

MESTRADO INTEGRADO
MEDICINA

Estágio em Doenças Infecciosas

Gabriel Costa Araújo

M

2022



Estágio em Doenças Infeciosas

Relatório de estágio para candidatura ao grau de Mestre em Medicina, submetido ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto

Gabriel Costa Araújo

Estudante do 6º ano profissionalizante do Mestrado Integrado em Medicina

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Endereço eletrónico: up201604608@edu.icbas.up.pt

Orientador: Professor Doutor Rui Manuel do Rosário Sarmiento e Castro

Professor Catedrático Convidado do Mestrado Integrado em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Assistente Graduado Sénior do Serviço de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Coorientadora: Dra. Liliane Soraia Carvalho Almeida Castro

Assistente do Mestrado Integrado em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Assistente do Serviço de Doenças Infeciosas, Centro Hospitalar Universitário do Porto

2ª Coorientadora: Professora Doutora Isabel Maria Pereira Alves de Almeida

Professora Catedrática Convidada do Mestrado Integrado em Medicina no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto

Assistente Graduada Sénior do Serviço Urgência, Centro Hospitalar Universitário do Porto

Estudante: Gabriel Costa Araújo

Orientador:

Prof. Raul & Rocio Ferreira Costa

Coorientadora:

~~Dr.ª Maria da Glória Costa~~

2ª Coorientadora:

Isabel

Porto, junho de 2022

Dedicatória

Aos meus pais, Paulo e Isabel, pelo apoio incondicional e carinho demonstrados todos os dias deste percurso, sem nunca me deixar desistir. Às minhas irmãs, Mafalda e Carolina, por me levantarem o ânimo mesmo em situações de dificuldade.

À minha namorada Adriana, pelo amor, calma e confiança transmitidos diariamente.

Aos meus amigos, pelo companheirismo ao longo destes 6 anos.

À minha família, pelo apoio constante.

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Rui Sarmento, por me proporcionar a oportunidade de realização deste estágio, por me ter mostrado a beleza das Doenças Infeciosas e assim despoletado o meu gosto pela área. Pelo apoio constante em todas as decisões tomadas ao longo da realização do estágio, encontrando sempre forma de atingir o que havia sido planeado. Por contribuir para a minha evolução, não só como estudante de medicina, mas também como pessoa.

À Dra. Soraia Almeida, por ter estimulado o meu espírito crítico e a melhoria constante da minha escrita científica. Por toda a dedicação e revisões realizadas, que conferiram sempre mais qualidade ao relatório. Por ter acreditado sempre em mim e no trabalho desenvolvido.

À Professora Doutora Isabel Almeida, pela disponibilidade e pelo apoio na realização deste relatório de estágio.

Aos profissionais de saúde do Serviço de Doenças Infeciosas e da Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos, pela ótima receção e integração em todas as atividades, por me darem confiança nas ações exercidas, pelos inúmeros conhecimentos transmitidos e por me mostrarem o que é realmente ser médico.

Resumo

O estudante realizou um estágio profissionalizante, com duração de 91 horas, no Serviço de Doenças Infeciosas do Centro Hospitalar Universitário do Porto, no âmbito da unidade curricular “Dissertação/ Projeto/ Estágio” do sexto ano do Mestrado Integrado em Medicina.

As Doenças Infeciosas despertaram o interesse do estudante ao longo do curso, pela sua abrangência e necessidade de raciocínio clínico que exigem.

A importância destas doenças na evolução da humanidade é indubitável, daí que a Infeciologia esteja em constante desenvolvimento e necessite de permanente atualização. O Centro Hospitalar Universitário do Porto é uma referência nacional nesta área.

O objetivo principal deste estágio consistia na vivência de um ambiente clínico que retratasse a prática da medicina, uma componente insuficiente na formação prévia do estudante. Objetivos gerais e específicos foram estabelecidos tendo por base o objetivo principal.

O estudante foi integrado nas várias componentes do Serviço de Doenças Infeciosas, nomeadamente: internamento, urgência, consultadoria interna e consulta externa (nas suas várias modalidades). Também pôde observar as atividades desenvolvidas no Centro de Terapêutica Combinada e incorporar a Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos. Teve oportunidade de assistir ao 17º Encontro Nacional de Atualização em Infeciologia e a reuniões formativas no Serviço de Doenças Infeciosas.

O estudante contactou com uma multiplicidade de doentes/utentes e situações clínicas, em diferentes contextos. Aplicou os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso, aprimorou a abordagem ao doente, a interpretação de meios complementares de diagnóstico, a capacidade de elaborar hipóteses diagnósticas e de formular planos terapêuticos. Tomou consciência de realidades desconhecidas, assistiu a vários procedimentos médicos e realizou alguns.

Este estágio representou um dos momentos de maior aprendizagem em todo o curso de Medicina para o estudante, no qual foram atingidos todos os objetivos definidos. O interesse pela especialidade de Doenças Infeciosas aumentou ainda mais após a realização do mesmo.

Abstract

The student has performed a 91-hour professionalizing internship at the Infectious Diseases Department of the Centro Hospitalar Universitário do Porto, within the scope of the curricular unit “Dissertation/ Project/ Internship” of the sixth grade of the Integrated Master’s Degree in Medicine.

Infectious Diseases have aroused the student’s interest throughout the course, because of its coverage and demanding clinical thinking skills.

The significance of these diseases on the human evolution is undeniable, meaning Infectiology is in persistent development and requires continuous updating. The Centro Hospitalar Universitário do Porto is a national reference in this area.

The main objective of this internship was to experience a clinical environment that portrayed the medicine practice, an insufficient component in the student’s previous preparation. General and specific objectives were established based on the main objective.

The student was integrated in the various components of the Infectious Diseases Department, namely: residence, emergency, hospital consultancy and outpatient consultation (in its various modalities). The student was also able to observe the activities developed in the Centro de Terapêutica Combinada, incorporated the Infection and Antimicrobial Resistance Control Commission, had the opportunity to attend the 17th National Meeting of Infectious Diseases and formative meetings at the Infectious Diseases Department.

The student observed a multiplicity of patients and clinical situations, in different contexts. Furthermore, the student has applied theoretical knowledge acquired during the course, improved the clinical approach to the patient, the interpretation of diagnostic tests as well as the ability to raise diagnostic hypotheses and to formulate treatment plans. Finally, the student became aware of unknown realities, witnessed several medical procedures and performed some.

This internship represented one of the moments of greatest learning in the whole medical course for the student, in which all the objectives were accomplished. The student’s interest in the speciality of Infectious Diseases increased even more.

Lista de Abreviaturas

CCIRA – Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

CEDI – Consulta Externa de Doenças Infeciosas

CHP – Centro Hospitalar do Porto

CHUPorto – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CICAP – Centro de Instrução de Condutores Auto do Porto

CTC – Centro de Terapêutica Combinada

DI – Doenças Infeciosas

ENAI – Encontro Nacional de Atualização em Infeciologia

HEPIC® – “Hospital Epidemiological Control”

HJU – Hospital Joaquim Urbano

HSA – Hospital de Santo António

SHSs – Homens que fazem sexo com outros homens

ICBAS – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

IDI – Internamento de Doenças Infeciosas

ISTs – Infecções Sexualmente Transmissíveis

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

MIM – Mestrado Integrado em Medicina

PAPA – Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição

PTIAI – Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossuppressores

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SDI – Serviço de Doenças Infeciosas

SIDA – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNC – Sistema Nervoso Central

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UI – Urgência de Infeciologia

TARV – Terapêutica Antirretrovírica

VHB – Vírus da Hepatite B

VHC – Vírus da Hepatite C

VHD – Vírus da Hepatite D

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

VV-AVC – Via Verde de Acidente Vascular Cerebral

Definições

Medicina observada – Prática de medicina em que o estudante não teve participação além de ser um observador passivo.¹

Medicina ombro a ombro – Prática de medicina em que o estudante teve alguma participação (colaboração no exame objetivo, registo, interação na anamnese ou colaboração na definição do plano), mas foi outro médico o responsável pela condução da intervenção.¹

Medicina em autonomia parcial – Prática de medicina em que o estudante foi o principal interveniente e responsável pela condução da intervenção, mas outro médico realizou parte das tarefas (como registos, exame objetivo ou elaboração do plano final).¹

Medicina em autonomia total – Prática da medicina em que o estudante foi o principal interveniente e responsável pela condução da intervenção e o papel de outro médico foi mínimo (discussão e validação das decisões do estudante).¹

¹ Definições adaptadas das recomendações do Colégio da Especialidade de Medicina Geral e Familiar para a elaboração da base de dados do relatório de atividades dos estágios do programa de formação do internato médico em Medicina Geral e Familiar.

Índice

Agradecimentos	i
Resumo	ii
Abstract	iii
Lista de Abreviaturas	iv
Definições	v
Lista de Tabelas	vii
Lista de Gráficos	viii
Lista de Figuras	ix
I. Introdução	1
1. Motivação.....	1
2. Objetivos	2
3. Enquadramento teórico	3
4. Organização das Atividades.....	5
II. Descrição das Estruturas, Recursos Humanos, Organização e Procedimentos	6
1. Internamento de Doenças Infeciosas.....	6
2. Urgência de Infeciologia	7
3. Consultadoria Interna de Doenças Infeciosas	8
4. Consulta Externa de Doenças Infeciosas	8
5. Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.....	12
6. Outras Atividades do Serviço de Doenças Infeciosas.....	12
III. Análise Descritiva das Atividades Desenvolvidas no Estágio	13
1. Internamento de Doenças Infeciosas.....	13
2. Urgência de Infeciologia	14
3. Consultadoria Interna de Doenças Infeciosas	15
4. Consulta Externa de Doenças Infeciosas	15
5. Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.....	18
6. Atividades Valorativas	19
IV. Discussão e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas no Estágio	20
1. Internamento de Doenças Infeciosas.....	20
2. Urgência de Infeciologia	25
3. Consultadoria Interna de Doenças Infeciosas	27
4. Consulta Externa de Doenças Infeciosas	27
5. Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.....	33
6. Atividades Valorativas	34
V. Recomendações	35
VI. Conclusão	36
VII. Anexos	37
VIII. Bibliografia	48

Lista de Tabelas

Tabela I. Planificação da distribuição horária pelas atividades	37
Tabela II. Organização das atividades desenvolvidas pelo estudante	38
Tabela III. Carga horária das atividades desenvolvidas no Estágio em Doenças Infeciosas	38
Tabela IV. Caraterização dos doentes/utentes observados nas atividades desenvolvidas pelo estudante	39
Tabela V. Caraterização dos doentes e observações realizadas no Internamento de Doenças Infeciosas	40
Tabela VI. Diagnóstico principal dos doentes observados pelo estudante no Internamento de Doenças Infeciosas	40
Tabela VII. Infecções oportunistas associadas à infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana nos doentes observados no Internamento de Doenças Infeciosas	41
Tabela VIII. Medicina praticada pelo estudante nas observações realizadas em cada atividade ...	41
Tabela IX. Caraterização dos doentes observados na intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência	42
Tabela X. Diagnóstico principal dos doentes observados na intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência	42
Tabela XI. Orientação clínica dos doentes observados na intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência	42
Tabela XII. Caraterização dos utentes observados na Consulta Externa de Doenças Infeciosas	43
Tabela XIII. Motivo de observação na Consulta Externa de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossupressores	43
Tabela XIV. Caraterísticas da viagem dos utentes observados na Consulta do Viajante e tipo de prevenção	44

Lista de Gráficos

Gráfico 1. Caraterização do subtipo das consultas observadas por modalidade	45
Gráfico 2. Caraterização da idade dos utentes observados por modalidade de consulta	45
Gráfico 3. Caraterização do género dos utentes observados por modalidade de consulta	46
Gráfico 4. Caraterização da medicina praticada pelo estudante por modalidade de consulta.....	46

Lista de Figuras

Figura 1. Certificado de Participação no 17º Encontro Nacional de Atualização em Infeciologia... 47

I. Introdução

O presente relatório descreve as atividades desenvolvidas ao longo do estágio em Doenças Infeciosas (DI), realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) “Dissertação/ Projeto/ Estágio” do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina (MIM) do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), sob supervisão do Professor Doutor Rui Sarmento e Castro.

1. Motivação

A medicina é uma disciplina ímpar no contexto da nossa sociedade, devendo ser primada não só pela inovação que a caracteriza, como também pela relação médico-doente, crucial para o seu exercício.

Ao longo dos 5 anos previamente realizados do MIM, a componente prática do ensino do estudante havia sido diminuída em relação aos objetivos do plano curricular. Não obstante a esse facto, terá estado o enorme impacto causado pela pandemia por SARS-CoV-2, com início em Portugal no mês de março de 2020, e que levou ao cancelamento de todas as atividades de ensino em modo presencial no ICBAS por um período de 4 meses, abrangendo a quase totalidade de um semestre letivo.

A UC “Medicina I e Especialidades Médicas”, onde o contacto médico-doente e a colheita de história clínica detalhada assumiram um grande papel, foi ministrada através do ensino à distância, resultando numa enorme perda do ponto de vista do estudante.

No ano letivo de 2020/2021, o ensino presencial foi retomado com muitas restrições, sobretudo no 1º semestre, na UC “Medicina II e Especialidades Médicas”, onde apesar de ter existido interação com doentes, foi claramente insuficiente. Nesta UC, o estudante contactou pela primeira vez com a especialidade de DI, tendo a mesma despertado a sua curiosidade.

A especialidade de DI é extremamente interessante e aliciante. Tem um papel fundamental na prevenção e tratamento de múltiplas doenças, nas quais pode ser afetado qualquer aparelho e sistema humano. É muito abrangente na medida em que engloba doentes em várias faixas etárias, de diferentes status socioeconómicos, com história médica e vivências muito diversas.

O doente com patologia deste foro é um desafio, exigindo uma correta abordagem e comunicação, bem como a compreensão e integração dos diversos sintomas e sinais, que em aliança com um grau de suspeita clínica elevado, permitem firmar um diagnóstico, uma vez que os meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT), apesar de terem um papel muito relevante, nem sempre fornecem todas as respostas.

É uma disciplina médica que exige um conhecimento abrangente da epidemiologia, fisiopatologia, semiologia clínica, microbiologia, patologia, imagiologia, farmacologia, entre outras áreas. Dessa

forma é oferecido o melhor para cada doente, um dos objetivos da sua prática, demonstrando também o seu caráter humano.

Assim, do ponto de vista do estudante, este estágio seria crucial para compensar em parte a lacuna que teria ficado ao longo do curso, na área que lhe despertou mais entusiasmo. Determinados aspetos subjetivos da medicina, como saber lidar com as emoções do doente, apenas podem ser adquiridos com a prática clínica e observação dos vários componentes do dia-a-dia médico.

As atividades realizadas durante o estágio visaram englobar as várias vertentes de um Serviço de Doenças Infecciosas (SDI), por forma a permitir o contacto com ambientes e realidades com que um Infeciologista se depara no exercício da sua atividade clínica. Apesar da Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) não fazer parte do SDI, pela sua relação próxima com as DI foi decidida a realização de parte do estágio na mesma, uma oportunidade que surgiu pela filiação de uma das coorientadoras do estudante à CCIRA, onde estabelece funções em regime parcial.

Com este estágio, o estudante pretendia dar um sentido à frase proferida por *Sir William Osler*, que muitas vezes ouviu durante o curso e com a qual concorda plenamente: “O bom médico trata a doença, o grande médico trata o doente”.

