# POSIÇÃO GLOBAL

2016

anem
PorMSIC

Associação Nacional de Estudantes de Medicina

**Associação Nacional de Estudantes de Medicina**

Faculdade de Ciências da Saúde
Universidade da Beira Interior
Avenida Infante D. Henrique
6200-506 - Covilhã

geral@anem.pt

www.anem.pt

**maio de 2016**

# Índice

**Ensino Médico Pré-Graduado**

*1.1. Adequação das Capacidades Formativas das Escolas Médicas* 1
*1.2. Otimização dos Recursos Pedagógicos Existentes* 3
*1.3. Modernização das Metodologias de Ensino e Avaliação* 4
*1.4. Definição e Avaliação das Competências Nucleares* 5
*1.5. Promoção da Educação Não-Formal e Valorização das Atividades Extra-curriculares* 6
*1.6. Abertura de Novos Cursos de Medicina* 7

**Internato Médico**

*2.1. Acesso ao Internato Médico* 8
*2.2. Ano Comum* 13
*2.3. Autonomia Profissional* 14
*2.4. Idoneidades Formativas* 14

# Preâmbulo

A Associação Nacional de Estudantes de Medicina (ANEM), enquanto legítima representante dos cerca de 12.000 Estudantes de Medicina em Portugal, defende a qualidade do ensino médico como condição essencial à formação de médicos autónomos e especializados, e à sustentabilidade de um Serviço Nacional de Saúde (SNS) eficiente e que sirva as necessidades da população portuguesa.

Consideramos que a intervenção construtiva e responsável dos Estudantes é executada de um ponto de vista conhecedor da realidade, merecendo ser escutada e integrada enquanto contributo valioso na melhoria das condições da Medicina em Portugal.

Posto isto, estabelecem-se neste documento as Posições dos Estudantes de Medicina de Portugal, que deverão servir de linhas orientadoras da ação da ANEM na defesa daqueles que representa.

Braga, 28 de maio de 2016

**André Fernandes**
Presidente da ANEM

CAPÍTULO 1

# ENSINO MÉDICO PRÉ-GRADUADO

## 1.1. Adequação das Capacidades Formativas das Escolas Médicas

Portugal vivenciou, nos últimos 20 anos, um aumento desproporcionado do seu número de Estudantes de Medicina, para 397% do valor inicial (1). Como consequência, as Escolas Médicas portuguesas recebem, atualmente, mais de 1800 Estudantes por ano, um valor que se encontra, de acordo com diversos estudos e recomendações, não só acima daquele recomendado para o país - cerca de 1175 ingressos/ano (2) -, mas também extravasando as capacidades de cada Escola Médica de garantir um ensino médico de qualidade.

Em 2015, a ANEM divulgou o seu Estudo sobre as Condições Pedagógicas das Escolas Médicas, onde se conclui que, a nível do ensino clínico, as Escolas Médicas apresentam um rácio estudante-tutor médio de 8.

Os índices expostos são manifestamente incompatíveis face à exigência de um ensino prático clínico de excelência, patente à particularidade das competências médicas pré-graduadas, assim como será de salientar a violação da privacidade e dignidade dos doentes.

De referir também que o aumento do número de Estudantes não se tem feito sentir apenas ao nível deste rácio, mas também de outros recursos necessários para o ensino médico de qualidade, como sendo espaços físicos de dimensão adequadas.

**Todas estas condições resultam, invariavelmente, numa deterioração das condições e qualidade de ensino ao nível pré-graduado.**

O mesmo estudo estabeleceu a relação inversa, significativamente estatística, entre a satisfação estudantil e o número de ingressos das Escolas Médicas, demonstrando a inabilidade destas se adaptarem à nova realidade de ingressos. De facto, são várias as Escolas Médicas que recebem mais Estudantes do que aqueles para os quais foram projetadas. Aos inúmeros estudos que apontam para a necessidade de adequar o número de Estudantes às reais capacidades formativas das Escolas, somam-se os relatos dos seus próprios Diretores sobre este assunto, solicitando a mesma adequação (3).

Face às circunstâncias consequentes, o ensino em contexto clínico está atualmente dependente da criação de afiliações com outros estabelecimentos de saúde, capazes de sustentar a qualidade da formação prevista. É evidente que o número de unidades de saúde capazes de o fazer é limitado, uma vez que a sua construção não foi objetivada para o ensino universitário, além de não serem menosprezáveis os custos acrescidos alocados aos Estudantes com a sua frequência no Ensino Superior, por obrigatoriedade de suportar deslocações maiores.

