundadas com aplicabilidade em cenários reais. No entanto, as respostas continuam a apresentar uma dispersão considerável neste ano curricular, indicando que a percepção de competência nesta área não é homogénea entre os estudantes. Esta variabilidade pode estar relacionada com a

abordagem teórica e indireta à provedoria do doente, que é introduzida através de disciplinas como “Saúde das Populações” e “Medicina Preventiva”, mas sem uma aplicação prática direta em cenários clínicos reais de uma forma planeada no currículo nesta fase da formação médica.

Em suma, o terceiro ano marca uma transição crucial na formação dos estudantes de Medicina, com o início da aplicação prática do conhecimento teórico em cenários clínicos reais e simulados. Este ano permite o desenvolvimento de competências essenciais, como as competências clínicas gerais, comunicação e trabalho em equipa, em contextos mais dinâmicos e supervisionados. Embora a adaptação varie entre os estudantes, o aumento significativo nas perceções de competências nos níveis “Intermédio” e “Avançado” indica o impacto positivo dessa experiência prática. Assim, este ano curricular prepara os alunos para a maior autonomia nos anos clínicos, consolidando habilidades técnicas e interpessoais essenciais para a futura prática médica.

4.2 Discussão dos resultados relativos aos anos clínicos do MIM da FCS-UBI

Nos anos clínicos do MIM da FCS-UBI, a perceção de aquisição das competências sofre uma mudança significativa, com os estudantes a transitar de uma formação teórica para uma experiência prática mais intensa e imersiva. A introdução de estágios clínicos supervisionados proporciona aos alunos a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos, desenvolvendo competências essenciais para a prática médica, como competências clínicas gerais, comunicação e trabalho em equipa. A transição para este novo contexto exige uma adaptação constante e, embora os estudantes relatem um aumento nas perceções de competência, especialmente nas áreas clínicas, a falta de autonomia plena em certas áreas, como liderança e provedoria do doente, persiste como um desafio. Essa mudança gradual na perceção das competências reflete a complexidade do percurso formativo, onde o desenvolvimento das competências práticas acompanha a evolução das responsabilidades e a imersão no ambiente clínico real.

4.2.1 A perceção dos estudantes do quarto e quinto anos curriculares

O quarto ano do curso assume um papel determinante na transição entre uma formação predominantemente teórica e a integração ativa dos estudantes no ambiente clínico. Com a

introdução de disciplinas como “Clínica Médica e Cirúrgica I” e “Medicina Geral e Familiar II”, os estudantes passam a ter um contacto mais frequente com doentes, aplicando os conhecimentos adquiridos nos anos anteriores em contextos supervisionados. A perceção da aquisição de competências clínicas reflete esta fase de transição, sendo caracterizada por uma distribuição variável entre os “Níveis Intermédio” e “Avançado”.

De facto, esta heterogeneidade na experiência dos estudantes pode ser explicada por vários fatores. Primeiramente, a diversidade dos contextos clínicos frequentados e das unidades de saúde associadas ao ensino prático pode influenciar significativamente o grau de envolvimento e a perceção de autonomia dos estudantes. Além disso, a transição para um modelo de ensino mais prático pode representar um desafio para alguns alunos, que necessitam de um período de adaptação à complexidade do ambiente hospitalar e às exigências do contacto clínico direto.

Embora algumas competências, como o **trabalho em equipa**, evidenciem um progresso mais notório devido à inserção dos estudantes na dinâmica hospitalar, outras, nomeadamente as relacionadas com **liderança**, mantêm-se menos desenvolvidas. A posição ainda intermediária dos estudantes nas equipas de saúde, associada à supervisão intensiva dos profissionais, limita a oportunidade de exercer funções de liderança ou assumir um papel mais ativo na coordenação de cuidados. Deste modo, o quarto ano configura-se como uma fase de adaptação gradual, em que os estudantes começam a consolidar as bases do raciocínio clínico e a participação ativa na prática, mas ainda sem a autonomia plena que virá a ser exigida nos anos seguintes.

No quinto ano, a progressão da aprendizagem assume um carácter mais consolidativo, com um aumento substancial da responsabilidade clínica dos estudantes. As disciplinas “Clínica Médica e Cirúrgica II” e “Medicina Geral e Familiar III” intensificam a exposição a contextos clínicos mais desafiantes, exigindo uma participação mais ativa na tomada de decisões e na gestão dos cuidados aos doentes. Os dados analisados revelam que os estudantes percecionam um avanço significativo nas suas competências adquiridas ao longo do ano curricular, o que sugere um amadurecimento progressivo e uma adaptação mais eficaz à rotina clínica.

Nesta fase, verifica-se um maior equilíbrio entre os níveis “Intermédio” e “Avançado” na perceção das competências adquiridas, refletindo uma consolidação do conhecimento e um maior nível de confiança dos estudantes na sua capacidade de atuação clínica. A experiência acumulada ao longo do curso permite que assumam um papel mais ativo na gestão dos casos clínicos, contribuindo para a sua evolução enquanto futuros profissionais de saúde. No

entanto, mesmo neste estágio, algumas competências continuam a ser percecionadas como menos desenvolvidas, nomeadamente aquelas relacionadas com a **liderança** e a **provedoria do doente**.

