Resumo

O presente relatório integra-se na Unidade Curricular “Monografia/Relatório de Estágio” do 5º ano do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP e foi desenvolvido no Centro Hospitalar Universitário de Santo António, contemplando o Hospital Geral Santo António e o Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória. Tem como objetivos descrever sucintamente os locais de estágio, apresentar as atividades realizadas, relatar os casos mais relevantes observados, sistematizar as competências adquiridas, bem como fundamentar os protocolos clínicos com base em evidência científica, propondo uma reflexão crítica sobre a transição do ambiente académico para o profissional.

O estágio decorreu de 6 de março a 5 de junho, com oito horas semanais, e dividiu-se em duas fases principais. A primeira, de 6 de março a 3 de abril, decorreu na Unidade de Cirurgia Maxilo-facial com a Dra. Rute Saleiro e o Dr. Hugo Marques, e incluiu consultas, cirurgias em ambulatório e bloco operatório. A segunda, decorrida entre 7 de abril e 5 de junho, teve lugar na Unidade de Estomatologia Pediátrica, sob a orientação do Dr. José Amorim e da Dra. Teresa Oliveira, bem como no bloco cirúrgico do Centro Materno-Infantil do CHUdSA, que presta atendimento, sobretudo, a crianças provenientes de contextos socioeconómicos desfavorecidos ou com necessidades especiais.

No serviço de Cirurgia Maxilo-facial, foram observados tratamentos ortodôntico-cirúrgico-ortognáticos, tratamentos cirúrgicos da disfunção temporomandibular, o tratamento de fendas labiopalatinas e o acompanhamento de patologias benignas e malignas. Além disso, foi possível observar 102 consultas de cabeça-pescoço, e compreender a interação multidisciplinar no diagnóstico e reabilitação oral de pacientes oncológicos.

Na Estomatologia Pediátrica, foram observadas intervenções em Dentisteria, Ortodontia e Medicina Dentária Preventiva, com especial enfoque no tratamento de pacientes com algum tipo de síndrome, comorbilidades e casos que exigiram anestesia geral. Foram realizadas 222 consultas, das quais foi possível observar protocolos clínicos de tratamentos restauradores, ortodônticos, preventivos, de rotina e intervenções mais

complexas. Todos os tratamentos foram cientificamente fundamentados, tendo sido feito um registo de cada caso.

Esta experiência consolidou competências teóricas e práticas, reforçando o raciocínio clínico, as técnicas cirúrgicas e a comunicação médico-paciente. A análise crítica realça a importância da humanização do cuidado, da interdisciplinaridade e do contacto direto com o contexto hospitalar, apontando como pontos fortes a diversidade e complexidade dos casos e, como desafios, a adaptação ao ritmo e às exigências do ambiente profissional.

Abstract

This report is part of the “Monograph/Internship Report” course in the 10th semester of the Integrated Master’s in Dental Medicine at FMDUP and was carried out at the Centro Hospitalar Universitário de Santo António, encompassing both the Hospital Geral Santo António and the Integrated Ambulatory Surgery Center. Its objectives are to succinctly describe the internship sites, present the activities performed, report the most relevant cases observed, systematize the competencies acquired, ground clinical protocols in scientific evidence, and offer a critical reflection on the transition from the academic to the professional environment.

The internship took place from March 6 to June 5, with an eight-hour weekly schedule, and was divided into two main phases. In the first phase, from March 6 to April 3, I shadowed the Maxillofacial Surgery Unit under Dr. Rute Saleiro and Dr. Hugo Marques, participating in outpatient consultations, ambulatory surgeries, and operating-room procedures. In the second phase, from April 7 to June 5, I observed the Pediatric Dentistry Unit’s external consultations with Dr. José Amorim and Dr. Teresa Oliveira, treating mainly children from disadvantaged socioeconomic backgrounds or with special needs.

In Maxillofacial Surgery, the focus was on orthognathic surgical-orthodontic treatment, management of temporomandibular disorders, repair of cleft lip and palate, and follow-up of benign and malignant cranio-cervical-oral-facial pathologies. Additionally, I observed 102 head-and-neck consultations, which deepened my understanding of the multidisciplinary collaboration required for the diagnosis and oral rehabilitation of oncology patients.

In Pediatric Dentistry, I participated in interventions in Restorative Dentistry, Orthodontics, and Preventive Dental Medicine, with special emphasis on treating patients with syndromic conditions, comorbidities, and cases requiring general anesthesia. I followed protocols for restorative, orthodontic, and preventive care, observing both routine procedures and more complex interventions, always backed by scientific evidence and systematic case documentation.

This experience consolidated both theoretical and practical competencies,

strengthening my clinical reasoning, surgical techniques, and doctor–patient communication. The critical analysis underscores the importance of humanizing care, interdisciplinary collaboration, and direct exposure to the hospital setting, highlighting as strengths the diversity and complexity of cases and, as challenges, the need to adapt to the pace and demands of the professional environment.

Agradecimentos

Este relatório representa o culminar de uma etapa marcante da minha formação, e não poderia deixar de expressar a minha sincera gratidão a todos que contribuíram para esta jornada.

Agradeço, em primeiro lugar, à minha família — em especial a minha esposa — pelo amor, apoio incondicional e pelos valores que me guiaram ao longo da vida. Aos meus filhos, João Henrique e António Augusto por darem sentido aquilo que faço e me motivarem a buscar sempre o crescimento. À minha mãe, pela presença constante, incentivo e carinho nos momentos mais desafiadores.

Gostaria de expressar o meu sincero e profundo agradecimento ao Doutor Francisco Maligno por todas as sugestões apoio constante prestado ao longo de toda a fase de elaboração do Relatório de Estágio. Suas sugestões e dedicação não faltaram para que não esmorecesse no momento final, pelo tudo que falte por dizer o meu muito obrigado.

À minha orientadora, Professora Doutora Paula Vaz, pela dedicação e orientação ao longo deste processo.

Aos profissionais que me acompanharam durante o estágio — Dra. Teresa Oliveira, Dra. Rute Saleiro, Dr. Hugo Marques, Dr. José Amorim e Dr. Alfredo Figueiredo Dias — pela partilha generosa de conhecimento e pela experiência enriquecedora proporcionada.

Finalmente, a todos os professores e colegas da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, pela formação sólida e por consolidarem em mim a paixão pela Medicina Dentária que me acompanha há décadas.

A todos, o meu mais sincero obrigado.

