



FACULDADE DE
CIÊNCIAS
MÉDICAS
UNIVERSIDADE
NOVA DE LISBOA



HOSPITAL DE SÃO FRANCISCO XAVIER



HOSPITAL
BEATRIZ
ÂNGELO

SESARAM EPE
Serviço de Saúde da RAMERS



RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO



“Wherever the art of Medicine is loved,
there is also a love of Humanity”

– Hippocrates

“The physician should not treat the disease
but the patient who is suffering from it”

– Maimonides

PEDRO GODINHO FERNANDES

Nº 2008188

ALUNO DO 6º ANO, TURMA 7

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – 2013/2014

JUNHO DE 2014

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	3
II. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES CURRICULARES	4
1. ESTÁGIO DE SAÚDE MENTAL	4
2. ESTÁGIO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR	4
3. ESTÁGIO DE PEDIATRIA	5
4. ESTÁGIO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	6
5. ESTÁGIO DE CIRURGIA	6
6. ESTÁGIO DE MEDICINA	7
7. ESTÁGIO OPCIONAL	8
III. REFLEXÃO CRÍTICA	8
IV. ANEXOS	11
1. CASO CLÍNICO – “NEOPLASIA AGRESSIVA EM DOENTE JOVEM – UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR”	11
2. CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO	15
2.1 SEMANA DIGESTIVA 2014	15
2.1.1 CURSO PÓS-GRADUADO – “NOVAS TERAPÊUTICAS EM HEPATOLOGIA”	16
2.1.2 MINICURSO – “NOÇÕES BÁSICAS DE ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA”	17
2.2 EXAME DA ESPECIALIDADE	18
? NEFROLOGIA, HEMATOLOGIA, CARDIOLOGIA, PNEUMOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA	
3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS – EXEMPLOS REPRESENTATIVOS DO TRABALHO REALIZADO AO LONGO DO ANO	19
3.1 DESCRIÇÃO ESTATÍSTICA (MEDICINA GERAL E FAMILIAR)	19
3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA (MEDICINA INTERNA, CIRURGIA GERAL, OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA, PEDIATRIA E PSIQUIATRIA)	20

I. INTRODUÇÃO

O último ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) encontra-se estruturado sob a forma de vários estágios profissionalizantes. Assim, é criado um período de transição entre o ser estudante e o ser profissional médico. Com este objetivo primordial, considerando que a formação é um processo contínuo, defini, no início deste ano letivo, as seguintes metas a alcançar:

- ☞ Adquirir, de forma gradual e crescente, autonomia e responsabilidade, nomeadamente no que diz respeito a tomadas de decisão e execução de gestos práticos, sempre com uma reflexão crítica sobre a minha *performance* e capacidades, considerando também as críticas construtivas que me forem dirigidas;
- ☞ Optimizar a relação médico-doente através de uma abordagem empática, com treino e melhoria das técnicas de comunicação, tendo sempre uma perspetiva global acerca do doente, considerando que os aspetos psicossociais, familiares e culturais influenciam a perceção da doença e a forma como ela é vivenciada;
- ☞ Integrar equipas multidisciplinares, estabelecendo relações profissionais dinâmicas de qualidade, com vista à melhoria na prestação de cuidados de saúde;
- ☞ Adquirir estratégias que promovam a saúde e previnam a doença, considerando também a utilização eficiente dos recursos disponíveis;
- ☞ Consolidar conhecimentos/aptidões previamente adquiridos nas diversas áreas, que permitam avaliar situações clínicas frequentes ou emergentes, e agir adequadamente com vista à sua resolução, tentando reduzir as minhas limitações;
- ☞ Procurar ativamente oportunidades que consolidem a minha formação.

O presente relatório sumariza as atividades desenvolvidas nas várias vertentes deste período de estágio profissionalizante culminando, numa reflexão autocrítica acerca das mesmas e do cumprimento dos objetivos propostos. A sua estrutura inclui: **INTRODUÇÃO**, com exposição do seu contexto e de objetivos; **DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES CURRICULARES**, cronológica, capitulada com os vários estágios parcelares, tecendo algumas considerações pessoais; **REFLEXÃO**

CRÍTICA, com uma análise pessoal sobre o estágio profissionalizante e o cumprimento dos objetivos; e **ANEXOS**, onde incluí um caso clínico, certificados de participação em atividades extra-curriculares e trabalho estatístico.

II. DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES CURRICULARES

1. SAÚDE MENTAL (4 semanas: 16 de setembro a 11 de outubro de 2013)

O primeiro estágio decorreu, sob regência do Prof. Doutor Miguel Xavier, no Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca (HFF). Visou promover a procura e consolidação de conhecimentos e capacidades de diagnóstico e intervenção, na área da Saúde Mental, através de um acompanhamento tutelado integrado numa equipa multidisciplinar. Contou também com uma componente teórica baseada em casos clínicos (2 dias), lecionada na sede da FCM, seguida da componente de prática clínica, no referido Serviço. Acompanhei a atividade da Equipa Comunitária do Centro de Saúde (CS) Extensão da Brandoa, sob tutela da Dra. Pilar Santos. Foi sobretudo um estágio observacional no qual me deparei com patologia variada e frequente, e onde observei uma enorme amplitude etária, que me permitiu estabelecer uma boa conceção da realidade da doença psiquiátrica. Em ambiente de consulta, observei a vertente de seguimento a longo prazo, controlo terapêutico e resposta às referências, tendo adquirido autonomia através da condução de entrevistas clínicas e da aplicação de alguns elementos de avaliação, e no Serviço de Urgência (SU) do HFF complementei a minha experiência com o lado descompensado da patologia psiquiátrica. Acompanhei as Enfermeiras nas visitas ao domicílio, notando conhecimento íntimo sobre cada doente. Colhi ainda uma história clínica em contexto de primeira consulta. Em grupo, realizei e apresentei um trabalho com o tema “Depressão e Doença Somática”. Frequentei as reuniões de Serviço, da Equipa Comunitária e as Sessões Clínicas do Hospital. Como resultado, fiquei mais apto para abordar doentes com sintomatologia psiquiátrica e avaliar os que necessitam de referência a especialista.

2. MEDICINA GERAL E FAMILIAR (MGF) (4 semanas: 14 de outubro a 8 de novembro de 2013)

Este estágio decorreu nos Centros de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas, Dr. Agostinho Cardoso e de São Vicente, na Região Autónoma da Madeira (RAM), sob a regência da Prof. Pedro Godinho Fernandes, N^o 2008188, Turma 7, 6^o ano

Doutora Maria Isabel Santos e sob a tutela da Dra. Isabel Canha. As expectativas relativas a este estágio eram muito elevadas. Foi uma oportunidade de interagir com a diversidade de elementos que pautam o quotidiano destes médicos, centrado no doente, abordando-o de uma forma holística, e experimentando variedade na prestação de cuidados de saúde, numa comunidade fora de um grande centro urbano, comparando a disponibilidade de recursos e a abordagem dos doentes fora do meio hospitalar, onde a componente pessoal e familiar ganham lugar de destaque. O estágio foi maioritariamente em contexto de consulta (saúde de adultos, infantil, planeamento familiar e tuberculose) mas frequentei também o SU, a sala da enfermagem e as visitas ao domicílio. Colhi uma história clínica em contexto de primeira consulta e compilei uma análise crítica, baseada em evidência, acerca da substituição de Vastarel[®] por Procoralan[®]. No início do estágio, estabeleci objetivos e competências a adquirir (conhecimentos sobre acompanhamento de patologias frequentes e de referenciação; estratégias de promoção de saúde; prevenção de doença; relacionais e comunicacionais) que, graças à minha dedicação, disponibilidade da equipa e autonomia concedida, foram alcançados. Procurei ainda acompanhar as atividades fora do CS, como foi o caso da apresentação do Pravafenix[®] (30 de Outubro), onde assisti a uma revisão das *guidelines* internacionais relativas a risco cardiovascular. Este nível de cuidados é essencial e gratificante: trabalhar tão próximo da população permite otimizar um plano de ação de promoção da saúde, prevenção da doença, acompanhamento e suporte, não só terapêutico, ao longo do tempo. Cresci enquanto médico e pessoa, e obtive uma visão global desta especialidade e da sua importância no funcionamento do Sistema Nacional de Saúde.

3. PEDIATRIA (4 semanas: 11 de novembro a 6 de dezembro de 2013)

O estágio decorreu no Hospital de São Francisco Xavier (HSFX), sob a regência do Prof. Doutor Luís Varandas e sob a tutela do Dr. Edmundo Santos. A importância deste estágio reside no adquirir de saberes, competências e atitudes que permitam a um futuro médico, independentemente da sua formação pós-graduada, reconhecer as patologias pediátricas mais frequentes, sinais de alarme e agir prontamente em situações de urgência. Na sua organização consta uma componente de prática clínica com autonomia, tanto na Enfermaria (2 semanas), Pedro Godinho Fernandes, N^o 2008188, Turma 7, 6^o ano

onde acompanhei doentes, e desenvolvi atividades como colheita de anamnese, prática de exame objetivo, elaboração de notas de entrada, diários clínicos, notas de alta, instituição de terapêutica, solicitação de exames complementares. No Berçário (2 semanas), procedi à avaliação inicial, completa, do recém-nascido, através de manobras específicas, e preenchi o seu processo físico. Frequentei também o Hospital de Dia, a Neonatologia, o SU e consultas de subespecialidade (Neurologia, Imunoalergologia, Desenvolvimento e Cirurgia), com balanço muito positivo. Assisti às sessões clínicas/*journal club* e às reuniões do Serviço, e apresentei um caso clínico de “Dacriocistite Aguda”. Atendendo a que a maioria dos estágios do MIM ocorre em contexto não pediátrico, esta é uma área fundamental em que podem ocorrer alguns défices. Estou agora mais consciente do processo diagnóstico e terapêutico indicado para as patologias pediátricas, e da importância da comunicação com os pais, aumentando a adesão terapêutica.

4. OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA (4 semanas: 9 de dezembro de 2013 a 17 de janeiro de 2014)

Este estágio decorreu no Hospital Vila Franca de Xira (HVFX), sob a regência da Prof. Doutora Fátima Serrano e sob a tutela da Dra. Paula Ambrósio. Focou-se na compreensão das singularidades da saúde da mulher, particularmente prevenção, diagnóstico e tratamento de situações comuns. A prática clínica ocorreu na Enfermaria de Obstetrícia e na de Ginecologia, e também no Bloco Operatório (BO - onde participei em cirurgias como segundo ajudante), no SU/Bloco de Partos e em várias consultas da especialidade. Com autonomia, observei doentes nas Enfermarias, nas consultas e no Balcão, e assisti a partos eutócicos/distócicos, o que me permitiu aprimorar gestos técnicos e capacidades relacionais e diagnósticas. Depois do estágio, mostrei empenho ao regressar ao HVFX para participar na cirurgia de uma doente que tinha seguido na primeira consulta, na ecografia e na consulta de pré-operatório, observando um caso interessante e um ciclo completo de resposta a uma referência.

