



RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO NO SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA DO
CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO**

Miguel Isolino Reis Pinho

Relatório de estágio apresentado à Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do
Porto para obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária

Orientador:

Prof. Doutor Germano Neves Pinto da Rocha

Porto 2021/2022

*"Maybe that's enlightenment enough:
to know that there is no final resting place of the mind, no moment of smug clarity.
Perhaps wisdom ... is realizing how small I am, and unwise, and how far I have yet to go."*

Anthony Bourdain

RESUMO

Graças ao acordo celebrado entre a Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto com o Centro Hospitalar Universitário do Porto, realizei, ao longo do segundo semestre do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária, um estágio observacional na Unidade de Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar Universitário do Porto liderada pelo Prof. Doutor Abel Mesquita.

A Cirurgia Plástica estuda, desenvolve e aplica técnicas com o propósito de prevenir o afastamento ou aproximar da norma morfológica quaisquer segmentos afligidos por iatrogenia, malformação congénita, traumatismo ou perturbação do desenvolvimento, com o objetivo principal de preservar ou restituir a função.

Como objetivos principais deste relatório de estágio destacam-se: a descrição das atividades realizadas e a exposição das novas aprendizagens.

Num âmbito geral, este Estágio permitiu o desenvolvimento de aptidões pessoais e clínicas através da experiência transmitida pelos diversos tutores, bem como do contacto com os doentes. As competências adquiridas serão, indubitavelmente, muito vantajosas para o meu futuro como Médico Dentista.

AGRADECIMENTOS

À minha Mãe Rosita, pela vida, por todo o amor e carinho e pelo esforço contínuo para que nada me faltasse para atingir os meus objetivos.

À minha Irmã e Anjo da Guarda Lili, pelo amor, apoio e compreensão em todos os momentos da minha vida. Obrigado por tomares conta de mim e por me puxares para a Terra quando estou nas nuvens.

Ao Sr. Manuel das Neves, pela amizade, por todos os conselhos e por todas as ideias que tivemos a oportunidade de partilhar e discutir.

Aos meus amigos Gaspar, Tomás, Lino, Maia, Maria Miguel, Cavadas, Guilherme, Rita e Eduarda por todos os momentos de alegria e felicidade que me proporcionaram ao longo desta jornada. Vocês são realmente a família que eu escolhi e que voltaria a escolher mil vezes.

Aos meus sobrinhos José e Lucas, por serem as estrelas mais pequeninas e cintilantes do meu Céu.

À mulher da minha Vida, Sabrina, pelo companheirismo, lealdade, honestidade, pelo seu espírito altruísta e pelo seu carinho. Quanta sorte tenho eu!

Ao Prof. Doutor Germano Rocha, pela orientação prestada, pela tranquilidade que transmite e pelos ensinamentos que me passou.

À Prof. Doutora Susete Pires, por me acolher no seu local de trabalho, pelas aprendizagens que me proporcionou, pela disponibilidade que demonstrou para esclarecer as minhas muitas dúvidas e por ser um modelo de excelência profissional.

Ao Dínamo Sanjoanense, onde dei os meus primeiros passos no mundo do Futsal. Foi um prazer crescer como atleta e Homem representando esta camisola. Um agradecimento especial ao Presidente Violas pela pessoa maravilhosa que é.

E o mais importante obrigado: ao meu Papá Fernando. Não existem palavras para quantificar as saudades que sinto tuas, todos os dias. Foste o meu pilar durante vinte anos, o meu melhor amigo. Obrigado por me teres mostrado, sem precisares de dizer uma palavra, o que é ser um “homem com H grande”. Amar-te-ei eternamente.

ÍNDICE GERAL

RESUMO.....	III
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS.....	VII
INTRODUÇÃO.....	1
DISCUSSÃO.....	2
1. Logística do Serviço.....	2
2. Observação de consultas no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).....	3
3. Visitas à enfermaria do Serviço de Cirurgia Plástica do HGSA.....	7
4. Observação de tempos operatórios.....	9
CONCLUSÕES.....	12
BIBLIOGRAFIA.....	13

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

FMDUP (Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto)

CHUP (Centro Hospitalar Universitário do Porto)

CICA (Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório)

HGSA (Hospital Geral de Santo António)

TPN (Terapia por Pressão Negativa)

INTRODUÇÃO

Enquadrado no quinto ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP) o meu estágio no Serviço de Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) realizou-se entre os dias vinte e quatro de fevereiro e nove de junho de dois mil e vinte e dois.

