

**JUNHO
2021**

RELATÓRIO FINAL

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

RAFAEL ALEXANDRE JACINTO PIRES

ALUNO N° 2015354

REGENTE

Professor Doutor Rui Maio

ORIENTADOR

Professor Doutor João Bernardo Barahona-Corrêa

NOVA MEDICAL SCHOOL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

SEXTO ANO

ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO	2
II. OBJETIVOS GLOBAIS	2
III. SÍNTESE DE ATIVIDADES DOS ESTÁGIOS PARCELARES	3
SAÚDE MENTAL	3
MEDICINA GERAL E FAMILIAR	3
PEDIATRIA	4
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	5
CIRURGIA GERAL	5
MEDICINA INTERNA.....	6
IV. ELEMENTOS VALORATIVOS.....	7
V. REFLEXÃO CRÍTICA	8
ANEXOS.....	10

I. INTRODUÇÃO

O percurso de aprendizagem do Mestrado Integrado em Medicina inclui ciências fundamentais da biomedicina e ciências clínicas, imprescindíveis ao exercício competente da profissão pelo licenciado médico. No que respeita ao constituinte prático, este foi incorporado de forma gradual a partir do terceiro ano, possibilitando o acoplamento de uma base de conhecimento sólida e coerente, com um conjunto de valores, atitudes e aptidões adquiridos. O sexto ano do curso integra o estágio de natureza profissional que pretende, através da autonomia supervisionada e consolidação destas competências, a transição adequada para a prática clínica na fase de pós-graduação. No âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio Profissionalizante, constituída por seis Estágios Parcelares – Saúde Mental, Medicina Geral e Familiar, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Cirurgia Geral e Medicina Interna –, o presente relatório tem em vista a apresentação dos meus objetivos pessoais e transversais a todas as áreas clínicas, bem como a descrição sucinta das atividades desenvolvidas em cada Estágio Parcelar, por ordem cronológica. Ademais, proponho-me a analisar sumariamente os elementos valorativos extracurriculares, realizados durante os seis anos, que considero relevantes para a minha formação tanto pessoal como profissional. Termino o relatório com uma apreciação crítica destas atividades e do seu impacto na minha educação médica. Em anexo, reúnem-se a casuística dos doentes observados durante os diferentes estágios parcelares e os certificados dos elementos valorativos referidos.

II. OBJETIVOS GLOBAIS

A educação de um Médico é complexa, como referiu o Professor Doutor José Fernandes e Fernandes n’*O Licenciado Médico em Portugal*¹, e advém de um aprimoramento individual em diferentes domínios, dos quais me baseei para o estabelecimento de objetivos globais do sexto ano. De antemão, pressupõe uma formação científica sólida e atualizada, primordial na compreensão das decisões clínicas tomadas pelos médicos responsáveis pela minha orientação. Esta depreende também de um aprendizado de atitudes e procedimentos fulcrais à prática clínica, nomeadamente (i) a correta identificação de problemas médicos através de uma história clínica abrangente e exame clínico detalhado; (ii) a formulação de hipóteses de diagnóstico; (iii) o desenvolvimento de estratégias para explorar as mesmas; (iv) a elaboração de um plano de gestão do doente atendendo à sua patologia. O paradigma da profissão médica impõe sentido ético e moral, interesse pelo próximo e aptidão comunicativa. Requer também cultura, para a perceção do indivíduo de forma holística. Assim, percebi desde o começo dos anos clínicos e do Estágio Profissionalizante, a necessidade de definir estratégias que me permitissem colmatar a lacuna que experienciava nestas valências, embarcando nas oportunidades de atividades extracurriculares inframencionadas que me foram surgidas.

¹ Victorino RM et al.; *O Licenciado Médico em Portugal – Core Graduates Learning Outcomes Project*; Coord. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2005

III. SÍNTESE DE ATIVIDADES DOS ESTÁGIOS PARCELARES

SAÚDE MENTAL

O primeiro estágio parcelar ocorreu no âmbito da Saúde Mental, de 9 de setembro a 2 de outubro de 2020, e integrou duas componentes: duas semanas de estágio presencial e duas semanas de ensino à distância. A primeira foi tutelada pela Dr.^a Raquel Medinas, maioritariamente na Unidade de Saúde Mental de Oeiras, complementado com dois dias de frequência do Serviço de Urgência (SU) do Hospital de São Francisco Xavier e assistência à Reunião de Serviço de Psiquiatria do Hospital Egas Moniz, via Zoom.

Em contexto de consulta externa na unidade comunitária, observei um total de 26 doentes, com patologias psiquiátricas distintas e em diferentes fases de adaptação à doença, com prevalência preponderante de perturbações afetivas e psicóticas – *vide gráfico 1, Anexo 1*. Assisti também a algumas consultas de enfermagem realizadas previamente à consulta médica, cruciais na adesão terapêutica. Estabeleci o objetivo de desenvolver uma relação próxima e empática com o doente, situando-o na sua circunstância social, laboral e familiar, de maneira a identificar situações individuais e sociais de risco. Juntamente com a atenção às abordagens de redução de risco de suicídio implementadas pela minha orientadora de estágio, o cumprimento deste objetivo levantou em mim o interesse pela prevenção nesta área. Enfatizo também a importância da entrevista familiar, que permitiu a inteligibilidade do conceito de *emoção expressa* previamente lecionado, pelo sobrenvolvimento emocional e frequência de comentários críticos realizados pelos familiares sobre os comportamentos do indivíduo, particularmente presentes nos doentes observados com diagnósticos de esquizofrenia ou perturbação afetiva bipolar.

No SU, tive oportunidade de contactar com a abordagem diagnóstica e terapêutica do doente em fase aguda, particularmente em doentes com manifestações clínicas de ataque de pânico – *vide tabela 2, Anexo 1*.

Os elementos teórico-práticos realizados à distância incluíram um seminário sobre *Estigma e Epidemiologia em Saúde Mental* e uma sessão de discussão de casos clínicos e de temas como estado confusional agudo, conduta de escolha de terapêutica antipsicótica, abuso de substâncias e síndromes de privação. Por fim, realizei as atividades propostas no início da rotação: redação de duas histórias clínicas e elaboração de seis vinhetas clínicas.

MEDICINA GERAL E FAMILIAR

O estágio de Medicina Geral e Familiar (MGF) decorreu de 6 a 30 de outubro de 2020, na Unidade de Saúde Familiar (USF) do Feijó, sob tutoria da Dr.^a Cátia Cerqueira. Este foi apropriadamente planeado para que os objetivos propostos pela UC fossem alcançados, designadamente os que concernem (i) a adoção de uma abordagem centrada no doente; (ii) a identificação e gestão dos problemas de saúde mais frequentes na comunidade; (iii) a capacidade de decisão terapêutica considerando as limitações de dados clínicos e relação custo-benefício; (iv) a identificação de riscos de saúde em populações vulneráveis.

A estratégia de aprendizagem assentou no equilíbrio entre as componentes observacional e prática, com autonomização progressiva, ao longo das quatro semanas. A primeira incidiu na análise e discussão posterior das decisões clínicas tomadas durante a consulta, quer preventivas, diagnósticas ou terapêuticas. A segunda, sempre supervisionada, foi importante no aperfeiçoamento de técnicas de entrevista clínica.

Durante o estágio acompanhei o horário completo da minha orientadora, podendo participar nas várias vertentes do espectro da especialidade de MGF, designadamente nas consultas de Saúde do Adulto (presencial ou por telefone), Saúde Materna, Saúde Infantil e Juvenil, Planeamento Familiar e Doença Aguda. Em anexo apresento o número de consultas observadas e conduzidas com autonomia por tipologia - *vide gráfico 2, Anexo 2*. Cooperei, igualmente, e por iniciativa própria, ativamente no combate à pandemia atual, tendo sido integrado na equipa médica responsável pela realização de contactos telefónicos a indivíduos suspeitos ou infetados pelo SARS-CoV-2 inseridos na plataforma Trace COVID.

Saliento ainda a compreensão e consolidação dos critérios de referenciação a consultas de especialidade na presença de sinais de alarme e consequente efetuação de pedido de consulta.

PEDIATRIA

Sob orientação do Professor Doutor João Farela Neves, o estágio de Pediatria decorreu no período compreendido entre 2 e 27 de novembro de 2020, no Hospital Dona Estefânia. Neste estágio parcelar idealizei consolidar o conhecimento alusivo às síndromes mais comuns, e de atuação urgente, na idade pediátrica. Para tal, foi fundamental a comparência no SU, onde acompanhei um total de 15 doentes, com idades entre os 11 dias e os 16 anos - *vide tabela 3, Anexo 3* - e refleti sobre o racional de decisão de internamento, em particular, perante condições médicas presentes nos primeiros meses de vida. A participação na Consulta de Imunodeficiências foi o principal constituinte do estágio, onde aprofundei fisiopatologia, diagnóstico e terapêutica deste grupo de doenças - *vide tabela 4 e gráfico 3, Anexo 3*. Das imunodeficiências adquiridas estudadas, dei especial ênfase à infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) por ter crescido em um país com elevada prevalência desta condição - Angola - com nefastas implicações na morbimortalidade infantil.

Assisti, durante uma manhã, a consultas de Neuropediatria conduzidas pela Dr.^a Sandra Jacinto onde me devotei a refinar as particularidades do exame neurológico na idade pediátrica - *vide tabela 5, Anexo 3*. No Internamento, pratiquei a anamnese e o exame objetivo em 15 doentes com patologias díspares - *vide tabela 6, Anexo 3* - e realizei uma história clínica de um doente com diagnóstico de artrite séptica. A passagem na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos permitiu a discussão clínica dos doentes internados com o tutor e restante equipa médica - *vide tabela 7, Anexo 3* -, uma vez que o exercício prático está mais limitado pela complexidade inerente a este ramo da Pediatria. Terminei o estágio com a apresentação, em grupo, do tema *Abordagem ao Estado de Mal Convulsivo em Idade Pediátrica no Serviço de Urgência*.

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Realizei o estágio parcelar de Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Alfredo da Costa entre os dias 2 de dezembro de 2020 e 8 de janeiro de 2021. Como prioridades pessoais, defini a consolidação de competências pertencentes à realização do exame objetivo ginecológico e obstétrico, bem como a capacidade de executar o diagnóstico diferencial da sintomatologia de apresentação mais frequente.

As primeiras duas semanas deram lugar à componente de Obstetrícia, com tutoria da Dr.^a Joana Raposo e da Dr.^a Raquel Lopes. Participei nas Consultas de Gravidez de Alto Risco, onde avaliei grávidas com doenças crónicas, comorbilidades *de novo*, história de parto pré-termo ou insucesso obstétrico – *vide tabela 8, Anexo 4* –, e compreendi a importância do controlo de bem-estar fetal nestas situações. No Internamento de Medicina Materno-Fetal, procedi à avaliação clínica de grávidas internadas por complicações obstétricas – *vide tabela 9, Anexo 4* – e pude participar dinamicamente na discussão de diagnósticos e abordagens terapêuticas mais indicadas, na Reunião de Serviço. A permanência no Internamento das Puérperas permitiu o exercício de tarefas com autonomia parcial, designadamente, a palpação abdominal do fundo uterino, inspeção de episiorrafia e cicatriz da cesariana, inspeção e palpação mamárias e aconselhamento relativamente a cuidados pós-parto. No Bloco Operatório de Obstetrícia, participei como terceiro ajudante em duas cesarianas eletivas.