No que concerne à provedoria do doente, esta é uma competência essencial na prática médica contemporânea, exigindo não só um conhecimento técnico e científico aprofundado, mas também uma compreensão holística das necessidades dos doentes, incluindo aspetos éticos, sociais e de defesa dos seus direitos. Apesar da intensificação do contacto clínico ao longo dos anos finais do curso, os estudantes continuam a percecionar esta competência como insuficientemente desenvolvida.

De facto, uma das razões para esta lacuna pode estar relacionada com a estrutura curricular, que aborda a provedoria do doente de forma mais explícita no terceiro e quarto anos, através das disciplinas “Saúde das Populações” e “Medicina Preventiva”, mas sem uma continuidade clara no quinto ano. Assim, a falta de atividades práticas específicas nesta área, como estágios com populações vulneráveis, formação estruturada em advocacia em saúde ou a participação em iniciativas de defesa dos direitos dos doentes, pode contribuir para a perceção de um desenvolvimento insuficiente da perspetiva estudantil.

Além disso, a complexidade inerente à provedoria do doente, que transcende a simples interação clínica para abranger dimensões sociais, políticas e éticas, pode dificultar a sua consolidação no contexto da formação pré-graduada. Deste modo, a introdução de metodologias pedagógicas inovadoras, como simulações realistas, debates sobre casos clínicos complexos e oportunidades de envolvimento direto com associações de doentes, poderia ser uma estratégia para reforçar esta competência e aumentar a confiança dos estudantes na sua aplicação prática.

Tal como a provedoria do doente, a liderança é uma competência fundamental para a prática médica, mas continua a ser percecionada como pouco desenvolvida pelos estudantes nos anos finais do curso. A capacidade de liderança na Medicina não se limita à coordenação de equipas, mas engloba também a tomada de decisões sob pressão, a comunicação eficaz com diferentes profissionais de saúde e a capacidade de gerir conflitos e recursos de forma eficiente.

Efetivamente, a abordagem curricular da FCS-UBI inclui um módulo específico sobre liderança apenas no quinto ano, o que pode limitar a maturação desta competência ao longo do percurso académico. A falta de um desenvolvimento progressivo da liderança desde os

anos iniciais pode dificultar a sua consolidação, uma vez que os estudantes não têm oportunidades regulares de exercer esta função em diferentes contextos.

A integração de atividades que promovam a liderança desde os primeiros anos do curso, como projetos interdisciplinares, simulações de gestão de equipas e experiências práticas em contextos de tomada de decisão, poderia contribuir para um reforço mais efetivo desta competência. Além disso, a criação de programas de mentoria, nos quais estudantes mais experientes assumem um papel ativo na orientação de colegas mais novos, poderia facilitar a aquisição progressiva das competências de liderança ao longo do curso.

4.3 Discussão final

Em resumo, a evolução das perceções dos estudantes ao longo do curso de Medicina na FCS-UBI reflete uma trajetória de desenvolvimento gradual e contínuo das competências essenciais para a prática médica. Nos primeiros anos teóricos, os estudantes são expostos a uma base sólida de conhecimento científico e ético, mas a ausência de contacto direto com doentes limita a perceção de competência em áreas práticas, como competências clínicas gerais, comunicação e liderança. No terceiro ano, com a introdução das primeiras experiências clínicas supervisionadas, ocorre uma transição importante para a aplicação do conhecimento teórico, destacando-se um aumento significativo nas perceções de competências em níveis intermédio e avançado.

A transição para os anos clínicos marca o ponto de maior proximidade com a realidade prática da Medicina, onde as competências clínicas são mais intensamente desenvolvidas em contextos reais de cuidado ao paciente. Contudo, a perceção de desenvolvimento nas áreas de liderança e provedoria do doente permanece aquém do desejado, apontando para uma necessidade de ajustes na estrutura curricular.

A análise das perceções dos estudantes demonstra que a formação médica é um processo dinâmico, em que as competências se desenvolvem progressivamente à medida que os alunos avançam nos diferentes estágios da formação, com desafios distintos a serem superados em cada fase. A estrutura curricular da FCS-UBI parece estar bem alinhada com esse processo, mas ajustes em áreas específicas podem potencializar ainda mais o desenvolvimento integral dos futuros médicos.

4.4 Comparação com a Literatura

Os resultados deste estudo são amplamente alinhados com a literatura internacional, principalmente no que diz respeito à relevância de um currículo orientado por competências. Harden et al. (2006) sublinham que a progressão gradual e a integração prática são componentes essenciais para a formação de médicos bem preparados, pois permitem uma transição eficaz do conhecimento teórico para a prática clínica. (14) De facto, o currículo do MIM da FCS-UBI reflete estas características, com uma estrutura pedagógica que favorece uma abordagem contínua de aprendizagem, começando com a construção de uma base teórica sólida nos primeiros anos e culminando com a aplicação prática nos anos clínicos. Essa estrutura assegura que os estudantes desenvolvam competências fundamentais nas diversas áreas definidas pelas diretrizes do CEMP.