2. Objetivos

Previamente à realização do estágio, o objetivo principal residia na vivência de um ambiente clínico que retratasse verdadeiramente a prática da medicina, numa área de interesse para o estudante, que são as DI. Dessa forma, os objetivos a alcançar foram:

- Aplicar, melhorar e complementar os conhecimentos adquiridos ao longo do MIM;
- Adquirir competências que permitissem ao estudante desenvolver estratégias de comunicação e estabelecimento de uma relação médico-doente adequada, tendo em vista a prática clínica futura;
- Aprofundar o conhecimento das DI mais frequentes, no que concerne ao seu diagnóstico, tratamento, orientação e seguimento;
- Interpretar e compreender os MCDT utilizados na especialidade de DI, com principal ênfase aos exames serológicos, microbiológicos e imagiológicos;
- Consolidar o conhecimento para a prescrição adequada de antibióticos, indicações e contraindicações do seu uso nas principais DI;
- Observar o seguimento de doentes com infeção por vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), atuação no controlo da doença e de outras patologias associadas;

- Conhecer as principais áreas de funcionamento da especialidade de DI, nomeadamente o Internamento de Doenças Infeciosas (IDI), a Urgência de Infeciologia (UI) e a Consulta Externa de Doenças Infeciosas (CEDI);
- Acompanhar a dinâmica no IDI, incluindo a visita e seguimento dos doentes;
- Observar e compreender a abordagem urgente a doentes com patologia infecciosa de carácter agudo;
- Observar o desenrolar de uma consulta da especialidade nas suas várias dimensões, nomeadamente da infeção por VIH, da coinfeção VIH-hepatite, da infeção por vírus da Hepatite B (VHB) e vírus da Hepatite C (VHC), da Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), do Viajante e da Prevenção e Tratamento de Infeções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossuppressores (PTIAI);
- Verificar os aspetos chave para o controlo da infeção em ambiente hospitalar, através do acompanhamento da CCIRA;

3. Enquadramento teórico

As DI existem desde o início da humanidade, tendo acompanhado o desenvolvimento desta espécie desde os seus ancestrais.¹ Há indícios da sua existência com dezenas de milhares de anos (registos ósseos que documentam a presença de tuberculose datados de 8000 a.C.).²

A história destas doenças não se resume à medicina em si, visto que ao longo do curso dos tempos, muitas das epidemias vividas estiveram intrinsecamente ligadas à patologia infecciosa e alteraram a evolução de muitas sociedades. Houve efeitos diretos na migração de populações, no desenrolar dos conflitos vigentes e na conquista de territórios entre civilizações.³

Entre as DI causadoras de maior morbimortalidade na história da humanidade incluem-se: cólera (descrita em antigos escritos de 2000 a.C.), difteria (uma das doenças mais mortíferas do século XX), gripe (com várias pandemias existentes nos séculos XVIII, XIX, XX e XXI), peste [com a maior pandemia entre 1348 e 1352, causadora de grande impacto na Europa (inclusivamente em Lisboa), e posteriormente a peste bubónica descrita no Porto, em 1899], sífilis (sobretudo no século XV), tifo exantemático, varíola (que terá sido a causa de 500 milhões de óbitos no século XX) e a infeção por VIH (acreditando-se que os primeiros casos terão ocorrido entre 1930 e 1950).² Para além das referidas, também a malária, a febre amarela e a poliomielite devem ser relevadas.⁴

A pandemia por SARS-CoV-2, com o primeiro caso de doença documentado na China, em dezembro de 2019 e posteriormente em Portugal, com o primeiro caso a 1 de março de 2020, pode também enquadrar-se no cenário descrito. Decorreu durante os anos de 2020, 2021 e permanece ainda no

ano de 2022, tendo afetado de forma significativa o país nas suas diferentes vertentes (social, económica, educacional, jurídica e psicológica).

A melhoria das condições higiénicas e sanitárias, a evolução da medicina, cuidados de saúde e terapêuticas disponíveis, assim como o desenvolvimento de vacinas eficazes, permitiu o controlo de muitas DI.

Os novos contextos decorrentes da crise económica, política e social, da globalização, das mudanças do clima e das migrações, resultam em comportamentos imprevisíveis de muitos microrganismos, com potencial de causar adversidades.⁵ Também o progresso na medicina, com procedimentos e tratamentos mais invasivos, configuram uma nova problemática nas DI, pelo crescente número de infeções de cariz iatrogénico.⁵ A patologia infecciosa é passível de atingir toda a população, não estando limitada apenas aos doentes tratados a nível hospitalar ou no ambulatório.⁵

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, as DI estão entre as principais causas de morte e de anos de vida vividos com incapacidade a nível mundial.⁶ As infeções do trato respiratório inferior, a tuberculose e a infeção por VIH são as principais DI responsáveis por esta problemática.^{6,7} Em Portugal, as infeções do trato respiratório inferior representaram a 4ª causa de morte no ano de 2019.⁸

Apesar da existência de um SDI num hospital em Portugal desde 1954, localizado no hospital de Santa Maria, em Lisboa, a especialidade de DI só foi reconhecida pela Ordem dos Médicos em 1992, já depois de ter sido reconhecida como subespecialidade de Medicina Interna no ano de 1987.⁹

O Centro Hospitalar do Porto (CHP) foi criado em setembro de 2007, pelo Decreto-Lei nº 326/2007, de 28 de setembro, através da junção do Hospital Geral de Santo António, com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade Júlio Dinis.¹⁰ Mais tarde, em março de 2011, pelo Decreto-Lei nº 30/2011, de 2 março, o Hospital Joaquim Urbano (HJU), especializado no tratamento de doenças infecciosas, foi anexado ao CHP.¹⁰ Em 2013, pelo decreto-lei 68/2013, de 17 de maio, é integrado no CHP o Centro de Genética Médica Doutor Jacinto Magalhães, ficando assim completa a constituição atual do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto).¹⁰

O CHUPorto foi assim nomeado em 2018, dada a colaboração no ensino e investigação clínica do anteriormente denominado CHP, pelo Decreto-Lei 61/2018, de 3 de agosto.¹⁰

Pela sua intrínseca relação com as DI, importa abordar brevemente a história do HJU, criado em 1884, sob o nome de Hospital Senhor do Bonfim, para isolar e tratar doentes com cólera.¹⁰ Foi entregue à Santa Casa da Misericórdia em 1899 para tratamento de casos de sífilis e tuberculose, encerrando em 1901 e reabrindo em 1902, quando passou para a administração do Estado.¹⁰ Em

1914 denominou-se HJU e assim permaneceu até 2011, acolhendo o primeiro doente com infeção por VIH, em 1985.¹⁰ Foi integrado em 2011 no CHP e no ano de 2016 ocorreu a transferência do SDI para as instalações do Hospital de Santo António (HSA).¹⁰

Atualmente, no edifício do antigo HJU funciona o Centro de Terapêutica Combinada (CTC), criado em 1998, com o restante espaço a acolher um projeto de apoio aos sem-abrigo, criado através de uma pareceria entre a Câmara Municipal do Porto, o Instituto da Segurança Social e o CHUPorto.¹¹

4. Organização das Atividades

Previamente à realização do estágio foi feito um planeamento das atividades a desenvolver (Tabela I), guiado pelos objetivos do mesmo. Apesar de estar predefinida a carga horária para cada modalidade de CEDI, não foi possível definir o tempo de permanência específico em cada uma, dado que na maioria dos momentos em que o estudante esteve presente, foram intercaladas várias modalidades de consulta.

O estágio teve uma duração total de 91 horas e decorreu de outubro a dezembro de 2021. Foi estruturado de acordo com a disponibilidade do estudante, limitada pela frequência nas restantes atividades letivas do 6º ano do MIM, e dos docentes para receber o estudante nas diversas atividades, assim como esteve dependente das restrições impostas pelo período de pandemia por SARS-CoV-2 (Tabela II).

As atividades desenvolvidas ao longo do estágio tiveram um caráter profissionalizante e envolveram a integração do estudante em contexto de IDI, de UI, de CEDI nas suas várias modalidades e da CCIRA (Tabela III).

II. Descrição das Estruturas, Recursos Humanos, Organização e Procedimentos

1. Internamento de Doenças Infecciosas

O IDI localiza-se no piso 6 do edifício neoclássico do HSA, pertencente ao CHU Porto. Apesar de estar localizado numa zona mais antiga da unidade hospitalar, são notórias as excelentes condições das suas instalações. Não existe uma separação física entre o IDI e o internamento do Serviço de Pneumologia, estando localizados no mesmo piso.

O espaço é constituído por 6 quartos individuais com pressão negativa e 11 quartos de enfermaria, perfazendo um total de 36 camas. Tem 2 gabinetes médicos, 1 gabinete para o diretor do SDI e outro para o diretor do Serviço de Pneumologia, 2 gabinetes de enfermagem, 1 secretariado, 3 copas e 4 vestiários.

No período em que o estudante estagiou no IDI, 4 quartos com pressão negativa e 3 quartos de enfermaria (total de 14 camas) eram destinados a doentes do SDI com patologia infecciosa não-COVID-19. Por sua vez, 2 quartos com pressão negativa e 3 quartos de enfermaria (total de 9 camas) eram destinados a doentes do Serviço de Pneumologia. Os restantes quartos constituíam uma área destinada ao isolamento de doentes com COVID-19 (total de 13 camas). Nesta área, os doentes cujo principal motivo de internamento era a infeção por SARS-CoV-2 estavam aos cuidados do SDI e os restantes com infeção por SARS-CoV-2 assintomática, mas internados por outra razão, encontravam-se aos cuidados dos médicos do SDI e dos profissionais da especialidade de origem.

A equipa médica presente num dia útil de internamento consiste em 1 ou 2 médicos especialistas em DI, 3 ou 4 médicos internos de formação específica de DI e 2 médicos internos de formação específica de Medicina Interna em estágio, provenientes de outro hospital.

A atividade desenvolvida pela equipa médica decorre durante o período matinal e início da tarde. A partir dessa altura até às 20:30 horas, qualquer situação que motive uma avaliação médica é tratada com a equipa que se encontra a realizar a UI. Durante o período noturno (das 20:30 horas às 8:30 horas), caso exista necessidade de avaliação e orientação médica urgentes, é chamado um elemento médico da equipa de Medicina Interna que se encontra de urgência.

A equipa de enfermagem está presente durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, fazendo rotação por sistema de turnos.

A unidade de IDI conta com o apoio de uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, uma técnica superior de reabilitação e cinesiterapia respiratória, uma assistente social, uma nutricionista, uma psiquiatra e uma psicóloga.

A rotina diária no IDI inicia-se às 8:30 horas, com uma breve reunião da equipa médica, onde é verificada a existência de intercorrências no internamento durante o período noturno e se detalham os motivos de permanência dos doentes na enfermaria. É feita uma distribuição equitativa dos doentes pelos médicos.

No restante período matinal é realizada uma observação individual dos doentes atribuídos a cada um dos médicos de serviço. É também feita uma revisão dos resultados dos MCDT, assim como se avalia a necessidade de requisição de novos exames para complementar a investigação. É verificada a terapêutica em curso e realizados ajustes, de acordo com os achados encontrados na avaliação prévia.

De acordo com a necessidade, são realizados pedidos de colaboração a outras especialidades e tomadas decisões clínicas de forma multidisciplinar. Para além disto, várias vezes existe a necessidade de resolução de outras questões, como contacto de familiares, esclarecimento da retaguarda social dos doentes e tentativa de resolução de problemas deste foro.

No final da manhã, por volta das 12:30 horas, há uma reunião de serviço orientada pelo médico especialista (ou equivalente), com discussão de todos os doentes internados no SDI e na área de isolamento de doentes com COVID-19 aos cuidados da especialidade, sendo delineada uma estratégia diagnóstica e terapêutica para cada problema discutido.

2. Urgência de Infeciologia

A UI não está presente de forma física no Serviço de Urgência (SU), funcionando através de contacto telefónico, pelo enfermeiro triador no momento da triagem de *Manchester* do doente ou após uma primeira avaliação por um médico de outra especialidade, que solicita apoio à equipa de UI para observação e orientação de doentes do foro infeccioso.

A UI funciona das 8:30 horas às 20:30 horas, sendo assegurada por um médico especialista e um interno de formação específica em DI, podendo incluir um interno de formação específica em Medicina Interna em estágio no SDI.

Além do apoio ao SU, a equipa da UI é também responsável pelos doentes internados ao cuidado do SDI (COVID-19 e não COVID-19), a partir do momento em que a equipa médica da enfermaria termina o seu horário de trabalho, bem como responde às solicitações nas enfermarias das diferentes especialidades quando é necessária uma intervenção urgente de índole infecciosa.

É dada assistência na resolução de situações da área de atuação da especialidade, nomeadamente tuberculose, infeção por VIH e infeções oportunistas associadas, hepatites, DI no pós-viagem, infeções do Sistema Nervoso Central (SNC), algumas infeções do trato respiratório (aqui incluídas

infecções por SARS-CoV2 confirmadas, suspeitas ou contactos de alto risco), Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), entre outras que possam surgir.

3. Consultadoria Interna de Doenças Infeciosas

A consultadoria interna tem como objetivo dar resposta aos pedidos de colaboração das várias especialidades com unidades de internamento no HSA. Cada especialista do SDI é responsável por dar resposta aos pedidos de 1 a 3 especialidades, com observação dos doentes e orientação dos problemas apresentados.

A resposta é estabelecida mediante a gravidade dos casos, necessidade de intervenção, disponibilidade do responsável e volume de pedidos a seu cargo.

4. Consulta Externa de Doenças Infeciosas

A CEDI, nas suas várias modalidades, é realizada no pavilhão 8 do Edifício ex-Centro de Instrução de Condutores Auto do Porto (CICAP), sendo ainda realizadas algumas consultas no CTC.

O pavilhão 8 do Edifício ex-CICAP possui 11 gabinetes médicos, 3 gabinetes de enfermagem, 1 gabinete para realização de elastografia hepática transitória (Fibroscan®), 1 sala de reuniões, 1 gabinete para a enfermeira-chefe, 1 gabinete da responsável dos assistentes técnicos, 1 gabinete para dispensa de terapêutica Antirretrovírica (TARV), 1 secretariado, 1 vestiário e 1 copa.

O CTC permite a centralização do seguimento e o tratamento sob observação direta de múltiplas patologias, em doentes com dificuldades de adesão à terapêutica, sobretudo no contexto de toxicodependência. São seguidas algumas das doenças mais frequentes nesta população, como a infeção por VIH, a tuberculose, as hepatites e a perturbação aditiva, na maioria das vezes em contexto de comorbilidade. A centralização da observação proporciona uma melhoria da aderência global. O CTC possui 2 gabinetes médicos, 1 gabinete de psicologia, 1 gabinete de enfermagem, 1 espaço para a toma observada de medicação e metadona e 1 secretariado.

De uma forma geral, em contexto de primeira consulta é necessário colher uma história clínica global, com questões direcionadas para a(s) patologia(s) em avaliação, realizar um exame físico completo, orientar a requisição de MCDT de acordo com a situação e definir uma estratégia terapêutica e de seguimento, se aplicável.

Em contexto de consulta de seguimento deve inquirir-se a presença de novas queixas, verificar a adesão à terapêutica instituída, realizar uma história clínica e exame físico completos e avaliar situações particulares, de acordo com a situação.