Índice Geral

RESUMO ..... **I**

ABSTRACT ..... **III**

AGRADECIMENTOS ..... **V**

ÍNDICE GERAL ..... **VI**

LISTA DE ABREVIATURAS ..... **VII**

ÍNDICE DE FIGURAS ..... **VIII**

I. INTRODUÇÃO **9**

1. O Impacto Global e Nacional do Cancro 10
2. Papel dos Oncologistas e dos Médicos Dentistas na Abordagem Multidisciplinar 11
3. Expectativas e Objetivos de Aprendizagem do Estágio 12
4. Evolução Histórica do Hospital Geral Santo António 13
5. Formação do CHUdSA e o Serviço de Oncologia Médica Atual 14

II. DISCUSSÃO **16**

1. Cirurgia Maxilo-Facial no Centro Hospitalar de Santo António 17
1.1- Descrição do espaço *18*
1.2- Oncologia da cabeça e do pescoço *18*
1.3- Traumatismos Craniofaciais *21*
1.4- Cirurgia Ortognática *22*
1.5- Distúrbios Temporomandibulares *23*
1.6- Pacientes com fendas *24*
1.6 - Casos Clinicos *26*
1.7- Bloco Operatório *28*
2. Estomatologia Pediátrica no Centro Hospitalar de Santo António 35
2.1. Descrição do Espaço *35*
2.2. Ortodontia *35*
2.3. Dentisteria *36*
2.4. Endodontia *36*
2.5. Periodontologia *36*
2.6 Medicina Dentária Preventiva *36*
2.7 Medicina Oral *36*
2.8 Cirurgia Oral *36*
2.9 Outras Consultas *36*
2.10. Bloco Operatório *38*
3- Experiência de estágio 40

III. CONCLUSÕES **41**

IV. BIBLIOGRAFIA ..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

V. ANEXOS ..... ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.

ANEXO 1 - Declaração de forma de divulgação do trabalho ..... **Erro! Indicador não definido.**
ANEXO 2 - Declaração da autoria do trabalho ..... **Erro! Indicador não definido.**
ANEXO 3 - Parecer do Orientador para entrega definitiva do trabalho ..... **Erro! Indicador não definido.**

Lista de abreviaturas

ATM	Articulação Temporomandibular
CHUdSA	Centro Hospitalar Universitário de Santo António
CICA	Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório
CMF	Cirurgia Maxilo-Facial
CMIN	Centro Materno Infantil do Norte
CPI	Cárie Precoce de Infância
DTM	Disfunção Temporomandibular
EP	Estomatologia Pediátrica
FMDUP	Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto
NAI	Nervo Alveolar Inferior
PET	Tomografia por Emissão de Protões
QT	Quimioterapia
RM	Ressonância Magnética
RT	Radioterapia
TC	Tomografia Computadorizada
TO	Tratamento Ortodôntico
TOCO	Tratamento Ortodôntico-Cirúrgico-Ortognático

Índice de Figuras

Figura 1- Gabinete médico e ambulatório de Cirurgia Maxilo-Facial (a e b). **Erro! Indicador não definido.**

Figura 2 - CBCT em 3D da condição inicial do paciente, onde podemos observar nitidamente a atresia maxilar e orbicular (motivo da exoftalmia). 27

Figura 3 - Raio X PA onde foram instalados os distratores maxilares para correção da atresia. 27

Figura 4 - Telerradiografia onde se observa os distratores e o posicionamento inicial do maxilar superior. 27

Figura 5 - CBTC em 3D após a distração. 27

Figura 6 - CBTC Pós-cirúrgico. enxerto ósseo na região frontal (correção da exoftalmia) e a condição quase perfeita da relação maxilo-mandibular. Digno de nota a evolução do caso e a aparência do paciente (foto não anexada devido a não autorização do autor). 27

Figura 7 - Cirurgia em seu início, onde foi feita toda dissecação da região do pescoço com finalidade do esvaziamento. 28

Figura 8 – Complicações cirúrgicas são reduzidas através de identificação de reparos anatómicos importantes (Artéria carótida isolada em primeiro plano). 28

Figura 9 - Exposição da mandibula (observa-se o assoalho de boca e o tamanho do tumor, ligeiramente a direita a língua). 28

Figura 10 - Cancro removido com identificação da posição da margem de segurança através de um fio de sutura, cuja finalidade é orientar o anatomopatologista. 29

Figura 11- Exposição da crista ilíaca (região doadora para o encerramento da fenda palatina). 30

Figura 12 - Duas equipas a trabalhar. A cirurgia foi cuidadosamente planeada, com o objetivo de minimizar o tempo operatório e proporcionar um melhor pós-operatório ao paciente. 31

Figura 13 - Situação inicial. 31

Figura 14 - Inicio da Dissecação da maxila. 32

Figura 15 - Maxila totalmente separada. Observa-se o corte onde foram consideradas as medidas para o acerto da linha do sorriso. A próxima etapa e a colocação de placas de fixação. 32

Figura 16 - Anotação dos valores a serem corrigidos no peri-operatório. 32

Figura 17 - Ortopantomografia e telerradiografia do caso inicial. 33

Figura 18 - Ressonância magnética onde se observa o tamanho da lesão e sua delimitação. 33

Figura 19 - Marcação do acesso cirúrgico, onde foi considerado uma condição de minimizar a cicatriz pós-cirúrgica. 33

Figura 20 – Momento em que se isolou a lesão para sua remoção. 34

Figura 21 - Lesão removida. 34

Figura 22 - Gabinete médico de estomatologia. 35

Figura 23 - Equipa de anestesia na preparação do doente. 38

Figura 24 - Organização da medicação usada para a sedação do doente. 38

Figura 25 - Ortopantomografia doente 1. 38

Figura 26 - Ortopantomografia doente 2. 39

I. Introdução

1. O Impacto Global e Nacional do Cancro

O cancro continua a ser um dos maiores desafios de saúde a nível mundial, afetando milhões de pacientes anualmente (1). O seu impacto causa sofrimento físico, angústia emocional e sobrecarga económica. Graças aos avanços na biologia molecular e às terapias alvo, alguns tumores melhoraram o seu prognóstico. Porém, a imprevisibilidade da doença relembra-nos a nossa vulnerabilidade enquanto seres humanos. Ao mesmo tempo, nas situações mais críticas, surgem histórias de resiliência notável — sobreviventes que encontram forças interiores inesperadas, cuidadores cuja compaixão mantém viva a esperança e comunidades que se unem no apoio à investigação e aos doentes.

Em Portugal, o cancro é a segunda principal causa de morte: em 2020 provocou 28 323 óbitos e foram diagnosticados 52 723 novos casos (2,4). Os homens representam a maioria dos novos casos, sendo que cerca de 40 % ocorreram em indivíduos entre os 60 e os 74 anos (4). Geograficamente, a incidência é maior nos distritos do Porto e de Lisboa e ao longo da costa atlântica, enquanto o interior apresenta valores mais baixos (2).

O cancro oral e da orofaringe surge em sétimo lugar no total de casos, refletindo fatores de risco como o consumo de tabaco e álcool (2). A nível mundial, o carcinoma espinocelular da cavidade oral corresponde a mais de 200.000 novos casos por ano, com uma taxa de sobrevivência a cinco anos em torno de 50 % (5). Estes números insistem na urgência da deteção precoce, de campanhas de prevenção eficazes e da procura contínua por tratamentos mais potentes e menos tóxicos.

2. Papel dos Oncologistas e dos Médicos Dentistas na Abordagem Multidisciplinar

No combate ao cancro, os médicos oncologistas ocupam uma posição central. Segundo a Portaria n.º 284/2020, esta especialidade engloba a prevenção, o rastreio, o diagnóstico, o estadiamento, o tratamento sistémico e o acompanhamento a longo prazo de neoplasias malignas. Os oncologistas participam ativamente em comités multidisciplinares, definem esquemas de quimioterapia, imunoterapia ou terapias hormonais e asseguram a gestão dos efeitos secundários, de modo a preservar a qualidade de vida dos doentes.