No entanto, ao comparar os resultados obtidos com a literatura, destacam-se desafios persistentes em áreas como a liderança. Hardy et al. (2019) enfatizam que a liderança na medicina deve ser abordada de forma contínua, com uma aprendizagem em espiral que começa com a consciencialização nos primeiros anos de formação e se desenvolve ao longo da carreira, à medida que o médico adquire mais experiência e compreensão dos sistemas de saúde. (15) Efetivamente, essa visão da liderança como um processo evolutivo, que nunca está "concluído", mas depende da experiência e do contexto, está em consonância com os resultados observados no MIM da FCS-UBI. Embora o curso aborde a organização dos sistemas de saúde e as dinâmicas organizacionais em algumas unidades curriculares, a literatura sugere que o desenvolvimento da liderança deve ser mais intensificado desde os primeiros anos de formação, com mais oportunidades de aplicação prática dessa competência. Isso poderia incluir, por exemplo, atividades práticas mais focadas em gestão de equipas, tomada de decisões sob pressão e envolvimento em atividades de coordenação de cuidados, elementos que são essenciais para a construção da liderança médica e que poderiam ser explorados mais profundamente no currículo do MIM da FCS-UBI.

Adicionalmente, a provedoria do doente, uma competência essencial na prática médica, requer não apenas um conhecimento técnico, mas também uma abordagem ética e holística, que envolva a defesa dos direitos dos pacientes. A literatura também destaca a importância da integração de programas de *advocacy* em saúde, que capacitem os futuros médicos para interagir com populações vulneráveis e para defender os direitos dos pacientes de forma eficaz. De acordo com estudos recentes, a implementação de estágios com populações vulneráveis e a inclusão de experiências práticas focadas na saúde preventiva e na advocacia em saúde poderiam ser estratégias eficazes de reforçar essa competência ao longo da formação. A integração dessas atividades no currículo poderia contribuir para um

desenvolvimento mais robusto das competências relacionadas com a provedoria do doente, aumentando a confiança dos estudantes na sua aplicação prática. (13)

4.5 Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas. Considera-se que a participação voluntária levou a uma taxa de resposta que, apesar de representativa, poderia ter sido mais elevada, permitindo uma análise ainda mais abrangente. Adicionalmente, a percepção subjetiva dos estudantes sobre as competências adquiridas pode diferir da realidade prática, sendo necessária uma análise complementar futura para a validação destes dados.

Outro aspeto a destacar é a dimensão considerável do questionário, desenhado para abranger toda a lista de competências descritas no documento do CEMP. Este fator, embora essencial para uma análise abrangente, pode ter desmotivado a participação de alguns estudantes devido ao tempo e ao esforço exigidos para o seu preenchimento. Adicionalmente, o questionário foi implementado a cada ano letivo para questionar os estudantes sobre a experiência do ano anterior, o que pode ter levado alguns participantes a responderem com algum enviesamento, influenciados pelas suas vivências no ano em que se encontravam no momento da resposta, em vez de basearem a avaliação exclusivamente na experiência do ano anterior. Adicionalmente a este fator, também a recolha de dados foi realizada num único momento, o que pode não ter captado as nuances e as variações nas percepções ao longo do tempo e não permitiu a obtenção de respostas dos estudantes do 6.º ano acerca do próprio ano, o que poderia ter sido pertinente para a análise dos resultados no final da formação pré-graduada dos estudantes do MIM da FCS-UBI.

Por último, é importante notar que nesta dissertação as competências foram analisadas de forma global, sem uma distinção específica entre os tópicos individuais de cada grupo de competências. Assim, a diversidade de respostas que poderia existir em competências mais específicas dentro de cada temática não foi refletida, o que limita uma análise mais detalhada de áreas particulares de competência.

Apesar destas limitações, os resultados obtidos fornecem informações valiosas sobre o desenvolvimento de competências no MIM da FCS-UBI, representando um ponto de partida importante para a reflexão e melhoria contínua do currículo.

5. Conclusões Finais e Perspetivas Futuras

Os resultados obtidos neste estudo refletem uma evolução gradual e positiva na perceção dos estudantes quanto à aquisição de competências essenciais ao longo do MIM da FCS-UBI. Observou-se que, à medida que os estudantes avançam no curso, especialmente nos anos mais clínicos, a perceção de competência atinge níveis elevados. No entanto, também surgem variações significativas nas perceções entre os alunos, destacando-se áreas que ainda exigem atenção adicional para garantir uma formação mais equitativa e para promover a uniformidade na aquisição de competências essenciais. De facto, competências como a liderança e a provedoria do doente, apesar de abordadas ao longo do curso, ainda são vistas como insuficientemente desenvolvidas em muitas situações, o que pode indicar a necessidade de uma maior ênfase e continuidade no currículo para garantir a sua completa formação.

Efetivamente, a integração precoce de componentes de prática clínica emerge como uma estratégia crucial para facilitar a transição entre a teoria e a prática, garantindo que os estudantes adquiram confiança e habilidade para lidar com os desafios do ambiente clínico. Embora o modelo curricular da FCS-UBI já ofereça uma progressão gradual, uma maior exposição a contextos clínicos reais desde os primeiros anos pode permitir uma maior aprendizagem prática e uma melhor adaptação dos estudantes às exigências da prática médica. Além disso, o desenvolvimento contínuo e aprimoramento do mapeamento curricular pode alinhar melhor as perceções dos estudantes com os objetivos pedagógicos do curso, identificando lacunas e promovendo intervenções direcionadas para o progresso formativo. Essa abordagem permitiria não apenas reforçar as áreas com maior dispersão de respostas, mas também garantir que todos os estudantes atinjam um elevado grau de preparação tanto no domínio técnico quanto no relacional e ético antes da conclusão do curso.

No futuro, seria pertinente realizar uma análise individualizada da aquisição de cada subcompetência, o que proporcionaria uma compreensão mais detalhada das áreas que necessitam de maior intervenção. A inclusão de análises mais granulares permitiria melhorar aspetos específicos do currículo e promover um desenvolvimento mais direcionado e eficaz das competências. Tal abordagem também garantiria uma visão mais precisa do progresso dos estudantes, assegurando uma formação completa e equilibrada para todos.

