REFLEXÃO SOBRE
O PERFIL DO MÉDICO RECÉM-FORMADO EM PORTUGAL

Reflexão 2025

Conselho das Escolas Médicas Portuguesas

Nota de agradecimento

A atualização do documento *"Reflexão sobre o Perfil do Médico Recém-Formado em Portugal"* representa um passo fundamental na contínua valorização e adaptação da formação médica ao contexto do século XXI. Num tempo marcado por rápidas mudanças científicas, tecnológicas e sociais, reafirmamos a importância de um perfil médico ancorado em conhecimento, competência técnica, humanismo e responsabilidade social.

O Conselho das Escolas Médicas Portuguesas (CEMP) renomeou um grupo de trabalho, com representantes de todas as escolas médicas nacionais, cujos cursos estavam aprovados pelas A3ES à data da constituição, e representantes dos respetivos estudantes com o propósito de repensar e atualizar o supracitado documento. O seu contributo traduziu-se num documento que não só respeita a diversidade institucional, como também reflete uma visão convergente sobre o futuro da profissão médica em Portugal.

A todos os colegas que partilharam o seu tempo, a sua experiência e a sua visão, expresso, em nome do ICBAS e em meu nome, o nosso mais sincero agradecimento. Este trabalho coletivo representa o melhor da academia: o diálogo, a reflexão crítica, o rigor e a vontade de construir, juntos, um ensino médico de excelência, ao serviço dos estudantes, da profissão médica e da sociedade.

António Araújo

Professor Catedrático Convidado do ICBAS

Diretor do Mestrado Integrado em Medicina do ICBAS

A visão 2025 da *Reflexão sobre o perfil do médico recém-formado em Portugal* é um documento que foi elaborado por um grupo de trabalho nomeado pelo Conselho das Escolas Médicas Portuguesas, sob coordenação do Professor Doutor António Araújo, com a seguinte constituição:

ESCOLA MÉDICA PORTUGUESA	REPRESENTANTE
Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve	Professora Doutora Natércia Joaquim Professor Doutor Hipólito Nzwalo
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa	Professor Doutor Pedro Póvoa Professora Doutora Ana Maria Rodrigues
Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra	Professor Doutor Henrique Alexandrino Doutor Hugo Camilo
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior	Professor Doutor Miguel Castelo Branco Professor Doutor Pedro Simões
Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa	Professora Doutora Ana Almeida Professor Doutor João Costa
Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	Professor Doutor José Gerardo de Oliveira Professor Doutor Roberto Roncon-Albuquerque
Escola de Medicina da Universidade do Minho	Professor Doutor Jorge Correia-Pinto Professora Doutora Cristina Nogueira-Silva Dr. João Braga Simões Dr.ª Cláudia Leitão
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade Porto	Professor Doutor António Araújo
Associação Nacional de Estudantes de Medicina	Doutor Paulo Simões Doutora Maria Fontão

Índice

1. Porque é importante definir o perfil do médico recém-formado? 5

2. Atualização dos objetivos educacionais em 2021 6

3. Os princípios que têm guiado a formação médica - Contexto histórico 9

4. Perfil do Recém-formado em Medicina em Portugal 16

5. Conclusão 33

1. Porque é importante definir o perfil do médico recém-formado?

A saúde é um dos principais valores, se não o valor máximo, para o bem-estar dos cidadãos e é fundamental para a estabilidade das famílias e para o desenvolvimento das sociedades. Por estes motivos, é fundamental assegurar a formação de médicos de qualidade, capazes de inspirar confiança. Para tal, torna-se necessário garantir um percurso formativo que promova essa qualidade. Ao longo desse percurso, o médico deverá desenvolver conhecimentos científicos, competências técnicas, valores profissionais e atitudes adequadas ao exercício responsável da medicina.

Assim, definir o perfil do médico recém-formado e revê-lo periodicamente é fundamental para que as escolas médicas garantam que os jovens profissionais por elas formados estejam preparados para atender às necessidades da sociedade e capacitados para acompanhar as constantes evoluções da medicina. Aqui estão algumas razões principais para essa importância:

1. **Garantia de capacidade** – Definição das habilidades técnicas e comportamentais que o jovem médico deve possuir para atuar com segurança e eficiência.
2. **Alinhamento curricular** – Permitir que as instituições de ensino alinhem os seus currículos às exigências do mercado e às demandas de saúde da população, possibilitando a aquisição de competências essenciais, tanto técnicas como comportamentais, pelos seus estudantes.
3. **Ética e humanização** – Estabelecer os princípios éticos e humanísticos essenciais para um atendimento médico qualificado e humanizado.
4. **Adaptação ao mercado de trabalho** – Preparar o profissional para os desafios práticos da carreira, seja no setor público, privado, social, académico ou outro.
5. **Transição segura para o internato** – Garantir que o médico recém-licenciado inicia o internato com um nível adequado de autonomia, competências práticas mínimas e um portefólio formativo que permita integração segura e progressão monitorizada.
6. **Atendimento às necessidades da sociedade** – Garantir que o médico esteja apto a lidar com as principais demandas de saúde, incluindo prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças prevalentes.
7. **Desenvolvimento contínuo** – Incentivar a aprendizagem ao longo da vida, promovendo a atualização e o aprimoramento constante.

A definição desse perfil auxiliará as escolas médicas na formação de jovens mais capacitados e alinhados com as expectativas da profissão e da sociedade, permitindo assegurar que estes profissionais estejam não apenas tecnicamente preparados, mas também aptos a lidar com os desafios éticos, sociais e emocionais da prática médica. Esta definição permitirá, ainda, ao médico jovem planear a sua carreira profissional e facilitar a sua integração no mercado de trabalho, quer seja em instituições de saúde, de ensino ou de investigação, capacitando-os para que possam cumprir as suas expectativas profissionais. Por último, esta abordagem integrada permitirá, também, beneficiar toda a sociedade, promovendo um sistema de saúde mais eficiente e humano, com médicos capazes, humanos e satisfeitos profissionalmente.

De acordo com os Standards da World Federation for Medical Education (WFME), publicados em dezembro de 2020, o currículo das escolas médicas deve incluir os requisitos de entrada, duração e organização do programa e suas flexibilidades, o sistema de avaliação e os métodos de apoio ao estudante.

Tendo estes atributos por referência, mas não os tornando vinculativos, o presente documento foca-se nos objetivos curriculares pretendidos no final do curso de medicina nas diversas áreas - valores, comportamentos, habilidades e conhecimentos.

2. Atualização dos objetivos educacionais em 2025

Várias mudanças relevantes ocorreram na sociedade contemporânea, modificando profundamente os padrões da Medicina e também o modo de aprendizagem dos estudantes. Mais do que nunca, os princípios da relação médico-doente assumem-se como nucleares na formação médica integral dos estudantes, futuros profissionais.

O diálogo com a globalização e os fenómenos dela decorrentes — como o envelhecimento populacional, a mobilidade internacional de pessoas e agentes patogénicos, a desinstitucionalização dos cuidados, a diversidade cultural e a prevalência crescente de doenças crónicas — têm tornado evidente a necessidade de uma transformação profunda do quadro de referência em que se organiza o ensino médico, sobretudo no âmbito da educação pré-graduada.

Simultaneamente, vivemos numa sociedade da informação e do conhecimento, com um crescimento exponencial de dados, nem sempre acompanhados da correspondente qualidade ou aplicabilidade clínica. Os estudantes necessitam aprender a crivar e a sintetizar grandes volumes de informação, desenvolvendo pensamento crítico e capacidade de decisão informada — tanto em contextos locais como globais.

Além das competências técnicas, os futuros médicos devem demonstrar capacidades em áreas como a comunicação, as tecnologias de informação, a inteligência artificial, a política de saúde,

o direito, a gestão, a inovação e a liderança. A formação médica exige hoje uma abordagem multidisciplinar e interdependente, que integre diferentes saberes e promova valores de responsabilidade social. Esta evolução implica igualmente uma revisão contínua dos currículos médicos, de forma a acompanhar as necessidades das populações, os avanços tecnológicos e as novas dinâmicas dos sistemas de saúde.

