

**RELATÓRIO DE ESTÁGIO
MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA**

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

Liliana Tudosã

Orientadora:
Professora Doutora Ana Paula Mendes Alves Peixoto Norton

Agradecimentos

A realização deste estágio foi uma experiência profundamente enriquecedora, tanto a nível académico como pessoal. Portanto, gostaria de expressar o meu sincero agradecimento a todos aqueles que de forma direta ou indireta contribuíram para a concretização de mais esta etapa.

Um agradecimento muito especial à minha mãe, Aurélia e ao meu pai, Lilian, por serem o meu maior exemplo de força, resiliência e amor incondicional. Desde sempre me ensinaram, que a educação é o bem mais valioso que podemos possuir e que o conhecimento é a única riqueza que ninguém nos pode retirar.

Agradeço ao meu noivo, Jorge, por ter sido o meu porto seguro ao longo destes anos tão exigentes e transformadores. Pelo apoio incondicional, pela paciência nos dias mais difíceis, pela força quando o cansaço parecia maior do que a motivação.

Agradeço em especial à Professora Doutora Ana Norton pela aceitação de ser orientadora e pelos seus ensinamentos teóricos nas aulas e ensinamentos práticos na Clínica da FMDUP.

Agradeço em especial ao Doutor Manuel Vilela por toda a orientação no contexto hospitalar, pela paciência, pelo rigor técnica e pela forma generosa como partilhou a sua experiência.

Índice

<i>Agradecimentos</i>	<i>II</i>
<i>Índice de Figuras.....</i>	<i>IV</i>
<i>Abreviaturas.....</i>	<i>V</i>
<i>Resumo</i>	<i>VI</i>
<i>Palavras Chaves.....</i>	<i>7</i>
<i>Abstract.....</i>	<i>8</i>
<i>Keywords.....</i>	<i>9</i>
<i>1. Introdução</i>	<i>10</i>
<i>2. Enquadramento Institucional.....</i>	<i>11</i>
2.1 Caracterização Específica do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva	12
<i>3. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas.....</i>	<i>14</i>
3.1 Abdominoplastia.....	17
3.2 Otoplastia Bilateral	19
3.3 Mamoplastia de aumento secundária com capsulectomia.....	21
3.4. Ginecomastia	23
3.5. Rinoplastia	25
3.6. Cicatriz Hipertrófica	26
3.7. Cirurgia de afirmação de género.....	27
3.8. Princípios gerais do ato cirúrgico	28
<i>4. Considerações Pessoais.....</i>	<i>30</i>
<i>6. Conclusão</i>	<i>32</i>
<i>Referências Bibliográficas</i>	<i>33</i>

Índice de Figuras

Figura 1 - Centro Materno-Infantil do Norte.....	13
Figura 2 - Hospital de Santo António, Edifício Neoclássico.....	14
Figura 3 - Bloco operatório do piso 4 do edifício neoclássico.	14
Figura 4 – Cronograma representativo da distribuição temporal das atividades desenvolvidas.....	15
Figura 5 - Número de casos observados segundo o tipo de cirurgia.....	16
Figura 6 - Etapas iniciais da abdominoplastia tradicional.....	18
Figura 7 - Etapas do descolamento do retalho abdominal.....	19
Figura 8 - Descolamento do retalho abdominal em direção superior.....	19
Figura 9 - Quantificação do tecido excisado.	19
Figura 10 - Impantes mamários removidos e tecido capsular após a capsulectomia....	23
Figura 11 - Tecido glandular e adiposo removido durante a correção cirúrgica da ginecomastia.	25
Figura 12 – Tratamento cirúrgico de contratura cicatricial pós-queimadura da mão.....	27
Figura 13 - Mesa de instrumentação cirúrgica em campo estéril.....	30

Abreviaturas

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

FMDUP – Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

HGSA – Hospital Geral de Santo António

MIMD – Mestrado Integrado em Medicina Dentária

TPN – Terapia por pressão Negativa

WHO – World Health Organization

Resumo

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da disciplina *Monografia/Relatório de Estágio*, do segundo semestre do último (quinto) ano, do Mestrado Integrado em Medicina Dentária (MIMD) da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto (FMDUP).

Trata-se de um estágio observacional que decorreu no Serviço de Cirurgia Plástica do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) de Santo António, mais precisamente no Bloco Operatório do edifício neoclássico e no bloco operatório no Centro Materno-Infantil do Norte.

Teve início no dia 2 de março de 2026 e término no dia 28 de maio de 2026, perfazendo um total de 100 horas. O estágio decorreu em turnos de quatro horas, distribuídos por diferentes dias da semana. Às segundas-feiras, entre 2 e 23 de março, a atividade consistiu na observação de procedimentos cirúrgicos no Bloco Operatório de Afirmação de Género. Às quartas-feiras, entre 4 de março e 20 de abril, a observação decorreu no bloco operatório do Centro Materno-Infantil do Norte, em contexto de cirurgia pediátrica, tendo posteriormente passado para acompanhamento de consultas e avaliações pós-operatórias em contexto de enfermaria. Já às quintas-feiras, entre 5 de março e 28 de maio de 2026, a atividade foi realizada no bloco operatório do Edifício Neoclássico. Em todas estas sessões, a participação consistiu exclusivamente na observação de diferentes intervenções cirúrgicas no contexto da Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética.

Mais do que um período de observação clínica, este estágio representou uma imersão numa especialidade onde a função, estética e humanidade coexistem de forma indissociável. A Cirurgia Plástica e Reconstructiva revelou-se um campo de elevada exigência técnica, mas também de profunda sensibilidade clínica, onde cada decisão ultrapassa o gesto cirúrgico e impacta diretamente a identidade e autoestima do doente.

A integração no contexto hospitalar permitiu o acompanhamento de pós-operatório e observação de tempos cirúrgicos. Esta vivência proporcionou não apenas a consolidação de conhecimentos anatómicos e princípios cirúrgicos, mas sobretudo o desenvolvimento de competências transversais como comunicação clínica, empatia, pensamento crítico e compressão da responsabilidade ética inerente à prática médica.

Este estágio contribuiu de forma determinante para a construção de uma visão mais abrangente de Medicina, reforçando a importância da interdisciplinaridade e enriquecendo a minha formação enquanto futura Médica Dentista.

Palavras Chaves

Cirurgia Plástica e Reconstructiva

Abdominoplastia

Otoplastia

Cirurgia de Afirmação de Género

Estágio Clínico

Abstract

This report was developed within the scope of the Monograph/Internship Report curricular unit, during the second semester of the fifth and final year of the Integrated Master's Degree in Dental Medicine at the Faculty of Dental Medicine of the University of Porto (FMDUP).

It consists of an observational internship carried out at the Plastic Surgery Department of Santo António, University Hospital Center of Porto (CHUP), specifically in the Operating Room of the Neoclassical Building and in the operating room of the Centro Materno-Infantil do Norte.

The internship took place from March 2nd to May 28th, 2026, corresponding to a total of 100 hours. Activities were organized in four-hour shifts distributed throughout different weekdays. On Mondays, between March 2nd and March 23rd, the internship consisted of observing surgical procedures in the Gender Affirmation Surgery Operating Room. On Wednesdays, between March 4th and April 20th, the observational activity took place in the operating room of the Centro Materno-Infantil do Norte in the context of pediatric surgery, later transitioning to the observation of consultations and post-operative evaluations in the ward setting. On Thursdays, between March 5th and May 28th, 2026, the internship activities were conducted in the operating room of the Neoclassical Building. In all sessions, participation consisted exclusively of observing different surgical interventions within the fields of Plastic, Reconstructive, and Aesthetic Surgery.

More than a period of clinical observation, this internship represented an immersion in a specialty where function, aesthetics, and humanity coexist inseparably. Plastic and Reconstructive Surgery proved to be a field of high technical demand, but also of profound clinical sensitivity, where each decision goes beyond the surgical act itself and directly impacts the patient's identity and self-esteem.