A literatura corrobora as conclusões deste estudo, especialmente no que respeita à necessidade de um currículo orientado por competências que integre, de forma progressiva,

teoria e prática, e ao desenvolvimento contínuo da liderança desde os primeiros anos de formação. Contudo, a implementação de melhorias no currículo, com o reforço de atividades práticas específicas em áreas como a provedoria do doente e a liderança, poderá contribuir significativamente para o desenvolvimento integral das competências essenciais nos estudantes.

Ao implementar as melhorias sugeridas, espera-se que a formação proporcionada pela FCS-UBI contribua para a criação de médicos ainda mais capacitados para enfrentar os desafios contemporâneos da prática clínica, garantindo um impacto significativo e duradouro na qualidade do sistema de saúde e no bem-estar das comunidades atendidas.

Folha em branco

Anexo 1 - Lista de competências essenciais definidas pelo documento “Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal”

1. Competências clínicas gerais

- 1.1. Demonstrar o conhecimento das ciências básicas e clínicas bem como as aptidões necessárias ao exercício da Medicina sob supervisão, para além da capacidade de utilizar o conhecimento, com eficácia, na análise e solução dos problemas clínicos comuns;
- 1.2. Ser capaz de colher uma história clínica de forma empática e de adaptar o discurso à cultura e idade da pessoa;
- 1.3. Realizar um exame físico geral ou específico de um determinado segmento corporal ou sistema;
- 1.4. Incorporar e aplicar os princípios éticos da biomedicina e da medicina clínica no cuidado do doente, com respeito pela sua autonomia e dignidade;
- 1.5. Identificar e priorizar os aspetos a abordar com o doente, elegendo os dados mais relevantes pessoais e familiares;
- 1.6. Analisar e interpretar os dados para estabelecer a abordagem diagnóstica pelo raciocínio clínico;
- 1.7. Priorizar avaliações e intervenções, tendo em consideração a urgência clínica, o risco de agravamento e os recursos disponíveis;
- 1.8. Aplicar os princípios inerentes à segurança do doente, nomeadamente sobre a prescrição segura;
- 1.9. Priorizar e realizar procedimentos de forma competente e segura;
- 1.10. Obter um consentimento informado livre e esclarecido, explicando a razão, os riscos e os benefícios das opções propostas e dos eventuais tratamentos alternativos;
- 1.11. Aconselhar o doente no âmbito da prevenção e adoção de estilos de vida saudáveis, promovendo a sua capacitação e literacia em saúde;
- 1.12. Aconselhar e orientar familiares e cuidadores sobre a situação clínica, incluindo opções/ decisões a tomar e resultados esperados;
- 1.13. Elaborar um plano de cuidados centrado na pessoa de elevada qualidade e custoefetivo e que reflita o estado da arte em medicina preventiva e curativa;
- 1.14. Avaliar problemas e perturbações de saúde mental, apoiar estes doentes e referenciar para profissionais mais diferenciados quando necessário;
- 1.15. Demonstrar competências e literacia digitais que permitam compreender a sua importância na prestação de cuidados de saúde, no ensino médico, na investigação e na gestão em saúde;
- 1.16. Compreender os problemas e os conflitos de interesse que se colocam à prática médica e ao exercício da investigação;

- 1.17. Conhecer as fontes principais de informação epidemiológica, ser capaz de analisar essa informação e de a transferir para a prática clínica e profissional;
- 1.18. Compreender a perspetiva da população com um aspeto central da saúde pública e a aplicação dos princípios básicos da medicina social, com defesa da saúde e de um ambiente saudável da população como um todo;
- 1.19. Reconhecer os aspetos económicos, sociais e culturais na medicina preventiva e curativa a nível individual e da comunidade;
- 1.20. Refletir com pensamento crítico em relação à evolução dos sistemas de saúde, reconhecendo e respondendo à complexidade, incerteza e ambiguidade inerente à prática médica.

2. Comunicação

- 2.1. Utilizar uma abordagem biopsicossocial abrangente na avaliação e tratamento dos doentes, que leve em consideração as suas diversidades, atitudes e comportamentos;
- 2.2. Comunicar e interagir eficazmente com os doentes, famílias, pessoal médico e outros profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde;
- 2.3. Utilizar técnicas (e.g., perguntas abertas, a reflexão, a reformulação, a clarificação, ...) e estratégias (e.g., escuta ativa e reflexiva, assertividade, ...) para promover uma comunicação empática e eficaz na prática clínica e para produzir uma efetiva mudança nos comportamentos relevantes para a saúde (tabagismo, abuso de álcool, sedentarismo e alimentação inadequada);
- 2.4. Reconhecer a importância e o potencial terapêutico da relação médico-doente;
- 2.5. Abordar de forma empática e holística o doente e problemas por ele apresentados;
- 2.6. Preservar a confidencialidade e a privacidade no tratamento do doente;
- 2.7. Transmitir más notícias aos doentes e às suas famílias, de modo adequado e atempado, com empatia e sensibilidade;
- 2.8. Informar adequadamente os doentes dos dados relevantes da história médica e exame clínico;
- 2.9. Envolver os doentes (ou seus representantes) na tomada de decisão sobre a sua saúde, levando em consideração as suas crenças e preferências;
- 2.10. Explicar, de forma adequada, o plano de avaliação e de tratamento, os motivos, a execução e os riscos dos procedimentos de investigação diagnóstica e de tratamento, bem como dos seus resultados;
- 2.11. Capacitar e estimular a cooperação e responsabilidade pessoal do doente na sua saúde e na sua doença.