5. CIRURGIA (8 semanas: 27 de janeiro a 21 de março de 2014)

Decorreu no Hospital Beatriz Ângelo, sob a regência do Prof. Doutor Rui Maio e sob a tutela da Dra. Susana Ourô. O aluno deve ser capaz de avaliar as situações clínicas mais comuns em Cirurgia e implementar uma estratégia de atuação com vista à resolução das mesmas bem como Pedro Godinho Fernandes, N^o 2008188, Turma 7, 6^o ano

realizar/observar alguns procedimentos. Realizei o estágio opcional em Anestesiologia (2 semanas) por esta área não constar do nosso plano de estudos pré-graduados. A experiência foi muito positiva, quer a nível teórico quer prático, com a realização de entubações orotraqueais, de raquianestesia e observação de outros procedimentos. Integrei o Serviço de Cirurgia Geral (6 semanas), frequentando a enfermaria, consulta, BO, SU, reuniões de serviço, sessões clínicas, várias sessões de carácter formativo e reuniões multidisciplinares. Foi sobretudo observacional, tendo participado como segundo ajudante em apenas uma cirurgia, devido ao rácio de 6 alunos/2 tutores no BO. Não observei doentes autonomamente, mas sim em conjunto com a minha tutora, com uma discussão dinâmica constante, muito interessante e proveitosa. Apresentei um caso clínico intitulado “Neoplasia agressiva em doente jovem” e, após o estágio, compilei-o de forma a ser submetido para a Revista Portuguesa de Cirurgia, em **ANEXOS**. Estou familiarizado com técnicas cirúrgicas, capaz de triar situações a encaminhar para Cirurgia bem como apto para solucionar situações de menor gravidade, tais como suturar pequenas lacerações.

6. MEDICINA (8 semanas: 24 de março a 23 de maio de 2014)

Decorreu no Serviço de Medicina IV do HSFY, sob a regência do Prof. Doutor Fernando Nolasco e sob a tutela do Dr. António Carvalho. No final do estágio devem estar reunidas condições que possibilitem a prática médica baseada na evidência, fiel a princípios de ética e que privilegia a abordagem holística do doente, permitindo a atuação em contexto de situações crónicas, agudas e emergentes, sem esquecer a importância crescente da prática da medicina preventiva. Na enfermaria, “autonomia” é palavra de ordem. Acompanhei doentes ao longo do seu internamento, desde a elaboração de nota de entrada à de alta, com registo dos diários clínicos, colheita de anamnese e realização de exame objetivo, formulação de hipóteses de diagnóstico, requisição e interpretação de exames complementares, instituição de terapêutica, sempre em discussão dinâmica com a minha equipa. Realizei ainda procedimentos como punções arteriais e venosas e observei muitos outros. Diariamente, trabalhei em estreita colaboração com vários profissionais, com os quais mantive uma boa relação que facilitou o trabalho a realizar. Frequentei semanalmente o SU e assisti a Consultas de Medicina Interna e

Pedro Godinho Fernandes, N^o 2008188, Turma 7, 6^o ano

Diabetes Gestacional. Participei nas reuniões de Serviço, sessões clínicas e *journal club*, onde tive oportunidade de apresentar o trabalho sobre “Abordagem ao doente com diarreia”. Ao longo do estágio decorreram também sessões de carácter formativo. Consolidar competências diagnósticas e terapêuticas, desenvolver a minha autonomia, consciencializei-me das minhas responsabilidades, bem como estimei o meu gosto pelo trabalho em equipa. Por outro lado, ao apresentar e discutir a evolução clínica dos doentes, desenvolvi as minhas capacidades de comunicação. Senti que o trabalho por mim desenvolvido foi de facto útil e necessário ao funcionamento do Serviço e à prestação de cuidados aos doentes.

7. OPCIONAL (2 semanas: 26 de Maio a 6 de Junho de 2014)

Por interesse pessoal, e por ser uma área pouco abrangida por período de estágio no MIM, optei por realizar um Estágio Clínico no Serviço de Gastrenterologia do HFF, regido pelo Prof. Doutor Fernando Nolasco e tutelado pelo Dr. David Horta. Acompanhei quase todas as possíveis vertentes da profissão. Frequentei a Unidade de Técnicas e o Serviço de Imagiologia onde observei múltiplos exames, eletivos ou de urgência (CPRE, endoscopias altas, colonoscopias e ecoendoscopias). Na consulta, observei os principais motivos de referência e a orientação desses casos, e o seguimento de múltiplos doentes a longo prazo. Na Enfermaria/Unidade de Intermédios, avaliei a evolução dos doentes, observei procedimentos práticos e, pela primeira vez, colhi sangue venoso femoral, e realizei uma paracentese. Frequentei a Semana Digestiva 2014 (4 a 7 de junho), no Centro de Congressos do Estoril. Neste congresso nacional, frequentei o maior número de eventos possível, tendo em conta a minha condição de formando. Participei no Curso Pós-Graduado “Novas Terapêuticas em Hepatologia” e no Minicurso “Noções Básicas de Enteroscopia por Cápsula” (ver **ANEXOS**). Ao longo deste estágio, consolidei e adquiri novos conhecimentos teóricos, especializados, e várias competências de cariz prático.

III. REFLEXÃO CRÍTICA

Como é sabido, o 6º ano do MIM prima pelo carácter profissionalizante. O aluno insere-se em equipas, desenvolve um trabalho diário, baseia-se em saberes adquiridos, adquire competências,

autonomia e responsabilidade, preparando-se para a sua atividade profissional, e prossecução da sua formação como médico. Neste sentido, defini metas a atingir até ao final do estágio profissionalizante, preocupado em me habilitar na abordagem de situações e patologias frequentes, a integrar equipas multidisciplinares e a dominar conhecimentos de índole teórica, técnica, processual, relacional e comunicacional. No total, observei 822 pacientes.

Inicialmente senti alguma inibição e insegurança com a grande responsabilidade no emitir de opiniões “profissionais” mas, de forma gradual, e com o auxílio dos meus tutores, foi-me possível compreender holisticamente e raciocinar de modo adequado sobre os doentes que observava. Assim, à medida que esta atividade se tornou mais rotineira, as lacunas iniciais foram, entretanto, preenchidas, com um desempenho progressivamente aperfeiçoado nas várias Unidades Curriculares (UC). É com enorme orgulho que constato uma evolução pessoal significativa, considerando que alcancei, não só os objetivos curriculares, mas também os autopostos. Saliento que, para o cumprimento dos mesmos, contribuíram a minha dedicação e empenho omnipresentes, assim como as oportunidades concedidas, a boa integração nas diversas equipas, o rácio 1 aluno/1 tutor na maioria dos estágios, e a grande disponibilidade dos meus tutores para partilhar os seus conhecimentos e debater dúvidas e questões particulares.

Atualmente possuo capacidades na formulação de hipóteses diagnósticas, na solicitação de exames complementares e na seleção de terapêuticas, atendendo à individualidade do doente. No entanto, noto alguns défices noutras áreas, como em algumas vertentes da Imagiologia, técnica comunicacional de más notícias e questões burocráticas do quotidiano do médico, áreas menos exploradas ao longo do MIM, que foram sendo melhoradas com empenho e com as tarefas inerentes ao estágio profissionalizante, mas que terão de ser aperfeiçoadas no futuro próximo, principalmente através da prática e experiência adquirida.

No que respeita à organização pedagógica, urge uniformizar horários, responsabilidades e autonomia atribuídos, e ainda critérios de avaliação nos vários locais onde decorrem os estágios. A verdade é que, apesar destes parâmetros estarem definidos, nem sempre são interpretados por todos da mesma forma, pelo que é desejável uma maior comunicação entre as partes envolvidas.

Por outro lado, e apesar de reconhecer as restrições inerentes ao funcionamento dos serviços clínicos, o rácio de alunos que se verifica em alguns estágios (por ex.: 3 alunos/1 tutor em Cirurgia; ausência de tutor presencial em Pediatria) não me parece o mais profícuo no contexto de um estágio que se quer profissionalizante.

Um grande ensinamento que retiro deste estágio é que é necessário ouvir o doente, não só as suas queixas, mas também os seus pensamentos, a sua personalidade, observando-o na sua postura, no seu semblante. Na prática, será este contacto com o doente que, muitas das vezes, determina diagnósticos e abordagens. Cada doente não é uma doença, é uma entidade individual, uma pessoa, único em si mesmo, dinâmico no processo terapêutico, com uma personalidade que “contamina” as suas patologias. Daí ser necessário o acompanhamento médico, a monitorização e a adequação terapêutica.

Ao longo dos seis anos deste MIM procurei complementar a minha formação com outros cursos, congressos e atividades. No entanto, dado que este relatório tem por base o estágio profissionalizante, incluo em **ANEXOS** apenas os realizados no presente ano letivo, nomeadamente os já referidos em **OPCIONAL**, e ainda um curso de preparação para o Exame Nacional de Seriação, decorrido entre 26 de novembro de 2013 e 22 de maio de 2014, no Hospital de Santa Maria, com um total de 63 aulas/126 horas. Resta fazer referência ao tratamento estatístico de dados que desenvolvi ao longo do ano, que não fez parte dos requisitos das UC, e que também coloquei em **ANEXOS** através de exemplos, tanto de descrição estatística como de representação gráfica.

Termino esta reflexão agradecendo aos médicos que me proporcionaram estágios motivantes e crescimento pessoal, dedicando uma boa porção do seu tempo e atenção. Tempo, não perdido, mas ganho na transmissão de conhecimento, crucial para a formação de um futuro médico, que atenderá às questões singulares das várias populações e patologias. Este é o marco do início de uma vida profissional mas de contínua formação.

“The life so short, the craft so long to learn”

– Hippocrates

IV. ANEXOS

1. CASO CLÍNICO – “NEOPLASIA AGRESSIVA EM DOENTE JOVEM – UMA ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR”

Neoplasia agressiva em doente jovem – uma abordagem multidisciplinar

Brito, M.; Fernandes, P. G.; Monteiro, S.; Ourô, S.

Palavras-Chave: Cancro colo-rectal, ileostomia, multidisciplinaridade, quimiorradioterapia neoadjuvante, caso clínico.