Tendo em conta o contexto anteriormente descrito, os objetivos educacionais de uma escola médica em Portugal devem estruturar-se em torno de cinco pilares:

a) Excelência Científica e Técnica

No contexto da formação médica em Portugal, as escolas médicas devem assegurar uma base científica sólida e uma prática clínica rigorosa, sustentadas pela melhor evidência disponível. Isso implica o domínio profundo das ciências biomédicas e clínicas, bem como a aquisição precoce de competências práticas essenciais. Para atingir estes objetivos, recomenda-se a utilização de metodologias como simulação clínica, aprendizagem baseada em casos e prática supervisionada em contextos reais. A avaliação das competências clínicas pode ser realizada através de instrumentos reconhecidos internacionalmente, incluindo o exame clínico objetivo e estruturado (OSCE), observação direta (*Mini-Clinical Evaluation Exercise* - Mini-CEX), procedimentos observados (*Directly Observed Procedural Skills* - DOPS) e avaliação por múltiplas fontes (*Multisource Feedback* - MSF).

b) Cultura Ética e Segurança do Paciente

O ensino médico deve promover o respeito pela dignidade humana, a empatia, a comunicação interpessoal eficaz e a integridade profissional. A ética não é apenas uma disciplina: deve ser vivida no quotidiano académico como prática transversal que orienta decisões clínicas e relações interprofissionais. Nesse quadro, a formação deve também assegurar a segurança do doente, em linha com as orientações da Organização Mundial da Saúde — identificação correta, gestão de medicação de alto risco, aplicação da lista de verificação de cirurgia segura, passagem de turno estruturada. Além disso, deve incentivar a notificação de incidentes em ambiente não punitivo, promovendo uma cultura de aprendizagem e melhoria contínua.

c) Competências Transversais e Transformadoras

No século XXI, a aprendizagem médica deve ser transformativa: fomentar a capacidade de adaptação, o pensamento crítico, o trabalho em equipa e a liderança responsável. Estas competências devem ser continuamente desenvolvidas através da reflexão, autoavaliação e feedback construtivo. Assim é recomendável a definição de atividades profissionais confiáveis de início de internato (atividades do “dia 1”), com níveis de autonomia esperados à graduação e entrega formal do portefólio à instituição de destino para integração segura e progressão monitorizada.

d) Formação comunitária e interprofissional

É essencial formar médicos com consciência social e compromisso cívico. Para tal, a educação médica deve incluir conteúdos de saúde pública, promoção da saúde e epidemiologia, bem como promover a compreensão e análise das desigualdades em saúde. Isto pode ser alcançado através da inclusão, nos currículos, de rotações obrigatórias em cuidados de saúde primários e da exposição a contextos diversos, incluindo áreas rurais. A formação deve assegurar também a aprendizagem interprofissional com enfermeiros, farmacêuticos, psicólogos, assistentes sociais e terapeutas, promovendo uma articulação efetiva entre os diferentes níveis de cuidados.

e) Educação ao Longo da Vida

A formação médica não termina com a graduação. Desde cedo, as escolas devem promover "aprender a aprender", isto é, a autonomia na autoaprendizagem contínua, a literacia científica e a curiosidade intelectual, integrando também saúde digital e inteligência artificial com enquadramento regulatório e ético (proteção de dados, dispositivos e software médico, interoperabilidade e normativos europeus aplicáveis), bem como integridade científica, reprodutibilidade e uso responsável de dados.

Esta reconfiguração dos objetivos educacionais exige mudanças profundas nos métodos de ensino, nas relações pedagógicas e na organização curricular. A aprendizagem médica deve deixar de ser apenas informativa (transmissão de conteúdo) ou formativa (aplicação de competências), para tornar-se efetivamente transformativa, isto é, gerar mudanças na forma como o futuro médico vê o mundo, a profissão e a si mesmo.

Nesse modelo, o docente deixa de ser apenas transmissor de conteúdos e assume um papel de mediador, orientador e modelo de conduta profissional. Ele atua como exemplo de integridade, compromisso e empatia, valores que os estudantes interiorizam não apenas pelas aulas, mas sobretudo pelas vivências clínicas e interações no ambiente académico.

Finalmente, a internacionalização, através de intercâmbios, consórcios e partilha de conteúdos, pode enriquecer a formação médica e ampliar a consciência global. Em Portugal, a educação médica deve evoluir de forma a formar profissionais completos, capazes de aliar excelência técnica e científica a sensibilidade humana, responsabilidade social e liderança ética. Os objetivos educacionais das escolas médicas devem refletir essa complexidade, preparando médicos que cuidem com competência, aprendam continuamente, liderem com integridade e contribuam para um sistema de saúde mais justo, resiliente e centrado na pessoa.

3. Os princípios que têm guiado a formação médica – Contexto histórico

Portugal constitui uma das mais antigas nações do mundo, provavelmente só ultrapassado na idade pela Dinamarca e de forma mais duvidosa, pela Inglaterra, talvez porque seja um dos locais finisterra do continente europeu. Esta característica transportou os encargos próprios da periferia que foi vertida nos mais diversos sectores da atividade humana, a medicina foi um deles.

Os primeiros registos de prática e ensino de medicina são em sânscrito descrevendo aquilo que se fazia na Acádia, um pouco antes de 2000 da era anterior, mas realmente ela deve ser praticada desde os primeiríssimos tempos da humanidade. No território que é agora Portugal vários povos assentaram ou por cá passaram de modo repetido. Dessas alturas primevas que incluem os fenícios nada restou sobre as práticas médicas. Mais tarde, quando o arco celta aqui terminou poucos vestígios produziu sobre a medicina, mas sabemos que esses povos foram algo influenciados pelos gregos e há enterramentos que demonstram a prática das trepanações em vida. De acordo com Plínio, o Velho, os celtas não tinham médicos, sendo os druidas quem se encarregavam da realização de algumas práticas médicas, mágicas e religiosas, com uso de chifres, conchas, dentes de urso e caracóis. Como é inerente, uma prática realizada por druidas é passada de forma restrita e sigilosa entre eles.

Com a romanização da península ibérica foi todo o saber e prática dos gregos e desenvolvido pelos romanos que moldou a medicina e o seu ensino. Não podemos esquecer que os gregos tinham aprendido em Alexandria muito do que os egípcios tinham desenvolvido a partir da cirurgia e da dissecação, mas a relevância dos escritos acumulados na biblioteca de Alexandria e da sua universidade nunca poderá ser plenamente apreendida. É verdade que já na Ilíada constam relatos de tratamentos a feridas da guerra, Esculápio teria estado envolvido nas guerras de Troia, assim como os seus filhos, Machaon e Podaleirios e a muito conhecida escola de Cos onde Hipócrates terá ensinado a inquirição e observação orientadas data do século V da era anterior. O que sabemos da civilização greco-romana é que a medicina combinava essencialmente conceitos de dietas e hábitos de vida classificados como promotores do equilíbrio dos humores com medicações oriundas de um espaço muito alargado que incluía a civilização do que viria a ser a Índia e alguns atos cirúrgicos. Nalguns casos, estas atividades estavam ligadas a templos, o caso de Epidauro é um dos mais bem preservado, noutros não. Mas nada havia em nenhum lugar do mundo greco-romano, com a possível exceção de Alexandria, algo de parecido com o que ocorria na academia de Jundishapur, no centro-sul da Pérsia, a meio caminho entre Bagdad e Isfaão. Aí encontramos de forma inequívoca a existência combinada de uma escola de medicina e de um hospital, onde os professores ensinavam a observação e o tratamento dos doentes internados. Esta primeira faculdade de medicina foi fundada em 271 da nossa era e terá permanecido ativa durante cerca de quatro séculos.

Infelizmente, não houve influência desta academia sobre o mundo greco-romano, talvez explicável pelo relacionamento conflituante entre o mundo greco-romano e os sucessivos poderes aqueménida, selêucida e parto. Aquilo que firmemente sabemos dos nossos ancestrais mais diretos é que o mundo romano incluía diversas escolas interpretativas do corpo humano, há registos da existência de hospitais militares e as ações dos valetudinária nas legiões e de médicos embarcados nas galeras, os duplicarii estejam comprovadas desde o último século antes da nossa era.

O que viria a ser Portugal foi fortemente influenciado por este mundo greco-romano, onde o vulto mais importante foi o grego Galeno, nascido em Pérgamo e falecido em Roma no século III da nossa era, com quase noventa anos. Os comentários de Galeno ao corpo de ensinamentos de Hipócrates que ele profundamente admirava constituíram o núcleo e a periferia do conhecimento médico ocidental durante séculos, influência que se estendeu até ao mundo islâmico e que só terminou nas fases mais tardias do século XVII.

O colapso do império romano associou-se a múltiplas perdas e retrocessos, com as cidades a contraírem de tamanho e suportando grande instabilidade, mais aguda durante os séculos iniciais da idade média, agravada na península ibérica pela invasão islâmica iniciada a 711. Na zona mais ocidental e setentrional da península o período muçulmano durou pouco mais de um século e logo em 868, dá-se a fundação do condado portucalense que abrangia as terras entre os rios Lima e Mondego. Desde essa data, todo o corpo vasto de homens da igreja assume um importante papel em várias atividades para além da religiosa, incluindo a medicina. Nessa altura, ainda tinha alguma influência o código visigótico que perdurou até ao século XI e pela sua leitura podemos deduzir que os médicos gozavam de pouco prestígio social, estavam proibidos de sangrar uma mulher ou filha de nobre sem a presença de um criado ou parente, estipulava o pagamento de alguns atos, nomeadamente o tratamento das cataratas. Mais tarde, temos conhecimento que o conde D. Henrique, pai de D. Afonso Henriques, tinha como médico Pedro Amarello, prior da colegiada de Guimarães. O envolvimento determinante dos homens da igreja na medicina permaneceu durante séculos, D. Martinho, bispo da Guarda foi médico de D. Sancho I e de D. Afonso II, mestre Pedro, cónego de Évora foi médico de D. Afonso III em associação com o bispo de Silves, mestre Bartolomeu e os cónegos de Braga, de Lisboa e de Santarém foram médicos de D. Dinis.

Os conhecimentos médicos dos eclesiásticos eram transmitidos entre eles de forma não sistematizada até à criação da escola médica no mosteiro de Santa Cruz de Coimbra, fundado em 1131. Durante os séculos XII e XIII, o ensino era dirigido unicamente aos monges e foi preciso esperar pelo século XIV, para esta escola abrir as suas portas aos leigos. De notar que D. Sancho I empenhou-se no apoio aos monges para estudarem em Espanha e França, particularmente Paris, Montpellier e Salamanca. Foi provavelmente D. Mendo Dias, sobrinho do prior do mosteiro de Santa Cruz o primeiro que leu publicamente a medicina em Portugal, depois de ter sido estudante em teologia em Paris apoiado pela fazenda de D. Sancho I.