4.1 Consulta de Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus da Hepatite B e/ou Vírus da Hepatite C

4.1.1 Consulta de Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana

Atualmente a maioria dos doentes com infecção por VIH, se tiverem um diagnóstico atempado, não necessitam de cuidados de internamento. Por isso a consulta assume um papel fundamental na gestão desta infecção, considerando sempre as comorbilidades subjacentes.

Nestes doentes é importante avaliar a carga viral, fazer um estudo imunológico com contagem de linfócitos T CD4 (valor absoluto e percentual), pesquisar infecções oportunistas, coinfeções e comorbilidades associadas, bem como efeitos secundários e a longo prazo da TARV, através de MCDT dirigidos.¹² Na primeira consulta deve requisitar-se o teste genotípico de resistências e fazer pesquisa de HLA B 57:01 para iniciar a TARV.¹²

Realiza-se a renovação da prescrição da medicação, fazendo-se os ajustes terapêuticos necessários, motivados pela avaliação realizada ou por nova evidência científica. É crucial a marcação de consulta de seguimento antes do término da validade da receita, para não ocorrer incumprimento terapêutico.

4.1.2 Consulta de Doenças Metabólicas Associadas à Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana

A prevalência de comorbilidades metabólicas tem aumentado em doentes com infecção por VIH, quer devido ao aumento de sobrevida destes e consequente envelhecimento desta população, quer pelos próprios efeitos secundários do uso de TARV.

Os doentes em seguimento devido a infecção por VIH que desenvolvem alterações nos parâmetros metabólicos podem ser encaminhados para esta consulta, sendo avaliada a presença de fatores de risco cardiovasculares e reforçada a necessidade de aquisição de hábitos e estilos de vida saudável, em relação a alimentação, exercício físico e abstinência de consumos aditivos. É aferida a necessidade de iniciar terapêutica farmacológica e/ou encaminhar para consulta específica de nutrição, endocrinologia, desabituação tabágica, desintoxicação alcoólica ou substituição de opiáceos, entre outras.

4.1.3 Consulta de Infecção por Vírus da Hepatite B e/ou Vírus da Hepatite C

A hepatite B teve uma redução marcada da incidência nos países desenvolvidos, fruto da eficácia das campanhas de prevenção através da vacinação, no entanto, permanece praticamente como uma doença sem tratamento curativo.

A hepatite C tem atualmente uma terapêutica com grande eficácia, que permite a cura da infeção e diminui o desenvolvimento de complicações hepáticas e extra-hepáticas. Por esta razão, a eliminação da doença começa a ser um objetivo a nível mundial.

Nos doentes com infeção por VHB faz-se a avaliação serológica (determinando-se o antigénio HBs, os anticorpos anti-HBs e anti-HBc e, de acordo com os resultados, o antigénio e anticorpo HBe) e a avaliação da carga viral. Na hepatite C pesquisa-se a presença de anticorpos anti-VHC, determina-se a carga viral e o genótipo do VHC, que pode ter interferência na decisão terapêutica.^{13,14}

Deve-se vigiar o grau de lesão e função hepática com MCDT dirigidos (analíticos, imagiológicos e/ou endoscópicos, dependendo da situação).^{13,14} É decidida a instituição de terapêutica para a hepatite ou realizados ajustes da mesma, se necessário.

O intervalo entre as consultas de seguimento de doentes com hepatite B está dependente do tempo de evolução e grau de controlo da doença, bem como da presença de comorbilidades.

No seguimento de doentes com hepatite C, o CHUPorto tem um protocolo próprio de avaliação e seguimento, que uniformiza os cuidados a prestar aos doentes entre diferentes médicos.

4.2 Consulta de Profilaxia Pré-Exposição

A consulta de PrEP é realizada com o intuito de fornecer um método farmacológico profilático de proteção contra a infeção por VIH, em adultos com elevado risco para a sua aquisição. Esta profilaxia pode ser considerada em utentes com uso inconsistente do preservativo como método de proteção, com múltiplos/as parceiros/as sexuais ou com parceiro/a com infeção documentada por VIH que não faz TARV. Os homens que fazem sexo com outros homens (HSHs) e indivíduos transgénero são também elegíveis para a realização da PrEP.¹²

Todos os utentes têm de realizar rastreio de infeção por VIH e por VHB previamente ao início da PrEP, bem como são informados de todos os seus benefícios e malefícios, com assinatura do respetivo consentimento informado.¹²

No seguimento destes utentes deve fazer-se uma avaliação bioquímica geral, para garantir a ausência de efeitos adversos associados aos fármacos e rastreio serológico da infeção por VIH e de outras ISTs.

4.3 Consulta de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossupressores

A consulta de PTIAI tem o objetivo de prevenir e/ou tratar potenciais infeções associadas ao uso de terapêuticas imunossupressoras ou imunomoduladoras, utilizadas no tratamento de várias doenças autoimunes e neoplásicas.

Na primeira consulta é importante aferir a patologia que motiva o tratamento imunossupressor, as terapêuticas efetuadas ou a instituir, os fatores de risco de infeção (atividade profissional, viagens, comportamentos de risco, comorbilidades dos conviventes do doente) e as imunizações já realizadas.¹⁵

Assim é delineado um plano que permita evitar a ocorrência de infeções, através do aconselhamento geral, do tratamento de infeções latentes detetadas em rastreios laboratoriais e/ou imagiológicos, da verificação e administração das vacinas do plano nacional de vacinação em atraso, com recomendação de outras, caso-a-caso.¹⁵

No seguimento, é prestada atenção a qualquer fator que possa indicar o surgimento de uma complicação da imunossupressão, com instituição de tratamento adequado, mantendo-se sempre a atitude preventiva.¹⁵

4.4 Consulta do Viajante

A consulta do viajante é realizada com o objetivo de prevenir os potenciais riscos associados à viagem, sobretudo quando realizada para zonas com elevada prevalência de doenças.

É abordado o estado de saúde do viajante, nomeadamente comorbilidades, medicação habitual e estado vacinal, assim como as características da viagem (destino, condições dos locais, duração, escalas, caráter da viagem). São realizados aconselhamentos adaptados à viagem (quanto às doenças locais mais frequentes, prevenção da picada de mosquitos, consumo seguro de água e alimentos, modo de transmissão da raiva, ISTs, doenças de altitude, seguros de viagem) e são esclarecidas todas as dúvidas que o viajante possa ter.

Existe um período de consulta do viajante multidisciplinar com colaboração de um pediatra do Centro Materno-Infantil do Norte, para abordagem do viajante em idade pediátrica. O CHUPorto é um Centro de Vacinação Internacional, no qual são administradas as vacinas recomendadas aos viajantes.

4.5 Serviço de Atendimento Permanente

No serviço de Atendimento Permanente (SAP) são observados doentes com exposição de risco para aquisição de DI, em contexto ocupacional ou por comportamento sexual de risco, doentes encaminhados pelos cuidados de saúde primários ou outras especialidades que necessitem de avaliação e orientação mais imediata no âmbito das DI, bem como doentes que, por algum motivo, faltaram às suas consultas de rotina e necessitem de renovação da prescrição da TARV para a levantarem na farmácia do CHUPorto.

Esta modalidade de consulta previne o encaminhamento de doentes para o SU geral, quando os motivos são passíveis de resolução em regime de ambulatório. Neste contexto é realizada a

avaliação do doente, analisada a necessidade de recorrer a MCDT ou instituir terapêutica, sendo estabelecida a orientação adequada e agendada reavaliação, se necessário.

5. Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

A CCIRA localiza-se no piso 5 do edifício neoclássico do HSA.

Esta comissão tem como áreas de atuação o apoio à decisão e aplicação de medidas de controlo de infeção na instituição, gestão de surtos nas enfermarias e assistência à prescrição antimicrobiana no CHUPorto.

Existem vários programas em curso tendo em vista a contenção da incidência de microrganismos multirresistentes no hospital, sendo efetuadas auditorias frequentes de forma a verificar a eficácia dos mesmos e a melhoria contínua dos resultados. Exerce um papel fulcral na vigilância epidemiológica, formação de profissionais e implementação de normas de boas práticas definidas pela Direção Geral da Saúde.

A CCIRA é constituída por um núcleo com atividade dedicada (3 médicos em regime de horário semanal parcial, 3 enfermeiros e 1 assistente técnica) e por um grupo consultivo (composto por vários profissionais de saúde de diferentes áreas do CHUPorto). A articulação destes 2 grupos permite o cumprimento dos objetivos definidos para a comissão.

6. Outras Atividades do Serviço de Doenças Infecciosas

A reunião de serviço semanal com a presença do diretor, todos os especialistas e internos do SDI, decorre às quartas-feiras, às 12:30 horas, com duração aproximada de 1 hora e 30 minutos, na qual se apresenta e discute todos os casos internados.

É realizada uma reunião formativa, à sexta-feira, com início às 12:30 horas e duração de 1 hora, na qual internos de formação específica de DI apresentam temas relevantes no âmbito da especialidade.

A componente académica é também uma parte integrante do SDI, através da orientação de alunos do MIM do ICBAS, tal como é demonstrado pela orientação do estágio descrito no presente relatório.

III. Análise Descritiva das Atividades Desenvolvidas no Estágio

Será feita a descrição das atividades realizadas pelo estudante, a caracterização da população de doentes/utentes e das patologias infecciosas com que contactou ao longo do estágio.

Na caracterização da população não são incluídos doentes com quem o estudante não teve qualquer contacto, por exemplo os apresentados em reuniões de serviço, ou então com quem teve um contacto diminuto, como doentes aos quais o estudante apenas realizou procedimentos médicos (punções arteriais), mas não observou nem teve intervenção na anamnese, exame físico, registos clínicos ou elaboração do plano dos mesmos. Durante o estágio observou um total de 103 doentes/utentes (Tabela IV).

1. Internamento de Doenças Infecciosas

A permanência do estudante no IDI teve uma duração total de 32 horas, divididas por 6 dias (os últimos 4 de forma consecutiva), das 8:30 às 14 horas na generalidade dos dias (Tabela II).

No primeiro dia, o estudante acompanhou um dos médicos do IDI, compreendendo a dinâmica e a rotina da enfermaria. Nos dias subsequentes foi-lhe atribuído um dos doentes internados e a responsabilidade de avaliá-lo, com aferição da evolução prévia ao longo do internamento, anamnese direccionada para as queixas, execução de exame físico e procedimentos médicos (como punções arteriais), interpretação de MCDT, revisão da terapêutica e proposta de plano para o doente. Realizou o registo do diário clínico na plataforma SClínico®, com posterior discussão das atividades desenvolvidas com um dos médicos de serviço, responsável pela supervisão das mesmas.

No total o estudante observou e contribuiu na avaliação de 7 doentes. Três desses doentes foram observados mais do que uma vez, em dias diferentes do estágio.

Houve uma clara superioridade de doentes observados do sexo masculino (6, 85,71%), com uma faixa etária ampla (em que o doente mais novo tinha 25 anos e o mais velho 86 anos) e a maioria com infeção por VIH (4, 57,14%) (Tabela V). Na grande parte dos casos a observação dos doentes foi feita na enfermaria geral (8, 80%), com 2 observações realizadas em quartos de isolamento com pressão negativa (20%) (Tabela V). O diagnóstico principal mais frequente dos doentes observados foi infeção oportunista associada à infeção por VIH (3, 42,86%) (Tabela VI).

Nos doentes com infeção por VIH verificou-se uma elevada prevalência de infeções oportunistas, ocorrendo mais do que uma simultaneamente em 3 doentes (Tabela VII). Entre as infeções oportunistas observadas, incluem-se: tuberculose, leucoencefalopatia multifocal progressiva, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*, toxoplasmose cerebral, candidose esofágica, encefalite por *Citomegalovírus* e meningite por *Cryptococcus neoformans* (Tabela VII).

Quanto às atividades desenvolvidas pelo estudante no IDI (definições do tipo de medicina praticada descritas em secção inicial deste relatório), verificou-se que teve sempre um papel ativo, com intervenção em pelo menos um dos aspetos da avaliação do doente. Na maioria dos casos deu-se a prática de medicina em contexto ombro a ombro (5, 50%), mas também medicina em autonomia parcial (2, 20%) e autonomia total (3, 30%) (Tabela VIII).

Em todos os dias de permanência no IDI, o estudante assistiu à reunião de serviço, num total de 6, com duração média de 1 hora e 30 minutos, complementando a sua aprendizagem e adquirindo a noção da evolução de cada doente internado, da resposta à terapêutica e ajustes necessários em cada situação.

Nas reuniões de serviço houve discussão de vários casos de cariz social, com critérios de alta clínica. O estudante experienciou situações relacionadas com a ética médica e o respeito pela vontade do doente ao longo da permanência no IDI, exemplificadas em secção posterior deste relatório.

Ao longo do estágio no internamento, o estudante realizou um total de 5 punções arteriais.

2. Urgência de Infeciologia

A permanência do estudante na UI teve a duração total de 12 horas, no dia 15 de novembro de 2021, das 8:30 às 20:30 horas (Tabela II).

O estudante foi incorporado na equipa que se encontrava destacada para a UI, acompanhando-a em todas as atividades assistenciais, o que incluiu a observação e orientação clínica de doentes provenientes do exterior, com indicação para avaliação pela especialidade de DI, bem como apoio a doente internado no IDI.

Para além da observação de doentes, nos momentos em que a equipa da UI não era chamada, os seus elementos (incluindo o estudante) auxiliaram na execução de tarefas do internamento, fosse de índole burocrática ou clínica, bem como atualizaram os conhecimentos teóricos na área do tratamento da infeção por SARS-CoV-2.

Quanto às atividades desenvolvidas pelo estudante, contrariamente ao verificado em contexto de internamento, na maioria dos casos deu-se a prática de medicina observada (5, 83,3%) (Tabela VIII).

Pela primeira vez no MIM, o estudante observou o preenchimento de um certificado de óbito, através da plataforma “Sistema de Informação dos Certificados de Óbito”.

2.1 Intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência

No total, o estudante contactou com 5 doentes no SU, com proporção entre os sexos equilibrada e média de idades de 63 anos, tendo a maioria recorrido ao SU através do exterior, sem referênciação (2, 40%) (Tabela IX).

Os doentes observados tinham como diagnóstico principal (confirmado ou presuntivo): infeção por SARS-CoV-2 (3, 60%), tuberculose (1, 20%) e pneumonia por *Legionella pneumophila* (1, 20%) (Tabela X).

A maioria dos doentes foi internada (4, 80%). O doente com tuberculose ficou isolado num quarto de pressão negativa no SU aos cuidados da especialidade de DI, por ausência de vagas no SDI. Apenas 1 doente observado teve alta clínica, por COVID-19 ligeira (Tabela XI).

2.2 Intervenção Interna da Urgência de Infeciologia

A equipa médica da UI foi chamada para a observação urgente no SDI de 1 doente do sexo masculino, com 62 anos, internado por tuberculose, devido a aparecimento súbito de tonturas e desequilíbrio da marcha.

Foi pedida colaboração à equipa de Neurologia de apoio à Via Verde de Acidente Vascular Cerebral (VV-AVC), tendo sido decidida a realização de tomografia computadorizada cerebral de urgência para despiste de evento cerebral vascular agudo, com posterior orientação do doente pela respetiva equipa.