The integration into the hospital environment enabled the observation of post-operative follow-up and surgical procedures. This experience contributed not only to the consolidation of anatomical knowledge and surgical principles, but also to the development of transversal skills such as clinical communication, empathy, critical thinking, and understanding of the ethical responsibility inherent to medical practice.

This internship significantly contributed to the development of a broader vision of Medicine, reinforcing the importance of interdisciplinarity and enriching my academic and professional training as a future Dental Doctor.

Keywords

Plastic and Reconstructive Surgery

Abdominoplasty

Otoplasty

Gender-Affirming Surgery

Clinical Internship

1. Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Monografia/Relatório de Estágio do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da FMDUP, foi realizado um estágio curricular no Serviço de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética do CHUP, durante o último semestre do curso.

A Cirurgia Plástica e Reconstructiva constitui uma especialidade médico-cirúrgica diferenciada, dedicada à correção de alterações morfológicas e funcionais de origem congénita, traumática, oncológica ou degenerativa, envolvendo tecidos cutâneos, subcutâneos e estruturas mais profundas, com o propósito de restaurar a função e otimizar o resultado estético. No contexto hospitalar, uma parte significativa da atividade reconstructiva está associada a defeitos adquiridos, nomeadamente sequelas de trauma, cirurgia oncológica e queimaduras, frequentemente com impacto relevante na qualidade de vida dos doentes.

Entre as diversas áreas de intervenção, a gestão da cicatrização e das suas complicações assume particular relevância. A cicatrização tecidular é um processo biológico complexo e dinâmico, que envolve fases inflamatória, proliferativa e de remodelação, nas quais ocorrem fenómenos como deposição de colagénio, angiogénese e reorganização da matriz extracelular (1). Alterações neste processo podem conduzir ao desenvolvimento de cicatrizes patológicas, como cicatrizes hipertróficas e queloides, caracterizadas por deposição excessiva e desorganizada de colagénio, podendo resultar em dor, limitação funcional e impacto estético significativo. Em contexto de queimaduras, estas complicações são particularmente frequentes, podendo evoluir para contraturas cicatriciais que comprometem a mobilidade e a funcionalidade das regiões afetadas (2),(3).

A abordagem cirúrgica destas alterações baseia-se em princípios reconstructivos bem estabelecidos, incluindo técnicas de redistribuição de tensões, como a plastia em Z, utilização de retalhos e enxertos, e estratégias que visam preservar a vascularização e otimizar a cicatrização (4). Paralelamente, avanços terapêuticos, como a terapia por pressão negativa (TPN), têm demonstrado eficácia na redução de complicações pós-operatórias, contribuindo para melhores resultados funcionais e estéticos (5).

Para além da vertente reconstructiva, a Cirurgia Plástica integra também procedimentos de contorno corporal e cirurgia estética, como abdominoplastias, mamoplastias e otoplastias, frequentemente associados a alterações decorrentes de perda ponderal significativa, envelhecimento ou fatores genéticos. A presença de

excesso cutâneo após perda de peso ponderal significativa é uma condição altamente prevalente, afetando a grande maioria dos doentes submetidos a cirurgia bariátrica, com repercussões físicas, funcionais e psicossociais, sendo a cirurgia plástica fundamental na reabilitação global destes pacientes.

Importa ainda destacar o papel da abordagem multidisciplinar, essencial nesta especialidade, envolvendo cirurgiões, anesthesiologistas, enfermeiros e outros profissionais de saúde, garantindo segurança, eficácia e individualização do tratamento. A prática em bloco operatório, regida por princípios rigorosos de assepsia, controlo de infeção e segurança do doente — como o cumprimento da lista de verificação de segurança cirúrgica e a realização do “time-out” — constitui um pilar fundamental na prevenção de complicações e na qualidade dos cuidados prestados (6).

Embora a Medicina Dentária tenha como foco principal a cavidade oral, partilha com a Cirurgia Plástica e Reconstructiva princípios fundamentais, nomeadamente no domínio da cicatrização, manipulação de tecidos moles, controlo de infeção e planeamento cirúrgico. A exposição a um contexto cirúrgico mais abrangente permitiu compreender a aplicabilidade destes conceitos em diferentes regiões anatómicas, reforçando a importância de uma visão integrada e interdisciplinar na prática clínica.

Deste modo, o presente relatório tem como objetivo descrever e analisar as atividades desenvolvidas durante o estágio, bem como os principais procedimentos cirúrgicos observados — incluindo cirurgias de contorno corporal, cirurgia mamária, cirurgia pediátrica e procedimentos no âmbito da afirmação de género — integrando-os com a evidência científica atual e com os princípios fundamentais da Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

2. Enquadramento Institucional

O Hospital de Santo António foi fundado no final do século XVIII, no contexto da reorganização hospitalar promovida pela Santa Casa da misericórdia do Porto, tendo sido inaugurado em 1799. Projetado pelo arquiteto John Carr, este hospital constitui uma das mais emblemáticas unidades hospitalares da cidade do Porto, integrando atualmente o CHUP (7).

Trata-se de uma instituição de referência no Serviço Nacional de Saúde, destacando-se pela prestação de cuidados diferenciados, pela atividade formativa e pelo

seu relevante valor histórico, cultural e patrimonial, acumulado ao longo de mais de dois séculos de atividade assistencial.

2.1 Caracterização Específica do Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

O serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva CHUP, integrado no Hospital Geral de Santo António (HGSA), encontra-se localizado no quarto piso e faz parte do Departamento de Cirurgia. Fundado em 2013, este serviço tem como principal objetivo a aplicação dos conhecimentos, técnicas e princípios de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética, tanto na vertente clínica como assistencial e formativa (8).

A sua missão centra-se na correção de defeitos morfológicos e/ou funcionais, procurando restabelecer a forma e a função o mais próximo possível da normalidade. No contexto do Serviço Nacional de Saúde, a atividade desenvolvida incide maioritariamente na cirurgia reconstructiva, assumindo especial relevância no tratamento de patologias complexas e na reabilitação funcional dos doentes.

O serviço organiza-se em duas grandes áreas de atuação: Cirurgia Plástica e Reconstructiva do Adulto e Cirurgia Plástica e Reconstructiva Pediátrica, ambas com atividade ao nível de consultas externas, internamento e bloco operatório. As atividades clínico-cirúrgicas decorrem não só no HGSA, mas também no Centro Materno-Infantil do Norte (Figura1), permitindo uma abordagem diferenciada e adaptada às diferentes faixas etárias.

No que diz respeito à estrutura física, o serviço dispõe de uma área de espera, enfermaria partilhada com o Serviço de Cirurgia e vários gabinetes médicos equipados com sistemas informáticos para suporte da atividade clínica e administrativa. A enfermaria possui capacidade para dez camas, distribuídas por quatro quartos, organizados por sexo, com uma ocupação máxima de três doentes por quarto. Os cuidados de enfermagem são assegurados por profissionais distribuídos por quartos, não existindo uma equipa fixa exclusivamente afeta ao serviço.

A equipa médica é liderada pelo Diretor do Serviço, Dr. Abel Mesquita, Assistente Hospitalar Sénior de Cirurgia Plástica, Reconstructiva e Estética.

Relativamente à atividade operatória, esta decorreu em diferentes blocos operatórios, consoante o tipo de procedimento e a população alvo. No âmbito do estágio, os procedimentos foram realizados no bloco operatório do piso 4 do edifício neoclássico (Figura 2 e 3), na maternidade – destinada sobretudo a cirurgia pediátrica – e no bloco

central, nomeadamente na sala I, onde se realizam, entre outros, procedimentos no âmbito da cirurgia de afirmação de género.

O médico do serviço dispõe de autonomia na definição do plano de tratamento e na proposta cirúrgica. Contudo, em situações de maior complexidade ou com componente subjetiva relevante, os casos são discutidos em consulta coletiva com o Diretor de Serviço, permitindo uma decisão mais fundamentada e individualizada.

