

## Competências Abordadas no Curso de Medicina: Percepção de Internos de Formação Geral e Específica

### Competencies Addressed During Undergraduate Medical Education: Perceptions of Foundation Year and Specialty Trainee Doctors

Mariana LOPES  1, Inês ROSENDO 1,2, Carlos SEIÇA CARDOSO 1,3  
**Acta Med Port (In Press)** • <https://doi.org/10.20344/amp.23368>

#### RESUMO

**Introdução:** A educação médica deve adaptar-se às necessidades da sociedade, garantindo que as competências adquiridas pelos alunos correspondem às percecionadas como necessárias a uma atividade médica de qualidade. Pretendeu-se avaliar as percepções de médicos internos formados entre 2020/21 a 2022/23 na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, atualmente a desempenhar funções como internos de formação geral ou específica, relativamente às competências adquiridas durante o curso. Secundariamente, pretendeu-se avaliar as disparidades entre as diferentes fases da carreira médica.

**Métodos:** Aplicámos um questionário *online* (escala de Likert de 5 pontos) constituído por cinco subtemas: competências gerais, capacidades práticas, prestação no serviço de urgência, capacidades de comunicação e valores e atitudes. Realizámos estatística descritiva e inferencial.

**Resultados:** Obtivemos uma amostra de 381 participantes (193 médicos de formação geral e 188 de formação específica). As competências com melhor avaliação incluíram a ética médica, abordagem holística do doente, anamnese e comunicação. As competências percecionadas negativamente englobaram os procedimentos técnicos, gestão e prescrição terapêutica, orientação social dos doentes, cuidados paliativos, capacidade de liderança e conhecimento sobre a organização do Serviço Nacional de Saúde. Observámos diferenças entre as várias fases da carreira médica, nomeadamente na resolução de problemas e criatividade, prescrição, liderança e gestão de situações de pressão.

**Conclusão:** Estes resultados reforçam a necessidade de reestruturar a formação com mais treino prático e desenvolvimento de competências não-técnicas, para melhor preparar os futuros médicos face aos desafios clínicos atuais.

**Palavras-chave:** Competência Clínica; Educação Baseada em Competências; Educação Médica; Internato e Residência; Portugal

#### ABSTRACT

**Introduction:** Medical education must adapt to society's needs, ensuring that the skills acquired by students align with those perceived as necessary for high-quality medical practice. The aim of this study was to assess the perceptions of medical trainees who graduated from University of Coimbra's Faculty of Medicine between 2020/21 and 2022/23, currently working as foundation year or specialty trainee doctors, regarding competencies acquired during training. Secondarily, we aimed to evaluate differences across medical career stages.

**Methods:** We applied an online questionnaire (5-point Likert scale) covering five domains: general competencies, practical skills, emergency department performance, communication skills, and professional values. Descriptive and inferential statistics were applied.

**Results:** The sample included 381 participants (193 foundation year doctors and 188 specialty trainees). The highest-rated competencies were medical ethics, holistic patient approach, history-taking and clinical communication. Areas of perceived deficiency involved technical procedures, therapeutic management and prescribing, patient social navigation, palliative care, leadership skills and National Health Service organizational knowledge. Differences were observed between career stages in problem-solving, prescribing, team leadership and pressure management.

**Conclusion:** These findings highlight the need to restructure training and strengthen practical instruction and develop non-technical competencies, to better prepare future doctors for clinical challenges.

**Keywords:** Clinical Competence; Competency-Based Education; Education, Medical; Internship and Residency; Portugal

#### KEY MESSAGES

- A educação médica deve adaptar-se às necessidades atuais, sendo inevitável a atualização dos objetivos educacionais.
- Foram avaliadas as percepções de 381 médicos internos relativamente às competências adquiridas durante a sua formação na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC).
- É necessário reforçar competências práticas e competências relacionadas com gestão de situações complexas e conhecimentos sobre o Serviço Nacional de Saúde.
- Este estudo sugere a necessidade de reformulação do currículo médico na FMUC.
- Limitações: avaliação através da autoperceção, distribuição desigual entre os grupos, viés de seleção, voluntariado e memória.

1. Faculdade de Medicina. Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal.

2. Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro. Coimbra. Portugal.

3. Unidade de Saúde Familiar Condeixa. Coimbra. Portugal.

 Autor correspondente: Mariana Portela Lopes. [marianalopes0722@gmail.com](mailto:marianalopes0722@gmail.com)

Revisto por/Reviewed by: Diogo Duarte Dias

Recebido/Received: 12/05/2025 - Aceite/Accepted: 16/10/2025 - Publicado Online/Published Online: 14/11/2025

Copyright © Ordem dos Médicos 2025



## INTRODUÇÃO

Os modelos de ensino médico têm evoluído num esforço contínuo de adaptação às exigências sociais, científicas e tecnológicas de cada época. Desde a proposta do primeiro modelo que sistematizou o ensino médico em universidades e hospitais universitários em 1910, até aos modelos atuais centrados em competências e resultados de aprendizagem, a educação médica procura responder às necessidades de uma prática clínica cada vez mais complexa e multidisciplinar.<sup>1</sup>

A partir de 2000, a educação baseada em *outcomes* (OBE), proposta por Tyler em 1949, tornou-se o principal paradigma na formação em saúde,<sup>2</sup> orientando o processo educativo para os resultados de aprendizagem predefinidos, guiando decisões curriculares, estratégias de ensino e avaliação. Assim, a OBE permite avaliar com base na concretização dos *outcomes*, identificar problemas no currículo e, se necessário, implementar melhorias.<sup>3</sup>

Deste modo, os resultados de aprendizagem compreendem o programa de formação médica e o nível de competências esperado do aluno aquando da conclusão do curso.<sup>4</sup>

A transição entre o ensino pré-graduado e o início da prática clínica representa um período crítico para os médicos recém-formados, exigindo a aplicação dos conhecimentos adquiridos, mas também a integração de competências práticas, atitudes profissionais e capacidade de adaptação a um ambiente de trabalho dinâmico e desafiador.<sup>1</sup>

Assim, a competência médica integra a utilização judiciosa da comunicação, conhecimento, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária, em benefício do indivíduo e da comunidade atendidos.<sup>5</sup> Resulta da interação dinâmica entre o médico, o doente e o contexto de prática, desenvolvendo-se através da aprendizagem reflexiva, tomada de decisões e resolução de problemas. Envolve a capacidade de adaptação a cada caso, aplicar recursos cognitivos e experiência prática para agir com segurança e eficácia.<sup>6,7</sup> Deste modo, espera-se que as competências sejam, no mínimo, equivalentes aos resultados de aprendizagem estabelecidos, tornando os dois conceitos equiparáveis no momento da graduação.<sup>4</sup>