3. Trabalho em Equipa

- 3.1. Reconhecer que a saúde e as doenças são fenómenos complexos e multidisciplinares, o que significa que o trabalho em equipa é uma mais valia para a efetividade do trabalho dos profissionais de saúde;

- 3.2. Reconhecer a missão e responsabilidades de todos os profissionais de saúde e outros agentes envolvidos nos sistemas de saúde (público, privado e social);
- 3.3. Estar disponível para trabalhar eficazmente e, sempre que possível, eficientemente em equipa;
- 3.4. Colaborar com profissionais de outras áreas com base no conhecimento e num clima de respeito mútuo, dignidade, integridade e confiança;
- 3.5. Ser capaz de selecionar e organizar as equipas de acordo com as competências técnico-científicas adequadas ao acompanhamento específico dos doentes.

4. Capacidade de Liderança

- 4.1. Distribuir, com sensatez, os recursos limitados no que respeita à prestação de cuidados, levando em consideração a economia da saúde e os assuntos de natureza económica, aquando da tomada de decisões, sem alocação de recursos desnecessários na perspetiva custo-eficácia;
- 4.2. Demonstrar competências em gestão em saúde ao integrar os princípios da eficácia e eficiência económica na prática clínica e no planeamento dos cuidados de saúde;
- 4.3. Identificar os conceitos fundamentais da prevenção da doença e promoção da saúde a nível do doente individual e das populações, incorporando-os, quando apropriado, nos planos de tratamento;
- 4.4. Assumir uma posição de liderança nas situações consideradas necessárias e nas equipas multidisciplinares;
- 4.5. Reconhecer e responder a surtos, epidemias e pandemias;
- 4.6. Identificar necessidades especiais nas populações vulneráveis, com atenção à equidade na prestação de cuidados de saúde.

5. Desenvolvimento Académico

- 5.1. Reconhecer a importância da aprendizagem ao longo da vida, valorizando o papel da ciência e da tecnologia nos avanços da Medicina;
- 5.2. Utilizar eficazmente a tecnologia de informação, bem como avaliar e interpretar criticamente os dados biomédicos na avaliação e seleção do melhor tratamento para o doente;
- 5.3. Demonstrar capacidade de autoaprendizagem e de raciocínio e investir nesta área, mantendo-se atualizado no campo da Medicina escolhido e desenvolvendo as suas aptidões ao longo da vida;
- 5.4. Identificar e explorar diferentes oportunidades para adquirir experiência e realizar formação em investigação;
- 5.5. Demonstrar aptidões, atitudes e práticas próprias do docente competente no caso de ter responsabilidades a nível do ensino ou da formação prática;

- 5.6. Demonstrar uma atitude pró-ativa no que respeita à procura de informação relevante do ponto de vista profissional, a partir da literatura ou outras fontes, à avaliação dessa mesma informação e à sua transmissão a terceiros;
- 5.7. Adaptação a novos avanços tecnológicos como análise de big data, inteligência artificial, técnicas de imagem e outras ferramentas para o diagnóstico e seguimento do doente.

6. Profissionalismo com profissionalidade

- 6.1. Aplicar princípios éticos e as melhores práticas a todos os aspetos da profissão médica, incluindo o exercício dentro dos limites da sua própria competência de forma a garantir que os doentes não sejam expostos a riscos desnecessários;
- 6.2. Assumir comportamento profissional a nível pessoal e interpessoal;
- 6.3. Ter consciência da sua própria saúde e comportamentos, bem como do potencial impacto que estes podem ter nos doentes ou outras pessoas;
- 6.4. Reconhecer os princípios de rigor, honestidade e preocupação com o bem-estar e necessidades dos doentes;
- 6.5. Demonstrar empenho na melhoria contínua das suas aptidões clínicas;
- 6.6. Respeitar terceiros, independentemente da raça, condição social, credo ou orientação sexual;
- 6.7. Reconhecer o respeito pelos valores da comunidade, incluindo a valorização da diversidade das características humanas e valores culturais;
- 6.8. Ter responsabilidade pessoal pelo tratamento do doente individual com fiabilidade e pontualidade;
- 6.9. Demonstrar empenho e procedimento de competência no que respeita ao alívio da dor e sofrimento;
- 6.10. Demonstrar compromisso com a profissão e a sociedade, respeitando todos os normativos legais;
- 6.11. Reconhecer e agir adequadamente face a comportamentos não éticos e inapropriados de médicos ou outros profissionais de saúde;
- 6.12. Alocar tempo e recursos que permitam otimizar a prática clínica, o ensino e atividades da esfera privada, mantendo o equilíbrio físico e mental;
- 6.13. Reconhecer o stress excessivo, o uso inadequado de medicação ou doença pessoal que possam interferir negativamente com o cuidado dos doentes;
- 6.14. Antecipar as escolhas na carreira profissional, planeando o futuro treino e atividade médica.