O serviço apresenta ainda diversas áreas de especialização, destacando-se a cirurgia plástica pediátrica (incluindo tratamento de malformações congénitas craniofaciais e de mão, microtia, otoplastias e cirurgia oculopalpebral), cirurgia mamária e reconstrução mamária, rinoplastia, cirurgia de contorno corporal e cirurgia de afirmação de género. Para além de vertente assistencial, o serviço assume também um papel importante na formação médica, sendo responsável pelo ensino pré-graduado de Cirurgia Plástica no Mestrado Integrado em Medicina do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto desde 2017 (8).



Figura 1 - Centro Materno-Infantil do Norte.



Figura 2 - Hospital de Santo António, Edifício Neoclássico.



Figura 3 - Bloco operatório do piso 4 do edifício neoclássico.

3. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas

O estágio iniciou-se no dia 2 de março, sob orientação do Dr. Manuel Vilela, responsável pelo acompanhamento do estágio, tendo o primeiro contacto ocorrido no gabinete médico localizado no 4º piso do Edifício Dr. Luís de Carvalho, pertencente ao Serviço de Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Estética.

O estágio decorreu entre 2 de março e 28 de maio de 2026, num total de 100h (Figura 4).

O horário cumprido foi o seguinte:

- Segunda-feira, das 8h30 às 12h30 – observação de cirurgias no bloco de afirmação de género, no bloco central, na sala I, realizada entre 2 de março e 23 de março de 2026.
- Quarta-feira, das 8h30 às 12h30 – entre 4 de março e 29 de abril de 2026, observação de cirurgias no bloco operatório do Centro Materno-Infantil do Norte. Após essa data, a atividade passou a consistir no acompanhamento de consultas/avaliações pós-operatórias em contexto de enfermaria.
- Quinta-feira, das 8h30 às 12h30 – observação de cirurgias no bloco operatório do Edifício Neoclássico no piso 4.

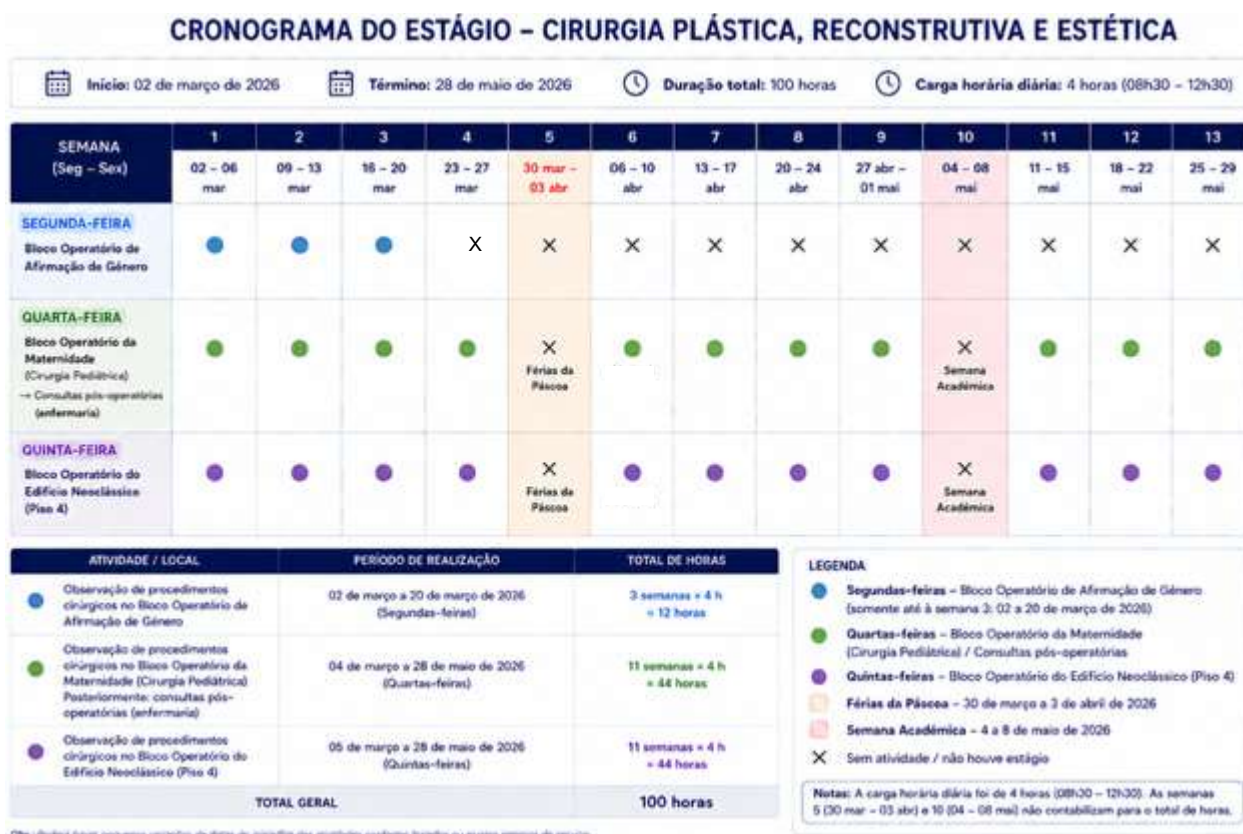


Figura 4 – Cronograma representativo da distribuição temporal das atividades desenvolvidas.

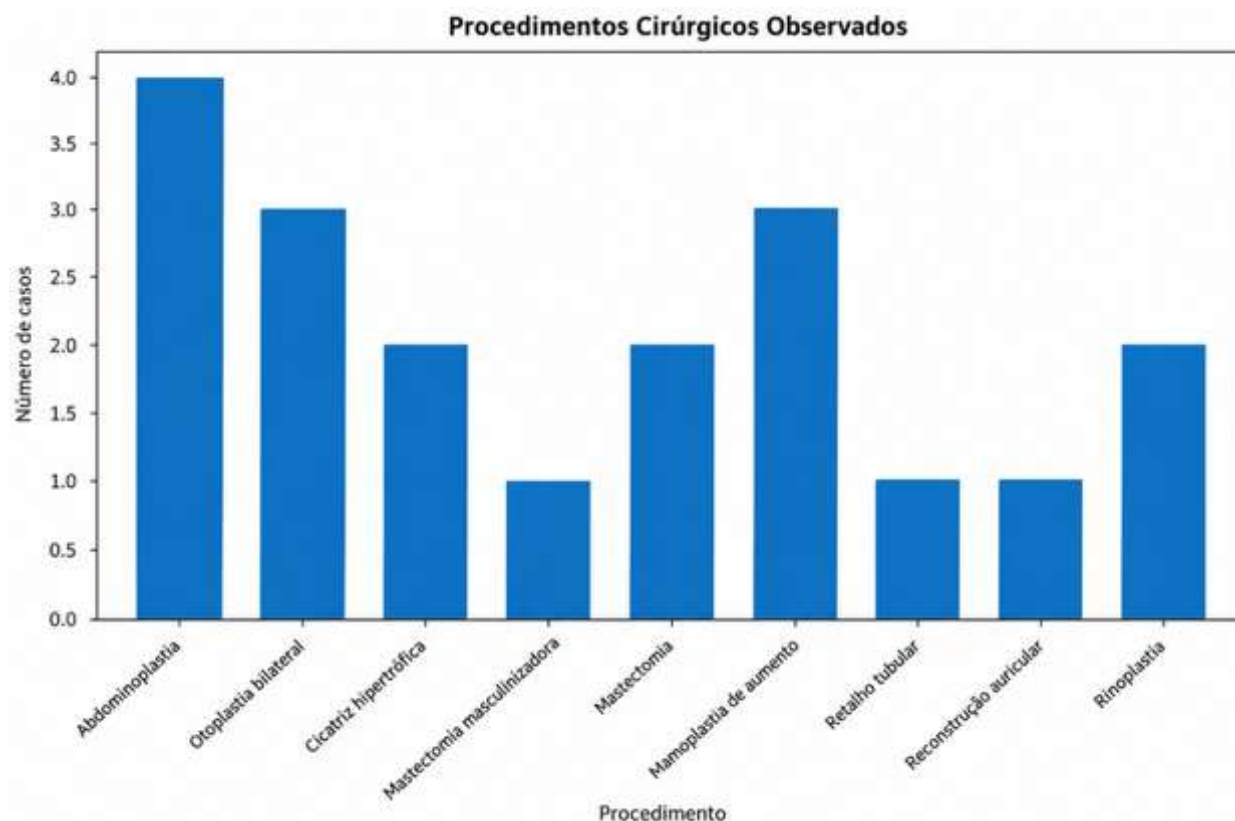


Figura 5 - Número de casos observados segundo o tipo de cirurgia.