A utilização do *numerus clausus*, como contingência anual de novas admissões, no âmbito do acesso e ingresso ao Ensino Superior foi justificada pela necessidade de promover a melhoria do ensino e regular a oferta de formação superior em relação à procura e às prioridades científicas. Posteriormente, o Regime Jurídico das Instituições de Ensino Superior definiu que a limitação quantitativa de vagas no Ensino Superior deveria considerar a racionalização da oferta formativa, a política nacional de formação de recursos humanos, os recursos disponíveis e as orientações do Ministro da Tutela (4).

No que diz respeito à particularidade da formação médica, a *World Federation of Medical Education*, define que as Escolas Médicas devem estabelecer um número de ingressos que respeite a sua capacidade formativa máxima e revê-lo periodicamente, assim como vincular os rácios estudante-tutor como parâmetro da qualidade de ensino (5).

Por tudo isto, defendem os Estudantes de Medicina uma **redução do número anual de ingressos nos cursos de Medicina em Portugal**, como uma medida essencial na defesa da qualidade do ensino médico, no reforço da humanização dos cuidados de saúde, e na garantia da sustentabilidade de uma formação médica integrada. Ignorar esta recomendação irá, invariavelmente, resultar na deterioração da prestação dos cuidados de Saúde em Portugal.

No caso do curso de Medicina, é ***imposta*** pelo Decreto-Lei nº 40/2007 a existência de um contingente adicional para acesso ao curso de Medicina por titulares do grau de licenciado, num valor mínimo de 15% dos ingressos do contingente geral. Considerando que os candidatos a este concurso poderão também candidatar-se pelo regime geral de acesso, e que existe um ciclo de estudos no Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina da Universidade do Algarve exclusivo para este grupo de candidatos, impõe-se assim a existência de uma terceira via de acesso ao curso de Medicina para os detentores de um grau superior. Salienta-se ainda a redundância deste diploma face à existência de legislação transversal a todo o Ensino Superior que ***permite*** às Instituições a abertura de concursos especiais de acesso por titulares de cursos superiores, nomeadamente o Decreto-Lei nº 113/2014.

Desta forma, num contexto de redução do *numerus clausus,* por considerarem os Estudantes de Medicina que os constrangimentos no acesso ao curso que advenham desta medida deverão ser minimizados na via geral de acesso, sustêm os

mesmos que esta redução de ingressos deverá ocorrer também através da **revogação do Decreto-Lei nº 40/2007**, salvaguardando-se o Decreto-Lei nº 113/2014.

A redução do número de ingressos por ano nas Escolas Médicas portuguesas nunca poderá, contudo, gerar uma redução do financiamento das mesmas que constitua impedimento à legítima e necessária adequação das suas capacidades formativas em prol da qualidade do ensino da Medicina ou que condicione o investimento em áreas como a investigação e desenvolvimento, fundamentais para um ensino médico completo.

**Urge que se tomem medidas quanto a este problema, apelando a ANEM à comunicação entre o Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e o Ministério da Saúde com vista ao planeamento integrado da formação médica em Portugal.**

## 1.2. Otimização dos Recursos Pedagógicos Existentes

A ANEM acredita que, sendo necessária, a redução do *numerus clausus* não é, no entanto, medida suficiente para a melhoria do ensino médico em Portugal.

As Escolas Médicas devem considerar os rácios estudante-tutor em cada uma das suas Unidades Curriculares, enquanto um dos indicadores de qualidade do ensino médico (5).

Concomitantemente aos esforços de adequação das capacidades formativas, as Escolas deverão procurar reduzir estes rácios, executando **reformas por forma a otimizar as condições pedagógicas de que dispõem**, nomeadamente através da reorganização das atividades letivas e gestão adequada do corpo docente.

Respeitando a sua autonomia, o contacto com doentes é essencial à formação médica, sendo grande fator motivador para os Estudantes. Acresce que a aprendizagem é reforçada quando decorre em contexto clínico, que repercute o ambiente real de trabalho futuro.

Assim, as reorganizações das atividades letivas visando a otimização dos rácios estudante-tutor **não devem reduzir o tempo letivo dedicado ao ensino clínico**.

O desenvolvimento de protocolos de afiliação para o ensino clínico com diferentes estabelecimentos de saúde apresenta vantagens evidentes no que toca ao incremento da qualidade da formação médica: por um lado, a afiliação permite reduzir o impacto do número excessivo de Estudantes na deterioração das capacidades pedagógica das Escolas Médicas, providenciando um ensino com menores rácios estudante-tutor e diversificando o contacto com realidades clínicas diferentes; por outro lado, **as despesas de deslocação para os hospitais/centros de saúde afiliados deverão ser tidas em consideração** de modo a evitar uma marcada desigualdade no que toca às condições de acesso ao ensino entre Estudantes, devendo ser prestada especial atenção aos Estudantes bolseiros. De igual modo, é de grande importância assegurar que os protocolos estabelecidos veem a sua qualidade assegurada, possibilitando a melhoria do ensino comparativamente aos hospitais nucleares. Ainda neste âmbito, deverá ser proporcionada formação pedagógica aos

tutores, possibilitando a sua preparação para o ensino prático com qualidade.