Diversas matrizes de competências<sup>4,6-12</sup> foram elaboradas para guiar as escolas médicas, constituindo-se como referência para o desenvolvimento e avaliação da educação médica, passível de ser adaptada ao contexto local,<sup>10</sup> sendo exemplo o *Tuning Project*, que define resultados de aprendizagem/competências para os cursos de Medicina europeus, auxiliando o planeamento curricular e assegurando padrões europeus de aptidão para a prática médica.<sup>13</sup> As matrizes de competências encontram-se divididas por domínios: profissionalismo, conhecimento médico, competências técnicas, comunicação, relações interpessoais, organização dos sistemas de saúde, ética, valores e atitudes.<sup>7</sup>

O currículo médico deve, por isso, integrar ciências biomédicas básicas, prática clínica, competências técnicas e comunicacionais, ciências comportamentais e sociais adaptadas ao contexto e cultura locais, e princípios de ética profissional, assegurando uma formação abrangente e adaptada às exigências da prática médica.<sup>1,6</sup> A aquisição dos resultados de aprendizagem tem responsabilidade partilhada tanto pela escola médica e o local de ensino como do próprio estudante de Medicina.<sup>8</sup>

Assim, as faculdades de Medicina devem avaliar o progresso de aprendizagem dos seus alunos de forma contínua,<sup>6,8</sup> com vista ao cumprimento dos objetivos institucionais.<sup>10</sup> Desta forma, é esperado que a escola médica apresente múltiplos métodos avaliativos,<sup>8</sup> que, quando bem conduzidos, promovam o crescimento pessoal e profissional dos estudantes e aprimorem o processo educativo.<sup>7</sup>

O curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC) segue um modelo misto, organizado em duas fases principais: um ciclo básico (1.º ao 3.º ano), focado as ciências fundamentais da saúde, e um ciclo clínico (4.º ao 6.º ano), que inclui o estágio programado e orientado no último ano. Ao longo da formação, os alunos complementam o currículo obrigatório com unidades curriculares (UC) opcionais semestrais. A avaliação é composta por componentes teóricas (exames escritos) e práticas (trabalhos, apresentações e desempenho clínico), refletindo uma abordagem integrada de ensino.

A educação médica deve manter-se relevante e alinhada com as necessidades e exigências da sociedade atual, garantindo uma resposta eficaz e apropriada às expectativas dos doentes.<sup>7,10</sup> Nesse sentido, a atualização dos objetivos educacionais é inevitável face às constantes mudanças na sociedade portuguesa, obrigando à modificação nos padrões de atendimento médico e no modo de aprendizagem dos estudantes.<sup>1</sup> São ilustrativos disso a globalização, o envelhecimento populacional, a diversidade cultural, o aumento das doenças crónicas, o desenvolvimento de tecnologias e a maior procura e exigência nos cuidados de saúde, que impõem uma reformulação no ensino médico, especialmente na educação pré-graduada. Além do domínio técnico e analítico, devem desenvolver competências em comunicação, gestão, política e liderança, promovendo uma educação multidisciplinar e interprofissional. Para tal é crucial atualizar e flexibilizar os currículos médicos,<sup>1</sup> assegurando que os futuros médicos acompanhem as transformações na saúde da população, nos sistemas de cuidados de saúde e na evolução das tecnologias de diagnóstico, tratamento e gestão das doenças.<sup>6,8</sup>

A autoavaliação não se constitui como um indicador objetivo da competência individual. Contudo, as autoavaliações em grupo são uma medida válida da aquisição dos resultados de aprendizagem e, portanto, úteis na avaliação dos programas de ensino. Assim, no contexto português, a autoavaliação de médicos recém-graduados pode ser particularmente útil para a avaliação e melhoria do currículo.<sup>13</sup>

Este estudo teve como objetivo avaliar as percepções de médicos que concluíram o curso de Medicina na FMUC e que atualmente desempenham funções como internos de formação geral (IFG) ou internos de formação específica (IFE), relativamente às competências adquiridas durante o curso. Posteriormente, pretendeu-se avaliar diferenças nas respostas entre os médicos internos em diferentes fases da carreira médica.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo e seleção dos participantes

Realizámos um estudo observacional e transversal que incluiu médicos internos que concluíram o curso de Medicina na FMUC entre os anos letivos 2020/21 e 2022/23, atualmente a desempenhar funções como IFG ou nos primeiros anos da formação específica (FE). Foram excluídos alunos de Medicina, médicos que concluíram o curso numa outra escola médica que não a FMUC e questionários incompletos ou que não prenchessem os critérios temporais estabelecidos.

O tamanho da amostra foi determinado através de uma ferramenta de cálculo *online* ([www.qualtrics.com](http://www.qualtrics.com)), com um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, resultando numa estimativa amostral mínima de 270 participantes.

### Recolha de dados

Uma vez que a solicitação da divulgação do questionário através dos canais institucionais oficiais foi recusada, a recolha de dados limitou-se a plataformas não oficiais (redes sociais e grupos de turma) de antigos estudantes do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da FMUC pertencentes aos anos incluídos no estudo, com divulgação em ‘bola de neve’. O questionário incluía uma breve nota introdutória que descrevia sucintamente o estudo, reforçava o carácter voluntário da participação e garantia o anonimato das respostas. A participação estava condicionada ao preenchimento do consentimento informado.

O questionário foi baseado em listas de competências publicadas entre 2003 e 2021<sup>4,6-12</sup> e encontrava-se estruturado em duas partes. A primeira incluía a nota introdutória, o consentimento informado e recolha dos dados sociodemográficos para caracterização da amostra tais como idade, sexo, ano de conclusão do MIM da FMUC, função atual (IFG/IFE) e, no caso de IFE, a especialidade e ano. A segunda parte encontrava-se organizada em cinco subtemas de acordo com os objetivos do estudo: aquisição de competências gerais, capacidades práticas, prestação no serviço de urgência, capacidades de comunicação, e valores e atitudes. Cada subtema incluía itens com cinco opções de resposta, de acordo com a escala de Likert de 5 pontos, onde os participantes avaliavam quanto se sentiam capazes de realizar as tarefas descritas. No total, o questionário continha 61 itens.