Em paralelo, o médico dentista exerce um papel fundamental na prevenção e na deteção precoce do cancro oral. Durante as consultas de rotina, é muitas vezes o primeiro a identificar sinais suspeitos — lesões brancas ou vermelhas, úlceras que não cicatrizam, nódulos submucosos — através de inspeção visual e palpação bimanual. Ao educar os pacientes sobre fatores de risco modificáveis (ex: abandonar o tabaco, reduzir o álcool) e ao encaminhar rapidamente os doentes com lesões suspeitas para biópsia, o dentista aumenta as hipóteses de cura.

Após cirurgias oncológicas ou radioterapia, cabe-lhe ainda planear a reabilitação oral — próteses, obturadores, dentaduras parciais removíveis — para restaurar a função mastigatória e a estética, facilitando a nutrição e a reintegração social. O cuidado com o cancro oral depende, assim, da colaboração estreita entre oncologistas, cirurgiões maxilo-faciais, dentistas, enfermeiros, nutricionistas e equipas de apoio psicossocial.

3. Expectativas e Objetivos de Aprendizagem do Estágio

O estágio em Oncologia Médica oferece muito mais do que a simples observação de consultas: é uma oportunidade ímpar de imersão nas rotinas hospitalares, de participação em reuniões multidisciplinares e de contacto direto com a prática clínica baseada em evidência. Ao longo de várias semanas, consegui:

Compreender a Dinâmica Institucional

- Observar como um hospital terciário programa e coordena consultas externas, infusões de quimioterapia e sessões de radioterapia.
- Entender a importância da comunicação multidisciplinar na patologia tumoral, onde radiologistas, patologistas, cirurgiões e oncologistas debatem as estratégias e terapêuticas adequadas ao estadio da doença.
- Aprender a abordagem sistemática na avaliação clínica: interpretação de exames imagiológicos, dosagens de marcadores tumorais e correlação com o exame físico.
- Familiarizar-se com esquemas quimioterápicos padrão para tumores de cabeça e pescoço (por exemplo, protocolos à base de cisplatina) e reconhecer precocemente sinais de mucosite, neutropenia ou neuropatia.

Melhorar as competências de Comunicação e Empatia

- Praticar a entrega de más notícias sob supervisão, discutir prognósticos e apresentar opções paliativas quando a cura não for viável.
- Cultivar a escuta ativa para perceber as preocupações de doentes e famílias, construindo confiança num contexto de vulnerabilidade.

4. Evolução Histórica do Hospital Geral Santo António

O Hospital Geral Santo António (HSA) tem origem no final do século XVIII, para substituir o sobrelotado Hospital Dom Lopo junto ao centro do Porto (6). Em 1768, D. José I autorizou a construção de uma nova instalação “fora das portas”, alinhada às teorias higienistas que defendiam a circulação de ar fresco para prevenir doenças. O projeto quadrangular de John Carr, arquiteto inglês, incorporou ventilação eficiente, pavilhões separados por patologia (febres, lepra, doenças venéreas, tuberculose) e áreas de apoio — lavandaria, cozinha, alojamento do pessoal — no piso térreo.

Inaugurado em 1799, o HSA sofreu várias ampliações ao longo do século XIX para modernizar blocos operatórios, laboratórios e enfermarias (6). Até à abertura do Hospital de São João em 1959, permaneceu como a principal infraestrutura de saúde do Porto, adaptando-se continuamente mesmo sem concluir totalmente o traçado original. Nas últimas décadas, novas alas e um centro de cirurgia ambulatória foram acrescentados para responder à crescente procura, consolidando a sua importância regional.

5. Formação do CHUdSA e o Serviço de Oncologia Médica Atual

Em 2007, iniciou-se a consolidação dos hospitais públicos do Porto com a criação do Centro Hospitalar do Porto (CHP). Até 2013, integraram o Hospital Joaquim Urbano, o Instituto de Genética Médica Jacinto de Magalhães e o Centro Materno-Infantil Albino Aroso, formando o Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP). Em janeiro de 2023, o Hospital Magalhães Lemos juntou-se ao grupo, dando origem ao atual Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA).

Este complexo abrange quatro unidades principais:

- Hospital Geral Santo António (incluindo o Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório)
- Hospital Magalhães Lemos
- Centro Materno-Infantil Norte Albino Aroso
- Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães

Em parceria académica com o Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS/UP) (10), o CHUdSA preconiza cuidados humanizados de excelência, ensino de qualidade e investigação científica ativa (6,7). É reconhecido como referência nacional em 16 áreas prioritárias e integra 11 redes europeias para cancros raros.

O Serviço de Oncologia Médica (11), oferece:

- Hospital de dia para infusões de quimioterapia
- Consultórios externos com apoio administrativo e sala de colheita de sangue
- Protocolo de radioterapia em parceria com o IPO-Porto (9)

Desde 2016, é referência nacional para tumores testiculares, hepato-biliares-pancreáticos, retais e sarcomas ósseos/tecidos moles, além de membro da rede EURACAN para cancros raros (8). A Via Verde Pulmão exemplifica o

compromisso com a agilização do diagnóstico e do tratamento precoce do cancro pulmonar.

Sistemas informáticos robustos — SC Clínico para registos eletrónicos, GHAF para prescrição de quimioterapia e SECTRA para visualização de imagens —, bem como a app “Santo António” para utentes, complementam a excelência do serviço. Este ambiente dinâmico representa uma oportunidade singular para os estagiários aprenderem a articular organização, trabalho em equipa e compaixão na prática diária do cuidado oncológico.

II. Discussão

1. Cirurgia Maxilo-Facial no Centro Hospitalar de Santo António

O Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), situado na Rua D. Manuel II, constitui-se como um verdadeiro polo de excelência em cuidados cirúrgicos (14). Fundado com o propósito de proporcionar uma experiência mais acolhedora e eficiente aos utentes, o CICA alia tecnologia de ponta a protocolos organizacionais que privilegiam a humanização do atendimento, minimizando tempos de espera e assegurando um fluxo contínuo entre admissão, intervenção e alta (14).

No 1.º piso do CICA encontra-se a Unidade de Cirurgia Maxilo-Facial (CMF), cuja área partilha vias de circulação e espaços de apoio com as especialidades de Otorrinolaringologia e Oftalmologia (14). Dentro das nove salas clínicas disponíveis, as consultas de CMF decorreram especificamente nos gabinetes rotulados como 1.3 e 1.7, ambos equipados com sistemas de imagem digital para apoio ao diagnóstico. Também nesta área estão à disposição dos profissionais uma sala de pensos equipada com material estéril, um bloco de ambulatório, destinado a pequenos procedimentos cirúrgicos, vestiários funcionais para a equipa e duas enfermarias de curta permanência para monitorização pós-procedimento (14).