D. Dinis não queria que o seu reino continuasse intelectualmente feudatário dos reinos vizinhos, especialmente Castela, de modo que apoiou o pedido ao papa dos priores de Santa Cruz de Coimbra, da Alcáçova de Santarém, de S. Vicente de Lisboa, da colegiada de Guimarães e ainda doutros vinte e dois reitores de diversas igrejas para a criação dos estudos gerais. Tal acabou por ser bem-sucedido com a fundação da universidade de Lisboa em 1294.

O ensino da medicina nas universidades medievais consistia na leitura de textos de Hipócrates e de Galeno, revistos por Avicena. Este ensino estava separado da observação dos doentes, mesmo quando existia um hospital nas cercanias de uma faculdade de medicina, como no caso de Coimbra. A duração do curso podia estender-se por seis anos e D. João I estabeleceu que a atribuição do grau de doutor deveria ser obtida através de um exame realizado pelo Físico-mor do reino. Os candidatos à certificação eram os alunos da universidade, portuguesa ou estrangeira, mais comumente espanholas, mas também outros com algumas noções da arte de curar obtidas na prática diária fora das universidades. Meio século mais adiante, D. João II mandou publicar o regimento do Cirurgião-mor, que tinha a competência de autorizar a prática cirúrgica pelo requerente. Alguns anos mais tarde, D. Manuel I ordenou a divisão do ensino da medicina em duas cadeiras, a Prima e a Véspera, a duração de cinco anos do curso e instituiu que as insígnias de medicina seriam amarelas. Com a inauguração do hospital Real de Todos os Santos, ainda durante o reinado anterior de D. João II, destinado ao tratamento das feridas e doenças graves, iniciou-se o ensino da cirurgia que D. Manuel I ordenou que fizesse parte integrante da aprendizagem da medicina. Apesar dos bem documentados progressos, a maior parte dos médicos em Portugal até ao reinado de D. João III eram judeus treinados fora da faculdade.

Convém lembrar que nestas décadas iniciais da Idade Moderna, os hospitais continuavam a manter as características observadas nos tempos medievais, os doentes não eram aí tratados, nos hospitais acolhiam-se os idosos, os fracos, os pobres, aqueles que estavam a morrer. Em Lisboa, esses hospitais eram edifícios pequenos, escuros e insalubres, albergando em média dez camas, tendo sido identificados setenta e sete instituições ao longo dos séculos XII, XIII e XIV, totalizando cerca de quatrocentas camas, número considerável para uma população de cerca de 65 mil habitantes no reinado de D. João I. Mesmo os leprosos não eram admitidos nos hospitais, nem as vítimas da peste, que deveriam permanecer de quarentena em casa, até à cura ou até à morte. Esta prática foi mudando progressivamente, começando em Itália, destacando-se Bolonha e o seu mestre Taddeo Alderotti, que foi demasiado precoce, século XIII, mas mais tarde sob a direção de Montanus (1498-1552) na faculdade de Pádua, os estudantes acompanhavam o professor até aos doentes acamados, prática que foi sendo progressivamente acolhida noutras regiões europeias. Pádua foi provavelmente o centro de ensino da medicina mais importante durante todo o século XVI, para além de Montanus podemos encontrar Vesalius, quer como aluno quer como professor de cirurgia, Fabricius que foi professor de Harvey que aí permaneceu durante os cinco anos necessários para obter graduação. Terá sido em Pádua que a proposta de Harvey sobre a circulação do sangue foi concebida e já de regresso

a Inglaterra, à escola de Oxford, Harvey iria continuar uma actividade profícua sendo um discípulo seu, Willis a descrever o círculo homónimo no cérebro e um pouco mais tarde, por volta de 1650, um seu colaborador mais jovem, Richard Lower tentou a primeira transfusão de sangue em Inglaterra.

Também houve portugueses em Pádua nessa época, mas infelizmente, nota-se a partir desta segunda metade do século XVI um progressivo descolamento de Portugal dos avanços europeus, algo mais claro durante a crise associada ao domínio espanhol. É verdade que em 1559, já se ensinava a anatomia humana em Coimbra, mas já os judeus tinham sido expulsos do país com as sabidas muito nefastas consequências. As disciplinas eram seis, três ditas maiores, a anatomia, a prima e a véspera e três menores que incluíam a cirurgia. Mas ao consultarmos as matérias destas disciplinas pouca diferença se nota entre elas, todas consistiam na leitura dos escritos em latim de Hipócrates, Galeno e Avicena. Na altura da regência de Portugal pelo Cardeal D. Henrique, foi instituída a cadeira de prática clínica em que o ensino era ministrado à cabeceira dos doentes internados, aqui o nosso país posicionava-se na vanguarda europeia. Um pouco mais tarde, já no reinado de Filipe I de Portugal, o curso compreendia seis anos acrescidos de mais dois anos de prática clínica tutelada no hospital ou como ajudante de médico reconhecido na cidade. O ensino no hospital consistia no acompanhamento da visita diária com a duração de uma hora e meia, na qual o professor coligia informações dos doentes internados, observava as urinas, comentava a natureza das doenças e prescrevia o tratamento. Contudo e apesar do razoável prestígio associado à profissão, o curso era muito pouco procurado, traduzido pela inscrição de uma dezena de alunos em medicina de um total de mais de seiscentos estudantes na universidade de Coimbra em meados do século XVI. Como não havia um número de médicos habilitados suficientes, quer o Físico-mor quer o Cirurgião-mor tinham o poder de conceder licenças para o exercício da profissão nos locais que tal necessitassem.

É interessante recordar que no início do século XVII, a duração do curso de medicina em Oxford ou Cambridge se alongava por catorze anos, mas em Leiden o curso estava dividido em duas partes, uma primeira dita preparatória e uma segunda de estudo médico, cada uma com dois anos de duração, no que interessa os médicos. Para os cirurgiões, na mesma época em Amsterdão era exigido um treino durante cinco anos, no fim o candidato deveria demonstrar no exame aptidão para fabricar lancetas, para realizar sangrias e trepanações.

Em Portugal, durante a primeira metade do século XVIII, persistia uma enorme separação entre médicos e cirurgiões, os primeiros estudavam treze anos com três ou mais exames obrigatórios, mas a anatomia tinha mergulhado num profundo declínio, realizavam-se apenas duas dissecações por ano, em carneiros, enquanto os cirurgiões aprendiam o seu ofício no hospital. D. José I operou uma significativa reforma do ensino com a introdução das Ciências Naturais, da Física Experimental e da Química no curriculum da medicina, reforma muito influenciada por Verney e Ribeiro Sanches, autor de “Método de aprender e estudar medicina” e do “Tratado de conservação da saúde dos povos”, proponente da criação de um hospital escolar com um teatro anatómico, um jardim botânico, um laboratório e uma botica. Foi por influência de Ribeiro

Sanches que foi feito o convite a Booerhaave para vir para a faculdade de medicina de Coimbra, na altura talvez o médico mais proeminente da europa e que dominava a escola de medicina de Leiden, centro de atração de múltiplos estudantes de outros países, mais frequentemente de Inglaterra e do nordeste do continente, mas Booerhaave recusou e permaneceu em Leiden até morrer em 1738. Havia, portanto, a intuição da necessidade de importar médicos prestigiados do norte da europa para melhorar o ensino da medicina. Com a reforma de Ribeiro Sanches, só muito parcialmente implementada, propunha-se um curso de cinco anos, o primeiro ano dedicado à história da medicina e matéria médica, o segundo incluía a anatomia, operações cirúrgicas e obstetrícia, o terceiro ano compreendia filosofia, patologia, semiótica, higiene e terapêutica e o início da frequência hospitalar, o quarto ano incluía a prática hospitalar, assim como o quinto ano. A aprovação requeria uma prova clínica com a duração de vinte dias com a observação de doentes internados. Quem pretendesse seguir uma carreira académica, fazia um ano adicional com a repetição de duas disciplinas do terceiro e quarto anos, elaboração de um conjunto de teses de todos os ramos da medicina, uma dissertação inaugural e ainda um exame privado sobre as disciplinas estudadas no ano adicional. Esta exigência que parece algo estranha nos nossos dias era frequente noutros lados, na Bélgica o exame final era realizado durante uma quinzena, ocupando as manhãs e as tardes, perante um júri constituído por treze professores e com uma taxa de reprovações oscilando à volta de 50%. No entanto, o estudo da medicina continuava ainda afastado da observação prática e foi só em 1779, que foi criado o primeiro professor para ensino clínico nas enfermarias em Inglaterra.

Em 1765, foi fundada na Pensilvânia a primeira faculdade de medicina no que era então a província inglesa da América, a Pen's Medical School. Não havia critérios para admissão e o curso que durava dois anos incluía anatomia, matéria médica, botânica, química, teoria e prática de medicina com cursos em física, anatomia, obstetrícia e teoria cirúrgica. Os alunos tinham de tratar do ensino prático da medicina fora da faculdade. O diploma podia ser obtido após um exame oral bastante ligeiro.