Nas carreiras médicas, o exercício de funções docentes deverá ser devidamente valorizado e fomentado, sendo que as Escolas têm o dever de garantir e promover formação pedagógica aos médicos que exerçam funções como docentes.

**Posto isto, os Estudantes de Medicina reafirmam a sua disponibilidade para aprofundar iniciativas que visem a otimização das condições pedagógicas, em articulação com as Direções das Escolas Médicas portuguesas, responsáveis pela implementação de medidas de formação médica melhor adaptadas à realidade atual.** A melhoria da qualidade do ensino da Medicina tem que ser encarada como um fator que diretamente conduz ao aumento da qualidade da prestação de cuidados de saúde no âmbito do SNS, e por isso vista enquanto prioridade na definição das Políticas de Saúde em Portugal.

## 1.3. Modernização das Metodologias de Ensino e Avaliação

A ANEM defende que as Escolas Médicas deverão **modernizar as metodologias de ensino e avaliação dos seus Estudantes**, em linha com as recomendações internacionais, nomeadamente da *Association for Medical Education in Europe* (AMEE).

A simulação médica e a inovação pedagógica, através de novas metodologias de avaliação de competências clínicas (p.ex. *Objetive Structured Clinical Examinations* - OSCEs) e profissionais, deverão ser progressivamente fomentadas, paralelamente ao desenvolvimento de formação específica do corpo docente por forma a aumentar a qualidade do ensino da Medicina (6).

A aplicação dos princípios da docimologia deverá ser considerada uma prioridade em Educação Médica, sendo estes utilizados em prol do ensino da Medicina ao solidificar os instrumentos de avaliação apresentados aos Estudantes. As Escolas Médicas deverão também ser transparentes na apresentação dos princípios, métodos e práticas utilizados na avaliação dos Estudantes (5).

O processo de modernização deverá ser guiado por especialistas na área, e **garantir o envolvimento dos Estudantes** por forma a melhorar a implementação adequada de novas metodologias através do seu *feedback*.

## 1.4. Definição e Avaliação das Competências Nucleares

O modelo de competências é considerado o paradigma de referência para a Educação Médica do século XXI. No âmbito deste modelo, há que ter em consideração para a realidade portuguesa o documento "O Licenciado Médico em Portugal" (2005). Este documento resultou do trabalho conjunto das sete Escolas Médicas existentes no momento, e definiu as competências nucleares que um Estudante de Medicina deve adquirir e demonstrar no final do curso. O conjunto de competências definidas tem especial relevância na definição de bases para o desenvolvimento curricular, na sinalização de mudanças com o propósito de melhorar a qualidade da Educação Médica e garantir que esta funcione como um instrumento capaz de responder às necessidades do sistema de saúde, e na resposta às exigências da comunidade, no que respeita à garantia de competência e prática médica segura.

Decorridos mais de dez anos após a publicação do documento, a ANEM considera que **é chegado o momento de revisão do mesmo por parte das Escolas Médicas**.

O processo de revisão supracitado deverá elencar um conjunto de competências que os Estudantes devem adquirir no final de cada período formativo, com especial ênfase na definição daquelas essenciais no final da formação pré-graduada.

Além disso, seria relevante, neste sentido, **garantir a integração da formação médica nacional no seu enquadramento internacional**, tendo em conta a uniformização e análise comparativa entre currículos e a sua certificação internacional.

A avaliação, pelos Estudantes e Escolas Médicas, da aquisição das referidas competências após o término dos cursos de Medicina, reveste-se da maior importância para avaliar a qualidade e eficiência do ensino médico e para que as Escolas executem os devidos aperfeiçoamentos.

De acordo com um modelo pedagógico *student-centered*, um maior protagonismo do Estudante traduz-se na melhoria do processo de ensino-aprendizagem, mas também na possibilidade do Estudante ser autor do seu próprio processo educativo, permitindo-lhe explorar áreas de interesse individual. Nesse sentido, a ANEM considera que as Escolas Médicas devem oferecer um conjunto de Unidades Curriculares que constituam o currículo médico optativo, sem prejuízo dos conteúdos nucleares do curso.

## 1.5. Promoção da Educação Não-Formal e Valorização das Atividades Extra-curriculares

A ANEM defende ainda que as Escolas Médicas devem promover ativamente a **aquisição de outras competências para além das previstas no currículo formal**, nomeadamente as denominadas *soft skills*, de acordo com a definição da AMEE.

