

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

RELATÓRIO FINAL
ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE
2025/2026

NOVA MEDICAL SCHOOL
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



Regente: Professor Doutor Rui Maio

Orientador: Professor Doutor Jorge Paulino

MARIANA BEATRIZ PERDIGÃO SALVADOR

A2020248

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que me moldou e inspirou a querer sempre mais, sem nunca perder a minha essência e a empatia pelos outros.

À minha família, que sempre me apoiou incondicionalmente e a quem devo muito do meu sucesso.

À minha avó Fernanda, a minha segunda mãe, a minha companhia desde sempre e a pessoa que consegue ser a casa de todos aqueles que vieram depois dela.

Ao André, por ser o meu porto seguro, a calma para o meu caos, o meu melhor amigo.

Às minhas amigas, por me perceberem como pouca gente percebe, por me lembrarem que o melhor da vida são as mulheres que nos amam, por desculparem a minha ausência recorrente e por me aceitarem nos meus retornos.

Aos meus professores e orientadores ao longo destes anos, não só por me ensinarem a teoria interminável desta área tão bonita, mas também por me demonstrarem o que é mais importante nesta profissão: nunca deixar o coração de parte.

Aos doentes que partilharam comigo as suas fragilidades e me ensinaram o que os livros não ensinam.

Obrigada a todos do fundo do meu coração. Sou feita de mim e de um pouco de todas as pessoas que passaram pela minha vida. Viverei as próximas etapas como sempre tentei viver até aqui: com o objetivo de que as minhas escolhas e o meu caminho reflitam todos estes ensinamentos, que orgulhem aqueles que me amam e, não menos importante, que me orgulhem a mim.

CONTEÚDO

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS.....	5
O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	5
Medicina Interna.....	5
Cirurgia Geral.....	6
Pediatria	7
Ginecologia e Obstetrícia.....	8
Saúde Mental	9
Medicina Geral e Familiar	9
UNIDADE CURRICULAR OPCIONAL.....	10
ELEMENTOS VALORATIVOS.....	10
REFLEXÃO CRÍTICA.....	11
ANEXOS	13
1. Cronograma dos Estágios Parcelares	13
2. Trabalhos do Estágio Profissionalizante	13
2.1 Trabalhos Realizados durante o Estágio Profissionalizante.....	13
2.2 Slides “Doença Inflamatória Intestinal — da suspeita ao diagnóstico”.....	14
2.3 Slides “ <i>Going nuts</i> : um caso de cancro do reto em oclusão”	16
2.4 Slides “Infeções do Trato Urinário em Idade Pediátrica”	19
2.5 Slides “Dor pélvica aguda: um caso de torção do quisto do paraovário”	21
2.6 Slides “Caso clínico: Perturbação depressiva com ideação suicida”	25
3. Casuística	26
3.1 Medicina Interna.....	26
3.2 Cirurgia Geral	28
3.3 Pediatria	30
3.4 Ginecologia e Obstetrícia.....	32
3.5 Saúde Mental	36
3.6 Medicina Geral e Familiar	37
4. Certificados.....	38
4.1 Certificado de participação no Workshop <i>Eletrocardiografia</i>	38
4.2 Certificado de participação no Curso TEAM.....	38
4.3 Certificado de participação nas sessões de simulação de técnicas cirúrgicas	39

4.4 Certificado de participação na iMed Conference 17.0.....	39
4.5 Certificado de participação no workshop “Change of Heart: Cardiothoracic Surgery”	40
4.6 Certificado de participação no workshop “Plastic Brainiac”	40
4.7 Certificado de participação no workshop “Practice Makes Perfect”	41
4.8 Certificado de participação nas XXI Jornadas de Dermatologia da ULS São José	41
4.9 Boletim de Reconhecimentos Académicos Erasmus+ Estudos 2024/2025	42
4.10 Declaração de monitora voluntária de Anatomia	42
4.11 Certificado de participação na Summer Medical School: Lifestyle 2024	43
4.12 Certificado de Formação APDP “Abordagem e acompanhamento de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1”	43
4.13 Certificado de Formação de monitores	44
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

A Unidade Curricular Estágio Profissionalizante, sob regência do Professor Doutor Rui Maio, integra o plano curricular do 6.º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas. Este estágio representa o culminar de um percurso de seis anos de formação médica, sendo composto por seis estágios parcelares (Medicina Interna, Cirurgia Geral, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Saúde Mental e Medicina Geral e Familiar) que nos permitem contactar com especialidades basais da Medicina.

Com base nos objetivos de aprendizagem delineados nos documentos “O Licenciado Médico em Portugal”¹ e “*The Tuning Project*”² tracei as seguintes metas transversais aos estágios parcelares: 1) consolidar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos ao longo do MIM, aplicando-os de forma integrada à abordagem diagnóstica e terapêutica; 2) desenvolver progressivamente autonomia clínica, capacidade de raciocínio clínico e tomada de decisão; 3) aperfeiçoar a colheita de história clínica, a realização de exame objetivo e a elaboração de diagnósticos e planos terapêuticos; 4) desenvolver e melhorar competências de comunicação com doentes, familiares e equipas multidisciplinares, promovendo uma prática médica centrada na pessoa; 5) reforçar a importância da abordagem biopsicossocial da doença; 6) reforçar a capacidade de trabalho em equipa e de integração em diferentes contextos clínicos; 7) consolidar os princípios éticos e deontológicos inerentes à prática médica; 8) desenvolver hábitos de aprendizagem autónoma e de atualização contínua do conhecimento científico.

Para além dos objetivos transversais, defini objetivos específicos para cada estágio parcelar, tendo em conta as minhas expectativas pessoais e os pontos em que reconhecia ter maior margem de evolução. O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas ao longo do 6.º ano, bem como elementos extracurriculares que moldaram este percurso. Começo pela descrição de cada estágio parcelar, passando de seguida para os elementos valorativos, e concluo com uma reflexão crítica global.

O ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

O Estágio Profissionalizante decorreu entre 08.09.2025 e 15.05.2026, num total de 32 semanas. Em anexo encontram-se o cronograma de atividades (Anexo 1), os trabalhos realizados (Anexo 2) e a casuística dos doentes observados (Anexo 3).

Medicina Interna

8 de setembro a 31 de outubro de 2025 | Hospital Lusíadas Lisboa | Dr.ª Helena Victorino

Sendo a Medicina Interna (MI) a especialidade por onde mais vezes passamos durante os anos clínicos do curso, cheguei a este estágio com a expectativa de que seria aqui que o início da transição de estudante para médica se tornaria mais palpável, e foi o que aconteceu. Os principais objetivos que defini foram a consolidação do raciocínio diagnóstico e terapêutico nas patologias médicas mais prevalentes na população, o desenvolvimento de autonomia na avaliação do doente internado e o domínio dos sistemas de registo clínico hospitalar, uma lacuna que reconhecia no meu percurso até aqui.

O estágio centrou-se no internamento, onde, a partir da primeira semana, fui assumindo responsabilidade progressiva por um a dois doentes por dia. A minha atividade incluiu a visita diária, a elaboração de diários clínicos, notas de entrada e de alta, a interpretação de resultados analíticos e imagiológicos, a elaboração de um plano diagnóstico e terapêutico e a discussão do mesmo com a minha orientadora. No total, acompanhei 18 doentes internados. A passagem semanal pelo serviço de urgência revelou-se muito formativa: contactei com 38 doentes, o que reforçou a capacidade de formular diagnósticos diferenciais num contexto de maior pressão temporal e de hierarquizar prioridades de acordo com o grau de urgência de cada caso. O estágio completou-se com a consulta externa semanal, na qual observei 53 consultas. É um contexto diferente, mais centrado no acompanhamento longitudinal e na construção da relação médico-doente, essencial para compreender a especialidade na sua globalidade.

Realizei alguns procedimentos médicos simples, incluindo punções arteriais e eletrocardiogramas, e observei a realização de uma paracentese evacuadora. A nível formativo, participei no workshop de eletrocardiograma organizado pela UC e assisti a cinco sessões clínicas do serviço, tendo tido oportunidade de apresentar individualmente o tema “Doença Inflamatória Intestinal — da suspeita ao diagnóstico”, que surgiu a propósito de um doente no internamento.

Terminei este estágio com a sensação de grande crescimento do ponto de vista da minha confiança clínica. A gestão diária dos doentes, as discussões com a equipa e a liberdade gradual concedida pela Dr.^a Helena Victorino foram determinantes para que, ao final das oito semanas, fosse capaz de observar e realizar os registos de um doente internado com menos dificuldade.

Cirurgia Geral

3 de novembro de 2025 a 9 de janeiro de 2026 | Hospital Beatriz Ângelo | Orientador: Dr. Pedro Azevedo

O estágio de Cirurgia Geral foi dos que mais antecipei, em grande parte por ser uma oportunidade de preencher uma lacuna prática no meu percurso: nunca tinha tido oportunidade de suturar. Tracei como objetivos específicos a participação ativa em procedimentos cirúrgicos, o treino de técnicas de assepsia e sutura e a consolidação do raciocínio clínico nas principais síndromes cirúrgicas, nomeadamente na distinção entre indicação eletiva e urgente.

O bloco operatório foi o coração deste estágio. A equipa do Dr. Pedro Azevedo, o meu orientador, especializa-se em cirurgia do aparelho digestivo baixo, pelo que os procedimentos que mais observei foram colorretais (ressecções anteriores do reto, sigmoidectomias, hemicolectomias, ressecções abdominoperineais), a par de colecistectomias, hernioplastias e tireoidectomias. Ao todo, estive presente em doze cirurgias eletivas. O que tornou esta experiência particularmente enriquecedora foi a disponibilidade constante do Dr. Pedro e da sua equipa para explicar a anatomia de cada caso, correlacionando cada passo cirúrgico com a fisiopatologia subjacente. A orientação espacial intraoperatória, uma das minhas maiores dificuldades no início, foi algo que fui desenvolvendo progressivamente e foi prazeroso sentir que nas últimas semanas já conseguia perceber muito mais do que estava a observar no bloco.

A pequena cirurgia acabou por ser, sem dúvida, a atividade que mais gosto me deu em todo o estágio. Participei em sete procedimentos (maioritariamente excisões de quistos sebáceos e lipomas), tendo tido oportunidade de realizar grande parte de uma excisão de forma autónoma, sob supervisão próxima. Foi a primeira vez que suturei num contexto clínico real, o que foi gratificante tanto do ponto de vista académico como pessoal. O estágio foi bastante completo, sendo que passei também pela consulta externa (39 consultas, com predomínio de patologia biliar, da parede abdominal e acompanhamento pós-operatório), pela enfermaria, pelo serviço de urgência (13 doentes observados, dos quais 7 foram submetidos a procedimentos cirúrgicos e 6 beneficiaram de uma abordagem expectante), e participei ainda no Curso TEAM e nas sessões de simulação de técnicas cirúrgicas organizadas pela Luz Learning Health.

Durante as duas semanas de estágio opcional, frequentei os serviços de Medicina Intensiva e Gastroenterologia. Na Medicina Intensiva observei vários procedimentos como colocação de cateter venoso central, broncofibroscopia, paracentese e intubação orotraqueal, e aprofundei conceitos de monitorização ventilatória e hemodinâmica, algo que sempre considerei bastante difícil para mim. Na Gastroenterologia, destaco a observação de laqueação de varizes esofágicas, CPRE com colocação de prótese e gastrostomia endoscópica percutânea.

Saliento ainda a participação no Minicongresso de Cirurgia, um momento não só de avaliação, mas também de aprendizagem, no qual apresentei o trabalho intitulado “*Going nuts: um caso de cancro do reto em oclusão*”, um caso clínico que acompanhei da admissão à alta.

Pediatria

19 de janeiro a 13 de fevereiro de 2026 | Hospital São Francisco Xavier | Orientadores: Dr.^a Madalena Sales Luís e Dr. Edmundo Santos

A Pediatria ocupa um lugar central na formação de qualquer médico, independentemente da especialidade que se escolha no futuro. Os objetivos específicos que defini para este estágio centraram-se na consolidação da abordagem diagnóstica e terapêutica nas patologias pediátricas mais frequentes, no aperfeiçoamento do exame objetivo nas diferentes faixas etárias e no desenvolvimento de competências de comunicação com crianças, adolescentes e famílias.

O estágio organizou-se em quatro semanas com valências distintas. A primeira foi passada no serviço de urgência, onde os principais motivos de observação foram queixas respiratórias, traumatismos osteoarticulares e patologia gastrointestinal. Foi particularmente útil passar vários dias seguidos neste contexto para treinar e sistematizar a abordagem estruturada da doença aguda em contexto pediátrico e para compreender como a apresentação clínica varia com a idade: quanto mais nova a criança, mais inespecífica tende a ser a clínica. A segunda semana foi de consulta externa, onde passei por áreas específicas: Endocrinologia, onde observei patologias como puberdade precoce, amenorreia funcional e síndrome de Turner; Imunoalergologia, com predomínio de asma brônquica e doenças alérgicas; Risco Cardiovascular e HTA; e Desenvolvimento, onde contactei com PHDA, PEA e Perturbação da Linguagem.

As últimas duas semanas foram passadas no berçário, onde me foi dada maior autonomia. Fiquei responsável pela observação clínica de recém-nascidos, pela colheita de história junto das mães e pela elaboração dos registos clínicos. Foi a atividade em que tive mais gosto, em grande parte porque me deu liberdade para trabalhar ao meu próprio ritmo e porque senti a confiança que me era depositada, sempre sob supervisão que não me deixava desamparada. A Neonatologia, visitada no último dia, proporcionou ainda contacto com patologia mais complexa e com a abordagem intensiva do recém-nascido prematuro, embora tivesse ficado o desejo de ter passado mais tempo neste contexto. Do ponto de vista formativo, apresentei individualmente o seminário “Infeções do Trato Urinário em Idade Pediátrica”, construído a partir de um caso clínico observado na urgência.

Ginecologia e Obstetrícia

18 de fevereiro a 13 de março de 2026 | Maternidade Alfredo da Costa | Orientadoras: Dr.^a Júlia Sereno e Dr.^a Alexandra Queirós

Este foi, sem dúvida, o estágio para o qual cheguei com as expectativas mais elevadas, e também o que mais correspondeu. A diversidade de Ginecologia e Obstetrícia, que acompanha a mulher até ao período pós-menopausa e integra vertentes médicas e cirúrgicas, sempre me fascinou, mesmo antes da minha entrada no curso. O contacto com a especialidade durante o Programa Erasmus+ em Milão, no 5.º ano, em que participei em cesarianas e assisti a partos vaginais, reforçou ainda mais este interesse e criou um ponto de referência a partir do qual pude comparar abordagens e práticas.

O estágio dividiu-se em duas semanas de ginecologia e duas de obstetrícia. Em ginecologia, destaco a consulta externa, onde pratiquei o exame ao espécuro, o toque bimanual e a colheita de material para citologia e teste de HPV, desenvolvendo gradualmente maior confiança num exame que até então tinha tido poucas oportunidades de treinar. O bloco operatório foi outra das vertentes de que mais gostei: observei diferentes abordagens cirúrgicas (laparoscópica, vaginal e abdominal), com oportunidade de participar em algumas cirurgias. A passagem pela Procriação Medicamente Assistida (PMA), vertente à qual nunca tinha sido exposta durante o curso, foi também uma descoberta muito interessante, sobretudo na compreensão dos protocolos de estimulação e dos critérios de seleção de casais.

Em obstetrícia, tive contacto com múltiplas tipologias de consulta, nomeadamente consulta de referência, gravidez gemelar, gravidez indesejada e nutrição na gravidez, o que me permitiu aprofundar diferentes dimensões do acompanhamento materno. Realizei regularmente exame objetivo obstétrico, incluindo medição da altura uterina, manobras de Leopold e identificação dos batimentos cardíacos fetais por Doppler, competências práticas que queria muito treinar. O internamento de Medicina Materno-Fetal, a ecografia obstétrica (com destaque para o acompanhamento de gravidezes gemelares, a especialização da Dr.^a Alexandra Queirós) e o puerpério completaram a visão abrangente com que fiquei da especialidade. No bloco de partos participei em cesarianas e assisti a partos eutócicos. Terminei o estágio apenas

com o desejo de ter assistido a um maior número de partos vaginais, atribuindo este facto à coincidência com um período de menor atividade obstétrica durante as minhas passagens pela urgência. No seminário final, apresentei o tema “Dor pélvica aguda: um caso de torção do quisto do paraovário”, que surgiu de um caso observado no estágio.

Saúde Mental

16 de março a 17 de abril de 2026 | Hospital Júlio de Matos | Orientadoras: Dr.^a Marta Jardim e Dr.^a Ana Nunes

Iniciei o estágio de Saúde Mental com algumas reservas, sendo que a Psiquiatria não era, à partida, uma especialidade com a qual me identificasse especialmente. Acabou por ser, no entanto, um estágio onde aprendi bastante e descobri valências da psiquiatria com as quais nunca me tinha deparado. Os objetivos que defini centraram-se no aperfeiçoamento do exame do estado mental, no desenvolvimento de competências de comunicação com doentes com patologia psiquiátrica e na consolidação do raciocínio clínico em Psiquiatria, integrando história clínica, exame do estado mental e plano terapêutico.