Apesar de o CICA dispensar internamento prolongado, o bloco operatório principal— incluindo salas de anestesia e recobro — localiza-se no edifício mais recente do CHUdSA, e está projectado para realizar intervenções de média e alta complexidade. Esta configuração permite que as cirurgias mais simples sejam realizadas no ambiente ágil do ambulatório, enquanto procedimentos que exigem equipamentos volumosos ou cuidados intensivos imediatos sejam transferidos para o bloco central, garantindo segurança e especialização.

Durante o estágio, a minha atividade centrou-se na observação sistemática das consultas externas de Cirurgia Maxilo-Facial — desde o primeiro contacto de avaliação pré-operatória, passando pelo planeamento de casos ortognáticos e de disfunção temporomandibular, até ao seguimento pós-operatório. Essa vivência permitiu-me compreender, na prática, como se articula a integração entre o rápido atendimento ambulatorial e a complexidade clínica inerente à CMF, reforçando a importância de rotinas bem definidas e de uma equipa multidisciplinar.

1.1- Descrição do espaço

O Centro de Cirurgia Integrada de Ambulatório (CICA) faz parte do Centro Hospitalar Universitário de Santo António e reúne várias especialidades cirúrgicas, incluindo a de Cirurgia Maxilo-Facial. Inaugurado em 20 de maio de 2011, o CICA organiza-se em oito pisos — quatro dedicados exclusivamente ao atendimento clínico — e tem como principal objetivo oferecer cuidados de saúde centrados no bem-estar do paciente (14). A Unidade de Cirurgia Maxilo-Facial situa-se no 1.º piso, ao lado de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, e partilha os seguintes espaços:

- Receção
- Sala de espera
- Nove gabinetes médicos
- Instalações sanitárias (1 WC)
- Sala polivalente
- Sala de pensos
- Duas salas técnicas
- Vestiário
- Sala de secretariado

1.2- Oncologia da cabeça e do pescoço

Oncologia de Cabeça e Pescoço na Europa

A oncologia de cabeça e pescoço (OCP) engloba tumores que afetam a cavidade oral, orofaringe, nasofaringe, hipofaringe e laringe — sendo mais de 90 % delas carcinomas espinocelulares (HNSCC). Na Europa, a incidência global de HNSCC tem-se mantido elevada, com cerca de 143 000 novos casos e 43 000 mortes anuais (19-20). Em termos regionais, o noroeste europeu (França, Bélgica, Alemanha) apresenta taxas superiores à média do continente, enquanto no sul da Europa, especialmente em

Portugal, verifica-se um aumento constante nos últimos dez anos, especialmente entre as mulheres, refletindo padrões de consumo de tabaco e álcool (20).

Oncologia de Cabeça e Pescoço em Portugal

Em Portugal, estima-se que surjam anualmente entre 2 500 e 3 000 novos casos de cancro de cabeça e pescoço, posicionando-o como a quarta neoplasia mais comum no sexo masculino (relação 4 M/1 F), com pico de incidência entre os 50 e os 70 anos (22). Dados de 2020 apontam para 2 424 casos de HNSCC e 1 103 óbitos, o que representa cerca de 4 % de todas as neoplasias diagnosticadas em Portugal (22). Os principais fatores de risco continuam a ser o tabagismo e o consumo excessivo de álcool, responsabilizando-se por mais de 75 % dos casos, embora a infeção por HPV esteja a emergir como causa relevante, sobretudo em orofaringe (24,50).

No âmbito do Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA), observei um total de 101 consultas de Cirurgia Maxilo-Facial, das quais 32 corresponderam a lesões malignas e 18 a lesões benignas. Para as neoplasias malignas, foi implementado um protocolo de seguimento até cinco anos: mensal no primeiro ano, trimestral no segundo e no terceiro ano, e semestral no quarto e no quinto ano. A forma profissional e delicada com que a equipa lida com estes pacientes impressionou-me profundamente, evidenciando a prioridade dada ao bem-estar e à segurança do doente.

O tratamento de HNSCC combina cirurgia, radioterapia e quimioterapia, muitas vezes associados em regimes multimodais. Em centros de referência europeus, a adoção de técnicas minimamente invasivas e de terapias-alvo tem vindo a melhorar a sobrevida e a qualidade de vida dos doentes com doença localizada (53). Em Portugal, unidades como o CHUdSA têm reforçado a sua participação em redes de referência (EURACAN) e implementado protocolos atualizados baseados em evidência internacional, promovendo a discussão multidisciplinar que envolve otorrinolaringologistas, oncologistas médicos, cirurgiões maxilo-faciais, radioterapeutas e outros especialistas (52, 53).

Apesar dos progressos, o prognóstico em fases avançadas (III–IV) permanece desafiante, com taxas de sobrevivência a cinco anos em torno de 50 % para HNSCC

avançado (24). Assim, reforça-se a urgência da prevenção — redução do tabagismo, moderação do álcool e vacinação contra HPV — e do diagnóstico precoce, que permitem intervenções mais eficazes e menos morbilidade (22). A experiência observacional no CICA confirmou-me que a combinação de protocolos rigorosos, acompanhamento dedicado e trabalho de equipa multidisciplinar constitui a base para melhores resultados na oncologia de cabeça e pescoço.

1.3- Traumatismos Craniofaciais

Traumatismos Craniofaciais na Europa

Os traumatismos craniofaciais representam uma parcela significativa das urgências médico-cirúrgicas na Europa, com quedas e agressões a emergirem como causas predominantes (22). Em diversos países europeus, as quedas são especialmente frequentes em idosos, enquanto os adultos jovens apresentam maior incidência de traumas por agressão e acidentes de viação (27, 29). Uma revisão sistemática mostrou que, apesar de as fraturas ósseas continuarem a ser a lesão mais comum, os acidentes rodoviários vêm diminuindo em frequência graças a legislações mais rigorosas e melhorias na segurança viária (27, 29). As regiões do complexo naso-orbitário e da mandíbula são habitualmente as mais afetadas, dado o mecanismo de transmissão de forças nestes acidentes (26).

Traumatismos Craniofaciais em Portugal

Em Portugal, estudos realizados no Centro Hospitalar São João entre 2001 e 2007 identificaram 209 fraturas maxilofaciais em 1 229 vítimas de politraumatismo, com predominância masculina (86,6 %) e acidentes rodoviários responsáveis por cerca de 69 % dos casos (29). Outro levantamento recente no Centro Hospitalar Lisboa Norte, cobrindo 2018–2020, confirmou que quedas (44,3 %) e agressões (24,7 %) mantêm-se como principais etiologias, notando-se ainda um ligeiro recuo dos traumas durante o período de confinamento em 2020 (30).

No ambulatório de Cirurgia Maxilo-Facial do CICA registaram-se 101 consultas, das quais 14 foram relativas a traumatismos craniofaciais. Seguiu-se um protocolo de avaliação e tratamento que incluiu imobilização adequada, controlo da dor e, quando necessário, encaminhamento para cirurgia reconstrutiva (14).

1.4- Cirurgia Ortognática

A cirurgia ortognática corrige deformidades dentofaciais esqueléticas, oferecendo não só benefícios funcionais, como também melhorias significativas na autoestima e na qualidade de vida dos pacientes. Estima-se que em Portugal cerca de 25 % a 30 % da população apresente algum grau de alteração facial, dos quais aproximadamente metade eventualmente recorre ao tratamento cirúrgico ortognático (34). No ambulatório de Cirurgia Maxilo-Facial do CICA, das 101 consultas realizadas, 13 foram dedicadas exclusivamente a casos de cirurgias ortognáticas.