As *soft skills* são aqui entendidas enquanto ferramentas para o desenvolvimento pessoal e profissional dos Estudantes de Medicina. Entre elas, conta-se o desenvolvimento profissional, nomeadamente a interação médico-doente, as competências de comunicação, transmissão de más notícias, socialização em ambiente profissional, ao que acresce a aprendizagem contínua (*lifelong learning*) (7).

Para além destas, outras competências - de acordo com um conceito mais abrangente de *soft skills* - como a gestão de tempo, gestão de projetos, e capacidade de liderança de equipas e grupos de trabalho deverão também ser competências fomentadas, com relevo na formação de médicos.

A valorização das **atividades extracurriculares** por parte das Escolas Médicas segue este mesmo princípio de reconhecimento da importância do desenvolvimento pessoal e profissional em áreas que não as estritamente curriculares. Assim, a ANEM defende que atividades tais como estágios clínicos (Curtos Estágios Médicos em Férias - CEMEFs), programas de intercâmbio científico e clínico (*research* e *clinical exchange* da IFMSA, *endorsed* pela WFME) e programas de voluntariado devem ser valorizadas no currículo dos Estudantes de Medicina, pelo acréscimo que constituem para a sua formação abrangente.

**Acreditamos que a implementação das medidas supracitadas contribui efetivamente para a formação de médicos de qualidade, assim como de futuros docentes e tutores que reproduzirão com eficácia os melhores princípios e metodologias atuais em Educação Médica.**

## 1.6. Abertura de Novos Cursos de Medicina

Portugal possui atualmente 8 Escolas Médicas, com um rácio superior à média europeia de 0,54 escolas médicas por milhão de habitantes (8). No seu conjunto, ingressam anualmente mais de 1800 Estudantes no curso de Medicina em Portugal.

É já conhecido que devido a estes números, a formação médica pré-graduada viu a sua qualidade diminuir face a anos anteriores. Desde a falta de profissionais qualificados até à necessidade dos Estudantes se deslocarem vários quilómetros para terem acesso à prática clínica, indispensável para o curso médico, são muitas as consequências deste aumento que começa a resultar na saturação dos recursos existentes, tanto humanos como físicos (estabelecimentos de saúde afiliados).

A ANEM acredita que a **falta de recursos dificilmente possibilitará a existência de propostas que cumpram os requisitos de qualidade necessários para que uma nova Instituição de Ensino Superior abra em Portugal**, situação que se vê confirmada pela recusa a diversas propostas para abertura de novos cursos de Medicina que aconteceram no passado.

Adicionalmente, o possível aumento do número de ingressos anuais gerado pela abertura de uma nova Escola Médica apenas viria a agravar o afunilamento a nível do acesso à formação médica pós-graduada, gerado pelo número insuficiente de vagas para todos os candidatos.

Tendo em conta as circunstâncias atuais, **os Estudantes de Medicina consideram que não devem abrir novos cursos médicos em Portugal.**

CAPÍTULO 2

# INTERNATO MÉDICO

## 2.1. Acesso ao Internato Médico

A ANEM, em linha com as atuais recomendações de boas práticas internacionais, considera que formação médica deverá ser encarada de uma forma completa, não considerando aceitável que a mesma se possa esgotar na formação pré-graduada. Deste modo, **sustêm os Estudantes de Medicina que o acesso ao Internato Médico deverá ser garantido a todos os recém-graduados em Medicina**, rejeitando liminarmente a produção de médicos indiferenciados por número insuficiente de vagas para a formação específica. Não obstante do supracitado, reitera-se concomitantemente que esta discussão não deverá ser tida isoladamente, garantindo, pela defesa da qualidade de formação, rigor na atribuição de idoneidade a todas as vagas de especialidade.

### 2.1.1. Contabilização da Classificação final do MIM

Ao longo dos 6 anos do Mestrado Integrado os Estudantes de Medicina são avaliados de forma contínua e sistemática. Adicionalmente, no final dos seus cursos os recém-graduados são submetidos a uma prova nacional para os seriar para o processo de escolha de vagas de especialidade.

**Consideram os Estudantes de Medicina necessário contabilizar o percurso do Estudante no Mestrado Integrado como forma de espelhar o desenvolvimento de competências durante os seis anos**, ao invés de determinar a ponderação para acesso ao Internato Médico na integridade de um momento avaliativo único como a prova nacional de acesso à formação específica.

Reconhecendo a ANEM a importância da valorização da prestação dos Estudantes ao longo do seu percurso no Mestrado Integrado, importa evidenciar que, resultado das

diferentes metodologias de avaliação e das diferentes formulas de cálculo da Classificação Final de Curso, existem diferenças significativas e estatisticamente demonstradas nas mesmas entre os Estudantes das diferentes Escolas Médicas. Não significa isto, realçamos, que as Escolas não avaliem com qualidade os seus Estudantes, mas tão simplesmente que divergem nas metodologias e escalas de avaliação aplicadas.