A maior parte do estágio decorreu na Clínica de Internamento de Psiquiatria de Adultos, contexto que mais marcou este mês. A possibilidade de acompanhar os mesmos doentes de forma longitudinal foi determinante para o impacto pedagógico do estágio: ao longo das semanas fui observando a evolução dos quadros clínicos, compreendendo o impacto das intervenções terapêuticas e ganhando confiança durante as entrevistas clínicas diárias. Observei 15 doentes em internamento, com predomínio de episódios psicóticos agudos e esquizofrenia, tendo realizado uma história clínica de um doente em episódio maníaco. Contactei também com perturbação esquizoafetiva e perturbação bipolar, consolidando o diagnóstico diferencial e as abordagens terapêuticas. No total, acompanhei cerca de 25 doentes durante o estágio.

Passei também pela consulta externa, pelo hospital de dia e pelo serviço de urgência. No hospital de dia, a abordagem centrada na reabilitação, nas terapias de grupo e na promoção da funcionalidade mostrou-me uma dimensão da especialidade muito diferente da do internamento e que me interessou bastante. Na urgência do Hospital São José, contactei com descompensações psicóticas, episódios maníacos, psicose induzida por tóxicos e ansiedade aguda, o que permitiu treinar a avaliação rápida e estruturada de doentes em crise e a tomada de decisão quanto à necessidade de internamento, nomeadamente compulsivo. Para além das atividades clínicas, as aulas teórico-práticas semanais lecionadas pelo Dr. Bernardo Neves foram particularmente formativas, com especial destaque para a sessão dedicada à colheita e elaboração de história clínica psiquiátrica, que auxiliou a colheita que realizei no internamento.

Medicina Geral e Familiar

20 de abril a 15 de maio de 2026 | USF Cova da Piedade | Orientador: Dr. Fausto Honoré Silva

O estágio de Medicina Geral e Familiar (MGF) foi o último do ano e, talvez por isso, aquele a que sinto ter chegado com maior maturidade clínica. Os objetivos que tracei centraram-se no

desenvolvimento de uma abordagem centrada na pessoa, na consolidação do raciocínio clínico em cuidados de saúde primários e no aperfeiçoamento das competências de decisão terapêutica, prescrição e registo clínico. Tinha também um objetivo pessoal concreto: explorar se esta poderia ser uma especialidade para o meu futuro, uma ideia que surgiu recentemente.

Ao longo das quatro semanas acompanhei diferentes tipologias de consulta, nomeadamente saúde de adultos, saúde infantil e juvenil, planeamento familiar, saúde materna e doença aguda, tendo observado no total 126 consultas e realizado 34 em autonomia parcial. A progressão proposta pelo Dr. Fausto Honoré Silva foi muito adequada para o meu ritmo e senti que foi determinante para a confiança que adquiri: nas primeiras semanas privilegiei a observação e a elaboração de registos no SClínico; progressivamente passei a conduzir consultas de forma mais autónoma, com elaboração de plano terapêutico, prescrição, pedido de meios complementares de diagnóstico e referênciação, sempre com posterior discussão e validação.

O aspeto que mais me marcou foi a diversidade de contextos humanos com que contactei. Algumas consultas foram particularmente desafiantes do ponto de vista da comunicação e abordagem: doentes hostis, ansiosos ou com agendas muito diferentes do motivo de consulta inicial. Reforçou o facto de que gerir estas situações é uma competência real que se treina e que a escuta ativa é muitas vezes a intervenção mais eficaz. O caso clínico que apresentei em seminário foi, sem dúvida, a experiência mais formativa do estágio: uma mulher de 77 anos, iletrada, polimedicada, com contexto familiar complexo e perturbação depressiva com ideação suicida, que me obrigou a integrar problemas muito distintos e a compreender que a história de vida de uma pessoa é, ela própria, um dado clínico.

UNIDADE CURRICULAR OPCIONAL

No âmbito da Unidade Curricular Opcional, realizei um estágio de duas semanas em Medicina Geral e Familiar na USF Vila Presépio, em Alenquer. Após a experiência muito positiva do estágio parcelar, optei por regressar à especialidade com o objetivo de aprofundar competências numa área que me cativa e de contactar com uma realidade próxima da comunidade onde resido. Durante estas semanas realizei consultas em autonomia parcial de saúde de adultos, saúde materna, saúde infantil e juvenil e planeamento familiar, tendo também oportunidade de realizar citologias cervicais. Esta experiência consolidou competências previamente adquiridas e reforçou o interesse por uma especialidade marcada pela diversidade clínica, pela continuidade de cuidados e pela proximidade com a comunidade.

ELEMENTOS VALORATIVOS

Descrever o 6.º ano sem referir algumas das experiências que o antecederam daria uma visão incompleta da aluna que chegou a estes estágios. As atividades em que me envolvi ao longo do curso contribuíram para moldar a perspetiva com que abordei a prática clínica neste ano.

Se há um fio condutor nas atividades que escolhi ao longo do curso, é a vontade de sair da minha zona de conforto e de contactar com realidades distintas. A experiência mais significativa

neste sentido foi a participação no Programa Erasmus+ em Milão no 5.º ano. Para além do crescimento pessoal que foi viver noutra cidade, noutra língua e integrar uma equipa médica num contexto diferente, realizei diversos estágios hospitalares. Esta experiência obrigou-me a desenvolver uma flexibilidade e adaptabilidade que levei comigo para todos os estágios, sobretudo na forma como abordei as diferenças entre o público e o privado, Lisboa e Alenquer.

Essa mesma vontade levou-me, em 2024, a ser monitora num campo de férias da NOVA (Nova Summer School) em parceria com a APDP, onde fiquei responsável por crianças com Diabetes Mellitus tipo 1, tendo realizado uma formação específica para gestão da doença, insulinoaterapia e abordagem de crises. Foi uma experiência que me preparou para pensar na saúde para além da consulta e internamento. Do ponto de vista mais formativo, destaco a iMed Conference 17.0, as Jornadas de Dermatologia da ULS São José e a colaboração como monitora de Anatomia, que me deu o primeiro contacto com o ensinar como forma de aprender.

REFLEXÃO CRÍTICA

Chego ao fim do Estágio Profissionalizante com a certeza de que este foi o ano mais exigente do meu percurso académico e o mais formativo. Reconheço uma evolução não só de conhecimentos e competências clínicas, mas também da forma como me relaciono com a incerteza, com os doentes e consigo própria enquanto futura médica.

O estágio de Medicina Interna foi o ponto de partida mais importante, e foi aqui que a autonomia deixou de ser apenas um conceito e passou a ser uma responsabilidade mais concreta, ao acompanhar doentes, treinar a tomada de decisões diagnósticas e terapêuticas e comunicar com a equipa. A Dr.ª Helena Victorino deu-me espaço para crescer sem me deixar sem apoio. Em retrospectiva, foi interessante ter sido o meu primeiro estágio do ano, no qual absorvi muita informação e senti um crescimento exponencial. Ao mesmo tempo, fico curiosa ao imaginar como teria sido realizar este estágio no fim do 6.º ano, já com a bagagem de tudo o que fui aprendendo. Por ter decorrido num contexto privado, trouxe ainda algumas diferenças: menos doentes, mais tempo, mas também mais exames pedidos, reuniões com gestores e uma lógica de funcionamento diferente da que conhecia do público.

O estágio de Cirurgia Geral surpreendeu-me pela positiva, em particular a pequena cirurgia. Saí com a satisfação de ter suturado pela primeira vez e de ter percebido a lógica intraoperatória de cirurgias mais complexas. O bloco operatório reforçou o interesse que tinha por cirurgia no geral, que já tinha vindo a crescer nos últimos anos. O que ficou por cumprir foi uma maior participação em cirurgias major, algo que gostava muito de ter experienciado.

Em pediatria, destaco principalmente o treino de um exame objetivo meticuloso, que é aqui, talvez ainda mais do que noutras especialidades, insubstituível, precisamente porque a criança raramente nos diz o que sente. Ficou por aprofundar o contacto com adolescentes, que requer uma abordagem comunicativa própria. O berçário entusiasmou-me para o ano de formação geral, e a consulta de desenvolvimento abriu uma janela muito interessante: a intersecção entre a pediatria, a neurologia do desenvolvimento e o contexto familiar.

O estágio de Ginecologia e Obstetrícia foi o ponto alto desta unidade curricular. A Maternidade Alfredo da Costa permitiu-me contactar com valências que uma unidade menos diferenciada não ofereceria, como a PMA, a gravidez de alto risco e as gravidezes gemelares, e a comparação com a experiência em Milão tornou a reflexão sobre o que vi ainda mais rica. É uma especialidade que continua a fascinar-me, e saí com vontade de ter ficado mais tempo.

A Saúde Mental foi uma surpresa, na qual entrei sem grandes expectativas e da qual saí a adotar uma postura diferente na entrevista clínica, mais confortável, mais capaz de adaptar o discurso ao doente que tenho à frente, sem ter sempre presente a pressão da agenda do médico (uma capacidade tão treinável como a prescrição médica).

O estágio de Medicina Geral e Familiar foi onde senti o impacto da evolução que tive ao longo do ano. Cheguei com mais confiança, quer na prescrição, nos registos e na comunicação com os doentes, e isso refletiu-se na forma como aproveitei as consultas e como cheguei a conduzir algumas com muito mais confiança, algo que encararia com muito receio antes do início deste ano. O caso clínico que apresentei foi o exercício mais completo de medicina centrada na pessoa que fiz este ano. A MGF exige muito mais do que pode parecer à primeira vista, e foi um estágio que me fez reconhecer isso com mais clareza. E posta esta questão que me fui fazendo ao longo do ano, entre o bloco operatório e o consultório, entre a cirurgia e os cuidados primários, sinto que ainda não tenho resposta e levo esta exploração para o ano comum.

A experiência em Milão permitiu uma breve comparação com o sistema de saúde português. De forma geral, as semelhanças foram mais do que as diferenças, e esta experiência foi mais marcante no sentido de crescimento pessoal, pela necessidade de navegar por um grande hospital sem conhecer o funcionamento do mesmo e sem falar a língua do país.

Em retrospectiva, considero que os objetivos transversais foram cumpridos: a consolidação teórico-prática e o raciocínio clínico foram-se construindo estágio a estágio, a autonomia evoluiu principalmente em MI e MGF, a comunicação centrada na pessoa e a abordagem biopsicossocial foram trabalhadas sobretudo em Saúde Mental e MGF, e o trabalho em equipa foi imprescindível em todos os contextos. A aprendizagem autónoma está presente nos trabalhos que realizei e fica, também, como exercício para continuar no próximo ano. Os princípios éticos foram uma constante, ainda que de forma mais implícita, na relação com os doentes e famílias.

Sinto que esta reflexão não ficaria completa sem mencionar que este último ano foi particularmente difícil a nível pessoal e familiar. A proximidade com situações de doença fora do contexto académico levou-me a refletir de forma diferente sobre muitas das situações que encontrava nos estágios. Termino com a certeza de que, embora não acredite que seja necessário ter estado no lugar dos doentes ou dos seus familiares para ter uma prática médica empática, levo comigo deste ano uma perspetiva que não teria conseguido apenas de bata vestida.

Termino este percurso com muito orgulho e gratidão, tanto aos doentes que me confiaram as suas histórias como aos profissionais que me ensinaram e à minha família que criou uma rede de segurança que sempre me deu confiança para saltar.

ANEXOS

1. Cronograma dos Estágios Parcelares

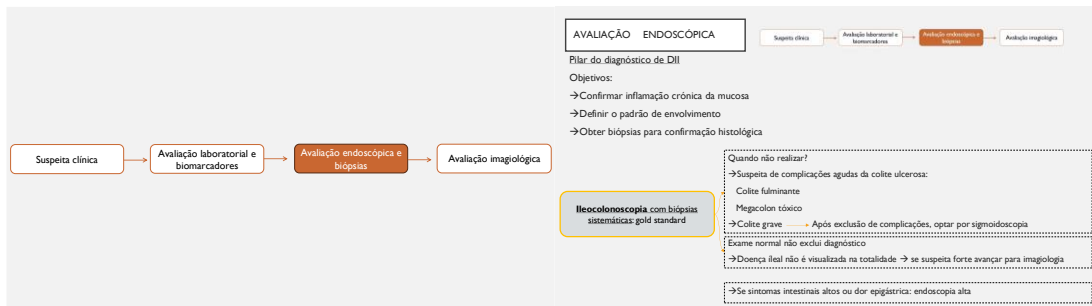
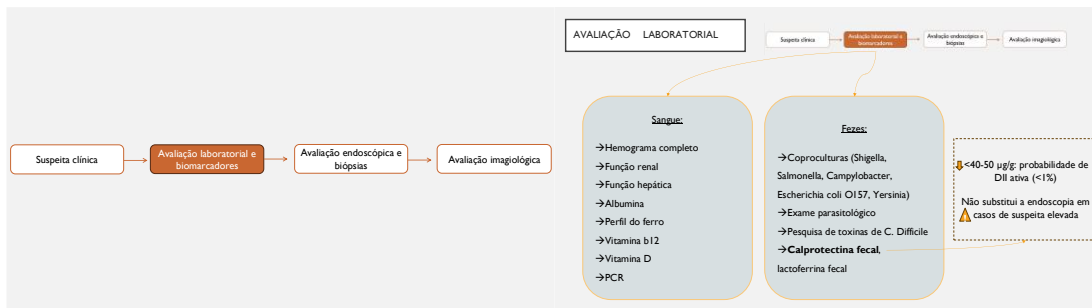
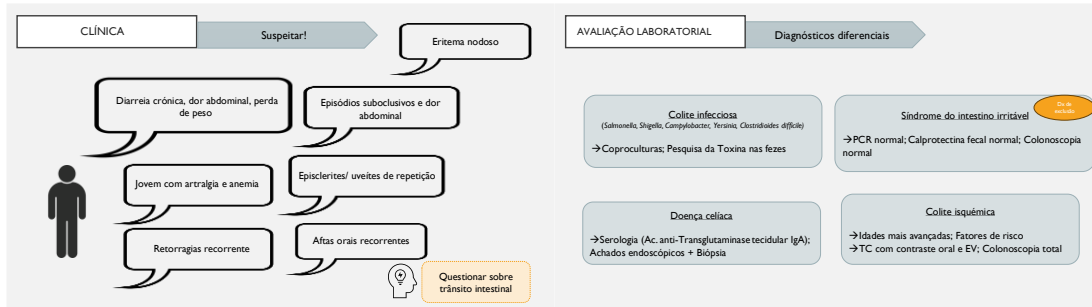
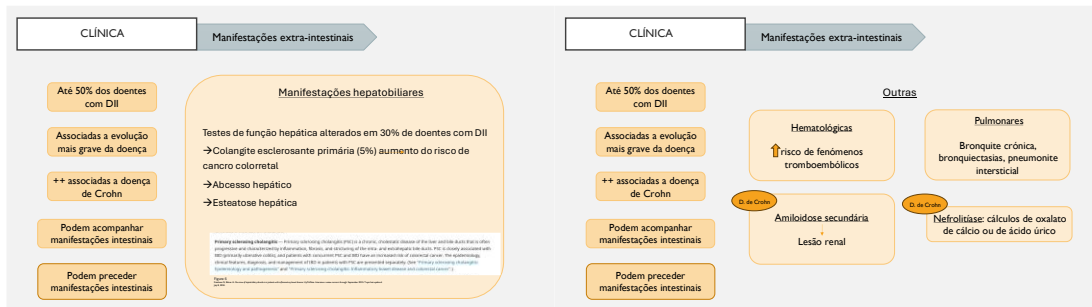
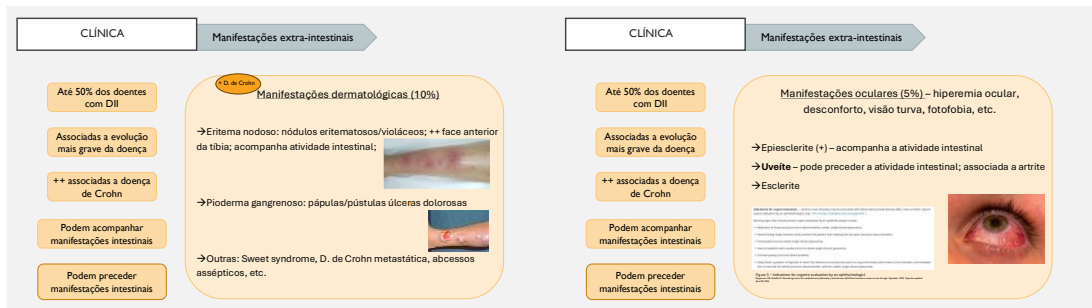
Estágio	Coordenador(a)	Período	Local	Orientador(es)
Medicina Interna	Professor Doutor António Mário Santos	08-09-2025 a 31-10-2025	Hospital Lusíadas Lisboa	Dr. ^a Helena Victorino
Cirurgia Geral	Professor Doutor Rui Maio	03-11-2025 a 09-01-2026	Hospital Beatriz Ângelo	Dr. Pedro Azevedo
Pediatria	Professor Doutor Luís Varandas	19-01-2026 a 13-02-2026	Hospital São Francisco Xavier	Dr. ^a Madalena Sales Luís e Dr. Edmundo Santos
Ginecologia e Obstetrícia	Professora Doutora Teresinha Simões	18-02-2026 a 13-03-2026	Maternidade Dr. Alfredo da Costa	Dr. ^a Júlia Sereno e Dr. ^a Alexandra Queirós
Saúde Mental	Professor Doutor Miguel Talina	16-03-2026 a 17-04-2026	Hospital Júlio de Matos	Dr. ^a Marta Jardim e Dr. ^a Ana Nunes
Medicina Geral e Familiar	Professor Doutor Daniel Pinto	20-04-2026 a 15-05-2026	USF Cova da Piedade	Dr. Fausto Honoré Silva

2. Trabalhos do Estágio Profissionalizante

2.1 Trabalhos Realizados durante o Estágio Profissionalizante

Estágio Parcelar	Título	Co-autores
Medicina Interna	Doença Inflamatória Intestinal — da suspeita ao diagnóstico	
Cirurgia Geral	<i>Going nuts</i> : um caso de cancro do reto em oclusão	Carolina Morgado e Miguel Santiago
Pediatria	Infeções do Trato Urinário em Idade Pediátrica	
Ginecologia e Obstetrícia	Dor pélvica aguda: um caso de torção do quisto do paraovário	Afonso Simões, Joana Oliveira, Miguel Santiago
Medicina Geral e Familiar	Caso clínico: Perturbação depressiva com ideação suicida	

Relatório Final de Estágio Profissionalizante Mestrado Integrado em Medicina | Nova Medical School



Relatório Final de Estágio Profissionalizante Mestrado Integrado em Medicina | Nova Medical School

Suspeita clínica

Avaliação laboratorial e biomarcadores

Avaliação endoscópica e biópsias

Avaliação imagiológica

Quando avançar?