O presente estágio teve como objetivo acompanhar a atividade em bloco operatório, como o intuito de aprofundar conhecimentos relativamente às técnicas cirúrgicas, bem como aos materiais e procedimentos envolvidos nas diferentes abordagens da Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

No meu caso, o acompanhamento foi realizado exclusivamente em contexto de bloco operatório, incluindo cirurgias em doentes pediátricos, adultos e no âmbito de cirurgia de afirmação de género, permitindo o contacto com diversas áreas de intervenção dentro da especialidade. Complementarmente, foi possível assistir pontualmente a avaliações pós-operatórias em contexto de enfermaria, permitindo um contacto limitado com a evolução clínica e recuperação dos doentes após a intervenção cirúrgica.

De forma a concretizar a atividade cirúrgica observada ao longo do período de estágio, procedeu-se à sistematização do número de casos acompanhados em bloco, organizados de acordo com o respetivo tipo de intervenção cirúrgica (Figura 5).

Esta análise tem como o objetivo permitir uma compreensão mais objetiva da distribuição da atividade cirúrgica observada, evidenciando a predominância relativa de

determinadas áreas de intervenção no contexto do serviço. A representação gráfica destes dados facilita a interpretação da diversidade de procedimentos acompanhados, bem como a identificação das principais áreas de atuação da Cirurgia Plástica no período em estudo.

De um modo geral este relatório tem como finalidade descrever as experiências adquiridas ao longo dos três meses de estágio.

3.1 Abdominoplastia

A abdominoplastia é um procedimento cirúrgico de contorno corporal amplamente realizado no âmbito da Cirurgia Plástica e Reconstructiva, com o objetivo de remover o excesso de pele e tecido adiposo da região abdominal e restaurar a integridade funcional da parede abdominal. Observa-se que o excesso de pele após uma perda ponderal significativa pode afetar até 96% destes indivíduos, com impacto negativo na saúde física no bem-estar psicossocial e na capacidade de realização das atividades da vida diária (9).

Durante o estágio no bloco operatório, foi possível observar a realização de abdominoplastias em doente com flacidez cutânea marcada. Esta condição, caracteriza-se pelo afastamento dos músculos retos ao longo da linha alba, podendo afetar a estabilidade da parede abdominal e levar à diminuição da força muscular e ao aparecimento de abaulamento na região abdominal. Nestas situações, a correção é realizada através da plicatura da bainha dos músculos retos, uma técnica que envolve a aplicação de suturas ao longo da linha média para reaproximar os músculos e restabelecer a continuidade da parede abdominal. Este procedimento permite não só reforçar a estrutura abdominal, mas também melhorar o contorno e a projeção do abdómen, favorecendo um resultado mais satisfatório do ponto de vista funcional e estético (10, 11).

A técnica mais frequentemente observada foi abdominoplastia clássica (Figura 6-9), que continua a ser a abordagem de eleição na maioria dos casos. Esta técnica envolve uma incisão horizontal suprapúbica, geralmente estendendo-se entre as espinhas ilíacas anterossuperiores, seguida de deslocamento do retalho cutâneo em plano pré-muscular até à região do processo xifoide. O umbigo é isolado através de incisão periumbilical e mantido na sua inserção original sendo posteriormente reposicionado (12).

A correção da diástase dos músculos retos abdominais é realizada através de plicatura da bainha anterior, permitindo restaurar a continuidade da parede abdominal e

melhorar tanto a função como o contorno estético. Após a tração inferior do retalho, procede-se à ressecção do excesso dermo adiposo, podendo o peso do retalho removido variar significativamente, frequentemente entre 500 g e mais de 1 kg, dependendo do grau de deformidade.

O encerramento da ferida cirúrgica é efetuado por planos, com o objetivo de reduzir a tensão tecidual e otimizar a cicatrização. Em cerca de 80–90% dos casos são colocados drenos aspirativos, que são removidos quando o débito é inferior a 20–30 ml por dia, de forma a reduzir o risco de formação de seroma (13).

Relativamente às complicações, a abdominoplastia apresenta uma taxa global que pode atingir 20–40%, sendo o seroma a complicação mais frequente, com incidência reportada até 30%. Outras complicações incluem hematoma (cerca de 10%), infeção da ferida (1–3%), deiscência (até 10–15% nos casos mais complexos) e necrose cutânea (1–5%). Complicações sistémicas, como trombose venosa profunda e embolia pulmonar, são mais raras (inferiores a 1%), mas potencialmente graves, justificando a implementação de medidas profiláticas adequadas (14).

No período pós-operatório, a utilização de cinta compressiva durante cerca de 3 a 4 semanas, associada a mobilização precoce e controlo rigoroso dos fatores de risco, é fundamental para otimizar os resultados e reduzir complicações.

De um modo geral, a abdominoplastia apresenta elevados índices de satisfação, com melhoria significativa do contorno corporal, da funcionalidade e da qualidade de vida. Para além do benefício estético, este procedimento assume um papel relevante na reabilitação física e psicossocial dos doentes, particularmente após perda ponderal maciça.

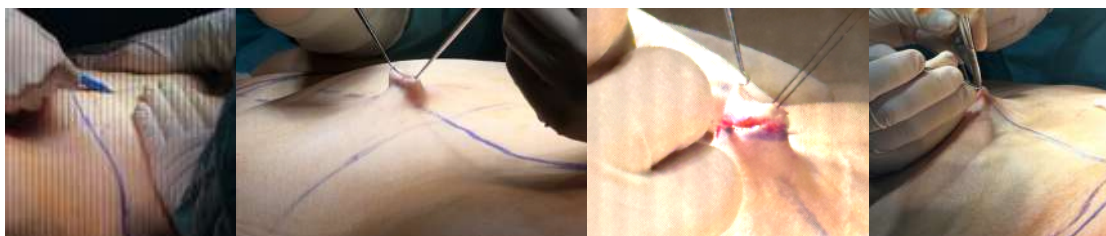


Figura 6 - Etapas iniciais da abdominoplastia tradicional.



Figura 7 - Etapas do descolamento do retalho abdominal.

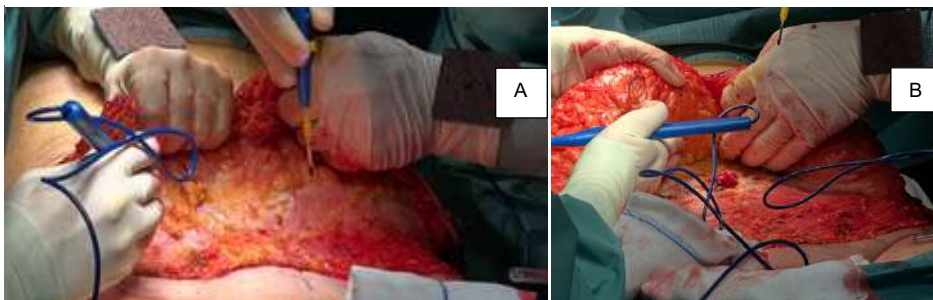


Figura 8 - Descolamento do retalho abdominal em direção superior.



Figura 9 - Quantificação do tecido excisado.