Resumo: O cancro colo-rectal mantém-se a segunda principal causa de morte por cancro nos países Ocidentais, com o carcinoma rectal representando, aproximadamente, 28% destes casos. Descreve-se, em retrospectiva, o caso de uma mulher jovem, com neoplasia rectal localmente avançada e metástases hepáticas, que evidencia a necessidade de uma abordagem multidisciplinar coordenada, nomeadamente, das especialidades de Cirurgia Geral, Gastroenterologia, Anatomia Patológica, Radiologia, Oncologia e Radioterapia. Tornou-se também visivelmente relevante a existência de equipas cirúrgicas especializadas em áreas específicas para otimizar resultados. É ainda discutida a importância da terapêutica médica neoadjuvante, dos factores histológicos e da agressividade de terapêutica cirúrgica no prognóstico, particularmente, o facto de o *downstaging* pré-operatório ter possibilitado uma ressecção R0 com melhoria significativa do prognóstico.

Abstract: Colorectal cancer is still the second main cause of death by cancer in Western countries, with rectal cancer representing approximately 28%. Here it is described, in retrospective, the case of a young woman, with a locally advanced rectal neoplasia and hepatic metastases, highlighting the need of a coordinated multidisciplinary approach, namely by General Surgery, Gastroenterology, Pathological Anatomy, Radiology, Oncology and Radiotherapy. It also became visibly relevant the existence of specialized surgical teams in specific areas to optimize the results. It is still discussed the importance of neoadjuvant medical therapy, histological factors and surgical therapy's aggressiveness in the prognosis, particularly, the fact that pre-operative downstaging has permitted a R0 resection with significant prognosis improvement.

Objectivo: Os autores pretendem apresentar um caso clínico de neoplasia rectal avançada em doente jovem evidenciando a abordagem multidisciplinar implicada.

Métodos: Descrição retrospectiva de um caso clínico a partir de registos médicos, exames complementares e entrevista com a doente durante o internamento de pós-operatório.

Descrição: Os autores relatam o caso de uma doente caucasóide do sexo feminino, com 41 anos. Como antecedente pessoal cirúrgico existe uma gravidez ectópica há 16 anos. A doente é uma ex-fumadora de 11 UMA que refere ter uma alimentação de horário irregular, inconstante, pobre em fibras e rica em gorduras saturadas, com consumo frequente de carnes vermelhas. Na família há história de neoplasia da próstata no avô paterno e de neoplasia gástrica no avô materno com as idades ao diagnóstico desconhecidas mas,

segundo a doente, acima dos 70 anos em ambos os casos.

O quadro clínico teve início com proctalgia, mais intensa de manhã, que irradiava para as costas e coxas e que aliviava com ibuprofeno 600mg e posição decúbito. Adicionalmente, a doente sentia tenesmo e cansaço intenso. Este quadro agravou progressivamente, com adição de sintomas de urgência fecal ou imperiosidade e cólicas abdominais com sudorese, culminando com a ida ao Serviço de Urgência passados 2 meses por um episódio mais intenso de proctalgia. Aqui, há o registo de um toque rectal doloroso, com palpação de lesão volumosa dura hemicircunferencial seguida de rectorragia abundante. Realizou-se colonoscopia que detectou um volumoso tumor do recto imediatamente acima de linha pectínea até à transição rectosigmoideia. (**Figura 1**)



Figura 1: Imagem de colonoscopia. Visualiza-se um volumoso tumor do recto imediatamente acima de linha pectínea.

O estadiamento, obtido através de TC abdomino-pélvica e RMN com protocolo de aquisição para o recto, é cT4N+M1 pela extensão ao cólon sigmóide e ovário esquerdo, adenopatias peri-rectais e ilíacas e por três metástases hepáticas. (Figuras 2A , 3 e 4)

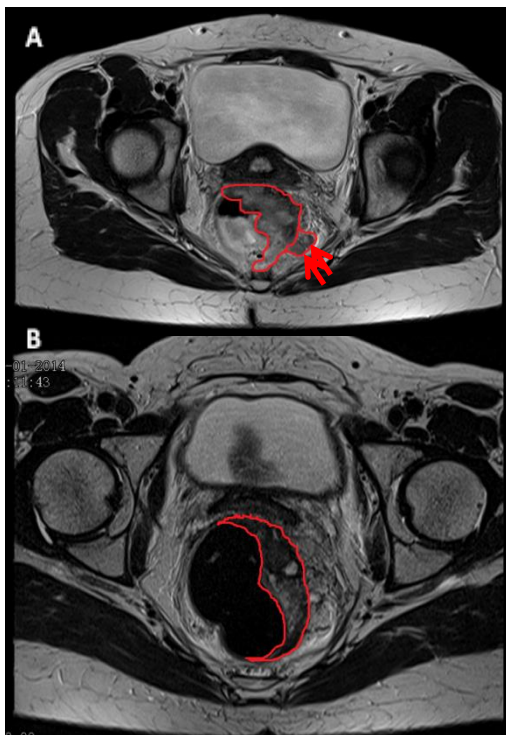


Figura 2: Imagem de RM de neoplasia localmente avançada do recto. Massa tumoral delimitada a vermelho. (A) Imagem de RM no estadiamento. As setas indicam adenopatias patológicas. (B) Sete semanas depois de esquema de QRT. Observa-se diminuição muito significativa do volume tumoral e da protusão luminal.

A doente foi discutida em Consulta Multidisciplinar de Patologia Oncológica onde foi decidido iniciar esquema de quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante (dois ciclos de QT com XELOX seguida de um período de QRT com capecitadina e terminando com mais dois ciclos de QT com

XELOX). Esta abordagem quis visar a doença tanto à distância, com QT, como a doença local, com QRT, tendo o objectivo máximo de reduzir as dimensões tumorais e tornar possível a ressecção cirúrgica completa e também diminuir recidiva local. Para avaliar a resposta à terapêutica médica sobre o recto, repetiu RMN sete semanas após terminar a RT. Observava-se diminuição muito significativa do volume tumoral e da protusão luminal. (Figura 2B)

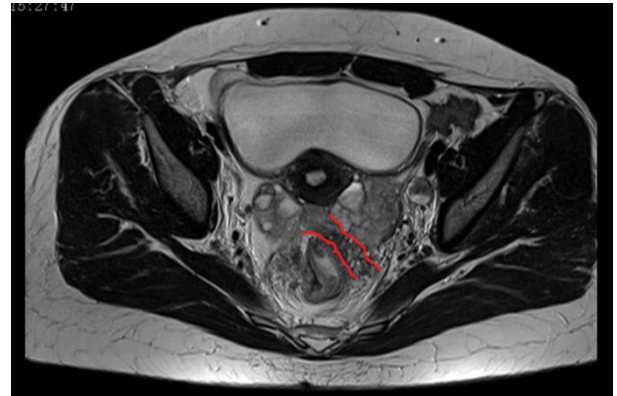


Figura 3: RMN com protocolo de aquisição de recto com delimitação de uma zona de densidade heterogénea ou de indeterminação, em que não se consegue perceber uma linha de clivagem clara entre o ovário esquerdo e o recto.

Posteriormente, o caso foi discutido em Consulta de Decisão Terapêutica da qual resultou indicação operatória com possível intenção curativa. Na consulta de Cirurgia Geral, ao exame objectivo, a doente apresentava um bom estado geral com mucosas coradas e abdómen livre. Ao toque rectal palpava-se uma lesão aos 7 cm, dura e hemicircunferencial e, com toque bimanual, não se objectivava envolvimento da parede posterior da vagina. Realizou ainda uma PET-TC para garantir que não existia doença no pulmão cujo resultado foi resposta metabólica completa. Assim, foi possível uma abordagem cirúrgica de intenção curativa com ressecção R0.

Como preparação pré-operatória e melhoria do *performance status*, a doente necessitou de optimização do seu estado nutricional e de correcção de leucopénia pós-QT com G-CSF (*Granulocyte-Colony Stimulating Factor*). Realizada cirurgia electiva aproximadamente 6 meses após ida ao SU.

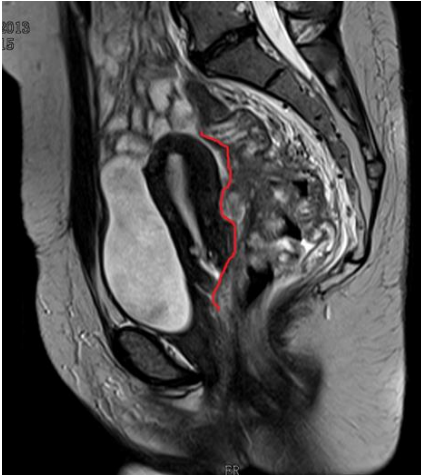


Figura 4: RMN com protocolo de aquisição de recto com delimitação de um plano de clivagem, presente mas indefinido, entre a face posterior do útero e o recto. A parede posterior da vagina encontra-se, aparentemente, envolvida.

O procedimento cirúrgico, com duração superior a 7 horas, foi uma laparotomia com ressecção anterior do recto com anastomose mecânica ultrabaixa e ileostomia de protecção em ansa, histerectomia total com anexectomia bilateral e vaginectomia superior e ainda mestastasectomia hepática dupla dos segmentos III e V, sendo que a terceira metástase não foi detectada com ecografia intra-operatória.

No primeiro dia de pós-operatório, iniciou períodos de pirexia com aumento dos parâmetros analíticos de infecção. O estudo imagiológico revelou atelectasia da base pulmonar direita com pneumonia e ligeiro derrame pleural bilateral. Foi medicada com piperacilina/tazobactam com melhoria significativa e sem outras intercorrências. Tolerou bem a introdução de dieta oral com restabelecimento do trânsito intestinal pela ileostomia.

Ainda no internamento, foram explicados à doente os principais cuidados a ter com a ileostomia. Com o objectivo de protecção da pele do pH alcalino do conteúdo intestinal, a ileostomia apresenta o estoma evertido saliente e, durante a colocação da placa de ileostomia, a doente necessita de recortar o tamanho certo, cobrindo toda a pele. Adicionalmente, é de suma importância prevenir a desidratação profilacticamente, com restrição de bebidas hipotónicas (<0,5L/dia) e administração significativa de soro de hidratação oral. No caso desta e de outros doentes carenciados existem fórmulas que se podem fazer no domicílio [3.e.]. Alta ao décimo terceiro dia de pós-operatório.