7. Provedor do Doente

- 7.1. Reconhecer problemas, circunstâncias ou situações que requerem defesa em nome dos doentes, profissionais ou da população em geral, tendo em mente a estrutura e a função dos sistemas de saúde (público, privado e social);

- 7.2. Incluir ações de vigilância da saúde nas interações com o doente individual, incluindo rastreios, imunizações e prevenção de doenças, medidas de redução de riscos e de lesão e promoção da saúde;
- 7.3. Avaliar e promover a saúde comunitária identificando os determinantes da saúde, definir a sua abordagem e promover mudanças no sistema de uma maneira socialmente responsável;
- 7.4. Reconhecer o papel central e a relevância dos cuidados primários de saúde.

Anexo 2 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
1.1	25	16	0	22	1
1.2	25	4	2	32	2
1.3	18	6	0	38	3
1.4	25	18	1	19	2
1.5	27	9	1	25	2
1.6	24	7	0	31	2
1.7	15	4	1	42	3
1.8	22	6	2	32	3
1.9	27	5	0	26	6
1.10	29	9	5	22	0
1.11	35	12	3	13	2
1.12	20	7	1	35	2
1.13	18	5	1	39	2
1.14	13	3	2	45	2
1.15	38	12	2	11	2
1.16	35	9	1	18	2
1.17	36	17	0	12	0
1.18	29	15	3	17	1
1.19	31	11	4	18	0
1.20	29	12	2	18	3

Anexo 3 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
1.1	50	50	4	10	2
1.2	39	23	4	49	2
1.3	53	37	2	24	0
1.4	39	61	13	3	0
1.5	54	36	10	15	1
1.6	49	40	0	25	2
1.7	51	16	1	46	3
1.8	53	16	6	39	3
1.9	47	34	9	24	2
1.10	37	51	15	12	1
1.11	43	53	17	4	0
1.12	46	21	2	45	2
1.13	47	18	2	48	2
1.14	49	20	3	43	2
1.15	62	41	7	7	0
1.16	63	35	8	10	1
1.17	67	33	7	8	2
1.18	61	40	7	8	1
1.19	62	38	8	9	0
1.20	60	37	11	8	1

Anexo 4 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
1.1	9	14	0	0	0
1.2	0	10	13	0	0
1.3	6	11	1	4	0
1.4	0	9	14	0	0
1.5	6	12	4	0	0
1.6	10	9	4	0	0
1.7	14	5	2	2	0
1.8	14	4	3	2	0
1.9	10	5	6	2	0
1.10	1	9	9	3	0
1.11	6	4	13	0	0
1.12	7	10	2	4	0
1.13	13	8	1	0	0
1.14	9	10	0	4	0
1.15	8	11	1	0	2
1.16	5	6	3	8	0
1.17	5	10	2	6	0
1.18	10	4	5	2	2
1.19	13	1	9	0	0
1.20	13	4	6	0	0

Anexo 5 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
1.1	0	37	3	0	0
1.2	3	14	23	0	0
1.3	9	23	8	0	0
1.4	1	17	22	0	0
1.5	2	25	13	0	0
1.6	7	28	5	0	0
1.7	8	28	4	0	0
1.8	8	25	7	0	0
1.9	8	19	12	0	0
1.10	3	18	19	0	0
1.11	4	16	20	0	0
1.12	15	17	6	0	0
1.13	13	21	2	4	0
1.14	16	14	5	5	0
1.15	12	22	5	1	0
1.16	17	14	3	4	2
1.17	24	15	0	1	0
1.18	20	15	5	0	0
1.19	18	17	4	1	0
1.20	10	26	4	0	0

Anexo 6 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Competências Clínicas Gerais”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
1.1	1	11	11	0	0
1.2	0	3	20	0	0
1.3	0	17	6	0	0
1.4	0	4	19	0	0
1.5	0	5	18	0	0
1.6	0	16	7	0	0
1.7	0	19	4	0	0
1.8	0	12	11	0	0
1.9	0	16	7	0	0
1.10	0	7	15	1	0
1.11	0	1	22	0	0
1.12	1	15	7	0	0
1.13	3	16	2	2	0
1.14	3	13	7	0	0
1.15	2	4	17	0	0
1.16	7	5	9	2	0
1.17	7	13	3	0	0
1.18	0	17	6	0	0
1.19	3	6	14	0	0
1.20	1	14	6	0	2

Anexo 7 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
2.1	32	24	2	8	3
2.2	34	17	3	12	3
2.3	30	24	6	6	3
2.4	33	24	11	1	0
2.5	29	28	9	2	1
2.6	29	26	10	2	1
2.7	30	19	3	16	1
2.8	30	9	4	23	3
2.9	34	18	5	9	3
2.10	35	9	3	18	4
2.11	34	21	3	8	3

Anexo 8 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
2.1	41	51	19	6	0
2.2	53	33	16	15	0
2.3	47	51	16	2	0
2.4	30	45	42	0	0
2.5	39	46	31	1	0
2.6	30	46	40	1	0
2.7	61	28	10	18	0
2.8	56	35	10	15	0
2.9	48	39	19	11	0
2.10	48	28	11	29	1
2.11	48	47	11	11	0

Anexo 9 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
2.1	2	13	6	0	0
2.2	4	9	8	0	0
2.3	4	9	8	0	0
2.4	0	1	20	0	0
2.5	0	9	12	0	0
2.6	0	3	18	0	0
2.7	6	5	2	8	0
2.8	12	3	6	0	0
2.9	6	13	2	0	0
2.10	8	9	2	2	0
2.11	6	15	0	0	0