Posto isto, e em sequência das recomendações do GTRRIM, **a ANEM considera que um modelo de acesso ao Internato Médico que entre em consideração com esta classificação deverá necessariamente fazer-se apoiar de uma metodologia de ajustamento estatístico das mesmas**, por forma a garantir uma justa comparabilidade dos Estudantes de Medicina a nível nacional e a equidade no acesso ao Internato Médico.

Deste modo, defende a ANEM que, para efeitos de acesso ao Internato:

1. A Classificação Final de Curso equiparada estatisticamente entre Escolas Médicas deverá ser critério único de acesso ao Ano Comum;
2. A Classificação Final de Curso equiparada estatisticamente entre Escolas Médicas deverá ser ponderada na nota de candidatura numa percentagem máxima de 20% e utilizada como critério de desempate no acesso à formação específica;
3. O processo de equiparação estatística proposto consiste na aplicação do Z-score com transformação T- score, calculado através da fórmula:

$$T_{ij} = \frac{x_{ij} - \bar{x}_j}{s_j} \times 10 + 50$$

(sendo $\bar{x}_j$ e $s_j$, respetivamente, a média e o desvio padrão das Classificações Finais de Curso na coorte de candidatos da Faculdade $j$ no primeiro ano em que se candidata);

4. As Classificações Finais de Curso atribuídas aos Estudantes provenientes de Escolas Médicas estrangeiras devem ter igual valor à média equiparada do Estudante proveniente de uma Escola Médica portuguesa que se encontre no ponto médio do intervalo a ele consignado na classificação da Escala Europeia de Comparabilidade de Classificações (EECC).

Importa referir que a metodologia de equiparação proposta assenta num parecer realizado por matemáticos da área da estatística com trabalho reconhecido em Educação Médica.

Os Estudantes de Medicina salientam ainda que, embora concordem com a contabilização da sua Classificação Final de Curso, a mesma só deverá **ocorrer 6 anos após a publicação da legislação que regula tais alterações**. Por conseguinte, garante-se o conhecimento prévio das condições de acesso à formação pós-graduada que dependam diretamente do percurso académico do próprio.

Adicionalmente, salienta-se que embora a normalização das Classificações Finais de Curso se encontre já prevista na legislação em vigor, nada foi ainda feito pela Tutela no sentido de definição do modelo de equiparação. Urgimos assim a Tutela a endereçar este assunto, respeitando a recomendação do GTRRIM de auscultação da ANEM e Ordem dos Médicos nesta questão.

### 2.1.2. Modelo da Prova Nacional de Acesso à Formação Específica

Na criação de uma nova Prova de Acesso à Formação Específica, considera-se que, em primeira análise, **importa definir que o propósito e intuito final desta prova é a seriação correta dos candidatos**, com vista a estabelecer uma lista ordenada para a escolha de uma especialidade por parte dos candidatos. Importa, assim, ter em conta que o modelo de prova a aplicar deve ser um modelo de exame adequado a este fim.

Posto o recente caráter da prova, **deverá existir, pelo menos, uma prova-piloto**, com a antecedência mínima de dois anos relativamente à implementação efetiva deste novo modelo de Prova Nacional de Acesso à Formação Específica. Mais ainda, salienta-se que qualquer alteração ao modelo atual deve ser oficialmente publicitado com, pelo menos, 3 anos de antecedência, tal como previsto na Portaria nº 251/2011, de 24 de junho, que aprovou o Regulamento do Internato Médico.

#### 2.1.2.1. Conteúdos da Prova

Os conteúdos a abordar deverão versar sobre **conhecimentos transversais à prática médica** e dizer respeito às áreas da Medicina Interna, Cirurgia Geral, Ginecologia e Obstetrícia, Psiquiatria, Pediatria e Medicina Geral e Familiar.

A matriz deverá ser de conhecimento público, deverá acontecer revisão anual e alteração quando as entidades envolvidas considerarem que as temáticas abordadas necessitem de atualização e/ou substituição. Estas alterações deverão ser devidamente publicitadas com, no mínimo, um ano de antecedência em relação à data de realização da prova a que se destinam, devendo ser preservada uma bibliografia pública, recomendada, devidamente referenciada e única.

#### 2.1.2.2. Formulação de Questões

O conjunto de questões a vigorar na prova deverá **promover o raciocínio clínico e a aplicação e integração dos conhecimentos clínicos adquiridos**, ao invés de apelar à simples memorização de dados ou detalhes recorrendo, entre outros, a casos clínicos. Estas devem ser de escolha múltipla, com apenas uma resposta correta dentro de cinco alíneas e sem desconto consequente de respostas erradas.