Em 1825, D João VI criou as Escolas Régias de Cirurgia de Lisboa e Porto. O ensino abrangia quatro anos, incluía a anatomia, fisiologia, clínica cirúrgica, patologia, obstetrícia e terapêutica. Nas restantes cidades cabia aos hospitais militares o ensino da cirurgia. Inesperadamente, todo este empenho podia ser facilmente derrotado pela compra do exame e mesmo pelo pagamento de um cirurgião diplomado como substituto do candidato na prova de certificação. Não constitui espanto que a apreciação do desempenho dos cirurgiões portugueses pelos seus colegas inglesas pela altura das guerras peninsulares fosse negativa. Infelizmente, também a apreciação feita ao trabalho dos médicos nos hospitais era negativa, os colegas ingleses atribuíam um atraso de um século às práticas portuguesas. Talvez não seja indiferente que nessa altura, início do século XIX, vários hospitais londrinos tinham escolas privadas para ensinar candidatos a cirurgiões, tivesse ou não obtido o grau em medicina.

Em 1836, com a fundação das escolas Médico-Cirúrgicas de Lisboa e do Porto a cirurgia passou a estar plenamente integrada no ensino médico.

Nos últimos anos do século XVIII e início do seguinte, muitos bolseiros foram estudar medicina para Inglaterra, onde receberam a influência das mudanças no ensino médico, particularmente o Medical Act de 1858, considerado o acontecimento mais relevante na medicina inglesa, que entre outras coisas instituiu o General Medical Council. Curiosamente, nessa mesma altura, para lidar com o declínio da qualidade do ensino médico, o professor régio de Oxford, Sir Henry Acland aconselhava a frequência das escolas médicas locais nos primeiros anos para obter conhecimentos científicos complementado por treino clínico nos hospitais londrinos.

A situação era diferente nos Países Baixos. Aí em 1865, um decreto legal determinou que os estudantes tinham de passar num exame prático controlado pelo estado, durante o qual era pedido ao candidato que realizasse um exame físico e demonstrasse competência para a realização de pequenos atos cirúrgicos.

Em 1874, a universidade da Pensilvânia construiu um hospital escolar suportado funcionalmente pelos quadros da faculdade de medicina. Nessa altura, o curso foi aumentado de dois para três anos de duração e havia um exame de admissão constituído por um ensaio curto de uma página e um exame escrito de física.

Na escola de Harvard em Boston, por volta de 1850 o curso durava dois anos, dois períodos de dezasseis semana em cada ano de aulas teóricas que eram rigorosamente repetidas no segundo ano, nesse tempo a repetição era entendida como nuclear para a aprendizagem. Apesar disto, na mesma escola notamos uma inovação muito importante, os alunos podiam observar a realização de cirurgias sentados nas galerias do teatro anatómico, sítio onde se realizou a primeira cirurgia sob anestesia em 1847.

Em Nova Iorque, na faculdade de Bellevue, por volta de 1860, os estudantes tinham acesso às enfermarias e às salas de parto e passavam mais tempo no laboratório de dissecção. Mas é importante realçar que até ao início do século XX, era possível obter uma graduação em medicina nos Estados Unidos sem nunca ter entrado num hospital.

Em Portugal e depois da implantação da república e logo em 1911, as escolas médicas foram substituídas pelas faculdades de medicina do Porto e de Lisboa e surgiu a figura jurídica do hospital escolar.

O ensino sofreu várias reformas durante o século passado, influenciado sobretudo pelas ideias de Osler e pelo relatório de Abraham Flexner publicado em 1910. Osler, uma figura nuclear no ensino da medicina e na definição do treino pós-graduado, foi professor régio em Oxford entre 1905 e 1919, ano da sua morte, aos setenta anos, depois de ter sido um dos fundadores do hospital Johns Hopkins, cuja faculdade foi a primeira a estabelecer a duração de quatro anos para o curso de medicina nos Estados Unidos. Entre as muitas contribuições, Osler criou o primeiro programa de residência para especialização médica e revigorou Oxford como centro de excelência em medicina. Osler definiu um período de sete ou oito anos de treino pós-graduação num hospital ligado a uma escola de medicina, como era o caso de Oxford, mas a associação americana de médicos não adoptou essa recomendação sobre estas residências nos

hospitais de modo que os períodos variavam, a maior parte compreendiam apenas doze meses, em cerca de um quarto dos programas dois anos e apenas um décimo postulavam três anos.

Flexner advogou um curso de medicina dividido em dois ciclos, cada um com dois anos de duração, o primeiro pré-clínico e o segundo clínico, num hospital dirigido pela faculdade. Esta reforma foi amplamente aceite e provocou o encerramento de quase metade das escolas de medicina nos Estados Unidos. De notar que o curso de medicina no vizinho Canadá já durava seis anos na segunda década do século vinte.

Em Portugal e a partir de 1930, o curso de medicina passou a ter a duração de seis anos. Várias reformas ocorreram sucessivamente, em 1948, 1955, 1975, 1981, 1986 e 1995, mas sem alterar a estrutura do curso, as mudanças refletiam essencialmente o nascimento de novas subespecialidades médicas e cirúrgicas. Em 2006, procedeu-se á última mudança relevante no ensino, consequência do processo de Bolonha.

Mais relevante foi a criação de novas faculdades de medicina, primeiro logo após a revolução de Abril de 1974, com as faculdades da Universidade Nova de Lisboa e o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar no Porto e já na primeira década deste século, surgiram as novas faculdades na Universidade do Minho, na Beira Interior, no Funchal, no Algarve e em Aveiro. Finalmente em 2021, tiveram início os cursos ministrados pela Universidade Católica de Lisboa e pela Universidade Fernando Pessoa no Porto. Apesar desta explosão no número das instituições, o método de ensino é similar embora algumas das novas instituições tenham escolhido o ensino integrado por aparelhos e sistemas em detrimento do modo clássico e a faculdade do Algarve escolheu o ensino baseado em problema e a do Minho no ensino baseado em casos.

Provavelmente, vamos continuar a assistir e a participar num movimento para um ensino vertical, eventualmente na versão em espiral de difícil implementação, mas já em uso predominante nas instituições asiáticas que apresentam melhores resultados nos testes internacionais. Podemos lembrar que já em 1950, a associação americana dos colégios de medicina defendia que o objetivo da educação pré-graduada não devia almejar o conhecimento detalhado das várias ciências básicas mas sim o providenciar das competências e conhecimentos relacionados com o cuidado dos doentes e desde aí que várias faculdades vêm percorrendo os caminhos da integração vertical, que poderá ser apresentada como uma atitude deliberada educacional que promova a participação do estudante no comunidade profissional através de um progressivo empenho suportado por conhecimento, levando a responsabilidades com graduação crescente no cuidado do doente, de modo que tudo resulte na promoção de um pensamento, um sentir e um atuar como médico.

4. Perfil do recém-formado em medicina em Portugal

O presente documento pretende elencar as caraterísticas transversais atualizadas que o médico deve possuir no final da formação médica pré-graduada, que possa servir de referencial para o Ensino Médico em Portugal.

As competências técnicas a adquirir abrangem as áreas da comunicação e da relação interprofissional, a abordagem diagnóstica e terapêutica, a prescrição segura da medicação e a seleção segura e eficaz da informação. As competências na área do conhecimento vão além de saber abordar o doente do ponto de vista biopsicossocial e englobam o conhecimento dos sistemas de saúde, de estratégias de promoção da saúde e prevenção da doença e da capacidade de investigação clínica e capacidade de investir na aprendizagem ao longo da vida. As competências comportamentais englobam a responsabilidade ética e profissional, a responsabilidade legal, o compromisso com a segurança do doente e a melhoria da qualidade, a capacidade de lidar com a complexidade e a incerteza, a proteção dos doentes vulneráveis e a capacidade de liderança e de trabalho em equipa.

Competências clínicas gerais

4.1.1. Demonstrar o conhecimento e as aptidões necessárias ao exercício da Medicina sob supervisão;

4.1.2. Ser capaz de colher uma história clínica adaptando o discurso à situação, cultura e idade da pessoa;

4.1.3. Realizar um exame físico cumprindo as regras da privacidade;

4.1.4. Aplicar os princípios éticos no cuidado do doente, com respeito pela sua dignidade e privacidade;

4.1.5. Identificar os aspetos a abordar com o doente;

4.1.6. Interpretar e analisar os dados para estabelecer hipóteses de diagnóstico seguindo as probabilidades e a segurança;

4.1.7. Hierarquizar intervenções e estudos, tendo em conta a urgência clínica, o risco de agravamento e os recursos disponíveis seguindo as probabilidades e segurança;

4.1.8. Percecionar as situações que requerem intervenção atempada de outros profissionais médicos;

4.1.9. Realizar os procedimentos de modo competente e seguro;

4.1.10. Obter um consentimento informado, livre e esclarecido, explicando a razão, o risco e o benefício da opção proposta e de eventuais alternativas;

4.1.11. Aconselhar o doente no âmbito da prevenção, promovendo a sua capacitação e literacia em saúde, tendo o cuidado de não transformar o controverso em provável;

4.1.12. Informar os familiares e cuidadores sobre a situação clínica, incluindo opções alternativas e resultados esperados se o doente não possuir autonomia cognitiva suficiente;

4.1.13. Elaborar um plano de cuidados centrado na pessoa que seja um espelho do estado da arte em medicina curativa, preventiva e paliativa;

4.1.14. Avaliar problemas de saúde mental, apoiar estes doentes e referenciar para profissionais mais diferenciados quando necessário;

4.1.15. Adquirir competências e literacia digitais e empregá-las na prestação de cuidados de saúde, na investigação e na gestão em saúde;

4.1.16. Prevenir conflitos de interesse na prática médica e nas atividades de investigação;

4.1.17. Adquirir informação epidemiológica e transferi-la para a prática profissional;

4.1.18. Reconhecer os aspetos económicos, sociais e culturais nas medicinas preventiva e curativa a nível individual e da comunidade;

4.1.19. Conhecer aquilo que a medicina pode providenciar pelo doente nas situações em que já nada pode oferecer de modo específico, demonstrando competência na identificação e acompanhamento nas situações de fim de vida;

4.1.20. Refletir de forma personalizada e crítica sobre a evolução dos sistemas de saúde, reconhecendo a complexidade, incerteza e ambiguidade próprias da prática médica.