3. Consultadoria Interna de Doenças Infeciosas

O estudante teve a oportunidade de assistir à colaboração interna do SDI a um pedido realizado pelo serviço de Cirurgia Extra Digestiva, para esclarecimento e orientação de um doente com múltiplas comorbilidades, que apresentava febre persistente com duas etiologias possíveis (úlceras sagradas infetadas em doente alectuado e foco neoplásico a nível maxilar).

Foi decidida a continuação dos cuidados de penso pela equipa de enfermagem, protelando-se a instituição de antibioterapia. Reforçou-se a necessidade do contacto com a unidade de Cirurgia Maxilo-facial, para orientação e abordagem do eventual foco neoplásico maxilar.

4. Consulta Externa de Doenças Infeciosas

A permanência do estudante em contexto de consulta externa teve uma duração total de 44 horas, tendo decorrido em 10 períodos de manhã ou de tarde, com duração entre 3 horas e 30 minutos e 5 horas e 30 minutos (Tabela II).

No total, o estudante contactou com 89 doentes/utentes, incluindo primeiras consultas e consultas de seguimento, nas áreas da infeção por VIH, VHB, VHC, da PrEP, da PTIAI, da viagem, bem como consultas do SAP (Tabela XII).

Entre a população de doentes/utentes com que o estudante contactou verificou-se uma grande prevalência do sexo masculino (73, 82%), registando-se uma média de idades de 46 anos (Tabela XII). Na maioria dos casos ocorreu prática de medicina ombro a ombro (50, 56,2%) (Tabela VIII).

O estudante assistiu à realização de uma punção lombar e 18 Fibroscan® em contexto de CEDI, procedimentos observados pela primeira vez no MIM. Para além disso, realizou autonomamente 5 Fibroscan®, com autorização e devida supervisão da técnica de radiologia presente na sala.

A consulta de doenças metabólicas associadas à infeção por VIH fez também parte do estágio do estudante na CEDI, no entanto, atendendo que na generalidade das consultas de doentes infetados por VIH é feita a abordagem das comorbilidades e dos parâmetros metabólicos, com estudo dirigido e instituição do ajuste terapêutico necessário, não foi possível ao estudante discernir aquelas que seriam dedicadas exclusivamente a este tema, pelo que não foi considerada na análise descritiva efetuada.

4.1 Consulta de Infeção por Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus da Hepatite B e/ou Vírus da Hepatite C

O estudante assistiu a 32 consultas de monoinfetados por VIH (1 correspondente a primeira consulta), 2 consultas de monoinfetados por VHC, 12 consultas de coinfetados por VIH/VHC, 8 consultas de coinfetados por VIH/VHB e 4 consultas de coinfetados por VIH/VHB/VHC [numa delas o doente também tinha infeção por vírus da Hepatite D (VHD)] (Tabela XII e Gráfico 1).

Os doentes observados nestas consultas tinham uma idade média de, sensivelmente, 50 anos (Gráfico 2). Existiu uma clara maioria do sexo masculino, com doentes do sexo feminino apenas observados em consultas de monoinfetados por VIH (12,5%) e de coinfetados por VIH/VHC (16,67%) (Gráfico 3).

Nas consultas de seguimento de monoinfetados ou coinfetados por VIH observadas, que compreenderam um universo de 54 doentes, foi efetuada alteração da TARV em 10 doentes (18,52%).

Na manhã de estágio no CTC, o estudante assistiu a um total de 10 consultas de coinfetados por VIH/hepatite, presenciou a toma de metadona e a toma observada de TARV por parte dos utentes deste centro, assim como a entrega de kits no âmbito do Programa Nacional de Troca de Seringas.

O estudante assistiu à inclusão de um doente com infeção por VIH de novo num ensaio clínico internacional de fase III (estudo GEMINI), para avaliação da eficácia, segurança e tolerabilidade de um regime de 2 fármacos antirretrovíricos em adultos infetados por VIH-1, sem TARV prévia.

A medicina praticada pelo estudante ocorreu maioritariamente ombro a ombro (Gráfico 4) e as ações praticadas consistiram na realização de atos do exame físico, como aferição dos sinais vitais, parâmetros antropométricos, auscultação e outros dirigidos aos doentes em observação.

4.2 Consulta de Profilaxia Pré-Exposição

Foram presenciadas pelo estudante 10 consultas de PrEP (3 primeiras consultas) (Tabela XII e Gráfico 1). A média de idades dos utentes observados foi de 40,7 anos, todos do sexo masculino (Gráfico 2 e Gráfico 3). Foi praticada medicina observada em exclusivo (Gráfico 4).

4.3 Consulta de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossupressores

O estudante acompanhou 8 consultas de PTIAI (2 primeiras consultas) (Tabela XII e Gráfico 1). Os doentes observados tinham uma média de idades de 57 anos, maioritariamente do sexo masculino (62,5%) (Gráfico 2 e Gráfico 3).

A doença que motivou o uso de imunomoduladores mais prevalente foi a esclerose múltipla (3, 37,5%), seguida da psoríase (2, 25%) (Tabela XIII).

O estudante praticou maioritariamente medicina ombro a ombro (Gráfico 4), realizando atos do exame físico dirigidos aos doentes em questão.

4.4 Consulta do Viajante

O estudante assistiu a 10 consultas do viajante, todas primeiras consultas (Tabela XII e Gráfico 1). Teve oportunidade de assistir ao período semanal em que a consulta é dedicada também à observação de viajantes em idade pediátrica e realizada de forma multidisciplinar com um Infeciologista e um Pediatra.

A média de idades dos utentes observados foi de 24,3 anos, com idade mínima de 1 ano e máxima de 38 anos (Gráfico 2). Foram observados mais viajantes do sexo feminino (60%) (Gráfico 3).

Os destinos reportados foram: África Subsariana (4, 40%), Sul da Ásia (4, 40%) e América do Sul (2, 20%). O motivo de viagem mais frequente foi a visita a familiares (5, 50%), seguindo-se o turismo (2, 20%), o trabalho (2, 20%) e 1 por razões humanitárias (10%) (Tabela XIV).

Prescreveu-se terapêutica de profilaxia da malária a 3 utentes (30%) com viagem para a África Subsariana. Foi feita a vacina da hepatite A a 7 utentes (70%), da febre tifóide a 7 (70%), da febre amarela a 4 (40%), da hepatite B a 3 (30%) e anti-meningocócica tetravalente (ACWY) a 2 (20%) (Tabela XIV).

Maioritariamente foi praticada medicina observada (Gráfico 4), mas nas 2 consultas realizadas ombro a ombro o estudante foi responsável por prestar todos os aconselhamentos para a viagem dos utentes em questão.

4.5 Serviço de Atendimento Permanente

Foram observadas pelo estudante 3 consultas do SAP (Tabela XII e Gráfico 1), 2 relacionadas com suspeita de infeção por sífilis (1 após contacto sexual de risco com infetado por esta doença e 1 por rastreio serológico positivo) e 1 consulta de doente com infeção por VHC, com manifestação de icterícia nas escleróticas. Este último doente foi encaminhado para o SU para observação e despiste de complicação da infeção.

Nos doentes observados constatou-se uma média de idades de 45,7 anos (Gráfico 2). Foram observados 2 doentes do sexo masculino (66,7%) e 1 do sexo feminino (33,3%) (Gráfico 3). Foi praticada medicina observada em todas as consultas (Gráfico 4).

5. Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

A permanência do estudante na CCIRA teve uma duração total de 3 horas, no dia 30 de novembro de 2021, das 10 às 13 horas (Tabela II).

O estudante acompanhou o trabalho desenvolvido pelo núcleo com atividade dedicada, nomeadamente procedimentos realizados na vigilância epidemiológica no CHUPorto e o apoio à prescrição de antimicrobianos. Observou a utilização de programas informáticos de apoio à vigilância epidemiológica hospitalar, como o *“Hospital Epidemiological Control”* (HEPIC®), uma ferramenta informática de acesso exclusivo aos elementos da CCIRA, que permite integrar e fornecer uma série de informações, especificamente:

- Leitura da identificação de todos os microrganismos documentados pelo laboratório de Microbiologia, permitindo a realização da vigilância epidemiológica dos microrganismos problema e consequente aplicação de medidas de controlo da infeção;
- Antimicrobianos utilizados no tratamento de cada doente (incluindo posologia, dosagem e duração do tratamento), que ajuda na instituição de intervenções para melhorar o uso racional e adequado destes fármacos (*“Stewardship”* antimicrobiano);
- Dados para conseguir calcular taxas de incidência de infeção.

O estudante acompanhou uma sessão de esclarecimento incorporada no Programa de Apoio à Prescrição de Antimicrobianos (PAPA), realizada no Departamento de Cirurgia, na Unidade de Patologia Hepatobiliopancreática, do CHUPorto, com duração de 30 minutos.

Foi observada a metodologia aplicada no rastreio de contactos de alto risco relacionados com um caso positivo de infeção por SARS-CoV-2, que permaneceu no SU por mais de 12 horas.

6. Atividades Valorativas

O estudante participou no 17º Encontro Nacional de Atualização em Infeciologia (ENAI) (Figura 1), congresso médico na área das DI com duração de 3 dias (24 a 26 de novembro de 2021), tendo comparecido de forma integral, à exceção de uma das manhãs por compromisso decorrente das atividades letivas do 6º ano do MIM.

Neste congresso foram abordados os temas mais atuais no ramo das DI, bem como a evolução das terapêuticas e suas indicações nesta área. Entre eles incluem-se:

- A gestão da infecção por SARS-CoV-2 e as dificuldades impostas pela pandemia causada por este agente;
- A indicação e inovação terapêutica no controlo e tratamento da infecção por VIH, assim como da sua profilaxia;
- As inovações no campo das hepatites, quanto à abordagem clínica e tratamento;
- A associação entre imunossupressão e infecção, muito frequente na atualidade pela utilização de terapêuticas biológicas e imunomoduladoras;
- A medicina tropical em contexto de viagem e impacto da globalização nas doenças emergentes;
- Os desafios no tratamento antibiótico e multirresistência associada.

No dia 5 de novembro de 2021, foi presenciada pelo estudante uma sessão de apresentação sobre malária e desenvolvimentos na vacinação, realizada no SDI.

IV. Discussão e Análise Crítica das Atividades Desenvolvidas no Estágio

A realização do estágio clínico em DI proporcionou ao estudante momentos de aprendizagem e crescimento, não só no que respeita ao campo técnico da medicina (assente na integração de conhecimentos teóricos, raciocínio clínico e execução de atos médicos), como também na sua vertente emocional, social, burocrática e logística.

Existiu contacto próximo com uma multiplicidade de doentes/utentes, cada um com diferentes antecedentes, uma história de vida única, problemas médicos, sociais, familiares e financeiros díspares. Esta diferença, inerente ao carácter humano dos doentes e heterogeneidade das doenças, traduz-se na necessidade de uma medicina personalizada.

É importante estabelecer uma relação empática com o doente, integrado como um todo a nível emocional, social e físico, fundamental para que sejam instituídas estratégias preventivas da reincidência de erros/comportamentos passados.

O estudante apercebeu-se que a prevalência de problemas não médicos é muito elevada na área das DI. É uma temática que tem um peso quase nulo no MIM, onde é focado sobretudo o conhecimento fisiopatológico, semiológico e terapêutico da doença, em detrimento da perspetiva do doente como uma pessoa para além da sua patologia de base.

A prevalência clara de utentes do sexo masculino observados em todas as atividades realizadas configurou uma situação inesperada para o estudante. Uma possível justificação é o rácio sexo masculino: sexo feminino aumentado para muitas das doenças observadas no estágio, de acordo com a literatura.

Em infetados por VIH, a maioria dos doentes com que o estudante contactou ao longo do estágio, verificou-se uma prevalência de 72,1% do sexo masculino no total de casos diagnosticados entre 1983 e 2019, em Portugal.¹⁶ Esta discrepância pode ser explicada, em parte, pela grande prevalência da transmissão do VIH por contacto sexual de HSHs, que representou 39% dos novos diagnósticos de infeção por VIH no ano de 2019, na União Europeia.¹⁷

Em doentes com infeção por VHB ou VHC também é descrita uma maior incidência no sexo masculino em relação ao sexo feminino, em Portugal.¹⁸

1. Internamento de Doenças Infeciosas

A permanência no IDI fez com que o estudante compreendesse a rotina de um médico num serviço hospitalar. Foi muito bem incorporado pela equipa médica do serviço, que lhe delegou tarefas com responsabilidade acrescida, resultando numa experiência clínica significativa.

A realização recorrente da anamnese traduziu-se no aperfeiçoamento da relação médico-doente singularizada pelo estudante, tendo depreendido que alguns doentes carecem de uma abordagem cautelosa para obter a informação pretendida, enquanto outros procedem espontaneamente ao relato completo dos seus problemas, por vezes com necessidade de serem interrompidos. Um dos doentes avaliados praticamente não conseguia fornecer qualquer informação pelo défice neurológico associado, tendo exigido ao estudante o uso de técnicas para superar as dificuldades de interpretação do pouco que o doente conseguia transmitir e assim conseguir prestar-lhe os melhores cuidados.

O exame físico foi realizado sistematicamente durante o estágio, resultando no seu aprimoramento. Especificamente o exame neurológico foi realizado várias vezes, com treino e prática do estudante, que tinha nesse exame um ponto de fragilidade na sua aprendizagem.

A execução de procedimentos médicos, nomeadamente punções arteriais (primeiro contacto que o estudante teve com este procedimento no MIM), permitiu a otimização da técnica, terminando o estágio com uma facilidade notoriamente maior na sua execução.

Dentro da interpretação de MCDT (analíticos gerais, serológicos, microbiológicos e imagiológicos), a maior dificuldade residiu no enquadramento dos achados obtidos na história clínica do doente, superada pelo raciocínio clínico estimulado ao longo do estágio.

O aparecimento de resultados não expectáveis nos MCDT pode constituir uma adversidade com uma resolução mais laboriosa. A título de exemplo, foi observado pelo estudante um doente com elevação das enzimas hepáticas aspartato aminotransferase e alanina aminotransferase, sem razão clínica evidente, o que implicou a revisão de toda a terapêutica em execução (cerca de 12 fármacos por se tratar de um doente com infeção por VIH de novo com contagem absoluta de células CD4+ de $9/\text{mm}^3$, com candidose esofágica e toxoplasmose cerebral) e tentativa de filiação do achado numa possível iatrogenia dos fármacos.

O estudante nunca tinha utilizado as plataformas informáticas SClínico® e Circuito do Medicamento. Teve oportunidade de usá-las frequentemente e ganhar agilidade nas mesmas, o que é relevante porque o tempo poupado ao utilizá-las adequadamente permitiu realizar outras tarefas importantes.

O estabelecimento de um plano de investigação e terapêutico para o doente representou a tarefa mais difícil entre as realizadas, por exigir a integração, compreensão e interpretação de todos os achados obtidos ao longo da avaliação do mesmo. Para elaborar este plano, o estudante necessitou, na maioria das vezes, de discutir as suas conclusões e opiniões com um médico, tendo-se baseado repetidamente na literatura existente para fazer o melhor trabalho possível.

As discussões com médicos com experiência na área das DI representaram momentos de aprendizagem muito valiosos para o estudante, que os complementava com um estudo teórico, aplicando a teoria na prática clínica.

É de salientar a organização do serviço, com uma única sala de trabalho dos médicos e múltiplos computadores, o que permite a partilha constante de conhecimentos entre médicos especialistas e internos que se encontram no mesmo local, assim como o debate acerca das melhores opções a tomar perante determinadas situações, nas quais muitas das vezes é crucial a existência de uma segunda opinião.