3.2 Otoplastia Bilateral

As deformidades auriculares congênitas constituem alterações relativamente frequentes no recém-nascido, estimando-se que cerca de 50% dos recém-nascidos apresentem algum grau de deformidade auricular, embora a maioria sofra correção espontânea durante o primeiro ano de vida. Contudo, uma proporção significativa destas alterações persiste, podendo ter um impacto relevante na autoestima, imagem corporal e integração social do indivíduo. Neste contexto a otoplastia surge como uma importante opção terapêutica, permitindo corrigir alterações morfológicas da orelha e melhorar a simetria auricular. Apesar de não interferirem habitualmente com a função auditiva, estas deformidades podem originar consequências psicossociais importantes, tornando a

correção cirúrgica um procedimento com benefícios que ultrapassam a componente exclusivamente estética (15).

A otoplastia é um procedimento cirúrgico frequentemente realizado no âmbito da Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, com o objetivo de corrigir deformidades do pavilhão auricular, sendo a orelha proeminente (hélice em valgo) a alteração mais comum em idade pediátrica. Esta condição resulta, na maioria dos casos, de um déficit de formação de prega do anti-helix e/ou hipertrofia da concha, conduzindo a uma maior projeção auricular.(16)

A idade ideal para a realização desta correção cirúrgica situa-se, geralmente, entre os 3 e os 4 anos de idade. Nesta fase, o pavilhão auricular já atingiu cerca de 85% do seu tamanho final, permitindo uma correção cirúrgica eficaz sem comprometer o crescimento futuro da orelha. Além disso, a intervenção precoce pode prevenir o desenvolvimento de problemas psicossociais associadas à deformidade, uma vez que a formação da autoestima e da memória a longo prazo começa nesta faixa etária. No entanto a decisão cirúrgica deve ser individualizada, tendo em consideração a gravidade da deformidade, a maturidade da criança e as expetativas da família. Durante o período do estágio, as três otoplastias observadas foram realizadas em crianças com 4 anos de idade, encontrando-se, portanto, dentro da faixa etária considerada ideal para a correção cirúrgica destas deformidades auriculares (15).

Durante o estágio no bloco operatório, foi possível observar a realização de otoplastia bilateral em doentes pediátricos com hélice em valgo, associada a déficit de definição do anti-hélix. O procedimento teve como principal objetivo a correção estética e reposicionamento do pavilhão auricular, promovendo uma configuração mais anatómica e harmoniosa.

A técnica cirúrgica utilizada baseou-se nos princípios descritos por Mustardé e Furnas, desenvolvidas em meados do século XX, que introduziram abordagens baseadas em suturas com o objetivo de preservar a integridade da cartilagem auricular. A técnica de Mustardé consiste na aplicação de suturas em colchoeiro conchoescaiais, permitindo a reconstrução da prega do anti-hélix sem necessidade de ressecção cartilagínea, sendo atualmente uma das técnicas mais utilizadas. Por sua vez, a técnica de Furnas complementa esta abordagem através da fixação da concha ao periósteo mastoideu, permitindo reduzir a projeção auricular, particularmente em casos com concha profunda (16).

Após a correção da deformidade, procedeu-se à hemóstase e encerramento por planos, finalizando com a aplicação de penso compressivo auricular. As complicações associadas a este procedimento incluem hemorragia, infeção, seroma, assimetrias, recidiva e alterações cicatriciais, sendo, no entanto, globalmente pouco frequentes quando a técnica é corretamente executada (17).

De um modo geral, a otoplastia apresenta elevados índices de sucesso e satisfação, permitindo não só a correção estética da deformidade, mas também um impacto positivo significativo na autoestima e integração social, particularmente em idade pediátrica.

3.3 Mamoplastia de aumento secundária com capsulectomia

A mamoplastia engloba um conjunto de procedimentos cirúrgicos destinados à modificação do volume, forma ou posição das mamas, podendo ser realizada por motivos estéticos, reconstrutivos ou funcionais. Entre as técnicas mais frequentemente realizadas encontram-se o aumento mamário com recurso a implantes, a mastopexia para correção da ptose mamária e a combinação de ambas as abordagens num único procedimento. O aumento mamário pode ser efetuado através da colocação de implantes em diferentes planos anatómicos, como o subglandular, subfascial ou submuscular, ou, em situações selecionadas, através de enxertos de tecido adiposo autólogo. Os implantes mamários podem diferir quando ao seu conteúdo, sendo os mais utilizados os implantes de silicone e os implantes preenchidos com solução salina. Adicionalmente, podem apresentar diferentes formatos, nomeadamente redondos ou anatómicos, bem como superfícies lisas ou texturizadas, permitindo adaptar a escolha às características anatómicas e aos objetivos de cada doente. A seleção da técnica cirúrgica e do tipo de implante deve resultar de uma avaliação individualizada, procurando alcançar um resultado harmonioso, seguro e adaptado às expectativas do doente (15).

A mamoplastia de aumento é um dos procedimentos mais realizados em Cirurgia Plástica, no entanto, em contexto de cirurgia mamária secundária, a abordagem torna-se mais complexa, especialmente na presença de complicações associadas a implantes prévios, como a contratura capsular, uma condição que resulta da formação excessiva de tecido cicatricial em torno do implante. Embora a formação de uma cápsula fibrosa constitua uma resposta fisiológica do organismo à presença de um corpo estranho, em alguns casos esta cápsula pode tornar-se espessa e retraída, provocando deformidade

da mama, endurecimento e dor (15). Esta condição é classificada segundo a escala de Baker, sendo que os graus mais elevados (III e IV) constituem indicação cirúrgica para intervenção. O tratamento depende da severidade do quadro clínico, podendo incluir vigilância ou intervenção cirúrgica, nomeadamente capsulectomia ou capsulotomia, sobretudo nos casos mais avançados ou associados a rotura do implante (18).

Durante o estágio em bloco operatório, foi possível observar um procedimento de mamoplastia secundária que incluiu explante de prótese mamária, capsulectomia e colocação de novos implantes (Figura 10). A indicação cirúrgica baseou-se na presença de contratura capsular associada a deformidade mamária e compromisso estético.

A abordagem cirúrgica iniciou-se com incisão periareolar, permitindo acesso direto à loja protésica e facilitando a dissecação em planos previamente intervencionados. (19) Após identificação da cápsula fibrosa, procedeu-se à sua abertura e remoção do implante mamário. Seguiu-se a realização de capsulectomia, com excisão do tecido fibroso envolvente, utilizando bisturi elétrico para dissecação e controlo hemostático, etapa fundamental para reduzir o risco de recorrência da contratura capsular. (20)

Após remoção completa da cápsula, foi realizada irrigação da loja protésica com solução estéril, com o objetivo de minimizar o risco de infeção e otimizar as condições para colocação do novo implante. Posteriormente, procedeu-se à colocação de um implante mamário de silicone coesivo, selecionado de acordo com as características anatómicas da doente e o resultado estético pretendido.

Foram ainda colocados drenos de sucção fechada, com o objetivo de prevenir a acumulação de fluidos no espaço cirúrgico, reduzindo o risco de seroma e hematoma. O encerramento foi realizado por planos anatómicos, utilizando fios absorvíveis, garantindo adequada aproximação dos tecidos e favorecendo uma cicatrização adequada.

As cirurgias mamárias secundárias apresentam maior grau de complexidade quando comparadas com procedimentos primários, devido à presença de fibrose, alterações anatómicas e planos cirúrgicos previamente manipulados. Entre as principais complicações associadas destacam-se hematoma, infeção, seroma, alterações de sensibilidade do complexo aréolo-papilar e recorrência da contratura capsular.

De um modo geral, este procedimento evidenciou a importância de uma abordagem técnica cuidadosa e individualizada, bem como o papel fundamental do planeamento pré-operatório e da execução rigorosa para obtenção de resultados funcionais e estéticos satisfatórios.