No relatório da Anatomia Patológica, que continha toda a informação necessária de acordo com as *guidelines* internacionais do tratamento da neoplasia do recto, macroscopicamente, salientava-se uma peça de recto com 16,6cm de comprimento com uma úlcera a 1,5cm do topo distal. (Figura 5)

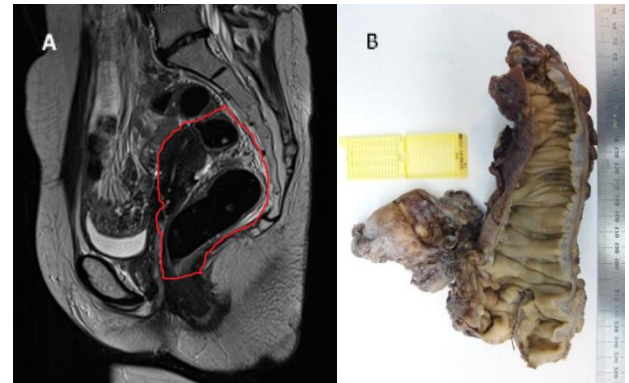


Figura 5: (A) RMN pélvica com delimitação da peça cirúrgica ressecada. (B) A referida peça de recto, útero, anexos e porção superior da vagina que foi retirada em bloco para não se atingir o tumor.

Microscopicamente, foi descrito um adenocarcinoma, invasão perineural e venosa presentes e ainda depósitos extra-ganglionares mas margens cirúrgicas livres, *Tumor Regression Grade* (TRG) de 1 e gânglios, útero, anexos e fígado sem tumor identificável.

Seguiu-se nova Consulta de Decisão Terapêutica onde foi decidido continuar QT com XELOX mais 6 a 8 semanas e, no final, encerrar da ileostomia. O *follow-up* na Consulta de Cirurgia Geral: no primeiro ano será de 3 em 3 meses com análises sanguíneas com CEA (*carcinoembryonic antigen*), ecografia abdominal pela metástase não detectada e TC ou RMN hepática; no segundo ano será de 6 em 6 meses com TC tóraco-abdomino-pélvica e análises sanguíneas, para vigiar também o pulmão; e do terceiro ao quinto ano, vigilância anual.

Segundo as *guidelines* da NCCN (*National Comprehensive Cancer Network*) de 2014, o prognóstico para cancro colo-rectal (CCR) com metástases ressecáveis apresenta uma sobrevida livre de doença aos 5 anos de 20% e uma sobrevida média aos 5 anos de 38%. Neste caso em particular, os factores que influenciam favoravelmente o prognóstico são o facto de ser uma doente jovem sem co-morbilidades associadas que teve uma boa resposta à QRT e em que se conseguiu uma cirurgia radical com

ressecção R0. Como factores de prognóstico desfavorável, a doente apresentava doença avançada, localmente e à distância, com invasão perineural no relatório anatomo-patológico.

Discussão: O CCR mantém-se a segunda principal causa de morte por cancro nos países Ocidentais, com o carcinoma rectal representando, aproximadamente, 28% destes casos [1.]. Verifica-se ainda um aumento significativo na incidência de CCR nos denominados países em desenvolvimento [1.]. Torna-se extremamente importante alertar os médicos e educar a população para não subestimar sintomas mantidos, mesmo que esses estejam geralmente associados a doença benigna. É relevante salientar ainda a necessidade de colher a história familiar e ponderar a realização de rastreio para a patologia a familiares de doentes com diagnóstico de CCR em idade inferior a 50 anos.

As particularidades deste caso permitem uma reflexão acerca da agressividade de doença neoplásica em doentes jovens. No entanto, em doentes jovens sem co-morbilidades, é possível enveredar por uma terapêutica cirúrgica mais agressiva, nomeadamente, ressecção radical R0 com intenção curativa. Esta intervenção torna-se possível muito à custa de uma abordagem médica inicial, com *downstaging* através de QRT neoadjuvante e optimização do estado nutricional e do *performance status*. Podemos acrescentar ainda que outro ponto com importância prognóstica foi a excisão do tumor em bloco, sem o lesar. Para o prognóstico desta doente, foi essencial o relatório anatomo-patológico, protocolado, pela relevância da presença ou ausência de determinados factores histológicos, nomeadamente, margens cirúrgicas livres e TRG 1 mas invasão perineural e depósitos extraganglionares.

Concluindo, é possível inferir a multidimensionalidade da abordagem a doentes com carcinoma rectal: todos os médicos deverão estar alerta para a detecção de quadros sugestivos, o diagnóstico estrutural, histológico e o estadiamento é levado a cabo pela Gastroenterologia, Anatomia Patológica e pela Radiologia, o *downstaging* pela Radioterapia e Oncologia e a ressecção pela Cirurgia Geral. Assim, faz todo o sentido a existência de consultas multidisciplinares com um esforço coordenado de partilha de opiniões especializadas e decisões conjuntas caso-a-caso. Torna-se também

visivelmente relevante a existência de equipas cirúrgicas especializadas em áreas específicas para otimizar resultados. Tendo este caso como exemplo, duas equipas cirúrgicas, recto e fígado, trabalharam em conjunto num único tempo cirúrgico para ressecar tanto a doença local como à distância, permitindo uma ressecção R0 e uma significativa melhoria no prognóstico desta doente.

Referências Bibliográficas

1. http://www.fascrs.org/physicians/practice_parameters/ - Monson et al, *Practice Parameters for the Management of Rectal Cancer* (revised), Diseases of the Colon & Rectum Volume 56:5 (2013)
2. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guide_lines.asp#rectal - NCCN Guidelines Version 3.2014 for Rectal Cancer
3. <http://www.gloshospitals.nhs.uk/en/Patients-and-Visitors/Coming-into-Hospital/Leaflets/>
 - a. *Rectal Cancer*
 - b. *General information for people with a Stoma*
 - c. *Foods that may affect Ileostomy functioning*
 - d. *Explaining how to take Loperamide (Imodium®) for patients with an ileostomy*
 - e. *St Marks' formula electrolyte solution*

2. CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO

2.1 SEMANA DIGESTIVA 2014



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Certificamos que o(a) Exm^o(e) Senhor(a) Dr^o(a),

PEDRO FERNANDES

esteve presente na Semana Digestiva 2014 que se realizou de 4 a 7 de junho de 2014,
no Centro de Congressos do Estoril, Lisboa.

Leopoldo Matos
Presidente da Semana Digestiva



2. CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO

2.1 SEMANA DIGESTIVA 2014

2.1.1 CURSO PÓS-GRADUADO – “NOVAS TERAPÊUTICAS EM HEPATOLOGIA”



2. CERTIFICADOS DE PARTICIPAÇÃO

2.1 SEMANA DIGESTIVA 2014

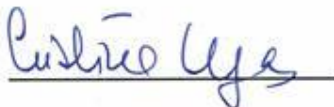
2.1.2 MINICURSO – “NOÇÕES BÁSICAS DE ENTEROSCOPIA POR CÁPSULA”




CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que o(a) Exmo.(a) Senhor(a) Dr.(a) Pedro Fernandes frequentou o Minicurso sobre **Noções Básicas de Enteroscopia por Cápsula**, no dia 6 de junho, integrado no Programa da Semana Digestiva 2014, realizada de 4 a 7 de junho, no Centro de Congressos do Estoril.

Os Coordenadores:



Dr^a Cristina Chagas



Dr^a Susana Mão-de-Fero

2.2 EXAME DA ESPECIALIDADE®

NEFROLOGIA, HEMATOLOGIA, CARDIOLOGIA, PNEUMOLOGIA, GASTROENTEROLOGIA



05 de Junho de 2014

A equipa do projecto Exame da Especialidade confirma que o aluno Pedro Filipe Godinho dos Santos Cândido Fernandes frequentou os cursos presenciais de preparação para o exame da especialidade de Nefrologia, Hematologia, Cardiologia, Pneumologia e Gastroenterologia, que decorreram na cidade de Lisboa.

Oferecemos a nossa disponibilidade para qualquer informação adicional.

Atentamente,

Pela direcção

[Tiago Reis Marques]

3. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DE DADOS – EXEMPLOS REPRESENTATIVOS DO TRABALHO REALIZADO AO LONGO DO ANO

3.1 DESCRIÇÃO ESTATÍSTICA (MEDICINA GERAL E FAMILIAR)

Durante os 18 dias úteis em que participei no estágio de Medicina Geral e Familiar, tive a oportunidade de presenciar várias formas de intervenção médica a um total de 231 utentes. Esta amostra representa os doentes observados nas Consultas de Medicina Familiar, de Recurso, de Planeamento Familiar, na Visitação Domiciliária, no Serviço de Urgência e na Consulta do Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias.

As consultas de Medicina Familiar e de Recurso decorreram no Centro de Saúde (C.S.) Dr. Rui Adriano de Freitas com horário entre as 9 horas e 30 minutos até às 18-20 horas, sendo relativas a Saúde de Adultos e Saúde Infantil. Nelas são observados doentes que marcaram consulta com antecedência superior a um mês, acrescentando uma vaga por hora, marcada no próprio dia, para doentes com patologias agudas ou com outros assuntos, nomeadamente burocráticos ou necessidade de receituário, com necessidade de rápida resolução. Observei um total de 193 utentes, correspondendo a uma média de 19,3 utentes/dia. A faixa etária com mais doentes observados corresponde às idades compreendidas entre 50 e 59 anos, com 39 doentes, sendo que, entre os 40 e os 69 anos, foram observados 114 doentes, cerca de 59,1% do total. Foram observados 36 utentes com idade igual ou superior a 70 anos e 19 com idade inferior a 20 anos. Do total, 117 utentes, ou seja 60,6%, são do sexo feminino. Relativamente à Nacionalidade, 180 utentes, ou seja 93,3%, são portugueses, seguindo-se as nacionalidades venezuelana e a ucraniana com 4 e 3 utentes, respectivamente. Nestas consultas, existia clara predominância de doentes com Diabetes Mellitus tipo 2, Dislipidémia e/ou Hipertensão Arterial, percentualmente aproximado às minhas expectativas. Outras patologias como Dermatofitose, Patologia Tiroideia, Distúrbio Ansioso/Estado de Ansiedade, Perturbações Depressivas e Síndrome Vertebral Com Irradiação de Dores também tiveram grande frequência.

Realizei Visitação Domiciliária apenas uma vez. Estas visitas são marcadas periodicamente, mensalmente ou bimensalmente, para fazer o acompanhamento e vigilância de doentes pertencentes à área de actuação do C.S. mas que não se conseguem deslocar ao edifício das consultas. Observei 2 doentes, um do sexo masculino com 67 anos e uma do sexo feminino com 89 anos, ambos portugueses. A renovação de receituário e o diálogo com os cuidadores acerca da monitorização das patologias imperaram nas visitas.

Frequentei o Serviço de Urgência do C.S. de São Vicente durante um dia, das 9 às 18 horas. Observei intervenção médica e cuidados de enfermagem a um total de 12 doentes, todos portugueses, maioritariamente do sexo feminino (8). A faixa etária que mais recorreu a este Serviço neste dia foi a compreendida entre os 31 e os 40 anos, com 5 doentes. Importante referir ainda que 5 doentes tinham idade superior a 70 anos. A patologia que mais observei foi Infecção Respiratória Superior.