4.2- Comunicação

4.2.1. Utilizar uma abordagem biopsicossocial abrangente na avaliação e tratamento dos doentes, que considere as suas características, atitudes e comportamentos;

4.2.2. Comunicar e interagir eficazmente com os doentes, famílias, pessoal médico e outros profissionais envolvidos na prestação dos cuidados de saúde;

4.2.3. 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);

4.2.4. Reconhecer a importância e o potencial terapêutico da relação médico-doente;

4. 2.5. Abordar de forma empática e holística o doente e os problemas por ele apresentados;

4. 2.6. Preservar a confidencialidade e a privacidade no tratamento do doente;

4. 2.7. Transmitir más notícias aos doentes e às suas famílias, de modo adequado e atempado, com empatia e sensibilidade;

4.2.8. Informar adequadamente os doentes dos dados relevantes da história médica e exame clínico;

4.2.9. Envolver os doentes (ou seus representantes) na tomada de decisão sobre a sua saúde, levando em consideração as suas crenças e preferências;

4.2.10. 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;

4.2.11. Capacitar e estimular a cooperação e responsabilidade pessoal do doente na manutenção da sua saúde e nas respostas à doença.

4.3- Trabalho em equipa

4.3.1. Reconhecer a saúde e a doença como fenómenos complexos e multidisciplinares, o que torna o trabalho em equipa essencial para a efetividade do trabalho dos profissionais de saúde;

4.3.2. Reconhecer, respeitar e valorizar a missão, as competências e as responsabilidades próprias de todos os elementos da equipa multiprofissional de saúde e de outros agentes envolvidos nos sistemas de saúde (público, privado e social);

4.3.3. Ser capaz de integrar equipas clínicas multidisciplinares e multiprofissionais colaborando eficazmente nas tarefas e desafios comuns;

4.3.4. Colaborar com os profissionais de outras áreas com base num clima de respeito mútuo, dignidade, integridade e confiança, com vista ao desenvolvimento de uma comunicação e colaboração estreitas entre as profissões de saúde;

4.3.5. Ser capaz de selecionar e organizar as equipas de acordo com as competências técnico-científicas adequadas ao acompanhamento específico dos utentes.

4.4 Capacidade de Liderança

4.4.1. 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;

4.4.2. Demostrar competências em gestão em saúde ao integrar os princípios da eficácia e eficiência económica na prática clínica e no planeamento dos cuidados de saúde;

4.4.3. 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;

4.4.4. Assumir uma posição de liderança nas situações consideradas necessárias e nas equipas multidisciplinares;

4.4.5. Reconhecer e responder a surtos, epidemias e pandemias;

4.4.6. Identificar necessidades especiais nas populações vulneráveis, com atenção à equidade na prestação de cuidados de saúde.

4.5- Desenvolvimento académico

4.5.1. Reconhecer a importância da aprendizagem ao longo da vida, demonstrando capacidade para identificar necessidades formativas próprias, estabelecer objetivos de desenvolvimento e adotar estratégias de aprendizagem autónoma e eficaz;

4.5.2. Saber procurar, interpretar e aplicar criticamente informação científica e clínica, integrando conhecimentos biomédicos, epidemiológicos e sociais para apoiar a tomada de decisão clínica;

4.5.3. Demonstrar autonomia na aprendizagem e pensamento crítico, adaptando estratégias com base em feedback e novas evidências científicas;

4.5.4. Participar em atividades de iniciação à investigação clínica, translacional. Educacional ou orgnizacional, demonstrando curiosidade científica e compreensão dos princípios básicos da metodologia científica;

4.5.5. Demonstrar disponibilidade e responsabilidade na colaboração com a formação de outros, nomeadamente de colegas ou estudantes de níveis anteriores;

4.5.6. Apresentar ideias, dados e resultados de forma clara e fundamentada, ajustada ao público-alvo, contribuindo para a discussão crítica e a disseminação do conhecimento;

4.5.7. Demonstrar competência na utilização de tecnologias digitais (como IA e análise de dados clínicos), com consciência das suas potencialidades, limitações e implicações éticas.

4.6 - Profissionalismo com profissionalidade

O profissionalismo médico traduz-se na adoção de princípios éticos, técnicos e humanistas que fundamentam a prática clínica responsável, sustentada na evidência científica e orientada pelo compromisso com a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde. O médico recém-formado deve demonstrar:

a) Conduta Ética e Responsável

4.6.1 Aplicar rigorosamente os princípios da bioética e as melhores práticas médicas, assegurando decisões clínicas que respeitem os pilares da beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

4.6.2 Atuar sempre dentro dos limites da sua competência, reconhecendo a necessidade de consulta ou encaminhamento para especialistas quando apropriado, a fim de minimizar riscos para os doentes.

4.6.3 Comprometer-se com a transparência, integridade e veracidade em todas as interações profissionais, garantindo uma comunicação clara e honesta com os doentes, familiares, colegas, outros profissionais e instituições de saúde.

4.6.4 Basear a relação médico-doente na confiança, no respeito mútuo e na confidencialidade, cumprindo o sigilo profissional nos termos da legislação em vigor.

4.6.5 Reconhecer e agir perante comportamentos não éticos ou inadequados por parte de outros profissionais de saúde, recorrendo aos mecanismos formais de denúncia e regulação profissional, sempre que necessário, com o objetivo de preservar a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

b) Postura Profissional e Pessoal

4.6.6 Manter um padrão de comportamento profissional exemplar, tanto no exercício da prática clínica como na conduta interpessoal, promovendo relações respeitadoras, empáticas e colaborativas com doentes, equipas multidisciplinares e outros intervenientes no sistema de saúde.

4.6.7 Demonstrar responsabilidade, fiabilidade e compromisso com o papel que desempenha na sociedade.

4.6.8 Assumir a responsabilidade de cuidar da própria saúde física e mental, reconhecendo a importância do bem-estar do profissional de saúde para a prestação de cuidados de qualidade e seguros.

4.6.9 Adotar hábitos de vida saudáveis, evitando a exaustão profissional (*burnout*) e procurar apoio quando necessário, prevenindo o impacto negativo do stress ocupacional na sua *performance* clínica.

4.6.10. Identificar e gerir fatores de risco para a degradação do desempenho profissional, implementando estratégias para mitigar o stress excessivo, a fadiga crónica, a privação de sono ou o uso inadequado de substâncias psicoativas.

4.6.11. Saber quando procurar apoio especializado para si e estar atento a sinais de sofrimento psíquico nos colegas, oferecendo apoio inicial e incentivando a procura por ajuda profissional, contribuindo para um ambiente de trabalho mais saudável e sustentável.

c) Compromisso com a Excelência Clínica

4.6.12. Dedicar-se à aprendizagem contínua, adotando uma atitude proativa na atualização de conhecimentos e competências médicas, através da formação contínua, participação em atividades científicas e leitura crítica da literatura médica.

4.6.13. Incorporar a melhor evidência científica na tomada de decisão clínica, garantindo uma prática médica alinhada com as diretrizes nacionais e internacionais.

4.6.14. Assegurar a prestação de cuidados clínicos seguros, eficazes e centrados no doente, demonstrando pontualidade, fiabilidade e rigor no cumprimento das suas responsabilidades.

4.6.15. Assumir um compromisso inabalável com a minimização da dor e do sofrimento dos doentes, integrando princípios de cuidados paliativos quando apropriado e respeitando as preferências individuais na abordagem terapêutica.

d) Respeito pela Diversidade e Pelos Valores Sociais

4.6.16 - Atuar com imparcialidade e equidade, garantindo que a prestação de cuidados de saúde é isenta de preconceitos e respeita a diversidade de género, etnia, cultura, religião, orientação sexual e condição socioeconómica dos doentes.

4.6.17 - Promover um ambiente clínico inclusivo e respeitador, que valorize a dignidade humana e os direitos individuais.

4.6.18 - Respeitar os princípios de justiça social e equidade no acesso à saúde, combatendo disparidades, defendendo políticas de saúde que garantam assistência médica universal e de qualidade, e atuando como um defensor dos direitos dos pacientes.

4.6.19 - Sensibilizar-se para os determinantes sociais da saúde e atuar de forma colaborativa para reduzir as desigualdades na prestação de cuidados.

e) Respeito pela Segurança do Doente

4.6.20 - Pensamento Sistémico e Cultura de Segurança. É crucial que os estudantes compreendam que os erros médicos são frequentemente resultantes de falhas sistémicas e não apenas de falhas individuais. Devem aprender a identificar riscos no sistema de saúde, a analisar incidentes de segurança para aprender com eles e a participar na melhoria contínua dos processos. O desenvolvimento de uma cultura de segurança encoraja a notificação de erros sem culpa, promovendo a aprendizagem e a prevenção de futuros incidentes.