Do ponto de vista psicológico, diversos estudos demonstram que a intervenção ortognática leva a melhorias expressivas na perceção da imagem corporal, nas relações sociais e na autoestima. Em avaliação longitudinal com 15 pacientes, 13,3 % mostraram aumento de autoestima e satisfação com a aparência já aos seis meses pós-operatório, além de relatos de fortalecimento de vínculos familiares e sociais (33). Outra investigação, conduzida com 92 doentes, identificou que a maioria desenvolve trajetórias de adaptação resiliente, em que níveis de otimismo pré-operatório preveem melhor enfrentamento pós-cirúrgico (32).

1.5- Distúrbios Temporomandibulares

Distúrbios Temporomandibulares (DTM): Panorama Europeu

Os DTM afetam cerca de 29 % da população europeia, segundo meta-análise de 74 estudos envolvendo mais de 170 000 indivíduos, com predomínio discreto no sexo feminino (relação F:M = 1,09) e maior incidência entre os 18 e os 60 anos (35). Esses distúrbios englobam sintomas como ruídos articulares, limitação da abertura bucal e dor, refletindo uma etiologia multifatorial que inclui bruxismo, estresse e traumas anteriores (36).

Distúrbios Temporomandibulares (DTM): Realidade em Portugal

Em Portugal, dados prospectivos registados no EUROTMJ — base eletrónica de um centro especializado de Lisboa — analisaram 595 pacientes entre 2019 e 2022, demonstrando alto índice de queixas relacionadas: 60 % referiram apertamento dentário, 30 % apresentaram bruxismo e 22,78 % identificaram a dor articular como principal sintoma. Além disso, 33 % desses pacientes tinham diagnóstico concomitante de ansiedade e 20 % de depressão, evidenciando a ligação estreita entre DTM e saúde mental (35).

No ambulatório de Cirurgia Maxilo-Facial do CICA, observei 101 consultas ao longo do período de estágio, das quais 13 foram dedicadas a DTM. Nessas consultas, foram aplicados protocolos de avaliação clínica rigorosos — inspeção, palpação, testes de mobilidade e escalas de dor — seguidos de plano terapêutico personalizado, que incluiu terapias manuais, placas oclusais e encaminhamento para apoio psicológico quando indicado. A forma atenciosa e profissional com que a equipa conduziu cada consulta destacou-se pela sensibilidade às queixas dos doentes e pelo empenho em mitigar tanto a dor física quanto o impacto emocional (37).

O manejo eficaz dos DTM requer abordagem interdisciplinar, envolvendo dentistas, fisioterapeutas, psicólogos e, em casos selecionados, cirurgiões maxilo-faciais. O cuidado integrado não só alivia os sintomas articulares e musculares, mas também promove uma melhor qualidade de vida, reduzindo níveis de ansiedade e melhorando a capacidade funcional no dia a dia (36, 37).

1.6- Pacientes com fendas

Pacientes com fendas: Prevalência e Tendências em Portugal e Europa

As fendas orofaciais, incluindo a fenda labiopalatina (FLP), representam uma das malformações craniofaciais congénitas mais comuns. Estas anomalias ocorrem devido a falhas na fusão dos processos faciais durante o desenvolvimento embrionário, podendo envolver o lábio, o palato ou ambos. As causas são multifatoriais, com contribuições genéticas, ambientais e nutricionais.

A prevalência estimada de fendas labiopalatinas varia entre 1 em cada 500 a 1.000 nascidos vivos, com variações conforme a população estudada (38). Em Portugal, estudos apontam uma taxa média de aproximadamente 1,2 por 1.000 nascimentos, valores compatíveis com a média europeia. Segundo o EUROCAT (European Surveillance of Congenital Anomalies), a incidência tem mostrado uma ligeira tendência de queda nos últimos anos, em vários países europeus.

A redução observada na prevalência de pacientes com fendas pode ser atribuída a diversos fatores:

1. Melhor acompanhamento pré-natal – O aumento do acesso a cuidados obstétricos e exames morfológicos detalhados permite a detecção precoce e, infelizmente, em alguns casos, interrupções da gravidez quando há malformações severas.
2. Suplementação com ácido fólico – Embora tradicionalmente associada à prevenção de defeitos do tubo neural, há evidências de que a suplementação pré-concepcional com ácido fólico pode também estar ligada à redução de algumas malformações orofaciais. (39)
3. Redução do tabagismo e consumo de álcool durante a gestação – Campanhas de saúde pública sobre hábitos nocivos na gravidez têm colaborado para a diminuição de fatores de risco (40).
4. Planeamento familiar e aconselhamento genético – O acesso ao aconselhamento reprodutivo tem contribuído para a detecção e prevenção de casos recorrentes em famílias com histórico de fendas (41).

Durante minha experiência na área de Cirurgia Maxilofacial no Centro Hospitalar Universitário de Santo António (CHUdSA), no Porto, estive presente em 101 consultas,

das quais 4 pacientes apresentavam fendas labiopalatinas, o que reflete uma frequência compatível com os dados epidemiológicos disponíveis (38). Tive ainda a oportunidade de participar ativamente de uma cirurgia corretiva realizada no bloco cirúrgico, o que contribuiu significativamente para meu entendimento técnico e humanizado do acompanhamento desses pacientes (31).

Apesar da redução na incidência de pacientes com fendas, esses pacientes continuam a necessitar de cuidados multidisciplinares ao longo de muitos anos, envolvendo cirurgia, ortodontia, fonoaudiologia e apoio psicológico. O envolvimento precoce e coordenado entre diferentes especialidades é essencial para garantir resultados funcionais e estéticos satisfatórios (38, 42).

1.6 - Casos Clinicos

Síndrome de Apert: Revisão e Relato de Caso Clínico

A Síndrome de Apert (OMIM #101200) é uma disostose craniofacial rara, do grupo das acrocefalossindactilias, com incidência estimada entre 1:65000 a 1:160000 nascidos vivos (45, 46). É causada, na maioria dos casos, por mutações no gene FGFR2 (*fibroblast growth factor receptor* 2), localizado no cromossoma 10q26 (46). Estas mutações levam a uma ossificação precoce das suturas cranianas (craniossinostose), associada a malformações faciais e das extremidades (principalmente sindactilias complexas (47, 48).

Características Clínicas

Os pacientes com Síndrome de Apert apresentam:

- Craniossinostose precoce (frequentemente da sutura coronal bilateral), levando a braquicefalia (47);
- Hipoplasia do terço médio da face (47);
- Exoftalmia (proptose) associada a órbitas rasas (47);
- Fusão de dedos das mãos e dos pés (sindactilia complexa) (48);
- Em alguns casos, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (47).

O tratamento é multidisciplinar, envolvendo neurocirurgiões, cirurgiões craniofaciais, ortodontistas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais. A abordagem cirúrgica precoce é fundamental para permitir o crescimento cerebral, proteger as estruturas oculares e melhorar a estética e função craniofacial (48, 49).