→ Todos os doentes em diagnóstico inicial de D. de Crohn - Avaliação da extensão e complicações (estenoses, fistulas, abscessos)
→ Suspeita forte de Doença de Crohn com colonoscopia normal/inconclusiva
→ Doentes em que a colonoscopia não é segura (p.e. complicações agudas da colite ulcerosa)
→ Dúvida na diferenciação entre D. de Crohn e Colite Ulcerosa na avaliação endoscópica
→ Monitorização da atividade inflamatória de forma não invasiva

Que exame escolher?

→ Enteror-M
→ Ecografia abdominal
→ TC-abdomino-pélvica
→ RM pélvica
→ Videocapsula endoscópica

A abordagem imagiológica difere entre a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa

Suspeita clínica

Avaliação laboratorial e biomarcadores

Avaliação endoscópica e biópsias

Avaliação imagiológica

Doença de Crohn

Exame de eleição

Enteror-M

Preferido no diagnóstico inicial

Sensibilidade de 97% e especificidade de 96%

Exame de eleição

Ecografia intestinal

Rápida e acessível; operador dependente

THE LANCET Gastroenterology & Hepatology

Diagnostic accuracy of magnetic resonance enterography and small bowel ultrasound for the extent and activity of newly diagnosed and relapsed Crohn's disease (METRIC): a multicentre trial

Prof Stuart A Taylor, FRCP, A* BS Susan Walker, DMSc* Gaursing Bhattacharjee, FRCP* Rachel Baldwin-Catland, MSc* Stuart Bloom, FRCP* Ansh Gupta, FRCP* et al. Show more

Suspeita clínica

Avaliação laboratorial e biomarcadores

Avaliação endoscópica e biópsias

Avaliação imagiológica

Colite Ulcerosa

Avaliação imagiológica não é recomendada por rotina no diagnóstico de Colite Ulcerosa

Indicada em contexto agudo:

→ Colite fulminante

≥10 evacuações sanguinolentas/dia, sangramento contínuo, dor abdominal intensa, distensão, sintomas de toxicidade sistémica (febre, anorexia)

→ Megacolon tóxico

→ Perforação intestinal

Exame de 1ª linha

Radiografia simples do abdómen

TC-abdomino-pélvica

Emergência do uso de RM (colonografia por RM e enteror-M) e ecografia intestinal na monitorização da doença

Suspeita clínica

Avaliação laboratorial e biomarcadores

Avaliação endoscópica e biópsias

Avaliação imagiológica

Situação clínica

Exame de eleição

Avaliação inicial no diagnóstico de Doença de Crohn

Doente agudo

Suspeita de complicação aguda da colite ulcerosa

Suspeita de obstrução ou abscesso

Doença perianal

Suspeita persistente com exames normais

Enteror-M (ou ecografia intestinal)

Radiografia do abdómen TC-abdomino-pélvica

RM pélvica

Videocapsula endoscópica

Primeira linha segundo ECCO 2025: sem radiação; alta sensibilidade

Rápido e disponível no contexto urgente

Melhor definição de partes moles

Elevada sensibilidade para lesões precoces do intestino delgado

BIBLIOGRAFIA

Wagner, H.A. Kase, D. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of ulcerative colitis in adults. UpToDate. Literature review current through Sep 2025. Topic last updated: May 17, 2025. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/ulcerative-colitis>.

Wagner, H.A. Chakrabarti, A.S. Definition, epidemiology, and risk factors for inflammatory bowel disease. UpToDate. Literature review current through Sep 2025. Topic last updated: May 17, 2025. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/inflammatory-bowel-disease>.

Wagner, H.A. Kase, D. Clinical manifestations, diagnosis, and prognosis of Crohn's disease in adults. UpToDate. Literature review current through Sep 2025. Topic last updated: May 17, 2025. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/crohns-disease>.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 1: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 1, p. 144-164, 1 Jan. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 2: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 2, p. 144-164, 1 Feb. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 3: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 3, p. 144-164, 1 Mar. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 4: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 4, p. 144-164, 1 Apr. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 5: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 5, p. 144-164, 1 May 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 6: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 6, p. 144-164, 1 Jun. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 7: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 7, p. 144-164, 1 Jul. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 8: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 8, p. 144-164, 1 Aug. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 9: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 9, p. 144-164, 1 Sep. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 10: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 10, p. 144-164, 1 Oct. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 11: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 11, p. 144-164, 1 Nov. 2024.

Wagner, H.A. et al. ECCO-ESGAR Guidelines for Diagnostic Assessment in IBD Part 12: Initial diagnosis, monitoring of disease activity, detection of complications. Journal of Crohn's and Colitis, 18, 12, p. 144-164, 1 Dec. 2024.

2.3 Slides “Going nuts: um caso de cancro do reto em oclusão”

NOVA MEDICAL SCHOOL

HOSPITAL BEATRIZ ANGELO

Going nuts: um caso de cancro do reto em oclusão

Trabalho final do Estágio Perceção de Cirurgia Geral

Regente: Professor Doutor Rui Melo

Diretora de Serviço: Doutora Rita Garrido

Tutor: Doutor Pedro Azevedo

Discentes: Carolina Morgado, Mariana Salvador e Miguel Santiago

6º ano da MIM | 2025/2026

Índice

01 Caso clínico

02 1ª Complicação - Hemorragia

03 2ª Complicação - Oclusão

04 Cirurgia urgente

05 Conclusão

Caso clínico

60 anos, ♂, caucasiano

Sem antecedentes pessoais e familiares relevantes

Consumo de álcool socialmente; não fumador

Início da Doença (setembro 2024 → março 2025)

Sintomas GI

Dejeções múltiplas (4-5/dia)

Feces pastosas/liquidas

Retorragias

Dor abdominal

Sintomas Constitucionais

Perda ponderal não quantificada

Reencaminhado dos cuidados de saúde primários para a consulta externa do HBA

Caso clínico

Início sintomas

Diagnóstico Estadiamento

Hemorragia

Início TNT

Hemorragia

Oclusão

Cirurgia

1ª Avaliação no HBA

Exame Objetivo

Bom estado geral

TR: Esfíncter normotónico, canal anal sem alterações, ampola com fezes líquidas, sem lesões palpáveis, com sangue escuro no dedo-lua

Exame abdominal inocente

Hb 14,9 g/dl

16

Mariana Beatriz Perdigão Salvador

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico Estadiamento → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

1ª Avaliação no HBA

Exame Objetivo

- Bom estado geral
- TR: Esfíncter normotónico, canal anal sem alterações, ampola com fezes líquidas, sem lesões palpáveis, **com sangue escuro no dedo-luva**
- Exame abdominal inocente
- Hb 14,9 g/dL

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico Estadiamento → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

cT4a N1 M0
Estadio III

CEA 11 ng/mL
Marcador tumoral

12 cm
Margem anal

EMVI – FMR –
Invasão loco-regional

CDT (13/05/25) - Proposta Inicial:

TNT (Terapêutica Neoadjuvante Total):

1º QT de indução
2º QRT subsequente

Previsto iniciar a 30/05

Terapêutica Neoadjuvante Total

TNT = QT sistêmica + RT **ANTES** da cirurgia

EVIDÊNCIA: Estudos Principais
RAPIDO Trial, PRODIGE-23 Trial, STELLAR Trial

Vantagens:

- **Maior taxa de resposta completa**
- **Melhor taxa de sobrevivência**
- **Melhor controlo de micrometástases**
- **Maior adesão à terapêutica**
- **Melhor potencial para preservação de órgão**

Sem aumento significativo de toxicidade ou complicações cirúrgicas

Indicações:

- cT3/cT4
- EMVI +
- FMR +
- cN2 ou g. linfáticos laterais aumentados

Sem metástases à distância
PS 0-1

Terapêutica Neoadjuvante Total

SEQUÊNCIA DA TNT

	INDUÇÃO (QT 1ª)	CONSOLIDAÇÃO (RT 1ª)
Estudo principal	PRODIGE-23	RAPIDO, OPRA, CAO/ARO/AIO-12
Foco principal	Controlo sistémico	Máxima resposta tumoral local
Racional	• Tratar micrometástases o + cedo possível • Util em doentes com alto risco sistémico	• Intervalo + longo após RT → maior regressão tumoral • Maior taxa de pCR e cCR
Particularmente relevante se	• N2 • EMVI positiva • Doença volumosa	• Tumores baixos • Preservação de órgão é prioridade • Estratégias de watch-and-wait

RT longa: PRODIGE-23, OPRA RT Curta: RAPIDO

Figure 1. Treatment decision flow chart. EMVI: extramural vascular invasion, LN: lymph node, LAR: low anterior resection, ISR: intersphincteric resection, APR: abdomino-perineal resection, and CRM: circumferential resection margin.

Ochiai et al., Cancers (2024)

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico Estadiamento → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

23/05/25 – Recorrência ao SU

- Retorragia abundante
- Repercussão hemodinâmica com taquicardia e hipotensão
- Queda Hb: 14 → 11 → 8,9 g/dL

Gestão

- Internamento para vigilância de perdas
- Estabilização com fluidoterapia
- 500mg carboximalose EV

DECISÃO CLÍNICA

PLANO INICIAL
QT indução → QRT

NOVO PLANO
QRT → QT consolidação

Objetivo: efeito hemostático local

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico Estadiamento → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

QRT com Capecitabina oral
07/07 - 13/08

QT de consolidação (FOLFOX)
1º ciclo a 26/08

Tolerância

- Boa tolerância global
- Sem hemorragias adicionais

Evolução Laboratorial

- Hb: 10-11 g/dL (estável)
- CEA em descida progressiva

CEA (ng/mL)

Tempo	CEA (ng/mL)
10.4	10.4
9.8	9.8
7.5	7.5
4.4	4.4
3.2	3.2

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico + CDT → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

16/09/25 - Recorrência ao SU → Internamento CG 18/09 - 26/09

- Retorragias associadas a episódio de síncope
- TR: sem hemorragia ativa, vestígios de sangue coagulado
- Hb: 10.4 → 9.4 → 7.5 → 6.8 g/dL
- Necessidade de 3 UCE
- Sem possibilidade de mais RT hemostática (RT recente)

Retoscopia

- Lesão ulcerada do reto (12 cm)
- Abundante sangue vivo e coágulos
- Não suscetível de terapêutica endoscópica

CDT 23/09:

- RM: resposta parcial (TRG3)
- Protelada cirurgia atendendo estabilidade clínica e analítica e RT recente → Mantém QT consolidação

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico Estadiamento → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

6/11 - Colonoscopia com estenose tumoral completa → inultrapassável

11/11- Consulta de Cirurgia Geral

Ausência de emissão de gases ou fezes com 24h de evolução

Dor tipo cólica

Nega náuseas e vômitos

Encaminhado para o SU

Caso clínico

Início sintomas → Diagnóstico Estadiamento → Hemorragia → Início TNT → Hemorragia → Oclusão → Cirurgia

Abdómen **distendido, ligeiramente timpanizado**, mas mole e depressível, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal

TA 100/65 mmHg FC 65 bpm

Pele/mucosas: descoradas e pouco hidratadas

Toque retal: **sangue no dedo-luva**, vestígios de sangue coagulado

Hb 7,8 g/dL

Analgesia e fluidoterapia

Caso clínico



Dilatação do cólon (diâmetro máximo no cólon transverso com 6 cm)

Sem NHA no cólon ou no delgado

Espessamento difuso parietal do reto em relação com **neoplasia** já conhecida, tendencialmente **estenossante**

Caso clínico

Início sintomas Diagnóstico Estadiamento Hemorragia Início TNT Hemorragia **Oclusão** Cirurgia

Etiologias de oclusão no cancro do reto:

- Progressão loco-regional
- Inflamação/edema pós-QRT (precoce)
- Estenose cicatricial pós-QRT (tardio)
- Hemorragia com coagulação intraluminal
- Perfuração tumoral com íleus paralítico

Desafios de diagnóstico:

- ☐ Distinguir progressão tumoral vs fibrose pós-RT
- ☐ Colonoscopia limitada por estenose
- ☐ Necessidade de decisão rápida (risco de perfuração/isquémia)

Oclusão intestinal por progressão tumoral ?

Oclusão

Como abordar um doente com neoplasia do reto em oclusão?

