



RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

**CIRURGIA EXTRADIGESTIVA APLICADA À MEDICINA DENTÁRIA –
RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

Maria Gabriela Teixeira da Mota Soares Moreira

Orientador

Professor Doutor Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida

Porto 2022

RESUMO

Os objetivos da participação no estágio, que iniciou no 2º semestre do presente ano letivo, foram: acompanhar os procedimentos realizados no serviço de Cirurgia Extradigestiva no Centro Hospitalar Universitário do Porto, em contexto de enfermagem, bloco operatório e consulta externa; perceber de que forma um hospital terciário como o Hospital de Santo António gere os pacientes infetados com SARS-COV-2, durante a preparação pré-cirúrgica, o procedimento cirúrgico em bloco operatório e recobro; aperfeiçoar a motricidade fina, intervindo nos procedimentos cirúrgicos; adquirir mais ferramentas de gestão de trabalho em equipa e desenvolver competências no âmbito da Medicina Geral e do seu impacto na saúde oral.

Durante o período de estágio frequentei o Centro Hospitalar Universitário do Porto, oito horas por semana, distribuídas ao longo da manhã de segunda-feira e da tarde de quinta-feira. Nas manhãs de segunda-feira, tive oportunidade de acompanhar a monitorização e recolha de sinais vitais dos pacientes nos quais tinham sido feitas intervenções cirúrgicas, na quinta-feira precedente. Às quintas-feiras, assisti aos procedimentos cirúrgicos que decorriam no horário da tarde e tive, também, oportunidade de fazer parte da equipa cirúrgica.

Em suma, a experiência no estágio no CHUP, embora desafiante, exigente e inovadora, permitiu-me cumprir os objetivos a que me tinha proposto, excedendo as expectativas iniciais.

AGRADECIMENTOS

Obrigada,

Aos meus pais, Cidália Mota e Carlos Moreira, por sempre me educarem com carinho, por me ensinarem a ser a melhor versão de mim e a não ter medo do inesperado. Por todo o esforço que fizeram e todos os projetos próprios que deixaram em pausa para me darem esta oportunidade. Por me darem asas para voar, liberdade para cair e força para levantar. Por serem, em suma, os melhores pais que uma filha poderia ter.

À minha avó, Arcanja Alves, por ser um exemplo e uma inspiração.

Aos meus amigos, os que ficaram para trás e os que ainda me acompanham, por tornarem a viagem menos solitária, e acima de tudo, mais feliz.

À minha amiga, Kseniya Nialepka, por ser a melhor companheira nesta jornada que foram os últimos 5 anos da minha vida.

Ao meu orientador, Professor Doutor Ricardo Almeida, por estar sempre disponível para ajudar, independentemente do dia ou da hora.

Ao Doutor Vítor Valente, por me acolher no Serviço de Cirurgia Extradigestiva, como parte da família e me abrir as portas a experiências que de outra forma nunca teria tido.

A todos os colegas do CHUP, pela gentileza, pela confiança, pela oportunidade e pela amizade.

ÍNDICE GERAL

RESUMO	II
AGRADECIMENTOS	III
ÍNDICE GERAL	IV
ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS	V
LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS	VI
INTRODUÇÃO	7
1. Identificação do local de estágio	7
2. Descrição da estrutura do Relatório de Estágio	8
3. Importância da elaboração do Relatório de Estágio.....	9
4. Identificação do grupo de estágio	9
5. Metodologia utilizada	10
6. Análise SWOT do Protocolo de Estágio, estabelecido entre a FMDUP e o CHUP, e o papel do aluno no Serviço de Cirurgia Extradigestiva.....	10
DISCUSSÃO	12
Estratégias implementadas pelo serviço de Cirurgia Extradigestiva do CHUP face à pandemia do Covid-19	12
Caso Clínico 1	15
Caso Clínico 2	24
Caso Clínico 3	29
Competências Adquiridas.....	32
CONCLUSÃO	34
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	37

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Tabela 1 - Análise SWOT do Protocolo de Estágio, estabelecido entre a FMDUP e o CHUP, e o papel do aluno no Serviço de Cirurgia Extradigestiva.....	11
Tabela 2 - Categoria T do estadiamento TNM	16
Tabela 3 - Categoria N do estadiamento TNM	17
Tabela 4 - Categoria M do estadiamento TNM	18
Tabela 5 - Grupo clínico estadiamento TNM	18
Tabela 6 - Tabela 6 – Grupo de Estadio Patológico do estadiamento TNM.....	18

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

FMDUP (Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto)

CHUP (Centro Hospitalar Universitário do Porto)

SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, and Threat)

GS (Gânglio Sentinela)

DGS (Direção Geral da Saúde)

TOT (Tubo Orotraqueal)

MIMD (Mestrado Integrado em Medicina Dentária)

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular de Monografia/Relatório de Estágio, referente ao Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, realizado no Centro Hospitalar Universitário do Porto. Este relatório corresponde ao estágio efetuado no Serviço de Cirurgia Extradigestiva do Hospital de Santo António, com a duração de 1 semestre letivo. O período de estágio, com uma carga horária semanal de 8 horas, teve uma duração total de 136 horas.

1. Identificação do local de estágio

O Estágio efetuado no Serviço de Cirurgia Extradigestiva foi realizado no Centro Hospitalar Universitário do Porto, no período de 7 de fevereiro a 17 de junho de 2022. O CHUP situa-se na freguesia de Miragaia, na cidade e distrito do Porto, localizado no Largo do Prof. Abel Salazar, com o código postal 4099-001. A nível organizacional, a atividade profissional do serviço divide-se entre Consulta Externa, Enfermaria, Bloco Operatório e Serviço de Urgência. A atividade em bloco operatório é realizada, por sua vez, no Hospital de Santo António, no Centro Materno Infantil do Norte localizado no Largo da Maternidade Júlio Dinis, 4050-651, no distrito do Porto e no Centro de Cirurgia de Ambulatório localizado na Rua de Dom Manuel II 57, 4050-522, também pertencente ao distrito do Porto. Para efeitos de realização de estágio, a atividade desenvolvida decorreu no serviço, em enfermaria e em bloco operatório, no edifício do Hospital de Santo António, apenas.

A unidade de Cirurgia Geral, na qual se engloba a unidade de Cirurgia Extradigestiva, encontra-se sob a responsabilidade do Professor Doutor José Davide Silva, Diretor do Serviço e Professor Associado Convidado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, e das Enfermeiras Chefes Ana Ramalhão, Filomena Martins e Cristina Tavares.

O serviço de Enfermaria da unidade de Cirurgia Extradigestiva, denominada, internamente, por Unidade 2 de Cirurgia Geral, localiza-se no piso 5 do edifício Dr. Luís de Carvalho do Hospital de Santo António. Encontra-

se sob a alçada do Diretor, Professor Doutor José Davide Silva e da Enfermeira Chefe Filomena Martins sendo o responsável o Doutor Vítor Valente. A enfermaria é constituída por 7 quartos, cada um com 3 camas, à exceção de 1 quarto, com apenas 1 cama. Além disto, é constituída por 4 casas de banho para utentes, 4 salas de chuveiro, 1 sala destinada à Enfermeira Chefe, 1 sala de enfermeiros, 2 gabinetes médicos, 1 sala destinada a refeições do staff e 1 uma sala de curativos. No dia a dia, os utentes de Cirurgia Extradigestiva são também alocados nos quartos destinados aos pacientes de Cirurgia Maxilofacial e vice-versa, perfazendo um total de 19 camas. O corpo clínico do serviço é constituído por 8 médicos, 18 enfermeiros e 7 assistentes operacionais.