Relato do caso clínico

Paciente masculino, VITOR P. G., com Síndrome de Apert, acompanhado desde a infância em serviço especializado de cirurgia Maxilo-Facial. O paciente foi submetido a

múltiplos procedimentos cirúrgicos desde os primeiros anos de vida, com progresso impressionante, considerando as malformações craniofaciais iniciais severas.

A intervenção inicial consistiu em distração osteogénica maxilar com finalidade de avanço do terço médio da face, visando correção funcional e estética, principalmente da exoftalmia grave causada pela hipoplasia maxilar e órbitas rasas. O procedimento foi complementado com enxertos ósseos autólogos, promovendo melhor projeção facial, proteção ocular e suporte para futura reabilitação dentária e ortodôntica.

A evolução pós-operatória do paciente tem sido positiva, com melhoria significativa na simetria facial, na proteção ocular e na qualidade de vida, representando um exemplo clínico de sucesso na abordagem progressiva e personalizada de pacientes com esta síndrome rara.

Figura 1 - CBCT em 3D da condição inicial do paciente, onde podemos observar nitidamente a atresia maxilar e orbicular (motivo da exoftalmia).

Figura 2 - Raio X PA onde foram instalados os distratores maxilares para correção da atresia.

Figura 3 - Telerradiografia onde se observa os distratores e o posicionamento inicial do maxilar superior.

Figura 4 - CBTC em 3D após a distração.

Figura 5 - CBTC Pós-cirúrgico. enxerto ósseo na região frontal (correção da exoftalmia) e a condição quase perfeita da relação maxilo-mandibular. Digno de nota a evolução do caso e a aparência do paciente (foto não anexada devido a não autorização do autor)

1.7- Bloco Operatório

Paciente 1 – Cirurgia de remoção de tumor mandibular com esvaziamento cervical

Cirurgia de remoção de tumor mandibular com esvaziamento cervical, realizada no Hospital Geral de Santo António, em 12 de março. A sequência mostra três momentos distintos da cirurgia:

1. Dissecção cervical — A primeira imagem mostra o afastamento dos planos musculares e tecidos moles do pescoço, evidenciando estruturas anatómicas críticas como a fáscia cervical profunda, vasos e músculos infra-hióideos.

Figura 6 - Cirurgia em seu início, onde foi feita toda dissecação da região do pescoço com finalidade do esvaziamento.

Figura 7 – Complicações cirúrgicas são reduzidas através de identificação de reparos anatómicos importantes (Artéria carótida isolada em primeiro plano).

2. Exposição mandibular — Na segunda imagem, observa-se a exposição da mandíbula e a abordagem direta da lesão tumoral, com controle das estruturas adjacentes.

Figura 8 - Exposição da mandibula (observa-se o assoalho de boca e o tamanho do tumor, ligeiramente a direita a língua).

3. Peça cirúrgica ressecada — A terceira imagem mostra a peça removida, que inclui tecido mandibular e um linfonodo (ou glândula) aparentemente envolvido, indicando uma abordagem oncológica radical.

Figura 9 - Cancro removido com identificação da posição da margem de segurança através de um fio de sutura, cuja finalidade é orientar o anatomopatologista.

A cirurgia realizada foi feita com um esvaziamento cervical associado à ressecção de tumor mandibular, uma abordagem indicada principalmente nos casos de carcinomas orais invasivos, como o carcinoma de células escamosas, o subtipo mais comum de Cancro da cavidade oral (50, 51).

Esse tipo de procedimento é justificado quando há:

- Envolvimento ósseo (mandibular);
- Comprometimento linfático cervical (níveis I-III, principalmente);
- Necessidade de margens cirúrgicas livres e redução do risco de metástases regionais.

Segundo as diretrizes europeias (ESMO *Clinical Practice Guidelines,* 2020) (52), a ressecção tumoral com margem adequada, aliada ao esvaziamento cervical, aumenta significativamente a sobrevida livre de doença e a sobrevida global nos casos com risco moderado a alto de disseminação linfonodal.

Além disso, a reconstrução mandibular (que pode ter ocorrido nesta cirurgia com posterior colocação de placa ou enxerto) é essencial para restaurar a função mastigatória e a estética facial, sendo parte integrante da abordagem multidisciplinar recomendada pelo *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) (52).

Paciente 2 – Enxerto Autógeno da Crista Ilíaca em doente com fenda palatina

O paciente foi submetido a um procedimento complexo que envolveu:

- Presença de fenda palatina associada;
- Reconstrução imediata com enxerto ósseo autógeno da crista ilíaca;
- Procedimento realizado com duas equipaas simultâneas, otimizando tempo cirúrgico e viabilidade do enxerto (54, 55).

Esse tipo de abordagem multidisciplinar é *Gold Standard* em centros de referência, especialmente em casos com necessidade de reconstrução funcional e estética imediata, como observado em tumores com perda de continuidade óssea (54).

O osso ilíaco é uma das principais áreas doadoras para reconstruções maxilofaciais devido à:

- Alta disponibilidade de osso cortical e esponjoso;
- Boa integração com o leito receptor;
- Elevada taxa de sucesso em reconstruções mandibulares e maxilares.

Segundo Al-Dam et al. (2013), a reconstrução com osso autógeno da crista ilíaca apresenta taxas de sucesso acima de 90% em enxertos mandibulares (54).

Figura 10- Exposição da crista ilíaca (região doadora para o encerramento da fenda palatina).

Cirurgia com dupla equipa

A realização simultânea da remoção do enxerto e preparo do leito receptor reduz o tempo cirúrgico total, risco de contaminação e melhora a viabilidade do enxerto (54).

Friedrich et al. (2011) demonstraram que a abordagem em equipa reduz complicações pós-operatórias e melhora os desfechos funcionais e estéticos em reconstruções complexas (54).

Figura 11 - Duas equipas a trabalhar. A cirurgia foi cuidadosamente planeada, com o objetivo de minimizar o tempo operatório e proporcionar um melhor pós-operatório ao paciente.

Reconstrução em Pacientes com Fenda Palatina

Pacientes com fendas labiopalatinas e alterações tumorais apresentam desafios adicionais quanto à estabilidade do enxerto e à anatomia alterada. O uso do enxerto da crista ilíaca, neste contexto, é especialmente indicado para garantir volume e suporte ósseo adequados para futura reabilitação protética ou implantar (54).

A abordagem adotada neste caso segue os protocolos avançados de reconstrução craniofacial e maxilofacial em casos de tumores e fendas associadas. O uso de enxerto autógeno da crista ilíaca continua a ser uma das estratégias mais validadas na literatura científica para reabilitação funcional e estética em casos complexos (54, 55).

Figura 12 - Situação inicial.

Paciente 3 – Cirurgia ortognática bimaxilar

Durante o estágio curricular no serviço de Cirurgia Maxilo-Facial, também acompanhei uma cirurgia ortognática bimaxilar, realizada para correção de uma deformidade dentofacial complexa. A paciente apresentava má-oclusão esquelética, com desvio da linha média dentária e assimetria do sorriso.