Suporte: analgesia, fluidoterapia, correção hidroeletrólita

1. Diagnóstico de oclusão, exclusão de perfuração e avaliação da competência da válvula ileocecal → TC-AP
2. Abordagem:

Stent

- Tumor intraperitoneal
- Paliativo ou ponte para cirurgia
- Risco aumentado perfuração pós-RT

Colostomia derivação

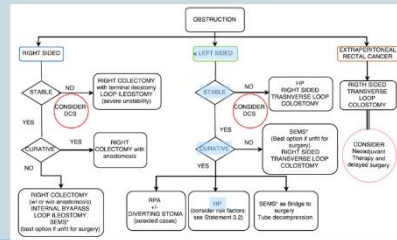
- Tumor extraperitoneal
- Alívio da obstrução para posterior estadiamento, neoadjuvância e cirurgia
- Paliativo

Ressecção cirúrgica

- RAR com anastomose primária +/- ileostomia proteção (se baixo risco)
- Op. Hartmann (se alto risco)

Escolha depende de: perfuração, contaminação, estadiamento da doença, timing pós-RT, intenção curativa ou paliativa

Oclusão



2017 WSES guidelines on colon and rectal cancer emergencies

Caso clínico

Início sintomas Diagnóstico Estadiamento Hemorragia Início TNT Hemorragia **Oclusão** Cirurgia

Tumor T4a estenosante
Local irradiado (terminou a RT há 3 M)
Recorência de **hemorragia**
Estenose documentada em 26/09 e completa a 06/11
Hb 7,8 g/dL - **Hb em descida**
Colonoscopia e TC confirmam a obstrução mecânica

Cirurgia urgente a 12/11

Cirurgia Urgente

12/11

Abordagem por Laparotomia mediana

Achados intra-operatórios

- Sem evidência de lesões suspeitas de metastização
- Líquido livre ascítico
- **Distensão global do cólon**
- Tumor do reto alto com perfuração durante manipulação



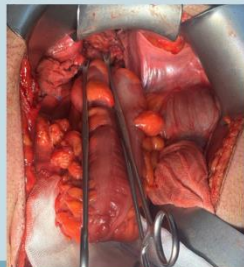
Cirurgia Urgente

12/11

Abordagem por Laparotomia mediana

Achados intra-operatórios

- Sem evidência de lesões suspeitas de metastização
- Líquido livre ascítico
- **Distensão global do cólon**
- Tumor do reto alto com perfuração durante manipulação



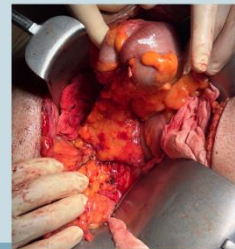
Cirurgia Urgente

12/11

Abordagem por Laparotomia mediana

Procedimento:

- **Ressecção anterior do reto (RAR) alta**
- Sem anastomose
- **Colostomia terminal no flanco esquerdo**



Cirurgia Urgente

12/11

Abordagem por Laparotomia mediana

Procedimento:

- **Ressecção anterior do reto (RAR) alta**
- Sem anastomose
- **Colostomia terminal no flanco esquerdo**



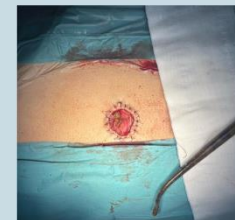
Cirurgia Urgente

12/11

Abordagem por Laparotomia mediana

Procedimento:

- **Ressecção anterior do reto (RAR) alta**
- Sem anastomose
- **Colostomia terminal no flanco esquerdo**



Cirurgia Urgente

12/11



Peça cirúrgica

Cirurgia Urgente

12/11

Resultados anatomopatológicos

- Citologia do líquido ascítico:** sem evidência de células neoplásicas
- Peça cirúrgica:** sem evidência de tumor primário (resposta completa à neoadjuvância, score 0);
- Estadiamento patológico:** ypT0N0 (0/21)



Peça cirúrgica

Pós-operatório

Alta hospitalar após 38 dias de internamento clinicamente melhorado

Intercorrências:

- Agitação psicomotora de difícil controlo
- Deiscência mucocutânea da colostomia tratada com cuidados de penso
- Íleus paralítico tratado de forma conservadora
- Deiscência do coto retal → realizada drenagem transretal da coleção com boa evolução



Conclusão

Complicações do cancro retal

Hemorragia digestiva	Obstrução intestinal	Perfuração intestinal
- Ulceração e vascularização aumentada do tumor - Pode alterar a estratégia oncológica	- Crescimento tumoral circunferencial - Fibrose pós-radioterapia ↓ Estenose progressiva do lúmen e obstrução	- Necrose tumoral e/ou isquémia secundária à obstrução +++ em tecidos previamente irradiados

Decisão cirúrgica

Influenciada por:
Estabilidade clínica, timing pós RT, risco de perfuração

Intenção curativa

Conclusão

Take-home messages

Tumores localmente avançados do reto

Evolução clínica imprevisível

Complicações + Fatores agravantes (radioterapia recente, fragilidade teciduais)

Watch and wait ou eventual abordagem cirúrgica eletiva

Urgência cirúrgica

Gestão multidisciplinar

Bibliografia

- Pisano et al. World Journal of Emergency Surgery (2018) <https://doi.org/10.1186/s13017-018-0192-3>
- Ochiai, K., Bhutani, N., Iwata, A., Uppal, A., White, M. G., Peacock, O., Mesnick, C. A., Bednarski, B. K., You, Y.-Q., N., Skibber, J. M., Chang, G. J., & Konishi, T. (2024). Total neoadjuvant therapy for rectal cancer: Which regimen to use? *Cancers*, 16(11), 2093. <https://doi.org/10.3390/cancers16112093>
- Johnson, G. B., Park, J., Hildebrand, R. M., Goldenberg, B. A., Nashed, M., & Hyun, E. (2023). Total neoadjuvant therapy for rectal cancer: A guide for surgeons. *Canadian Journal of Surgery*, 66(2), E196-E201. <https://doi.org/10.1503/cjs.00522>
- Connolly, J. S., McCullum, J. C., Munro, C., Gaerem, R., Baggendonker, J. T., Sarandaris, J. T., Kuehn, A. J., Marotto, P. W., Kuehn, D. A., Abelson, R. S., Circumferential Rectal Cancer Is a Risk Factor for Structure Formation and Resection Uncertainties Following Neoadjuvant Therapy. *Dis Colon Rectum*. 2025 Nov 5. doi: 10.1097/DCR.0000000000004015. Epub ahead of print. PMID: 41150657.
- Troter, M., Jansen, S., Haller, M., Scholz, S., Bader, D. Role of Neoadjuvant Radio-chemotherapy for the Treatment of High Rectal Cancer. *Anticancer Res*. 2018 Sep;38(9):5371-5377. doi: 10.21873/anticancer.12896. PMID: 30194191.
- Intestinal Surgical Emergencies Textbook. American College of Surgeons (2021). 2021. Ashley E. Aaron, Andrea Amabile, Giro Andolfi, et al.
- Eng, C., Yoshino, T., Ruiz-Garcia, E., Mostafa, N., Cann, G. G., O'Brien, B., Berry, A., Perez, R. D., Cromellini, C. Colorectal cancer. *Lancet*. 2024 Jul 20;404(10448):304-316. doi: 10.1016/S0140-6736(24)00360-X. Epub 2024 Jun 20. PMID: 38909621.

2.4 Slides “Infecções do Trato Urinário em Idade Pediátrica”

Infecções do Trato Urinário em Idade Pediátrica

Mestrado Integrado em Medicina | Nova Medical School | 2025/26
Estágio Parcial de Pediatria Regente: Professor Doutor Luis Varandas
CHLO – Hospital São Francisco Xavier
Tutores: Dr.ª Madalena Sales Luís e Dr. Edmundo Santos

Mariana Beatriz Perdigão Salvador | a2020248

Conteúdos

- Caso clínico
- Definição e Fatores de Risco
- Apresentação clínica
- Diagnóstico
- Tratamento
- Prevenção de Recorrência
- Seguimento
- Conclusão do Caso Clínico
- Mensagens-Chave



Revisão teórica – ITU em idade pediátrica

ITU presença de sintomas compatíveis e crescimento significativo de bactéria

ITU febril/alta/Pielonefrite	Infecção com afeção do parénquima renal
ITU afebril/Cistite	Infecção da bexiga/uretra

Microorganismo mais comum: **E. coli**

ITU atípica: Infecção não E. coli, sepsis, massa abdominal ou vesical, diminuição do fluxo urinário, falência renal, ausência de resposta ao tratamento após 48-72h

Bacteriúria assintomática: Nº significativo de bactérias na ausência de clínica

Revisão teórica – ITU em idade pediátrica

Fatores de risco

- Idade – sexo masculino <12 meses e sexo feminino <4 anos
- Sexo feminino
- Fatores genéticos – familiares em primeiro grau com história de ITU ou DRC
- Obstrução urinária – válvula da uretra posterior, obstrução da junção ureteropélvica, etc
- Refluxo vesicoureteral
- Obstipação crónica
- Hipertensão arterial



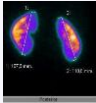
Revisão teórica – ITU em idade pediátrica

Seguimento

Ecografia renal e vesical

Cistografia direta

Cintigrafia renal com DMSA



• Avalia a estrutura e a função do córtex renal - deteta áreas de infeção e cicatrizes renais
• Indicações específicas e reservadas
• Não está recomendado na avaliação de primeiro episódio de ITU

Caso clínico

Sexo feminino, 9 anos; Observada no S.U. a 22/01, acompanhada pela mãe

História da doença atual:
Disúria e polaquúria com dois dias de evolução, com episódio de hematuria macroscópica ligeira. Nega febre e outros sintomas.

Observação:
Apirética com bom estado geral
Palpação abdominal: desconforto à palpação da região supra-púbica; sem massas ou organomegalias;
Genitais externos sem alterações

Antecedentes pessoais: ITU febril aos 7 meses, com necessidade de internamento por intolerância oral (vómitos)

Caso clínico

Sexo feminino, 9 anos; Observada no S.U. a 22/01, acompanhada pela mãe

MCDT's:
Tira teste (jato médio): **nitritos + e esterase leucocitária +**
Enviada amostra de urina para urocultura
Diagnóstico: Cistite
Iniciada terapêutica com **cefuroxima-axetil** 30mg/kg/dia, 12/12h durante 7 dias

Relembrando os Antecedentes Pessoais...
ITU febril aos 7 meses, com necessidade de internamento por intolerância oral (vómitos)

Realizou ecografia renal e vesical 3 meses após o episódio agudo: "Rins de dimensões normais, sem assimetrias. Diferenciação córtico-medular e espessura pararenal normais, sem lesões nodulares focais. Não há ecossia do excelsior bilateralmente, sem uretero-hidronefrose. Ausência de alterações peri-renais. Bexiga em média repleção, sem alterações a referir."

Caso clínico

Sexo feminino, 9 anos; Observada no S.U. a 22/01, acompanhada pela mãe

Urocultura (jato médio): **Citrobacter koseri**
Sensível a amoxicilina e ácido clavulânico, cefotaxima, trimetoprim/sulfametoxazol
Resistente a amoxicilina

ITU atípica com evolução clínica favorável

Indicação para ecografia renal e vesical?

Caso clínico

Sexo feminino, 9 anos; Observada no S.U. a 22/01, acompanhada pela mãe

Urocultura (jato médio): **Citrobacter koseri**
Sensível a amoxicilina e ácido clavulânico, cefotaxima, trimetoprim/sulfametoxazol
Resistente a amoxicilina

ITU atípica com evolução clínica favorável

Indicação para ecografia renal e vesical

Mensagens-chave

- As infeções do trato urinário são **frequentes** em idade pediátrica e a sua apresentação clínica varia significativamente com a idade.
- Nos **recém-nascidos e lactentes**, a ITU pode manifestar-se com quadros **inespecíficos ou graves**, exigindo um **elevado índice de suspeição**.
- Para o diagnóstico é fundamental a **colheita asséptica de urina por técnica correta** e a realização de uma **urocultura**.
- A **terapêutica precoce previne lesão renal**.
- A **escolha da antibiótoterapia** deve ser individualizada, tendo em **conta a idade, a gravidade e o contexto local de resistências**.
- Ecografia renal** é o seguimento a realizar em todas as crianças com < 2 anos com um primeiro episódio de ITU.

Bibliografia

- Diagnóstico e Tratamento da Infecção do Trato Urinário em Idade Pediátrica (Norma nº 008/2012). DGS
- Manual de Diagnóstico e Terapêutica em Pediatria (Libro Verde Hospital Infantil La Paz)
- Nelson, & Kliegman, R. M. (2016). Textbook of pediatrics. Elsevier Saunders
- Oliveira, G., & Saraiva, J. (2007). Lúgides de Pediatria. Coimbra University Press
- Urinary tract infections in neonates/in children/in infants and children older than one month. Uptodate. www.uptodate.com

Obrigada pela atenção!

2.5 Slides “Dor pélvica aguda: um caso de torção do quisto do paraovário”

Dor Pélvica Aguda

Um caso de torção de quisto do paraovário



01 Massas anexiais

02 Dor pélvica aguda

03 Torção anexial

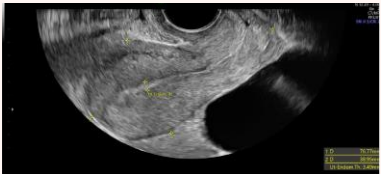
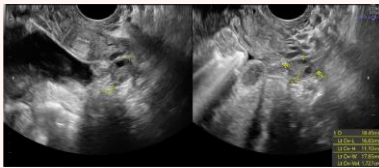
04 Quisto do paraovário

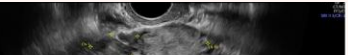
Mestrado Integrado em Medicina | 2025-2026
Estágio Parcelar de Ginecologia e Obstetria
Maternidade Dr. Alfredo da Costa
Regente: Professora Doutora Teresinha Simões

Afonso Simões | 2020382
Joana de Pinho Oliveira | 2020416
Mariana Beatriz Perdigão Salvador | 2020248
Miguel José Rodrigues Santiago | 2020204

Relatório Final de Estágio Profissionalizante
Mestrado Integrado em Medicina | Nova Medical School

MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES	MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
CASO CLÍNICO ♀, 21 anos Índice Obstétrico: 1001 (PTE 2024) Antecedentes pessoais: 0 Antecedentes cirúrgicos: 0 Alergias: ibuprofeno Contraceção: Hormonal (Evra) <i>→ Avaliada em consulta de Ginecologia após identificação de "quisto anexial direito" em ecografia no período pós-parto</i>					10/12/2024 05/08/2024 19/12/2024 27/10/2025				
EcovT: "Quisto volumoso regular e puro que ocupa todo o FS Posterior com 80x51 mm" Ca-T25: 10,5 U/mL					EcovT MAC: "FSP ocupado por formação unilocular quística de conteúdo anecogênico, deformável à pressão e doloroso ao toque da sonda. Quisto do "paraovário"?" 03/08/2025				
EcovT: "Formação unilocular simples retrocervical de conteúdo anecogênico, 49x33,77mm"					RM pélvica: "Formação quística supra-púbica de contorno regular sem evidência de septações nem vegetações internas com 68x69x80mm"				
Consulta de ginecologia: Refere que algumas recorrentes. Exame objetivo sem alterações. Proposta para cirurgia: "quistectomia do OD por laparoscopia"									

MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES	MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
03/08/2025 EcoTV "FSP ocupado por formação unilocular quística de conteúdo anecógeno, deformável à pressão e doloroso ao toque da sonda. Quisto do paraoário?" 					03/08/2025 EcoTV "FSP ocupado por formação unilocular quística de conteúdo anecógeno, deformável à pressão e doloroso ao toque da sonda. Quisto do paraoário?" 				

MASSAS ANEXIAIS	DOR PELVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES	MASSAS ANEXIAIS	DOR PELVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
03/08/2025 EcoTV "FSP ocupado por formação unilocular quística de conteúdo anecógnico, deformável à pressão e doloroso ao toque da sonda. Quisto do paraovário?" 					03/08/2025 EcoTV "FSP ocupado por formação unilocular quística de conteúdo anecógnico, deformável à pressão e doloroso ao toque da sonda. Quisto do paraovário?" 				

MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TÓRACO ANEXIAL	QUESTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES	MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TÓRACO ANEXIAL	QUESTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
EctoTV: "Quisto volumoso regular e puro que ocupa todo o FS Posterior com 80x31 mm" Ca-125: 10,5 U/mL			EctoTV MAC: "FSP ocupado por formação unilocular quística de conteúdo anecogênico, deformável à pressão e doloroso ao toque da sonda. Quisto do paraovário?"		MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TÓRACO ANEXIAL	QUESTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
10/12/2024			03/08/2025						
05/08/2024			27/10/2025						
EctoTV: "Formação unilocular simples retrocavital de conteúdo anecogênico, 49x43x77mm"		RM pélvica: "Formação quística supra-pública de contorno regular sem evidência de septações nem vegetações internas com 68x69x80mm"	Consulta de ginecologia: Refere queixas algóicas recorrentes. Exame objetivo sem alterações. Proposta para cirurgia: quistectomia do OD por laparoscopia		Incluem lesões do ovário, trompa de Falópio e tecidos circundantes Ocorrem em até 20% das mulheres ao longo da vida A maioria é benigna, especialmente em mulheres pré-menopáusicas				
					Ecografia transvaginal = 1ª linha → Sensibilidade >90% para caracterização de massas anexiais				
					β-hCG obrigatório para excluir gravidez ectópica				

MASSAS ANEXIAIS	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES	MASSAS ANEXIAIS	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
MASSAS ANEXIAIS Ecografia transvaginal = 1ª linha CrITÉRIOS ecográficos sugestivos de benignidade: • Quisto unilocular • Paredes finas e lisas • Conteúdo anecogênico (sem ecos internos) • Ausência de componentes sólidos, septações ou fluxo no Doppler Achados sugestivos de malignidade: • Tamanho >10 cm • Componentes sólidos ou papilares • Irregularidade das paredes • Ascite • Fluxo elevado no Doppler 				MASSAS ANEXIAIS Ecografia transvaginal = 1ª linha CrITÉRIOS ecográficos sugestivos de benignidade: • Quisto unilocular • Paredes finas e lisas • Conteúdo anecogênico (sem ecos internos) • Ausência de componentes sólidos, septações ou fluxo no Doppler Achados sugestivos de malignidade: • Tamanho >10 cm • Componentes sólidos ou papilares • Irregularidade das paredes • Ascite • Fluxo elevado no Doppler Sistemas de classificação: • IOTA Simple Rules • O-RADS Permitem estratificar o risco de malignância com base nas características ecográficas da lesão			

MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES	MASSAS ANEXIAIS	DOR PÉLVICA AGUDA	TORÇÃO ANEXIAL	QUISTO DO PARAOVÁRIO	CONCLUSÕES
MASSAS ANEXIAIS CA-125: - Elevado em ~80% dos cânceros do ovário - Limitações em pré-menopáusicas: baixa especificidade - Elevado também em: endometriose, DIP, miomas, gravidez, menstruação No caso clínico: CA-125 10,5 U/mL → baixo risco de malignidade. Abordagem Cirurgia indicada se: - Sintomáticas - Crescimento progressivo - Suspeita de malignidade - Complicações (torção, ruptura) Prioridade em mulheres jovens: preservação da fertilidade					CASO CLÍNICO 27/02/2026 - Dor pélvica com irradiação lombar, sem cefaleia a analgesia ("costume ter estas dores, mas não tão fortes", sic) - EE colo sem alterações, sangue na vagina (DUM 22.02) - EO dor à mobilização do útero - Plano: analgesia 13/01/2026 - Dor pélvica com irradiação lombar em agravamento, com alívio quando urina - EE sem alterações - Análises sem alterações - Plano: analgesia 02/03/2026 - Dor pélvica intensa em agravamento - EE sem alterações - EO dor intensa à mobilização do FSP - EcoTV: "quistos do paraovário?" - Plano: assina consentimento informado para laparoscopia diagnóstica + quistectomia				
ABORDAGEM NO SU					DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS Causas Ginecológicas: - Torção do ovário - Complicações de quisto - DIP - Endometriose - Dismenorrea grave Causas Obstétricas: - Gravidez ectópica - Aborto - Trabalho de parto - Descolamento de placenta Causas Gastrointestinais: - Apendicite - Gastroenterite - Diverticulite - Oclusão intestinal - Volvo/isquemia - DII Causas Urológicas: - ITU - Pielonefrite - Cálculo - Litíase Outras: - Trombose da veia ovárica - Dor ovulatória - Hematoma do ligamento redondo - Hérnia				
ABORDAGEM NO SU Excluir emergências - Condições ameaçadoras de vida ou com consequências irreversíveis - Identificação e atuação rápida					TORÇÃO ANEXIAL Rotação parcial ou completa do ovário e/ou trompa de Falópio sobre os seus ligamentos de suporte Obstrução do fluxo vascular Emergência ginecológica - 2,7% das cx ginecológicas de emergência +++ Idade Reprodutiva (média 29-33 anos) + Freqüente à direita por maior comprimento do ligamento próprio do ovário e ausência do sigmoido Torção de quisto do paraovário				
TORÇÃO ANEXIAL					TORÇÃO ANEXIAL Fatores de risco: - Massa anexial (85% dos casos) - Tamanho >5 cm - Gravidez - SOPQ - Indução da ovulação - História prévia de torção Clinica: - Dor pélvica aguda unilateral - Náuseas e vômitos - Massa anexial ao EO - Febre baixa ocasional - necrose Hemograma e j-hCG (excluir gravidez ectópica) Eco TV e eco abdominal				
TORÇÃO ANEXIAL Achados ecográficos: - Ovário aumentado >5 cm - Edema estromal - Folículos periféricos (string of pearls) - Whirlpool sign					TORÇÃO ANEXIAL Diagnóstico definitivo é CIRÚRGICO				
Fluxo Doppler normal não exclui torção									

MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

QUISTO DO PARAOVÁRIO

Laparoscopia diagnóstica + Quistectomia



002/0143

MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

QUISTO DO PARAOVÁRIO

- Lesões quísticas benignas (mesosalpinge, entre o ovário e a trompa de Falópio)
- Uniloculares, de parede fina e conteúdo seroso - Frequentemente assintomáticos e diagnosticados de forma incidental (5-20% das massas anexiais)

Complicação

Quistos de maior dimensão podem levar à torção do mesmo ou da trompa adjacente – Dor pélvica aguda com avaliação urgente

MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

QUISTO DO PARAOVÁRIO

Distorção quisto



004/0028

MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

QUISTO DO PARAOVÁRIO

Abertura do quisto + Aspiração do conteúdo citrino intraquístico



011/0014

MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

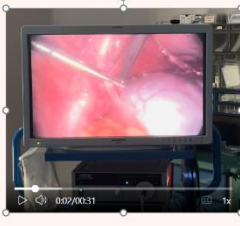
TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

QUISTO DO PARAOVÁRIO

Remoção da cápsula do quisto



007/0021

MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

QUISTO DO PARAOVÁRIO



MASSAS ANEXIAIS

DOR PÉLVICA AGUDA

TORÇÃO ANEXIAL

QUISTO DO PARAOVÁRIO

CONCLUSÕES

Conclusões

- A **dor pélvica aguda** é um motivo frequente de recurso ao serviço de urgência e apresenta um diagnóstico diferencial amplo (ginecológico, urinário e gastrointestinal).
- Uma **avaliação clínica cuidadosa**, associada a **exames complementares adequados**, nomeadamente a **ecografia pélvica**, é essencial para orientar o diagnóstico.
- Apesar de menos frequente, a **torção de quistos paraováricos** deve ser considerada no diagnóstico diferencial da dor pélvica aguda em mulheres em idade reprodutiva
- O **diagnóstico precoce** é fundamental para prevenir complicações e preservar as estruturas anexiais
- A **laparoscopia diagnóstica e terapêutica** desempenha um papel importante no diagnóstico definitivo e no tratamento destas situações.
- No caso apresentado, a realização de **quistectomia laparoscópica** permitiu resolver a torção do quisto paraovárico direito com **boa evolução clínica pós-operatória**.

BIBLIOGRAFIA:

- American College of Osteopathic Family Physicians. (2011). The differential diagnosis of acute pelvic pain in various stages of the life cycle of women and adolescents: Gynecological challenges for the family physician in an outpatient setting. *Osteopathic Family Physician*, 3(3), May-June.
- Brook CR, Dadour JR, Robbins JB, Wasnik AP, et al. *ACR Appropriateness Criteria® Acute Pelvic Pain in the Reproductive Age Group: 2023 Update*. J Am Coll Radiol. 2024 Jun;21(6):53-520. doi:10.1016/j.jacr.2024.02.014.
- Frasca DJ, Jarro CE, Perdue J. Evaluation of Acute Pelvic Pain in Women. *Am Fam Physician*. 2023;108(2):175-180.
- Dick EA, Blanco A, De La Hoz Polo M, Basilio R, et al. *ESR Essentials: Gynaecological Causes of Acute Pelvic Pain in Women: A Primer for Emergent Evaluation – Practice Recommendations by the European Society of Emergency Radiology*. Eur Radiol. 2025 Nov;35(11):6682-6695. doi:10.1007/s00330-025-1639-8.
- Laufer, M.R., 2025. Ovarian and fallopian tube torsion. UpToDate.
- Hochberg, L & Hoffman, M.S., 2025. Adnexal mass: Differential diagnosis. UpToDate.
- May T. Approach to the patient with an adnexal mass. In: Post TW, ed. UpToDate. Waltham (MA): UpToDate; 2025
- Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. *Obstetrics & Gynecology* 128(5):e210-e226. November 2016. | DOI:10.1097/AOG.0000000000000768

2.6 Slides “Caso clínico: Perturbação depressiva com ideação suicida”

NOVA MEDICAL SCHOOL UNIDADE LOCAL DE SAÚDE ALMADA - BEXAL

ESTÁGIO PARCELAR DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

CASO CLÍNICO – SEMINÁRIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA | 6º ANO
USF Cova da Piedade
Regente: Professor Doutor Daniel Pinto
Tutor: Dr. Fausto Honoré Silva
Mariana Beatriz Perdigão Salvador | a2020248 | Nova Medical School 2025/2026

Porquê este caso?

COMPLEXIDADE BIOPSSICOSSOCIAL

77 anos | Ilétrica | Classe Social Baixa (Graffar V)

Multimorbilidade e polimedicação

Sintomas depressivos com ideação suicida

Hierarquização de problemas em MGF

Identificação e contexto familiar

IDENTIFICAÇÃO

J.S., 77 anos, sexo feminino, caucasiana

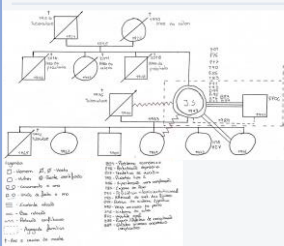
- Ilétrica — trabalho agrícola desde os 7 anos, posteriormente como doméstica;
- Reformada há 5 anos;
- Reside em Almada (apt. social) desde os 14 anos;
- Vive com companheiro (relação de 42 anos);
- Graffar 22 — Classe V (baixa);
- Totalmente independente (Barthel 100);

FAMÍLIA

- Família nuclear idosa — Duval VII
- APGAR familiar: 6 (moderada disfunção)
- Viuva do 1.º casamento (violência doméstica)
- 6 Filhos — 5 vivos; 3 residem em França
- Atritos pontuais com as filhas que residem em Almada
- 15 netos em França — contacto escasso
- Antecedentes familiares: Neoplasia do cólon (mãe), Neoplasia da próstata (irmão), Neoplasia do útero (irmã)

Identificação e contexto familiar

J.S., 77 anos, sexo feminino, caucasiana



FAMÍLIA

- Família nuclear idosa — Duval VII
- APGAR familiar: 6 (moderada disfunção)
- Viuva do 1.º casamento (violência doméstica)
- 6 Filhos — 5 vivos; 3 residem em França
- Atritos pontuais com as filhas que residem em Almada
- 15 netos em França — contacto escasso
- Antecedentes familiares: Neoplasia do cólon (mãe), Neoplasia da próstata (irmão), Neoplasia do útero (irmã)

Antecedentes pessoais

MÉDICOS

- 2007 — Neoplasia colo uterino
- 2007 — Obesidade
- 2007 — Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2)
- 2008 — Hepatite viral C
- 2008 — Trombocitopenia e leucopenia no contexto de hepatite (2008)
- 2009 — Hipertensão arterial (HTA)
- 2009 — Dislipidemia
- 2014 — Tentativa de suicídio
- 2016 — Insuficiência venosa crónica

CIRÚRGICOS

- 1979 — Laqueação tubária
- 2008 — Histerectomia + Anexectomia bilateral
- 2009 — Colectomia
- 2010 e 2012 — Correção de Retocolo e recidiva
- 2012 — Hernioplastia inguinal
- 2013 — Facemulftização de Cataratas

HÁBITOS E MEDICAÇÃO

- Não fumadora; Alcool — abstinente desde os 40 anos (abuso de álcool prévio)
- Caminhadas de 60 minutos por dia
- Medicação Habitual:
 - Setralina 50 mg tid
 - Empaglifosina 5 mg + Metformina 1000 mg tid
 - Metformina 1000 mg tid
 - Lisinopril 20 mg + Hidroclorotiazida 12,5 mg tid
 - Atorvastatina 10 mg tid
 - Complexo Hidróxido Férrico-polimaltose 35,7 mg tid
 - Pentaxifilina 400 mg tid
 - Lorazepam 1 mg em S2S
 - Loperamida 2 mg em S2S

Subjetivo

Consulta de vigilância de DM2; traz resultado de colonoscopia pedida em consulta anterior

Conflito com a filha — sintomas depressivos e ideação suicida

"Já coloquei a perna fora da janela só não avancei porque tenho um homem em casa que estamos juntos há mais de 40 anos e precisa de mim"

Diarreia crónica (em melhoria)

Prurido vulvar

Ideias: conflito familiar é causa do humor - Preocupações: impacto da sua morte no companheiro - Expectativas: melhorar humor e sono

Subjetivo

Consulta de vigilância de DM2; traz resultado de colonoscopia pedida em consulta anterior

Conflito com a filha — sintomas depressivos e ideação suicida

- Há cerca de 1 mês a filha sangrou-se com ela após uma discussão → quadro de tristeza persistente, cansaço marcado, insónia inicial e intermédia, perda de apetite e angústia.
- Refere: "Já coloquei a perna fora da janela, só não avancei porque tenho um homem em casa que estamos juntos há mais de 40 anos e precisa de mim" sic.

Afirma que agora não deseja fazê-lo, mas que por vezes surgem pensamentos passageiros. Nega plano estruturado.

Ideias: conflito familiar é causa do humor - Preocupações: impacto da sua morte no companheiro - Expectativas: melhorar humor e sono

Subjetivo

Consulta de vigilância de DM2; traz resultado de colonoscopia pedida em consulta anterior

Conflito com a filha — sintomas depressivos e ideação suicida

"Já coloquei a perna fora da janela só não avancei porque tenho um homem em casa que estamos juntos há mais de 40 anos e precisa de mim"

Diarreia crónica (em melhoria)

- Nas últimas consultas: ate 7-8 dejeções/dia; fezes aquosas após ingestão de fruta/vegetais crus
- Atualmente: dejeções aquosas ocasionais (1-2x por semana)

Prurido vulvar

- Sem outros sintomas genito-urinários; agrava com papel higiénico perfumado

Mantém adesão à medicação; Refere perda ponderal de 3kg nos últimos meses

Ideias: conflito familiar é causa do humor - Preocupações: impacto da sua morte no companheiro - Expectativas: melhorar humor e sono

Relatório Final de Estágio Profissionalizante
Mestrado Integrado em Medicina | Nova Medical School

Objetivo

PA

101/61 mmHg

FC

67 bpm

Peso

66 kg

IMC

29,7 kg/m²

HbA1c

7,0%

RCV

22% (↑↑)

EXAME FÍSICO

ACP sem alterações
Bordo hepático 3cm abaixo da grelha, consistência firme
MI sem alterações ou edema
Pulsos palpáveis e simétricos

ANÁLISES

Hb: 13,5 g/dL - Plaquetas 158x10⁹/L (↓) - Leucócitos 9,3x10⁹/L (↓) - GGT 111 U/L (↑) - LDL 37,2 mg/dL - Ferritina 14,7 ng/mL (↓) - Ferro sérico 40 µg/dL (↓) - Amilase 154 U/L (↑) - Lipase 105 U/L (↑)

COLONOSCOPIA

Macroscopicamente sem alterações
Exame macroscópico e histológico de fragmento de mucosa: "Aspectos morfológicos de colite eosinofílica. Não se observam neutrófilos ou granulomas. Negativo para displasia. É de excluir causa medicamentosa ou infecciosa."

ESCALAS

GD5-15: 10 pontos — depressão moderada a grave
MMSE: 29/30 — sem défice cognitivo (correção analfabetismo)
SCORE-2-Diabetes: 22% — risco muito elevado

Avaliação — Lista de problemas

PROBLEMAS ATIVOS

P77 — Ideação suicida

P76 — Perturbação depressiva

D99 — Doença do sistema digestivo

T90 — DM não insulino-dependente

T91 — Deficiência vitamínica/nutricional

X16 — Sina/sintoma da vulva

K86 — Hipertensão sem complicações

T83 — Excesso de peso

K95 — Veias Varicosas da Perna

Z01 — Problema económico

PASSIVOS

D72 — Hepatite viral

B83 — Púrpura/Defeitos de coagulação

B84 — Glóbulos brancos anormais inexplicados

ANTECEDENTES PESSOAIS

X75 — Neoplasia maligna do colo uterino

P15 — Abuso de álcool

D89 — Hérnia inguinal

F92 — Catarata

Plano Terapêutico

CURTO PRAZO

- ↑ Sertralina 100 mg + Mirtazapina 15 mg noite
- Plano de segurança (SN324, SU Pin); envolver acompanhante como suporte
- Referenciação Psicológica CSP
- Referenciar para Gastroenterologia (colite eosinofílica)
- Exame parasitológico fezes + coprocultura
- Suspender pentaxilina (sem sintomas e possíveis efeitos adversos GI)
- Ecografia abdominal (alterações GGT, esplenomegalia, antecedentes pessoais)
- Higiene vulvar com água, trocar papel higiénico e reavaliar prurido

MÉDIO PRAZO

- Reavaliar dentro de 1 mês — ajuste à mudança de medicação
- HbA1c adequada (7%) — manter terapêutica e reavaliar em 6 meses;
- HbA1c, função renal, microalbuminúria, hemograma, perfil lipídico + estudo do ferro, amilase e lipase.
- Monitorização da PA em ambulatório e ponderar ajustamento de ICA/medida na próxima consulta.
- Garantir ingestão proteica adequada após perda ponderal recente

LONGO PRAZO

- Rastreamento retinopatia + nefropatia diabética anual
- Vacinação: antigripal + COVID-19 sazonal, vacinação antipneumocócica
- Recomendar vacinação contra herpes zoster e VSR
- Ponderar envolvimento de assistente social (Graffar V, vulnerabilidade)
- Acompanhamento contínuo em psicologia — tratamento e prevenção de recidiva depressiva

Reflexão final

A perturbação depressiva com Ideação suicida teve ~~dose~~ **prioritização** ~~mesmo~~ **numa consulta agendada para vigilância de diabetes.**

O contexto de um doente não é ~~apenas~~ **o** ~~biográfico~~ **mas** ~~com~~ **o** ~~dado clínico~~ **que** ~~determina~~ **a** ~~plan~~ **o** ~~terapia~~ **terapêutica**

Em MGF, a agenda ~~do~~ **do** ~~doente~~ **do** ~~do~~ **co** ~~incidência~~ **m** ~~o~~ ~~motivo de consulta~~ **é** ~~emerge~~ **com escuta ativa.**