A supervisão do bloco operatório é da responsabilidade da Professora Doutora Ivone Fernandes Santos Silva, Diretora, e do Enfermeiro Gestor Nelson Coimbra. A atividade em bloco operatório, da unidade de Cirurgia Extradigestiva, decorre no Bloco Operatório Central, no piso 2 do edifício Dr. Luís de Carvalho, do Hospital de Santo António.

2. Descrição da estrutura do Relatório de Estágio

O corpo deste relatório de estágio consiste na Introdução, Discussão e Conclusões, resultantes do estágio no CHUP.

A introdução contempla a identificação do local de estágio, a descrição da estrutura e importância da elaboração do Relatório de Estágio, a identificação do grupo de estágio, a metodologia utilizada e a análise SWOT do protocolo de estágio, estabelecido entre a FMDUP e o CHUP, e o papel do aluno no Serviço de Cirurgia Extradigestiva, ao qual fui alocada.

A discussão encontra-se subdividida em 3 partes. A primeira é relativa às estratégias implementadas pelo serviço de Cirurgia Extradigestiva do CHUP, face à pandemia do Covid-19. A segunda corresponde à descrição de 3 casos clínicos, tendo sido selecionados os casos clínicos mais relacionados com a prática clínica de Medicina Dentária, contemplando antecedentes médicos pessoais, história clínica atual e contexto dos pacientes, em bloco cirúrgico e

enfermaria. A terceira parte consiste na descrição das competências obtidas com a realização do estágio.

3. Importância da elaboração do Relatório de Estágio

Primeiramente, a elaboração do Relatório de Estágio é importante porque sem ele não se concretizaria a conclusão do Mestrado Integrado Em Medicina Dentária e, por conseguinte, não obteria o grau de Mestre.

Além disto, considero importante a sistematização do trabalho realizado para conseguir assimilar os conceitos e estratégias de resolução de problemas que foram adquiridos ao longo do processo de Estágio. As ferramentas de gestão de trabalho em equipa conseguidas serão, certamente, cruciais para a entrada no mercado de trabalho que se avizinha.

Em contexto hospitalar surgem vários desafios, desde logo pela interação médico-paciente, mas também pela gestão das relações entre profissionais de saúde. Tive oportunidade de desenvolver várias competências no âmbito da Medicina Geral, relativa à parte Extradigestiva, principalmente em patologias como apendicites, hérnias, nódulos tiroideios, nódulos parotídeos e lipomatoses, que não obteria de outra forma.

4. Identificação do grupo de estágio

O grupo de estágio é constituído por quatro elementos: eu e mais três colegas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto.

Uma vez que cada um de nós tem horário individual, não sendo possível estar mais do que um elemento do grupo no CHUP, no mesmo horário, por motivos de gestão de recursos humanos decorrentes do Covid-19, não nos foi possível interagir diretamente durante o Estágio. No entanto, ajudamo-nos uns aos outros, facultando informações relativas a pacientes que outros colegas também seguiam e partilhando estratégias de resolução de problemas aprendidas e competências desenvolvidas. Sempre que possível, tentamos

equilibrar a possibilidade de obtermos as mesmas competências alternando dias, para que colegas que não viram um determinado procedimento o pudessem ver.

5. Metodologia utilizada

O Relatório de Estágio foi escrito ao longo dos meses de março, abril, maio e junho. Visto que não havia experiência prévia com o modelo de relatório de estágio, a estratégia adotada foi, inicialmente, tentar observar e participar nos procedimentos cirúrgicos no bloco operatório, colocando questões relativamente aos procedimentos que estavam a ser realizados e à preparação do paciente. De seguida, em contexto de enfermaria, procurei obter os processos clínicos de admissão dos pacientes, cujos casos clínicos estão incluídos neste relatório, e acompanhar os mesmos até à alta hospitalar, permitindo-me, assim, desenvolver os casos clínicos. A justificação dos procedimentos clínicos efetuados foi feita com base em artigos científicos recomendados. Foram, também, efetuadas pesquisas no motor de pesquisa Pubmed, sobre os vários temas, de artigos em inglês, preferencialmente dos últimos 5 anos, estendendo-se a pesquisa para 10 anos, quando nenhum artigo relevante era obtido e privilegiando-se ensaios clínicos randomizados ou não randomizados e revisões sistemáticas. Para efeitos de proteção de dados, o nome dos pacientes foi omitido, bem como a idade específica, sendo apresentado apenas um intervalo de idades, no qual o paciente se integra. Foram, também, omitidas datas específicas de procedimentos realizados, procedendo-se à datação dos eventos clínicos apenas com o mês, ou ano, em que foram realizados.

6. Análise SWOT do Protocolo de Estágio, estabelecido entre a FMDUP e o CHUP, e o papel do aluno no Serviço de Cirurgia Extradigestiva

Fazendo uma análise global do estágio realizado, no Serviço de Cirurgia Extradigestiva, nas suas várias vertentes, encontram-se alguns pontos fortes,

pontos fracos, oportunidades e ameaças , de acordo com o modelo de análise SWOT (Strength, Weakness, Opportunity, and Threat), apresentados na seguinte tabela (1):

Tabela 1 - Análise SWOT do Protocolo de Estágio, estabelecido entre a FMDUP e o CHUP, e o papel do aluno no Serviço de Cirurgia Extradigestiva

<u>Pontos Fortes</u>	<u>Pontos fracos</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de trabalhar com profissionais de saúde altamente qualificados e em procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados, através da formação e com base na evidência científica; • Forte componente de trabalho em equipa; • Intervenção centrada no utente; • Interação profissional com Médicos Internos, da mesma faixa etária, facilitando a comunicação, acesso à informação e a oportunidades de interação com os pacientes; • Formação profissional e ambiência hospitalar que de outro modo não seriam possíveis. 	<ul style="list-style-type: none"> • Impacto negativo do Covid-19 que conduziu a muitas remarcações de intervenções e consultas devido à infeção dos doentes; • Primeiro ano letivo em que há possibilidade de realização do Estágio, pelo que o objetivo e o que é esperado da sua realização não é claro e só vai sendo definido à medida que o estágio vai progredindo; • A impossibilidade de tirar fotografias no decorrer dos procedimentos, que seriam importantes para anexar ao Relatório de Estágio, para uma melhor compreensão dos procedimentos descritos, o que dificulta o processo de escrita do relatório.
<u>Oportunidades</u>	<u>Ameaças</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Oportunidade de alargar a área de conhecimentos permitindo a prática da Medicina Dentária de uma forma mais integrada com a Medicina Geral; • O CHUP é relativamente próximo da FMDUP o que permite a deslocação fácil entre os dois estabelecimentos, durante o período letivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de dissolução do protocolo de estágio

DISCUSSÃO

Estratégias implementadas pelo serviço de Cirurgia Extradigestiva do CHUP face à pandemia do Covid-19

O CHUP tem em vigor várias estratégias implementadas para minimizar o risco de propagação do vírus SARS-COV-2. Estão disponíveis, no Hospital, vários panfletos informativos para os utentes, com informação relativa aos comportamentos a promover ou evitar para diminuir o risco de contaminação, bem como às normas de higienização corretas.