Antes de ser aplicado, o estudo foi submetido e aprovado pela Comissão de Ética da FMUC (Processo CE-124/2024). O questionário foi primeiramente consensualizado entre peritos (dois professores e um aluno), sendo posteriormente realizado um pré-teste com um grupo de dez alunos para avaliar a clareza dos enunciados, identificar possíveis dificuldades de interpretação e estimar o tempo necessário para o preenchimento.

### Análise dos dados

Os dados foram analisados com recurso ao programa IBM® SPSS® Statistics, versão 28 para Mac OS®, após a sua compilação e organização numa base de dados criada no Microsoft Excel® 2013. Foram aplicados métodos de estatística descritiva e inferencial. Considerou-se o valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo.

Além disso, para verificar a existência de diferenças nas respostas entre os IFG e os IFE, procedeu-se à formação de três grupos: FG, FE1 (formação específica – 1.º ano) e FE2 (formação específica – 2.º ano). A normalidade da distribuição dos dados foi avaliada através dos testes de Kolmogorov-Smirnov para cada variável. Dado que os dados não seguiam uma distribuição normal, optou-se por utilizar testes não paramétricos para a comparação dos grupos, tendo sido aplicado o teste de Kruskal-Wallis para analisar as distribuições das respostas relativamente às diversas competências médicas. A comparação baseou-se na mediana (Md) e intervalos interquartil (IIQ) das respostas em cada grupo.

## RESULTADOS

Foram recolhidas 411 respostas, das quais 30 foram excluídas por não cumprirem o critério de ano de conclusão do curso de Medicina definido na secção anterior, resultando numa amostra de 381 participantes (Fig. 1). Observou-se uma

maior participação de médicos internos de FG ( $n = 193$ ; 50,7%) comparativamente aos dois primeiros anos de FE ( $n = 188$ ; 49,4%), com uma tendência decrescente nas taxas de resposta consoante o ano de conclusão do curso (2022/23 > 2021/22 > 2020/21).

A amostra (Tabela 1) foi composta por 193 internos de FG e 188 de internos de FE, com idades compreendidas entre os 24 e os 40 anos ( $26,56 \pm 2,07$  anos).

Relativamente à aquisição de competências gerais (Tabela 2), as áreas mais bem avaliadas apresentadas com média (méd) superior foram “Colher uma história clínica completa” (méd = 4,64), “Propor diagnósticos válidos” (méd = 4,25), “Fazer uma lista de problemas” (méd = 4,22), “Investigar uma hipótese de diagnóstico” (méd = 4,18) e “Fazer registos clínicos de forma adequada” (méd = 4,14). Em contrapartida, as competências com menor percepção de preparação incluíram “Orientar as pessoas nas estruturas de suporte social disponíveis para os doentes” (méd = 2,58), “Lidar com doentes em cuidados paliativos” (méd = 2,78), “Orientar as pessoas na estrutura, organização e funcionamento do Serviço Nacional de Saúde (SNS)” (méd = 3,11), “Prescrever as intervenções terapêuticas farmacológicas adequadas” (méd = 3,26), “Lidar com doentes com problemas múltiplos e complexos” (méd = 3,36) e “Prescrever as intervenções terapêuticas não farmacológicas adequadas” (méd = 3,43).

Nas capacidades práticas (Tabela 3), os participantes pontuam favoravelmente “Colher sangue arterial” (méd = 4,39) e “Obter um consentimento informado para um procedimento” (méd = 4,15).

Contudo, competências como “Fazer uma punção venosa ou colocar um cateter venoso periférico” (méd = 2,01), “Prescrever um esquema de insulinoterapia” (méd = 2,55), “Interpretar um eletrocardiograma” (méd = 3,21) e “Calcular a dose de um fármaco a prescrever” (méd = 3,27) foram fracamente avaliadas.

A prestação no serviço de urgência, nas competências avaliadas, obteve uma avaliação positiva.

Quanto à comunicação com o doente/comunidade (Tabela 4), as valências com melhor pontuação englobam “Explicar ao doente/utente e acompanhante, de modo comprehensível, os procedimentos a serem realizados” (méd = 4,33), “Compreender a perspetiva do paciente, o que ele pensa e sente” (méd = 4,24) e “Ouvir o paciente sem interromper e criar/manter conexão pessoal” (méd = 4,25).

Por sua vez, na área da comunicação e relações interpessoais com a equipa de saúde (Tabela 4) destacam-se positivamente “Trabalhar em equipa” (méd = 4,35) e “Interagir com colegas e demais profissionais de saúde visando um cuidado integrado do doente” (méd = 4,25). No entanto, competências como “Liderar uma equipa” (méd = 3,09) e “Lidar com pessoas com défice sensorial” (méd = 3,13) foram percecionadas com uma preparação insuficiente.

Em relação aos valores e atitudes (Tabela 5), as áreas “Entender o princípio subjacente ao consentimento informado” (méd = 4,77), “Entender o princípio da confidencialidade profissional” (méd = 4,77) e “Acreditar que é essencial ter uma visão holística do doente” (méd = 4,68) foram positivamente avaliadas, contrariamente às áreas “Sente-se confiante para aceitar mais responsabilidade clínica” (méd = 3,35) e “Tem um bom entendimento da legislação sobre prática médica” (méd = 3,11).

### **Comparação entre anos de formação**

Para averiguar diferenças nas respostas entre os IFG e os IFE, procedeu-se à formação de três grupos: FG, FE1 e FE2. Sendo que 58 IFE não especificaram o ano em que se encontravam, as suas respostas não foram incluídas nesta análise. Assim, os três grupos desta análise foram constituídos por 193 FG, 97 FE1 e 33 FE2.

Relativamente às competências gerais [Apêndice – Tabela 1 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com.revista/index.php/amp/article/view/23368/15812>)], salientam-se a investigação de hipóteses de diagnóstico (“Investigar uma hipótese de diagnóstico”,  $p = 0,001$ ), a prescrição terapêutica farmacológica (“Prescrever as intervenções terapêuticas farmacológicas adequadas”,  $p < 0,001$ ), bem como a não farmacológica (“Prescrever as intervenções terapêuticas não farmacológicas adequadas”,  $p < 0,001$ ).

Na aquisição de competências práticas [Apêndice 1 – Tabela 2 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com.revista/index.php/amp/article/view/23368/15812>)], observaram-se diferenças em “Calcular a dose de um fármaco a prescrever” ( $p < 0,001$ ) e “Realização de resuscitação cardiopulmonar básica” ( $p = <0,001$ ).