As dez observações realizadas no IDI foram altamente desafiantes. Muitos dos doentes observados apresentavam várias infeções oportunistas associadas à infeção por VIH simultaneamente, com vários aparelhos e sistemas afetados. É um aspeto muito estimulante da especialidade de DI, na qual se exige um saber da medicina como um todo.

No IDI, o estudante observou doentes com atingimento dos sistemas:

- Nervoso (empiema cerebral, leucoencefalopatia multifocal progressiva, toxoplasmose cerebral, encefalite por *Citomegalovírus* e meningite por *Cryptococcus neoformans*);
- Respiratório (tuberculose pulmonar, pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e pneumonia adquirida na comunidade);
- Gastrointestinal (candidose esofágica e hepatite C);
- Linfático (tuberculose ganglionar);
- Cardíaco (insuficiência cardíaca descompensada).

Os exames microbiológicos identificam microrganismos causadores de doença e permitem adequar a terapêutica de acordo com o teste de suscetibilidade aos antibióticos. Foi feita a análise de múltiplos exames desta tipologia pelo estudante, que lhe mostraram as DI na sua perspetiva microbiológica e a sua importância no tratamento de patologias deste foro.

O estudante aprofundou o seu conhecimento ao nível da farmacologia, resultado da multiplicidade de fármacos prescritos aos doentes. Existiu diariamente a necessidade de confirmar a adequação dos mesmos e o cumprimento integral do tratamento, de rever a posologia e dosagem, entre outras questões. Como o estudante não se encontrava autorizado a realizar alterações terapêuticas, apenas facultava a sua opinião, que posteriormente era ou não validada pelo médico responsável pela sua supervisão.

A prática em sucessão de medicina ombro a ombro, em autonomia parcial e em autonomia total, retrata a evolução do estudante à medida que o tempo passou e se sentiu mais confiante para

realizar as tarefas de forma independente. O estágio garantiu mais segurança ao estudante na prática médica, estando ciente de que acrescenta sempre algo na vida do doente, por mais pequena que seja a ação realizada.

Pelos doentes com infeção por VIH observados, é possível depreender que os que necessitam de cuidados de internamento configuram situações graves, por vezes em estadio de síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), maioritariamente motivadas pelo incumprimento da TARV. Foi testemunhado pelo estudante um diagnóstico de infeção por VIH inaugural em estadio de SIDA, tal como ocorreu em 68% dos novos casos de SIDA registados no ano de 2019, em Portugal.¹⁶

A avaliação sequencial de alguns dos doentes ao longo do internamento, permitiu ao estudante aperceber-se da degradação acelerada do estado geral que pode ocorrer em fases avançadas da infeção por VIH. A título de exemplo, observou um doente com disfunção neurológica grave, mas capaz de responder a perguntas simples quando observado pela primeira vez pelo estudante, que evoluiu com perda rapidamente progressiva da consciência, força muscular, capacidade de ingerir alimentos e controlo de esfíncteres, acabando posteriormente por morrer.

O final de vida de um doente com infeção por VIH pode ser muito agonizante, sendo muito importante o controlo dos sintomas nesta fase terminal.

A assistente social desempenha um papel muito importante no SDI, uma vez que muitos dos doentes internados não têm qualquer suporte familiar nem habitação própria, sendo fundamental encontrar soluções adequadas para que possam ter uma vida digna, que permita o controlo da doença e previna novos internamentos. A resolução dos problemas sociais permite a libertação de espaço no internamento para a receção de outros doentes que necessitem de cuidados médicos.

Entre os doentes observados pelo estudante, três deles tinham história de toxicod dependência e/ou consumo ativo de drogas injetadas. Esta situação retrata o valor da avaliação psiquiátrica no IDI, sobretudo pela elevada prevalência de comportamentos aditivos, que podem ser controlados com terapêutica psiquiátrica adequada, mas também de outras alterações neuropsiquiátricas.

A presença nas reuniões de serviço demonstrou a enorme complexidade das DI, que fez com que nem sempre fosse possível ao estudante ter a noção plena e o domínio de cada temática. Essa complexidade surge pela:

- Necessidade de controlar sintomas e complicações da doença;
- Escolha do fármaco, via de administração e dose adequados, para o microrganismo em questão;
- Garantia da ausência de efeitos causados pela terapêutica.

O debate de pareceres entre médicos permite ultrapassar esta complexidade. Estas reuniões são também importantes para definir a orientação de questões particulares, nomeadamente de índole ética, como a situação de um doente com infeção por VIH que, num estado neurologicamente íntegro, expressou vontade de comunicar ele próprio este diagnóstico aos seus pais, algo que não foi possível pelo agravamento progressivo do quadro clínico. Aquando da visita dos pais ao doente foi respeitada a intenção demonstrada, não tendo sido reveladas quaisquer informações que o doente não pretendesse. A vontade do doente deve sempre ser respeitada, um princípio que o estudante pretende nunca esquecer.

O estudante assistiu à recusa de um doente em realizar uma broncofibroscopia, apesar da explicação de todos os prejuízos dessa tomada de decisão, o que implicou a impossibilidade de atingir o diagnóstico definitivo para o quadro clínico em causa. Esta situação acautelou o estudante para a real prática da medicina, que exige respeito pelo princípio ético da autonomia, mesmo perante decisões opostas à proposta do médico.

A duração relativamente curta da permanência no IDI, o número reduzido de doentes internados (também pela necessidade da existência de uma área de isolamento para doentes com infeção por SARS-CoV-2 a ocupar parte das camas do SDI) e o período prolongado de permanência dos doentes no IDI, restringiu o contacto do estudante com um maior número de doentes e patologias relevantes na área das DI, uma limitação desta componente do estágio.

Uma maior duração do estágio poderia ter sido uma estratégia para ultrapassar esta limitação, mas era pouco viável pelas restantes atividades letivas do estudante, no MIM. A permanência do estudante no IDI em dias espaçados entre si levaria ao contacto com outros doentes, mas não seria tão vantajoso por impossibilitar a análise da evolução diária de cada doente.

A observação de todos os doentes internados durante cada manhã de estadia no IDI, em detrimento do seguimento de um doente em todos os seus aspetos, seria outro método para debelar a limitação descrita. No entanto, não incluiria os restantes pontos da rotina diária de um médico, além da observação dos doentes, tornando-se numa ação de teor académico e não profissionalizante, ao contrário do pretendido no estágio.

Por estar integrado na equipa médica responsável pela enfermaria, o estudante realizou as tarefas que lhe foram atribuídas em cada manhã do estágio, tal como qualquer outro elemento. Sentiu-se, pela primeira vez no MIM, como um médico no exercício das suas funções.

O contacto com patologia infecciosa de causa bacteriana não foi tão frequente, impedindo a aquisição de uma perspetiva prática total da prescrição de antibióticos, constituindo uma limitação

do estágio, complementada por um estudo teórico suplementar. Por outro lado, o estudante acabou por ter uma aprendizagem considerável de aspetos relacionados com a TARV, ainda que não fosse um objetivo predefinido para o estágio, pelo contacto com vários doentes sob este regime terapêutico.

2. Urgência de Infeciologia

A realização das 12 horas na UI de forma contínua permitiu ao estudante vivenciar a experiência de um turno completo de Urgência, situação recorrente na carreira médica numa especialidade hospitalar.

Foi possível sentir a fadiga em acumulação ao longo do dia, física, pela deslocação constante entre vários locais, e mental, pelo estímulo da capacidade intelectual para solucionar problemas e cenários clínicos. Esta situação implica o desenvolvimento de estratégias para combater a fadiga e impedir que possa interferir na correta tomada de decisões.

2.1 Intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência

O contexto de urgência facultou ao estudante a proximidade com situações de doença na sua forma mais aguda. A deterioração clínica pode ocorrer rapidamente, havendo necessidade de uma atuação imediata e coordenada para diminuir a probabilidade de falhas.

Como exemplo, a abordagem de um doente infetado por SARS-CoV-2, que deu entrada no SU com insuficiência respiratória grave. Houve necessidade de vigilância contínua do mesmo por um elemento médico da equipa da UI, face à progressão desfavorável do seu estado de saúde e mau prognóstico associado. Esta observação ocorreu durante um período de tempo significativo, que o estudante acompanhou, com transferência posterior do doente para a Unidade de Cuidados Intensivos dedicada ao tratamento de doentes infetados por SARS-CoV-2.

Foram resolvidas questões logísticas neste período na UI, nomeadamente a transferência hospitalar de um doente motivada pela sua área de referência. Neste ponto, o estudante notou a importância da comunicação entre pares por forma a que todo o processo possa ocorrer sem qualquer contrariedade. Este facto salienta a relevância que a comunicação tem na medicina, não só com o doente, mas também entre todos os profissionais de saúde envolvidos.

Reforça-se essa importância com o caso de um doente com indicação de internamento por tuberculose em fase bacilífera, que teve que ficar em quarto de isolamento no SU dada a ausência de vagas nos quartos com pressão negativa do SDI, com desagrado do próprio com a situação. A equipa médica da UI foi buscar o jantar para o doente, de maneira que se sentisse mais tranquilo, e explicou a necessidade de cumprir as medidas de isolamento por via aérea. O estudante observou

nesta situação o que é realmente ser médico, efetuando tarefas com as quais não há qualquer obrigação, para garantir a segurança do doente e restante meio circundante.

A observação maioritária de doentes com infeção por SARS-CoV-2 é indissociável da pandemia causada por este agente, vigente em Portugal no período de realização do estágio. Nesse momento existia uma redefinição do SU e do circuito de doentes no mesmo, pela previsão de um aumento da afluência de doentes com COVID-19. Essa reestruturação de áreas e circuitos dificultaram e diminuíram as condições em que os doentes foram observados, por alocação de material noutros locais.

Foi proporcionada uma visão das implicações que uma pandemia tem no contexto hospitalar e da necessidade de reorganização constante, condicionada pela sua evolução. Desta forma, o estudante sente-se melhor preparado para lidar com esta endemia aquando do início da sua atividade profissional, bem como com possíveis pandemias futuras, que podem tornar-se cada vez mais frequentes pela globalização da população.

A medicina praticada pelo estudante nesta componente do estágio representa uma limitação do mesmo. Esta situação é justificada pelas características dos doentes observados, com patologias com uma taxa de contágio elevada (infeção por SARS-CoV-2 e tuberculose), bem como pelo reajuste das áreas e circuitos do SU, que prejudicou um contacto mais próximo com os doentes.

A natureza e características próprias de uma Urgência, em que o número de doentes com necessidade de observação é imprevisível e dependente da sua afluência ao SU, impediram uma prática clínica em maior escala pelo estudante durante a permanência nesta atividade do estágio.

Não foi possível experienciar uma diversidade significativa de patologias infecciosas em contexto agudo, constituindo uma limitação do estágio, visto que o estudante tinha expectativa de contactar com infeções do SNC, doenças associadas ao viajante, ISTs e zoonoses, o que não ocorreu. Esta situação poderia ser colmatada com um maior período de tempo alocado à UI, no entanto, seria mantida a dependência da imprevisibilidade do SU e implicaria uma menor carga horária noutras componentes do estágio.

2.2 Intervenção Interna da Urgência de Infeciologia

A suspeita de isquemia do SNC pressupõe uma atuação rápida, com intervenção ativa do estudante, que presenciou pela primeira vez a ativação de uma VV-AVC. Esta situação alertou para a preciosidade do tempo e agilidade de atuação numa situação destas, de modo a impedir um possível dano cerebral irreversível.

3. Consultadoria Interna de Doenças Infecciosas

O caso observado necessitou de uma abordagem multidisciplinar, em que o médico de DI e a médica de Cirurgia Geral expuseram as suas perspetivas acerca do mesmo, debateram ideias e chegaram a um consenso da melhor decisão a tomar. A observação desta colaboração transmitiu ao estudante que a medicina é constituída pela junção e integração do conhecimento das várias especialidades, que se complementam para atingir o melhor seguimento, orientação e terapêutica para cada doente.

4. Consulta Externa de Doenças Infecciosas

A CEDI foi a atividade do estágio na qual o estudante permaneceu durante um maior período de tempo e a que resultou numa maior satisfação pessoal para o mesmo. Foram vivenciadas múltiplas situações, em várias modalidades de consulta, com grande pluralidade entre os utentes observados (quanto a contexto clínico, doenças crónicas, personalidade, situação socioeconómica, contexto familiar, social, entre outros). Para além disso, deu-se a observação e realização de procedimentos médicos, tendo havido uma grande aprendizagem associada.

Verificou-se uma grande empatia em todas as consultas presenciadas, que assegurou um ambiente de confiança e confiança nas mesmas. Foi notória a segurança dos doentes quando lhes era apresentada a melhor opção terapêutica pelo médico, sempre acompanhada pela explicação de todos os aspetos associados à doença e seu tratamento. O estudante pretende aplicar os valores absorvidos na sua prática clínica futura.

Por ter tido uma intervenção ativa em muitas das consultas, o estudante melhorou a sua interação com os utentes neste contexto, sentindo-se preparado para lidar com os mesmos no futuro. Na consulta são observados doentes estáveis clinicamente, que carecem de uma abordagem muito diferente da efetuada em contexto de internamento ou urgência. Este estágio permitiu ao estudante ter contacto com esta vertente, o que não havia acontecido ao longo do MIM.

Teria sido interessante para o estudante ter um papel como condutor da consulta, que poderia resultar numa melhor conjugação entre o pensamento clínico e a comunicação com o doente, tarefa que se reveste de dificuldade. Não foi possível esta vivência pela pouca experiência do estudante, que não permitiria o fornecimento dos melhores cuidados para os utentes. O pouco tempo existente para a realização das consultas e a complexidade, física e emocional, dos doentes, nos quais a confiança e o à vontade de longa data ajudam na gestão, também impossibilitaram que o estudante fosse o principal interveniente da consulta.

Existiu contacto com procedimentos médicos, onde foram utilizadas técnicas que o estudante apenas conhecia de forma teórica. Observou a realização de uma punção lombar, que tem um papel

central no diagnóstico de infeções do SNC e pode ter consequências graves se realizada de forma incorreta. O estudante sente-se preparado para fazer o procedimento com a técnica e assepsia corretas e alertar se a sua realização for incorreta, caso se depare com tal situação no futuro.

O estudante observou a realização da elastografia hepática transitória (Fibroscan®), que permite, de forma não invasiva, inferir o grau de fibrose e esteatose do fígado. O contacto com este exame elucidou o estudante da facilidade de execução, inocuidade e riqueza informativa do mesmo, pelo que no futuro irá requisitá-lo nas situações com indicação. A possibilidade de efetuar autonomamente o Fibroscan® permitiu ao estudante assimilar a sua técnica de execução, estando confiante para a sua realização na atividade profissional futura.

Durante a permanência na CEDI, o estudante apercebeu-se da quantidade excessiva de consultas existentes por período de tempo. Esta situação resulta na necessidade de um foco no motivo da consulta, impossibilitando, por vezes, uma abordagem aprofundada de todos os problemas do doente e a prática de uma medicina mais global, mesmo ultrapassando o horário de trabalho estipulado.