Anexo 10 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
2.1	7	19	13	0	1
2.2	3	21	15	1	0
2.3	5	23	12	0	0
2.4	1	10	29	0	0
2.5	2	15	23	0	0
2.6	4	8	28	0	0
2.7	20	15	2	3	0
2.8	9	21	10	0	0
2.9	12	21	6	1	0
2.10	11	17	9	3	0
2.11	8	23	8	1	0

Anexo 11 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Comunicação”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
2.1	0	6	19	0	0
2.2	0	10	15	0	0
2.3	3	14	8	0	0
2.4	0	0	25	0	0
2.5	0	4	21	0	0
2.6	0	9	16	0	0
2.7	3	16	6	0	0
2.8	2	8	15	0	0
2.9	2	8	15	0	0
2.10	4	10	11	0	0
2.11	0	9	16	0	0

Anexo 12 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
3.1	23	29	14	3	0
3.2	27	28	11	3	0
3.3	29	24	11	4	1
3.4	31	22	8	6	2
3.5	31	11	7	18	2

Anexo 13 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
3.1	33	46	37	0	0
3.2	45	37	28	5	1
3.3	37	45	33	1	0
3.4	55	25	27	9	0
3.5	57	21	6	32	0

Anexo 14 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
3.1	0	5	16	0	0
3.2	0	3	18	0	0
3.3	0	11	10	0	0
3.4	0	7	12	2	0
3.5	6	3	6	6	0

Anexo 15 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
3.1	3	12	25	0	0
3.2	5	10	25	0	0
3.3	4	15	21	0	0
3.4	5	13	22	0	0
3.5	8	22	7	3	0

Anexo 16 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Trabalho em Equipa”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
3.1	0	4	21	0	0
3.2	0	2	23	0	0
3.3	0	2	23	0	0
3.4	0	2	23	0	0
3.5	2	14	8	1	0

Anexo 17 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
4.1	25	8	2	32	2
4.2	35	10	1	22	1
4.3	36	16	1	16	0
4.4	31	6	2	27	3
4.5	37	6	1	21	4
4.6	37	7	3	18	4

Anexo 18 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
4.1	60	19	2	35	0
4.2	70	21	1	24	0
4.3	64	35	7	10	0
4.4	49	24	3	40	0
4.5	49	21	2	42	2
4.6	65	29	5	17	0

Anexo 19 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
4.1	10	3	2	6	0
4.2	12	1	2	6	0
4.3	6	9	6	0	0
4.4	14	1	0	6	0
4.5	12	3	0	4	2
4.6	8	9	2	2	0

Anexo 20 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
4.1	14	17	3	5	1
4.2	15	21	2	2	0
4.3	11	17	12	0	0
4.4	16	19	2	3	0
4.5	29	5	2	4	0
4.6	12	21	5	2	0

Anexo 21 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Capacidade de Liderança”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
4.1	4	13	6	2	0
4.2	2	15	6	2	0
4.3	0	12	13	0	0
4.4	6	8	6	2	3
4.5	10	6	4	5	0
4.6	4	7	12	2	0

Anexo 22 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
5.1	31	21	15	1	0
5.2	27	22	3	13	3
5.3	30	27	6	6	0
5.4	32	13	4	18	1
5.5	24	15	3	25	2
5.6	32	21	5	10	1
5.7	26	15	3	21	4

Anexo 23 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
5.1	34	39	40	3	0
5.2	43	42	11	20	0
5.3	39	52	23	1	0
5.4	53	40	7	15	1
5.5	46	28	6	28	8
5.6	49	48	15	4	0
5.7	51	32	10	20	2

Anexo 24 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
5.1	2	5	14	0	0
5.2	8	9	4	0	0
5.3	6	7	6	0	2
5.4	8	3	2	8	0
5.5	12	5	0	2	2
5.6	4	9	8	0	0
5.7	4	3	4	8	2

Anexo 25 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
5.1	7	9	24	0	0
5.2	6	24	10	0	0
5.3	7	20	13	0	0
5.4	16	14	8	2	0
5.5	14	18	7	1	0
5.6	5	19	16	0	0
5.7	11	20	9	0	0

Anexo 26 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Desenvolvimento Académico”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
5.1	0	4	21	0	0
5.2	0	6	17	2	0
5.3	0	6	19	0	0
5.4	6	8	11	0	0
5.5	2	8	11	4	0
5.6	2	4	19	0	0
5.7	2	4	14	4	1

Anexo 27 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	43	12	6	8	1
6.2	39	19	6	4	2
6.3	35	25	7	2	1
6.4	40	16	10	3	1
6.5	37	14	9	9	1
6.6	30	18	18	4	0
6.7	35	16	17	2	0
6.8	35	11	17	5	2
6.9	29	13	11	15	2
6.10	30	17	12	10	1
6.11	35	15	8	11	1
6.12	22	12	4	26	4
6.13	31	12	3	21	1
6.14	25	11	5	26	1

Anexo 28 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	49	42	22	4	0
6.2	38	47	29	3	0
6.3	48	29	39	1	0
6.4	43	38	35	1	0
6.5	40	41	34	2	0
6.6	29	30	55	2	0
6.7	35	35	47	0	0
6.8	38	34	36	6	3
6.9	42	38	22	15	0
6.10	44	35	31	6	1
6.11	48	33	22	13	1
6.12	39	43	7	28	0
6.13	40	41	23	13	0
6.14	51	31	13	21	1