Relativamente às competências comunicacionais [Apêndice 1 – Tabela 3 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com.revista/index.php/amp/article/view/23368/15812>)], a liderança e gestão de equipas (“Liderar uma equipa,  $p < 0,001$ ”) e a gestão de situações de pressão (“Gerir de forma confortável situações de pressão, receios, angústias”,  $p < 0,008$ ) apresentaram medianas mais altas comparativamente às fases iniciais da carreira médica.

Nos valores e atitudes [Apêndice – Tabela 4 (Apêndice 1: <https://www.actamedicaportuguesa.com.revista/index.php/amp/article/view/23368/15812>)], as competências que sobressaem foram a resolução de problemas e criatividade

("Sente-se capaz de olhar para um problema e encontrar soluções criativas ou inovadoras",  $p < 0,001$ ), autonomia no cuidado ao doente ("Sente-se preparado para ser responsável por doentes",  $p < 0,001$ ) e flexibilidade perante mudanças no SNS e evolução médica ("Sente-se à vontade para lidar com os avanços da medicina e com as alterações no SNS",  $p = 0,045$ ). Nas restantes competências não se encontraram diferenças significativas.

## DISCUSSÃO

As percepções dos médicos internos, enquanto agentes diretamente envolvidos na transição entre a formação académica e a prática profissional, oferecem uma visão única sobre a adequação dos resultados de aprendizagem às necessidades reais dos sistemas de saúde e da sociedade. Desta forma, foi possível obter uma perspetiva geral acerca da percepção de médicos que concluíram o MIM da FMUC e que atualmente desempenham funções como IFG ou IFE, relativamente às competências adquiridas durante o curso. Os resultados permitiram identificar os pontos fortes do currículo em vigor, assim como as áreas passíveis de melhoria. De notar que a maioria das competências foram autoavaliadas positivamente.

As competências com as menores médias refletem as áreas em que os participantes se sentem menos preparados ao iniciar a sua carreira profissional. Destacam-se as competências práticas com pior avaliação, indicando uma percepção de preparação insuficiente após a conclusão do curso. Este facto revela uma lacuna significativa na formação prática, com destaque nos procedimentos técnicos como realizar uma punção venosa ou colocar um cateter venoso periférico, prescrever fármacos e interpretar eletrocardiogramas. Este achado poderá estar relacionado com as oportunidades limitadas para praticar em doentes reais ou simulações, resultando numa menor confiança dos médicos em realizar estes procedimentos e a prescrever tratamentos dirigidos quando iniciam o internato. Estes resultados vão ao encontro de estudos realizados em Portugal,<sup>13</sup> no Reino Unido<sup>14,15</sup> e no Peru<sup>16</sup> que também identificaram insuficiências na formação de competências práticas durante o curso de Medicina.

Relativamente à prescrição de fármacos em particular, observaram-se dificuldades tanto na prescrição de intervenções terapêuticas farmacológicas adequadas à situação clínica, nomeadamente a prescrição de esquemas de insulinoterapia e antidiabéticos orais, como no cálculo da dose de fármaco a prescrever. A dificuldade na prescrição é igualmente descrita em estudos anteriores,<sup>13-15</sup> sendo necessária uma melhor integração entre a teoria farmacológica e os cenários clínicos reais, apostando numa abordagem mais prática da farmacologia clínica em lugar da abordagem tradicional.

Da mesma forma, identificaram-se dificuldades na gestão de situações complexas, como lidar com cuidados paliativos, multimorbilidade e défices sensoriais. Estas insuficiências foram também indicadas num estudo português,<sup>17</sup> reforçando que a escassa exposição a estes cenários durante o curso impacta negativamente a preparação e confiança para lidar com necessidades de saúde específicas e complexas.<sup>14</sup>

Também foram observadas fragilidades em competências relacionadas com a orientação do utente nas estruturas de suporte social disponíveis, na organização e funcionamento do SNS e o entendimento da legislação sobre a prática médica. Estas áreas, do âmbito técnico-legal, fracamente avaliadas, revelam que os médicos recém-graduados não estão familiarizados com a legislação e tarefas administrativas, porventura associado à escassa literacia nesta área durante a formação médica.<sup>13-15,17</sup>

Quanto à comunicação e relações interpessoais com a equipa de saúde, destaca-se a dificuldade na liderança de equipas, possivelmente associada à falta de oportunidades de treino em liderança e gestão de recursos em contextos clínicos reais ou simulados. Apesar da limitada investigação na área, estes achados são concordantes com artigos que mencionam a escassa atenção prestada pelo currículo médico às competências de liderança, especialmente quando comparadas com as competências académicas e técnicas.<sup>18</sup> Uma vez que as capacidades de liderança e gestão são essenciais para um sistema de saúde de alta qualidade,<sup>19</sup> é fundamental que o envolvimento nesta área tenha um início precoce, ainda durante a formação médica pré-graduada. Para tal, o currículo médico deverá integrar de forma estruturada o treino em liderança, por exemplo, através de atividades práticas e cenários clínicos.<sup>18,19</sup>

Por outro lado, dentro das competências em que os participantes demonstram maior confiança, há uma ênfase clara nos valores e atitudes, destacando-se os princípios éticos inerentes ao consentimento informado e à confidencialidade profissional. Estes resultados refletem uma forte compreensão dos valores éticos basilares da prática médica, corroborando a investigação portuguesa existente na área.<sup>13</sup>

Do mesmo modo, os participantes sentem que podem aprender com outros profissionais de saúde, compreendendo o papel da equipa de enfermagem, bem como o seu papel enquanto internos e reconhecendo as diferentes responsabilidades de cada interveniente. Esses achados são apoiados por estudos realizados no Reino Unido<sup>14,15</sup> e na Austrália.<sup>20</sup>

As competências relacionadas com a comunicação e empatia pelo doente foram igualmente bem avaliadas pelos

participantes.<sup>17,19</sup> Contudo, sublinha-se que esta autoperceção pode não estar totalmente ajustada à realidade da prática clínica. Em 2019, um estudo realizado na FMUC<sup>21</sup> revelou que os níveis de empatia oscilam ao longo da formação, diminuindo acentuadamente nos últimos três anos do curso. Portanto, é possível que os participantes, na ausência de feedback e reflexão crítica, não consigam concretizar uma relação empática com o doente, apesar de se sentirem preparados para tal. Assim, torna-se essencial implementar estratégias para garantir que a autoperceção atenda às competências efetivamente demonstradas.