O estágio foi dividido em duas vertentes: observação de consultas externas no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA) e observação de tempos operatórios e visitas à enfermaria no Hospital Geral de Santo António (HGSA).

A Cirurgia Plástica é a especialidade mais diversa da Medicina, já que trata de anomalias desde a da cabeça até à ponta dos pés em doentes de todos os grupos etários. Sem um sistema de órgãos específico, a Cirurgia Plástica é baseada em princípios, em vez de procedimentos próprios numa determinada área anatómica.¹

Constando de cirurgia reconstrutiva e de cirurgia estética, a linha que marca a diferença entre as duas é muitas vezes quase impercetível. Usando como exemplo um recém-nascido com uma malformação como o lábio leporino, a Cirurgia Plástica vai reparar a deformidade de forma que a criança adquira um aspeto e função do lábio normais.

No serviço de Cirurgia Plástica do CHUP a maioria dos doentes que surgiram apresentavam alterações do pescoço para baixo, o que foi um constrangimento uma vez que tinha expectativas de acompanhar a resolução de casos referentes à cabeça e pescoço. Apesar deste entrave o estágio representou uma oportunidade única de examinar a metodologia de trabalho de profissionais de saúde extremamente competentes e diferenciados num contexto diferente do qual estou inserido, enriquecendo assim a minha formação como Médico Dentista.

Para a concretização das tarefas a que me propus foi essencial a atribuição de um tutor – Prof. Doutora Susete Pires, que me apoiou com a integração e orientação necessárias.

O presente relatório tem como objetivo descrever e refletir sobre todas as atividades e aprendizagens que me foram proporcionadas durante este estágio.

DISCUSSÃO

1. Logística do Serviço

O serviço de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva do CHUP encontra-se no quarto piso do HGSA. Possui uma sala de espera, uma enfermaria, que pertence à Cirurgia um e que conta com dez camas, divididas em quatro quartos, e múltiplos gabinetes para que os vários Cirurgiões Plásticos tenham acesso a um computador onde quase toda a burocracia inerente à atividade Médica é realizada. Os quartos acomodam até três doentes distribuídos por sexo, ora masculino ora feminino.

Não existe uma equipa de enfermagem propriamente dita, mas sim vários enfermeiros que ficam responsáveis por cada um dos quartos. O serviço tem também um bloco operatório localizado na ala de neurocirurgia do HGSA, no terceiro piso.

O serviço é chefiado pelo Prof. Doutor Abel Mesquita (assistente hospitalar sénior) que encabeçava uma equipa de mais quatro Cirurgiões Plásticos (dois assistentes hospitalares graduados e dois assistentes hospitalares). No entanto no final de março dois daqueles Cirurgiões, um assistente hospitalar graduado e um assistente hospitalar, rescindiram contrato e no final do estágio sobravam apenas dois.

Quanto à triagem dos pacientes que necessitam de usufruir deste tipo de tratamento cirúrgico, estes são reencaminhados normalmente para a consulta externa no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), primeiro, através dos seus Médicos de Família (P1) ou então vindos de outras especialidades dentro do hospital. No entanto, em casos de doentes que estão internados no HGSA são os Cirurgiões Plásticos que se deslocam ao serviço em questão para realizar a competente avaliação clínica.

Os Cirurgiões Plásticos têm autonomia para fazerem o plano de tratamento e fazerem as propostas de cirurgia aos pacientes cabendo ao Diretor do serviço fazer o agendamento das mesmas. Porém, como existem casos *borderline* nos quais o caráter subjetivo é bastante relevante o Cirurgião Plástico deve reunir com o Diretor do Serviço numa consulta colegial de forma a que se encontre uma solução e um plano de atuação mais adequado.

2. Observação de consultas no Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA)

Como previamente referido, este estágio iniciou-se a vinte e quatro de fevereiro e terminou no dia nove de junho de dois mil e vinte e dois o que contabiliza um total de dezasseis semanas. Em todas as quintas-feiras daquelas semanas acompanhei a Prof. Doutora Susete Pires nas consultas externas, realizadas no CICA.