Na consulta de Planeamento Familiar, observei 4 utentes, 3 das quais entre os 24 e os 36 anos e 1 com idade superior a 50 anos, todas portuguesas. As 3 primeiras vinham para realizar citologia do colo do útero, já fora do prazo previsto pelas indicações da DGS, e a outra estava a ser acompanhada por terapia hormonal de substituição.

Acompanhei as consultas no Serviço de Tuberculose e Doenças Respiratórias, no C.S. Agostinho Cardoso, bissemanalmente, entre as 10 e as 13 horas. Observei um total de 20 doentes, correspondendo a uma média de 3,3 doentes/dia. A faixa etária com mais doentes observados corresponde às idades compreendidas entre 30 e 39 anos, 5 doentes, sendo que, entre os 30 e os 49 anos, foram observados 9 doentes, cerca de 45% do total. Foram observados 7 doentes com idade igual ou superior a 60 anos e nenhum com idade inferior a 20 anos. Do total, 12 doentes, ou seja 60%, são do sexo masculino. Relativamente à Nacionalidade, 17 utentes, ou seja 85%, são Portugueses. O contexto de consulta mais frequente é o de rastreio de tuberculose latente.

Na continuação do meu trabalho estatístico já discutido, não posso deixar de reflectir sobre que parâmetros faltaram, baseados na experiência que adquiri. Seria importante ter realizado uma estatística sobre a situação profissional destes doentes, empregados, desempregados, sob baixa médica, reforma antecipada, visto ter presenciado o impacto deste factor, podendo afirmar que a “crise se faz sentir”. Seria importante ainda fazer uma estatística a partir dos motivos de consulta para observar o impacto da burocracia no tempo de consulta. Durante o estágio pensei ser também relevante fazer o levantamento do número de utentes viúvas e estudar o impacto que este facto tem a nível social e da saúde destas mulheres. Seria também interessante fazer um estudo sobre a qualidade do sono dos doentes psiquiátricos e o tipo e quantidade de medicação e ainda a duração dos tratamentos.

3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

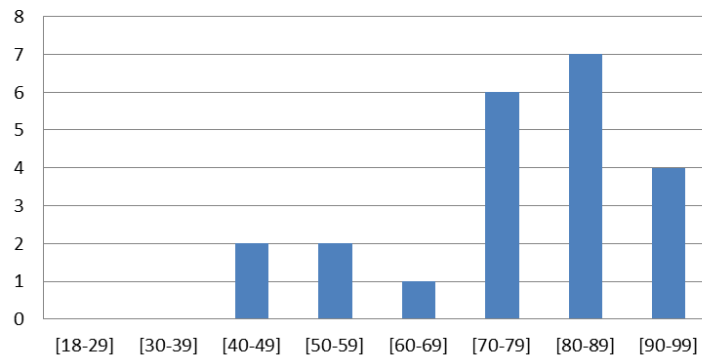
3.2.1. MEDICINA INTERNA

Enfermaria

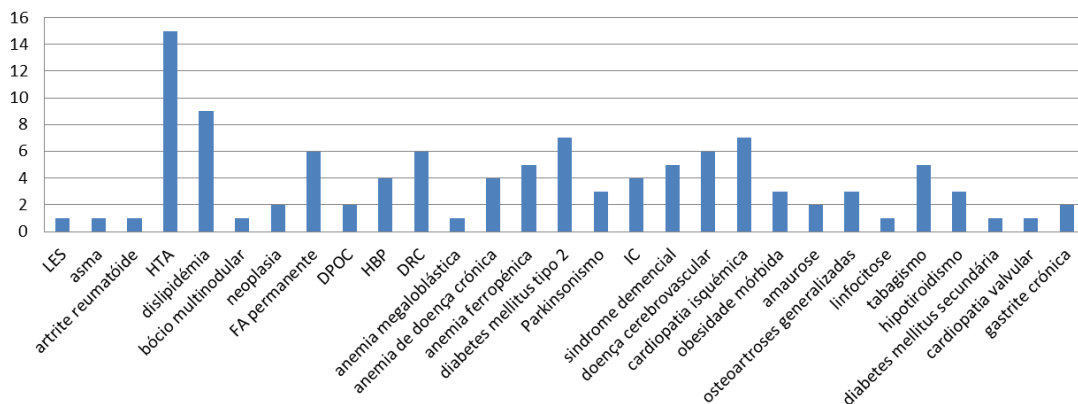


Gráficos 1, 2 e 3: sexo, nacionalidade e autonomia dos doentes que tiveram alta durante as 8 semanas de estágio

Faixa etária (Nº doentes/idade)

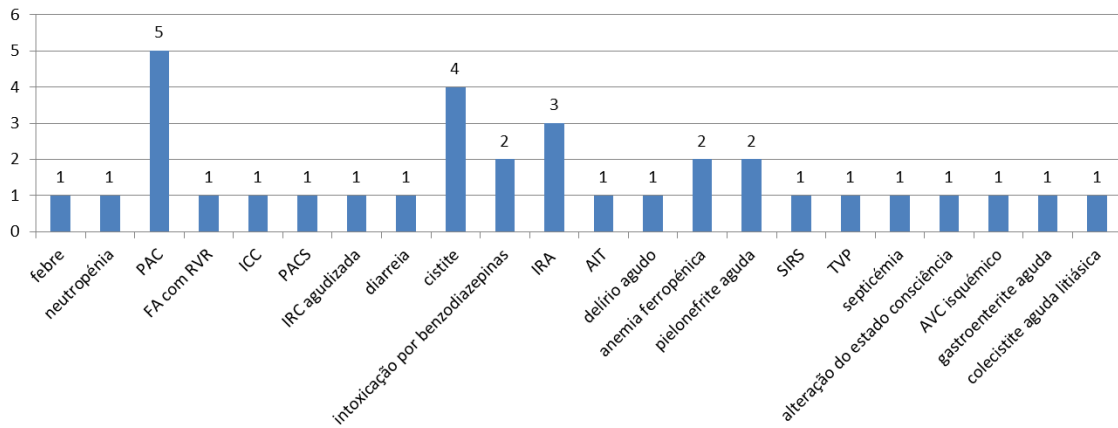


Co-morbilidades/Diagnósticos Secundários (Nºdoentes)

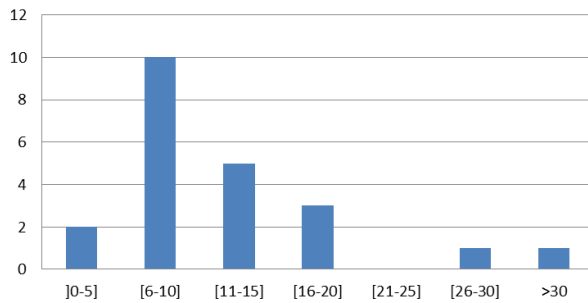


Gráficos 4 e 5: distribuição de idades e co-morbilidades dos doentes que tiveram alta durante as 8 semanas de estágio

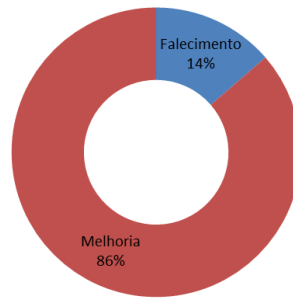
Causa de admissão (Nº doentes)



Dias de Internamento/Nº doentes



Alta

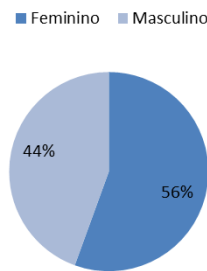


Gráficos 6, 7 e 8: causa, duração do internamento e mortalidade com base nos doentes das 8 semanas de estágio

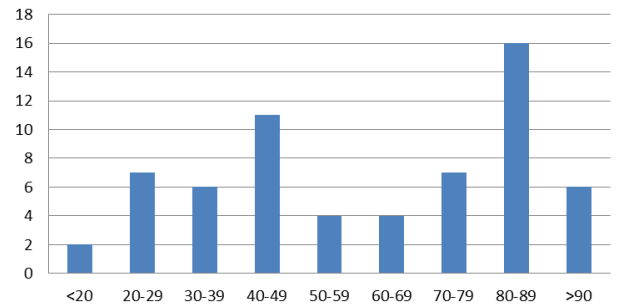
Serviço de Urgência

a. Balcão de Medicina

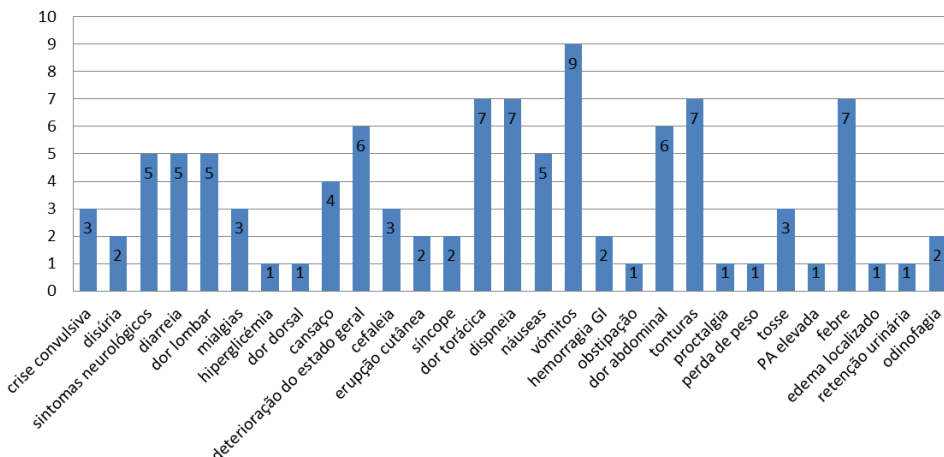
Sexo



Idades/Nº doentes

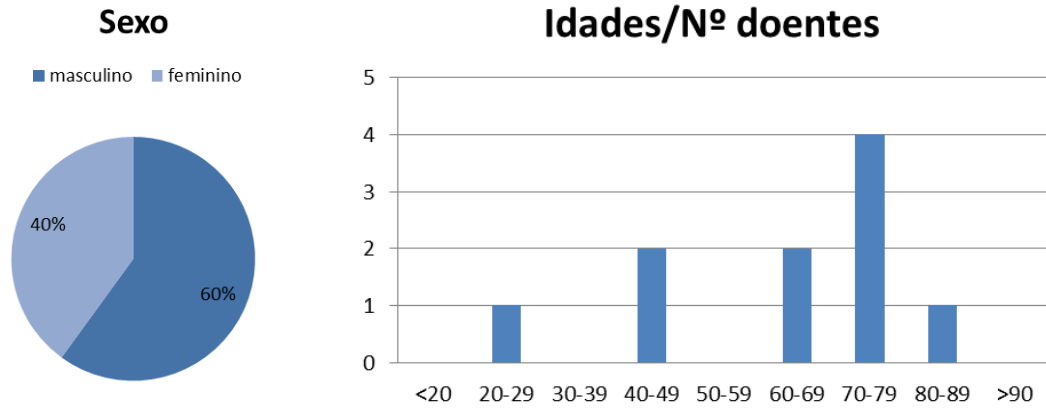


Motivos de ida ao SU (Nº doentes)