4.6.21 - Gestão de Risco e Prevenção de Erros. Os estudantes devem ser capazes de identificar, avaliar e gerir riscos associados aos cuidados de saúde. Isso envolve a aquisição de conhecimentos sobre as principais áreas de risco (como segurança da medicação, prevenção de infeções, segurança cirúrgica) e a implementação de práticas baseadas em evidências para minimizar esses riscos. Devem também aprender a usar ferramentas de avaliação de risco e a aplicar estratégias de prevenção de erros em diferentes contextos clínicos.

f) Gestão do Tempo e Equilíbrio Profissional

4.6.220 - Organizar de forma eficaz o tempo e os recursos, equilibrando as exigências da prática clínica com atividades de ensino, investigação e desenvolvimento pessoal, gerindo prioridades, evitando a sobrecarga laboral e promovendo estratégias de autocuidado e resiliência.

4.6.23 Planear conscientemente a trajetória profissional, definindo objetivos claros para a formação contínua e a progressão na carreira. Antecipar desafios e oportunidades de desenvolvimento, garantindo que a evolução profissional é sustentada por um compromisso ético e pela responsabilidade social da profissão médica.

O compromisso com o profissionalismo médico é um dos pilares fundamentais da identidade do médico e da relação de confiança estabelecida com a sociedade. A adoção destes princípios contribui para a construção de uma prática médica ética, segura e humanizada, orientada pelo respeito pelo doente e pela excelência no exercício da profissão.

4.7 - Provedor do doente

O médico recém-formado deve ser capaz de reconhecer que a sua responsabilidade vai além da prestação de cuidados individuais. Como defensor do doente e da saúde pública, deve estar preparado para identificar e intervir em situações que exijam ação em nome dos interesses dos doentes, das comunidades, do Serviço Nacional de Saúde e do sistema de saúde como um todo.

A advocacia em saúde implica uma atuação informada, ética e proactiva na promoção do bem-estar, na defesa dos direitos e na redução das desigualdades no acesso aos cuidados. Envolve ainda a consciencialização dos determinantes sociais da saúde, a valorização da equidade, e o compromisso com políticas públicas orientadas para a justiça social e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde.

Neste sentido, o médico recém-formado deverá ser capaz de:

4.7.1. Reconhecer situações clínicas, sociais ou sistémicas que exijam uma postura de defesa ativa dos doentes e da comunidade, assumindo um papel de mediação entre os cidadãos e os serviços de saúde;

4.7.2. Integrar ações de promoção da saúde e prevenção da doença nas suas intervenções clínicas, através da educação para a saúde, rastreios, imunizações, e aconselhamento em estilos de vida saudáveis;

4.7.3. Avaliar criticamente os determinantes individuais, sociais, económicos, ambientais e culturais da saúde e propor medidas para a sua mitigação no âmbito clínico e comunitário;

4.7.4. Colaborar com profissionais e entidades da comunidade na construção de respostas integradas que favoreçam a acessibilidade, continuidade e coordenação dos cuidados;

4.7.5. Valorizar e reforçar o papel dos Cuidados de Saúde Primários, reconhecendo-os como o pilar essencial de uma resposta próxima, acessível e equitativa às necessidades das populações;

4.7.6 Adotar uma postura ética, empática e sensível à vulnerabilidade dos doentes, nomeadamente dos grupos em risco, e agir para reduzir as barreiras linguísticas, culturais, sociais ou económicas ao cuidado em saúde;

4.7.7. Participar ativamente na transformação do sistema de saúde, contribuindo com conhecimento técnico e sensibilidade social para a construção de práticas clínicas mais inclusivas, seguras e centradas no doente.

O compromisso com o papel de provedor do doente implica, assim, uma formação médica que alie competências técnicas a uma sólida consciência social e ética, permitindo ao futuro médico atuar como agente de mudança, com responsabilidade e proximidade às pessoas e comunidades que serve.

4.8- Atividades Profissionais Confiáveis (EPAs)

O estudante deverá ser capaz de realizar as seguintes atividades profissionais confiáveis, estruturadas por nível de complexidade:

I - EPAs Básicas

1. Efetuar história clínica abrangente e exame físico com abordagem biopsicossocial.
2. Identificar problemas, formular diagnósticos diferenciais e definir plano de gestão.
3. Comunicar de forma adequada com doentes e cuidadores.
4. Apresentar oralmente um caso clínico com terminologia apropriada.
5. Elaborar registo clínico claro, completo e legível.
6. Trabalhar eficazmente em equipa multiprofissional.

II- EPAs Avançadas

7. Reconhecer indicações e interpretar resultados de testes diagnósticos comuns.
8. Elaborar planos terapêuticos seguros e eficazes.
9. Conduzir transições de cuidados estruturadas, incluindo passagem de turno.
10. Executar procedimentos médico-cirúrgicos com segurança, assepsia e ponderação de riscos.
11. Reconhecer urgências e emergências e atuar adequadamente.
12. Obter consentimento informado livre e esclarecido.
13. Identificar falhas do sistema e promover cultura de segurança e melhoria contínua.

III - EPAs Emergentes

14. Utilizar tecnologias de saúde de forma proficiente (registos eletrónicos, telessaúde e ferramentas baseadas em inteligência artificial) com responsabilidade.
15. Compreender e aplicar princípios de informática em saúde, incluindo gestão e privacidade de dados, e uso de dados para melhoria e investigação.
16. Colaborar em equipas transdisciplinares envolvendo outras profissões de saúde e áreas como ciência de dados e bioinformática.

Níveis de supervisão (Entrustability)

O progresso do estudante é acompanhado por níveis de supervisão, que orientam a autonomia em função da competência demonstrada:

1. Observação/participação com presença obrigatória do supervisor.
2. Supervisão direta (supervisor presente e pronto a intervir).
3. Supervisão indireta (supervisor disponível nas proximidades).
4. Prática não supervisionada permitida, com supervisão diferida.
5. Capacidade para supervisionar aprendizes iniciantes.

Implicações para avaliação e currículo

- **Avaliação:** deve ocorrer preferencialmente no local de trabalho, com observações múltiplas e de diversas fontes, decisões de confiança como marcos de progressão, observação direta, discussão de casos e feedback estruturado.
- **Currículo:** as EPAs funcionam como objetivos operacionais que orientam ensino e aprendizagem, permitindo progressão por níveis de confiança, flexibilidade e individualização de percursos, além de articulação com os domínios de competência.
- **Simulação:** ambientes simulados permitem praticar tarefas discretas, observar desempenho e fornecer feedback imediato, apoiando decisões de confiança.

4.9- Inteligência artificial

A revolução digital e o desenvolvimento exponencial da inteligência artificial (IA) estão a transformar a prática médica, exigindo novas competências nos médicos recém-formados. No contexto da formação pré-graduada, torna-se essencial integrar um conjunto de aprendizagens que capacitem os futuros médicos a utilizar eficazmente sistemas inteligentes, sem abdicar da essência humana da Medicina.

A IA não substitui o médico, mas redefine o seu papel. Assim, o médico do futuro será um profissional que, apoiado por novas ferramentas inteligentes, terá de ser capaz de compreender, interpretar e integrar informação proveniente de algoritmos, mantendo sempre a responsabilidade clínica e o juízo ético.

Neste sentido, a formação médica deverá incluir competências como:

4.9.1- Literacia em IA - Compreender os conceitos fundamentais da inteligência artificial, incluindo 'IA supervisionada', 'IA não-supervisionada', '*deep learning*' e *'machine learning'*, algoritmos de decisão e análise preditiva, bem como as suas aplicações, limitações e riscos na prática clínica;

4.9.2 - Pensamento crítico sobre tecnologia - Avaliar criticamente o desempenho, a validade e o viés de sistemas baseados em IA, reconhecendo os seus limites e os riscos de uso acrítico. O médico deve saber quando confiar e quando questionar a 'segunda opinião' da máquina;

4.9.3 - Integração de dados complexos - Saber utilizar ferramentas que sintetizam dados clínicos, laboratoriais e imagiológicos, extraindo padrões relevantes para uma decisão clínica personalizada e baseada em evidência;

4.9.4 Colaboração com sistemas inteligentes - Desenvolver competências para trabalhar com assistentes clínicos digitais, desde sistemas de apoio à decisão (com validação crítica) até documentação automatizada (ex.: *digital scribes*), aliviando a carga administrativa e reforçando o foco no doente;

4.9.5 Ética e regulação em IA - Conhecer os desafios éticos associados à IA — privacidade, transparência, responsabilização, justiça algorítmica — e ser capaz de atuar em conformidade com os princípios deontológicos da Medicina;

4.9.6 Capacitação do doente - Utilizar ferramentas digitais para promover literacia em saúde, partilhar decisões de forma esclarecida e potenciar o envolvimento do doente no seu percurso terapêutico;

4.9.7 Humanização no contexto tecnológico - Compreender que a empatia, o toque humano e a escuta ativa se tornam ainda mais valiosos num ambiente assistido por IA. O futuro da medicina será liderado por humanos, com apoio da IA — nunca o contrário;

4.9.8 Atualização contínua - desenvolver hábitos de aprendizagem ao longo da vida, provavelmente com novas tecnologias, incorporando a evolução tecnológica na prática clínica de forma crítica e adaptativa.

4.9.9 Segurança, regulação e conformidade - Enquadramento EU AI Act/MDR/IVDR/GDPR, consentimento informado específico para IA, rastreabilidade ("audit trail") e reporte de incidentes e cibersegurança.