O número de consultas efetuadas numa tarde variou sempre entre as vinte e as trinta consultas.

Nos casos em que o doente se dirigia a uma consulta nesta especialidade pela primeira vez, após a breve saudação inicial, a Prof. Doutora Susete Pires começava pela colheita da história clínica completa – idade, peso, alergias medicamentosas, hábitos tabágicos, doenças prévias e atuais de relevância e historial de operações, etc. Após este momento era dada ao doente a oportunidade de expressar o que o tinha motivado a pedir uma consulta, depois de saber o motivo da consulta passávamos então para a fase do exame objetivo.

Logo após o exame físico a Prof. Doutora Susete Pires explicava ao doente as diferentes abordagens que poderiam ser tomadas, os riscos e os compromissos a serem tomados para uma operação mais segura e uma recuperação competente. A gestão de expectativas dos doentes é também muito importante nesta fase uma vez que, neste serviço em particular, muitos dos doentes chegam à consulta com expectativas por vezes utópicas.

Todos os procedimentos cirúrgicos são suscetíveis de complicações, quer por erros humanos ou por algum inconveniente no processo de cicatrização e assim sendo os resultados podem não coincidir na totalidade com os desejos do doente. Apesar da garantia de que vai ser feito tudo o que está ao alcance da equipa Médica para que o sucesso seja alcançado, a Cirurgia Plástica não é uma ciência exata.

Recebendo toda esta informação o doente podia escolher entre usufruir de algum tempo para ponderar se queria avançar ou não com o tratamento e voltava noutro dia com a decisão ou então assinava no momento o consentimento para ser operado e ficar em lista de espera. Se a resposta fosse positiva eram também prescritos os exames subsidiários mais indicados para o caso em apreço, como análises sanguíneas e/ou

ecografias ou outros exames imagiológicos aos tecidos a serem intervencionados para despiste de qualquer patologia desconhecida.

Todavia, existiram casos em que a consulta não chegou a esta fase. E foram dois motivos principais que contribuíram para tal: ou a intervenção no doente possuía um carácter predominantemente estético (o que não é exequível dentro do Sistema Nacional de Saúde) ou o doente não cumpria todos os requisitos necessários – IMC abaixo de vinte e sete e fumar no máximo um cigarro por dia nas quatro semanas antes da operação e nas quatro semanas após. Nestes casos os doentes eram fortemente motivados a alterar os seus hábitos de forma a perderem peso ou a interromperem/pararem os seus hábitos tabágicos, e se o conseguissem voltariam a ter uma consulta sendo a nova proposta de cirurgia feita nessa altura.

Os doentes que já eram recorrentes na consulta tinham normalmente um objetivo diferente que passava pela realização de pensos e/ou avaliação de pós-operatórios.

Nos casos de avaliação de pós-operatórios os doentes surgiam na consulta algumas semanas após o procedimento cirúrgico para que a cicatrização dos tecidos até aquele momento fosse avaliada, para exporem alguma dúvida ou preocupação e para que lhes fosse fornecida uma nova orientação terapêutica até à retoma das suas atividades normais. Quanto aos doentes que se dirigiam até ao CICA para a realização de pensos, estes eram encaminhados para uma sala de enfermagem onde uma enfermeira e a Prof. Doutora Susete Pires tinham todos os materiais necessários para as diferentes tarefas. Nestas consultas foram realizados diversos procedimentos tais como: remoção de suturas, limpeza e desinfeção de feridas e úlceras, injeção de corticoides em queloides, aspiração de seromas e realização de pensos.

A aspiração de seromas foi uma das intervenções, para mim, mais interessantes de acompanhar. O seroma é definido como uma coleção de fluido seroso subcutâneo detetável ao exame físico e pode surgir no contexto de colocação de prótese após mastectomia derivada de cancro da mama ou após o enxerto de um dos grandes dorsais para a reconstrução mamária. Este acumular de fluido predispõe à deiscência da ferida cirúrgica, necrose da pele e um tempo prolongado de recuperação colocando em causa todo o trabalho feito e, mais importante, a saúde e o bem-estar do doente.² Após a aspiração do mesmo é muito importante que qualifiquemos o seu aspeto. Nos casos em que tive a oportunidade de observar o seu aspeto era seroso, não turvo e notava-se a

formação de espuma durante a sua aspiração. Todos estes são sinais de que não existia infecção, mas o protocolo foi sempre de enviar a amostra para a Microbiologia para que o líquido fosse analisado.