O comportamento da transmissão do SARS-COV-2 nos hospitais é diferente daquele que se observa na comunidade, pelo que se preconizam medidas de prevenção distintas para o meio hospitalar. As medidas aqui apresentadas foram implementadas a partir do mês de março de 2022.

Após a colheita de amostra biológica ou perante o conhecimento de um teste SARS-COV-2 positivo, em internamento, está indicada a recolha de informação sobre o resultado do teste realizado. Seguidamente, é esperada a validação do resultado, sendo que o teste positivo em doente recuperado de covid-19 nos últimos 3 meses não significa infeção. O médico de serviço, ou representante da equipa de urgência, deve contactar uma entidade específica pré-designada para transferência do doente. São as equipas de enfermagem que, de seguida, ficam responsáveis por combinar e efetuar a transferência e ativar equipas de mensageiros e limpeza. Os doentes que partilharam sala de internamento, sem passado de COVID-19 ou recuperação da doença, há mais de 6 meses, devem permanecer sob precauções de contacto e gotícula, que se encontram especificadas mais à frente. A duração das medidas é de 5 dias completos, desde o último contacto. Se na mesma sala forem identificados vários casos, em dias diferentes, a contagem de 5 dias deve ser reiniciada no dia do último diagnóstico. Relativamente a novas admissões, as vagas criadas, na sala onde permaneçam doentes em vigilância, deverão ser ocupadas, preferencialmente, por doentes recuperados de COVID-19 recente, isto é, ocorrida nos 3 meses prévios. Os doentes sem passado recente de COVID-19 e em contacto com caso positivo por mais de 48h podem ser rastreados no momento. Por orientação da DGS, não devem ser realizados testes de rastreio ou diagnóstico da COVID-19, nos 6 meses subsequentes à doença.

No bloco operatório, bem como na enfermaria, estão afixados cartazes informativos, destinados aos trabalhadores, com informações relativas à prevenção de disseminação de gotículas, aerossóis e precauções de contacto de risco gerais. Quando há risco de contacto por aerossóis, é obrigatório o doente ter quarto individual, a pressão de ar deve ser negativa, com 6 a 12 renovações de ar por hora, ou deve ser colocado um filtro de partículas Hospigard® (Envirco); o transporte do doente só deve ser realizado se for absolutamente indispensável e este deve estar a usar máscara cirúrgica; os profissionais de saúde devem estar equipados com bata, luvas e proteção ocular, bem como respirador de partículas P2, P3 ou N95 que deve, posteriormente, ser descartado num caixote destinado a resíduos sólidos hospitalares do grupo III. No que diz respeito a precauções de contacto, o doente deve ter um quarto individual sempre que possível e, no caso de não haver essa possibilidade, deve partilhar quarto com doentes infetados pelo mesmo microrganismo, sem outras infeções; o material não crítico, de uso exclusivo, como estetoscópios, deve ser lavado e desinfetado entre doentes; o transporte do doente, se indispensável, deve ser feito com roupa e lençóis lavados; as drenagens das feridas devem estar contidas e este deve ser o último doente a ser atendido para evitar contacto com outros pacientes; o profissional de saúde deve estar equipado com bata e luvas que devem ser descartadas num caixote destinado a resíduos sólidos hospitalares do grupo III. Relativamente à disseminação de gotículas, o doente deve ter um quarto individual sempre que possível e, no caso de não haver essa possibilidade, deve partilhar quarto com doentes infetados pelo mesmo microrganismo, sem outras infeções, sendo a distância entre camas de, pelo menos, 1,5 m; o transporte do doente, se indispensável, deve ser feito com o doente equipado com máscara cirúrgica e este deve ser o último doente a ser atendido para evitar contacto com outros pacientes; os profissionais de saúde devem estar equipados com bata, luvas e proteção ocular bem como máscara cirúrgica; a máscara e luvas devem ser descartadas num caixote destinado a resíduos sólidos hospitalares do grupo III. Antes e após a realização de qualquer procedimento, as mãos devem ser higienizadas através de lavagem e soluções de desinfeção, como o álcool.

Na maior parte das cirurgias realizadas, a cargo do serviço de Cirurgia Extradigestiva, é necessário o paciente ser submetido a anestesia geral. Neste sentido, há um conjunto de normas de abordagem da via aérea no doente suspeito ou COVID-19 positivo. A primeira regra, e de maior relevância, é identificar precocemente um caso

suspeito/confirmado de COVID-19, através da avaliação da sintomatologia e epidemiologia, conforme as regras da DGS. Deve, sempre, ponderar-se a necessidade de abordar a via aérea como, por exemplo, se for necessária entubação, como é o caso na anestesia geral. Estes doentes devem ser manuseados em áreas específicas pré-estabelecidas, no caso do bloco operário do CHUP, esta área corresponde ao bloco B de Ortopedia, nunca havendo transporte destes doentes para outras áreas de espera ou recobro.

A sala em que é realizada a entubação deve ter um filtro de partículas HEPA (High Efficiency Particulate Air) portátil (tipo Hospi-Gard® (Envirco)) ou pressão de ar negativa. Além disso, devem existir 2 filtros HMEF (Heat and Moisture Exchanger Filter), um entre o tubo orotraqueal (TOT) e a traqueia e outro no ramo expiratório. O circuito de aspiração deve ser fechado. Na transferência de ventilador ou insuflador, deve manter-se o filtro conectado ao TOT e clampar o TOT com pinça de metal para evitar disseminação de partículas. No processo de extubação, deve tentar minimizar-se a tosse. Para este efeito, deve considerar-se o uso de lidocaína 1mg/kg e aspirar as secreções através de um circuito fechado. A extubação deve ser realizada sob plástico protetor ou sob compressas. Após remoção do tubo, deve ser imediatamente colocada a cânula de oxigénio e máscara cirúrgica ou máscara de fornecimento de oxigénio, se a cânula for previsivelmente insuficiente.

Caso Clínico 1

Sexo: Feminino

Idade:70-80 anos

Antecedentes pessoais:

- Melanoma invasor da perna esquerda classificado de acordo com a Classificação tumoral TNM como pT3aN1aM0 (tumor entre 2-4mm, sem ulceração, com envolvimento de 1 nódulo linfático não detetável clinicamente). Na classificação TNM, a letra T refere-se ao tamanho/espessura do tumor, a letra N ao número de nódulos linfáticos envolvidos e a letra M à presença de metástases distantes. Cada uma das categorias está depois subdividida em grupos, permitindo avaliar a extensão e gravidade do tumor (Figura 1,2 e 3). Tendo em conta a classificação final, os pacientes são depois agrupados em grupos patológicos que indicam o estadio (ver Figura 4 e 5). Neste caso, a paciente é de estadio IIIb.(2)

--/03/2021 – Excisão do melanoma sem complicações.