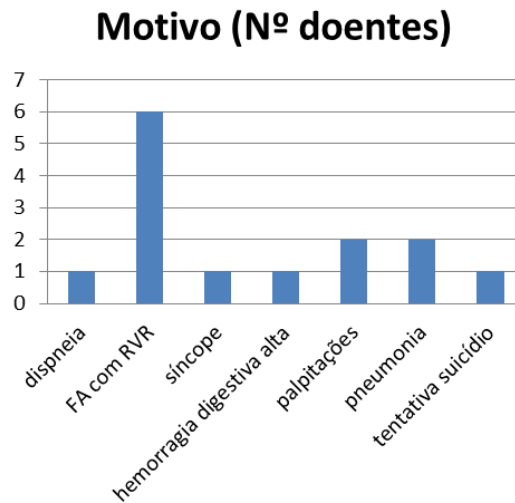


Gráficos 9, 10 e 11: sexo, distribuição de idades e motivo de ida ao SU

b. Sala de Reanimação



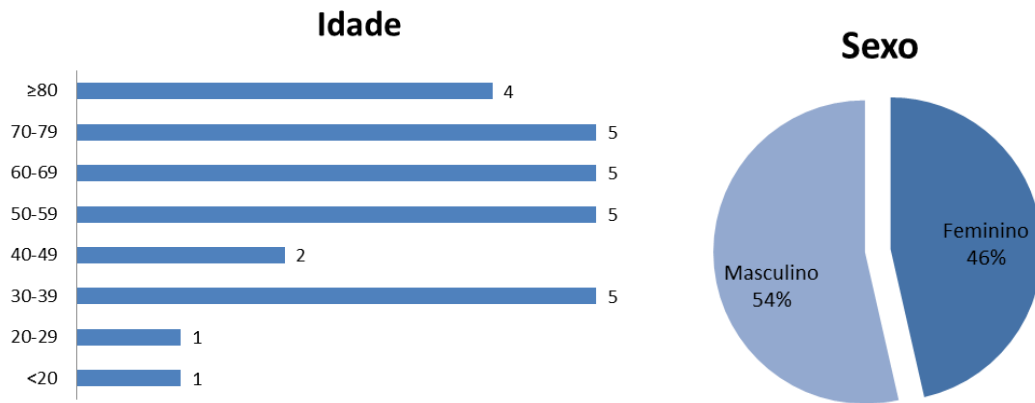
Gráficos 12 e 13: sexo e distribuição de idades dos doentes observados na Sala de Reanimação



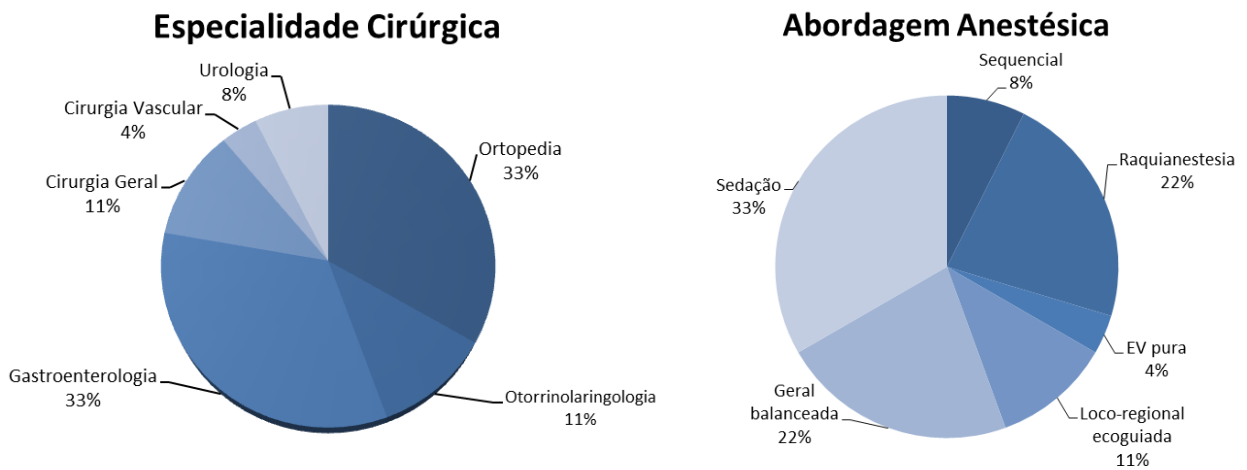
Gráficos 14: motivo do encaminhamento para a Sala de Reanimação

3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

3.2.2. ANESTESIOLOGIA



Gráficos 1 e 2: idade (nº de doentes) e sexo - doentes observados no Bloco Operatório e nos exames da Gastroenterologia.

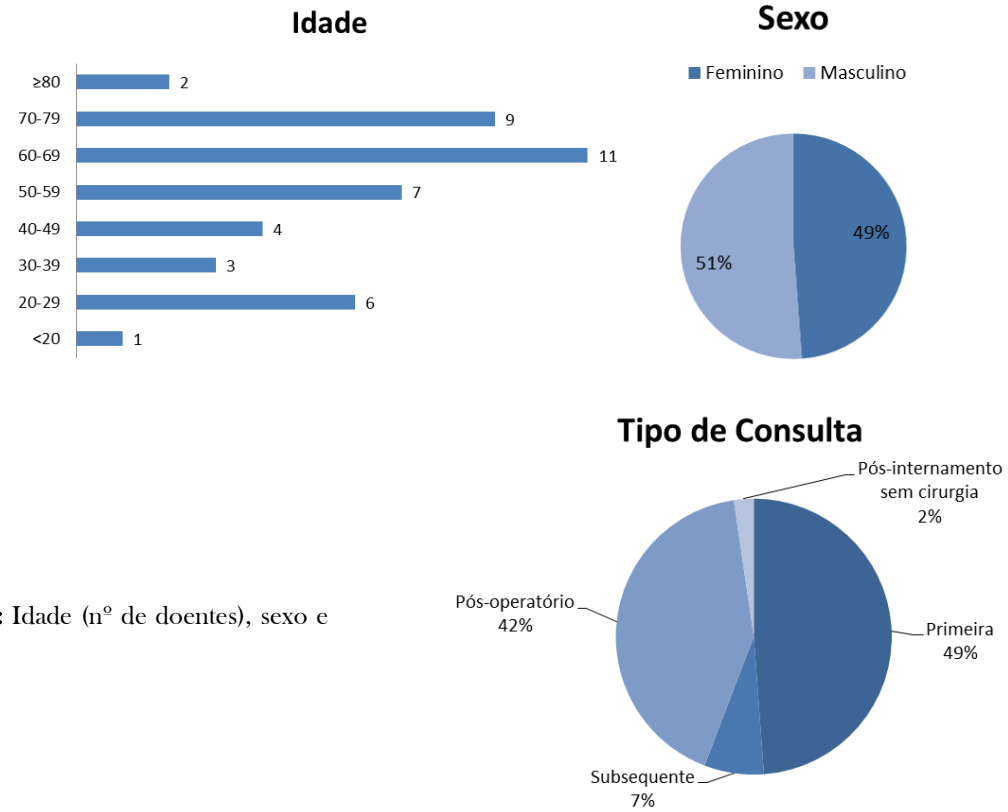


Gráficos 3 e 4: Especialidades Cirúrgicas e Abordagens Anestésicas observadas.