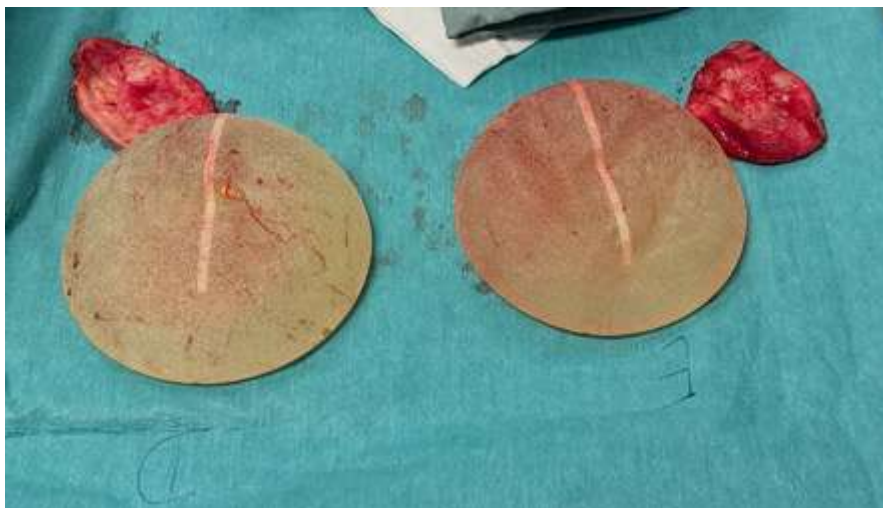


Figura 10 - Impantes mamários removidos e tecido capsular após a capsulectomia.

3.4. Ginecomastia

A ginecomastia é definida como o aumento benigno do tecido glandular mamário no sexo masculino, constituindo a patologia mamária mais frequente nos homens. Esta condição resulta, na maioria dos casos, de um desequilíbrio entre a ação dos androgénios e dos estrogénios conduzindo à proliferação do tecido glandular da mama. Embora possa ocorrer em qualquer idade, apresenta uma distribuição característica ao longo da vida, sendo mais frequente no período neonatal, durante a puberdade e em idades mais avançadas (15).

Durante a adolescência, a ginecomastia é considerada uma alteração relativamente comum, associada às modificações hormonais próprias do desenvolvimento pubertário. Nesta fase, verifica-se frequentemente um aumento transitório da proporção de estrogénio em relação à testosterona, o que favorece o crescimento do tecido mamário. Na maioria dos adolescentes, esta condição regride espontaneamente ao longo do tempo; contudo, em alguns casos, a hipertrofia mamária persiste, justificando uma avaliação clínica mais apropriada.

A etiologia da ginecomastia é multifatorial e pode estar associada a diversas condições clínicas. Para além das alterações hormonais fisiológicas, podem estar envolvidas doenças sistémicas, alterações endócrinas, tumores produtores de hormonas, consumo de substâncias ilícitas ou determinados medicamentos. Entre os fármacos mais frequentes associados ao desenvolvimento de ginecomastia encontram-se alguns antiandrogénios, esteroides anabolizantes, antipsicóticos e terapêuticas hormonais. Por este motivo, a avaliação do doente deve incluir uma história clínica

detalhada e um exame físico completo, permitindo identificar possíveis fatores desencadeantes.

Apesar de se tratar de uma condição benigna, a ginecomastia pode ter um impacto significativo na qualidade de vida dos doentes, particularmente durante a adolescência. A alteração da aparência do tórax pode significar sentimentos de vergonha, diminuição da autoestima, ansiedade e evitamento de atividades sociais, nomeadamente situações que impliquem exposição do corpo. Assim, para além da componente física, é importante considerar as repercussões psicológicas associadas a esta patologia.

Quando a ginecomastia persiste durante um período prolongado ou provoca desconforto físico e emocional significativo, o tratamento cirúrgico pode ser considerado. O principal objetivo da intervenção é restaurar um contorno torácico masculino harmonioso através da remoção do excesso de tecido glandular, adiposo e, quando necessário da pele excedente. O planeamento cirúrgico deve ser individualizado, tendo em consideração a quantidade de tecido presente, o grau de ptose e a posição do complexo aréolo-mamilar, de forma a alcançar um resultado funcional e estético satisfatório.

Durante o estágio observacional, foram acompanhados dois casos de ginecomastia. Ambos os doentes eram do sexo masculino e tinham 16 anos de idade, apresentado aumento bilateral do tecido glandular mamário. Os procedimentos observados consistiram numa mastectomia subcutânea, técnica frequentemente utilizada no tratamento de ginecomastia, que permite a remoção do excesso de tecido glandular mamário (Figura 11) preservando o complexo aréolo-mamilar.



Figura 11 - Tecido glandular e adiposo removido durante a correção cirúrgica da ginecomastia.

3.5. Rinoplastia

A rinoplastia é uma cirurgia realizada para melhorar a estética e/ou a função do nariz. Pode ser indicada em casos de deformidades congênitas, alterações traumáticas, dificuldades respiratórias ou insatisfação estética. Existem duas principais abordagens cirúrgicas: a rinoplastia fechada e a rinoplastia aberta. Na técnica fechada, todas as incisões são feitas no interior das narinas, não deixando cicatriz externa e permitindo uma recuperação geralmente mais rápida, com menor edema pós-operatório. Contudo, oferece menor visualização das estruturas anatómicas, tornando a cirurgia tecnicamente mais difícil. Já a rinoplastia aberta, que foi a abordagem observada durante o estágio, utiliza uma pequena incisão na columela associada a incisões internas, permitindo elevar a pele nasal e expor diretamente as cartilagens e estruturas ósseas do nariz. Esta técnica proporciona melhor visualização anatômica, maior precisão cirúrgica e facilita o ensino e a aprendizagem durante o procedimento, sendo especialmente útil em casos complexos ou de revisão cirúrgica (15).

Na rinoplastia aberta, inicia-se com a marcação e realização da incisão transcolumelar, seguida da elevação cuidadosa da pele e tecidos moles do nariz para exposição das cartilagens alares, septo nasal e dorso nasal. A disseção é feita num plano relativamente avascular, minimizando o sangramento e permitindo uma visualização adequada das estruturas. Após a exposição, podem ser realizadas diferentes correções, como redução da giba dorsal, osteotomias para alinhamento ósseo, correção do septo nasal, remodelação da ponta nasal e colocação de enxertos cartilaginosos para suporte

estrutural e melhoria funcional. No final do procedimento, os tecidos são reposicionados e a incisão encerrada cuidadosamente para minimizar cicatrizes e preservar a estética nasal.

O sucesso da rinoplastia depende não apenas da técnica cirúrgica, mas também de uma avaliação pré-operatória detalhada, do planeamento individualizado e do acompanhamento pós-operatório prolongado. A satisfação do doente, a melhoria funcional respiratória e os resultados estéticos devem ser avaliados ao longo do tempo, geralmente até um ano após a cirurgia. Fotografias padronizadas e escalas de avaliação funcional podem auxiliar na análise dos resultados e na melhoria contínua da prática cirúrgica.

3.6. Cicatriz Hipertrófica

As queimaduras profundas podem originar alterações cicatriciais permanentes, constituindo uma importante causa de limitação funcional e deformidade estética. Entre as sequelas mais frequentes encontra-se a formação de cicatrizes hipertróficas, caracterizadas por espessamento, rigidez e crescimento excessivo de tecido cicatricial dentro dos limites da lesão original. Estas alterações resultam de um processo de cicatrização anómalo, marcado pela produção excessiva de colagénio e pela persistência prolongada da atividade dos fibroblastos durante a fase de remodelação tecidual (15).

Quando localizadas em regiões articulares ou zonas de elevada mobilidade, as cicatrizes hipertróficas podem evoluir para contraturas cicatriciais, provocando restrição dos movimentos e comprometimento funcional significativo. Na mão, estas sequelas assumem particular relevância devido à sua interferência com as atividades diárias e com a função de preensão. A contratura do primeiro espaço interdigital, situada entre o polegar e o indicador, pode limitar a abertura da comissura e reduzir a capacidade funcional da mão.

O tratamento destas deformidades deve ser individualizado e pode incluir abordagens conservadoras, como terapêutica compressiva, infiltrações interlesionais e laserterapia. Contudo, quando existe limitação funcional significativa, a correção cirúrgica torna-se frequentemente necessária. O principal objetivo da cirurgia consiste na libertação da contratura, restabelecendo a mobilidade e melhorando a função da região afetada.