A formação médica deve preparar os estudantes não apenas para usar tecnologias, mas para pensar com elas. A competência em IA será, progressivamente, uma extensão do raciocínio clínico, não o substituindo e usada sempre como complemento ao exame clínico, e a capacidade de conjugar ciência, tecnologia e humanidade será a marca do médico do século XXI.

4.10- A simulação em Medicina

A formação médica do século XXI exige ambientes de aprendizagem que promovam a segurança, a prática deliberada e a integração das dimensões técnica, ética e comunicacional do cuidado. Neste contexto, a simulação em medicina assume-se como uma ferramenta pedagógica essencial e insubstituível na construção de competências clínicas, relacionais e interprofissionais. A simulação permite que os estudantes aprendam em ambientes controlados

e seguros, onde os erros não comprometem a segurança dos doentes, mas são oportunidades estruturadas de aprendizagem. Oferece também contextos realistas que favorecem o raciocínio clínico, a tomada de decisão sob pressão, a liderança e o trabalho em equipa — competências exigidas tanto nas emergências médicas como nos cuidados continuados e nas situações de complexidade crescente que caracterizam a prática atual.

Assim, no âmbito da formação pré-graduada, a utilização progressiva e integrada da simulação clínica deve ser entendida como:

- Ferramenta educativa transversal, aplicável ao ensino de competências técnicas (por exemplo, via prática de procedimentos em modelos ou manequins), cognitivas (como a análise diagnóstica e o julgamento clínico) e comportamentais (incluindo comunicação, empatia, liderança e colaboração);
- Meio privilegiado de avaliação formativa e sumativa, permitindo aferir com maior objetividade a competência clínica e profissional dos estudantes, bem como promover feedback estruturado;
- Espaço seguro de experimentação ética e emocional, onde os estudantes podem aprender a lidar com o erro, o sofrimento, a comunicação de más notícias e a incerteza clínica, em alinhamento com os valores da humanização e da responsabilidade profissional;
- Ambiente interprofissional, que simula a realidade do trabalho colaborativo com outros profissionais de saúde, contribuindo para a preparação de equipas coesas e eficazes centradas no doente;
- Estratégia de preparação para atividades profissionais confiáveis (EPAs), facilitando a transição para a prática clínica supervisionada com maior confiança e competência.

A implementação de programas de simulação deve ser acompanhada por docentes capacitados, equipamentos adequados, modelos de cenários realistas e sistemas de feedback construtivo. A integração curricular da simulação deve respeitar os princípios de progressividade, coerência com os objetivos de aprendizagem e articulação com os contextos clínicos reais.

Síntese das competências que os estudantes devem aprender através da simulação médica

I. Competências Clínicas Técnicas (Hard Skills)

Desenvolvidas sobretudo em simulação de baixa e média fidelidade:

- Execução segura de procedimentos (e.g., venopunção, entubação, reanimação, sutura);
- Avaliação e exame físico estruturado;
- Colheita de história clínica com método e empatia;
- Interpretação de sinais e sintomas em cenários clínicos simulados;
- Prescrição segura de fármacos e interpretação de exames complementares.

II- Raciocínio Clínico e Tomada de Decisão (Clinical Reasoning)

Favorecidas por simulação de cenários complexos:

- Formulação de hipóteses diagnósticas;
- Priorização de problemas e intervenções;
- Adaptação da conduta em função da evolução do quadro clínico;
- Tomada de decisão sob pressão, com dados incompletos ou ambíguos.

III- Comunicação Clínica e Relacional

Trabalhadas através de simulação com atores/pacientes padronizados:

- Comunicação empática com o doente e família;
- Abordagem de situações difíceis (más notícias, conflitos, erros clínicos);
- Consentimento informado;
- Promoção da literacia em saúde e da tomada de decisão partilhada.

IV- Trabalho *em Equipa e Liderança Clínica (Teamwork & Leadership)*

Simulações interprofissionais ou de alta fidelidade são ideais:

- Cooperação em contexto de urgência (e.g., SBAR, CRM, RCP);
- Gestão de recursos e de prioridades num cenário de emergência;
- Coordenação de equipas multidisciplinares;
- Distribuição adequada de tarefas e liderança adaptativa.

V- Gestão da Segurança e do Erro Clínico

Essencial para a cultura de segurança:

- Identificação e prevenção de eventos adversos;
- Análise e discussão de erros em ambiente seguro (debriefing);
- Atitude não punitiva e foco na melhoria contínua;
- Reconhecimento dos próprios limites e solicitação de ajuda.

VI- Profissionalismo e Responsabilidade Ética

Integradas transversalmente:

- Respeito pelos valores do doente e pela confidencialidade;
- Reconhecimento de atitudes inadequadas e comportamentos não profissionais;
- Responsabilidade pela qualidade do cuidado prestado mesmo em ambiente simulado;
- Reflexão ética sobre dilemas clínicos.

4.11- *A digitalização em Saúde*

A transformação digital da medicina exige uma reformulação urgente do perfil de competências do médico recém-formado. Este documento define um framework estruturado em quatro domínios essenciais: Profissionalismo em Saúde Digital, Saúde Digital Centrada no Doente, Sistemas de Informação em Saúde e Ciência de Dados em Saúde. O objetivo é preparar médicos capazes de exercer medicina de qualidade num ambiente tecnologicamente avançado, mantendo sempre a centralidade no doente e os princípios éticos fundamentais.

I - Competências em Saúde Digital

Domínio 1: Profissionalismo em Saúde Digital

Definição: Capacidade de compreender, desenvolver e adotar comportamentos profissionais adequados no uso de tecnologias digitais, com atuação competente, responsável e segura.

4.9.1. Ética e Legalidade Digital : Conhecer o RGPD e princípios deontológicos da prática médica digital;

4.9.2. Identidade Digital Profissional : Manter perfis profissionais adequados em redes sociais e plataformas digitais;

4.9.3. Cibersegurança em Saúde: Reconhecer ameaças comuns (phishing, malware) e aplicar medidas básicas de proteção.

Domínio 2: Saúde Digital Centrada no Doente e na População

Definição: Utilização de tecnologias digitais para promover cuidados centrados na pessoa, compreendendo os determinantes digitais da saúde e das desigualdades associadas.

4.9.4. Literacia Digital em Saúde: Avaliar a literacia digital dos doentes e identificar desigualdades; desenvolver estratégias para melhorar a literacia digital dos doentes;

4.9.5. Telessaúde e Telemedicina: Realizar teleconsultas seguindo protocolos estabelecidos; selecionar casos apropriados para telemedicina e gerir tecnicamente as sessões;

4.9.6. Dispositivos Wearables e IoMT: Interpretar dados básicos de wearables (frequência cardíaca, passos, sono); integrar dados de wearables no plano terapêutico;

4.9.7. Aplicações de Saúde e Terapêuticas Digitais: Avaliar qualidade e segurança de aplicações de saúde; prescrever aplicações terapêuticas validadas;

4.9.8. Realidade Virtual (RV) e Aumentada em Medicina (AR): Compreender aplicações de VR/AR em reabilitação e formação; prescrever terapias baseadas em VR/AR; desenvolver protocolos de tratamento usando VR/AR.

Domínio 3: Sistemas de Informação em Saúde

Definição: Gestão competente e segura de dados de saúde através de sistemas de informação, cumprindo políticas de governação de dados e desenvolvendo competências em documentação clínica digital.

- Registos Eletrónicos de Saúde (RE): Navegar eficientemente nos RE nacionais (SClínico, ALERT);

- Prescrição Eletrónica e Sistemas de Apoio à Decisão: Usar sistemas de prescrição eletrónica e alertas básicos; validar e melhorar algoritmos de apoio à decisão;

-Blockchain em Registos de Saúde: Compreender conceitos básicos de blockchain aplicado à saúde.

4.12- Gestão em Saúde

O papel tradicional do médico está a evoluir, exigindo agora competências em gestão para além dos aspetos reconhecidos como tradicionais, relacionados com o raciocínio clínico direcionado para o diagnóstico e tratamento. A complexidade crescente dos sistemas de saúde impulsiona a necessidade de integrar conhecimentos e competências em gestão em saúde no ensino médico pré-graduado em Portugal. A exposição precoce a estes conceitos pode moldar o envolvimento futuro dos médicos na liderança e melhoria do sistema. Além disso, a introdução crescente de tecnologias emergentes, como a inteligência artificial, reforça ainda mais a necessidade de competências de gestão e liderança, capacitando os médicos para gerirem mudanças tecnológicas e inovarem na prestação dos cuidados.

I - A Importância da Gestão em Saúde para Futuros Médicos

Melhoria da Eficácia Clínica e Resultados centrados na Pessoa

A gestão eficaz permite uma melhor coordenação dos cuidados, otimizando resultados e a experiência da pessoa a quem os cuidados se dirigem. A compreensão da alocação de recursos e gestão financeira, face às necessidades dos cuidados clínicos, garante a disponibilidade dos meios necessários para a prestação de cuidados ideal. O conhecimento das metodologias de melhoria da qualidade capacita os médicos a participar em iniciativas que aumentam a segurança e eficácia dos cuidados. Torna-se igualmente essencial capacitar os futuros médicos na gestão de processos clínicos orientados para o valor (*value-based healthcare*), focados na melhoria contínua dos resultados clínicos e na sustentabilidade dos cuidados.