--/04/2021 – Alargamento das margens da excisão prévia e exérese de gânglio inguinal esquerdo. Verifica-se a presença de um gânglio linfático metastizado em três gânglios isolados. Após cirurgia, apresenta alteração da sensibilidade do membro inferior e dor neuropática esquerda, com prejuízo da marcha. Inicia plano de reabilitação física, obtendo-se resposta favorável e dor controlada.

--/05/2021- gene BRAF (proto-oncogene) mutado. Doente fez, recentemente, quimioterapia por linfoma de Hogdkins.

Tabela 2 - Categoria T do estadiamento TNM (adaptado de Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care)

<u>Categoria T</u>	<u>Espessura</u>	<u>Ulceração</u>
TX	Não aplicável	Não aplicável
T0	Não aplicável	Não aplicável
Tis	Não aplicável	Não aplicável
T1	≤1.0mm	Desconhecido ou inespecífico
T1a	< 0.8 mm	Sem ulceração
T1b	< 0.8 mm	Com ulceração
	0.8-1.0 mm	Com ou sem ulceração
T2	> 1.0-2.0 mm	Desconhecido ou inespecífico
T2a	> 1.0-2.0 mm	Sem ulceração
T2b	> 1.0-2.0 mm	Com ulceração
T3	> 2.0-4.0 mm	Desconhecido ou inespecífico
T3a	> 2.0-4.0 mm	Sem ulceração
T3b	> 2.0-4.0 mm	Com ulceração
T4	> 4.0 mm	Desconhecido ou inespecífico
T4a	> 4.0 mm	Sem ulceração
T4b	> 4.0 mm	Com ulceração

Tabela 3 - Categoria N do estadiamento TNM (adaptado de Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care)

<u>Categoria N</u>	<u>Número de nódulos linfáticos regionais envolvidos</u>	<u>Presença de metástase “in-transit”, satélite ou microsateletose</u>
NX	Não foram avaliados nódulos linfático regionais	
N0	Sem metástases regionais detetadas	
N1	1 nódulo envolvido OU presença de metástase “in-transit”, satélite ou microsateletose sem envolvimento nodular	
N1a	1 nódulo clinicamente oculto (ex:detetável por biópsia GS)	Não
N1b	1 nódulo clinicamente detetado	Não
N1c	Sem envolvimento nodular	Sim
N2	2-3 nódulos envolvido OU presença de metástase “in-transit”, satélite ou microsateletose sem envolvimento nodular	
N2a	2-3 nódulos clinicamente ocultos (ex:detetável por biópsia GS)	Não
N2b	2-3 nódulos dos quais pelo menos 1 é clinicamente detetado	Não
N2c	1 nódulo clinicamente oculto ou detetado	Sim
N3	> 4 nódulos envolvidos OU presença de metástase “in-transit”, satélite ou microsateletose com > 2 nódulos envolvidos OU presença de nódulos “matted”	
N3a	> 4 nódulos clinicamente ocultos (ex:detetável por biópsia GS)	Não
N3b	> 4 nódulos, dos quais pelo menos 1 é clinicamente detetado OU presença de nódulos “matted”	Não
N3c	>2 nódulos clinicamente ocultos ou detetados E/OU presença de nódulos “matted”	Sim

Tabela 4 - Categoria M do estadiamento TNM (adaptado de Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care)

<u>Categoria M</u>	<u>Localização Anatômica</u>
M0	Sem evidência de metástase à distância
M1	Evidência de metástase à distância
M1a	Metástase ao nível da pele, tecido muscular e/ou nódulo linfático não regional
M1b	Metástase pulmonar com/sem metástases M1a
M1c	Metástase a nível visceral que não afeta o Sistema Nervoso Central com ou sem metástases M1a e M1b
M1d	Metástase no Sistema Nervoso Central com ou sem metástases M1a, M1b ou M1c

Tabela 5 – Grupo clínico do estadiamento TNM (adaptado de Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care)

Grupo clínico	T	N	N
0	Tis	N0	M0
I A	T1a	N0	M0
I B	T1b	N0	M0
	T2a		
II A	T2b	N0	M0
	T3a		
II B	T3b	N0	M0
	T4a		
II C	T4b	N0	M0
III	Qualquer T	≥N1	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Tabela 6 – Grupo de Estadio Patológico do Estadiamento TNM (adaptado de Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care)

<u>Grupo de Estadio Patológico</u>	<u>T</u>	<u>N</u>
III A	T1a/b -T2a	N1a OU N2a

III B	T0	N1b,N1c
III B	T1a/b -T2a	N1b/c OU N2b
III B	T2b/T3a	N1a-N2b
III C	T0	N2b, N2c, N3b OU N3c
III C	T1a-T3a	N2c OU N3 a/b/c
III C	T3b/T4a	Qualquer N ≥ N1
III C	T4b	N1a-N2c
III D	T4b	N3a/b/c

- -Linfoma B difuso de Grandes Células - estadio IA - do estômago diagnosticado em --/12/2020 (Figura 4). (2)

Debulking e Quimioterapia 6 ciclos até --/04/2021. Análise negativa para linfoma.

--/09/2021- Hérnia de hiato de deslizamento; estômago com mucosa edemaciada; Análise patológica: sem linfoma; Metaplasia intestinal moderada sem displasia epitelial.

- Helicobacter pylori positiva. Fez erradicação. Repetiu teste que deu resultado negativo, 2 meses após.
- Hipertensão arterial
- Diabetes tipo II
- Dislipidemia
- Patologia osteoarticular do joelho
- Cesariana há 45 anos
- Histerectomia e ooforectomia aos 50 anos

Medicação habitual:

Bisoprolol 5mg (1 comprimido de manhã)

Trazadona 100 mg (1/2 comprimido à noite)

Amlodipina/valsartan 160 mg (1 comprimido à noite)

Trajenta 5 mg (1 comprimido de manhã)

Pantoprazol 40 mg (1 comprimido de manhã)

Insulina Levimir (10 Unidades de Insulina de manhã)

Insulina Apidra (em caso de emergência)

Alergias Medicamentosas: Paciente sem alergias medicamentosas conhecidas.

História da Doença Atual:

--/09/2021: Realizada uma ecografia das partes moles. Verifica-se que na coxa esquerda existem duas adenopatias justapostas com eixo curto até 10 mm na região inguinal.

--/12/2021: Realização de Tomografia Computorizada (TC). Na vertente anterior da raiz da coxa esquerda observam-se duas adenomegalias com captação heterogénea de produto de contraste, medindo 20x13 e 20x14 mm, suspeitas de metastização.

--/12/2021: Na tomografia computadorizada cervical é visível uma lesão centrada no lobo superficial da glândula parótida direita, prolongando-se ao seu lobo profundo, com cerca de 3 cm de diâmetro máximo e limites bem definidos. Dada a localização, afigura-se como mais provável estarmos perante lesão primária da glândula parótida, face à hipótese alternativa de estarmos perante uma adenopatia.