Durante o estágio foi observado um caso de cicatriz hipertrófica secundária a queimadura da mão, associada a contratura do primeiro espaço interdigital (Figura 12).

A técnica cirúrgica utilizada foi a Z-plastia, um procedimento de rearranjo local de tecidos amplamente utilizado na correção de contraturas cicatriciais lineares. Esta técnica baseia-se na transposição de retalhos triangulares, permitindo aumentar o comprimento da cicatriz, alterar a direção das orças de tensão e ampliar o espaço interdigital. Para além da melhoria funcional, a Z-plastia contribui também para uma integração estética mais favorável da cicatriz, representando uma solução eficaz em casos selecionados de contraturas pós-queimaduras.



Figura 12 – Tratamento cirúrgico de contratura cicatricial pós-queimadura da mão.

3.7. Cirurgia de afirmação de género

A cirurgia de afirmação de género integra um conjunto de procedimentos cirúrgicos destinados a harmonizar as características físicas de um indivíduo com a sua identidade de género. Estas intervenções fazem parte de um processo terapêutico mais amplo, que pode incluir acompanhamento psicológico, avaliação multidisciplinar e terapêutica hormonal. O principal objetivo destas cirurgias consiste em reduzir a incongruência entre o sexo atribuído à nascença e a identidade de género vivenciada pela pessoa, contribuindo para a melhoria do bem-estar psicológico, da qualidade de vida e da integração social (15).

Atualmente, a abordagem dos indivíduos com disforia de género baseia-se num modelo multidisciplinar, envolvendo profissionais de diferentes áreas de saúde, nomeadamente psicologia, psiquiatria, endocrinologia, cirurgia plástica, ginecologia, urologia e outras especialidades. A avaliação cuidadosa de cada caso permite definir um plano terapêutico individualizado, respeitando as necessidades, expectativas e objetivos de cada pessoa.

As intervenções cirúrgicas podem variar consoante o género afirmado. Nos indivíduos transmasculinos, os procedimentos mais frequentemente realizados incluem a mastectomia masculinizadora, histerectomia e diferentes técnicas de reconstrução genital, como a faloplastia ou a metoidioplastia. Por sua vez, nos indivíduos transfemininos, podem ser realizadas cirurgias como aumento mamário, feminização facial, redução da proeminência laríngea e vaginoplastia. A seleção dos procedimentos depende das características anatómicas do doente e dos objetivos definidos ao longo do processo de transição.

Durante o estágio observacional foi possível acompanhar diferentes procedimentos integrados no âmbito da cirurgia de afirmação de género. Foi observada uma mastectomia masculinizadora, destinada à remoção do tecido mamário e remodelação do tórax de forma a obter um contorno mais compatível com a anatomia masculina. Adicionalmente, acompanharam-se duas mamoplastias de aumento em doentes transfemininos, realizadas com objetivo de promover o desenvolvimento do volume mamário e uma aparência corporal mais congruente com a identidade de género da pessoa. Foi ainda observado um procedimento de reconstrução através de um retalho tubular, utilizado no contexto de reconstrução genital. A observação destas intervenções permitiu um contacto abrangente com diferentes técnicas cirúrgicas utilizadas na afirmação de género, evidenciando a complexidade destes procedimentos, a necessidade de um planeamento individualizado e a importância da abordagem multidisciplinar na melhoria da qualidade de vida e do bem-estar dos doentes.

3.8. Princípios gerais do ato cirúrgico

Ao longo do estágio, foi possível observar de forma sistemática as diferentes etapas do ato cirúrgico, desde a preparação pré-operatória até ao encerramento da intervenção, permitindo compreender os princípios fundamentais que garantem a segurança e eficácia dos procedimentos.

A maioria das cirurgias observadas foi realizada sob anestesia geral intravenosa, assegurando analgesia, amnésia e relaxamento muscular adequados ao procedimento. Antes do início da cirurgia, é habitualmente administrada profilaxia antibiótica, sendo a cefazolina a opção de primeira linha, administrada por via intravenosa cerca de 30 a 60 minutos antes da incisão cirúrgica. Em doentes com alergia à penicilina, são frequentemente utilizadas alternativas como clindamicina ou vancomicina.

Um dos momentos fundamentais na segurança cirúrgica é a realização do time-out, conforme recomendado pela World Health Organization (WHO), que consiste numa pausa obrigatória antes do início da cirurgia para confirmação da identidade do doente, procedimento a realizar, local cirúrgico, alergias, equipa presente e condições clínicas relevantes. (21)

Após a indução anestésica, procede-se à antissepsia do campo operatório, geralmente com soluções como clorexidina alcoólica ou iodopovidona, com o objetivo de reduzir a carga microbiana cutânea. De seguida, são colocados campos cirúrgicos estéreis, delimitando o campo operatório e garantindo a manutenção da assepsia durante todo o procedimento.

Durante a cirurgia, observou-se rigor no cumprimento das normas de assepsia (Figura13), nomeadamente através da troca frequente de luvas sempre que ocorre contaminação potencial, mudança de etapa cirúrgica ou transição entre áreas anatómicas distintas, reduzindo o risco de infeção cruzada.

Relativamente à técnica cirúrgica, embora variável consoante o procedimento, seguem-se princípios comuns: realização da incisão, disseção por planos anatómicos, controlo rigoroso da hemóstase, execução do gesto cirúrgico específico e encerramento por planos. As incisões são habitualmente realizadas com lâminas de bisturi, nomeadamente lâminas nº 10 ou 15, consoante a precisão necessária.

O encerramento das feridas cirúrgicas é efetuado com diferentes tipos de fios de sutura, frequentemente fios absorvíveis sintéticos, como a poliglactina, utilizados nos planos profundos e subcutâneos, podendo ser complementados com suturas intradérmicas para otimização do resultado estético.

Em muitos procedimentos, é realizada a colocação de drenos cirúrgicos, geralmente de sucção fechada, com o objetivo de prevenir a acumulação de fluidos (sangue ou seroma), reduzindo o risco de complicações pós-operatórias e promovendo uma cicatrização adequada.

Nos casos de doentes pediátricos, assume particular importância o consentimento informado, que deve ser obtido junto dos representantes legais, após explicação detalhada do procedimento, riscos, benefícios e alternativas terapêuticas, respeitando os princípios éticos e legais da prática médica.

A atividade em bloco operatório envolve uma equipa multidisciplinar, essencial para o sucesso do procedimento, composta por cirurgião principal, cirurgiões assistentes, anestesiológista e equipa de enfermagem (instrumentista e circulante). Cada elemento

desempenha funções específicas: o cirurgião executa o procedimento, os assistentes colaboram tecnicamente, o anestesiológista monitoriza o doente e assegura a estabilidade hemodinâmica, e a equipa de enfermagem garante a preparação do material, manutenção da assepsia e apoio logístico.

De um modo geral, a observação destas etapas permitiu compreender a importância da organização, comunicação e rigor técnico no ambiente cirúrgico, fatores fundamentais para a segurança do doente e para a obtenção de resultados clínicos favoráveis.



Figura 13 - Mesa de instrumentação cirúrgica em campo estéril.

4. Considerações Pessoais

A realização do estágio no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Santo António constituiu uma experiência de elevado valor formativo e pessoal, permitindo o contacto direto com a dinâmica de um serviço cirúrgico hospitalar altamente diferenciado. A experiência observacional centrou-se essencialmente no bloco operatório, sendo complementada pela observação de doentes no período pós-operatório imediato, o que proporcionou uma visão mais global do percurso cirúrgico.

Durante o estágio, não foi possível acompanhar consultas de primeira observação ou a fase inicial de decisão clínica; no entanto, o acesso às fichas clínicas e à informação pré-operatória permitiu compreender o diagnóstico, a indicação cirúrgica e o objetivo terapêutico de cada intervenção. Esta componente revelou-se fundamental para a contextualização dos procedimentos observados, permitindo interpretar de forma mais estruturada o racional subjacente a cada cirurgia.