O constituinte de Ginecologia decorreu nas restantes duas semanas, sob orientação da Dr.^a Paula Ambrósio. A Consulta de Oncologia concebeu a maior parte do tempo de estágio e permitiu a sedimentação do meu conhecimento nesta área, constituindo a neoplasia do endométrio (46%) e a neoplasia do ovário (27%) os principais motivos de consulta – *vide gráfico 6, Anexo 4*. No Bloco Operatório, assisti a procedimentos cirúrgicos executados por via laparotómica, laparoscópica e vaginal. Ademais, a assistência à realização de ecografias ginecológicas por sonda vaginal reforçou a pertinência do diagnóstico atempado de lesões tumorais para o encaminhamento da marcha diagnóstica e terapêutica. O tempo despendido no SU distribuiu-se essencialmente nos Setores de Admissão e Bloco de Partos, integrando as duas vertentes da especialidade. No âmbito formativo, destaco a apresentação, em grupo, de um seminário, cujo tema foi *Anomalias do Cordão Umbilical*, a presença no *workshop The Woman* e, de forma complementar, a participação na palestra *Emergências Obstétricas* – *vide Anexo 17*.

CIRURGIA GERAL

O estágio parcelar de Cirurgia Geral decorreu, durante 8 semanas, no Hospital Beatriz Ângelo, entre os dias 18 de janeiro e 12 de março de 2021, sob orientação do Dr. Francesco Nave. A título pessoal, pretendi sistematizar a destreza entre as situações clínicas com indicação cirúrgica eletiva e urgente, especialmente relevante na fase pandémica agravada no período deste estágio. Como estágio opcional a realizar nas primeiras duas semanas, escolhi a especialidade de Medicina Intensiva pela forte aliança que tem com a

Cirurgia Geral no que diz respeito aos doentes em estado pós-operatório complicado, geralmente pela presença de comorbilidades prévias. Contudo, atendendo à diminuição evidente do número de cirurgias eletivas realizadas, a maioria dos doentes observados não tinha história cirúrgica recente. Não obstante, pude avaliar doentes com patologia aguda grave do foro respiratório, cardiovascular, renal e infeccioso – *vide* tabela 13, Anexo 5.

Durante a terceira e quarta semanas de estágio, houve uma adaptação do molde de ensino, lecionado à distância, motivada pela necessidade de isolamento profilático por parte do meu orientador. Este incluiu a visualização dos seminários teórico-práticos, bem como a preparação de temas discutidos posteriormente, designadamente, a abordagem de hérnias da parede abdominal, abdómen agudo e doença diverticular. Durante a restante componente presencial, na Consulta Externa (modalidade presencial ou teleconsulta), constatei as indicações cirúrgicas mais frequentes em ambulatório, compreendendo as patologias herniária e biliar a maioria destas – *vide gráfico 7, Anexo 5*. A atividade no Internamento foi restringida pela infeção ativa por SARS-CoV-2 de uma considerável parte dos doentes atribuídos à equipa em que estava inserido, permitindo a avaliação de poucos doentes. Nos dias de Urgência Hospitalar, reconheci a importância da atuação da equipa de Cirurgia Geral responsável na assistência de cuidados a doentes a cargo de outras especialidades, tanto no internamento, como no Serviço de Observação (SO), onde observei, por exemplo, a execução de uma biópsia da artéria temporal. Na Pequena Cirurgia, realizei duas suturas com pontos simples, e colaborei com outros procedimentos como drenagem de quistos sebáceos e limpeza de feridas superficiais – *vide* tabela 17, Anexo 5. A assistência de cirurgias no Bloco Operatório foi, notavelmente, o aspeto mais consistente do estágio, o que possibilitou a perceção de diversas técnicas cirúrgicas – *vide* tabela 18, Anexo 5.

De elementos formativos, saliento a participação no curso TEAM (*Trauma Evaluation and Management*) – *vide* anexo 12 –, nas Sessões de Simulação do Hospital da Luz – *vide* Anexo 13 –, e no Mini-Congresso, no qual colaborei enquanto preletor, juntamente com o meu grupo de estágio, na apresentação do trabalho *Lítise Vesicular – Abordagem de uma Complicação*.

MEDICINA INTERNA

O estágio de Medicina decorreu no Hospital Santo António dos Capuchos, entre 15 de março e 14 de maio de 2021, sob supervisão da Dr.ª Elisabete Margarido. Foram objetivos propostos pela UC saber avaliar, diagnosticar e prescrever as medidas terapêuticas. Pretendi ainda, a nível individual, treinar procedimentos invasivos e atuar no SU em situações agudas que exijam uma abordagem mais direcionada e prioritária e aprimorar a capacidade de informar os doentes transmitindo confiança. Considero estes objetivos globalmente cumpridos.

A componente teórico-prática deste estágio englobou as Sessões Clínicas semanais, onde apresentei, com os meus colegas, um trabalho, cujo título foi *Fibrilhação atrial: Novas recomendações para a terapêutica de controlo de frequência e ritmo* e incluiu a apresentação de um estudo recentemente publicado; as aulas teórico-práticas; e os *workshops*. Da vivência no internamento destaco a autonomia e relação próxima com a equipa e as oportunidades de aprendizagem através da atribuição de doentes, realização de diários e notas de alta, discussão dos casos nas reuniões de serviço e apoio ao ensino prático a colegas do terceiro ano, contribuindo de facto para um ano profissionalizante. Avaliei na íntegra 27 doentes, permitindo o diagnóstico de um leque de entidades clínicas diferentes – *vide tabela 20 e gráfico 8, anexo 6*. Durante o estágio, apercebi-me da elevada prevalência de infeções nosocomiais na enfermaria e da imprescindibilidade da prescrição correta de antibioterapia, motivando o ingresso no curso *online Antimicrobial Stewardship: A competency-based approach* com duração de duas semanas. Semanalmente, assisti a consultas de Diabetologia e Medicina Interna – *vide tabela 21, Anexo 6* –, das quais destaco a importância de estratégias de promoção de adesão terapêutica e de medidas de estilo de vida saudáveis. No SU, a maior parte do tempo foi passada nos balcões de atendimento, sendo que também foi possível discutir casos no SO. Nesta valência, procedi à anamnese, exame objetivo dirigido e discussão de propostas terapêuticas o que me permitiu compreender as diferentes abordagens perante situações urgentes ou emergentes.

IV. ELEMENTOS VALORATIVOS

Durante o meu percurso enquanto estudante, percebi a importância do desenvolvimento de aptidões, externamente ao currículo formal, como empatia, criatividade, curiosidade crítica, comunicação e gestão de tempo, com vista a desempenhar melhor a profissão que brevemente abraçarei.

A nível de ações na comunidade, participei no projeto *Med On Tour* (2017) – *vide Anexo 7* –, em Belmonte, que me sensibilizou para as iniquidades existentes na saúde de populações inseridas na periferia. Desafiado e interessado pelo envolvimento com a comunidade infantil durante o estágio curricular de Introdução à Pediatria e Saúde na Adolescência do quarto ano, fui, durante 10 meses, também responsável pelo apoio ao estudo de alunos do primeiro ciclo, na Casa de Acolhimento dos Girassóis pertencente à Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2018 e 2019) – *vide Anexo 8*. Ao longo deste período, implementei um plano de estratégias de aprendizagem individual para cada criança e promovi a sua motivação para aprender. Esta vivência alertou-me ainda para as necessidades irreduzíveis da criança, por vezes inatingíveis pela sua situação social, para um desenvolvimento psicossocial sustentável. De atividades de voluntariado pontuais, destaco também a colaboração em rastreios à comunidade (2018) – *vide Anexo 9* – e na campanha *Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão* (2019) – *vide Anexo 10*.

No associativismo, aceitei a oportunidade de me tornar membro da Comissão Organizadora do *Hospital da Bonecada* (2019), no Departamento de Comunicação, tendo desempenhado funções concernentes à

divulgação e organização do evento – *vide Anexo 11*. A interação, tanto individual como em grupo, escrita e oral, com uma equipa multidisciplinar foi uma mais-valia para a minha formação. No âmbito educativo e de auto-aprendizagem, procurei participar em formações, palestras e congressos, encontrando-se em anexo – *vide Anexos 12 a 20* – os que pretendo salientar pelo impacto positivo que vieram a ter no meu percurso. Por fim enalteço a vivência internacional através do programa de mobilidade Erasmus+, durante o primeiro semestre do quinto ano (2019/2020), em França, na *Université Paris-Sud* – *vide Anexo 21*. Concluí as unidades curriculares de *Addictologie, Cardiologie, Imagerie Médicale, Psychiatrie e Thérapeutique* e um estágio, com duração de três meses, no Serviço de Pediatria Geral do Hospital Bicêtre – *vide anexo 22*. Este último foi de carácter profissionalizante, com maiores responsabilidades delegadas do que até então tivera tido em contexto de internamento hospitalar, nomeadamente a elaboração de notas de entrada, avaliação autónoma de doentes, escrita de diários clínicos, apresentação semanal de casos na Visita Médica e frequência de turnos de Urgência Interna do serviço. A exigência sentida e a barreira linguística inerente foram adversidades ultrapassadas que geraram, a par do ganho cultural e interpessoal, uma experiência muito enriquecedora.

V. REFLEXÃO CRÍTICA

Em análise retrospectiva, considero que os objetivos globais delineados inicialmente para este Estágio Profissionalizante, tanto no domínio de formação científica, como de procedimentos clínicos e de valores, foram alcançados de forma geral. Procurei analisar os ganhos formativos particulares de cada estágio parcelar, bem como as suas respetivas debilidades.

Da passagem pela Psiquiatria, levo o desenvolvimento de competências na área de comunicação clínica com o doente e família, a importância da clínica centrada no doente e a oportunidade de analisar, de modo tangível, diversos quadros clínicos neuropsiquiátricos até então apenas narrados nos livros. Contudo, as metas por mim traçadas não foram completadas na plenitude pelo menor número do que o esperado de doentes observados, pelo tempo limitado de atividade presencial e pela impossibilidade de contactar com o internamento.

O estágio de MGF permitiu, através da autonomização progressiva e segurança de supervisão, o notável crescimento na qualidade da minha consulta, que me apercebesse das minhas limitações e adquirisse confiança para as abordar a posteriori com a minha tutora. Adquiri, adicionalmente, conhecimentos respetivos à organização da vigilância ativa e sobreativa da Doença de Notificação Obrigatória, e em particular, da infeção por SARS-CoV-2. Como fragilidade do estágio que pretendo aguçar futuramente, saliento a (in)capacidade de gestão eficiente de tempo durante a consulta.

O estágio de Pediatria deu-me a oportunidade de complementar as competências clínicas previamente adquiridas em contexto de internamento no Hospital Bicêtre em Paris através do contacto com doentes,

desta vez, maioritariamente em ambiente de consulta. A polivalência das cinco vertentes deste estágio que pude integrar possibilitou uma ampla visão da especialidade pela qual tenho particular interesse em enveredar.

Em relação a Ginecologia e Obstetrícia, julgo ter cumprido a maioria dos propósitos delineados. Este foi fulcral na consolidação das matérias teóricas adquiridas até então, bem como no treino do exame ginecológico e de procedimentos de rastreio e/ou diagnóstico. A participação ativa em algumas cirurgias como terceiro ajudante incitou o desejo de conhecer os princípios fundamentais das técnicas cirúrgicas utilizadas nesta especialidade. Uma vez que o SU provou ser um local de profunda aprendizagem prática, em reflexão, beneficiaria ter tido a oportunidade de aí despendere uma maior proporção do tempo de estágio.