O objetivo principal foi o reposicionamento tridimensional dos maxilares, com finalidade funcional e estética. Especificamente, correção da má-oclusão, centralização da linha média facial e dentária, nivelamento do plano oclusal e correção do sorriso assimétrico.

Figura 13 - Inicio da Dissecação da maxila.

Figura 14 - Maxila totalmente separada. Observa-se o corte onde foram consideradas as medidas para o acerto da linha do sorriso. A próxima etapa e a colocação de placas de fixação.

O caso foi planejado com base em exames de imagem: radiografias panorâmica e cefalométrica (frontal e lateral); ortodontia prévia para alinhamento dentário e planejamento virtual (VSP – *Virtual Surgical Planning*), com cálculo preciso dos milímetros de avanço, impacção e rotação óssea necessários para atingir o posicionamento ideal dos segmentos maxilomandibulares (56, 57).

Figura 15 - Anotação dos valores a serem corrigidos no peri-operatório.

A cirurgia foi realizada sob anestesia geral e envolveu:

- Osteotomia Le Fort I para mobilização do maxilar superior;
- Osteotomia sagital mandibular bilateral (BSSO);

- Reposicionamento ósseo com auxílio de guias cirúrgicos personalizados;
- Fixação com miniplacas e parafusos de titânio (58).

Figura 16 - Ortopantomografia e telerradiografia do caso inicial.

Paciente 4 – Parotidectomia

O paciente foi submetido à parotidectomia superficial para remoção de uma massa tumoral localizada no lobo superficial da glândula parótida direita, sugerida por imagem de ressonância magnética (RM) e exame físico como compatível com tumor de Warthin (59).

Figura 17 - Ressonância magnética onde se observa o tamanho da lesão e sua delimitação.

Imagem Pré-operatória (RM)

A RM mostra uma lesão bem delimitada na região da parótida, com características sugerindo um tumor benigno. O tumor de Warthon, ou cistadenolinfoma papilar, aparece comumente como uma lesão cística com componentes sólidos, de crescimento lento, e é mais frequente em homens idosos e fumadores (49).

Figura 18 - Marcação do acesso cirúrgico, onde foi considerado uma condição de minimizar a cicatriz pós-cirúrgica.

Marcação e Acesso Cirúrgico

A marcação da incisão pré-auricular clássica com extensão cervical inferior foi realizada, compatível com a técnica de parotidectomia superficial, que visa preservar o nervo facial (50). A abordagem cirúrgica é planejada com base em marcos anatômicos e exames de imagem pré-operatórios para evitar lesões do nervo facial.

Figura 19 – Momento em que se isolou a lesão para sua remoção.

Intraoperatório

Durante a dissecção, foi identificado o tumor encapsulado, de aspecto lobulado e consistência mista, compatível com Warthon. A dissecção cuidadosa evidenciou o uso de pinças e afastadores para separar o tumor do tecido glandular, com preservação das estruturas nervosas.

Figura 20 - Lesão removida.

A parotidectomia superficial é o tratamento padrão para tumores benignos da parótida, especialmente quando localizados no lobo superficial. O tumor de Warthon representa cerca de 10% a 15% dos tumores de parótida e raramente sofre transformação maligna (59). A principal preocupação é a preservação do nervo facial, cuja identificação é fundamental (61).

É importante monitorar sinais de paresia do nervo facial no pós-operatório imediato, além de avaliar histologicamente o tumor para confirmação diagnóstica e exclusão de malignidade.

2. Estomatologia Pediátrica no Centro Hospitalar de Santo António

2.1. Descrição do Espaço

O serviço de Estomatologia Pediátrica dispõe de consultórios acolhedores, adaptados ao público infantil (ambiente lúdico, decoração temática), com equipamentos de última geração (Raio X digital extraoral e intraoral, unidade de cadeira odontológica pediátrica) e equipe multidisciplinar treinada para manejo comportamental e sedação leve (14).

Ocupa o piso térreo do edifício ex-Cicap na Rua D. Manuel II e divide-se em atendimentos a adultos e crianças. O espaço pediátrico dispõe de:

- Receção
- Três gabinetes médicos equipados (salas 420–422)
- Casa de banho
- Sala de radiologia
- Sala de colheita de sangue
- Sala de enfermagem
- Sala de esterilização

As áreas de radiologia, colheita de sangue, enfermagem e esterilização são partilhadas com o serviço de Estomatologia de Adultos. Os pisos superiores albergam vestiários e refeitório (piso −1) e as instalações administrativas, como o gabinete da direção e salas de reunião (piso 1).

Figura 21 - Gabinete médico de estomatologia.

2.2. Ortodontia

Avaliação precoce de má-oclusões, hábitos parafuncionais e crescimento craniofacial. Emprego de expansores palatinos, placas funcionais e aparelhos removíveis para guiar o desenvolvimento ósseo e evitar tratamento ortodôntico extensivo na adolescência (16).

2.3. Dentisteria

Restaurações diretas (compósitos, ionómero de vidro) e indiretas (coroas pré-moldadas) em dentes decíduos e permanentes jovens. Uso de técnicas minimamente invasivas (selantes de fissura, restaurações atraumáticas – ART) para conservar estrutura dentária e prevenir cáries recorrentes (17).

2.4. Endodontia

Tratamento de polpa em dentes permanentes em fase de formação radicular (apexificação, *vital pulp therapy*). Aplicação de protocolos biocerâmicos que favorecem a preservação da vitalidade e maturação radicular (17).

2.5. Periodontologia

Controle de gengivites e periodontites precoces por meio de profilaxia ultrassônica adaptada, instrução de higiene oral orientada a pais e cuidadores, e manejo de alterações gengivais (erupção dentária, hiperplasia medicamentosa) (17).

2.6 Medicina Dentária Preventiva

Acompanhamento longitudinal em consulta de saúde oral escolar em parceria com instituições educativas.

2.7 Medicina Oral

Diagnóstico e manejo de anomalias de erupção (dentes supranumerários, inclusões), lesões ulcerativas recorrentes (queilite angular, estomatites aftosas), e patologias mucosas (líquen plano, mucoceles).

2.8 Cirurgia Oral

Exodontias simples e cirurgias menores (frenectomias, remoção de pequenos tumores e cistos), sob anestesia local, com ênfase em cuidados pós-operatórios e analgesia infantil segura (17).

2.9 Outras Consultas

Interconsulta com ortopedia funcional dos maxilares, foniatria, nutricionista e psicologia pediátrica para casos de hábitos parafuncionais graves, DTM infantil ou

necessidades especiais, Hematologista para pacientes com problemas de coagulação (18).

Os pacientes chegam por referência interna do hospital ou vindos das USF. Durante o estágio, acompanhei o fluxo diário de consultas, o que me permitiu vivenciar protocolos diagnósticos e terapêuticos em pacientes com múltiplas comorbidades e necessidades especiais.

Entre estes, destaco:

- Transtorno do Espectro do Autismo: geralmente identificado entre 2 e 3 anos, mais frequente em meninos, apresenta desafios comportamentais (baixa cooperação e comunicação) e maior risco de cárie devido à predileção por alimentos moles e açucarados.