No período em que o estudante esteve na CEDI era notória a reorganização e reestruturação que estavam a ocorrer, fruto do retorno às consultas presenciais, com ocorrência de várias modalidades de consulta num período de uma manhã ou de uma tarde. Dessa forma não foi possível para o estudante realizar o estágio seguindo totalmente a planificação previamente estabelecida, com exceção da consulta do viajante, o que constitui uma limitação. Apesar disso, o estudante assistiu a consultas de todas as modalidades pré-definidas e não considera que esta situação tenha afetado a qualidade do estágio.

4.1 Consulta de Infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana, Vírus da Hepatite B e/ou Vírus da Hepatite C

A realidade da infeção por VIH na CEDI é oposta aquela verificada no IDI, já que na maioria dos casos não existe sintomatologia presente, devido ao cumprimento da TARV, resultando numa carga viral do VIH indetetável em quase todos os doentes observados pelo estudante na consulta. Esta realidade está de acordo com os dados verificado em Portugal, onde no final de 2017, 93% dos doentes diagnosticados com infeção por VIH, apresentavam uma carga viral <200 cópias/mL.¹⁹

A TARV foi alterada num número significativo de doentes com infeção por VIH observados, para adoção de um regime mais simplificado, nomeadamente para biterapia. Esta é uma mudança histórica no tratamento da infeção por VIH, que o estudante pôde presenciar, já que desde o surgimento de uma terapêutica efetiva para este vírus, nunca haviam sido utilizados esquemas com menos de três fármacos até muito recentemente.

A observação da inclusão de um doente num ensaio clínico internacional permitiu ao estudante ganhar perceção das questões burocráticas associadas ao mesmo. É capital a explicação clara de todo o ensaio clínico ao doente, o preenchimento de vários consentimentos informados, realização de MCDT obrigatórios e seguimento minucioso da metodologia do ensaio. Só cumprindo rigorosamente todos estes pressupostos é possível realizar estudos com conclusões relevantes e válidas, levando à evolução da medicina.

Na consulta de doenças metabólicas associadas à infeção por VIH é perceptível a realidade atual desta infeção como uma doença crónica, que modifica a problemática da mesma, transitando das infeções oportunistas agudas para os problemas cardiovasculares crónicos.

A idade cada vez mais avançada da população com infeção por VIH favorece esta mudança. Foi verificada esta tendência nos doentes observados na CEDI, com uma média de idades de, sensivelmente, 50 anos. Nos países desenvolvidos estima-se que, em 2016, 33% dos doentes com infeção por VIH tinham 50 ou mais anos.²⁰

O contacto com doentes infetados por VHB e/ou VHC ocorreu sobretudo em contexto de coinfeção por VIH. Na infeção por VHB crónica, a ausência de uma terapêutica curativa torna desafiante o seguimento destes doentes, com necessidade de ajuste terapêutico de acordo com a clínica do doente, os seus parâmetros analíticos, morfológicos e evolução para fibrose hepática.

Foi observado um doente coinfetado por VIH/VHB/VHC/VHD, com doença hepática crónica em estadio de cirrose, no qual já haviam sido tentados, sem sucesso, todos os esquemas terapêuticos possíveis para a hepatite. A única esperança consistia na utilização de um fármaco com pequena evidência de eficácia para o tratamento da coinfeção VHB/VHD. O estudante sentiu, neste caso, a impotência do médico perante a angústia do doente, uma conjuntura com que muito provavelmente virá a contactar na sua futura carreira médica.

É fundamental a aposta na prevenção da hepatite B através da vacinação, que tem permitido diminuir a incidência desta doença e as consequências adversas que acarreta.²¹

A infeção por VHC tem uma terapêutica comprovadamente eficaz, pelo que a sua identificação num doente pressupõe tratamento imediato com um esquema definido. O ponto negativo neste tratamento é a demora para o seu início, motivada pelas autorizações exigidas em Portugal. Estas implicam consequências na possibilidade de transmissão da doença, o que em termos epidemiológicos gera maior dificuldade no controlo desta infeção.

A presença nestas consultas proporcionou ao estudante o conhecimento de realidades acerca das quais não tinha qualquer noção, descritas de seguida.

Verificou-se muita indigência nos doentes observados, alguns deles sem habitação fixa nem condições alimentares adequadas, o que promove faltas às consultas e dificuldades no cumprimento adequado da terapêutica instituída, tendo como efeito o menor controlo das suas doenças crónicas. Esta realidade foi observada em maior escala nos doentes do CTC, todos eles com consumo de drogas ativo ou passado. A gestão da problemática social é fundamental para o sucesso clínico.

A prostituição e práticas associadas, tanto de indivíduos do sexo masculino como feminino, foram abordadas nas consultas observadas. Os médicos, independentemente da área de formação, deviam ter conhecimento de realidades como a prática de sexo em grandes grupos sem utilização de proteção, o “chemsex” (utilização de drogas com o objetivo de permitir uma duração prolongada da atividade sexual), o “slamming” (utilização de drogas injetáveis com uso de seringas partilhadas durante a atividade sexual) e as viagens internacionais para prática de prostituição, para tomarem medidas efetivas e com impacto na saúde pública.

Para além das ISTs, muito prevalentes em profissionais do sexo, os temas referidos no parágrafo anterior devem ser abordados em consulta. Sem a realização deste estágio, o estudante nunca teria tomado conhecimento deles no MIM, mas assim sente-se preparado para lidar com os mesmos no futuro.

Os HSHs têm alguns aspetos particulares, nomeadamente a maior probabilidade de contrair e transmitir a infeção por VIH por contacto sexual, relativamente a outras práticas sexuais, com um risco estimado de 138/10000 de adquirir a infeção por VIH numa relação sexual anal como recetor, 11/10000 numa relação sexual anal como introdutor, comparativamente com um risco de 8/10000 numa relação sexual vaginal como recetor e 4/10000 numa relação sexual vaginal como introdutor.²²

Entre os doentes com infeção por VIH observados na CEDI, vários eram HSHs, não tendo sido efetuada análise descritiva neste relatório por não serem questionadas as práticas sexuais em todas as consultas.

O estudante considera pertinente destacar um caso observado em consulta, que retrata a imprevisibilidade que a observação de um doente pode ter e a importância da gestão e controlo da situação pelo médico.

Um indivíduo do sexo masculino, 51 anos, observado em consulta de seguimento por coinfeção por VIH/VHC, surge com ideação suicida estruturada, motivada pelo risco de perda da habitação fixa.

A ideação suicida foi revelada imediatamente após a entrada no consultório médico, resultando na alteração completa da estruturação da consulta. Em primeiro lugar houve uma abordagem com

perguntas abertas acerca do problema principal do doente, que permitiu atingir uma relativa estabilidade emocional do mesmo. Posteriormente abordou-se a patologia de base e comorbilidades do doente. Por fim o doente foi encaminhado para a Urgência Metropolitana de Psiquiatria do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto.

Ainda neste caso, foi referido pelo doente que só não concretizou a ideação suicida porque no dia seguinte iria ter consulta com a sua médica de DI e sabia que esta o conseguiria ajudar. Nesta alusão encontra-se bem patente o valor da relação médico-doente, que muitas vezes ultrapassa a noção que o próprio médico tem. Este momento configura uma grande motivação para o estudante fazer sempre o máximo pelos doentes, que olham para o médico como um provisor de saúde.

A quantidade reduzida de primeiras consultas observadas pelo estudante constitui uma limitação desta componente do estágio. É um contexto diferente em relação às consultas de seguimento, visto que a história clínica colhida é mais completa, são colocados outros desafios ao médico, nomeadamente a explicação da evolução esperada e escolha inicial da terapêutica mais apropriada.

No ano de 2019, na área metropolitana do Porto, foram diagnosticados 95 novos casos de infeção por VIH, comparativamente a 2010, em que haviam sido diagnosticados 312.¹⁶ No ano de 2018, em Portugal registaram-se 174 novos casos de infeção por VHB e 269 novos casos de infeção por VHC.¹⁸ A existência de vários centros e outras especialidades médicas a realizar consultas destas patologias e a redução da incidência das mesmas, devido a vacinação, campanhas de prevenção com esclarecimento à população e PrEP para a população de risco, pode justificar a redução do número de primeiras consultas. Salienta-se ainda a organização das consultas observadas, sem períodos exclusivos de primeiras consultas.

4.2 Consulta de Profilaxia Pré-Exposição

A PrEP tem eficácia demonstrada na prevenção da infeção por VIH, quando aplicados os critérios de inclusão de forma adequada. Reduz o risco de infeção por VIH em, aproximadamente, 75%, quando considerada uma adesão à profilaxia, no mínimo, de 70%.²³

Esta consulta não se resume à dispensa de medicação, visto que os utentes que a ela recorrem, na maioria das vezes, têm múltiplos parceiros sexuais (um dos utentes revelou ter 120 parceiros sexuais por mês) e não utilizam o preservativo de forma consistente.

O reforço de que a PrEP apenas atua na prevenção da transmissão do VIH e não de outras ISTs, o encorajamento da utilização do preservativo e seu fornecimento são obrigatórios durante as consultas, tendo ocorrido nas presenciadas pelo estudante. De salientar que não houve nenhum utente com sintomas/sinais ou diagnóstico de ISTs, entre os observados nesta consulta.

A observação exclusiva de utentes do sexo masculino está de acordo com a realidade em Portugal, onde as pessoas que recorrem a PrEP são maioritariamente deste sexo.¹⁹

É necessário conhecer a existência desta consulta e compreender quais os utentes que beneficiam da sua instituição, algo que ficou claro para o estudante após a permanência na CEDI.

A prática exclusiva de medicina observada nestas consultas constitui um ponto negativo, justificado por se lidar com utentes, não doentes, não existindo uma avaliação tão rigorosa, nomeadamente por atos que pudessem ser realizados pelo estudante, bem como é abordado o contexto sexual, com necessidade de algum grau de ligação médico-utente.

4.3 Consulta de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossupressores

As consultas de PTIAI relevaram ao estudante os riscos das terapêuticas imunossupressoras, sobretudo de índole infecciosa e a importância da sua prevenção.

O tratamento eficaz de uma doença auto-imune ou de uma neoplasia é ineficiente se durante o seu curso o doente desenvolver uma doença infecciosa que lhe cause dano significativo e o coloque em risco de vida. Por isso, a consulta de PTIAI assume um papel central no seguimento destes doentes, algo assimilado pelo estudante com a realização deste estágio e que terá sempre em conta, se porventura vier a propor algum tratamento imunossupressor no futuro.

4.4 Consulta do Viajante

A consulta do viajante permite a realização de viagens seguras e tem um papel em termos de saúde pública, na prevenção da importação de doenças para o nosso país, com potencial de causar dano para a população. Num mundo cada vez mais globalizado e com maior número de viagens, esta consulta é fundamental.

A presença nas consultas permitiu ao estudante contactar com viajantes com diferentes destinos, assistir aos aconselhamentos e às indicações profiláticas atestadas a cada um, conseguindo obter uma boa noção de como abordar um viajante.

É importante notar que, mesmo com destinos de viagem semelhantes, os aconselhamentos podem ser diferentes. Como exemplo, o viajante para África Subsariana, a quem não foi prescrita terapêutica de profilaxia da malária, porque o destino da viagem era São Tomé e Príncipe. Os restantes 3 viajantes cujo destino era África Subsariana foram aconselhados a realizar esta profilaxia, porque os destinos foram Angola (em 2 viajantes) e Costa do Marfim.

A intervenção ativa do estudante na comunicação com os utentes em duas das consultas foi marcante para o mesmo, que nunca havia tido esta oportunidade ao longo do MIM e transmitiu-lhe a confiança de conseguir replicar aquilo que havia observado nas consultas prévias.

4.5 Serviço de Atendimento Permanente

A identificação de ISTs, como sífilis, numa fase inicial, é fundamental para impedir os efeitos deletérios que daí possam advir. Ainda mais pela existência de um tratamento curativo eficaz. O estudante notou a importância que os estudos serológicos têm neste contexto, permitindo a identificação da infeção, mesmo que as manifestações clínicas não estejam presentes, como traduzem os casos observados e relevam a importância da suspeita clínica.

A identificação de icterícia como um sinal tradutor de hiper-bilirrubinemia, que no contexto do doente observado poderia traduzir uma evolução desfavorável de uma doença hepática, é fundamental para encaminhar ou investigar de forma precoce, com objetivo de prevenir a evolução do dano. Sem um exame físico atento, é um sinal que pode passar despercebido, pelo que o doente observado advertiu o estudante para a importância da sua aferição, seja em que contexto for.

5. Comissão de Controlo da Infeção e Resistência aos Antimicrobianos

A permanência na CCIRA representou uma experiência totalmente diferente em relação ao restante estágio em DI.

O estudante ficou ciente do enorme trabalho desenvolvido pelos representantes desta comissão e da necessidade de foco por todos os profissionais de saúde do CHU Porto para esta problemática. Pequenas ações como a correta lavagem das mãos podem impedir a transmissão de microrganismos problema, fatais em doentes vulneráveis, como imunodeprimidos por exemplo.

A observação do rastreio de contactos de um caso positivo de infeção por SARS-CoV-2 inteirou o estudante dos condicionalismos causados e da importante vertente logística associada. No evento observado, um dos contactos ainda permanecia no hospital, tendo havido necessidade de articulação com o serviço hospitalar onde se encontrava, enquanto o outro já havia tido alta clínica e encontrava-se em casa, com necessidade de efetuar contacto telefónico com o mesmo.

A sessão de esclarecimento no âmbito do PAPA salientou a prevalência que os microrganismos multirresistentes ainda ocupam no contexto hospitalar, com necessidade de atualização e adequação constante dos antimicrobianos utilizados em cada situação. A multirresistência aos antibióticos é uma temática recorrentemente declarada, mas quando são visualizados gráficos e dados que demonstram a sua presença e atestam a eficácia das medidas preventivas, a perceção da problemática adquire outra magnitude.

Há necessidade de lidar com as emoções dos profissionais de saúde, que por vezes têm opiniões contrárias aos aconselhamentos da CCIRA. Através do debate de ideias entre ambas as partes, é possível atingir um consenso que permita alcançar os objetivos do controlo da infeção a nível hospitalar.

A impossibilidade da utilização das funções do HEPIC® na sua plenitude, por questões de logística e compatibilidade com outros programas informáticos utilizados no CHUPorto é um aspeto pertinente notado pelo estudante, que releva a capacidade crítica de quem utiliza o programa, por forma a conseguir extrair a informação necessária a cada objetivo na vigilância epidemiológica.

Foi um período curto para conhecer todos os aspetos subjacentes à CCIRA, no entanto, o estudante considera que compreendeu os aspetos chave para o controlo da infeção em ambiente hospitalar, principal objetivo inicial.

6. Atividades Valorativas

A participação no 17º ENAI forneceu uma grande oportunidade para o estudante contactar com um ambiente de partilha de ideias, aquisição e atualização de conhecimentos fundamentais para a evolução da Medicina e, neste caso em particular, das DI.

O grau elevado de sapiência dos palestrantes presentes, alguns dos infeciologistas mais conceituados do mundo, transmitiram ao estudante a importância que a investigação tem no avançar da ciência e na inovação das terapêuticas colocadas em prática nas DI.

São destacados os pontos que mais interesse despertaram ao estudante nos próximos parágrafos.

Na área do VIH muitas mudanças podem acontecer, a curto e longo prazo, com o aparecimento de esquemas de TARV baseados em dois fármacos com eficácia demonstrada e a possível introdução de TARV de longa ação, com administração mais espaçada no tempo através de injeções intramusculares, que tem demonstrado bons resultados nos ensaios clínicos em curso.