De todos, o estágio de Cirurgia Geral foi o mais afetado pelas adversidades impostas pela pandemia atual que vivenciamos, agravada neste período de formação. A restrição de consultas presenciais e de cirurgias eletivas limitou consideravelmente os momentos de aprendizagem e de treino de técnicas que almejava ter. À vista disso, o cumprimento de objetivos foi apenas exequível pela total disponibilidade por parte do orientador na fomentação ativa da discussão de hipóteses de diagnóstico dos doentes observados e de propostas de tratamento. Além disso, como esforço para compensar noutras vertentes de aprendizagem, participei em cirurgias ou técnicas minimamente invasivas de outras especialidades, extremamente engrandecedoras e que até aquele momento não tivera experienciado.

Finalmente, Medicina Interna constituiu a integrante de maior fortalecimento das minhas competências clínicas, pela incorporação total na equipa médica, maior acompanhamento da gestão do doente e melhor enquadramento clínico do ponto de vista diagnóstico, bem como terapêutico. Resultante da idade avançada dos doentes, contactei com situações de cuidados de fim de vida que me sensibilizaram e mostraram a importância de tomar o conforto como prioridade.

Em suma, acredito que o meu percurso curricular enquanto estudante de Medicina, vinculado com as vivências de valor acrescido que enalteceram a minha empatia, compreensão, ética e moralidade, possibilitar-me-á a prática da arte da Medicina com o merecido respeito e diligência. Findo a presente reflexão com um especial agradecimento aos Doentes com quem tive a honra de conviver, pelos ensinamentos a mim transmitidos nos seus momentos de maior fragilidade.

ANEXOS

ANEXO 1 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE SAÚDE MENTAL

Género	Idade (anos)	Patologia(s)
♂	44	Perturbação de ansiedade generalizada
♀	30	Esquizofrenia
♂	64	Distímia
♀	22	Perturbação do espectro do autismo
♀	47	Episódio depressivo major
♂	53	Esquizofrenia
♀	56	Perturbação depressiva recorrente
♀	36	Perturbação depressiva recorrente
♀	33	Perturbação de personalidade <i>borderline</i>
♀	23	Episódio depressivo major
♀	62	Perturbação depressiva recorrente
♂	53	Perturbação esquizoafetiva
♀	68	Perturbação depressiva recorrente
♀	42	Perturbação depressiva recorrente e fibromialgia
♀	38	Perturbação depressiva recorrente
♂	31	Perturbação psicótica breve
♀	23	Perturbação depressiva recorrente
♂	61	Episódio depressivo major
♀	56	Perturbação obsessivo-compulsiva
♂	50	Perturbação afetiva bipolar
♂	46	Esquizofrenia
♀	56	Perturbação afetiva bipolar
♂	23	Perturbação psicótica breve
♂	41	Perturbação de ansiedade generalizada
♀	49	Perturbação esquizoafetiva
♀	40	Perturbação depressiva recorrente

Tabela 1. Análise dos doentes observados na **Consulta Externa** em unidade comunitária ($n = 26$).

Género	Idade (anos)	Motivo de Admissão
♀	19	Ataque de pânico
♀	29	Perturbação de ansiedade generalizada
♂	36	Ataque de pânico
♂	38	Ideação suicida
♂	61	Perturbação esquizoafetiva
♀	22	Ataque de pânico

Tabela 2. Análise dos doentes observados no **Serviço de Urgência** ($n = 6$).

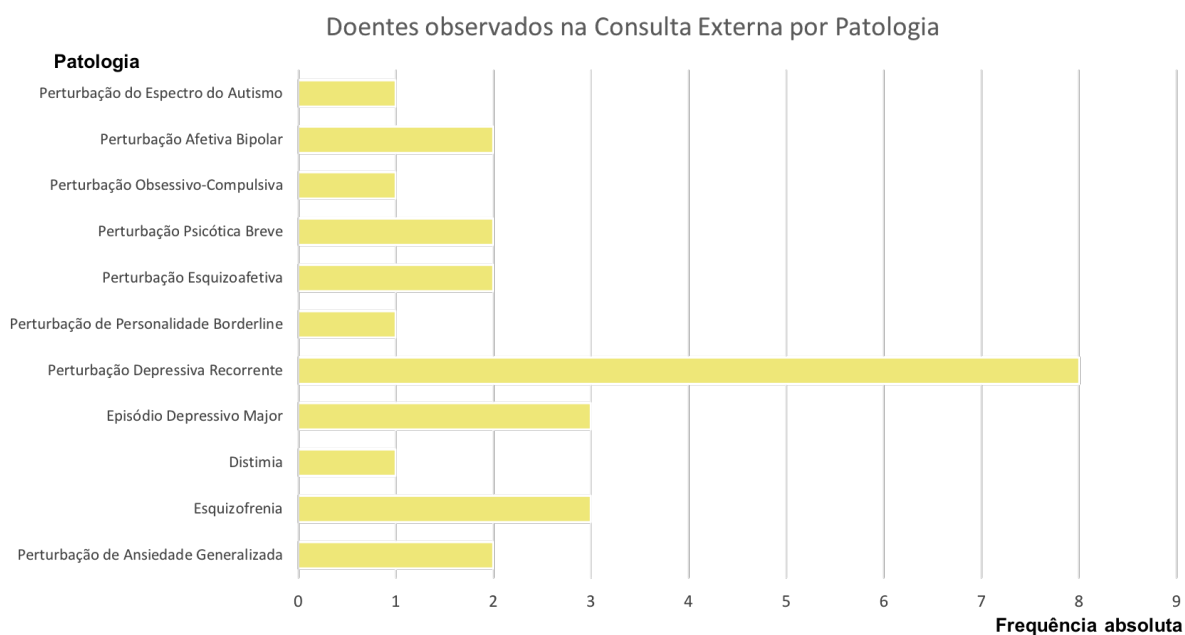


Gráfico 1. Gráfico de distribuição das patologias dos doentes observados na **Consulta Externa** ($n = 26$).

ANEXO 2 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

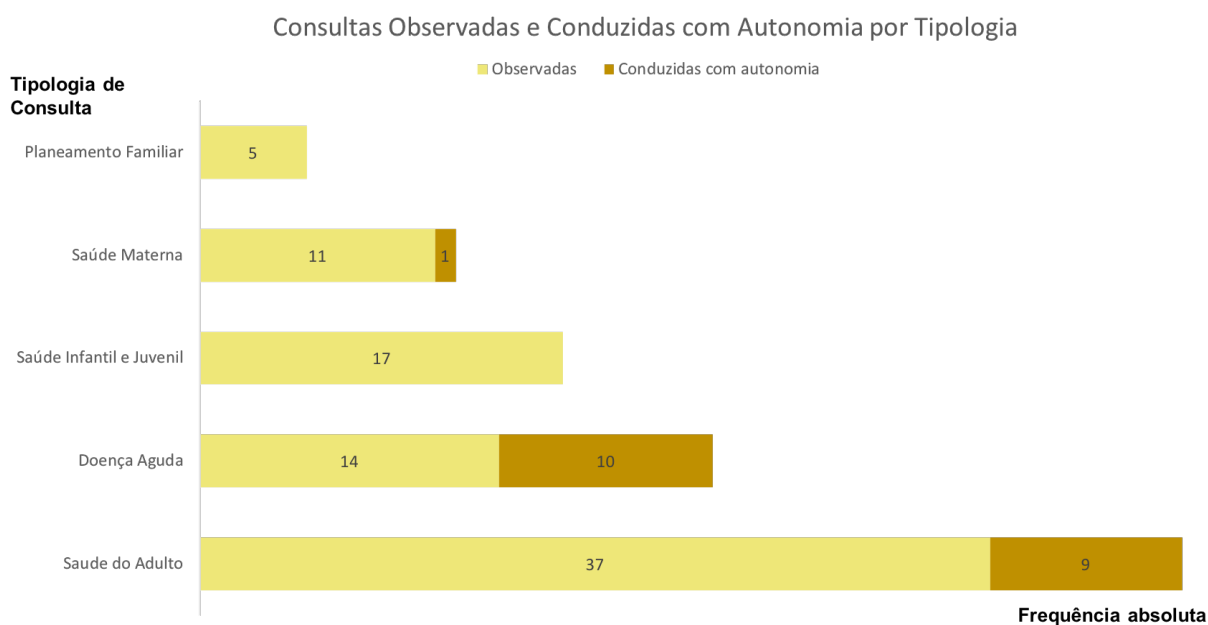


Gráfico 2. Gráfico de distribuição de consultas observadas e conduzidas com autonomia por tipologia durante o estágio de MGF ($n = 104$).

ANEXO 3 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE PEDIATRIA

Género	Idade	Motivo(s) de Admissão
♂	8 A	Dor e hipomobilidade da anca direita há 2 dias
♀	1 A	Convulsão febril
♀	2 A	Disúria, polaquiúria e fezes fragmentadas desde há 1 dia
♂	15 A	Cefaleia hemicraniana associada a fonofobia e fotofobia, dor abdominal e náuseas
♀	4 D	Icterícia e engasgamento
♀	4 D	Icterícia
♀	6 M	Recusa alimentar desde há 3 dias, irritabilidade mais associada à posição de decúbito
♀	3 M	Icterícia
♀	10 A	Dispneia, mal-estar generalizado - descompensação de insuficiência cardíaca
♀	4 M	Urticária
♂	10 A	Obstipação e náuseas
♀	11 D	Exsudado ocular unilateral
♂	7 A	Massa mandibular e adenopatias cervicais
♀	16 A	Tumefação e edema da região maxilar direita após traumatismo
♀	2 M	Episódios espásticos (extensão dos braços repentina) após acordar, sem repetições

Tabela 3. Análise dos doentes observados no **Serviço de Urgência Pediátrico** ($n = 15$). *Abreviaturas:* A, anos; M, meses; D, dias.

Género	Idade (anos)	Motivo(s) de Consulta
♂	18	Seguimento por infeção VIH (transmissão vertical)
♀	5	Seguimento por infeção VIH (transmissão vertical)
♂	16	Referenciado por défice laboratorial de IgA
♀	7	Referenciada por défices laboratoriais de IgA e IgM
♂	7	Consulta de seguimento por défice de IgA (complicado por empiema de agente indeterminado)
♂	13	Consulta de seguimento por défice de IgA
♀	18	Referenciada por diagnóstico de S. DiGeorge (patologia cardíaca, défice de aprendizagem e linfocitopenia)
♂	12	Consulta de seguimento por défice de IgA
♀	15	Consulta de seguimento por síndrome linfoproliferativa autoimune (APLS)
♀	10	Consulta de seguimento por défice de IgA
♂	17	Consulta de seguimento por défice de IgA
♀	2	Referenciada por atresia das vias biliares
♂	1	Seguido em consulta de VIH por mãe seropositiva
♀	3	Referenciado por défice de IgA e gastroenterite com isolamento de <i>C. albicans</i> nas fezes
♂	18	Adenopatias cervicais
♀	16	Referenciada por défice laboratorial de IgA
♂	5	Adenopatias cervicais e inguinais
♂	4	Consulta de seguimento por défice de IgA

Tabela 4. Análise dos doentes observados na **Consulta de Imunodeficiências** ($n = 18$).