De acordo com o currículo, algumas das competências apontadas como insuficientes estão contempladas em UC obrigatórias como a prescrição farmacológica (Farmacologia I e II, e nas diversas UC aquando do tratamento farmacológico específico para a patologia) e a interpretação de eletrocardiogramas (Fisiologia e Cardiologia). As competências relacionadas com os cuidados paliativos e a gestão do SNS são abordadas em UC opcionais (Cuidados Paliativos e Terapêutica da Dor, Economia e Gestão da Saúde). Há ainda competências sem cobertura curricular formal como as capacidades de liderança e os procedimentos técnicos.

Ao comparar os três grupos (FG, FE1 e FE2), observou-se uma melhoria progressiva na avaliação da percepção de preparação em várias competências ao longo da formação especializada, embora as perguntas tenham sido feitas em relação às competências percecionadas no início do internato. Competências como a resolução de problemas e criatividade, prescrição de medicamentos, liderança de equipas e gestão de situações de pressão apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. De notar que é pouco provável que possíveis mudanças no currículo prévio, num curto espaço de tempo, justifiquem as melhores avaliações. Assim, este resultado poderá ser explicado, em parte, pelo viés de memória, considerando que os internos FE2 poderão ter dificuldade em recordar com precisão o seu nível de preparação no início da carreira, avaliando essas competências de forma mais positiva em comparação com os colegas menos experientes. Além disso, a experiência clínica acumulada durante a formação especializada poderá contribuir para uma maior autoconfiança e familiarização de tarefas que, no início da carreira, eram percecionadas como mais desafadoras.

Em contrapartida, as avaliações mais baixas dos IFG e IF1 podem estar relacionadas com a sua menor experiência clínica e exposição reduzida a situações complexas, o que naturalmente conduz a uma menor confiança na execução de determinadas tarefas. Essa falta de experiência prática pode justificar a percepção de menor preparação nesses grupos.<sup>22</sup>

Relativamente às limitações do estudo, embora a avaliação através da autoperceção de um grupo seja válida, apresenta limitações por não refletir objetivamente a competência real dos participantes. O questionário, não validado previamente, foi elaborado com base em listas de competências publicadas, consensualizado por peritos e pré-testado, adequando-se ao contexto estudado. O método de divulgação do questionário, embora direcionado a grupos específicos de alunos (2020/21 a 2022/23), não garantiu a exclusividade de respostas da população-alvo, apesar da exclusão de 30 respostas inconsistentes. A impossibilidade de validação formal visou preservar o anonimato e a taxa de resposta, uma limitação comum conhecida em estudos baseados em autoperceção. A amostra apresenta um tamanho adequado e é representativa da população em estudo, com uma distribuição por sexos que reflete a observada na população escolar (aproximadamente 70% feminino e 30% masculino), reforçando a validade externa dos resultados. Contudo, a distribuição desigual entre os grupos (FG, FE1 e FE2) poderá limitar a generalização dos resultados da análise comparativa. Devem ser considerados possíveis viés de seleção e voluntarismo, já que a colaboração foi baseada na disponibilidade e interesse dos participantes. O facto de o desempenho da prática médica melhorar continuamente com a experiência pode ter influenciado os resultados, exigindo cautela na avaliação retrospectiva da percepção pelos IFE. É de salientar ainda o viés de memória dos internos mais experientes, que podem não recordar com precisão o nível de percepção que atribuiriam às competências no início do internato. Adicionalmente, a percepção dos mesmos acerca do papel da escola médica pode ter sofrido alterações ao longo da experiência clínica.

Para futuros estudos, sugere-se: avaliar grupos homogéneos (por exemplo, apenas IFG) no mesmo momento após início da prática clínica; complementar as autoperceções com avaliações objetivas; incluir perspetivas de doentes sobre as competências comunicacionais; constituir uma amostra alargada de várias escolas médicas, permitindo comparações interinstitucionais e identificação dos pontos fortes de cada uma, de modo a que possam ser implementadas nas outras, melhorando a formação médica globalmente.

## CONCLUSÃO

Este estudo permitiu avaliar as percepções de IFG e IFE, que concluíram o curso de Medicina na FMUC, quanto às competências adquiridas durante a sua formação.

Os resultados demonstraram que a maioria das competências foram percecionadas positivamente quanto ao papel da

escola médica na sua assimilação e preparação. É de realçar o entendimento dos princípios éticos que guiam a prática médica, considerar que pode aprender com outros profissionais de saúde e compreender o seu papel enquanto internos, as suas responsabilidades e limitações. As competências relacionadas com a comunicação e empatia pelo doente foram igualmente bem avaliadas.

Contudo, foram reportadas dificuldades na execução de procedimentos técnicos, como a punção venosa ou a colocação de um cateter venoso periférico, a prescrição de fármacos e a interpretação de eletrocardiogramas. Na prescrição terapêutica particularmente, observaram-se dificuldades tanto na seleção de intervenções farmacológicas adequadas à situação clínica, como na dosagem de fármaco a prescrever, sublinhando a maior dificuldade na prescrição de esquemas de insulinoterapia e antidiabéticos orais. Adicionalmente, os Internos sentiram-se menos preparados para lidar com situações clínicas complexas como cuidados paliativos, doentes com multimorbilidade e pessoas com défice sensorial. O conhecimento sobre o funcionamento do SNS e as estruturas de suporte social para os doentes, aspectos legais da prática médica, bem como o desenvolvimento de competências de liderança durante a formação, foram igualmente insatisfatórias.

Assim, este trabalho sugere a necessidade de reformulação do *curriculum* do MIM da FMUC, incluindo estratégias promotoras do desenvolvimento das competências consideradas de menor preparação. Os resultados obtidos poderão orientar novos estudos, impulsionando a melhoria contínua da formação médica e, consequentemente, médicos mais capacitados para enfrentar os desafios contemporâneos.

## ACKNOWLEDGMENTS

Os autores declaram não ter utilizado ferramentas de inteligência artificial na elaboração do artigo.

## CONTRIBUTO DOS AUTORES

MPL: Recolha e tratamento dos dados, redação do manuscrito.

IR: Metodologia, tratamento dos dados, revisão e edição do manuscrito.

CSC: Metodologia, revisão e edição do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final a ser publicada.