Quanto à realização de pensos, foram os pensos PICO®, que se entende por Sistema de Terapia para Feridas por Pressão Negativa (TPN), que mais me chamaram a atenção.

A TPN é um método terapêutico utilizado para auxiliar no encerramento de feridas de difícil cicatrização através da remoção de níveis baixos a moderados de exsudado e componentes infecciosos e consiste numa pressão negativa subatmosférica que atua na ferida através de uma esponja hidrofóbica de poliuretano ligada por um tubo de plástico a uma bomba de vácuo. O preço deste tipo de pensos é elevado e, portanto, foram empregues apenas em casos particulares como os de úlceras, fístulas e em tecidos enxertados.

A injeção de corticoides em queloides foi também um procedimento peculiar. Os queloides podem surgir após qualquer tipo de ferimento da pele incluindo acne, feridas comuns, cortes cirúrgicos e a colocação de piercings. Caracterizam-se por uma cicatriz espessa, dura, com um relevo protuberante e de cor avermelhada e que pode provocar prurido e até mesmo dor. Além disso, a cicatriz com quelóide tem propensão a expandir-se continuamente ao longo dos anos. Nestes casos o procedimento foi sempre a injeção de acetato de triancinolona na cicatriz, o que se verificou muito eficaz na redução do prurido e no achatamento da cicatriz.

Ao longo das dezasseis semanas tive a oportunidade de observar inúmeros pacientes, sendo que a maioria dos doentes eram mulheres adultas que procuravam a resolução de deformidades nas mamas e na zona abdominal.

Os seguintes casos clínicos são fictícios, mas têm o objetivo de esclarecer algumas das situações mais frequentes e o plano de tratamento seguido.

Caso clínico A: mulher adulta com queixas de lombalgia, cervicalgia, dormência nos braços e de baixa autoestima devido a uma hipertrofia exacerbada da mama. Após avaliação física é confirmado que realizar uma cirurgia de mamoplastia de redução é do melhor interesse para a doente. Explicam-se os procedimentos e os cuidados do pós-

operatório. Cumprindo todos os pré-requisitos, previamente expostos, é apresentada a proposta de cirurgia à doente.

Caso clínico B: mulher adulta com queixas de irritação e maceração da pele nas pregas abdominais e baixa autoestima devido a uma alteração do contorno abdominal após uma gravidez. Após avaliação física é confirmado que existe diástase dos retos (separação dos retos abdominais na linha média) e que o contorno abdominal está muito fora da norma. Explicam-se os procedimentos e os cuidados do pós-operatório. Cumprindo todos os pré-requisitos, previamente expostos, é feita a proposta de cirurgia de abdominoplastia à doente.

Caso clínico C: mulher adulta com deformidade pós reconstrução da mama com implante devido a ter sido submetida a radioterapia. A avaliação física confirma fibrose tecidual, contratura capsular e alteração da forma pretendida. É sabido que a radioterapia altera as características dos tecidos, ficando as veias com um lúmen diminuído, ainda que com a sua espessura aumentada o que se traduz numa maior dificuldade de irrigação dos tecidos e num processo de cicatrização muito menos eficiente. Além dos trâmites fisiológicos, a doente não demonstra vontade de se submeter a uma cirurgia devido a toda a situação que lhe é inerente. Desta forma é proposto à doente um *lipofilling*, ou seja, um preenchimento da deformidade com gordura autóloga, que necessita de algumas intervenções, todas elas de carácter menos invasivo, como a recolha e o processamento da gordura e a deposição da mesma na mama e que permitem à doente ser intervencionada num regime de ambulatório. Depois de explicados todos os passos e se a doente cumprir todos os requisitos necessários foi-lhe apresentada a proposta de cirurgia.