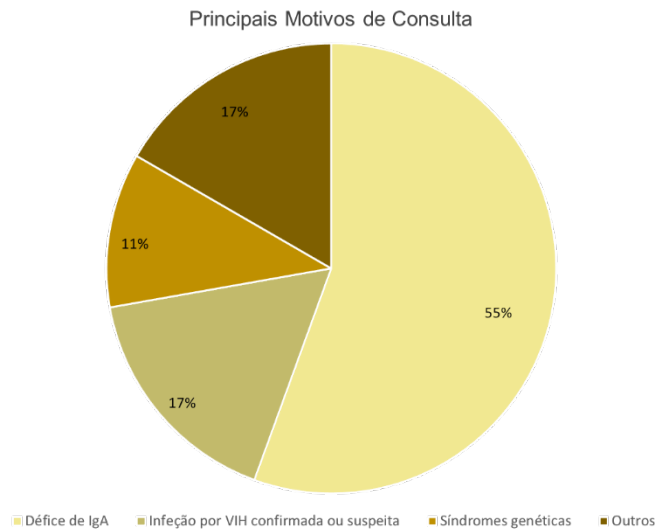


Gráfico 3. Gráfico de distribuição dos principais motivos de consulta na **Consulta de Imunodeficiências** (frequência relativa), $n = 18$.

Género	Idade (anos)	Motivo(s) de Consulta
♂	14	Consulta de seguimento pós-internamento por diagnóstico de rabdomiólise com afeção neurológica
♂	8	Consulta de seguimento por provável diagnóstico de Doença de Charcot-Marie-Tooth
♂	9	Consulta de seguimento após quadro de labirintite com diminuição de equilíbrio
♀	4	Referenciada por história de crises epiléticas

Tabela 5. Análise dos doentes observados na **Consulta de Neuropediatria** ($n = 4$).

Género	Idade	Motivo(s) de Internamento
♀	1 A	Bacterémia oculta
♂	3 A	Convulsão febril
♀	8 D	Icterícia neonatal
♂	1 A	Bronquiolite aguda
♂	7 M	Atrofia muscular espinhal tipo 1, desnutrição e perda ponderal
♀	1 A	Pielonefrite aguda (<i>E. coli</i> ESBL +) e nasofaringite aguda a <i>Rhinovirus</i>
♂	8 M	Irritabilidade de etiologia a esclarecer
♂	8 M	Irritabilidade de etiologia a esclarecer
♂	1 A	Megaureter esquerdo obstrutivo
♂	4 M	Mioclonias dos membros e hipoglicémia
♂	2 A	Bacterémia oculta
♀	8 A	Abcesso odontogénico
♂	2 A	Miosite com rabdomiólise, convulsão generalizada com febre e marcha atáxica
♂	3 A	Artrite séptica articulação rádio-ulnar distal, osteomielite focal da ulna e miosite do quadrado pronador
♂	2 A	Bacterémia e Síndrome de Pearson (mitocondriopatia)

Tabela 6. Análise dos doentes observados no **Internamento** ($n = 15$). *Abreviaturas:* A, anos; M, meses; D, dias; ESBL, beta-lactamase de largo espectro.



Gráfico 4. Gráfico de distribuição de idades de doentes observados no Internamento ($n = 15$)

Género	Idade	Motivo(s) de Internamento
M	5A	Síndrome do enxerto vs hospedeiro após transplante medular por aplasia medular; Gangrena de <i>Fournier</i> ; HTA resistente; Síndrome PRES induzido por ciclosporina
F	6A	Tumor cerebelar (fossa superior) com hidrocefalia; atelectasia pulmonar esquerda
M	5A	Queimadura com extensão >50% de superfície corporal por álcool-gel; infeção cutânea subsequente por <i>P. aeruginosa</i> e <i>C. albicans</i>
F	7A	Pós-traqueostomia num doente com antecedentes de Síndrome de Down
F	7M	Pós-operatório de malformação arteriovenosa congénita cerebral com afeção neurológica

Tabela 7. Análise dos doentes observados na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos ($n = 5$). Abreviaturas: A, anos; M, meses; HTA, hipertensão arterial; PRES, síndrome de encefalopatia posterior reversível.

ANEXO 4 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Idade (anos)	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Motivo(s) de Consulta/Referenciação
33	1001	33s + 3d	Restrição de crescimento fetal
40	0000	29s + 2d	Seguimento de diabetes gestacional
23	1102	30s + 2d	Restrição de crescimento fetal (P7)
37	2002	40s + 2d	Consulta pré-parto, apresentação pélvica
41	0010	29s + 1d	Risco aumentado de aneuploidia, história de morte fetal intra-uterina
29	0000	40s + 1d	Consulta pré-parto (feto no P96)
45	2103	25s	Restrição de crescimento fetal; diabetes gestacional
34	0010	37s + 4d	Seguimento de hipotireoidismo
20	0000	40s + 1d	Consulta pré-parto; Doença de Crohn
36	1001	27s	Seguimento de hipertensão gestacional

Tabela 8 . Análise das grávidas observadas na Consulta de Gravidez de Alto Risco ($n = 10$). Abreviaturas: s, semanas; d, dias, P, percentil.

Idade (anos)	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Motivo(s) de Internamento
37	1001	38s	Placenta prévia, indicação para cesariana eletiva
29	0000	27s + 5d	Restrição de crescimento fetal intra-uterino
36	1102	29s + 5d	Pré-eclâmpsia (gravidez gemelar bicoriónica)
39	2002	28s + 2d	Rotura prematura de membranas, suspeita de corioamnionite
41	0010	30s	Placenta prévia (diabetes gestacional)

Tabela 9 . Análise das grávidas observadas no **Internamento de Medicina Materno-Fetal** ($n = 5$). *Abreviaturas:* s, semanas; d, dias.

Idade (anos)	Índice Obstétrico	Idade Gestacional	Parto	Observação
32	1102	29s + 5d	Cesariana de urgência	Mastite
29	2002	41s	Cesariana eletiva	-
38	0010	40s + 1d	Eutócico	-
32	0000	39s + 2d	Eutócico	Medicada com inibidores da lactação durante 14 dias
27	2103	41s + 1d	Cesariana eletiva	-
30	1102	38s + 1d	Cesariana eletiva	-
22	0000	40s + 4d	Cesariana de urgência após tentativa de indução de trabalho de parto	História de Diabetes Gestacional- tem alta com indicação para PTGO às 6-8 semanas pós-parto
38	0010	41s+2d	Cesariana eletiva	Dor abdominal intensa refratária à analgesia
40	0000	39s + 6d	Eutócico	História de Diabetes Gestacional- tem alta com indicação para PTGO às 6-8 semanas pós-parto
38	1001	39s	Distócico com ventosa	Refere obstipação
28	0000	38s + 6d	Distócico com ventosa	-
37	1102	40s	Eutócico	Infeção por VIH, tem indicação para inibidores de lactação durante 14 dias
23	2002	39s + 6d	Distócico com ventosa	Dor pélvica e mastite
19	0010	41s	Distócico com ventosa	-
25	0000	39s + 1d	Eutócico	-
26	2103	36s	Cesariana eletiva	-
33	0000	38s+3d	Distócico com ventosa	-
22	0000	39s + 2d	Cesariana eletiva	Dor abdominal e na perna esquerda

Tabela 10. Análise das puérperas observadas no **Internamento de Puérperas** ($n = 18$). *Abreviaturas:* s, semanas; d, dias, PTGO, Prova de Tolerância à Glucose Oral; VIH, Vírus da Imunodeficiência Humana.

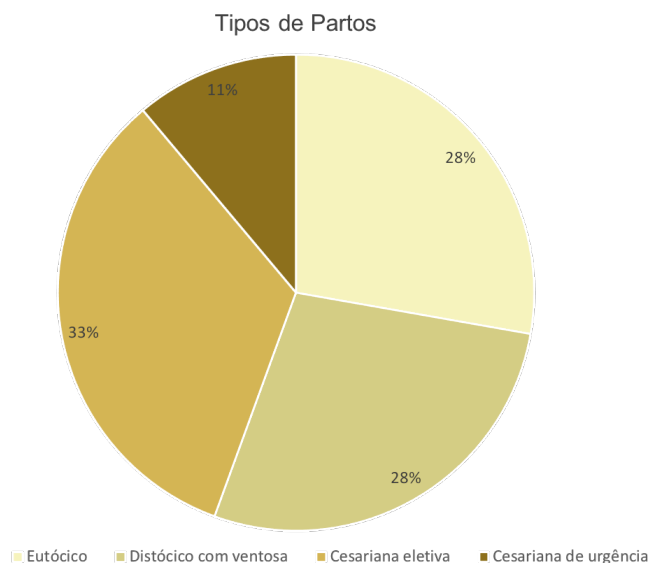


Gráfico 5. Gráfico de distribuição dos tipos de parto a que 18 mulheres no Internamento de Puérperas foram submetidas previamente (frequência relativa), $n = 18$.

Idade (anos)	Índice Obstétrico	Motivo(s) de Consulta
37	0000	Programação de ooforectomia profilática (AP: cancro da mama com mutação BRCA1 +)
70	2002	Carcinoma do endométrio <i>in situ</i>
34	1102	Carcinoma do ovário
66	1001	Carcinoma do endométrio <i>in situ</i>
60	2012	Carcinoma do endométrio <i>in situ</i>
29	0000	Seguimento pós-operatório (HT + ABT) por lesão tumoral <i>borderline</i> do ovário esquerdo com indicação para doseamento de CA125; mantém afrontamentos
26	2103	Seguimento pós-operatório por lesão tumoral e torsão do ovário durante gravidez (IG 15s) com consequente aborto espontâneo
74	0010	Neoplasia do colo do útero detetada em citologia. Realizou RM e PET sem alterações
68	3003	Carcinoma do endométrio G3, realizou radioterapia
58	1001	Adenocarcinoma endometrióide G1, proposta para HT e ABT
37	0000	Programação para HT e ABT profilática (AP: Adenocarcinoma da mama esquerda com mastectomia bilateral submetida a radioterapia)

Tabela 11 . Análise das doentes observadas na **Consulta de Oncologia** ($n = 11$). *Abreviaturas:* ABT, anexectomia bilateral, AP, antecedentes pessoais; HT, histerectomia; IG, idade gestacional.

Patologias Oncológicas das Doentes Observadas

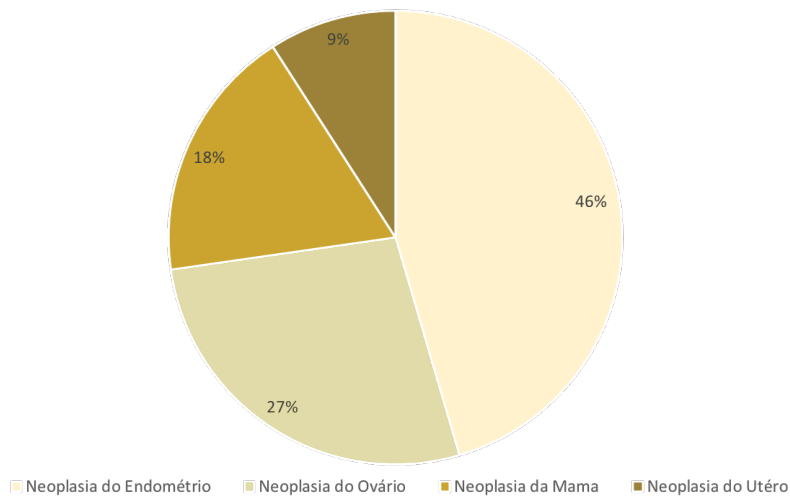


Gráfico 6. Gráfico de distribuição de patologias das doentes observadas na **Consulta de Oncologia** (frequência relativa), $n = 11$.

Idade (anos)	Índice Obstétrico	Motivo(s) para Realização de Exame
37A	0000	Ecografia de rastreio previamente a ooforectomia profilática (AP: mutação BRCA1 +, cancro da mama)
58A	2103	Vigilância de leiomioma uterino
69A	1102	Vigilância de pólo endometrial
57A	1001	Vigilância de adenomiose uterina
39A	1001	Vigilância de ovário contralateral, pós-ooforectomia esquerda por teratoma
50A	0000	Vigilância de adenomiose uterina
49A	1001	Vigilância de quisto do ovário esquerdo
72A	2002	Hemorragia vaginal, quisto do ovário direito

Tabela 12 . Análise das doentes submetidas a **Ecografia Ginecológica por Sonda Vaginal** ($n = 8$). *Abreviatura:* AP, antecedentes pessoais.