3. Casuística

3.1 Medicina Interna

3.1.1 Doentes observados em internamento

Sexo	Idade (anos)	Diagnósticos principais	Outros diagnósticos
M	76	Infeção periprotésica da anca Pneumonia adquirida na comunidade	Hipertensão arterial (HTA), Síndrome da apneia obstrutiva do sono (SAOS), Insuficiência respiratória global
H	96	Pneumonia adquirida na comunidade Insuficiência cardíaca descompensada	Cardiopatía isquémica, HTA, Dislipidemia, Adenocarcinoma da próstata
M	75	Acalásia (Internamento para miotomia endoscópica peroral com apoio da medicina)	-----
H	95	Hérnia diafragmática com volvo gástrico	Fibrilhação auricular, Epilepsia vascular, Doença intersticial pulmonar
H	81	Infeção do trato urinário e Hipocaliémia	Estenose da uretra
H	56	Carcinoma hepatocelular (internamento para quimioembolização)	Acidente vascular cerebral (AVC) por embolia séptica de endocardite infecciosa de válvula protésica
H	78	Isquémia mesentérica	HTA, Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2), Doença arterial periférica (DAP)
M	55	Infeção da prótese mamária	Hipotiroidismo, mastectomia total após neoplasia da mama com reconstrução mamária
H	19	Doença de Crohn, abscesso perianal e fístula perianal transfinctérica	-----
H	84	Colangite aguda por litíase da via biliar em contexto de Síndrome de Lemmel	HTA, hipotiroidismo
M	76	Anemia pós-operatória (artroplastia total da anca à esquerda)	Prótese total da anca (PTA) à direita, dislipidemia, osteoporose, HTA
M	85	Anemia crónica agudizada no contexto de hemorragia digestiva por úlcera duodenal Forrest IIc	Neoplasia da bexiga com invasão do colon e reto
H	67	Trombose venosa da veia porta e veia mesentérica superior	Obesidade, dislipidemia
M	82	Artrite séptica do ombro direito, infeção do trato urinário	HTA, DM2, dislipidemia, síndrome depressivo, síndrome demencial, PTA direita e esquerda
M	95	Anemia crónica agudizada no contexto de hemorragia digestiva	HTA, síndrome demencial, dislipidemia
H	53	Pneumonia necrotizante	Síndrome de Kartagener com situs inversus total
H	81	Lesões pulmonares por esclarecer	Insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida

Mariana Beatriz Perdigão Salvador

26

3.1.2 Doentes observados no serviço de urgência

Sexo	Idade (anos)	Motivo de ida ao serviço de urgência
M	52	Lombalgia
H	89	Tosse e hemoptises
H	81	Crise convulsiva tónico-clónica e episódio de vômito
H	52	Dor abdominal e diarreia
M	22	Dor, prurido e exsudado purulento na cicatriz umbilical (antecedentes de doença de crohn)
M	52	Dor no hipocôndrio direito com irradiação ao dorso
H	79	Disúria e febre
M	51	Dor localizada na região trocantérica direita
M	44	Edema e parestesias da face
M	40	Tonturas, náuseas e vômitos
H	38	Febre e odinofagia
H	80	Toracalgia
H	66	Retenção urinária
F	25	Dor abdominal pós colecistectomia
M	70	Dor abdominal no hipocôndrio direito
M	75	Toracalgia e tosse produtiva
F	89	Cefaleia, toracalgia e náuseas
F	70	Lombalgia
M	74	Piúria, disúria e febre
M	35	Vertigens após mergulho em profundidade
H	82	Angor abdominal
M	35	Aftas de repetição
H	53	Febre e tosse produtiva que não cede a antibioterapia
H	23	Hiperemia desconforto ocular
H	49	Episódio de sudorese, palpitações, e sensação eminente de lipotímia

3.2 Cirurgia Geral

3.2.1 Procedimentos observados em contexto eletivo

Sexo	Idade (anos)	Suspeita ou Diagnóstico(s)	Procedimento
F	59	Adenocarcinoma do reto baixo	Ressecção abdominoperineal por via laparoscópica (VL)
F	74	Bócio multinodular	Tireoidectomia total
F	38	Bócio multinodular predominantemente no lobo direito	Lobectomia direita e istectomia da tiróide
F	80	Adenocarcinoma do cólon sigmoide	Sigmoidectomia por via aberta (VA)
M	87	Hérnia inguinal bilateral	Hernioplastia bilateral por via anterior
M	46	Hérnia umbilical	Hernioplastia umbilical VA
F	79	Adenocarcinoma do reto baixo	Ressecção anterior do reto com colostomia terminal VA
M	53	Litíase biliar sintomática	Colecistectomia VL
M	82	Adenocarcinoma do cólon ascendente	Hemicolectomia direita VL
M	79	Recidiva de adenocarcinoma do reto médio	Ressecção anterior do reto com colostomia terminal VA
M	53	Ileostomia de proteção em ansa	Restabelecimento do trânsito intestinal VA
M	70	Adenocarcinoma do reto médio	Ressecção anterior do reto com anastomose primária VA

3.2.2 Procedimentos de pequena cirurgia

Sexo	Idade (anos)	Procedimento	Observação (O) / Participação (P)
F	51	Excisão da unha do hálux do pé direito por onicocriptose recorrente	P
M	27	Excisão de granuloma de corpo estranho e corpo estranho (chumbo) da perna	O
M	56	Excisão de quisto sebáceo do couro cabeludo	O
F	55	Excisão de três quistos sebáceos do couro cabeludo e um no braço	P
F	45	Excisão de lipoma do antebraço direito e coxa direita	P
F	70	Excisão de quisto sebáceo cervical anterior e cervical posterior	P
F	76	Excisão de carúncula da face interna da coxa	P
M	73	Excisão de quisto sebáceo do dorso	P
F	43	Excisão de quisto sebáceo cervical posterior	P
F	76	Excisão de quisto sebáceo recidivante do dorso	O
F	22	Excisão de quisto sebáceo do dorso	O

3.2.3 Doentes observados em consulta externa

Sexo	Idade (anos)	Motivo de consulta
F	86	Onicocriptose recorrente
M	42	Colelitíase
M	29	Fissura anal
M	64	Avaliação de colonoscopia após apendigite
M	60	Pé diabético
F	68	Avaliação pós-operatória de hernioplastia
F	61	Avaliação de endoscopia digestiva alta
F	59	Obesidade e colelitíase – proposta para bypass gástrico e colectistectomia
F	62	Avaliação pós-operatória de sigmoidectomia por perfuração de divertículo
F	35	Obesidade – proposta para bypass gástrico
F	49	Avaliação pós-operatória de hemorroidectomia
M	52	Avaliação pós-operatória de epiploplastia por perfuração de úlcera duodenal
F	76	Avaliação pós-operatória de fundoplicatura de Nissen
F	89	Avaliação pós-operatória de ressecção anterior do reto com colostomia terminal
M	75	Colelitíase
F	65	Avaliação pós-operatória de fundoplicatura de Nissen
M	70	Avaliação pós-operatória de gastrectomia subtotal
M	63	Colelitíase
F	91	Seguimento de gastrectomia subtotal por adenocarcinoma gástrico
F	53	Avaliação pós-operatória de colectomia esquerda
M	73	Hérnia inguinal
M	43	Adenocarcinoma do reto
F	49	Quisto sebáceo cervical posterior
M	32	Lipoma do dorso e antebraço esquerdo
M	70	Avaliação pós-operatória de gastroscopia e hemóstase de lesão ulcerada
F	39	Avaliação pós-operatória de colectomia direita
M	49	Obesidade e hérnia umbilical volumosa – proposto para bypass gástrico
F	40	Avaliação pós-operatória de excisão de pólipos do canal anal
M	38	Avaliação pós-operatória de hemorroidectomia
M	75	Avaliação pós-operatória de ressecção íleo-cecal
F	74	Avaliação pós-operatória de hemorroidectomia
M	76	Avaliação pós-operatória de sigmoidectomia
M	48	Avaliação pós-operatória de fundoplicatura de Nissen e colecistectomia
F	51	Avaliação pós-operatória de sleeve gástrico
M	66	Hérnia crural esquerda e umbilical
F	56	Obesidade – proposta para bypass gástrico
F	44	Avaliação pós-operatória de sleeve gástrico
F	64	Pólipo vesicular
M	63	Avaliação de TC de estadiamento – adenocarcinoma do cólon sigmoide

3.2.4 Doentes observados em contexto de urgência

Sexo	Idade (anos)	Suspeita ou Diagnóstico(s)	Procedimento
M	61	Adenocarcinoma do reto alto em oclusão	Ressecção anterior do reto com colostomia terminal por via aberta (VA)
M	57	Colecistite aguda	Colecistectomia por via laparoscópica (VL)
F	48	Apendicite aguda	Apendicectomia VL
F	39	Apendicite aguda / invaginação do cólon	Hemicolectomia direita VL
F	20	Apendicite aguda	Apendicectomia VL
M	86	Suboclusão intestinal / carcinomatose peritoneal	-----
F	63	Diverticulite aguda	-----
M	73	Pé de Charcot	Desbridamento de úlcera
F	75	Neurofibromatose / GIST	-----
M	56	Abcesso hepático	-----
M	39	Lesão peniana e adenopatias inguinais bilaterais	-----
M	61	Hérnia inguinal direita encarcerada	-----
M	71	Deiscência da anastomose colorretal	Drenagem da coleção e colocação de dreno intra-abdominal

3.3 Pediatria

3.3.1 Doentes observados em contexto de urgência

Sexo	Idade (anos)	Motivo de ida ao SU	Hipótese diagnóstica
M	2	Febre com 6 dias de evolução	Otite média aguda à direita
F	12	Dor abdominal persistente	Adenite mesentérica
M	7	Queda da própria altura com traumatismo da região occipital	Laceração da região occipital
F	9	Dor abdominal periumbilical com irradiação à FID com 1 dia de evolução	Apendicite aguda
M	2	Queda da própria altura com traumatismo da face	Laceração supraciliar esquerda
F	10	Lombalgia mecânica com 7 dias de evolução	Contratura muscular
F	14	Prurido genital e disúria com 15 dias de evolução	Candidíase genital
F	4M	Sensação materna de esforço respiratório com 2 dias de evolução	Bronquiolite aguda
M	14	Queda da própria altura com edema e dor da mão esquerda	Traumatismo da mão esquerda
F	9	Disúria e polaquiúria com 3 dias de evolução	Infeção do Trato Urinário
F	2	Otalgia e febre com 2 dias de evolução	Otite Média Aguda
F	10M	Tosse produtiva e rinorreia com 2 dias de evolução	Nasofaringite aguda
F	2	Febre, otalgia e exantema petequial	Otite Média Aguda
F	22M	Febre com 2 dias de evolução	Otite Média Aguda
M	14	Cefaleia e alterações visuais no dia anterior	Enxaqueca com aura
F	1	Tosse e rinorreia com 2 dias de evolução	Nasofaringite aguda
F	14	Diarreia, náuseas e dor abdominal com 1 dia de evolução	Gastroenterite aguda
M	9M	Tosse produtiva, febre e noção materna de dificuldade respiratória com 2 dias de evolução	Bronquiolite aguda
M	10	Cervicalgia com 1 dia de evolução	Contratura muscular
M	1	Vómitos, diarreia e febre com 2 dias de evolução	Gastroenterite aguda

3.3.2 Doentes observados em consulta externa

Sexo	Idade	Tipologia de Consulta	Motivo de consulta/Diagnóstico principal
F	6	Endocrinologia	Telarca precoce
M	13	Endocrinologia	Baixa estatura
F	4	Endocrinologia	Síndrome de Turner
F	9	Endocrinologia	Puberdade precoce central
F	16	Endocrinologia	Amenorreia funcional
F	7	Endocrinologia	Puberdade precoce central
M	9	Imunoalergologia	Asma brônquica e Rinite alérgica
M	14	Imunoalergologia	Alergia alimentar à noz
M	12	Imunoalergologia	Asma brônquica, Rinite alérgica, Xerose cutânea
F	12	Imunoalergologia	Rinite alérgica, Dermatite atópica
M	8	Imunoalergologia	Asma brônquica e Rinite alérgica
F	1	Imunoalergologia	Dermatite atópica
M	17	Imunoalergologia	Asma brônquica e Rinite alérgica
M	14	Risco CV e HTA	Dislipidemia (LDL e Colesterol Total)
M	13	Risco CV e HTA	Síndrome Metabólico
M	14	Risco CV e HTA	Obesidade e HTA
M	9	Desenvolvimento	Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA) , Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
M	11	Desenvolvimento	Perturbação do Espetro do Autismo (PEA), Perturbação da Linguagem, Perturbação do Desenvolvimento Intelectual
F	14	Desenvolvimento	PHDA
M	16	Desenvolvimento	PHDA
M	12	Desenvolvimento	PHDA, PEA

3.3.3 Recém-nascidos observados no berçário

Sexo	Idade Gestacional (semanas+dias)	Parto	Exame objetivo
M	39+1	Distócico(ventosas)	Sem alterações
M	35+2	Cesariana	Sem alterações
F	39+2	Cesariana	Sem alterações
F	41+0	Cesariana por estado fetal não tranquilizador	Mancha mongólica na região lombosagrada e hemangioma plano no dorso
M	37+4	Eutócico	Reflexo de Moro assimétrico
F	38+5	Cesariana por estado fetal não tranquilizador	Mancha mongólica na região lombosagrada e fissura anal às 6h
F	37+5	Eutócico	Sem alterações
M	39+3	Distócico (ventosas)	Sem alterações

3.4 Ginecologia e Obstetrícia

3.4.1 Doentes observados no internamento de ginecologia

Idade	Motivo de Internamento
42	Anemia em contexto de HUA por leiomiomatose
50	Pós-operatório de TLH e anexectomia bilateral profilática por Síndrome de Lynch
51	Pós-operatório de TLH e salpingectomia bilateral por leiomiomatose
49	Pós-operatório de HTA

3.4.2 Doentes observados em consulta externa de ginecologia

Idade	Motivo de Consulta
41	Metrorragias e irregularidades menstruais
43	Pós-operatório de miomectomia
31	Pesquisa de ácidos nucleicos dos genótipos de alto risco do HPV positivo (HPV 16)
27	Massa anexial direita (suspeita de teratoma)
45	Menorragias em contexto de leiomiomatose

3.4.3 Procedimentos observados no bloco operatório de ginecologia

Idade	Suspeita ou Diagnóstico(s)	Procedimento
50	Leiomiomatose Uterina	HTA + Salpingectomia bilateral
49	Adeniose Uterina	HTA + Salpingectomia direita e Anexotomia esquerda
42	Mioma uterino FIGO 1	Miomectomia por ressectoscopia
73	Formação quística ovárica esquerda	Anexectomia esquerda por laparotomia

3.4.4 Doentes observadas em consulta externa de obstetrícia

Tipo de Consulta	Idade Materna	IG	Motivo de Consulta/Diagnósticos Principais
Consulta de referência	32	38s+6d	Final da gestação
Consulta de referência	25	36s+1d	Final da gestação
Consulta de referência	32	36s+3d	Final da gestação
Consulta de referência	29	38s+1d	Final da gestação
Consulta de referência	27	39s+5d	Final da gestação
Consulta de referência	33	40s+1d	Final da gestação (Nota: oligoâmnios na ecografia e feto <P2 → enviada para SU)
Consulta de referência	29	39s+5d	Final da gestação
Consulta de gravidez de alto risco	43	26s+0d	Gravidez de risco por idade materna avançada
Gravidez Gemelar	29	29s+3d	Seguimento de gravidez gemelar DC/DA
Gravidez Gemelar	32	26s+5d	Seguimento de gravidez gemelar (3 fetos) DC/Triamniótica
Gravidez Gemelar	27	30s+6d	Seguimento de gravidez gemelar MC/DA
Gravidez Gemelar	30	31s+6d	Seguimento de gravidez gemelar DC/DA; Hipotireoidismo sob terapêutica com levotiroxina
Gravidez Gemelar	31	34s+0d	Seguimento de gravidez gemelar MC/DA
Gravidez Gemelar	42	21s+4d	Seguimento de gravidez gemelar MC/DA; Síndrome de Transfusão Feto-fetal (fotocoagulação a laser às 18s+5d)
Gravidez Gemelar	26	30s+6d	Seguimento de gravidez gemelar MC/DA;
Gravidez Gemelar	27	30s+2d	Seguimento de gravidez gemelar DC/DA; RCF (Feto 2 P0) – Internamento para maturação pulmonar fetal
Consulta de Gravidez Indesejada	45	8s+3d	Primeira consulta – Idade Gestacional ecográfica e planeamento da interrupção da gravidez
Consulta de Gravidez Indesejada	24	6s+3d	Primeira consulta – Idade Gestacional ecográfica e planeamento da interrupção da gravidez
Consulta de Gravidez Indesejada	22	7s+4d	Primeira consulta – Idade Gestacional ecográfica e planeamento da interrupção da gravidez
Consulta de Gravidez Indesejada	31	8s+1d	Primeira consulta – Idade Gestacional ecográfica e planeamento da interrupção da gravidez
Consulta de Nutrição	37	27s+0d	HTAG e DG (Antecedentes de PE e RCF na gestação prévia)
Consulta de Nutrição	34	31s+3d	HTAG e DG
Consulta de Nutrição	40	30s+5d	DG
Consulta de Nutrição	38	27s+2d	Hipertensão Arterial Crónica e DG
Consulta de Nutrição	34	36s+4d	Obesidade grau I (Antecedentes de PE e RCF na gestação prévia)
Consulta de Nutrição	27	27s+3d	HTAG, DG e obesidade grau II
Consulta de Nutrição	24	31s+4d	Hipertensão Arterial Crónica e DG (Antecedentes de AVC hemorrágico em 2018)
Consulta de Nutrição	28	34s+2d	Baixo peso (IMC 15), dieta vegetariana