Na área da infeção por VHC, a necessidade de identificar todos os infetados para que possam ser tratados, de forma a atingir a eliminação desta doença a nível mundial. O rastreio de toda a população foi uma das estratégias apontadas no congresso com utilidade para este objetivo.

Na área da medicina do viajante, a importância que a globalização assume na sociedade atual e a necessidade de adoção de programas de prevenção e controlo, para que as doenças emergentes não surjam em zonas não endémicas e assim se previna a ocorrência de pandemias.

Apesar de alguns dos temas abordados nas diversas palestras terem uma complexidade elevada, o sentimento de aprendizagem ao longo de todo o congresso foi enorme para o estudante, que ficou fascinado com a qualidade e a erudição com que as palestras foram apresentadas.

A visualização da sessão de apresentação sobre a malária no SDI fez com que o estudante se inteirasse dos avanços neste campo, nomeadamente a possibilidade de vacinação. A vacina para a malária já existe nos países em desenvolvimento, mas tem um benefício distante do ideal, já que não previne totalmente a doença.

V. Recomendações

Após a conclusão do estágio em DI, o estudante considera pertinente tecer algumas ilações quanto a situações que poderiam ser revistas.

No que concerne à estruturação atual do MIM, teria significado a introdução de componentes que divulgassem aos estudantes a dimensão social que os doentes representam, bem como a abordagem protocolada nestas situações e os recursos disponíveis para as colmatar.

Alguns assuntos seriam merecedores de referência ao longo do curso, como a temática da prostituição e da indigência. São contextos com que existe contacto frequente no exercício da medicina, pelo que a sua abordagem na formação pré-graduada seria uma estratégia adequada.

O estudante verificou que o impacto causado pelos casos de índole social internados no SDI é significativo na logística do mesmo, fazendo com que, por vezes, doentes com necessidade de cuidados médicos não tenham vaga para internamento e sejam colocados em locais inadequados, tal como se verificou na UI em que o estudante participou.

Uma solução para esta circunstância poderia passar pela criação de uma unidade de internamento de utentes com alta clínica, mas sem resolução da vertente social. Esta unidade não necessitaria de médicos de forma permanente, o rácio enfermeiro-utente poderia ser mais baixo do que noutro serviço hospitalar, havendo a possibilidade de contratação de profissionais da área da geriatria ou apoio social, para complementar o mesmo. Os custos do centro hospitalar seriam reduzidos e poderia internar-se um maior número de doentes a necessitar de cuidados de saúde especializados, nos locais apropriados. Outra possibilidade seria uma intervenção mais rápida e eficaz das equipas de Cuidados Continuados Integrados ou outras estruturas similares.

Para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes, seria importante haver um maior período de tempo para a realização de cada consulta externa. No formato atual, nem sempre existe espaço para a exploração detalhada dos problemas que o doente revela não relacionados com o motivo da consulta, o que dificulta a abordagem holística do mesmo.

As questões burocráticas associadas ao tratamento da infeção por VHC são significativas a nível nacional. Uma revisão das mesmas seria importante para contribuir para o objetivo mundial de erradicação da hepatite C. Esta situação não se verifica em muitos hospitais europeus, nomeadamente na Alemanha, tal como foi apresentado numa sessão do 17^a ENAI, onde a identificação de infeção por VHC pressupõe o início de tratamento imediato.

VI. Conclusão

O estágio realizado no SDI representou um dos momentos de maior aprendizagem em todo o MIM para o estudante, que se sentiu como um verdadeiro médico.

Existiu contacto com uma multiplicidade de doentes/utentes e situações clínicas, em diferentes contextos. Essa variedade possibilitou ao estudante criar mecanismos de adaptação para abordar todos estes cenários, personalizar a sua atuação a cada doente e trabalhar com o objetivo de lhe proporcionar o melhor. Nesta vertente, o estabelecimento de uma relação de empatia com os doentes foi crucial em todas as atividades realizadas.

Este estágio permitiu ao estudante aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do curso de medicina, interpretar MCDT e elaborar planos de investigação e terapêuticos. Por contactar com patologias de múltiplos sistemas, o estudante adquiriu conhecimento de várias disciplinas médicas para além das DI, o que transmite o carácter abrangente desta última. À medida que existiu contacto com mais vertentes da especialidade de DI, o interesse pela mesma foi crescendo.

Foram vários os procedimentos médicos a que o estudante assistiu, com oportunidade de realização de alguns, como punção arterial e Fibroscan®, nos quais apenas a prática permite a sua correta execução.

O contacto com realidades que o estudante desconhecia, como a prostituição, a indigência e a prática de sexo em grandes grupos com diferentes finalidades (“chemsex”, “slamming”), permitiu-lhe compreender o que deve ser explanado em cada caso, tendo em vista a prevenção e promoção da saúde, de extrema importância para a sua prática clínica futura.

Alguns aspetos poderiam ter sido ajustados por forma a permitir o contacto com um maior número de doentes e patologias, sobretudo em contexto de IDI e UI. Apesar disso, foram atingidos todos os objetivos definidos previamente à realização do estágio, que teve um impacto significativo na visão da medicina e do doente, tida pelo estudante. Este tem a certeza que o estágio realizado contribuirá de forma significativa para que seja um melhor médico no futuro, bem como uma melhor pessoa.

O estudante conseguiu dar um sentido à frase proferida por *Sir William Osler*: “O bom médico trata a doença, o grande médico trata o doente”.

VII. Anexos

Tabela I. Planificação da distribuição horária pelas atividades

Atividade	Carga horária
IDI	30 horas
UI	12 horas
Consulta de VIH	8 horas
Consulta de coinfeção VIH-hepatite	4 horas
Consulta de alterações metabólicas em doentes com VIH	3 horas
Consulta de hepatite B	4 horas
Consulta de hepatite C	5 horas
Consulta de PrEP	3 horas
Consulta de PTIAI	4 horas
Consulta do viajante	4 horas
CCIRA	3 horas
Total	80 horas

IDI- Internamento de Doenças Infeciosas; UI- Urgência de Infeciologia; VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/ Imunossuppressores; CCIRA- Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.

Tabela II. Organização das atividades desenvolvidas pelo estudante

Data	Horário	Carga horária	Atividade
15/10/2021	9:00-14:00 horas	5 horas	IDI
22/10/2021	8:30-14:00 horas	5 horas 30 minutos	IDI
26/10/2021	8:30-14:00 horas	5 horas 30 minutos	IDI
27/10/2021	8:30-14:00 horas	5 horas 30 minutos	IDI
28/10/2021	8:30-14:00 horas	5 horas 30 minutos	IDI
29/10/2021	8:30-13:30 horas	5 horas	IDI
02/11/2021	8:30-12:30 horas	4 horas	CEDI (VIH, PrEP, doenças metabólicas associadas ao VIH)
03/11/2021	8:30-13:00 horas	4 horas 30 minutos	CEDI (VIH, PrEP)
04/11/2021	8:30-14:00 horas	5 horas 30 minutos	CEDI (VIH, doenças metabólicas associadas ao VIH)
05/11/2021	8:30-14:00 horas	5 horas 30 minutos	CEDI (VIH, VHB, VHC, PTIAI)
08/11/2021	8:30-13:00 horas	4 horas 30 minutos	CEDI (VIH, VHB, VHC, PTIAI)
08/11/2021	14:00-18:00 horas	4 horas	CEDI (VIH, doenças metabólicas associadas ao VIH)
09/11/2021	8:30-12:30 horas	4 horas	CEDI (VIH, VHB, VHC)
09/11/2021	13:30-17:00 horas	3 horas 30 minutos	CEDI (VIH, VHB, VHC)
10/11/2021	8:30-13:00 horas	4 horas 30 minutos	CEDI no CTC (VIH, VHB, VHC)
15/11/2021	8:30-20:30 horas	12 horas	UI
30/11/2021	10:00-13:00 horas	3 horas	CCIRA
17/12/2021	9:00-13:00 horas	4 horas	CEDI (viajante)

IDI- Internamento de Doenças Infeciosas; CEDI- Consulta Externa de Doenças Infeciosas; VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; VHB- Vírus da Hepatite B; VHC- Vírus da Hepatite C; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/ Imunossuppressores; CTC- Centro de Terapêutica Combinada; UI- Urgência de Infeciologia; CCIRA- Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.

Tabela III. Carga horária das atividades desenvolvidas no Estágio em Doenças Infeciosas

Atividade	Carga horária
IDI	32 horas
UI	12 horas
CEDI (nas suas diversas modalidades)	44 horas
CCIRA	3 horas
Total	91 horas

IDI- Internamento de Doenças Infeciosas; UI- Urgência de Infeciologia; CEDI- Consulta Externa de Doenças Infeciosas; CCIRA- Comissão de Controlo da Infecção e Resistência aos Antimicrobianos.

Tabela IV. Caracterização dos doentes/utentes observados nas atividades desenvolvidas pelo estudante

Sexo (n=103)	
Masculino	84 (81,5%)
Feminino	19 (18,5%)
Idade (anos)	
Média	46,75
Idade mínima	1
Idade máxima	86
Doentes/utentes observados no Estágio (n=103)	
IDI	7 (6,8%)
UI	6 (5,8%)
CIDI	1 (1,0%)
CEDI	89 (86,4%)
Total	103 (100%)

IDI- Internamento de Doenças Infeciosas; UI- Urgência de Infeciologia; CIDI- Consultadoria Interna de Doenças Infeciosas; CEDI- Consulta Externa de Doenças Infeciosas.

Tabela V. Caracterização dos doentes e observações realizadas no Internamento de Doenças Infeciosas

Sexo (n=7)	
Masculino	6 (85,71%)
Feminino	1 (14,29%)
Idade (anos)	
Média	48,4
Idade mínima	25
Idade máxima	86
Infeção por VIH (n=7)	
Sim	4 (57,14%)
Não	3 (42,86%)
Local de observação do doente (n=10)	
Quarto de isolamento com pressão negativa	2 (20%)
Enfermaria geral	8 (80%)

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela VI. Diagnóstico principal dos doentes observados pelo estudante no Internamento de Doenças Infeciosas

Diagnóstico principal	
Infeção oportunista em doente com infeção por VIH	3 (42,86%)
Doença meningocócica invasiva	1 (14,29%)
Insuficiência cardíaca descompensada	1 (14,29%)
Empiema cerebral	1 (14,29%)
Pneumonia adquirida na comunidade por <i>Haemophilus influenzae</i>	1 (14,29%)

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela VII. Infecções oportunistas associadas à infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana nos doentes observados no Internamento de Doenças Infeciosas

Infecções oportunistas nos doentes com infecção por VIH observados	
Tuberculose	1
Leucoencefalopatia multifocal progressiva	1
Pneumonia por <i>Pneumocystis jirovecii</i>	1
Toxoplasmose cerebral	1
Candidose esofágica	1
Encefalite por <i>Citomegalovírus</i>	1
Meningite por <i>Cryptococcus neoformans</i>	1
Número de infeções oportunistas por doente com infeção por VIH (n=4)	
Zero Infeções Oportunistas	1 (25%)
Uma Infeção Oportunista	0 (0%)
Duas Infeções Oportunistas	2 (50%)
Três Infeções Oportunistas	1 (25%)

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana

Tabela VIII. Medicina praticada pelo estudante nas observações realizadas em cada atividade

Observações realizadas no IDI (n=10)	
Medicina observada	0 (0%)
Medicina ombro a ombro	5 (50%)
Medicina em autonomia parcial	2 (20%)
Medicina em autonomia total	3 (30%)
Observações realizadas na UI (n=6)	
Medicina observada	5 (83,3%)
Medicina ombro a ombro	1 (16,7%)
Medicina em autonomia parcial	0 (0%)
Medicina em autonomia total	0 (0%)
Observações realizadas na CEDI (n=89)	
Medicina observada	39 (43,8%)
Medicina ombro a ombro	50 (56,2%)
Medicina em autonomia parcial	0 (0%)
Medicina em autonomia total	0 (0%)

CEDI- Consulta Externa de Doenças Infeciosas; IDI- Internamento de Doenças Infeciosas; UI- Urgência de Infeciologia.

Tabela IX. Caracterização dos doentes observados na intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência

Sexo (n=5)	
Masculino	3 (60%)
Feminino	2 (40%)
Idade (anos)	
Média	63
Idade mínima	19
Idade máxima	72
Proveniência/referenciação (n=5)	
Exterior sem referenciação	2 (40%)
Transferência hospitalar	1 (20%)
Centro de saúde	1 (20%)
SNS 24 - Centro de contacto do Serviço Nacional de Saúde	1 (20%)

Tabela X. Diagnóstico principal dos doentes observados na intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência

Diagnóstico principal (confirmado ou presuntivo)	
Infeção por SARS-CoV-2	3 (60%)
Tuberculose	1 (20%)
Pneumonia por <i>Legionella pneumophila</i>	1 (20%)

Tabela XI. Orientação clínica dos doentes observados na intervenção da Infeciologia no Serviço de Urgência

Orientação Clínica	
Internamento em enfermaria dedicada ao tratamento de doentes infetados por SARS-CoV-2	2 (40%)
Internamento em unidade de cuidados intensivos com área dedicada ao tratamento de doentes infetados por SARS-CoV-2	1 (20%)
Internamento em local de isolamento no Serviço de Urgência ao cuidado da especialidade de Doenças Infecciosas	1 (20%)
Alta clínica	1 (20%)

Tabela XII. Caracterização dos utentes observados na Consulta Externa de Doenças Infeciosas

Sexo (n=89)	
Masculino	73 (82%)
Feminino	16 (18%)
Idade (anos)	
Média	46
Idade mínima	1
Idade máxima	84
Modalidades das consultas (n=89)	
VIH (sem coinfeção)	32 (36%)
VHC (sem coinfeção)	2 (2,2%)
Coinfeção VIH-VHC	12 (13,5%)
Coinfeção VIH-VHB	8 (9%)
Coinfeção VIH-VHB-VHC	4 (4,5%)
PrEP	10 (11,2%)
PTIAI	8 (9%)
Viajante	10 (11,2%)
SAP	3 (3,4%)
Total	89 (100%)

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; VHC- Vírus da Hepatite C; VHB- Vírus da Hepatite B; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossuppressores; SAP- Serviço de Atendimento Permanente.