ANEXO 5 – CASUÍSTICA DO ESTÁGIO DE CIURGIA GERAL

Género	Idade (anos)	Motivo(s) de Internamento
♂	56	Tromboembolismo pulmonar e insuficiência respiratória aguda.
♀	79	Pneumonia a <i>Legionella pneumophila</i> , diabetes mellitus inaugural e hiponatremia
♀	69	Sépsis grave, erisipela no membro inferior esquerdo e lesão renal aguda
♂	80	Choque hipovolémico de etiologia traumática
♀	64	Choque séptico por pneumonia adquirida na comunidade
♂	64	Pneumonia a SARS-CoV-2 complicada de pneumonia associada ao ventilador com hidropneumotórax
♀	32	Pielonefrite aguda com choque séptico em doente com infeção VIH +
♀	18	Malária grave (<i>Plasmodium vivax</i>) com lesão renal aguda, anemia e trombocitopenia

Tabela 13. Análise dos doentes observados na **Unidade de Cuidados Intensivos** ($n = 8$).

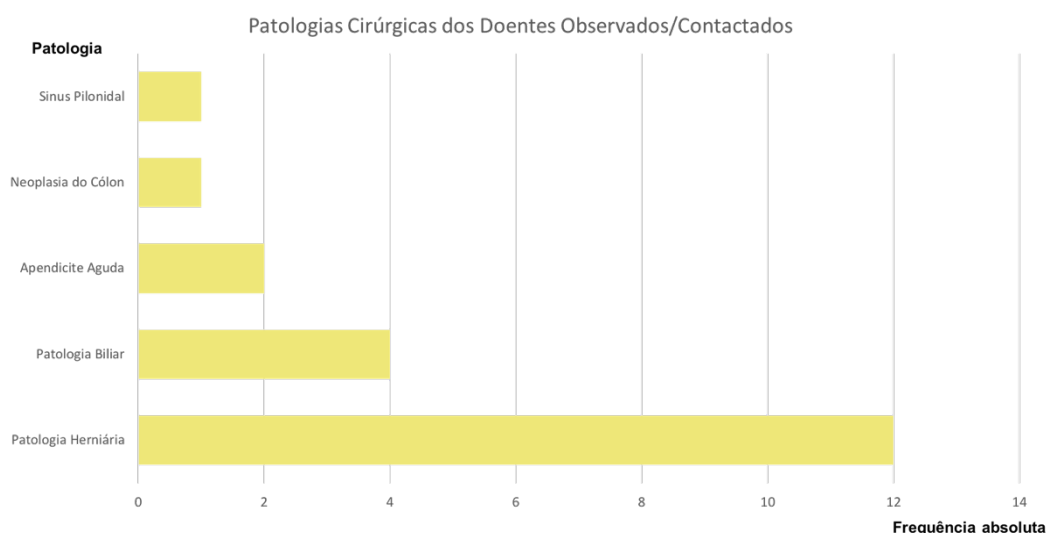


Gráfico 7. Gráfico de distribuição patologias cirúrgicas de doentes observados ou contactos na **Consulta Externa** ($n = 20$).

Género	Idade (anos)	Presencial (P) ou Teleconsulta (T)	Motivo(s) de Consulta
♀	41	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a colecistectomia por coledocolitíase; APs de isquémia mesentérica e peritonite
♀	42	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a colecistectomia (via laparoscópica) por diagnóstico de colecistite aguda
♂	47	T	Diagnóstico de hérnia inguinal esquerda
♀	49	P	Diagnóstico de hérnia umbilical recidivada
♂	53	T	Diagnóstico de polipose vesicular
♂	58	T	Diagnóstico de hérnia inguinal bilateral e hérnia umbilical
♀	63	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a apendicectomia (via laparotómica) por diagnóstico de apendicite complicada de abscesso
♀	64	T	Diagnóstico de polipose vesicular
♂	66	P	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetido a ressecção do cólon sigmoideu com realização de anastomose, após diagnóstico de neoplasia na região sigmoideia (estadio pT1N0)
♂	66	P	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetido a hernioplastia (via extra-peritoneal) por diagnóstico de hérnia inguinal direita
♂	68	P	Diagnóstico de hérnia inguinal bilateral
♀	70	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a hernioplastia (via laparoscópica) por diagnóstico de hérnia femoral bilateral
♀	74	T	Seguimento pós-cirúrgico de hernioplastia (via laparotómica), após diagnóstico de hérnia inguinal direita
♀	55	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a hernioplastia (via laparoscópica) por diagnóstico de hérnia inguinal indireta à esquerda
♂	21	P	Diagnóstico de hérnia inguino-escrotal à esquerda
♂	46	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a hernioplastia por hérnia de Spiegel
♀	41	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a hernioplastia por hérnia umbilical
♂	73	P	Avaliação de recidiva de hérnia inguinal direta à direita, 3 meses após hernioplastia (via laparoscópica) auxiliada por TC pélvica
♂	21	P	Avaliação, limpeza e desbridagem de sinus pilonidal com realização de penso; AP: Doença de Crohn
♀	27	T	Seguimento pós-cirúrgico de doente submetida a apendicectomia (via laparoscópica) por diagnóstico de apendicite aguda

Tabela 14. Análise dos doentes observados na **Consulta Externa de Cirurgia Geral** ($n = 20$). *Abreviaturas:* AP, antecedentes pessoais; TC, tomografia computadorizada.

Género	Idade (anos)	Motivo(s) de Internamento
♂	65	Colangite aguda complicada de abscesso hepático recidivante, submetido a colocação de dreno e antibioterapia dirigida; Infecção ativa por SARS-Cov-2
♀	55	Suspeita de coledocolitíase em doente com quadro de cólica biliar e aumento dos marcadores de citocolestase
♂	88	Estado confusional agudo, status pós-operatório de colecistectomia por colecistite aguda

Tabela 15. Análise dos doentes observados no **Internamento de Cirurgia Geral** ($n = 3$).

Género	Idade (anos)	Motivo(s) de Internamento	Motivo de Solicitação à Equipa de Cirurgia Geral
♂	88	Amaurose fugaz e suspeita de artrite de células gigantes	Biópsia da artéria temporal direita
♀	86	Estado confusional agudo	Drenagem de hematoma do membro superior esquerdo
♂	88	Retenção urinária e tumefação escrotal	Avaliação clínica com diagnóstico de cistocelo escrotal
♂	19	Politraumatismo após queda de 7 andares com fratura isquial	Avaliação clínica
♂	84	Dor abdominal e obstipação - suspeita de colite	Exclusão de apendicite por espessamento do apêndice em imagem de TC

Tabela 16. Análise dos doentes observados na **Urgência Hospitalar de Cirurgia** ($n = 5$). Abreviatura: TC, tomografia computadorizada.

Género	Idade (anos)	Motivo de Admissão
♂	24	Ferida no lábio superior com necessidade de sutura com pontos simples
♂	55	Fissura anal
♀	65	Queda da própria altura, hematoma do membro inferior direita, sem fraturas
♀	30	Quisto sebáceo inflamado na axila esquerda
♀	31	Drenagem de quisto sebáceo e sutura com pontos de <i>Donatti</i>
♀	35	Abcesso cutâneo na região axilar
♂	25	Hidradenite axilar esquerda
♂	78	Ferida profunda do 1º dedo da mão esquerda com necessidade de sutura com pontos simples
♂	91	Fratura de 3 arcos costais por queda de 2 metros de altura
♂	35	Traumatismo da órbita e lábio

Tabela 17. Análise dos doentes observados na **Sala de Pequena Cirurgia** ($n = 10$).

Género	Idade (anos)	Diagnóstico	Procedimento Cirúrgico
♂	74	Rotura da artéria esplénica e esplenomegália em doente com AP de DHC alcoólica e pancreatite crónica	Pancreatectomia corpo-caudal e esplenectomia total
♀	55	Coledocolitíase em resolução	Colecistectomia via laparoscópica
♂	19	Apendicite aguda	Apendicectomia via laparoscópica
♂	71	Deiscência de anastomose colon-sigmoideia após hemicolectomia por neoplasia colorretal	Colostomia
♂	63	Neoplasia gástrica	Gastrectomia total
♀	45	Doença de refluxo gastroesofágico	Funduplicatura de Nissen
♀	8	Hérnia inguinal à esquerda	Herniorrafia por via laparotómica
♂	71	Carcinoma colorretal com necessidade de QT adjuvante	Colocação de câmara infusora de QT (Implantofix) via CVC
♂	82	Carcinoma colorretal com necessidade de QT adjuvante	Colocação de câmara infusora de QT (Implantofix) via CVC
♂	32	Carcinoma colorretal com necessidade de QT adjuvante	Colocação de câmara infusora de QT (Implantofix) via CVC
♀	78	Neoplasia da mama com necessidade de QT adjuvante	Colocação de câmara infusora de QT (Implantofix) via CVC
♀	75	Neoplasia da mama com necessidade de QT adjuvante	Colocação de câmara infusora de QT (Implantofix) via CVC
♂	21	Enfisema subcutâneo e pneumotórax	Pleurodese e lobectomia por toracoscopia*
♀	62	Fratura trocantérica da anca à esquerda	Estabilização cirúrgica por implantação de cavilha antirrotativa*
♂	45	Litíase renal com obstrução pós-renal	Inserção de stent ureteral em J*
♂	71	Hematúria pós ressecção de carcinoma da bexiga	Cistoscopia com eletrocauterização de focos hemorrágicos*

* Cirurgias observadas fora do âmbito da Cirurgia Geral

Tabela 18. Análise dos doentes e respetivas cirurgias observadas no **Bloco Operatório** ($n = 17$). *Abreviaturas:* AP, antecedentes pessoais; DHC, doença hepática crónica; QT, quimioterapia; CVC, cateter venoso central

ANEXO 6 – CASUÍSTICA DO MEDICINA INTERNA

Género	Idade (anos)	Motivo(s) de admissão	Exames Complementares de Diagnóstico	Diagnóstico(s)	Plano terapêutico
♂	45	Dor retroesternal de intensidade moderada durante a noite, com 6 horas de evolução; História de pirose e azia	ECG; Análises: hemograma, ionograma, enzimas miocárdicas	Provável DRGE	1. Medicação com pantoprazol e analgesia; pedir consulta de gastroenterologia
♀	69	Lombalgia e sensação de choque com irradiação para a coxa, perna e pé direitos; sensação de formigamento na face ântero-lateral da coxa e perna direitos	-	Radiculopatia por provável hérnia L4 e L5 já diagnosticada	1. Medicação com ceterolac, flexiban e pregabalina 2. Pedir consulta de neurocirurgia
♀	63	TCE e dor no pé direito após queda por síncope com pródromo de mal-estar geral e calores;	ECG, hemograma, ionograma, função renal, hepática, LDH; Radiografia do pé direito	Síncope vasovagal	1. Tranquilizar, medicação com AINE
♀	59	Cefaleia na região frontal e dor simétrica dos membros inferiores. Quadro de ansiedade. TA 218/102 mmHg	ECG, hemograma, ionograma, função renal e hepática	Crise hipertensiva	1. Perindopril e diazepam PO
♀	63	Cansaço marcado, edema dos membros inferiores, febre nas bases pulmonares	ECG, análises com hemograma, ionograma, função renal, hepática, marcadores necrose miocárdica, LDH; Radiografia tórax	Insuficiência cardíaca descompensada por fibrilhação auricular	1. Furosema PO; 2. Internamento para controlo sintomático, de ritmo e frequência
♂	74	Prostação, epigastria e mal-estar generalizado. AP: DM tipo 2, EAM há 2 anos. TA 98/52 mmHg, FC 105 TT 36.6°C	ECG, análises com hemograma, ionograma, função renal, hepática, marcadores necrose miocárdica, LDH, Urina II, TAC AP. Gasimetria arterial.	Inconclusivo	1. Fluidoterapia EV; 2. Analgesia com paracetamol; 3. Necessidade de internamento para esclarecimento diagnóstico e observação
♀	84	Toracalгия esquerda com um dia de evolução, com agravamento com movimentos respiratórios e palpação torácica. AP: arritmia e hipertensão arterial TA 222/88 mmHg	ECG, análises com hemograma, ionograma, função renal, hepática, marcadores necrose miocárdica, D-Dímeros; Radiografia do tórax	Crise hipertensiva; Síndrome psicossomática/ansiedade vs costochondrite	1. Nitromint sublingual 2. Tranquilizar doente relativamente aos resultados dos ECDTs realizados

Tabela 19. Análise dos doentes observados no **Serviço de Urgência** ($n = 7$). *Abreviaturas:* AP, antecedentes pessoais; DM, diabetes mellitus; EAM, enfarte agudo do miocárdio; ECDTs, exames complementares de diagnóstico; ECG, eletrocardiograma; EV, endovenosa; LDH, lactato desidrogenase; PO, *per os*; TA, tensão arterial; TAC AP, tomografia computadorizada abdominopélvica; TCE, traumatismo cranioencefálico; TT, temperatura timpânica.