As questões de cada área de conhecimento médico deverão ser elaboradas por uma comissão, por especialidade, constituída por médicos, nomeados por acordo entre a Ordem dos Médicos e as Escolas Médicas Portuguesas. Este mesmo grupo deve receber formação prévia acerca do processo de formulação de questões de escolha múltipla. Para além disso, cada questão produzida deverá ser objeto de discussão e avaliação interna, sendo acompanhada de um documento identificativo próprio, que ateste o seu grau de dificuldade, o racional aplicado na sua construção, bem como a indicação da bibliografia em que se suporta a formulação da questão e a veracidade da resposta considerada como correta.

#### 2.1.2.3. Validação e Qualidade das Questões

A validação e revisão de questões deverá seguir os seguintes passos:

1. As perguntas elaboradas pela comissão de especialistas devem ser submetidas à entidade responsável pelo exame e revistas por uma equipa técnica, editorial e pedagógica, de modo a corrigir erros gramaticais, de semântica ou de sintaxe, ou em desacordo com as orientações de construção das perguntas, impedindo assim a má formulação de questões ou a existência de interpretações dúbias e ambiguidade nas perguntas;

2. As propostas de alterações efetuadas pela equipa referida são enviadas de novo aos autores das respetivas perguntas, a quem caberá alterá-las em conformidade, sendo indicado um novo prazo para a realização da retificação;
3. A equipa de especialistas deverá reunir e discutir cada uma das perguntas submetidas, num processo de revisão por pares, de forma a que sejam levantados e resolvidos os diversos problemas relativos a cada questão, podendo haver lugar à rejeição de perguntas;
4. Deverá ser elaborado um relatório acerca de cada questão após a discussão, no qual deverão constar as diversas dificuldades e problemas que podem advir da mesma;
5. Os autores das perguntas rejeitadas têm a possibilidade de reformular as mesmas e submetê-las de novo à comissão, para reavaliação em reunião posterior;
6. Todas as questões devem ser previamente validadas, através da sua inclusão numa prova, não sendo neste caso contabilizadas para efeito de seriação, mas apenas para efeitos de validação - determinação do nível de discriminação e conteúdos que avalia. As respostas dadas a essas perguntas deverão posteriormente ser submetidas a uma análise docimologica e estatística, determinando a validação, reformulação ou eliminação da pergunta. Para que este processo seja válido, deverá sempre recolher-se os dados numa amostra significativa. Contudo, a primeira prova aplicada dentro das normas deste modelo proposto constituirá uma exceção inevitável a esta norma.

### 2.1.2.4. Construção da Prova

A prova deve contemplar um número de questões entre 150 e 250, com um máximo de 10% das questões para validação, que possibilite uma boa discriminação e correta seriação dos candidatos. Deverá ser avaliada a prevalência, grau de emergência, correta identificação e tratamento das questões por área de patologia, assim como o nível de dificuldade.

A prova deverá ser igual para todos os candidatos, excetuando as questões para validação, sendo recomendado que exista mais do que uma versão da prova, nas quais varie unicamente a ordem das questões, de modo a impossibilitar eventuais fraudes.

### 2.1.2.4. Correção e Possibilidade de Revisão da Prova

Sendo uma prova constituída exclusivamente por questões de escolha múltipla, de forma a agilizar o processamento de resultados e a sua análise, esta deverá ser corrigida por leitura ótica. As questões cuja índole suscite alguma dúvida deverão ser sujeitas a revisão e, caso necessário, anuladas da prova em causa, devendo a sua cotação ser distribuída pelas restantes questões da prova.

Após a divulgação dos resultados provisórios, haverá obrigatoriamente lugar para um momento formal de consulta de prova, com livre acesso ao enunciado e respostas do candidato às perguntas que não serão utilizadas para validação. Os candidatos poderão também sinalizar e contestar questões mal formuladas, ambíguas, ou não constantes na bibliografia recomendada.

Relativamente à publicação dos resultados provisórios do exame, entende-se que tal deverá acontecer no prazo máximo de duas semanas após a realização do mesmo e os resultados definitivos no prazo de quatro semanas,

assegurando a possibilidade de revisão, contestação e reapreciação da prova.

### 2.1.3. Classificação Mínima na Prova Nacional de Acesso à Formação Específica

A Prova Nacional de Acesso à Formação Específica é realizada face à necessidade de um método que permita a comparação e ordenação de todos os recém-graduados médicos em igualdade de circunstâncias.