## PROTEÇÃO DE PESSOAS E ANIMAIS

Os autores declaram que os procedimentos seguidos estavam de acordo com os regulamentos estabelecidos pelos responsáveis da Comissão de Investigação Clínica e Ética e de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial atualizada em outubro de 2024.

## CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS

Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação de dados.

## CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente trabalho.

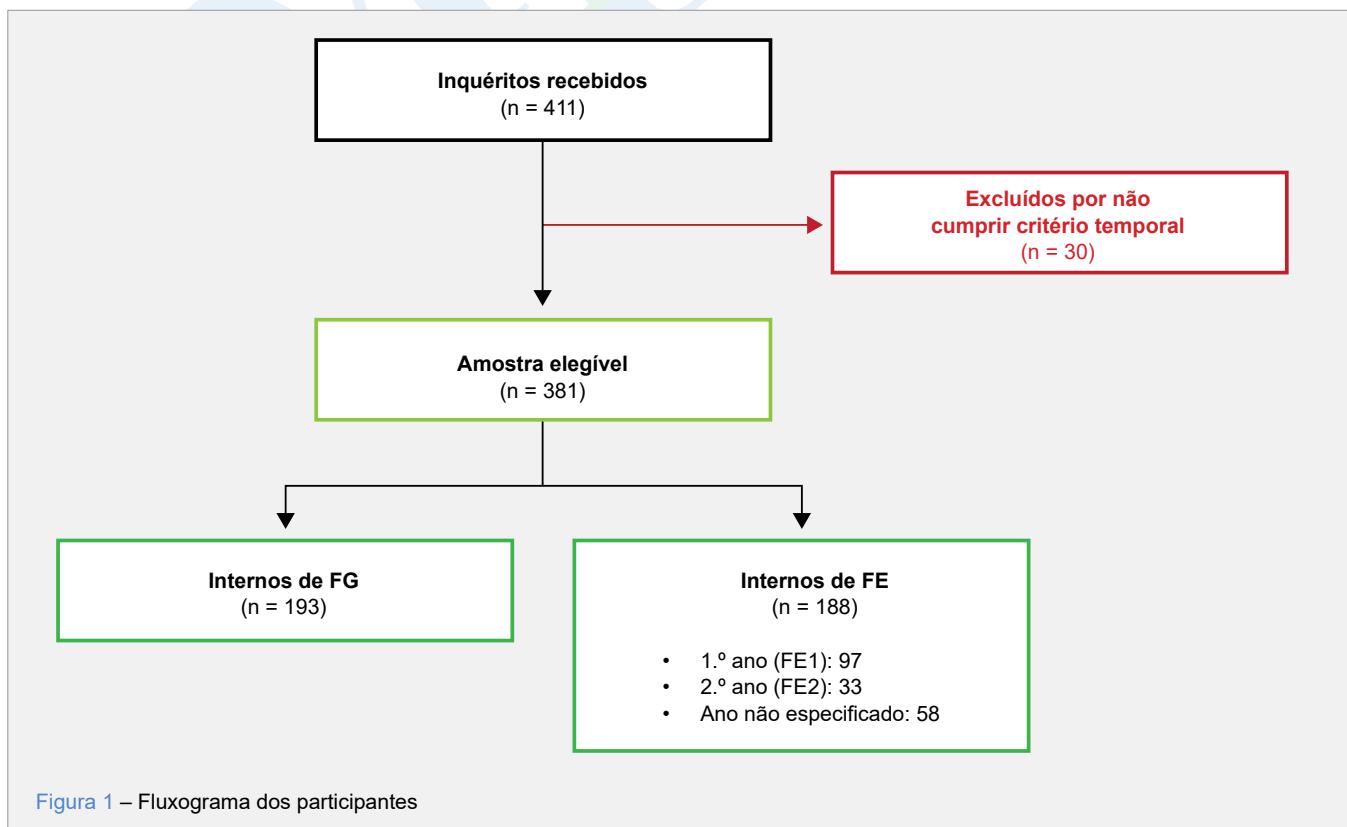
## FONTES DE FINANCIAMENTO

Este trabalho não recebeu qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

## REFERÊNCIAS

1. Conselho de Escolas Médicas Portuguesas. Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal. 2021. [consultado 2025 fev 02]. Disponível em: <https://www.cemp.pt/wp-content/uploads/2021/12/Reflexao-sobre-o-perfil-do-medico-recem-formado-em-Portugal.pdf>.
2. Tyler RW. Basic principles of curriculum and instruction. Chicago: University of Chicago Press; 1949. p. 128.
3. Harden RM, Crosby JR, Davis MH, Friedman M. AMEE Guide No. 14: outcome-based education: part 5-from competency to meta-competency: a model for the specification of learning outcomes. Med Teach. 1999;21:546-52.
4. Cumming A, Ross M. The tuning project for medicine-learning outcomes for undergraduate medical education in Europe. Med Teach. 2007;29:636-41.
5. Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. JAMA. 2002;287:226.
6. Victorino RJ, McKim J. Licenciado médico em Portugal - core graduates learning outcomes project. 2005. [consultado 2025 fev 10]. Disponível em: [https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web\\_gessi\\_docs.download\\_file?p\\_name=F2055226585/licenciadomedico\\_portugal2005-2.pdf](https://sigarra.up.pt/fmup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F2055226585/licenciadomedico_portugal2005-2.pdf).
7. Gontijo ED, Alvim C, Megale L, Melo JR, Lima ME. Matriz de competências essenciais para a formação e avaliação de desempenho de estudantes de medicina. Rev Bras Educ Med. 2013;37:526-39.
8. General Medical Council. Outcomes for graduates 2018. 2018. [consultado 2025 fev 14]. Disponível em: [https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/outcomes-for-graduates-2020\\_pdf-84622587.pdf](https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/outcomes-for-graduates-2020_pdf-84622587.pdf).
9. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 physician competency framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