Idade (anos)	Motivo(s) de internamento	Antecedentes pessoais	Diagnóstico principal	Diagnósticos secundários	Duração de internamento	Destino de alta
48	Prostração, lentificação psicomotora após queda da própria altura	Esquizofrenia	Rabdomiólise pós-traumática	Litíase vesicular	5 dias	Residência Social SCML
91	Desidratação por quadro de diarreia e vômitos	Demência HTA	Lesão renal aguda	Litíase vesicular	3 dias	Domicílio com apoio
82	Prostração após queda da própria altura por síncope	HTA	Bloqueio AV 2º grau- Mobitz tipo II	-	48 dias	Lar
66	Síndrome demencial de novo	-	Glioblastoma	-	15 dias	Lar
82	Dispneia, febre, fúrvos base pulmonar direita, hipoxémia	DPOC	Pneumonia adquirida na comunidade	-	8 dias	Lar
91	Dispneia, edema MI direito, hipoxémia	HTA IC NYHA III	IC descompensada	-	7 dias	Domicílio com apoio
94	Prostração e dispneia, GCS 6	HTA DRC	Carcinoma origem oculta metastizado	-	1 dia	Faleceu
85	Febre, prostração, dispneia associada a insuficiência respiratória tipo 1	Internamento por pneumonia e TEP há 1 mês; Fibrose pulmonar	Pneumonia bilateral sem agente identificado	-	14 dias (31/03 - 14/04)	Lar
	Agravamento de dispneia e prostração		Descompensação de doença pulmonar estrutural de base	-	4 dias (20/04 - 24/04)	Lar
77	Dor torácica pleurítica, dispneia	Carcinoma do pulmão metastizado	Derrame pleural secundário a neoplasia do pulmão	-	10 dias	Domicílio
69	Hemiparésia esquerda, hipossensibilidade facial esquerda e afasia de expressão	HTA	AVC isquémico do lobo frontal direito	Dislipidémia Enxaqueca	5 dias	Domicílio
76	Dispneia severa, hiperleucocitose	HTA Dislipidémia	Leucemia mielóide aguda com leucostase	Insuficiência cardíaca	8 dias	Faleceu
81	Ascite maciça associada a atelectasia os lóbulos pulmonares inferiores	Neoplasia do urotélio de alto grau DRC	Ascite carcinomatosa secundária a neoplasia do urotélio de alto grau	DRC agudizada	9 dias	Faleceu
53	Trombocitopenia e equimoses fáceis	-	Púrpura trombocitopénica imune	-	5 dias	Domicílio
71	Febre sem foco	DM tipo 2	Infeção de quisto hepático	-	40 dias	Domicílio
95	Dispneia, edema dos membros inferiores	HTA DM tipo 2	Descompensação de insuficiência cardíaca	-	5 dias	Domicílio
73	Febre, astenia e prostração	Síndrome depressiva	Linfoma não Hodgkin	Insuficiência renal aguda	12 dias	Faleceu
69	Anemia, dores ósseas generalizadas e lesão renal aguda	-	Mieloma múltiplo	-	-	Permanece internada
88	Hiponatremia grave e desidratação; Hematomas por queda da própria altura	HTA Fratura L2 Síndrome depressiva Dislipidémia	Hiponatremia grave iatrogénica a clortalidona, sertralina e benzodiazepinas.	-	8 dias	Domicílio.
74	Hemiparésia esquerda e disartria súbitas.	Artrite reumatoide HTA MGUS	AVC isquémico do lobo frontal	-	10 dias	Domicílio
73	Dispneia com 1 dia de evolução, disfonia e tosse acompanhantes.	Carcinoma mama esquerda metastizado Síndrome depressiva	Derrame pleural de etiologia neoplásica	Cardiopatia por toxicidade a terapêutica antineoplásica	9 dias	Domicílio
51	Epigastria aguda constante com irradiação lombar	Pancreatite crónica Abuso de álcool Tabagismo ativo HTA Pancreas divisum	Pancreatite aguda alitiásica	-	10 dias	Domicílio
73	Dispneia, agravamento de tosse e toracalgia	Enfisema pulmonar Tabagismo ativo	Exacerbação de DPOC por pneumonia adquirida na comunidade	-	7 dias	Domicílio
85	Anemia ferropénica referenciada pelo médico de família	Poliomielite	Anemia ferropénica de etiologia a esclarecer	-	8 dias	Domicílio
102	Prostração, febre, vômitos	DM tipo 2 HTA ITU de repetição	Pielonefrite a <i>Pseudomonas Aeruginosa</i>	Desidratação por hipernatremia por recusa alimentar e hídrica	12 dias	Domicílio
83	Crise convulsiva tónico-clónica generalizada com incontinência de esfínteres	Neoplasia do cólon com metastização hepática e peritoneal	Crise convulsiva de etiologia metastática cerebral (?) – a esclarecer por ECDTs	Quadro confusional secundário a ITU	-	Domicílio
57	Letargia, confusão e desorientação	Carcinoma da mama bilateral HER+, ER+, metastizado ao osso e fígado.	Hipercalcémia maligna grave de 14 mg/dl	Hipocalcémia iatrogénica	-	Permanece internada

Tabela 20. Análise das doentes observadas no **Internamento do Serviço de Medicina 2.1** ($n = 27$). **Abreviaturas:** AV, atrioventricular; AVC, acidente vascular cerebral; DM, diabetes mellitus; DPOC, doença pulmonar obstrutiva crónica; ECDTs, exames complementares de diagnóstico; GCS, Glasgow Coma Scale; HTA, hipertensão arterial; ITU, infeções do trato urinário; IC, insuficiência cardíaca; MI, membro inferior; MGUS, gamopatia monoclonal de significado indeterminado; NYHA, New York Heart Association; TEP, tromboembolismo pulmonar.

Gênero	Idade (anos)	Motivo (s) de consulta	Avaliação de consulta	Plano
♀	79	Seguimento de DM tipo 2 e HTA.	Valores de glicêmias instáveis. Valores tensionais elevados no domicílio. Hipertrigliceridemia.	1. Ajuste terapêutico: Insulina Humalog mix 25 de 10 (manhã)- 6 (tarde) - 12 (noite) para 14 - 8 -14. 2. Iniciar amlodipina 5mg 1id, e fenofibrato. 3. Próxima consulta (PC) em 6 meses.
♂	77	Pós-internamento por AVC da ACP	Refere melenas e hemorragia gengival abundante. Medicado com edoxabano 60 mg.	Diminuição da dose de edoxabano para 30 mg.
♂	64	Seguimento de DM tipo 2 e HTA	Valores de glicêmias elevados (>200 mg/dL) Valores tensionais elevados no domicílio. Hipertrigliceridemia. Entorse de tornozelo direito (edema e rubor). MH: valsartan 80 mg 1id, Insulina humana basal e fenofibrato.	1. Aumentar dose de valsartan para 160 mg; 2. Iniciar liraglutide. 3. Pedir ecografia do tornozelo direito. 3. PC em 6 meses.
♀	75	Seguimento de DM tipo 2	Valores de glicemia elevados à noite, episódios de hipoglicemia. Nefropatia diabética (TFG de 21); MH: Insulina humana isofânica 16U + 24U	1. Decide-se manter terapêutica com ajuste de Unidades de Insulina consoante valores de glicêmias; 2. Prescrição de sensor intersticial para maior comodidade da doente. 3. PC em 6 meses.
♂	78	Seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 40 anos.	AP: HTA, Doença de Flegel, esofagite MH: insulina humalog mix 25 14 - 8 - 18, sinvastatina 20 mg, furosemida 40 mg, amlodipina 10 mg, tidopidina; carvediol 25 mg. Glicêmias: Jejum 139 - 218; Amoço 75 - 185; Jantar 176 - 177; HbA1c 6,6 %; TFG 4; LDL 61 mg/dL. Desde há 3 anos quadro de rinorreia, congestão nasal, tosse com expetoração e tosse; refere também pirose após decúbito.	1. Alterar estatina para atorvastatina 20 mg; 2. Iniciar pantoprazol 40 mg e sucralfato 1g; 3. Amoxicilina e ácido clavulânico durante 10 dias, furoato de fluticasona intranasal. 4. Pedir avaliação da ORL 5. PC em 6 meses.
♀	64	Seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 40 anos	AP: Neurorretinite bilateral MH: Metformina 1100 mg; Insulina glargina (Lantus) 28-30 U ao PA; Insulina Novorapid 4U ao almoço; Rosilam 3U, Prednisolona em gotas; ciclosporina 100. Valores de glicêmias oscilantes: PA 67 - 144 mg/dL, Jantar 102- 184 mg/dL. HbA1c 8%. LDL 100 mg/dL. TA hoje de 180/100 mmHg, não mede no domicílio.	1. Pedir medição de TA no domicílio. 2. Mantém terapêutica, explicando que se valores < 80 mg/dL, deve comer primeiro e administrar insulina de seguida (28 U); se >100 mg/dL, administrar 30 U insulina. 5. PC em 6 meses.
♀	75	Teleconsulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 38 anos.	AP: tireoidectomia em 2015; demência; perturbação depressiva; HTA, dislipidemia, vertigem, angina estável. MH: Carvedilol 25 mg, amlodipina, rosuvastatina, betaserc, donepezilo, memantina, mirtazapina, vortioxetina, mononitrato de isossorbido. Glicêmias: PA 121-51; Jantar 130-151 mg/dL. HbA1c 6,3 %.	1. Manter terapêutica; 2. PC em 6 meses.
♂	57	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 53 anos.	AP: retinopatia diabética; MH: Insulina glargina 24 U jantar; sitagliptina 50 mg + metformina 1000 mg 1+1; dapaglifozina 1cp manhã. Análises: Glicémia 147 mg/dl, HbA1c 7.4 %, LDL 94 mg/dL, Creatinina 1.01 mg/dl. Glicémia capilar: jejum- 106-143 mg/dl; jantar- 113-212 mg/dl.	1. Manter terapêutica; 2. PC em 6 meses.
♂	88	Consulta de seguimento após internamento em em 2019 por TEP	AP: DM tipo 2, dislipidemia, anemia ferropénica MH: Edoxabano 60, vidagliptina 50 + metformina 1000 1id manhã Apresenta episódios de confusão mental. Análises com hemograma, glicémia, perfil lipídico, estudo do ferro sem alterações.	1. Suspende folíclil 2. Inicia quetiapina 25 mg ao deitar 3. PC em 6 meses.
♂	65	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 38 anos.	AP: HTA, glaucoma no olho esquerdo, AVC sem sequelas. Internado no HSJ com alta há 15 semanas por descompensação da DM. MH: nifedipina 30 mg, candesartan 36 mg, atorvastatina 20 g, bisacodilo, timolol + dorzolamida (1 gota), Edoxabano 60 mg, Tresiba (insulina degludec) 20 U jantar; Glicêmias: jejum 150 mg/dl; jantar- 192-212 mg/dl;	1. Inicia Humalog rápida 8U após PA, almoço e jantar; 2. PC em 6 meses.
♂	60	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 54 anos.	AP: artrite psoriática, amiloidose AA com afeção gástrica e renal, HTA, obesidade MH: lercanidipina 20 mg 1id, Insulina humalog mix 25 14+ 20 + 22, adalimumab, darbepoetina alfa, alprazolam, esomeprazol 40. TA 176/93 mmHg, FC 80 bpm. Glicêmias instáveis: JJ e jantar tem hiperglicêmias, tarde tem hipoglicêmias.	1. Insulina passa a 12 + 16 +20 2. Lercanidipina 10 mg de manhã + lisinopril 20 à noite 3. PC em 6 meses.
♀	83	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 81 anos.	AP: hipotireoidismo; Internada a julho 2020 por AVC com afasia de expressão MH: sitagliptina + metformina, diltiazem 90 mg, levotiroxina, sinvastatina, alprazolam. Glicêmias capilares: 124-130 mg/dl em jejum	1. Manter terapêutica; 2. PC em 6 meses.