De facto, considera a ANEM que a função de avaliar as competências do graduado em Medicina é domínio das Escolas Médicas, constituindo a conclusão com aproveitamento do Mestrado Integrado em Medicina prova suficiente das competências necessárias para prosseguir a sua formação.

**Com efeito, não deverá um momento avaliativo único determinar a possibilidade de ingresso na formação específica.**

Em última instância, **a definição de uma classificação mínima irá funcionar como um obstáculo na continuidade da formação médica**, na sua componente pós-graduada, que deverá ser garantida a todos os recém-graduados para que possam exercer Medicina com a técnica, profissionalismo e rigor que o estado-de-arte impõe. Deste modo, não é possível concluir que tal critério resulte num aumento da qualidade do ensino médico em Portugal, ou da prestação de cuidados de Saúde à população.

**Por tudo isto, os Estudantes de Medicina são contra o estabelecimento de uma nota mínima na Prova Nacional de Acesso. A ANEM rejeita qualquer tentativa de mascarar a insuficiência do número de vagas para formação específica com base na definição de um ponto de corte na Prova Nacional de Acesso à Formação Específica**, defendendo que tal prova deverá manter o seu carácter meramente seriativo e garantindo a possibilidade de acesso à formação pós-graduada por todos aqueles que concluam o Mestrado Integrado em Medicina.

### 2.1.4. Mudança de Área de Especialização

A possibilidade de mudança de área de especialização **afigura-se de grande importância, permitindo que os médicos que não vejam as suas expetativas correspondidas com a sua escolha tenham a possibilidade de optar por uma nova área**. Uma limitação desta possibilidade poderia resultar num conjunto de médicos insatisfeitos com a sua carreira, com prejuízo da qualidade da prestação de serviço.

De acordo com a legislação em vigor, um médico interno poderá alterar a sua área de especialização um máximo de duas vezes, e até que complete metade do seu percurso formativo atual, prevenindo assim potenciais abusos do sistema.

Dada a inexistência de número suficiente de vagas para dois concursos separados, como ocorria previamente, o Decreto-Lei nº 86/2015 de 21 de maio extinguiu o concurso B, passando a existir um concurso único de acesso à formação específica, no qual as vagas para mudança de área de especialização se encontram limitadas a um máximo de 5% do total.

Apesar desta situação, não é percetível pela legislação em vigor se a limitação de 5% do número de vagas para mudança de especialidade se aplica apenas aos médicos internos que não se desvincularam do internato até ao dia 31 de maio ou se se aplica à totalidade de médicos que, tendo já ingressado no internato de especialidade,

pretendam mudar a sua área, independentemente da desvinculação.

Os Estudantes de Medicina entendem que uma limitação a 5% do número de vagas a médicos que se encontrem desvinculados do Serviço Nacional de Saúde poderá, face ao elevado número de candidatos comparativamente às vagas disponíveis, limitar significativamente a possibilidade de mudança de área de especialização. Assim, os médicos internos que se desvincularem da especialidade dentro dos prazos previstos devem **encontrar-se em condições de igualdade em relação** aos médicos Internos de Ano Comum, pelo que é do entender dos Estudantes de Medicina que deverão ter acesso à totalidade das vagas. A limitação de 5% das vagas deverá ser aplicada apenas aos médicos internos de especialidade que, pretendendo mudar de especialidade, não se desvincularam do seu programa de formação.

## 2.2. Ano Comum

O Ano Comum encontra-se atualmente, e em regime transitório, previsto nos números 2 e 3 do artigo 4.º do Decreto-Lei n.º 203/2004, correspondendo a um "*período inicial de internato médico com programa de formação comum a todas as especialidades*". Prevê a legislação vigente a possível extinção deste ano de formação, em diploma próprio, na sequência da avaliação da profissionalização introduzida no último ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Adicionalmente, deverá ter-se em consideração que o Internato Médico foi já sujeito a diversas alterações no passado, nomeadamente a reforma aprovada em 2004, que substituiu o Internato Geral de dois anos de duração pelo Ano Comum que vigora.

O Ano Comum determina o período inicial do Internato Médico, de carácter formativo e transversal a qualquer área especializada, através do qual o recém-graduado é integrado, pela primeira vez, enquanto membro efetivo da equipa clínica. O acesso, frequência e conclusão do pressuposto habilita os Estudantes de Medicina de competências clínicas, vivência intrinsecamente prática e experiência em ambiente clínico *in loco*, após conclusão do Mestrado Integrado em Medicina, pelo que constitui um pilar na persecução da excelência do SNS.

**Os Estudantes acreditam que as oportunidades conferidas ao longo do Mestrado Integrado não são suficientes para permitir a aquisição de competências suficientes que lhes possibilitem a sua integração direta numa área de especialização sem primeiro terem a oportunidade de experienciar uma prática clínica mais generalista.**

Preocupa-nos que a extinção do Ano Comum, a par da introdução de conteúdos generalistas no primeiro ano da formação especializada tenha repercussões nos programas de formação especializada, reduzindo, na prática, um ano a estes.