- Síndrome de Down: caracterizado por trissomia do cromossoma 21, macroglossia, microdontia, dentes conoides e erupção tardia; nesses casos, a familiaridade prévia com a Dra. Oliveira favoreceu a colaboração durante o exame intraoral.

- Paralisia Cerebral: grupo de encefalopatias que afetam postura e movimento; o atendimento foi adaptado na própria cadeira do paciente, com apoio dos pais para estabilização da cabeça em face de movimentos involuntários.

2.10. Bloco Operatório

A prática de Cirurgia Oral sob Anestesia Geral no serviço de Estomatologia Pediátrica do CHUdSA atende-se principalmente a crianças pouco colaborantes, portadoras de condições genéticas ou que necessitam de múltiplos procedimentos (restaurativos, exodontias ou ações preventivas) em única sessão, otimizando recursos e reduzindo o impacto de repetidos episódios de ansiedade (14). No dia em apreço, quatro crianças foram agendadas, tendo duas sido desmarcadas por sintomas de gripe e mal-estar—reforçando o cuidado com o estado infeccioso pré-operatório (14).

Figura 22 - Equipa de anestesia na preparação do doente.

Figura 23 - Organização da medicação usada para a sedação do doente.

A avaliação pré-anestésica revelou um dos casos operados: criança de 8 anos com asma controlada (MH), queixando-se de palpitações ocasionais sem alterações estruturais cardíacas relevantes (taquicardia sinusal diurna no Holter 24 h, ECG e ecocardiograma normais), e tremor de membros superiores em investigação neurológica. A monitorização de sua função respiratória e cardiovascular, aliada à classificação ASA I–II e à avaliação da via aérea (Mallampati I, T-M > 6 cm, extensão cervical adequada), garantiu segurança na indução e manutenção anestésicas, permitindo a realização de restaurações e extrações dentárias de forma eficiente e humanizada (12, 13), Na programação do elemento 36 onde se previa uma restauração classe I, devido à extensa lesão cariosa houve exposição pulpar e a opção foi a extração, pois a desvitalização do elemento estaria contra indicada nesse tipo de paciente (não colaborador) (13).

Figura 24 - Ortopantomografia doente 1.

O outro caso operado foi de uma criança, de 7 anos, apresenta hipertrofia mesosseptal sem obstrução das vias aéreas superiores, macrossomia, macrocefalia e fechamento precoce da sutura coronal (craniossinostose), condições que aumentam o

risco de dificuldades na cooperação e potenciais complicações respiratórias. Por apresentar dor dentária intensa e múltiplas restaurações insatisfatórias em molares decíduos, programou-se uma sessão única sob anestesia geral para extração de todos os molares decíduos com comprometimento (12, 15).

A avaliação pré-anestésica considerou o risco potencial de dificuldades de via aérea em craniosinostose e macrossomia, classificando o ASA como II–III. A combinação de suporte respiratório otimizado e analgesia multimodal segue recomendações internacionais para pacientes pediátricos com malformações craniofaciais submetidos a procedimentos odontológicos sob anestesia geral (12,13).

O uso de anestesia geral em pacientes pouco colaborantes ou com necessidades especiais, como neste caso, é respaldado por evidências que demonstram maior segurança e melhor experiência cirúrgica, reduzindo o número de sessões e o trauma psicológico (14, 15). A integração da equipa — do anestesiologista ao cirurgião e à equipa de enfermagem — garante um fluxo operatório eficiente e atencioso, reforçando a excelência do atendimento público no CHUdSA.

O envolvimento ativo da equipa (cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes) na consolidação de um ambiente de confiança – especialmente junto a crianças com dificuldades comunicativas ou comportamentais – é crucial para o sucesso do procedimento e segue as melhores práticas de atendimento público de excelência adotadas no CHUdSA (14).

Figura 25 - Ortopantomografia doente 2.

3- Experiência de estágio

3.1. Rotina hospitalar e atendimento médico

Durante as doze semanas de estágio, a minha participação acompanhou de forma contínua as rotinas hospitalares quer na Cirurgia Maxilo-Facial, quer na Estomatologia Pediátrica do CHUdSA. Observei diariamente a organização das consultas e o fluxo entre triagem, avaliação pré-operatória e procedimentos, contemplando:

- **Consultas externas de Cirurgia Maxilo-Facial**: participei em 102 consultas de cabeça-pescoço, em que os médicos iniciavam o atendimento com cuidadosa recolha de história clínica, seguida de exame clínico detalhado e interpretação conjunta de imagens (panorâmicas, tomografias) em tempo real, demonstrando domínio técnico e empatia com o doente (14, 19).
- **Cirurgias em ambulatório e bloco operatório**: testemunhei desde pequenas intervenções (tratamentos de disfunção temporomandibular e fendas labiopalatinas) até procedimentos de média complexidade, sempre com ênfase na assepsia rigorosa e no trabalho coordenado de cirurgião, anestesiologista e equipa de enfermagem (15, 17).
- **Consultas de Estomatologia Pediátrica**: observei 222 atendimentos, incluindo tratamentos restauradores, ortodônticos e sessões sob sedação ou anestesia geral em crianças com necessidades especiais. Reparei na forma paciente e humanizada como os médicos explicavam cada passo aos pais e ao menor, mantendo conforto e segurança em todos os momentos (19, 20).
- **Integração multidisciplinar**: em reuniões de equipa, médicos, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos debatiam cada caso, planeando protocolos de seguimento e ajustando terapêuticas conforme a evolução clínica, o que reforçou a centralidade do trabalho colaborativo na qualidade do cuidado (18).

Este contacto direto com as rotinas hospitalares mostrou-me a grande competência profissional dos médicos: atenção aos detalhes do quadro clínico, capacidade de decisão fundamentada e disponibilidade permanente para acolher preocupações dos doentes, contribuindo decisivamente para a humanização do atendimento.

III. Conclusões

Este estágio representou um marco no meu crescimento pessoal e profissional. Destaco:

- **Aperfeiçoamento de competências clínicas**: o contacto com situações reais consolidou os conhecimentos teóricos e fortaleceu o meu raciocínio clínico, nomeadamente na interpretação de exames de imagem e na elaboração de planos terapêuticos personalizados.
- **Desenvolvimento de comunicação e empatia**: assistir à forma como os médicos comunicavam diagnósticos e conduziam diálogos difíceis ensinou-me a importância da escuta ativa, do uso de linguagem acessível e do apoio emocional às famílias. Senti-me mais seguro e confiante ao interagir com pacientes.
- **Valorização da rotina profissional**: admiro a disciplina e o rigor que estruturam o dia-a-dia dos serviços – desde o planeamento antecipado das agendas até à revisão pós-procedimento –, o que demonstra uma dedicação exemplar à profissão e ao bem-estar do utente.
- **Compromisso com a humanização do cuidado**: as práticas observadas reforçaram em mim o valor de colocar sempre o doente no centro das decisões, garantindo conforto, clareza e respeito por cada história de vida.

Em suma, a experiência reforçou a minha convicção de que a excelência na Medicina Dentária e na Cirurgia Maxilo-Facial passa pelo equilíbrio entre conhecimento técnico, trabalho em equipa e atenção genuína às pessoas.