3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

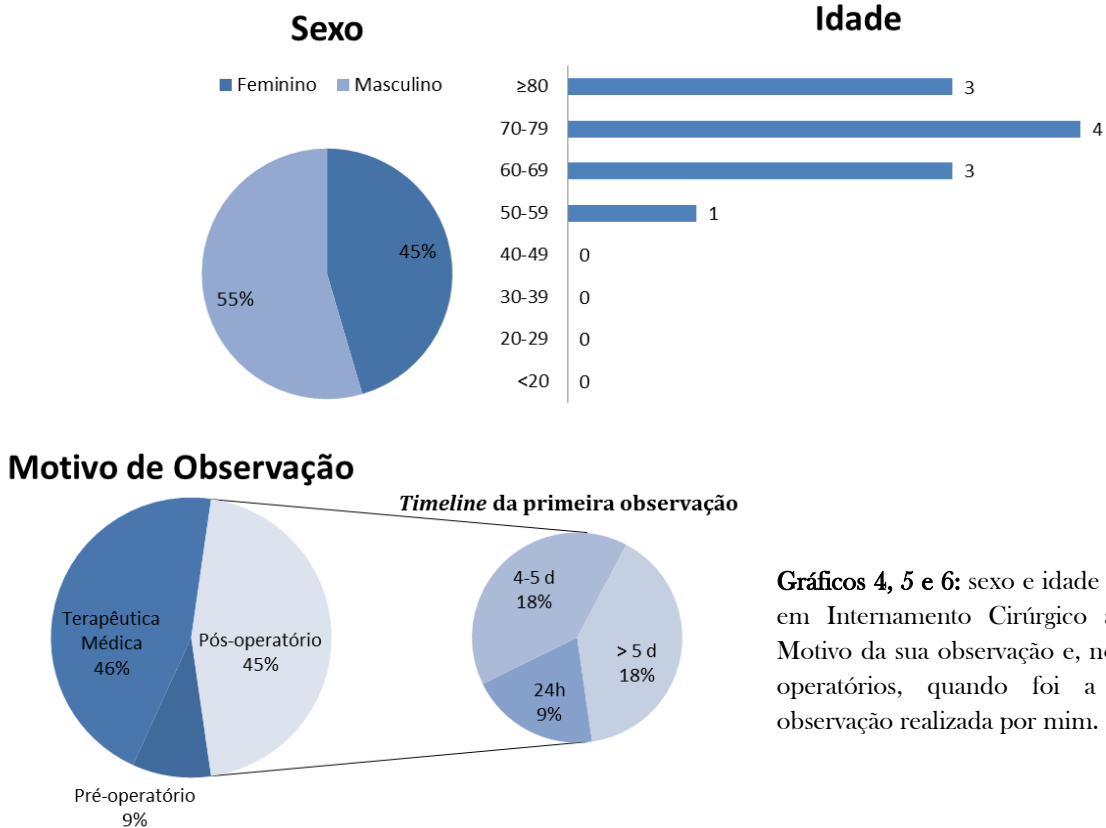
3.2.3. CIRURGIA GERAL

Consulta Externa



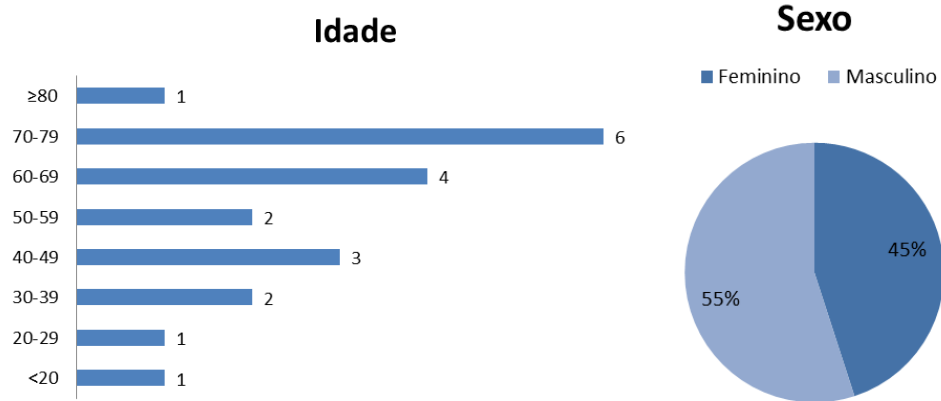
Gráficos 1, 2 e 3: Idade (nº de doentes), sexo e tipo de Consulta.

Enfermaria



Gráficos 4, 5 e 6: sexo e idade (nº de doentes) em Internamento Cirúrgico assim como o Motivo da sua observação e, no caso dos pós-operatórios, quando foi a sua primeira observação realizada por mim.

Bloco Operatório

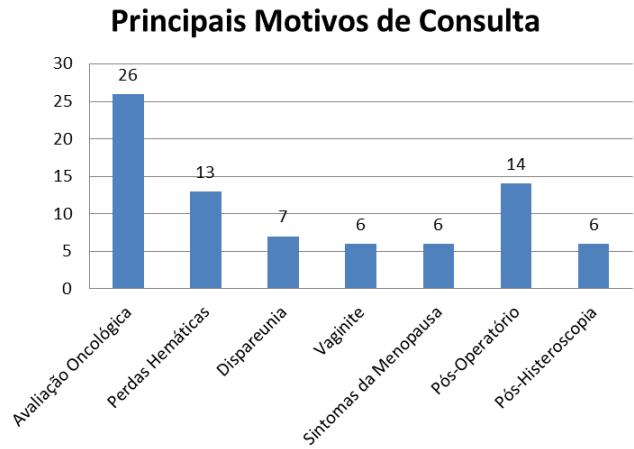
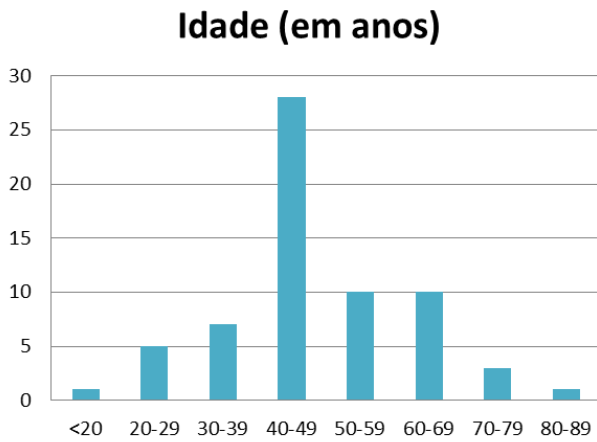


Gráficos 7 e 8: idade (nº de doentes) e sexo - Bloco Operatório e exames da Gastroenterologia.

3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

3.2.4. OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA

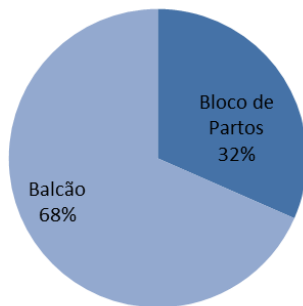
Consulta Externa de Ginecologia



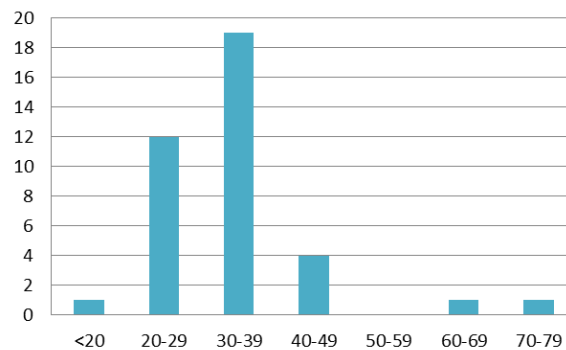
Gráficos 1 e 2: nº de doentes pela idade e principais motivos de consulta - Ginecologia e Patologia do Colo do Útero

Serviço de Urgência/Bloco de Partos

Local de Observação

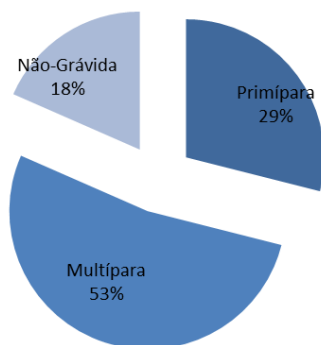


Idade (em anos)



Gráficos 3 e 4: local de observação e idade (nº de doentes)

Situação Obstétrica



Tempo Gestacional (em semanas)

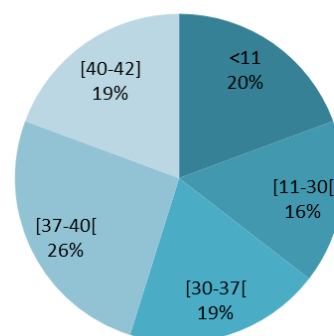
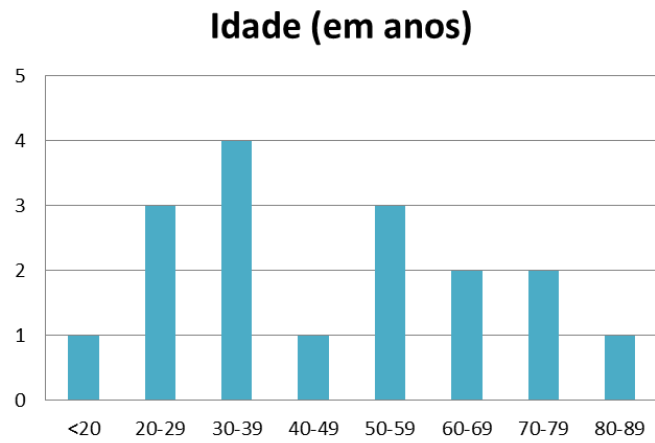
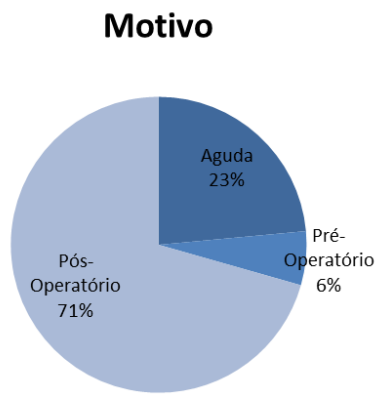


Gráfico 5 e 6: situação obstétrica do total de mulheres observadas e tempo gestacional das mulheres grávidas