Recorrendo a radiologia de intervenção, verifica-se a existência de lesão hipervascular de grandes dimensões (3cm aproximadamente) na glândula parótida direita. Foram realizadas colheitas por citologia para citometria de fluxo. Verificou-se saída de material extensamente hemático e hemorragia intra-lesional, com aumento das dimensões da lesão na parótida/tecido celular subcutâneo adjacente, pelo que não se procedeu à realização de biopsia com agulha 18G. Posteriormente, foi realizada citologia e biópsia com agulha 18 G ecoguiadas aos gânglios inguinais esquerdos, também

hipervasculares. A colheita foi enviada para análise de Citometria de fluxo e os fragmentos de biópsia em formol para Anatomia Patológica. A natureza hipervascular de ambas as lesões biopsadas é atípica para a hipótese de linfoma, sendo enquadrável na hipótese de lesões secundárias de melanoma.

Citologia da parótida: No exame citológico observam-se linfócitos pequenos e histiócitos, não se identificando células malignas.

Citometria de fluxo: As células presentes no produto de punção da lesão parotídea eram quase exclusivamente células de sangue periférico.

Exame histopatológico: No produto da biópsia do gânglio inguinal esquerdo observa-se tecido conjuntivo fibroadiposo e ocupação por melanoma maligno.

Classificação ASA

A sociedade americana de anesthesiologistas (ASA) desenvolveu, em 1941, uma classificação que avalia a condição sistêmica e física dos pacientes, permitindo avaliar e prever o risco dos procedimentos cirúrgicos, que é periodicamente revista. A escala é dividida em 6 graus ASA, sendo o paciente do grau I um paciente saudável, sem qualquer patologia sistêmica e o paciente do grau VI um paciente já em morte cerebral. Neste caso, a paciente qualifica-se como ASA III, uma paciente com doença sistêmica severa, que não põe em risco a sua vida, mas da qual resultam, no entanto, algumas limitações funcionais. As doenças em causa são a diabetes tipo II e a hipertensão arterial. (3)

Relatório de Cirurgia

(--/02/2022)

A paciente foi levada até ao bloco cirúrgico, onde foi submetida a anestesia geral e entubada pela equipa de anestesistas presente. Enquanto a paciente era submetida à anestesia, os cirurgiões procederam ao protocolo de desinfeção habitual, sendo posteriormente equipados com batas e luvas esterilizadas. Todo o material cirúrgico

passível de ser utilizado é colocado em cima de mesas, cobertas com lençóis descartáveis esterilizados.

Depois de tudo preparado, a zona a intervencionar foi limpa com uma gaze envolvida em Iodopovidona e, seguidamente, com uma gaze seca para absorver o excedente de líquido. De seguida, a paciente foi coberta com lençóis esterilizados, deixando apenas expostas as zonas a intervencionar.

Na parótida foi feita uma Incisão de Blair modificada. Inicialmente, foi demarcada zona da incisão com marcador de pele cirúrgico e realizado o descolamento do retalho com auxílio do bisturi elétrico e com sacrifício do nervo grande auricular, que cruza a parótida posteriormente. Foi realizado o isolamento do tronco do nervo facial e descolamento do lobo superficial da parótida sob visualização das ramificações do nervo facial (temporal, zigomático, bucal, marginal da mandíbula e cervical) e sua preservação.

A incisão de Blair modificada (MBI) é a abordagem mais utilizada nestes casos. Além deste tipo de incisão, alguns estudos recentes mostram que uma incisão de facelift modificada (MFI) produz resultados estéticos melhores. Neste sentido, foi realizada uma meta-análise para comparar ambas as estratégias de intervenção. Esta meta-análise concluiu que, efetivamente, a MFI produz resultados esteticamente mais favoráveis, e menos complicações associadas à parestesia provocada pelo sacrifício do nervo auriculotemporal, durante o procedimento, sendo indicada em pacientes jovens. No entanto, a MFI apenas é utilizada em casos de tumores com dimensões mais reduzidas e, também, por essa razão, resulta em menos parestesias, além de ser um procedimento cirúrgico mais demorado. Assim, neste caso, a MBI é a incisão mais indicada, tendo em conta as grandes dimensões do tumor, bem como a idade da paciente. (4)

Os vasos e o canal de Stensen foram laqueados com fio de sutura Vicryl® (Ethicon) 3/0. Foi colocado um dreno aspirativo na zona intervencionada e o músculo platísmo e a fáscia de Scarpa foram aproximados com fio de sutura Vicryl® (Ethicon) 3/0. A pele foi suturada intradermicamente com Monocryl® (Ethicon) 3/0 e foi colocado um penso adequado.

Relativamente à intervenção cirúrgica ao gânglio inguinal, na perna esquerda, o protocolo cirúrgico foi conforme o previsto.

Relativamente aos pós-operatório, um dia após a intervenção cirúrgica, foi realizado o teste de mímica. Foi pedido à paciente para abrir e fechar os olhos, sorrir, franzir a testa, falar e engolir. A paciente respondeu normalmente ao teste, comprovando-se que não houve comprometimento do nervo facial. (5)

No que diz respeito ao conteúdo drenado, no primeiro dia de pós-operatório, verificou-se uma drenagem de apenas 15cc. No dia da alta, a paciente queixava-se de algumas dores na zona do pescoço e referia pouca sensibilidade na orelha, provocada pela seção do grande nervo auricular, tendo drenado apenas 5cc.

Caso Clínico 2

Sexo: Masculino

Idade: 60-70 anos

Antecedentes pessoais:

- Carcinoma laríngeo submetido a radioterapia que terminou em 2013;

--/11/2015: Verificou-se metastização regional e pulmonar - realiza quimioterapia paliativa em novembro de 2015, tendo feito 3 ciclos.

--/01/2016: Na tomografia computadorizada realizada é visível progressão mediastínica e pulmonar, após os 3 ciclos de quimioterapia.

--/03/2016: Dá entrada num ensaio clínico em que se encontra até ao presente dia (--/03/2022) – cessa tratamento de quimioterapia paliativa.

Paciente sujeito a traqueostomia.

- Presença de hemangiomas hepáticos;
- Ex-fumador;
- Hábitos alcoólicos importantes no passado;
- Cirurgia ortopédica no membro inferior direito devido a uma fratura;
- Prótese total da anca esquerda em 2017;
- Paciente portador de prótese parcial removível superior e inferior;

Medicação Habitual: Nada a assinalar.

Alergias Medicamentosas: Paciente sem alergias medicamentosas conhecidas.

História da Doença Atual:

Paciente com lesão no lábio inferior, com cerca de 2-3cm, sangrante, endurecida, tipo violácea. Feita a excisão da lesão, verifica-se do estudo complementar de anatomia patológica:

Macroscopia: Retalho mucocutâneo cuneiforme, com 25x15x18mm, e centrado por lesão ulcerada, de bordos elevados, acastanhada e com 17x14mm.