3.4.5 Doentes observadas em internamento de Medicina Materno-Fetal

Idade	IG	IO	Motivo de Internamento
27	31s+2d	0310	Colo curto (6mm à admissão)
32	33s+2d	1001	Hemorragia de 2ºT em contexto de placenta prévia total
20	27s+3d	0000	Pielonefrite aguda
20	38s+4d	0000	ITP por oligoâmnios
32	28s+2d	1001	RPPM

3.4.6 Ecografias obstétricas observadas

Idade materna	IG	Motivo de Ecografia
27	18s+0d DC/DA	Ecografia morfológica precoce
35	18s+5d DC/DA	Ecografia morfológica precoce
27	30s+4d DC/DA	RCF (Feto 2 P0) – Internada
30	32s+0d MC/DA	TAPS
28	28s+6d DC/DA	Ecografia de 3ºTrimestre
35	28s+0d DC/TA	Gravidez trigemelar Reavaliação por ventriculomegália bilateral no feto 2
29	28s+6d DC/DA	Ecografia de 3ºTrimestre precoce

3.4.7 Doentes observadas no puerpério

Idade Materna	IG	IO	Motivo de Internamento	Intercorrências/Dados relevantes
43	39s+4d	2012	CST (cicatriz uterina)	-----
23	39s+5d	1031	PTE	Laceração grau II
31	40s+2d	1001	PTE	Hepatite B crónica; DG; HTAG; GS: ORh negativo e RN ORh positivo
41	40s+2d	1011	Parto distócico por ventosas	Episiotomia
33	39s+4d	2002	CST (trabalho de parto estacionário)	DG; obesidade; Rastreio SGB positivo
32	36s+0d	0202	CST	DM1; LRC estadio IV; PE com critérios de gravidade
19	40s+4d	1001	PTE	-----
36	38s+0d	5005	Hemorragia pós parto tardia com repercussão hemodinâmica (7 dias pós PTE)	-----
31	30s+3d	1001	Parto distócico por ventosas	-----

3.4.8 Partos observados

Idade	IG	IO	Tipo de Parto	Motivo
34	39s+6d	1001	CST	Trabalho de parto estacionário
32	31s+1d	0010	CST	Estado fetal não tranquilizador (Nota: Pré-eclâmpsia)
29	39s+5d	1001	PTE	Progressão normal de trabalho de parto

3.4.9 Doentes observadas na urgência geral de Ginecologia e Obstetrícia

Idade	AP-GO	Motivo de recorrência ao SU	Plano
43	Gravidez 22s+5d	Dor supra-púbica com 1 dia de evolução	EO, Ecografia TV e TA, avaliação analítica; Alta clínica com analgesia
33	Gravidez 24s+4d IO 1001	Cefaleias intensas com 1 dia de evolução	EO, avaliação analítica; Encaminhada para observação pela Neurologia
33	Gravidez 6s+1d; IO 1011	Dor abdominal intensa com vários dias de evolução [Refere “suspeita de gravidez ectópica” (sic)]	EO, Ecografia TV, avaliação analítica (com B-hCG); Alta por abandono;
34	Gravidez 33s+6d; IO 1001	Dor tipo pressão na região supra púbica com 1 dia de evolução	EO, ecografia TV; avaliação analítica; Alta com sinais de alarme
33	Gravidez 11s+0d; IO 1122 (aborto espontâneo e gravidez ectópica)	Dor abdominal e perda hemática escassa com 1 semana de evolução (Aborto espontâneo em expulsão)	EO, ecografia TV; Repetição de B-hCG; Alta com sinais de alarme
39	IO 1001; Contraceção: Implanon	Perdas hemáticas intermitentes e abundantes com 2 meses de evolução	EO, avaliação analítica; Aconselhamento acerca de outros métodos contraceptivos e alta com sinais de alarme
42	Gravidez 22s+2d IO 1011	Dor abdominal com várias semanas de evolução, com agravamento recente	EO, Ecografia TV e TA, avaliação analítica; Encaminhada para observação pela Medicina Interna
28	Gravidez 21s+2d IO 0000	Dor abdominal com 3 dias de evolução e ardor ao urinar	EO, Ecografia TV e TA, avaliação analítica, Urocultura; Medicada com fosfomicina 3g PO e alta com sinais de alarme
26	Gravidez 12s+0d IO 0030 (abortos espontâneos com necessidade de curetagem)	Dor abdominal, leucorreia esbranquiçada, disúria com 2 semanas de evolução	EO, Ecografia TV e TA, avaliação analítica; Medicada com clotrimazol comprimido vaginal + creme vaginal e alta com sinais de alarme

3.5 Saúde Mental

3.5.1 Doentes observados no Internamento de Psiquiatria (CIPA)

Sexo	Idade	Motivo de Internamento / Diagnóstico Principal	Destino
M	49	Surto psicótico com alterações comportamentais e heteroagressividade	Internado à data
M	57	Surto psicótico / Esquizofrenia	Internado à data
F	23	Tentativa de suicídio no contexto de episódio depressivo / Perturbação Afetiva Bipolar tipo II	Tratamento Involuntário em Ambulatório
F	44	Surto psicótico / Esquizofrenia (abandono de terapêutica em 2023)	Internada à data
F	42	Perturbação esquizoafetiva com descompensação psicótica por abandono de terapêutica	Tratamento Involuntário em Ambulatório
F	46	Surto psicótico / Esquizofrenia	Internada à data
M	42	Surto psicótico / Esquizofrenia	Internado à data
F	68	Surto psicótico (1º episódio)	Internada à data
F	63	Surto psicótico / Esquizofrenia	Internada à data
M	25	Surto Psicótico (quadro de catatonia) / Esquizofrenia	Internado à data
F	24	Ingestão medicamentosa voluntária / Perturbação de Personalidade Borderline	Internada à data
M	67	Psicose / Perturbação delirante crónica vs Esquizofrenia	Internado à data
M	27	Psicose Induzida por tóxicos (canabinoides)	Internado à data
M	24	Episódio maníaco com características psicóticas / Perturbação Bipolar tipo I	Internado à data
M	69	Episódio maníaco / Perturbação Afetiva Bipolar tipo I	Internado à data

3.5.2 Doentes observados em Consulta Externa

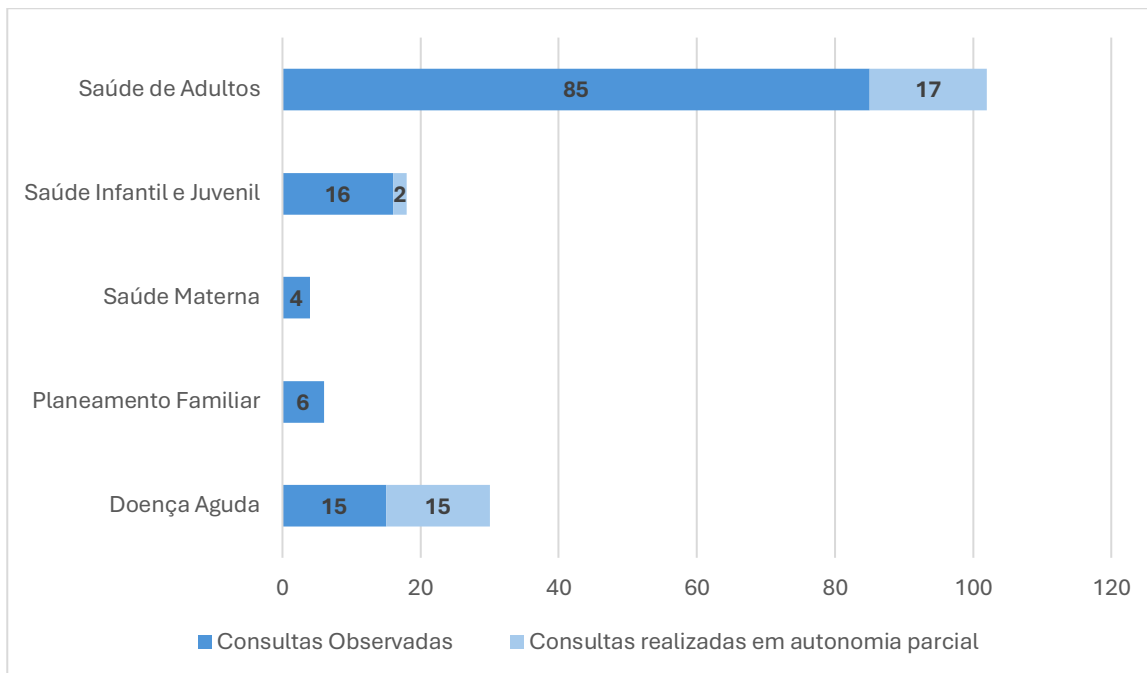
Sexo	Idade	Motivo de Consulta
M	49	Perturbação esquizoafetiva, Perturbação de Uso de Álcool, Perturbação do desenvolvimento intelectual
F	58	Perturbação esquizoafetiva
F	34	Perturbação Afetiva Bipolar tipo I (episódio maníaco com sintomas psicóticos) vs Episódio psicótico breve

3.5.3 Doentes observados no Serviço de Urgência

Sexo	Idade	Motivo de ida ao SU
M	30	Alterações do comportamento, heteroagressividade e delírios de ciúme induzidos por tóxicos
F	57	Desorientação – dependência de álcool com défices cognitivos
M	32	Desorganização
M	47	Ansiedade associada a consumo de metanfetaminas
F	50	Alterações do comportamento, insónia sem cansaço e desinibição social
M	57	Discurso desorganizado e desorientação – intoxicação por álcool
F	50	Sintomas depressivos e ansiedade generalizada em agravamento
M	30	Heteroagressividade, alterações do comportamento e alucinações áudio-verbais em contexto de consumo de cocaína

3.6 Medicina Geral e Familiar

3.6.1 Consultas observadas e realizadas em autonomia parcial



3.6.2 Principais problemas nas consultas observadas e realizadas em autonomia parcial

Problemas	N.º consultas
Principais problemas nas consultas observadas (5 dias aleatórios)	
1. K86 HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	17
2. T93 ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	15
3. T83 EXCESSO DE PESO	9
4. P74 DISTÚRBO ANSIOSO / ESTADO DE ANSIEDADE	7
5. L86 SÍNDROME DA COLUNA COM IRRADIAÇÃO DE DOR	7
6. P06 PERTURBAÇÃO DO SONO	7
7. R96 ASMA	7
8. L87 BURSITE / TENDINITE / SINOVITE NE	6
9. P17 ABUSO DO TABACO	6
10. T82 OBESIDADE	6
Principais problemas nas consultas realizadas em autonomia parcial (primeiras 30)	
1. K86 HIPERTENSÃO SEM COMPLICAÇÕES	6
2. T93 ALTERAÇÃO DO METABOLISMO DOS LÍPIDOS	4
3. R74 INFECÇÃO AGUDA DO APARELHO RESPIRATÓRIO SUPERIOR	5
4. T83 EXCESSO DE PESO	3
5. P06 PERTURBAÇÃO DO SONO	3

4. Certificados

Formações no âmbito do Estágio Profissionalizante

4.1 Certificado de participação no Workshop *Eletrocardiografia*

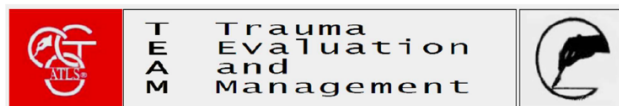


Certificado

Certificamos que **Mariana Salvador, N°2020248**, participou no Workshop intitulado *Eletrocardiografia*, no dia 15 de outubro de 2025, lecionado pelo Dr. Vítor Mendes, incluído no programa de formação da UC Medicina Estágio Parcelar 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina.

Dr. Vítor Mendes

4.2 Certificado de participação no Curso TEAM



Certificado

Pelo presente se certifica que

Mariana Beatriz Perdigão Salvador

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado nos dias 6 e 7 de Novembro de 2025.

O Curso "TEAM" está integrado no currículo do 6º Ano do Mestrado Integrado de Medicina da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. É organizado pelo ATLS Portugal e pela Sociedade Portuguesa de Cirurgia, segundo o formato educativo proposto pelo American College of Surgeons para estudantes de Medicina.

Professor Doutor Rui Maio
Regente U.C. Cirurgia Estágio

Dr.ª Ana Margarida Ferreira
Coordenadora do TEAM/NMS | FCM-UNL

www.atlsportugal.org, Programa ATLS/Sociedade Portuguesa de Cirurgia, atlsportugal@gmail.com
O "TEAM" é uma denominação original do American College of Surgeons

4.3 Certificado de participação nas sessões de simulação de técnicas cirúrgicas



Certificado de
participação

Mariana Salvador

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS | Novembro 2025

Presencial | 13 de Novembro de 2025 | 3 horas

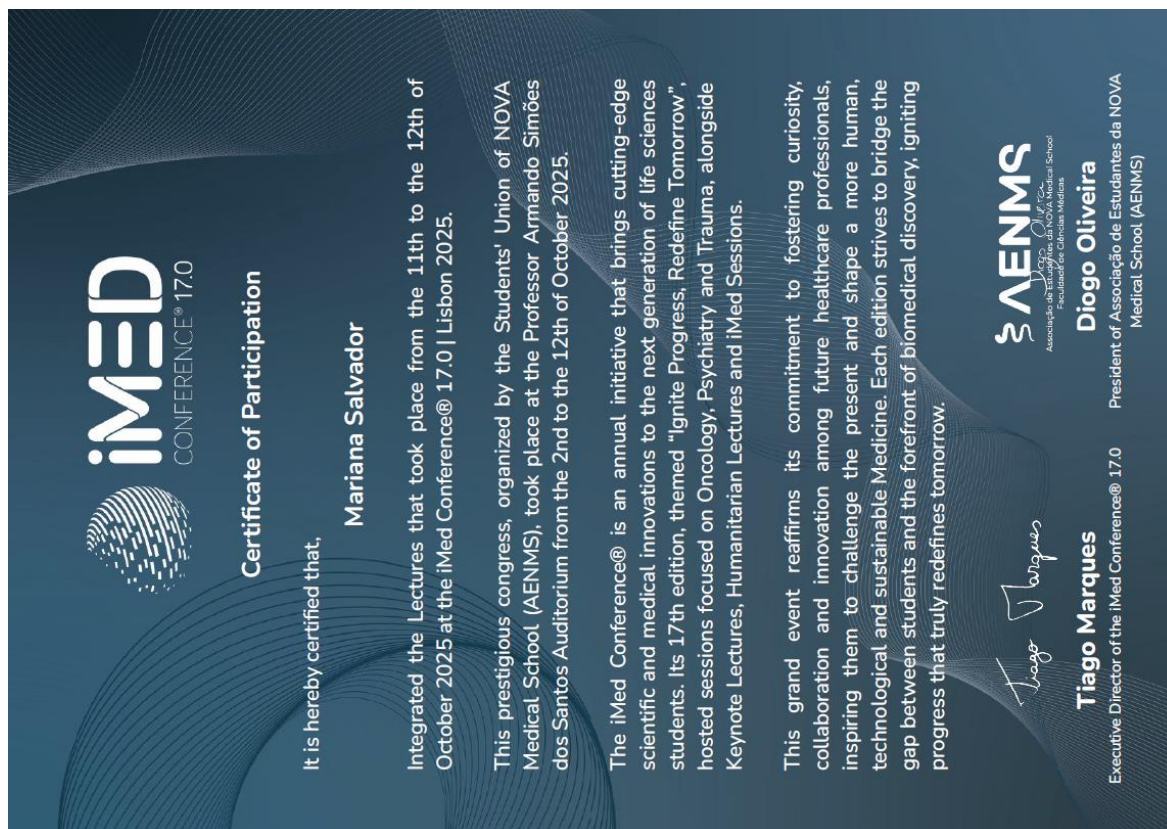
Código de certificado: C-69086a7c3bd41

Hospital da Luz Learning Health • hospitaldaluz.pt/learninghealth
Avenida Lusitana, 100, Edifício C, Piso -1 • 1500-650 Lisboa • Portugal
T. +351 217 104 544 • M. +351 967 072 745 • E. learninghealth@hospitaldaluz.pt