Por tudo isto, **defende a ANEM a manutenção do Ano Comum, como forma de assegurar a continuidade da qualidade da formação pós-graduada e dos cuidados de saúde prestados no SNS.** Lamentamos ainda que se considere a extinção deste ano sem primeiro se encontrar assegurado um regime de transição que permita a adequada integração de todos os recém-graduados que pretenderão ingressar no internato nesse ano.

## 2.3. Autonomia Profissional

Os Estudantes de Medicina consideram que a conclusão do Mestrado Integrado em Medicina não é suficiente para que os recém-licenciados sejam dotados das competências clínicas necessárias à aquisição de autonomia profissional.

**Os Estudantes de Medicina defendem assim a existência de um período de formação, após a conclusão do Mestrado Integrado, que seja um processo de aprendizagem tutelado em contexto real**, baseado na experiência *in loco* e na participação efetiva e de trabalho em contexto de equipa médica, **para que possam adquirir autonomia profissional**.

**É também a opinião dos Estudantes de Medicina que este período de formação pós-graduada com vista à obtenção de autonomia deverá ser garantido a todos os recém-graduados**, não sendo admissível a possibilidade de que um qualquer número de médicos se possa ver impedido do exercício pleno da Medicina por inexistência de vaga para concluir a sua formação.

Adicionalmente, existe **deficitária definição do conceito de autonomia profissional**, em termos de direitos e deveres pelas entidades competentes e sob termos legais a estabelecer, **apelando à Tutela, em conjunto com a Ordem dos Médicos, uma maior clarificação sobre o conceito**.

## 2.4. Idoneidades Formativas

A atribuição das idoneidades formativas e a definição do número de vagas para uma dada especialidade é um processo que, pelas implicações que tem a nível da formação pós-graduada, da qualidade dos cuidados de saúde prestados, bem como da correta gestão e do planeamento dos recursos humanos, se reveste da mais vital importância para o SNS.

A ANEM reconhece à Ordem dos Médicos um conhecimento abrangente da realidade dos serviços de saúde ao nível da qualidade dos serviços prestados, da disponibilidade dos profissionais especialistas para acompanhamento dos médicos internos e da abrangência de serviços necessária para a boa formação de um especialista,

Ademais, são atribuições das associações públicas profissionais, nos termos da lei [artigo 5º, alínea c) da Lei n.º 2/2013], a "regulação do acesso e do exercício da profissão".

Por considerarem que tais competências não podem ser assumidas por qualquer outra entidade sem que daí resulte prejuízo na prestação de cuidados médicos, a **ANEM rejeita qualquer dissociação entre a Ordem dos Médicos e o processo de atribuição de idoneidades**.

De igual forma, acreditamos que este processo deve ser o mais transparente possível, com critérios definidos, objetivos e públicos de atribuição de idoneidade.

Tendo em consideração a atual insuficiência de vagas na formação especializada para o total de candidatos, **apela também a ANEM à Ordem dos Médicos e ACSS um esforço para, em conjunto, maximizarem as capacidades formativas pós-graduadas**, através da revisão dos planos curriculares de cada especialidade e reforço dos recursos humanos e materiais dos diferentes serviços clínicos.

# Referências


1. DIOGO PGea. Estudo sobre as Condições Pedagógicas das Escolas Médicas Portuguesas: Uma Análise Nacional Sobre a Satisfação Estudantil, Rácios Estudante-Tutor e Número de Admissões. Acta Med Port. 2016 Maio; 29(5): p. 301-309.
2. Grupo Missão. Plano estratégico para a formação nas áreas da saúde. Resolução do Conselho de Ministros n.o 140/98, de 4 de Dezembro. ; 2001.
3. Comissão Parlamentar de Saúde. Relatório Final da análise à Petição nº 168/XII/2.ª..
4. Lei n.º 62/2007 de 10 de Setembro..
5. World Federation of Medical Education. Basic Medical Education, WFME Global Standards for Quality Improvement; 2012.
6. AMEE. AMEE Guide no. 34: teaching in the clinical environment. In Medical Teacher.; 2008.
7. AMEE. Communication skills: An essential component of medical curricula. Part I: Assessment of clinical communication: AMEE Guide No. 51. In Medical Teacher.; 2011.
8. OECD. Health at a Glance: Europe 2014: OECD Publishing; 2014.
9. Grupo de Trabalho para a Revisão do Regíme do Internato Médico. Relatório Final. ; 2012.

anem
por MSIC

POSIÇÃO GLOBAL 2016