Caso clínico D: homem idoso com fistula supra-anal crónica e queixas álgicas agravadas. Após vários meses de tentativa de encerramento da lesão com pensos PICO® sem sucesso, restam-nos duas opções: ida ao bloco para limpeza e encerramento da ferida ou recurso à Medicina Hiperbárica. Agindo no melhor interesse do doente, este irá ser reencaminhado para o Hospital de Santa Maria - Porto para sessões de Medicina Hiperbárica. Esta é uma forma especializada de tratamento na qual o doente é submetido a uma elevada concentração de oxigénio e uma pressão duas a três vezes superior à pressão atmosférica ao nível do mar. Estas condições levam a uma dissolução do oxigénio no plasma sanguíneo (normalmente desprezível) conseguindo-

se assim de forma imediata a hiperoxigenação tecidual, além de vasoconstrição e redução do líquido intersticial acumulado (edema). Para além disso efeitos como a modulação inflamatória, ativação de defesas antibacterianas celulares e tecidulares e a redução de radicais livres de oxigénio estão já também comprovados, culminando num processo que estimula a reparação tecidual com neovascularização, aumento do número de fibroblastos e epitelização das áreas cruentas.³

3. Visitas à enfermaria do Serviço de Cirurgia Plástica do HGSA

Nas primeiras oito semanas de estágio, todas as sextas-feiras, durante a manhã, estive no piso quatro do HGSA para acompanhar a Prof. Doutora Susete Pires e o/a enfermeiro/a na sua visita à enfermaria do Serviço de Cirurgia Plástica.

Neste período de tempo observei diversos momentos de atuação clínica tais como: avaliações de pós-operatórios, realização de pensos e atribuição de altas hospitalares.

Embora a privacidade num quarto de hospital não seja um parâmetro forte, a visita começava pelo encerramento das cortinas à volta da cama do doente de forma a criar um ambiente em que este se sentisse mais à vontade para ser examinado. Logo depois perguntávamos ao doente como se sentia e o que sentia, de forma que se alguma coisa estivesse menos bem pudéssemos rapidamente perceber o problema e equacionar uma solução.

A visita começou sempre pelos quartos em que se encontravam doentes do sexo feminino. As doentes observadas encontravam-se a recuperar de cirurgias diversas, nomeadamente: mamoplastia de redução, abdominoplastia ou enxerto autólogo de pele.

Nos casos da mamoplastia de redução e abdominoplastia, as doentes saem do bloco operatório com drenos de sucção e é este o primeiro parâmetro a ser observado. Estes drenos têm a função de retirar sangue e líquidos acumulados no local onde foi realizada a cirurgia, restringindo o risco de infeção e facilitando a cicatrização. São compostos por um reservatório e um tubo longo que fica inserido na cavidade cirúrgica. Durante este período a doente deve evitar realizar movimentos bruscos de forma a prevenir que o dreno se desloque. A quantidade de líquido drenado é verificada e anotada diariamente, bem como o seu aspeto. Este deve ser fluído e não amarelo

espesso, senão estamos perante um caso de infeção, e deve também ser menos do que 150ml/24h.

Depois da verificação dos drenos é feita uma avaliação da ferida cirúrgica para termos uma ideia de como se encontra o processo de cicatrização. Não havendo nenhum problema aparente despedimo-nos da doente e passamos para a próxima.

Nos casos em que a doente tinha sido submetida a um excerto de pele autóloga começávamos por observar se a zona dadora e a zona recetora tinham um aspeto são. Se assim fosse o enfermeiro procedia à limpeza da zona e à realização de um penso utilizando gaze gorda diretamente na ferida uma vez que é um curativo de baixa aderência que permite que a ferida drene livremente para o curativo secundário. Se a ferida tivesse um aspeto infetado, com muito rubor e áreas cruentas o procedimento passava pela desinfeção da ferida com soluto de Dakin (solução de hipoclorito de sódio a 0,5%) e depois colocação de gaze gorda e aplicação de penso. O soluto de Dakin é usado nestas situações, embora tenha um efeito negativo no processo de cicatrização, porque é considerado que a resolução da infeção é o mais importante e benéfico para o paciente.

Por fim, visitávamos os quartos destinados aos doentes do sexo masculino. Os doentes observados encontravam-se a recuperar de cirurgias variadas tais como: excerto de pele autóloga, mamoplastia de redução e cirurgia de desbridamento e reconstrução da zona do períneo e da parede abdominal em doentes afetados pela síndrome de Fournier.

O protocolo seguido com os doentes do sexo masculino internados devido ao excerto de pele autóloga ou mamoplastia de redução foi em tudo semelhante ao que já descrevi para os doentes do sexo feminino.