Tabela XIII. Motivo de observação na Consulta Externa de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/Imunossuppressores

Doença Associada ao uso de Imunomoduladores/Imunossuppressores (n=8)	
Esclerose múltipla	3 (37,5%)
Psoríase	2 (25%)
Doença de Crohn	1 (12,5%)
Proctocolite inflamatória	1 (12,5%)
Linfoma	1 (12,5%)

Tabela XIV. Caraterísticas da viagem dos utentes observados na Consulta do Viajante e tipo de prevenção

Destino da viagem (n=10)	
África Subsariana	4 (40%)
Sul da Ásia	4 (40%)
América do Sul	2 (20%)
Contexto da viagem (n=10)	
Visita a familiares	5 (50%)
Turismo	2 (20%)
Trabalho	2 (20%)
Razões humanitárias	1 (10%)
Profilaxia da Malária (n=10)	
Sim	3 (30%)
Não	7 (70%)
Vacinas pré-viagem realizadas	
Hepatite A	7 (70%)
Febre tifóide	7 (70%)
Febre amarela	4 (40%)
Hepatite B	3 (30%)
Anti-meningocócica tetravalente (ACWY)	2 (20%)

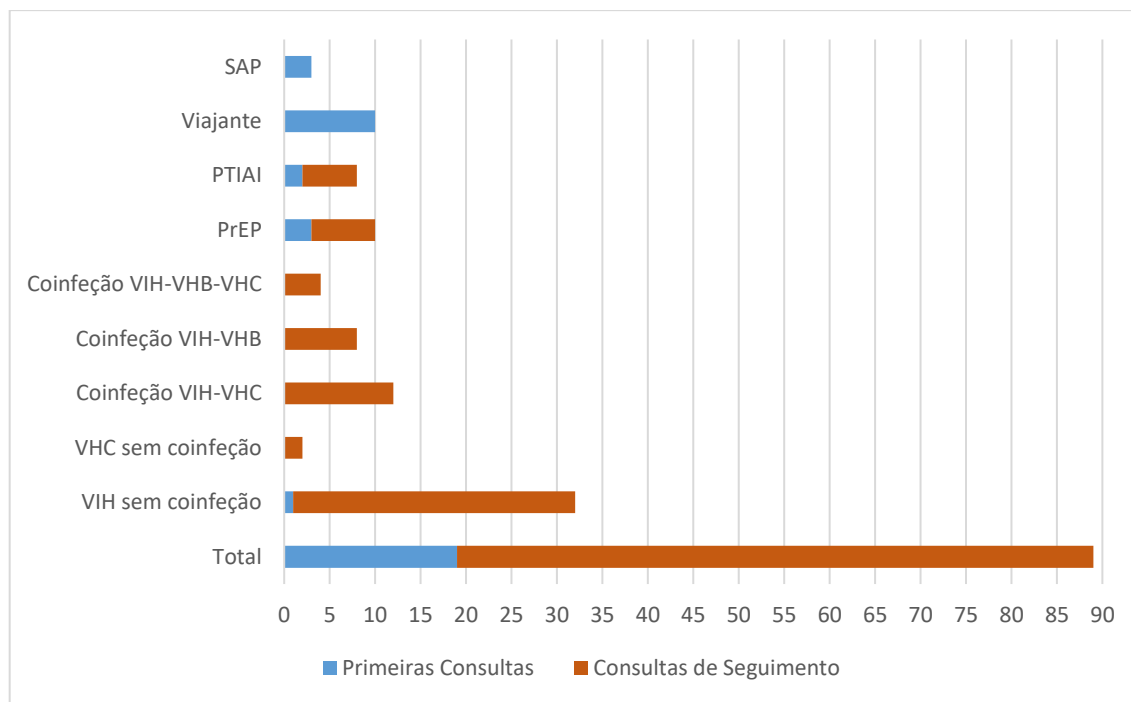


Gráfico 1. Caracterização do subtipo das consultas observadas por modalidade

SAP- Serviço de Atendimento Permanente; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/ Imunossuppressores; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; VHB- Vírus da Hepatite B; VHC- Vírus da Hepatite C.

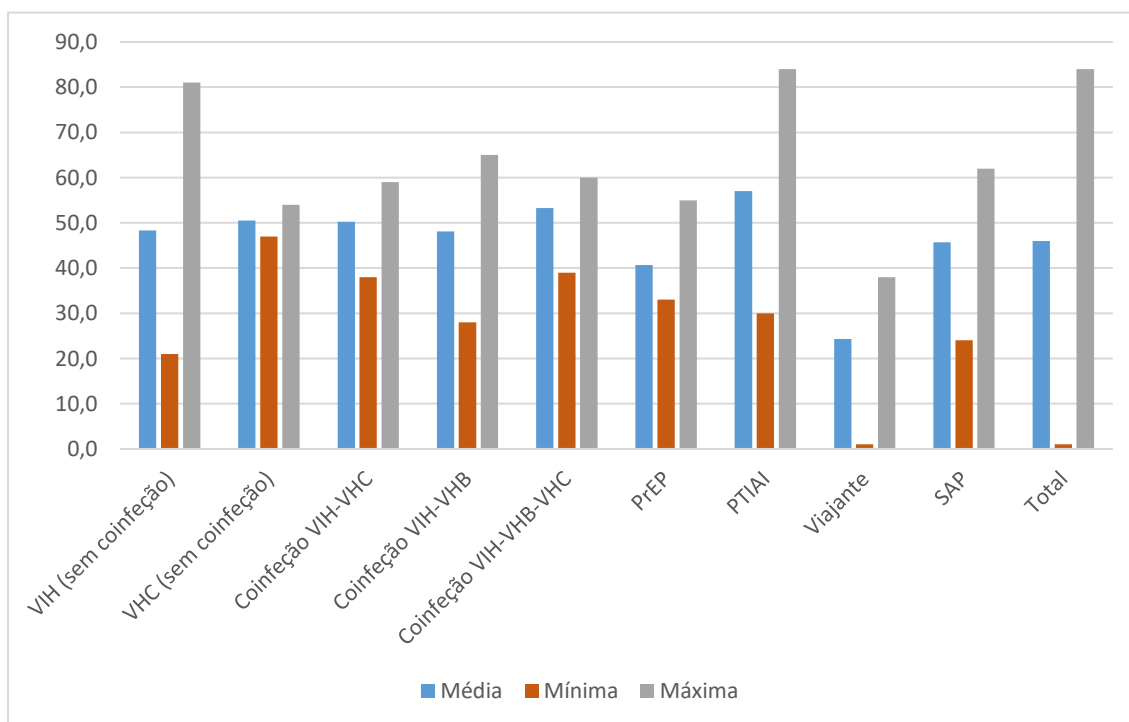


Gráfico 2. Caracterização da idade dos utentes observados por modalidade de consulta

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; VHC- Vírus da Hepatite C; VHB- Vírus da Hepatite B; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/ Imunossuppressores; SAP- Serviço de Atendimento Permanente.

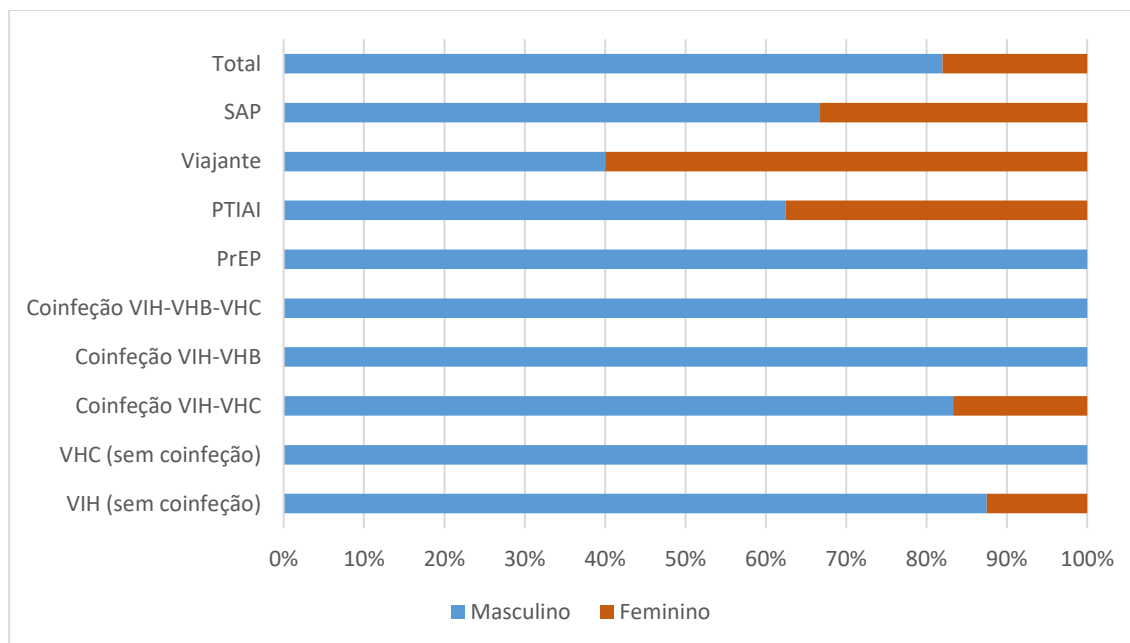


Gráfico 3. Caracterização do género dos utentes observados por modalidade de consulta

SAP- Serviço de Atendimento Permanente; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/ Imunossuppressores; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; VHB- Vírus da Hepatite B; VHC- Vírus da Hepatite C.

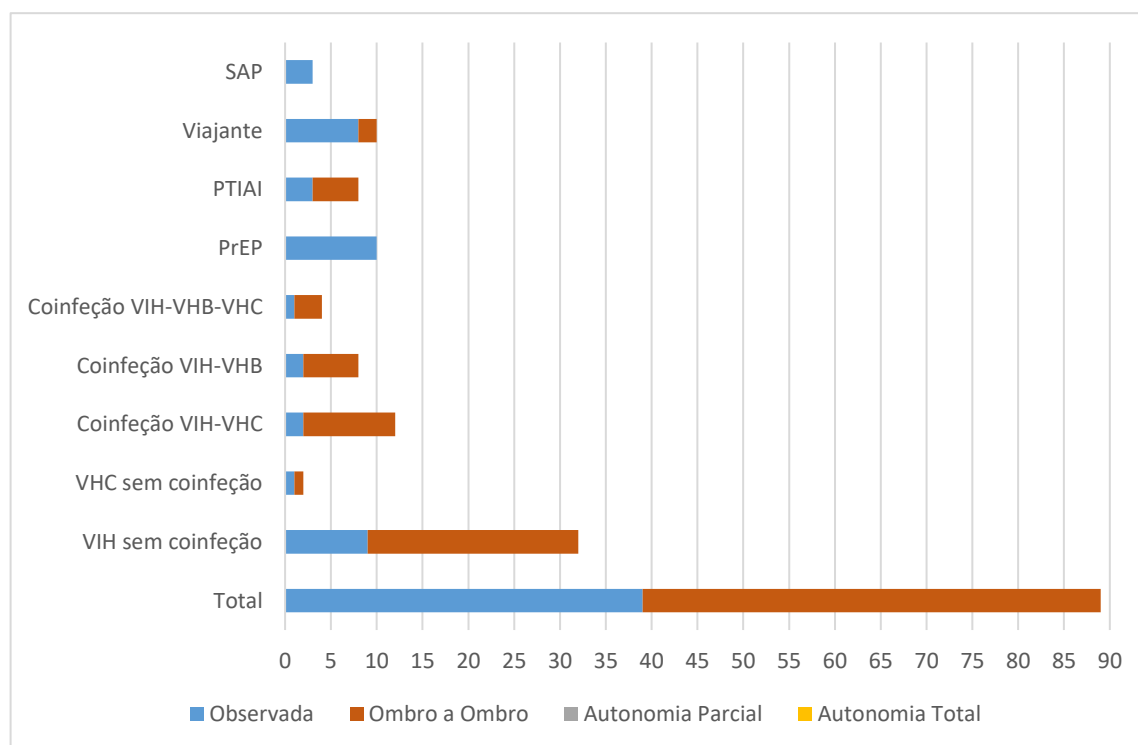


Gráfico 4. Caracterização da medicina praticada pelo estudante por modalidade de consulta

SAP- Serviço de Atendimento Permanente; PTIAI- Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas ao uso de Imunomoduladores/ Imunossuppressores; PrEP- Profilaxia Pré-Exposição; VIH- Vírus da Imunodeficiência Humana; VHB- Vírus da Hepatite B; VHC- Vírus da Hepatite C



CERTIFICADO

Certifica-se que **GABRIEL COSTA ARAÚJO** participou no 17º Encontro Nacional de Atualização em Infeciologia. Esta reunião científica teve lugar nos dias 24 a 26 de novembro de 2021, no Centro de Congressos Porto Palácio, e foi organizada pela Associação de Apoio às Reuniões de Infeciologia.

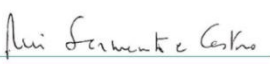

(Prof. Doutor Rui Sarmiento e Castro)



Figura 1. Certificado de Participação no 17º Encontro Nacional de Atualização em Infeciologia

VIII. Bibliografia

1. Aberth J. *Plagues in World History*. Rowman & Littlefield Publishers; 2011.
2. Maltez F, Almeida R. *História de Doenças Infecciosas*. Tipotejo Artes Gráficas; 2014.
3. Cunha BA. Historical aspects of infectious diseases, part I. *Infect Dis Clin North Am*. 2004;18(1):xi-xv.
4. Bollet AJ. *Plagues & Poxes: The Impact of Human History on Epidemic Disease*. 2ª ed. New York: Demos; 2004.
5. Direção-Geral da Saúde. *Rede de Referência Hospitalar Infeciologia*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2017.
6. Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. World Health Organization; Disponível em <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>. Consultado pela última vez a 2022/05/17.
7. The top 10 causes of death. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. Consultado pela última vez a 2022/05/17.
8. Global health estimates: Leading causes of death. World Health Organization. Disponível em <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>. Consultado pela última vez a 2022/05/17.
9. Direção-Geral da Saúde-Direção de Serviços de Planeamento. *Rede de Referência de Infeciologia*. Lisboa: Direção Geral da Saúde; 2001.
10. Centro Hospitalar Universitário do Porto. *Relatório e Contas 2020*. Porto: Centro Hospitalar Universitário do Porto; 2020.
11. Antigo Hospital Joaquim Urbano acolhe projeto de apoio aos sem-abrigo. Porto.. Disponível em <https://www.porto.pt/pt/noticia/antigo-hospital-joaquim-urbano-acolhe-projeto-de-apoio-aos-sem-abrigo->. Consultado pela última vez a 2022/05/18.
12. Ryom L, Cotter A, De Miguel R, et al. 2019 update of the European AIDS Clinical Society Guidelines for treatment of people living with HIV version 10.0. *HIV Med*. 2020;21(10):617-624.
13. European Association for the Study of the Liver. EASL Recommendations on Treatment of Hepatitis C 2018. *J Hepatol*. 2018;69(2):461-511.
14. European Association for the Study of the Liver. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017;67(2):370-398.
15. Valdoleiros SR, Furtado I, Silva C, et al. Protocolo de Prevenção e Tratamento de Infecções Associadas à Terapêutica Imunossupressora de Doenças Autoimunes. *Acta Médica Port*. 2021;34(6):469.
16. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. *Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2020*. Lisboa: DGS/INSA; 2020.

17. European Centre for Disease Prevention and Control, World Health Organization. *HIV/AIDS Surveillance in Europe 2020 (2019 Data)*. ECDC/WHO; 2021.
18. Direção-Geral da Saúde. *Programa Nacional Para as Hepatites Virais - 2019*. Lisboa: DGS; 2019.
19. Direção-Geral da Saúde/Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. *Infeção VIH e SIDA em Portugal - 2019*. Lisboa: DGS/INSA; 2019.
20. Autenrieth CS, Beck EJ, Stelzle D, Mallouris C, Mahy M, Ghys P. Global and regional trends of people living with HIV aged 50 and over: Estimates and projections for 2000–2020. *PLoS ONE*. 2018;13(11).
21. Schillie S, Vellozzi C, Reingold A, et al. Prevention of Hepatitis B Virus Infection in the United States: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR Recomm Rep*. 2018;67(1):1-31.
22. Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS Lond Engl*. 2014;28(10):1509-1519.
23. Chou R, Evans C, Hoverman A, et al. Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019;321(22):2214-2230.

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