Anexo 29 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	4	13	4	0	0
6.2	2	5	13	0	1
6.3	0	9	12	0	0
6.4	0	5	16	0	0
6.5	0	7	14	0	0
6.6	0	3	18	0	0
6.7	0	5	16	0	0
6.8	2	5	14	0	0
6.9	8	5	6	2	0
6.10	2	9	10	0	0
6.11	8	7	4	2	0
6.12	6	5	6	4	0
6.13	8	7	4	0	2
6.14	4	5	8	2	2

Anexo 30 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	3	20	17	0	0
6.2	1	13	26	0	0
6.3	2	15	23	0	0
6.4	3	11	26	0	0
6.5	4	11	25	0	0
6.6	3	5	32	0	0
6.7	3	9	28	0	0
6.8	4	12	24	0	0
6.9	3	13	23	1	0
6.10	3	8	28	1	0
6.11	7	18	13	1	1
6.12	7	19	14	0	0
6.13	8	14	16	1	1
6.14	9	20	9	2	0

Anexo 31 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Profissionalismo com Profissionalidade”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	0	12	13	0	0
6.2	0	4	21	0	0
6.3	0	6	19	0	0
6.4	0	0	25	0	0
6.5	0	2	23	0	0
6.6	0	4	21	0	0
6.7	0	4	21	0	0
6.8	0	10	15	0	0
6.9	2	8	15	0	0
6.10	0	8	17	0	0
6.11	2	10	9	0	4
6.12	2	6	13	2	2
6.13	4	6	15	0	0
6.14	0	8	15	2	0

Anexo 32 - Respostas do 2.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	26	6	2	30	4
6.2	27	8	0	29	4
6.3	36	9	4	15	4
6.4	34	15	8	11	0

Anexo 33 - Respostas do 3.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	63	24	12	18	0
6.2	59	32	9	17	0
6.3	65	33	7	12	0
6.4	45	32	35	5	0

Anexo 34 - Respostas do 4.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	6	7	4	4	0
6.2	6	5	8	2	0
6.3	4	7	7	2	1
6.4	0	5	16	0	0

Anexo 35 - Respostas do 5.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	10	23	5	2	0
6.2	9	20	10	1	0
6.3	12	23	4	1	0
6.4	7	3	29	1	0

Anexo 36 - Respostas do 6.º Ano relativamente à aquisição das competências essenciais no tópico “Provedor do Doente”

Competência	Nível Básico	Nível Intermédio	Nível Avançado	Não adquiri	Não respondeu
6.1	9	12	4	0	0
6.2	0	14	11	0	0
6.3	9	6	8	2	0
6.4	0	2	23	0	0

Bibliografia

1. Davies H. Competence-based curricula in the context of Bologna and EU higher education policy. *Pharmacy (Basel)*. 2017 Mar 26;5(2).
2. Council recommendation of 22 May 2017 on the European Qualifications Framework for lifelong learning and repealing the recommendation of the European Parliament and of the Council of 23 April 2008 on the establishment of the European Qualifications Framework for lifelong learning.
3. Magnusson K, Osborne J. The rise of competency-based education: a deconstructionist analysis. *J Educ Thought (JET) / Rev Pensée Éduc*. 1990;24(1):5–13. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/23768470>.
4. Nodine TR. How did we get here? A brief history of competency-based higher education in the United States. *J Competency-Based Educ*. 2016 Apr;1(1):5–11.
5. Frank JR, Mungroo R, Ahmad Y, Wang M, De Rossi S, Horsley T. Toward a definition of competency-based education in medicine: a systematic review of published definitions. *Med Teach*. 2010;32(8):631–7.
6. Cooney R, Chan TM, Gottlieb M, Abraham M, Alden S, Mongelluzzo J, et al. Academic primer series: key papers about competency-based medical education. *West J Emerg Med*. 2017 Jun;18(4):713–20.
7. Stodel EJ, Wyand A, Crooks S, Moffett S, Chiu M, Hudson CCC. Designing and implementing a competency-based training program for anesthesiology residents at the University of Ottawa. *Anesthesiol Res Pract*. 2015;2015:1–7.
8. Ford K. Competency-based education: history, opportunities, and challenges. 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/281444311>.
9. Al-Eyd G, Achike F, Agarwal M, Atamna H, Atapattu DN, Castro L, et al. Curriculum mapping as a tool to facilitate curriculum development: a new School of Medicine experience. *BMC Med Educ*. 2018 Aug 6;18(1):185.
10. Joyner Melito HS. Curriculum mapping: a method to assess and refine undergraduate degree programs. *J Food Sci Educ*. 2016 Jul;15(3):83–100.
11. Komenda M, Víta M, Vaitsis C, Schwarz D, Pokorná A, Zary N, et al. Curriculum mapping with academic analytics in medical and healthcare education. *PLoS One*. 2015;10(12):e0143748.
12. Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal. Conselho das Escolas Médicas Portuguesas (2021). Disponível em: <https://www.cemp.pt/>.
13. Frank J, Snell L, Sherbino J. CanMEDS 2015 physician competency framework. 2015. Disponível em: <https://canmeds.royalcollege.ca/en/framework>.
14. Harden RM, Stamper N. What is a spiral curriculum? *Med Teach*. 1999 Jan;21(2):141–3.
15. Hardy LJ, Neve H. Professionalism and leadership in medical education: how do they differ and how are they related? *BMJ Leader*. 2019 Sep;3(3):67–8.