Quanto aos doentes que tinham sido submetidos a desbridamento e reconstrução das zonas perineal e abdominal o caso mudava rapidamente de figura.

A síndrome de Fournier é uma fasciíte necrosante sinérgica do períneo e parede abdominal que tem origem no escroto e pénis e que é causada por bactérias aeróbias e anaeróbias. O tratamento mais eficaz passa pelo desbridamento dos tecidos necrosados e antibioterapia de largo espetro. Como o grau de morbilidade e mortalidade associado é elevado, a atenção prestada a estes pacientes era redobrada. Nas primeiras semanas

de pós-operatório ainda foi possível encontrar pequenas porções de tecido necrosado que tiveram de ser removidas, pelo Cirurgião Plástico, através do uso de um bisturi. Depois da remoção das mesmas, foram realizadas algumas suturas de forma a aproximar as margens livres da ferida, proporcionando uma melhoria na eficiência do processo de cicatrização.

Depois de concretizadas todas as visitas e avaliados todos os doentes, era altura de escrever as notas de alta. Os pacientes que reuniam condições para o tal tinham sido informados durante a visita de que em breve iriam poder regressar a casa e tinham lhes sido explicado também os cuidados a ter.

4. Observação de tempos operatórios

Nas últimas oito semanas do estágio estive, durante todas as sextas-feiras de manhã, no bloco operatório onde assisti a cirurgias eletivas tendo a oportunidade de participar em algumas e praticar as técnicas de assepsia.

À chegada dirigia-me aos vestiários onde tinha farda, touca, máscara cirúrgica e calçado próprio para me equipar, qualquer joia ou relógio ficavam nos vestiários. De seguida encontrava-me com a Prof. Doutora Susete Pires que me fazia uma breve exposição sobre as cirurgias que iria observar, no meu caso todas as cirurgias que pude observar foram ou mamoplastias de redução ou abdominoplastias. Depois do doente chegar ao bloco, começávamos pela lavagem das mãos com sabão líquido que seguia a seguinte ordem: palma, dorso, unhas, espaços interdigitais, antebraço e cotovelo. Depois de lavadas as mãos entrávamos efetivamente no bloco operatório.

A equipa destinada a cada cirurgia era sempre composta por: dois cirurgiões, um anestesista, três enfermeiros (instrumentista, apoio à anestesia e circulante) e um assistente operacional. A atividade num bloco operatório é complexa, interdisciplinar e muito dependente de atuação individual, o que faz com que a palavra equipa ascenda a um novo patamar de importância. É fulcral que cada interveniente esteja na totalidade das suas capacidades e que a comunicação entre a equipa seja concisa e explícita.

Dentro do bloco operatório e quando fui chamado a participar na cirurgia, e entenda-se participar pela possibilidade de estar ao lado dos Cirurgiões Plásticos durante a cirurgia usufruindo do seu campo de visão, o primeiro passo foi sempre lavar

os antebraços e mãos com uma solução antisséptica. Esta lavagem passava por friccionar as mãos e os antebraços várias vezes e durante longos segundos, mantendo-os sempre afastados do corpo e elevados de forma que secassem sem a contaminação da farda. Após essa lavagem, uma enfermeira apoiava-me no ato de calçar luvas estéreis e vestia-me a bata que normalmente seria destinada a um Cirurgião.

Depois de devidamente equipados o primeiro passo era desinfetar a pele do doente com um soluto antisséptico respeitando o seu tempo de atuação e o segundo passo passava pelo posicionamento do campo operatório. Tudo isto tendo em conta que o paciente já se encontrava completamente anestesiado.