2015. [consultado 2025 fev 16]. Disponível em: <https://canmeds.royalcollege.ca/en/framework>.
10. World Federation for Medical Education. Basic medical education WFME global standards for quality improvement - the 2020 revision. 2020. [consultado 2025 fev 14]. Disponível em: <https://wfme.org/wp-content/uploads/2022/03/WFME-BME-Standards-2020.pdf>.
  11. Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader CH, Bloch R, Bosman F, Gasser C, et al. Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training - under a mandate of the joint commission of the Swiss medical schools 2008. [consultado 2025 fev 16]. Disponível em: <https://www.bag.admin.ch/dam/it/sd-web/xEF0dnPNWEIU/2008-lzk-humanmedizin-sclo-swiss-catalogue-of-learning-objectives-for-undergraduate-medical-training.pdf>.
  12. General Medical Council. Tomorrow's doctors. 2003. [consultado 2025 fev 17]. Disponível em: <https://www.educacionmedica.net/pdf/documentos/modelos/tomorrowdoc.pdf>.
  13. Diogo PG, Barbosa J, Ferreira MA. A pilot tuning project-based national study on recently graduated medical students' self-assessment of competences - the TEST study. BMC Medical Education. 2015;15:226.
  14. Monrouxe LV, Grundy L, Mann M, John Z, Panagoulas E, Bullock A, et al. How prepared are UK medical graduates for practice? A rapid review of the literature 2009–2014. BMJ Open. 2017;7:e013656.
  15. Morrow G, Johnson N, Burford B, Rothwell C, Spencer J, Peile E, et al. Preparedness for practice: the perceptions of medical graduates and clinical teams. Med Teach. 2012;34:123-35.
  16. Nieto-Gutiérrez W, Zafra-Tanaka JH, Pacheco-Barrios K, Taype-Rondan A. Self-perception of competences in clinical practice among recently graduated physicians from Lima, Peru. Heliyon. 2020;6:e05424.
  17. Babo AM. Aquisição de competências pelos estudantes de medicina. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar; 2010.
  18. Chen TY. Medical leadership: an important and required competency for medical students. Tzu Chi Med J. 2018;30:66-70.
  19. McKimm J, Forrest K. Medical education leadership. In: Dent J, Harden RM, Hunt D, editors. A practical guide for medical teachers - Sixth edition. Section 8: Medical School - Ch.51. Amsterdam: Elsevier Limited; 2021. p.343-51.
  20. Barr J, Ogden KJ, Rooney K, Robertson I. Preparedness for practice: the perceptions of graduates of a regional clinical school. Med J Aust. 2017;206:447-52.
  21. Oliveira M. Evolução dos níveis de empatia no Mestrado Integrado em Medicina: um estudo longitudinal. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2021.
  22. Chaou CH, Yu SR, Chang YC, Ma S De, Tseng HM, Hsieh MJ, et al. The evolution of medical students' preparedness for clinical practice during the transition of graduation: a longitudinal study from the undergraduate to postgraduate periods. BMC Med Educ. 2021;21:260.



**Tabela 1** – Caracterização da amostra

	<b>Frequência (n)</b>	<b>Percentagem (%)</b>
<b>Idade</b>		
Média ± desvio-padrão (anos)	26,56 ± 2,07	
Mínima (anos)	24	
Máxima (anos)	40	
<b>Sexo</b>		
Feminino	262	68,8
Masculino	119	31,2
<b>Ano conclusão</b>		
2022/23	201	52,7
2021/22	138	36,2
2020/21	42	11,1
<b>Função desempenhada atualmente</b>		
Formação geral	193	50,7
Formação específica – 1.º ano	97	25,5
Formação específica – 2.º ano	33	8,7
Formação específica que não refere o ano	58	15,2

Caracterização geral da amostra, segundo idade, sexo, ano de conclusão do MIM da FMUC e a função desempenhada atualmente.

**Tabela 2** – Resultados do subtema “Aquisição de Competências Gerais” por ordem decrescente de médias obtidas

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Escala de Likert (%)</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
Colher uma história clínica completa.	<b>4,64</b>	0,529	0	0,3	1,6	32,5	65,6
Propor diagnósticos válidos.	4,25	0,638	0	1,6	6,3	58,0	34,1
Fazer uma lista de problemas.	4,22	0,789	0,8	2,6	10,0	47,5	39,1
Investigar uma hipótese de diagnóstico.	4,18	0,667	0	1,8	9,2	57,7	31,2
Fazer registos clínicos de forma adequada.	4,14	0,863	1,0	4,5	11,3	45,4	37,8
Realizar um exame físico completo.	4,08	0,830	0	5,2	15,0	46,5	33,3
Aplicar os programas de rastreio universais baseados na evidência.	3,89	0,924	1,6	7,1	18,1	47,5	25,7
Lidar com um doente com dor aguda.	3,77	0,909	1,3	9,2	20,2	50,1	19,2
Propor um plano para um determinado problema.	3,73	0,869	0,3	10,0	23,4	49,3	17,1
Aceder a informação médica com facilidade e atualizarme (revistas científicas, UpToDate, MEDLINE, PubMed).	3,71	1,036	2,6	11,5	21,5	40,4	23,9
Colher uma história sexual de um/a doente.	3,67	0,970	1,0	12,9	23,6	42,5	19,9
Lidar com os aspectos psicossociais da doença.	3,51	0,928	2,9	10,8	29,4	45,9	11,0
Prescrever as intervenções terapêuticas não farmacológicas adequadas.	<b>3,43</b>	0,962	2,9	14,2	30,7	41,2	11,0
Lidar com doentes com problemas múltiplos e complexos.	<b>3,36</b>	0,926	3,1	14,7	32,3	42,8	7,1
Prescrever as intervenções terapêuticas farmacológicas adequadas.	<b>3,26</b>	1,030	5,2	18,6	29,9	37,3	8,9
Orientar as pessoas na estrutura, organização e funcionamento do SNS.	<b>3,11</b>	1,129	7,3	25,2	27,6	28,6	11,3
Lidar com doentes em cuidados paliativos, por exemplo, controlando a dor, oferecer apoio emocional, coordenar com a equipa de cuidados paliativos, etc.	<b>2,78</b>	1,025	9,7	32,5	32,0	21,5	4,2
Orientar as pessoas nas estruturas de suporte social disponíveis para os doentes.	<b>2,58</b>	1,178	18,9	35,4	21,8	16,8	7,1

Escala de Likert: 1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “não concordo nem discordo”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”.