Microscopia: Histologicamente, observa-se elastose solar e neoplasia melânica com as seguintes características:

- Tipo histológico: Melanoma da mucosa oral;
- Morfologia celular: Fusocelular;
- Fase de crescimento: Vertical;
- Espessura máxima: 5,6mm, Grau IV Breslow e Clark;(6)
- Ulceração: Identificada;
- Índice mitótico: 8/mm²;
- Invasão vascular: Identificada;
- Neurotropismo: Identificado;
- Regressão tumoral: Não identificado;
- Linfócitos intratumorais: Presentes, não abundantes;
- Pigmentação: Moderada a abundante;
- Microsatelitose: Não identificada;

A escala de Breslow e Clark avalia a extensão, em profundidade, do melanoma. No fundo, são avaliadas duas coisas, tendo-se combinado duas escalas. A profundidade em milímetros é relativa à classificação de Breslow e as camadas de pele afetadas dão o grau da invasão vertical, entre I a V, do tumor, sendo esta parte a classificação de Clark. Para lesões superiores a 4 mm, como é o caso deste melanoma, a taxa de cura é baixa e, sendo grau IV, estende-se já até à parte mais profunda da derme, a derme reticular.(6)

Diagnóstico: Melanoma invasor da mucosa oral.

Neste caso, o tumor tem >4.0 mm espessura e ulceração, classificando-se como um tumor pT4b (Figura 1). (2)

Em --/02/2022 o doente é proposto para tratamento cirúrgico de alargamento de margens e biopsia de gânglio sentinela (GS). O gânglio sentinela é definido pelo Instituto Nacional Americano de Cancro como o primeiro gânglio de uma área ganglionar, sendo o gânglio mais provável de sofrer metastização, a partir de um tumor primário. Quando o gânglio sentinela está livre de metástase, os restantes gânglios da respetiva área

ganglionar estão igualmente sãos. A biópsia a GS está prevista na área da cabeça e do pescoço, quando há presença de melanomas de espessura superior a 1 mm (classificação de Breslow) ou com ulceração, carcinoma de Merkle, carcinoma de células escamosas cutâneo e carcinoma de células escamosas T1-T2N0 (<2.0mm extensão e sem nódulos linfáticos envolvidos) oral ou da orofaringe. (7) Para se excisar o gânglio sentinela inicialmente é necessário marcá-lo. O protocolo consiste em injetar uma substância coloide, com marcador radioativo, na zona peritumoral. Se houver envolvimento ganglionar, o marcador radioativo vai migrar desde a zona da injeção até ao gânglio sentinela, sendo detetado através de linfocintigrafia ou SPECT-CT (tomografia computadorizada por emissão de fóton único).(7)

Em contexto operatório, a decisão terapêutica foi incluir 20mm de margem na excisão cirúrgica para tentar excisar completamente o tecido com alterações melanóticas. Embora seja uma abordagem com mais comorbilidades e que obriga a mais técnicas reconstrutivas (8) continua a ser a mais recomendada, segundo a literatura atual, em melanomas na zona da cabeça, tronco e pescoço.(9) Não está, no entanto, universalmente, estabelecido que margens largas, superiores a 2cm, aumentem a probabilidade de sobrevivência do paciente ou diminuam a probabilidade de recorrência da doença. (8, 10)

Relatório de Cirurgia

(--/03/2022)

Tal como nas restantes cirurgias, inicialmente, foram preparadas as mesas cirúrgicas com os materiais que estavam previstos de serem utilizados. Depois do paciente estar devidamente anestesiado, a zona a intervencionar foi limpa com uma gaze envolvida em clorhexidina, uma vez que o paciente era alérgico à Iodopovidona. De seguida, o paciente foi coberto com lençóis esterilizados, deixando apenas exposta a zona perioral e o pescoço.

Realizou-se marcação dermográfica de uma excisão em V, incluindo a lesão com 2 cm de margem, do lábio inferior. Com o bisturi elétrico fez-se uma excisão through-and-through (pele-muscular-mucosa) da zona demarcada. De seguida, foi feita

marcação dermatográfica do lábio superior, também de retalho em V, com metade do tamanho da base do defeito cirúrgico. Foi preservado o pedículo medial da demarcação devido à presença da veia e artéria labial e foi feita uma excisão through-and-through da restante zona demarcada. Nesta fase, rodou-se o retalho 180° para preenchimento do defeito do lábio inferior e encerrou-se o espaço remanescente. Este tipo de retalho é um retalho Estlander. Os retalhos para encerramento deste tipo de lesões escolhem-se de acordo com a localização da lesão, central ou lateral, comprimento, largura e profundidade. Uma lesão que envolva até 2/3 do tamanho total do lábio deve ser reparada com um retalho local e não um retalho livre. Lesões em grande profundidade e com envolvimento de comissura são indicação para realização de retalho de Estlander. Embora, neste caso, a lesão não envolvesse a comissura, estendia-se praticamente até ao lugar da mesma, pelo que se optou por esta técnica reconstrutiva. (11)

As suturas musculares e mucosas foram realizadas com pontos interrompidos de Vicryl 3/0 ® (Ethicon) e as suturas cutâneas com pontos separados de Dafilon ® (B Braun) 4/0 e 3/0. Foi colocada uma sonda nasogástrica.

Depois de concluída a intervenção nos lábios superior e inferior, marcou-se com marcador a zona previamente identificada por cintigrafia, na zona mentoniana, de forma a excisar o gânglio sentinela, também identificável por palpação e através da câmara gamma, uma câmara capaz de identificar a presença do marcador radioativo previamente injetado na zona peritumoral. (7) A zona demarcada foi aberta por planos com bisturi elétrico e o gânglio foi facilmente excisado. O gânglio mostrava-se claramente patológico, tendo coloração negra e dimensões exacerbadas. Adicionalmente, foi excisado outro gânglio sentinela submentoniano, segundo o mesmo protocolo. O músculo platísmo foi aproximado com Vicryl ® (Ethicon) 3/0 e a pele com nylon 3/0 (Dafilon ® (B Braun)). Todas as peças excisadas foram remetidas para anatomia patológica.

Assim, estamos perante um tumor T4bN2, tumor >4.0 mm com ulceração e com 2-3 nódulos envolvidos (Figura 1 e 2). (2)

Contexto de enfermagem

Nos dias seguintes, na enfermagem, o paciente foi aconselhado a colocar um pouco de emulsionante, neste caso vaselina, para ajudar a destacar as crostas.

Não se encontrava com dores ou desconforto. Encontrava-se medicado com amitriptilina e butilescopolamina para diminuir secreção salivar que era abundante. Decidiu manter-se a sonda nasogástrica mais 1 dia e, a partir daí, vai progredindo na dieta.