Estando a Equipa Médica e o doente preparados dávamos então início à cirurgia em si. A cirurgia passava por quatro tempos operatórios que eram a diérese, hemostasia, cirurgia em si e síntese cirúrgica. A diérese passava pela separação dos tecidos, que foi sempre feita com bisturi na pele e com bisturi elétrico nos tecidos subjacentes seguindo as marcações feitas a marcador preto pelos Cirurgiões Plásticos. A hemostasia era conseguida através da obliteração dos vasos com recurso ao bisturi elétrico – eletrocoagulação. Quanto à cirurgia em si, este era o tempo cirúrgico crucial, onde era realizado o tratamento cirúrgico em si. Na mamoplastia de redução a técnica utilizada foi a “T invertido” uma vez que permitia redimensionar a mama tanto no sentido vertical como horizontal. Os tecidos removidos eram pesados para garantir que o resultado final era simétrico. Já na abdominoplastia além da remoção da pele e gordura em excesso quando existia diástase dos retos esta era também corrigida com suturas simples para aproximar os músculos. Concluída a cirurgia em si, iniciava-se a síntese cirúrgica que neste caso podia ser classificada como cruenta uma vez que se trata da aproximação dos tecidos realizada por meio de sutura permanente ou removível. Na mamoplastia de redução obtínhamos uma cicatriz periareolar, uma vertical e uma horizontal localizada no sulco mamário e na abdominoplastia obtínhamos apenas uma cicatriz horizontal acima da região púbica.¹

Por fim, a pele exposta do doente era lavada e seca, colocavam-se pequenos adesivos por cima das suturas e preparava-se o doente para abandonar o bloco e ir para a sala de recobro.

A minha experiência neste contexto foi de facto desafiante. Embora a minha curiosidade tenha sido saciada e o trabalho dos Cirurgiões ultrapassado as minhas

expectativas, a realidade é que tive dificuldades em me adaptar aos odores inerentes à cirurgia e à luz, fortíssima, com que os tecidos eram irradiados.

Tanto que cheguei a ter um episódio de quase síncope, que graças às enfermeiras da equipa não se traduziu em nenhum constrangimento maior naquele tempo operatório, tendo sido prontamente ajudado a despir a bata médica e encaminhado para a sala de recobro, onde a enfermeira de serviço me ajudou a voltar ao normal.

CONCLUSÕES

Embora a Medicina Dentária e a Cirurgia Plástica atuem em contextos diferentes existe um paralelismo entre as duas que é o facto da maioria dos procedimentos terem uma componente funcional e uma componente estética, como se fossem as duas faces de uma moeda só.

Apesar de não me ter sido possível observar nenhum procedimento na área do pescoço e cabeça o estágio no Serviço de Cirurgia Plástica cumpriu os objetivos propostos e o contraste de vivências proporcionou vários momentos de aprendizagem deveras valiosos, nomeadamente na convivência com os doentes.

Ao longo do estágio, reparei que a minha comunicação com os doentes que tive o prazer de tratar no Mestrado Integrado em Medicina Dentária evoluiu bastante.

A observação de um profissional de elevado quilate ajudou-me a conseguir fazer uma melhor e mais célere colheita de história clínica, a comunicar de uma forma mais assertiva com os doentes e a gerir de uma forma pacífica e amenizadora algumas situações constrangedoras que surgiram.

Para além disso, estar incluído num serviço onde a procura da perfeição e da excelência são constantes ajudou-me a desenvolver o meu espírito crítico.

A mediocridade não é aceitável e o “mais ou menos” não chega. No entanto, estou consciente de que irei cometer inúmeros erros no futuro, mas sinto-me capaz de os reconhecer e aprender com eles.

Por fim, sugiro que os estágios promovidos pela FMDUP, no Mestrado Integrado, alocassem os mestrandos para locais onde pudessem de facto instruírem-se em temáticas diretamente relacionadas com a Medicina Dentária, potenciando dessa forma a sua formação e autonomia.

BIBLIOGRAFIA

1. Thorne CH, Gurtner GC, Chung KC, Gosain A, Mehrara BJ, Rubin P, et al. Grabb and Smith's Plastic Surgery. 7th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2013.
2. Sampathraju S, Rodrigues G. Seroma formation after mastectomy: pathogenesis and prevention. Indian J Surg Oncol [Internet]. 2010;1(4):328–33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s13193-011-0067-5>
3. Couto SI da S, Silva DR da R, Lopes ET, Torres BKF, Frazão MG de O, Silva RM da, Silva DD da, Lima M da CF de, Silva JBF da, Silva SI da, Ferreira AR, Lima A da S, Alves DM das D, Silva JG da, Pereira JBS. Functioning of hyperbaric oxygen therapy and its use in the treatment of diabetic foot: what nursing care? . RSD [Internet]. 2021Oct.11;10(13):e241101320708. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/20708>