Internamento de Ginecologia

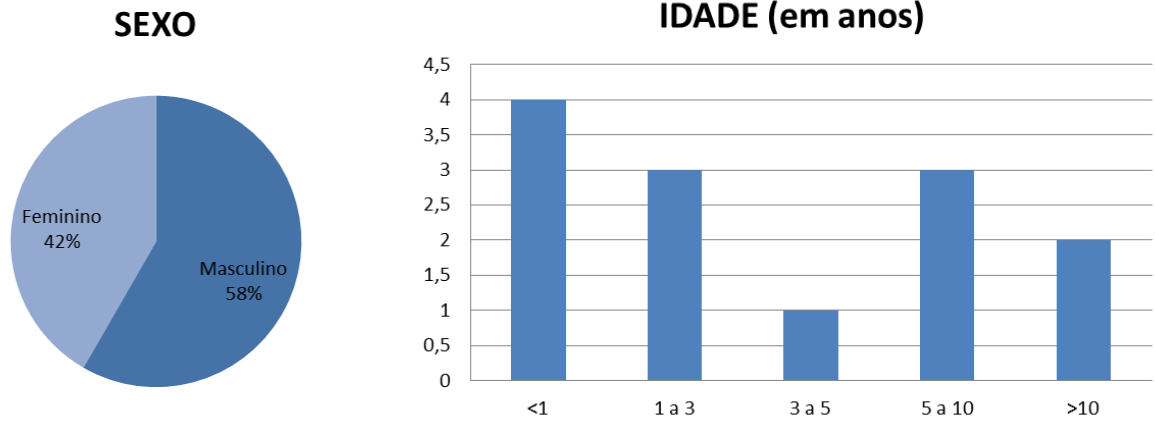


Gráficos 7 e 8: sexo e idade (nº de doentes) - Internamento de Ginecologia

3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

3.2.5. PEDIATRIA

Enfermaria



Gráficos 1 e 2: sexo e idade (nº de doentes) observados na Enfermaria Pediátrica

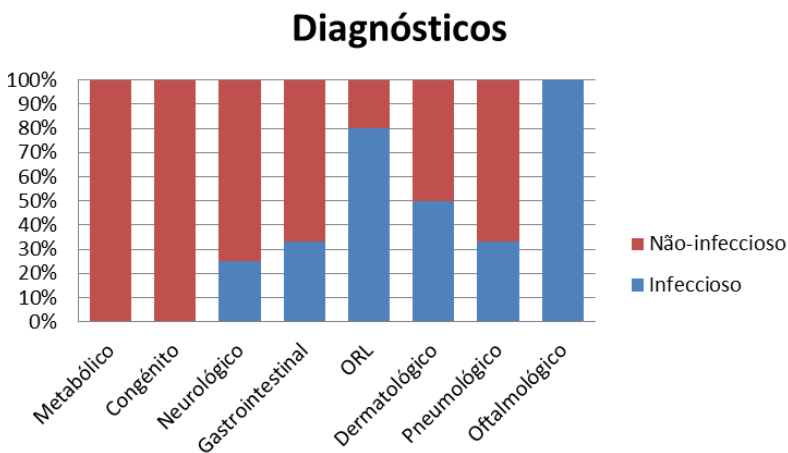
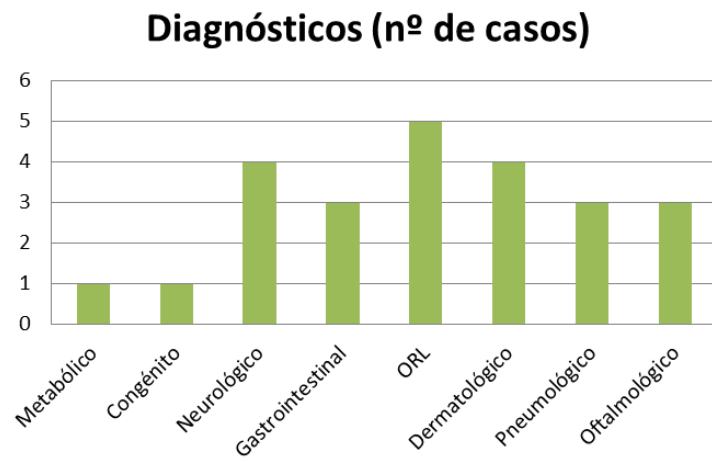
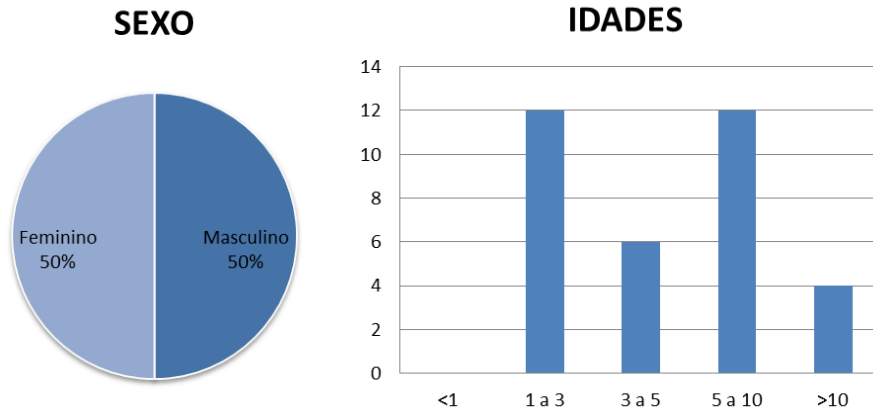


Gráfico 3 e 4: diagnósticos dos doentes observados por área médica na Enfermaria Pediátrica

Serviço de Urgência



Gráficos 5 e 6: sexo e idade (nº de doentes) observados no Serviço de Urgência

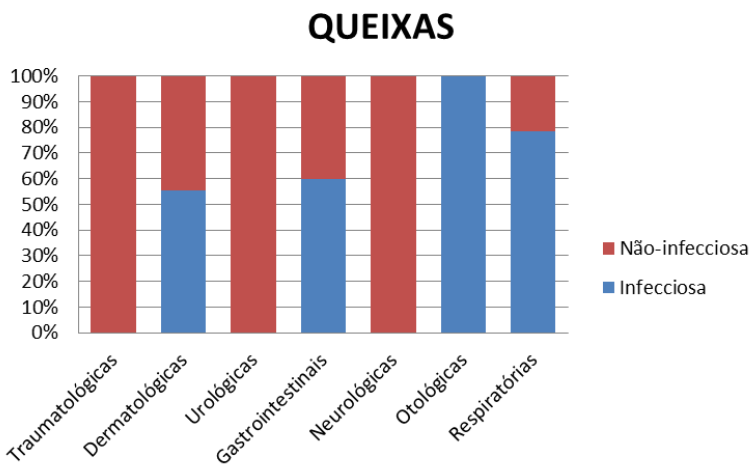
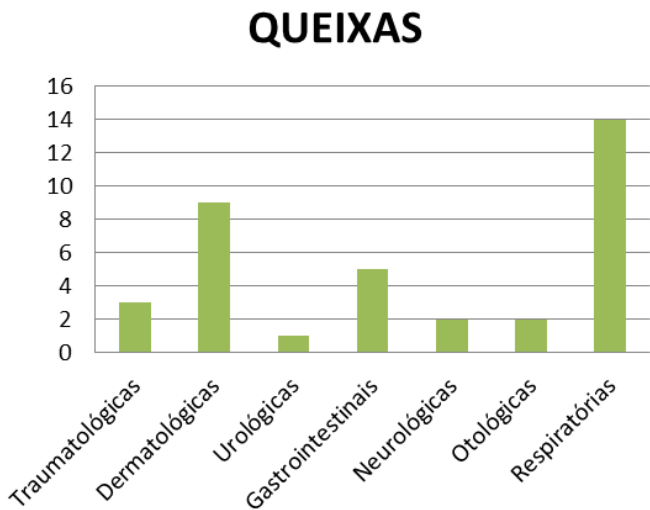
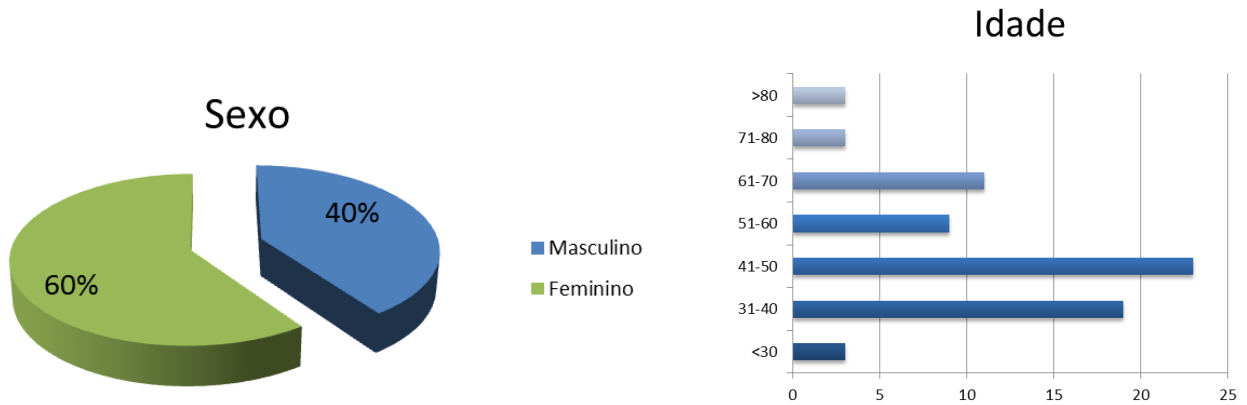


Gráfico 7 e 8: queixas dos doentes observados, por área médica, no Serviço de Urgência

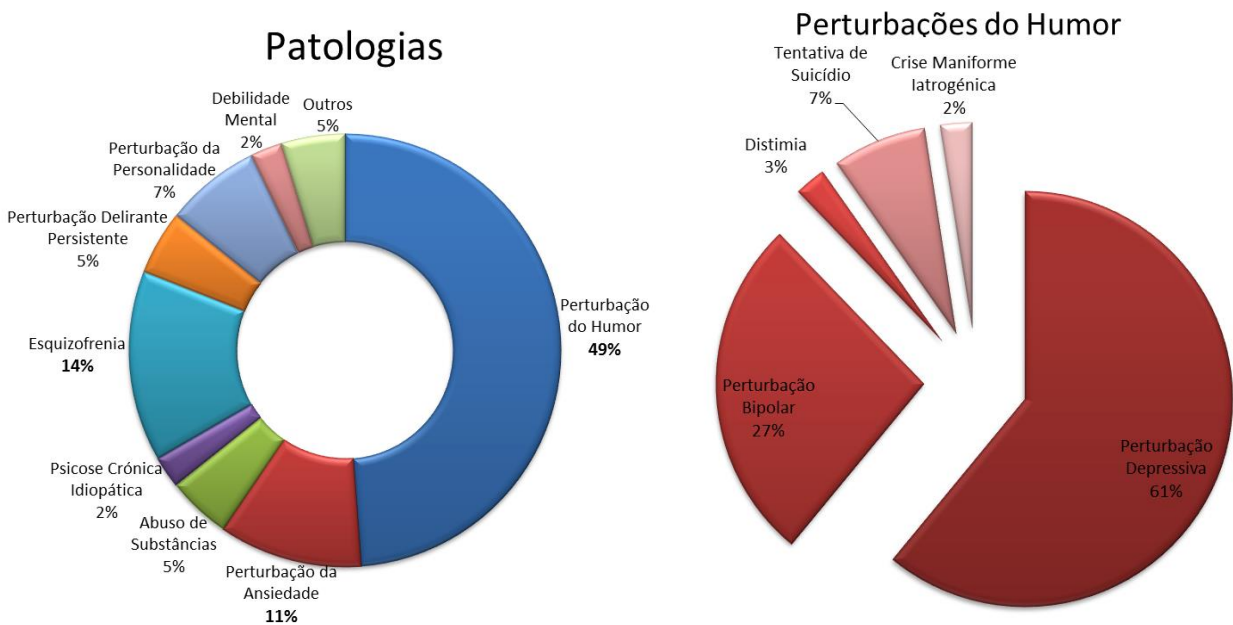
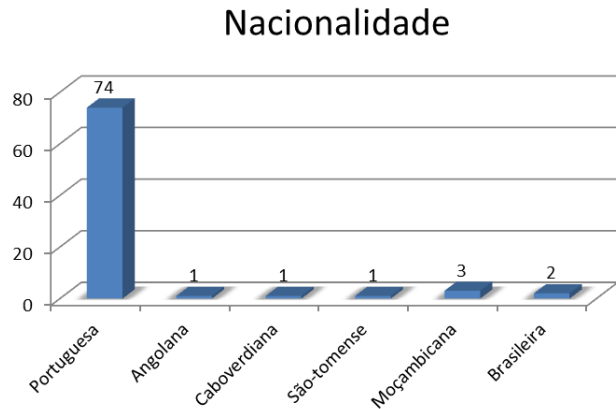
3.2 REPRESENTAÇÃO GRÁFICA

3.2.6. PSIQUIATRIA



Gráficos 1 e 2. estatística acerca da totalidade dos doentes observados durante o estágio: sexo e idade (nº de doentes)

Gráfico 3: estatística acerca da totalidade dos doentes observados durante o estágio: nacionalidade (nº de doentes)



Gráficos 4 e 5. estatística acerca da totalidade dos doentes observados durante o estágio: Patologias e Perturbações do Humor