Caso Clínico 3

Sexo: Masculino

Idade: 90-100 anos

Antecedentes pessoais:

- Cardiopatia isquêmica
- Enfarte agudo do miocárdio em 2017
- Doença renal crônica
- Carcinoma da bexiga
2010 – Ciatoprostalectomia total e uretereostomia bilateral
- Aneurisma da aorta abdominal
2012 – Exclusão do aneurisma aórtico abdominal com recurso a endoprótese aortobílica
- Carcinoma espinocelular do vermilhão do lábio inferior
--/03/2019 - Exérese alargada de carcinoma do lábio inferior e reconstrução do mesmo com retalho de avanço. Excisão gânglio sentinela submentoniano, enviado para anatomia patológica.
- Adenocarcinoma do reto – 2022
- Cataratas

Medicação Habitual:

Esomeprazol 20 mg – em jejum

Bisoprolol 2,5 mg

Ácido acetilsalicílico 100 mg – 1 comprimido ao almoço

Clopidogrel – 75 mg – 1 comprimido ao almoço- (suspendeu após entrada no serviço de urgência em --/02/22)

Bilastina 20 mg – 1 comprimido ao deitar

Nitroglicerina 5mg – coloca às 8h e retira às 22h

Rosuvastatina 20 mg – 1 comprimido ao deitar

Ferro-gradumet 329,7 mg – 1 comprimido ao almoço

Prevecist – 1 comprimido ao almoço

Prelief – 1 comprimido ao almoço

Alergias Medicamentosas: Paciente sem alergias medicamentosas conhecidas.

História da Doença Atual:

O gânglio sentinela submentoniano enviado para anatomia patológica, em 2019, é positivo para células malignas compatíveis com diferenciação epidermoide. Neste caso, a biópsia do GS foi indicada já que o paciente foi diagnosticado com carcinoma de células escamosas, sinónimo de carcinoma espinocelular e carcinoma epidermoide, que é uma das indicações para a realização da biópsia do GS, como já foi referido no caso clínico anterior.(7)

--/12/2021 - Vem à consulta e apresenta tumor duro no mento, dor ao toque, com 1 mês de evolução.

--/02/2022 – Citologia: Citologia positiva para células malignas com aspetos citológicos de metástase de carcinoma, com características compatíveis com diferenciação epidermoide.

Diagnóstico: Carcinoma epidermoide por metástase.

Relatório de Cirurgia

(--/03/2022)

Tal como nas restantes cirurgias, inicialmente foram preparadas as mesas cirúrgicas com os materiais que estavam previstos de serem utilizados. Depois do paciente estar devidamente anestesiado, a zona a intervencionar foi limpa com uma gaze envolvida em Iodopovidona. De seguida, o paciente foi coberto com lençóis esterilizados, deixando apenas exposta a zona do pescoço.

Realizou-se marcação dermográfica da zona em que se encontrava a metástase ganglionar. Com o bisturi realizou-se uma incisão linear no bordo superior da lesão. A partir dessa incisão, o cirurgião foi descolando o tecido metastizado da pele e do platisma até chegar aos músculos milohioideus. Foi sacrificada uma pequena parte destes músculos, ressecção parcial, nomeadamente na sua inserção no bordo inferior da mandíbula, até ao qual a lesão se estendia. A metástase ganglionar encontrava-se no plano mediano, tendo 3x4 cm. A exérese foi realizada com margem de tecido são que incluía então gordura subcutânea, platisma e músculos milohioideus.

Foi colocado um dreno no local e encerrou-se o local de intervenção, em monopiano, sutura intradérmica com Monocryl® (Ethicon)3/0.

Competências Adquiridas

Durante a realização do estágio foram várias as competências adquiridas. A nível de contexto hospitalar e trabalho em equipa, o estágio no CHUP permitiu-me obter experiências inigualáveis.

Existe um contraste entre a metodologia de trabalho na FMDUP e no CHUP. A nível clínico, na FMDUP, embora no último ano do MIMD a modalidade praticada seja de clínica integrada, havendo cooperação entre docentes de várias áreas, muitas vezes essa cooperação não é logisticamente possível devido à conjugação de horários dos docentes, staff e marcações dos pacientes. Na prática, o que isto significa é que tendo um paciente dado entrada na clínica da FMDUP, num horário em que só estejam docentes de uma designada área, e necessitando o paciente de tratamento numa área diferente, muitas das vezes é necessário remarcar esse paciente num outro dia, não se efetuando nenhum ato clínico no momento. No CHUP, em particular no HSA, a cooperação entre especialidades verifica-se devido à excepcional organização do serviço e à existência de mais recursos. Existem linhas telefónicas permanentemente abertas que permitem aos profissionais de saúde, de várias áreas, comunicarem entre si possibilitando, assim, ao paciente obter cuidados o mais integrados possíveis com as suas necessidades. Além disso, tratando-se de um hospital terciário, existem profissionais de saúde, de todas áreas, presentes durante o horário de funcionamento do hospital, pelo que é possível aos profissionais de várias especialidades deslocarem-se no recinto de forma a verem pacientes de outros colegas e entreajudarem-se.

No contexto de bloco operatório foi-me permitido obter e melhorar, exponencialmente, as minhas competências a nível de suturas. Tive oportunidade de realizar várias suturas intradérmicas e cutâneas, o que me permitiu ganhar mais destreza na motricidade fina resultando na realização de suturas mais rápidas, posteriormente, na clínica da FMDUP. No que diz respeito ao tipo de fio de sutura utilizado em bloco operatório, no serviço de Cirurgia Extradigestiva, isto está naturalmente dependente do tipo de cirurgia e do tecido a ser suturado. É utilizado fio reabsorvível para suturas intradérmicas e musculares. São utilizadas principalmente duas marcas, Monocryl ® (Ethicon) – monofilamento - e Vicryl ® (Ethicon) - multifilamento. Os monofilamentos estão, normalmente, associados a menor risco infeccioso e menor trauma tecidual, no

entanto os multifilamentos oferecem uma maior resistência à tensão. O Vycril® (Ethicon) é utilizado para aproximação de tecido muscular e mucoso, mas provoca mais reações cicatriciais hipertróficas, obtendo-se um resultado menos estético. Para encerramento cutâneo é utilizado Monocryl® (Ethicon). O fio não reabsorvível, como o Prolene® (Ethicon), é utilizado para suturas de encerramento de aponevrose. Para suturas cutâneas removíveis é utilizado Dafilon® (B Braun).

No bloco operatório do HSA, tive a possibilidade de assistir a procedimentos cirúrgicos como resolução de hérnias incisionais, resolução de hérnias inguinais, resolução de hérnias do hiato, excisão de gânglios sentinela a nível das cadeias ganglionares do pescoço e da perna, excisão de lipomatoses, parotidectomias totais, resolução de úlceras recorrentes através da fixação de autoenxertos, excisão de tumores desmoides, alargamentos de margens de carcinomas, apendicectomias e reconstrução do lábio após excisão de carcinoma epidermoide.

Em contexto de enfermaria, tive a oportunidade de interagir com pacientes com várias desordens psicomotoras e neurodegenerativas, pelo que pude desenvolver melhores capacidades de comunicação e melhores estratégias de cooperação com os mesmos. Entre elas a competência para ouvir atentamente e estar alerta relativamente à linguagem corporal dos pacientes. No que diz respeito a pacientes agitados, na maior parte das vezes, é preferível esperar que o episódio de exaltação cesse para, posteriormente, se efetuar qualquer ato médico necessário. Estratégias de distração são também muito eficazes. Por exemplo, falar sobre familiares ou amigos, com pacientes receosos, enquanto se faz a abordagem médica, ajuda a acalmar o paciente e permite ao médico verificar sinais vitais mais facilmente, não obtendo tantos resultados enviesados pelo stress emocional do paciente. Na enfermaria, o essencial é recolher os sinais vitais de todos os pacientes, ao início do dia, e durante o dia, fazer o paciente sentir-se acompanhado pela equipa médica.