**Tabela 3** – Resultados dos subtemas “Aquisição de Capacidades Práticas” e “Prestação no Serviço de Urgência” por ordem decrescente de médias obtidas

	Média	Desvio-padrão	Escala de Likert (%)				
			1	2	3	4	5
<b>Aquisição de Capacidades Práticas</b>							
Colher sangue arterial.	4,39	0,927	2,6	3,9	3,4	32,3	57,7
Obter um consentimento informado para um procedimento.	4,15	0,987	2,4	5,2	12,3	35,2	44,9
Prescrever um antibiótico (sem referir doses).	3,92	0,908	0,5	8,1	17,8	45,7	27,8
Suturar uma ferida.	3,88	1,148	4,7	9,2	16,5	32,5	37,0
Realizar ressuscitação cardiopulmonar básica (suporte básico de vida).	3,71	0,946	1,3	10,8	23,1	45,1	19,7
Prescrever um esquema de anti-hipertensores.	3,61	0,958	1,8	12,9	23,4	46,5	15,5
Prescrever um esquema de antidiabéticos orais.	<b>3,36</b>	1,026	3,9	18,1	26,5	40,4	11,0
Calcular a dose de um fármaco a prescrever.	<b>3,27</b>	1,146	6,6	21,0	26,5	31,0	15,0
Interpretar um eletrocardiograma.	<b>3,21</b>	1,007	6,0	17,6	32,3	37,5	6,6
Prescrever um esquema de insulinoterapia.	<b>2,55</b>	1,054	16,0	36,7	27,6	16,0	3,7
Fazer uma punção venosa ou colocar um cateter venoso periférico.	<b>2,01</b>	1,112	40,4	34,6	12,6	8,1	4,2
<b>Prestação no serviço de urgência</b>							
Pedir exames complementares de diagnóstico adequados à situação.	4,20	0,651	0,3	2,4	4,5	63,0	29,9
Decidir quais são os problemas urgentes e os que podem ser protelados.	4,01	0,793	0,3	5,0	14,4	54,3	26,0
Dar o encaminhamento correto a um doente em contexto de urgência.	3,85	0,848	0,5	7,6	18,6	53,0	20,2

Escala de Likert: 1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “não concordo nem discordo”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”.

**Tabela 4** – Resultados do subtema “Capacidades de Comunicação” por ordem decrescente de médias obtidas

	<b>Média</b>	<b>Desvio-padrão</b>	<b>Escala de Likert (%)</b>				
			<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>Comunicação com doente/comunidade</b>							
Explicar ao doente/utente e acompanhante, de modo compreensível, os procedimentos a serem realizados.	4,33	0,669	0	1,3	7,3	48,6	42,8
Ouvir o paciente sem interromper e criar/manter conexão pessoal.	4,25	0,671	0	1,0	10,0	52,0	37,0
Compreender a perspetiva do paciente, o que ele pensa e sente.	4,24	0,630	0	0,5	9,2	56,4	33,9
Encorajar o doente/utente a participar nas decisões de modo partilhado.	4,12	0,741	0	3,1	12,6	53,3	31,0
Lidar com pessoas de diferentes grupos sociais.	4,00	0,872	1,6	4,5	15,0	50,1	28,9
Lidar com crianças.	3,88	0,943	1,8	7,9	16,3	48,3	25,7
Utilizar estratégias de comunicação na partilha de más notícias.	3,79	0,872	0,5	8,7	21,3	50,1	19,4
Lidar com pessoas com uma incapacidade física.	3,72	0,950	2,6	7,6	24,4	45,9	19,4
Lidar com pessoas com défice sensorial.	<b>3,13</b>	1,108	7,1	23,1	30,2	28,6	11,0
<b>Comunicação e relações interpessoais com a equipa de saúde</b>							
Trabalhar em equipa.	4,35	0,706	0,5	0,8	7,9	44,4	46,5
Interagir com colegas e demais profissionais de saúde visando um cuidado integrado do doente.	4,25	0,740	0,3	2,1	10,0	47,5	40,2
Comunicar de forma ética, efetiva e profissional com a equipa de saúde.	4,10	0,781	1,0	2,4	12,3	53,5	30,7
Gerir de forma confortável situações de pressão, receios, angústias.	3,54	0,998	3,9	10,2	29,4	41,2	15,2
Liderar uma equipa.	<b>3,09</b>	1,029	5,8	23,6	34,6	28,1	7,9

Escala de Likert: 1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “não concordo nem discordo”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”.

**Tabela 5** – Resultados do subtema “Valores e Atitudes” por ordem decrescente de médias obtidas

	Média	Desvio-padrão	Escala de Likert (%)				
			1	2	3	4	5
Entende o princípio subjacente ao consentimento informado.	<b>4,77</b>	0,456	0	0,3	0,8	20,5	78,5
Entende o princípio da confidencialidade profissional.	<b>4,77</b>	0,472	0	0,5	0,8	19,4	79,3
Sente que pode aprender com outros profissionais da área da saúde.	<b>4,72</b>	0,553	0	1,0	2,1	20,2	76,6
Sente que pode aprender com a equipa de enfermagem.	<b>4,69</b>	0,589	0	1,3	2,6	22,0	74,0
Acredita que é essencial ter uma visão holística do doente.	<b>4,68</b>	0,544	0	0,3	3,1	24,7	71,9
Entende o papel dos internos (de formação geral e de formação específica) e as diferentes responsabilidades comparativamente a um estudante de medicina.	<b>4,67</b>	0,558	0	0,8	2,1	26,5	70,6
Compreende o papel da equipa de enfermagem no hospital.	<b>4,65</b>	0,591	0,5	0,5	1,3	28,9	68,8
Tem receio que os erros que cometer tenham um impacto negativo na saúde do doente.	4,44	0,673	0	1,6	5,5	39,9	53,0
Compreende os limites da minha atividade profissional como interno.	4,25	0,812	0,3	4,2	9,2	42,5	43,8
Sente-se à vontade para lidar com os avanços da medicina e com as alterações no SNS.	3,78	0,919	2,1	6,0	24,7	45,9	21,3
Sente-se preparado para ser responsável por doentes.	3,61	0,955	2,4	11,0	24,9	46,2	15,5
Sente-se capaz de olhar para um problema e encontrar soluções criativas ou inovadoras.	3,60	0,893	1,3	9,7	30,7	44,1	14,2
Sente-se à vontade para lidar com dilemas e questões éticas.	3,55	0,924	1,6	11,5	31,2	41,7	13,9
Sente-se confiante para aceitar mais responsabilidade clínica.	<b>3,35</b>	1,014	4,2	16,8	29,1	39,4	10,5
Tem um bom entendimento da legislação sobre prática médica.	<b>3,11</b>	1,025	5,0	23,9	34,9	27,6	8,7

Escala de Likert: 1 = “discordo totalmente”; 2 = “discordo”; 3 = “não concordo nem discordo”; 4 = “concordo”; 5 = “concordo totalmente”.