.../

.../

Gênero	Idade (anos)	Motivo (s) de consulta	Avaliação de consulta	Plano
♀	80	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 61 anos.	AP: disipidemia MH: atorvastatina 20mg, metformina 500mg 3id, insulina humalog 25 mix 12 + 6. Parou dapaglifozina há 5meses por hipoglicémias (70-80) Quadro de náuseas e vômitos com 2m de evolução, fez EDA sem alterações. Provável gastroparésia secundária à DM. Glicemia média 121 mg/dl, HbA1c 8.1 %, microalbuminúria 5, Colesterol total 199 mg/dl, TG 82 mg/dl. Glicémias capilares: em jejum- 98-112-194; Almoço- 74-95; Jantar- 159-220.	1. Recomendar dieta mais fragmentada de 2/2h. 2. Suspende metformina 3. Faz insulina levemir 12U (PA) + 6U (jantar) 4. Medico com domperidona e pantoprazol 5. PC em 6 meses
♂	68	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 60 anos.	AP: HTA, dislipidemia, taquidistritmia supraventricular com múltiplos internamentos na Cardiologia com 2 ablações. MH: Ticagrelor 90 mg, Perindopril 4 + indapamida 1.25, Amiodarona 200, atorvastatina 40mg, omeprazol 20 mg, siptagliptina 100 PA, fenofibrato, AAS 100 mg. TA 160/80 mmHg, FC 60 bpm Glicémias capilares instáveis: hipoglicémias 24-32 mg/dl, hiperglicémias 200-250 mg/dl. HbA1c 7.5%, Creatitina 2.02 mg/dl.	1. Dieta mais fragmentada com necessidade de comer de 2/2h. 2. Para siptagliptina e inicia linagliptina 5mg.
♂	62	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 57 anos	AP: Infecção VIH e DM tipo 2 diagnosticados em internamento em 2014, tabagismo ativo MH: AAS, carvedilol 25 mg, atorvastatina 40 mg, furosemda, praxilene, sitagliptina + metformina 50 + 1000, insulina basal ao jantar 34U Não tem cumprido medicação antidiabética. Refere polidipsia e poliúria. GC 500 mg/dl. Não fez análises nem tem medido GCs. Peso 75 kg; TA 150/50 mmHg.	1. Pedido de novas análises com reavaliação após 2 semanas 2. Reforço de importância de adesão terapêutica 3. Insulina basal 20U ao PA + 30 U ao jantar 4. Recomendar medição TA na farmácia /domicílio com frequência
			Análises com glucose a 194 mg/dl. GC 200-250 mg/dl	1. Reforço de importância de adesão terapêutica 2. Mantém terapêutica 3. PC em 6 meses
♂	80	Consulta de seguimento de Medicina Interna	AP: HTA, estenose aórtica, amiloidose cardíaca, HBP. Internamento em maio 2020 por derrame pleural e ICC grave. Suspeita de amiloidose cardíaca. MH: Pantoprazol 20 mg, furosemda 40 mg, espironolactona 25 mg, apixabano 2.5 mg, Ramipril 25 mg, metolazona 5mg, tansulosina, quetiapina 100 mg., TA 120/58 mmHg, FC 69 bpm Análises: Cr 1.45, plaquetas 100.000->39.000, leucócitos 3.950, Hb 10.8. Refere gonalgia. Nega perdas hemáticas. AP: MV diminuído à direita	1. Pedido de consulta de Hematologia 2. Medicar com tramadol 3. PC em 6 meses
♂	79	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 50 anos.	AP: neoplasia do colon com ressecção cirúrgica, prostatectomia, HTA MH: Gliclazida, sitagliptina + metformina, dapaglifozina, valsartan, insulina levemir 16U ao jantar GC em jejum 130-160 mg/dl; após jantar 120-130 mg/dl; TAS de 150-160 mmHg.	1. Adicionar amlodipina 5 mg a esquema terapêutico 2. Mantém restante terapêutica 3. PC em 6 meses
♂	77	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 57 anos.	AP: neoplasia do colon em 2012, retinopatia diabética MH: Insulina humalog mix 2.5 24U + 12U, telmisartan + hidroclorotiazida, atorvastatina 20 mg. Análises: HbA1c 7.9%, Cr 1.2, GCs bem controladas.	1. Mantém terapêutica 2. PC em 6 meses
♀	64	Consulta de seguimento de DM tipo 2 diagnosticada aos 59 anos e HTA.	AP: Hipertrigliceridemia e toxicidade a estatina. MH: Sitagliptina + metformina, gliclazida, dapaglifozina, olmesartan+hidroclorotiazida, trental, diulo, zyloric. Apresenta angor de esforço e cansaço para pequenos esforços. Prova de esforço não realizada por intolerância, com indicação para coronariografia. Análises: glucose 170 mg/dl, HbA1c 7.9%, Ureia 41 mg/dL, Creatitina 1 mg/dL, Colesterol total 208 mg/dL, LDL 137 mg/dL, TG 242 mg/dL.	1. Pedido de consulta de Cardiologia 2. Inicia ezetimiba

Tabela 21 . Análise dos doentes observados na **Consulta de Medicina Interna e Diabetologia** (n = 20). *Abreviaturas:* ACP, artéria cerebral posterior; AP, antecedentes pessoais; AVC, acidente vascular cerebral; Cr, creatinina sérica; DM, diabetes mellitus; jj, jejum; HTA, hipertensão arterial; MH, medicação habitual; PC, próxima consulta; TAS, tensão arterial sistólica; TFG, taxa de filtração glomerular; VIH, Vírus da Imunodeficiência Humana.

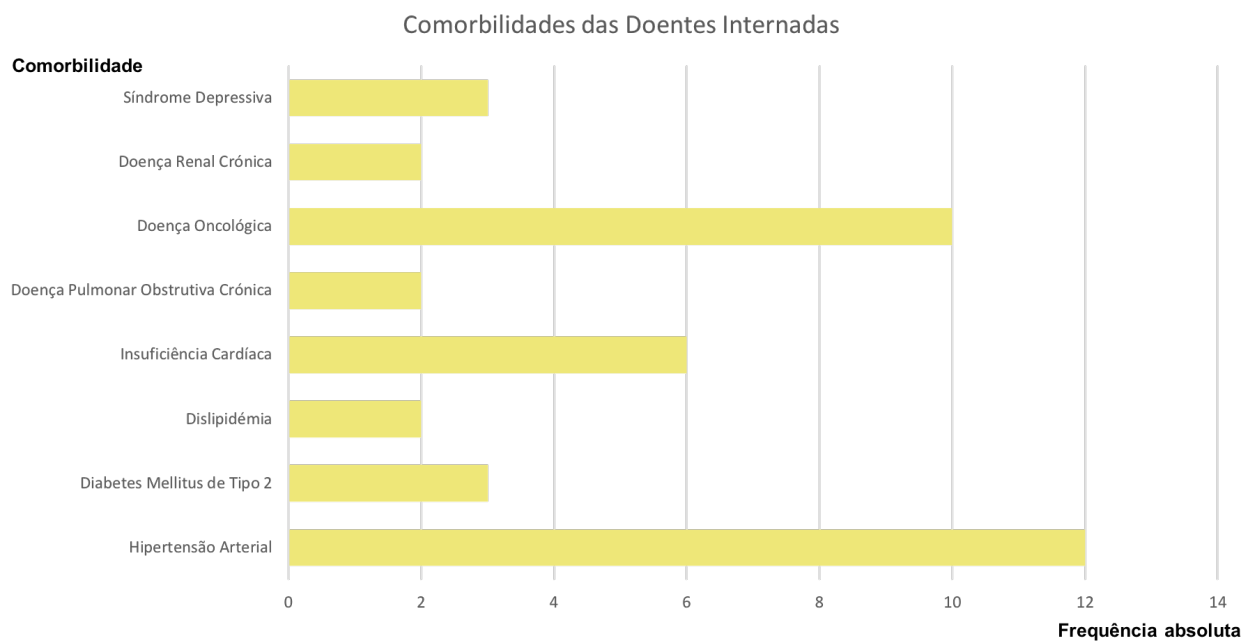


Gráfico 8. Gráfico de distribuição de comorbilidades das doentes observadas no **Internamento** do Serviço de Medicina 2.1.

ANEXO 7 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PROJETO MED ON TOUR – BELMONTE (2017)

 Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico Electronic Certificate of Participation Issuance Receipt Decreto-Lei n.º 290-D/99, de 2/08 (com as alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 62/2003, de 3/04- Directiva 1999/93/CE) Portuguese Law-decrees 290-D/99 and 62/2003 - European Union Directive 1999/93/CE	
Código de Certificado / Certificate PIN	177Fjf
Pesquisar na base de dados pública em http://anem.pt/certificados	
Emitido por Issued by	ANEM - Associação Nacional de Estudantes de Medicina Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4200-319 Porto

Identificação Identification	Rafael Alexandre Jacinto Pires BI: 14224256
Atividade com participação certificada Certified Activity	Med On Tour - Belmonte Julho 2017 O Med On Tour é um projeto que tem como objetivo envolver os estudantes de Medicina de todo o país com a comunidade à periferia, ao mesmo tempo que oferece aos futuros médicos um contacto precoce com a realidade das populações, esperando criar estudantes de medicina sensíveis às inequidades existentes na saúde da comunidade onde se inserem. São realizados rastreios, visitas porta-a-porta e lares de idosos, sensibilização para os direitos dos doentes, sensibilização nocturna sobre temáticas de Saúde Sexual e Reprodutiva, um "hospital para pequeninos" e outras atividades com crianças. Em 2017, a atividade decorreu de 19-23 de julho, em Belmonte.
Data da Atividade Date of activity	23 / 07 / 2017
Outras Atividades Other Activities	Participante do Med On Tour, tendo estado presente nos dias 19-23 de julho

Documento Processado por Computador. A emissão do certificado electrónico não carece de assinatura. Este documento é válido desde que a informação nele contida seja coincidente com a apresentada na Base de dados Pública (identificação do aluno, Atividade com Participação Certificada e a Data da Actividade).