CONCLUSÃO

O estágio realizado no serviço de Cirurgia Extradigestiva do Centro Hospitalar Universitário do Porto deu-se por concluído no dia 17 de junho de 2022. Esta experiência possibilitou-me, além da futura obtenção do grau de Mestre em Medicina Dentária, a vivência de momentos e oportunidades valiosas, bem como a aquisição de conhecimentos que se estendem para além da área da Medicina Dentaria.

No que diz respeito aos objetivos aos quais me propus inicialmente, tais como acompanhar os procedimentos realizados em contexto de enfermaria, bloco operatório e consulta externa; perceber a gestão dos pacientes infetados com SARS-COV-2, em ambiente hospitalar; aperfeiçoar a motricidade fina, intervindo nos procedimentos cirúrgicos; adquirir mais ferramentas de gestão de trabalho em equipa e desenvolver competências no âmbito da Medicina Geral e do seu impacto na saúde oral, todos os objetivos foram cumpridos à exceção do acompanhamento dos pacientes em consulta externa, devido à incompatibilidade de horários.

Em síntese, resultante de toda a experiência que foi a realização do estágio no CHUP, é de salientar a importância da interação profissional entre o médico e o paciente e entre profissionais de saúde. Cada vez mais, caminhamos para a multidisciplinariedade na área da saúde e a complementaridade, entre as várias áreas de medicina, é cada vez mais encorajada.

No que diz respeito às vivências e emoções experienciadas durante o período de estágio, todo o processo foi um desafio. Desde já, por ser o primeiro ano em que foi introduzido o protocolo entre a FMDUP e CHUP e, portanto, haver muito poucas guidelines relativamente ao que era esperado. Foi um processo de superação constante, desde a gestão de horário entre a clínica integrada e o estágio, à procura de informação para a justificação de decisões clínicas tomadas, numa área na qual tinha muito pouca formação, à exceção da aprovação em cadeiras do MIMD, como Biopatologia, que me permitiram ter algumas bases de Medicina Geral. Esta experiência permitiu o desenvolvimento de largas competências de autocritica e tomada de decisão, tornando-se a reflexão do fim de uma etapa que se traduz em 5 anos de muito trabalho e dedicação aos quais não acrescentaria, nem mudaria, uma única vírgula.

BIBLIOGRAFIA

1. Phadermrod B, Crowder RM, Wills GB. Importance-Performance Analysis based SWOT analysis. *International Journal of Information Management*. 2019;44:194-203.
2. Keung EZ, Gershenwald JE. The eighth edition American Joint Committee on Cancer (AJCC) melanoma staging system: implications for melanoma treatment and care. *Expert Rev Anticancer Ther*. 2018;18(8):775-84.
3. Doyle DJ, Goyal A, Bansal P, Garmon EH. American Society of Anesthesiologists Classification. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing
Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
4. Lee Y-C, Liao W-C, Yang S-W, Luo C-M, Tsai Y-T, Tsai M-S, et al. Systematic review and meta-analysis of modified facelift incision versus modified Blair incision in parotidectomy. *Scientific Reports*. 2021;11(1).
5. Walker HK. Cranial Nerve VII: The Facial Nerve and Taste. In: Walker HK, Hall WD, Hurst JW, editors. *Clinical Methods: The History, Physical, and Laboratory Examinations*. Boston: Butterworths
Copyright © 1990, Butterworth Publishers, a division of Reed Publishing.; 1990.
6. D.McCarter M. *Abernathy's Surgical Secrets (Seventh Edition)*. 7th ed: ELSEVIER; 2018.
7. Moya-Plana A, Guerlain J, Casiraghi O, Bidault F, Grimaldi S, Breuskin I, et al. [Sentinel lymph node biopsy in head and neck oncology]. *Bull Cancer*. 2020;107(6):653-9.
8. Hanna S, Lo SN, Saw RP. Surgical excision margins in primary cutaneous melanoma: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Surg Oncol*. 2021;47(7):1558-74.
9. Wright FC, Souter LH, Kellett S, Easson A, Murray C, Toye J, et al. Primary excision margins, sentinel lymph node biopsy, and completion lymph node dissection in cutaneous melanoma: a clinical practice guideline. *Curr Oncol*. 2019;26(4):e541-e50.

10. Robertson GAJ, Robertson BF, Senior M, Zetlitz E, Shoaib T. Adherence to guideline excision margins in head and neck melanoma: the influence on 5-year survival and loco-regional recurrence. *European Journal of Plastic Surgery*. 2012;35(7):507-15.
11. Coombs DM, Bourne DA, Egro FM, Solari MG. Reconstructing Defects of the Lower Lip: An Emphasis on the Estlander Flap. *Eplasty*. 2016;16:ic50.

ANEXOS



DECLARAÇÃO Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Maria Gabriela Teixeira da Mota Soares Moreira
N.º de identificação civil 15436895 N.º de estudante 201705361
Email institucional up201705361@edu.fmd.up.pt
Email alternativo mota.gabriela.maria@gmail.com Tlf/Tlm 932846603
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia) Relatório de Estágio

Título completo

CIRURGIA EXTRADIGESTIVA APLICADA À MEDICINA DENTÁRIA – RELATÓRIO
DE ESTÁGIO

Orientador Professor Doutor Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida

Coorientador _____

Palavras-chave Assinado por: Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida
Num. de Identificação: 09808540
Data: 2022.06.25 09:59:47 +0100

Autorizo a disponibilização imediata do texto integral no Repositório da U.Porto: (x)

Não Autorizo a disponibilização  itório da U.Porto: _____ (x)

Autorizo a disponibilização do texto integral no Repositório da U.Porto, com período de embargo, no prazo de:

6 Meses: _____ ; 12 Meses: _____ ; 18 Meses: _____ ; 24 Meses: _____ ; 36 Meses: _____ ; 120 Meses: _____

Data 21 / 06 / 2022

Assinatura 

DECLARAÇÃO

Monografia/Relatório de Estágio

Declaro que o presente trabalho, no âmbito da Monografia/Relatório de Estágio, integrado no MIMD, da FMDUP, é da minha autoria e todas as fontes foram devidamente referenciadas.

21/07/2022


O / A Estudante

Informo que o Trabalho de Monografia/Relatório de Estágio desenvolvido pelo(a)
Estudante Maria Gabriela Teixeira da Mota Soares Moreira

com o título: CIRURGIA EXTRADIGESTIVA APLICADA À MEDICINA DENTÁRIA – RELATÓRIO DE ESTÁGIO
está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

21/07/2022

O(A) Orientador(a)/Coorientador(a)

Assinado por: **Ricardo Manuel Casaleiro Lobo de Faria e Almeida**
Num. de Identificação: 09808540
Data: 2022.06.25 09:58:07 +0100