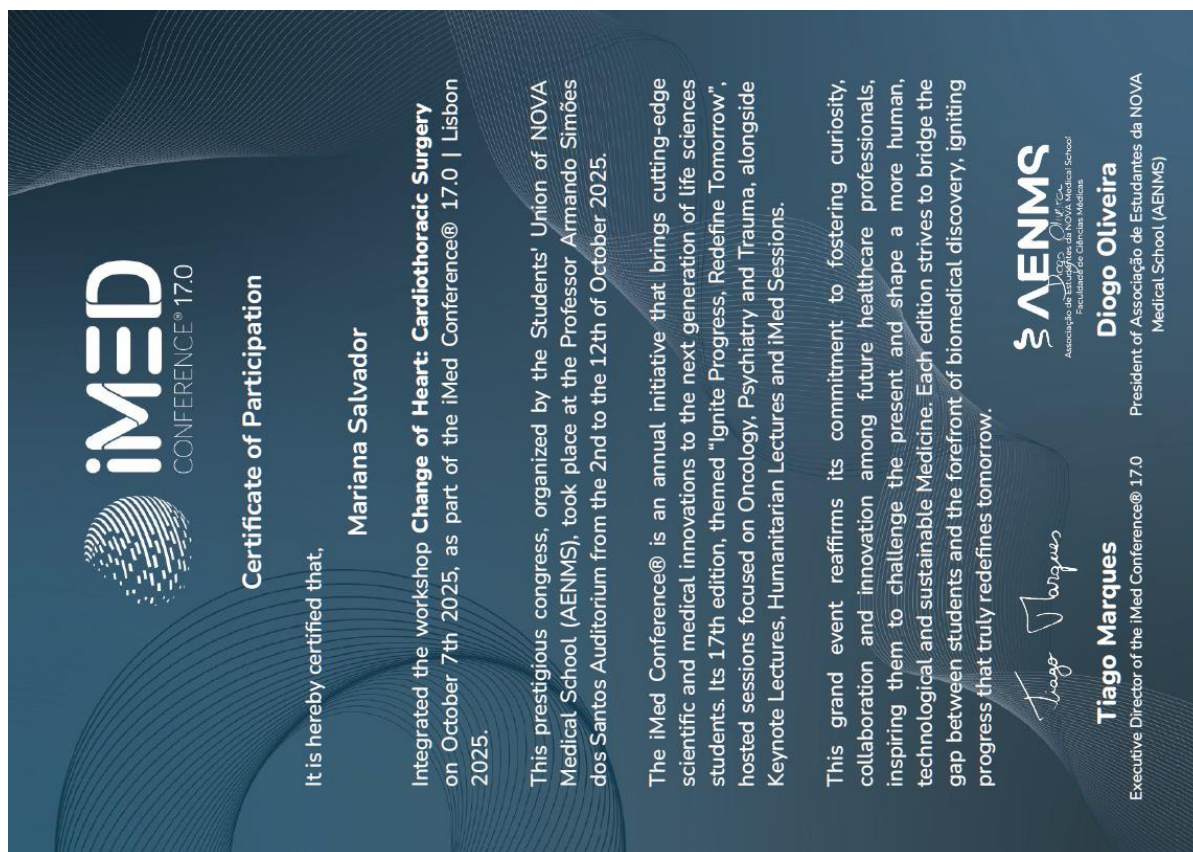
LUZ SAÚDE

iMed Conference 17.0

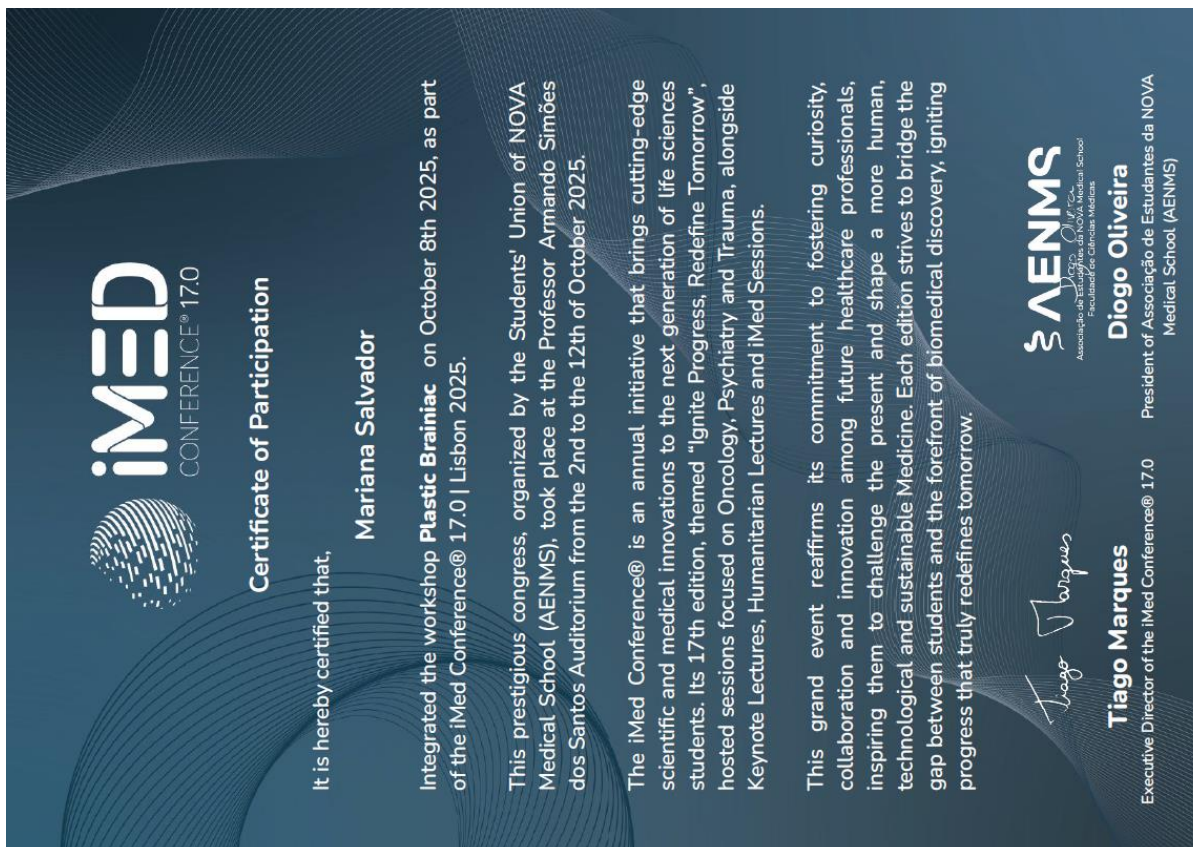
4.4 Certificado de participação na iMed Conference 17.0



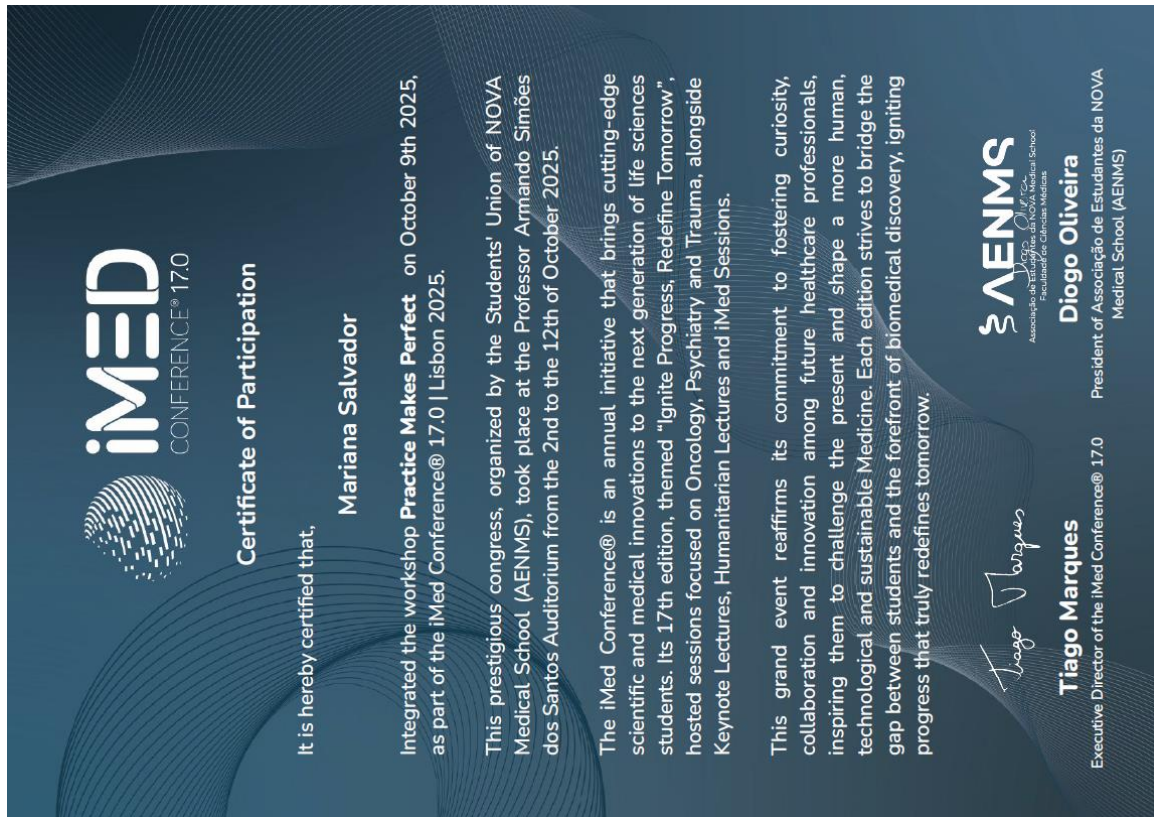
4.5 Certificado de participação no workshop “Change of Heart: Cardiothoracic Surgery”



4.6 Certificado de participação no workshop “Plastic Brainiac”



4.7 Certificado de participação no workshop “Practice Makes Perfect”



Outros congressos e jornadas

4.8 Certificado de participação nas XXI Jornadas de Dermatologia da ULS São José



Mobilidade Internacional

4.9 Boletim de Reconhecimentos Académicos Erasmus+ Estudos 2024/2025



NOVA MEDICAL SCHOOL

SERVIÇO ACADÉMICO
NÚCLEO DE MOBILIDADE

BOLETIM DE RECONHECIMENTOS ACADÉMICOS

Informo que a aluna Mariana Beatriz Perdigão Salvador, n.º de estudante 2020248, que frequentou a *Università degli Studi di Milano (I MILANO01)* (IT) de 03/03/2025 a 21/07/2025, no ano letivo 2024/2025, ao abrigo do Programa Erasmus+ Estudos (SMS), obteve aproveitamento nas Unidades Curriculares que constavam no *Learning Agreement*, pelo que deverá ser-lhe atribuída creditação às seguintes Unidades Curriculares do Plano de Estudos do Mestrado Integrado em Medicina da NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas:

107046 - ESPECIALIDADES MÉDICAS 2 - 12 ECTS
107047 - ESPECIALIDADES MÉDICAS 3 - 9 ECTS
107045 - O DOENTE COM CANCRO - 6 ECTS
OPCIONAL LIVRE III - 3 ECTS

O Coordenador dos Programas de Mobilidade:


NOVA MEDICAL SCHOOL
Faculdade de Ciências Médicas
Universidade NOVA de Lisboa

Lisboa, 22/07/2025

Prof. Doutor Paulo Paixão

Anexo: 3 página(s) de documentos oficiais.

Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa - Portugal

www.nms.unl.pt

Atividades Extracurriculares

4.10 Declaração de monitória voluntária de Anatomia



NOVA MEDICAL SCHOOL

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, se declara que Mariana Beatriz Perdigão Salvador (a2020248) fez parte do corpo docente do Departamento de Anatomia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade NOVA de Lisboa, enquanto monitória, no ano letivo de 2021/2022.

Lisboa, 17 de outubro de 2023

O Diretor do Departamento de Anatomia


(Professor Doutor Diogo Pais)

Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa - Portugal

www.nms.unl.pt

4.11 Certificado de participação na Summer Medical School: Lifestyle 2024



Certificado de Participação

Declaro, para os devidos efeitos, que Mariana Salvador, aluna n.º 2020248, participou como monitora na Summer Medical School: Lifestyle 2024, promovida pela NOVA Medical School, durante o mês de julho de 2024.

A sua colaboração decorreu sob orientação técnica e científica da equipa da NOVA Medical School, envolvendo o acompanhamento e apoio aos participantes nas diversas atividades educativas, formativas e recreativas integradas no programa. Enquanto monitora, desempenhou funções de acolhimento, supervisão e dinamização de atividades, contribuindo para o bom funcionamento das sessões e para a promoção de um ambiente seguro, inclusivo e estimulante para crianças e jovens participantes.

A Summer Medical School: Lifestyle constitui uma iniciativa de educação e promoção da saúde que proporciona uma experiência imersiva em áreas relacionadas com os estilos de vida saudáveis, assente em quatro pilares fundamentais: nutrição, atividade física, saúde mental e ciência. O programa integra promove a literacia em saúde e a adoção de hábitos saudáveis.

No âmbito das suas funções, a aluna colaborou na implementação e acompanhamento das atividades previstas, apoiando a participação dos jovens nas diferentes experiências educativas e contribuindo para a concretização dos objetivos pedagógicos e comunitários do programa.

A participação nesta iniciativa constituiu uma oportunidade de contacto direto com contextos de educação para a saúde e intervenção junto da comunidade, contribuindo para o desenvolvimento de competências de organização, liderança, comunicação, trabalho em equipa e relacionamento interpessoal.

Lisboa, 08 de Junho de 2026



Margarida Mira Silva
Técnica Superior
Serviço à Comunidade
Nutricionista | 6469N
Antropometrista ISAK nível 1

Campanhã da Pátria, 130
1169 - 056 Lisboa, Portugal

www.novams.usp.pt

4.12 Certificado de Formação APDP “Abordagem e acompanhamento de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1”



Formação APDP

Certifica-se que Mariana Salvador, aluna n.º 2020248, frequentou com aproveitamento a ação de formação “Abordagem e Acompanhamento de Crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1”, realizada no âmbito da preparação dos monitores da Summer Medical School 2024 da NOVA Medical School.

A formação foi ministrada pela Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e teve como principal objetivo capacitar os participantes para a abordagem, acompanhamento e apoio a crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo 1, promovendo conhecimentos fundamentais sobre a doença, a sua monitorização e gestão no contexto das atividades da Summer Medical School: Lifestyle 2024.

Durante a formação foram abordados temas relacionados com a compreensão da Diabetes Mellitus Tipo 1, a identificação e atuação perante situações de hipoglicemia e hiperglicemia, os princípios básicos da administração de insulina, a monitorização da glicemia, bem como estratégias de comunicação e acompanhamento adequadas às necessidades das crianças.

A participação nesta formação contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas essenciais à promoção de um ambiente seguro, inclusivo e adequado à participação de crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1 nas atividades educativas e recreativas da Summer Medical School: Lifestyle da NOVA Medical School.

Lisboa, 08 de Junho de 2026



Margarida Mira Silva
Técnica Superior
Serviço à Comunidade
Nutricionista | 6469N
Antropometrista ISAK nível 1

4.13 Certificado de Formação de monitores



NOVA MEDICAL SCHOOL

Formação de Monitores

Certifica-se que Mariana Salvador, aluna n.º 2020248, frequentou com frequência com aproveitamento a ação de formação para monitores da Summer Medical School: Lifestyle 2024, promovida pela NOVA Medical School.

Esta formação teve como objetivo preparar e capacitar os monitores para o desempenho das suas funções no âmbito da Summer Medical School: Lifestyle dotando-os de conhecimentos e competências essenciais para o acompanhamento, orientação e supervisão de crianças e jovens.

Durante a formação foram abordados temas relacionados com o papel e responsabilidades dos monitores, a promoção de um ambiente seguro, inclusivo e participativo, estratégias de comunicação com crianças e jovens, gestão de grupos, resolução de situações de conflito, bem como procedimentos e boas práticas aplicáveis ao acompanhamento de participantes em contextos educativos e recreativos.

A participação nesta formação permitiu o desenvolvimento de competências de liderança, comunicação, trabalho em equipa, organização e gestão de grupos, fundamentais para assegurar a qualidade das atividades e o bem-estar dos participantes ao longo da Summer Medical School: Lifestyle 2024.

Lisboa, 08 de Junho de 2026

Margarida Mira Silva
Margarida Mira Silva
Técnica Superior
Serviço à Comunidade
Nutricionista | 6463N
Antropometrista ISAK nível 1

Campo Mártires da Pátria, 130
1169 - 056 Lisboa, Portugal

www.nmsmuni.pt

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Victorino, R., Jollie, C., & McKimm, J. (2005). Licenciado Médico em Portugal – Core Graduates Learning Outcomes Project. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
2. Cumming, A., & Ross, M. (2007). *The Tuning Project for Medicine-learning outcomes for undergraduate medical education in Europe*. Medical teacher, 29(7), 636-641