Promoção do Trabalho em Equipa, Comunicação e Liderança em contexto de Gestão

Os cuidados de saúde são prestados por equipas multidisciplinares, tornando as competências de gestão cruciais para a colaboração e comunicação eficazes. A liderança e a comunicação, abordadas em outros capítulos, permitem orientar e motivar as equipas, contribuindo para um ambiente de trabalho positivo e melhores cuidados. A compreensão de técnicas de resolução de conflitos e negociação melhora a dinâmica da equipa e a gestão do paciente. Destaca-se

ainda a importância de desenvolver competências específicas em técnicas de feedback construtivo estruturado, permitindo fortalecer continuamente a dinâmica das equipas clínicas.

Impacto no Desempenho Hospitalar e na Qualidade dos Cuidados de Saúde

A experiência clínica dos médicos em posição de liderança influencia positivamente o desempenho hospitalar, sendo que combinada com competências de gestão permite uma tomada de decisões informada que prioriza o atendimento à pessoa e a eficiência. De facto, parece existir na literatura correlação entre liderança médica e desempenho hospitalar, sendo que hospitais com CEOs médicos têm pontuações de qualidade superiores e melhores resultados para os doentes. Práticas de gestão eficazes contribuem para a estabilidade financeira e sustentabilidade das organizações de saúde.

A integração da gestão pode colmatar a lacuna entre o conhecimento clínico e a sua aplicação eficaz. Equipar os estudantes de medicina com competências de gestão cultiva uma cultura de liderança e responsabilidade partilhadas, construindo um futuro sistema de saúde mais integrado e eficaz. O médico deverá, também, assumir um papel ativo enquanto agente de mudança organizacional, promovendo melhorias sustentáveis e inovação no desempenho clínico e hospitalar.

II - Conhecimentos e Competências Essenciais em Gestão de Saúde para Estudantes de Medicina

Áreas de Conhecimento Fundamentais:

- Sistemas e Organização de Saúde: Compreensão da estrutura e funções do sistema de saúde português (SNS) e conhecimentos básicos de outros sistemas de saúde internacionais.
- Política e Regulamentação em Saúde: Familiaridade com as principais políticas e regulamentos de saúde em Portugal.
- Economia e Finanças da Saúde: Compreensão básica dos modelos de financiamento, princípios orçamentais e alocação de recursos.
- Melhoria da Qualidade e Segurança do Doença: Introdução aos princípios e métodos de melhoria da qualidade e gestão de riscos.
- Ética e Direito da Saúde: Compreensão dos princípios éticos e legais relevantes para a gestão em saúde.
- Tecnologia e Inteligência. Artificial em Saúde: Conhecimento das aplicações básicas e implicações éticas da inteligência artificial na prática médica, bem como compreensão do seu potencial impacto na gestão clínica e hospitalar.
- Gestão da Mudança e Inovação Organizacional: Compreensão das estratégias e desafios relacionados com a implementação de mudanças e inovação no contexto das organizações de saúde.

Competências e Atitudes. Essenciais Complementares:

- Liderança e Gestão de Equipa: Desenvolvimento de qualidades de liderança e competências de gestão de equipa.
- Comunicação e Competências. Interpessoais: Melhoria das competências de comunicação e resolução de conflitos.
- Pensamento Estratégico e Tomada de Decisão: Desenvolvimento da capacidade de análise, pensamento estratégico e resolução de problemas.
- Alocação e Gestão de Recursos: Compreensão de como alocar e gerir recursos de forma eficiente
- Análise e Interpretação de Dados: Desenvolvimento de competências básicas em análise de dados (incluindo a capacidade básica para interpretar e utilizar resultados gerados por ferramentas baseadas em inteligência artificial)**.**
- Adaptabilidade e Resiliência: Cultivar a capacidade de adaptação e gestão do stress.
- *Advocacy* e Defesa dos Interesses do Cidadão: Capacidade para representar e defender os interesses e necessidades do cidadão que procura cuidados de saúde junto das instituições e em contextos de decisão política e organizacional.

III - Integração da Gestão em Saúde no Currículo Médico Pré-Graduado: Estratégias e Inovações

Módulos ou Cursos Dedicados

- Introdução de módulos dedicados à gestão em saúde no currículo principal. Estes módulos podem abranger sistemas de saúde, política, economia e princípios de gestão.

Estudos de Caso Integrados e Aprendizagem Baseada em Problemas:

- Incorporação de estudos de caso que integrem conhecimento clínico com desafios de gestão. Os alunos podem analisar problemas reais e desenvolver soluções.

Aprendizagem Experiencial e Oportunidades Práticas:

- Oferecer oportunidades para os alunos se envolverem em experiências práticas em gestão de saúde. Sugere-se ainda a participação ativa dos estudantes em projetos reais de melhoria contínua da qualidade, em colaboração com as unidades de saúde associadas à universidade.

Simulação e Aprendizagem Apoiada por Tecnologia:

- Utilização de tecnologias de simulação e plataformas de e-learning para criar cenários realistas e oportunidades de aprendizagem flexíveis.

Educação Interprofissional (EIP)

- Incorporação de atividades de EIP que envolvam estudantes de medicina a trabalhar com outras profissões de saúde em projetos de gestão.

IV -Recomendações para a Implementação no Contexto da Educação Médica Portuguesa

Revisão e Integração Curricular:

- Realizar uma revisão do currículo médico para identificar oportunidades de integração de conteúdo de gestão.
- Alinhar a integração com as diretrizes nacionais e recomendações da Ordem dos Médicos.
- Começar por incorporar conceitos fundamentais nos cursos existentes, introduzindo gradualmente tópicos mais complexos.

Desenvolvimento de Objetivos de Aprendizagem e Competências Específicas:

- Definir objetivos de aprendizagem e competências claras e mensuráveis em gestão de saúde.

Desenvolvimento e Formação de Docentes

- Proporcionar oportunidades de desenvolvimento para equipar os educadores médicos para ensinar eficazmente os conceitos de gestão.

- Inclui-se também a capacitação dos docentes para ensinar os fundamentos da aplicação responsável e ética da inteligência artificial na prática médica.

Colaboração com Organizações de Saúde:

- Estabelecer parcerias com organizações de saúde para proporcionar oportunidades de aprendizagem experiencial complementar.

Incorporação de Métodos de Ensino Inovadores:

- Incentivar a adoção de métodos de ensino inovadores como a aprendizagem baseada em casos e problemas.

Estratégias de Avaliação

- Desenvolver estratégias de avaliação adequadas para avaliar a aquisição de conhecimentos e competências em gestão, valorizando-se o papel da participação em contexto de aula e a execução de trabalhos de grupo, em contexto de projeto ou simulação.

Abordagem às Restrições de Tempo Curricular

- Explorar opções para integrar o conteúdo de gestão sem aumentar significativamente o tempo total do currículo.
- Aproveitar as estruturas curriculares existentes e investir no desenvolvimento de docentes são passos cruciais para a implementação bem-sucedida da educação em gestão de saúde em Portugal.
- Ponderar o desenvolvimento curricular com disciplina obrigatória no âmbito das competências transversais e implementar a criação de disciplina optativa que permita aprofundar conhecimentos nesta área.

Moldar Futuros Líderes Médicos

A integração da gestão em saúde no currículo médico é essencial para preparar futuros médicos para os desafios do sistema de saúde português. Ao adotar métodos de ensino inovadores e colaborações, as escolas médicas podem moldar líderes médicos bem preparados para

impulsionar mudanças positivas e melhorar a qualidade e eficiência dos cuidados de saúde, beneficiando a população portuguesa. Além disso, os futuros líderes médicos deverão estar preparados para gerir e liderar a integração de inovações tecnológicas, como a inteligência artificial, de forma ética, segura e eficaz, reforçando o papel fundamental do médico na construção de sistemas de saúde resilientes e centrados na pessoa.

5 - Conclusão

A definição do perfil do médico recém-formado em Portugal constitui um exercício essencial de responsabilidade académica, profissional e social. Este documento representa o compromisso das Escolas Médicas Portuguesas com uma formação médica de qualidade, exigente, ética e centrada na pessoa — orientada não apenas para a excelência clínica, mas também para a promoção da equidade, da cidadania ativa e da sustentabilidade dos sistemas de saúde.

A *Visão 2025* apresenta um perfil que integra o conhecimento científico e técnico com competências relacionais, comunicacionais, colaborativas e reflexivas, formando médicos preparados para os contextos complexos, diversos e desafiantes do século XXI. São profissionais capazes de cuidar e de aprender continuamente, de comunicar com empatia, de liderar em equipa e de intervir em nome do bem-estar individual e coletivo.

A sua concretização exige um esforço conjunto: uma reorganização dos currículos médicos centrada em competências, a promoção de ambientes educativos inovadores e humanizados, e o investimento contínuo na formação do corpo docente. A construção deste perfil é, por isso, também um compromisso com a qualidade pedagógica, a transformação institucional e a participação ativa dos estudantes no seu próprio percurso de formação.

Definir o perfil do médico recém-formado, em Portugal, é contribuir para a melhoria da saúde dos portugueses, garantir que a formação médica se adequa à realidade do século XXI e reafirmar a responsabilidade social das Escolas Médicas Portuguesas. Mais do que formar médicos para o presente, este documento lança as bases para formar médicos para o futuro — profissionais íntegros, competentes e comprometidos com as pessoas, com a ciência e com a sociedade.