Electronic Document. The issuing of electronic certificates does not require a signature. This document is legitimate so long as the information it contains is subject to validation in the Public Database (e.g.: Student Identity, Certified Activity and Date of Activity).

ANEXO 8 – CERTIFICADO DE COLABORAÇÃO COMO VOLUNTÁRIO NA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LISBOA (2018/2019)



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que RAFAEL ALEXANDRE JACINTO PIRES colaborou como voluntário na Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, de 26 de Novembro de 2018 até 25 de Setembro de 2019, na Casa de Acolhimento dos Girassóis, especificamente no apoio ao estudo junto de crianças do 1º ciclo.

O Voluntário demonstrou responsabilidade, capacidade de organização, motivação e compromisso, contribuindo assim para a melhoria do aproveitamento escolar.

Lisboa, 21 de Maio de 2021

A Diretora da Unidade
de Promoção do Voluntariado

(Luísa Godinho)

ANEXO 9 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NOS RASTREIOS MÉDICOS (2018)



Rastreios Médicos CC Alegro Setúbal

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

AEFCM - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

142242560ZY7

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5a9d7b6f1a0e1

Evento

Rastreios Médicos CC Alegro Setúbal

10-03-2018 09:30 → 11-03-2018 20:00 19 horas

Não percas esta oportunidade!

Cresce como médico ao entrar em contacto direto com a população e aconselha para estilos de vida mais saudáveis.

O MarcaMundos guardou vagas para ti nos dias 10 e 11 de Março, no CC Alegro Setúbal, onde estaremos a rastrear Hipertensão, Diabetes e Obesidade. Os rastreios são gratuitos, no entanto donativos são aceites e reverterem a 100% para o MarcaMundos.



aefcm.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico
Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE



ANEXO 10 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA CAMPANHA DIZ NÃO A UMA SERINGA EM SEGUNDA MÃO (2019)



Diz não a uma seringa em segunda mão

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

AEFCM - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

142242560ZY7

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5c8ac5ddac1f6

Evento

Diz não a uma seringa em segunda mão

26-03-2019 10:00 → 11-04-2019 17:45

Junta-te a nós e colabora com o programa "Diz não a uma seringa em segunda mão" da DGS. Vem para o terreno nesta ação de troca de seringas que se realiza no Bairro 6 de Maio, na Amadora.

Este programa decorrerá de 26 de março a 11 de abril, de terça a quinta, e está aberto a todos os estudantes da NMS | FCM.

Períodos disponíveis: Manhãs (10h-11h45) e tardes (14h-17h) de terça-feira a quinta-feira.

ANEXO 11 – CERTIFICADO DE INTEGRAÇÃO NA COMISSÃO ORGANIZADORA DO HOSPITAL DA BONECADA
(2019)

40 anos
AEFCM

**XVIII Hospital
Bonecada®**
by **BAYER**

A ASSOCIAÇÃO DE ESTUDANTES DA NOVA MEDICAL SCHOOL | FACULDADE DE
CIÊNCIAS MÉDICAS [AEFCM] CERTIFICA QUE
Rafael Alexandre Jacinto Pires

INTEGROU A COMISSÃO ORGANIZADORA DO PROJETO XVIII HOSPITAL DA
BONECADA® BY BAYER NO MANDATO DE 2019, COMO COORDENADOR(A)
DO DEPARTAMENTO DE COMUNICAÇÃO

Manuel Guarda
MANUEL GUARDA
[PRESIDENTE DO XVIII HOSPITAL DA BONECADA®]

Madalena Pestana
MADALENA PESTANA
[VICE-PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEFCM]

Bernardo Lisboa Resende
BERNARDO LISBOA RESENDE
[PRESIDENTE DA DIREÇÃO DA AEFCM]

LPT.MKT. 09.2019.2674

ANEXO 12 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO CURSO TEAM (2021)



Certificado

Pelo presente se certifica que

RAFAEL ALEXANDRE JACINTO PIRES

assistiu e participou ativamente no Curso TEAM (Trauma Evaluation and Management), realizado no dia 21 de Maio de 2021.

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. José Luís Ferreira
Coordenador 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

ANEXO 13 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS SESSÕES DE SIMULAÇÃO DA UNIDADE CURRICULAR DE CIRURGIA (2021)



Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS I Janeiro 2021

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusíada 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

142242560ZY7

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-6013c9fb79d55

Evento

Sessões Simulação – UC Cirurgia NMS I Janeiro 2021

25-01-2021 09:00 → 01-02-2021 12:00 - Duração: 3 horas

No âmbito da Unidade Curricular de Cirurgia, torna-se imprescindível o treino de procedimentos essenciais à prática clínica.

Aquisição de conhecimentos, aptidões e competências para o desempenho em cirurgia de tarefas relativas a procedimentos essenciais (frequentes e/ou relevantes) das especialidades cirúrgicas.

Atividades frequentadas

Sessão I 29 de Janeiro I 9h00 - 12h00

29-01-2021 09:00 → 29-01-2021 12:00 - Duração: - 3 horas

ANEXO 14 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA iMED CONFERENCE 10.0 (2018)



iMed Conference® 10.0 Lisbon 2018



— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

AEFCM - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

Evento

iMed Conference® 10.0 Lisbon 2018

03-10-2018 13:30 → 07-10-2018 14:00 33 horas

The iMed Conference® 10.0 | Lisbon 2018 will take place between the 3rd and 7th of October at Teatro Camões and NOVA Medical School | Faculdade de Ciências Médicas.

Prepare for ground-breaking lectures, practical workshops, challenging competitions and an immersive social programme.



aefcm.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico
Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE





IV Jornadas Médicas da NOVA

— Certificado de Participação



EMITIDO POR:

AEFCM - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

Evento

IV Jornadas Médicas da NOVA

12-05-2018 09:00 → 13-05-2018 18:30 18 horas

As Jornadas Médicas da NOVA são um congresso organizado anualmente pela AEFCM focado nas temáticas mais atuais da Educação Médica.

Os objetivos principais são dar a conhecer os mais recentes avanços na área da Educação Médica, desafiar os estudantes de Medicina a terem uma postura crítica em relação à sua formação, para que possam, assim, crescer enquanto médicos.

Não percas esta oportunidade e nos dias 12 e 13 de Maio, no Auditório da Reitoria da Universidade Nova de Lisboa, vem participar em palestras e debates liderados por alguns dos maiores especialistas nacionais neste ramo.



ANEXO 16 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO TEDx CAMPO SANTANA (2020)



TEDxCampoSantana

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

AEFCM - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

142242560ZY7

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-5fa339c5b8311

Evento

TEDxCampoSantana

07-11-2020 14:00 → 07-11-2020 19:30 - Duração: - 5:30 horas

INFORMAÇÕES SOBRE PAGAMENTO E VALIDAÇÃO DA INSCRIÇÃO ABAIXO

Go Beyond Borders... while staying at home!

Atividades frequentadas

TEDxCampoSantana Beyond Borders

07-11-2020 14:00 → 07-11-2020 19:30

Junta-te a nós dia 7 de novembro para a 2ª edição do evento!



Emergências Obstétricas

— *Certificado de Participação*



EMITIDO POR:

AEFCM - Associação de Estudantes da NOVA Medical School
Campo Mártires da Pátria, 130
1169-056 Lisboa



NOME

Rafael Alexandre Jacinto Pires

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

142242560ZY7

CÓDIGO DE CERTIFICADO

C-604405b54f957

Evento

Emergências Obstétricas

08-03-2021 18:30 → 08-03-2021 20:00 - Duração: 1:30 horas

Grávida no serviço de urgências! O QUE FAZER?

Se és do 4º, 5º ou 6º anos e Obstetrícia é uma área que te interessa, então esta palestra é para ti!

ANEXO 18 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA CONFERÊNCIA *VIRTUAL 2021 SUICIDE PREVENTION SUMMIT – THE SCIENCE OF SUICIDE PREVENTION: NEW STRATEGIES FOR UNDERSTANDING AND INTERVENING* (2021)



ANEXO 19 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NA FORMAÇÃO *TENDINOPATHY & STRESS FRACTURES* (2021)



Certificate of Participation

This is to certify that

Rafael Pires

June 12, 2021

participated in the
OpenWHO Course



Antimicrobial Stewardship: A competency-based approach



World Health
Organization
REGIONAL OFFICE FOR
Europe



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU REGIONAL DE L'
Europe



Weltgesundheitsorganisation
REGIONALBÜRO FÜR
Europa



Всемирная организация
здравоохранения
Европейское региональное бюро

ANEXO 21 – CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO PROGRAMA DE MOBILIDADE ERASMUS+ (2019/2020)



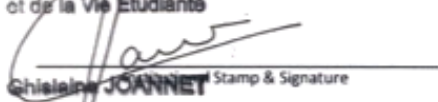
UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

ERASMUS Student Mobility

Name of the student:	Rafael Alexandre Jacinto Pires
From:	Nova Medical School - UNL
To:	Faculté de Médecine-Université Paris-Sud

Arrival	
I certify that the student has been registered at the host University on	03/09/2019 dd / mm / yyyy
Name of the Signatory:	Ghislaine Joannet
Function:	Chef du Service des Etudes et de la Vie Etudiante
24/10/2019 dd / mm / yyyy	

Departure	
I certify that the student has completed his/her study programme on	05/02/2020 dd / mm / yyyy
Name of the Signatory:	Ghislaine Joannet
Function:	Chef du SEVG
04/02/2020	Le Chef du Service des Etudes et de la Vie Etudiante 

To be handed directly to the student.

It must be uploaded via <https://erasmus.unl.pt>

ANEXO 22 – FOLHA DE AVALIAÇÃO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE PEDIATRIA GERAL DO HOSPITAL BICÊTRE, PARIS (2019)



FACULTÉ DE MEDECINE

Service des Etudiants et de la Vie Etudiante

Stage du 01 Octobre 2019 au 31 Décembre 2019

Evaluation de l'externe par le chef de service

CHEF DE SERVICE	EXTERNE
Hôpital : BICETRE	Nom : Jacinto Pires
Service : PEDIATRIE	Prénom : RAFAEL
Nom du chef de service : PR DUVAL ARNOULD	

Nombre de garde assurée par l'étudiant :

Absences :

AVIS du chef de service :

Proposition de validation ☒

Proposition de non validation ☐

Signature et cachet du chef de service

Signature de l'externe

GRILLE D'ÉVALUATION : COMPÉTENCES PROFESSIONNELLES

		A	B	C	D
1	Assidue	X			
2	Connaissances professionnelles	X			
3	Aptitudes à l'examen clinique	X			
4	Aptitudes à rédiger et à s'exprimer		X		
5	Aptitudes à discuter un diagnostic	X			
6	Comportement avec les malades et leurs familles	X			
7	Disponibilité	X			
8	Intégration au sein du service	X			
9	Originalité intellectuelle et désir d'apprendre	X			

Echelle d'évaluation : A = Très bien, B = Bien, C = Assez bien, D = Passable

OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

Si l'étudiant(e) a effectué(é) des contrôles de connaissances, tests ou examens, dans votre service, merci de l'indiquer et nous communiquer ses résultats :

.....

.....

.....