A observação em bloco operatório permitiu compreender a organização, sequência e rigor exigidos no ato cirúrgico, bem como a importância da preparação da equipa e do ambiente cirúrgico. Foi possível perceber que cada intervenção resulta de um planeamento cuidadoso, baseado em critérios clínicos, anatómicos e funcionais, exigindo uma articulação eficiente entre cirurgiões, anestesiólogos e equipa de enfermagem. Esta experiência reforçou a importância da comunicação em equipa e da precisão técnica como elementos essenciais para a segurança e sucesso do procedimento.

De forma complementar, a observação de doentes no período pós-operatório imediato permitiu compreender que o ato cirúrgico não se encerra no bloco operatório, prolongando-se para uma fase igualmente crítica de vigilância clínica. Nesta etapa, destacou-se a monitorização de sinais vitais, o controlo da dor, a avaliação da ferida cirúrgica e a deteção precoce de possíveis complicações, evidenciando o papel fundamental da continuidade de cuidados e da atuação multidisciplinar na recuperação do doente.

No contexto da Medicina Dentária, esta experiência revelou-se particularmente relevante, uma vez que permitiu estabelecer paralelos diretos com a prática clínica futura, sobretudo nas áreas de cirurgia oral e procedimentos invasivos. Tal como em Cirurgia Plástica, também na Medicina Dentária o sucesso terapêutico depende não só da execução técnica do procedimento, mas igualmente de uma correta avaliação prévia e de um acompanhamento pós-operatório adequado, onde o controlo da dor, da infeção e da cicatrização assume particular importância.

De forma global, esta experiência contribuiu de maneira significativa para o desenvolvimento de competências de observação clínica, raciocínio crítico e compreensão da dinâmica hospitalar. Permitiu ainda reforçar a noção de responsabilidade do futuro profissional de saúde, não apenas na execução técnica de procedimentos, mas também na capacidade de interpretar informação clínica e integrar o doente num plano terapêutico global. Assim, considera-se que o estágio foi

extremamente enriquecedor, constituindo uma mais-valia para a formação académica e para a futura prática em Medicina Dentária.

6. Conclusão

O estágio em ambiente Hospitalar propiciou-me experiências de observação e integração em contexto clínico real que complementam a formação adquirida na FMDUP, permitindo um contacto mais direto com a dinâmica hospitalar e com a complexidade da atividade cirúrgica. Em simultâneo, a experiência em bloco operatório permitiu observação de procedimentos cirúrgicos com diferentes níveis de complexidade, desde intervenções reconstrutivas mais localizadas e menos extensas, até cirurgias de maior exigência técnica e duração, frequentemente associadas a reconstruções complexas e necessidade de planeamento detalhado. Esta diversidade de procedimentos evidenciou a variabilidade de abordagem cirurgias em Cirurgia plástica, condicionada pela extensão da patologia, pelos objetivos funcionais e estéticos e pelas características individuais de cada doente.

Foram três meses de observação de cirurgias em bloco operatório na especialidade de Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Estética. Foi particularmente enriquecedor observar a dinâmica do bloco operatório e a evolução dos doentes no período pós-operatório, permitindo compreender a complexidade do processo cirúrgico e a importância da continuidade dos cuidados prestados.

O objetivo deste estágio no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital de Santo António consistiu em aprofundar a compreensão da prática cirúrgica em contexto hospitalar, através da observação em bloco operatório e do acompanhamento do período pós-operatório imediato, permitindo complementar a formação teórica adquirida ao longo do curso de Medicina Dentária com uma perspetiva prática da atividade clínica. Considera-se que os objetivos propostos foram atingidos, tendo esta experiência contribuído para uma melhor compreensão da dinâmica do ato cirúrgico e do percurso do doente no contexto hospitalar, bem como para o reforço da confiança na interpretação de processos clínicos e na integração de conhecimentos na futura prática profissional.

Referências Bibliográficas

1. Tonnesen MG, Feng X, Clark RA. Angiogenesis in wound healing. *J Invest Dermatol Symp Proc*. 2000;5(1):40–6.
2. Mony MP, Harmon KA, Hess R, Dorafshar AH, Shafikhani SH. An Updated Review of Hypertrophic Scarring. *Cells*. 2023;12(5).
3. Wolfram D, Tzankov A, Pülzl P, Piza-Katzer H. Hypertrophic scars and keloids--a review of their pathophysiology, risk factors, and therapeutic management. *Dermatol Surg*. 2009;35(2):171–81.
4. Zito PM, Jawad BA, Hohman MH, Mazzoni T. *Z-Plasty*. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2026, StatPearls Publishing LLC.; 2026.
5. Pontes L, Azevedo JS, Secco IL, Pereira HP, Vieira SCM, Afonso RQ. Negative pressure therapy in pediatric patient with surgical site infection: experience report. *Rev Esc Enferm USP*. 2024;58:e20240077.
6. Zagarese VJ, Hernandez I, Hauenstein NMA, Foti RJ, Parker SH. The surgical time-out: the relationship between perceptions of a safety-task anchor and surgical team workflow. *BMC Surg*. 2025;25(1):55.
7. “Hospital Santo António - Cultura - Santa Casa Da Misericórdia Do Porto.” Scmp.pt2026 [Available from: www.scmp.pt/pt-pt/cultura/hospital-santo-antonio].
8. ULSSA - Unidade Local de Saúde de Santo António. Ulssa.pt2017 [Available from: <https://www.ulssa.pt/v0C0J0C0E/servico-de-cirurgia-plastica-e-reconstrutiva>].
9. Sadeghi P, Duarte-Bateman D, Ma W, Khalaf R, Fodor R, Pieretti G, et al. Post-Bariatric Plastic Surgery: Abdominoplasty, the State of the Art in Body Contouring. *J Clin Med*. 2022;11(15).
10. Bishop SN. Abdominoplasty and rectus diastasis repair-a plastic surgeon's perspective. *Hernia*. 2025;30(1):8.
11. Du Y, Huang M, Wang S, Yang L, Lin Y, Yu W, et al. Diastasis recti abdominis: A comprehensive review. *Hernia*. 2025;29(1):222.
12. Sohn A, Pineres S. *Abdominoplasty Surgical Techniques*. 2025.
13. Jacobs JMS, Schechner S, Jacobs JS. Abdominoplasty Following Massive Weight Loss. *Semin Plast Surg*. 2006;20(1):15–23.
14. Cannistrà C, Lori E, Arapis K, Gallo G, Varanese M, Pironi D, et al. Abdominoplasty after massive weight loss. Safety preservation fascia technique and clinical outcomes in a large single series-comparative study. *Front Surg*. 2024;11:1337948.
15. Chung KC. *Grabb and Smith's Plastic Surgery: EBook with Multimedia.*: Lippincott Williams & Wilkins; 2024.
16. Kaleeny JD, Janis JE. Otoplasty Surgical Techniques and Clinical Outcomes: A Practical Review. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2026;14(1):e7404.
17. Boroditsky ML, Van Slyke AC, Arneja JS. Outcomes and Complications of the Mustardé Otoplasty: A "Good-Fast-Cheap" Technique for the Prominent Ear Deformity. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2020;8(9):e3103.
18. Headon H, Kasem A, Mokbel K. Capsular Contracture after Breast Augmentation: An Update for Clinical Practice. *Arch Plast Surg*. 2015;42(5):532–43.
19. Klinger M, Vinci V, Giannasi S, Bandi V, Veronesi A, Maione L, et al. The Periareolar Approach: All Seasons Technique for Multiple Breast Conditions. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2021;9(7):e3693.

20. Roos BD, Roos MV, Lima EMU, Betto MD, Gonzales JVG, Méa HED. [Comparison of Capsular Closure and Capsulectomy in Primary Total Hip Arthroplasty Using the Direct Anterior Approach]. Rev Bras Ortop (Sao Paulo). 2026;61(1):s00461818620.
21. van Zyl M, van Wyk NC, Leech R. The use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in operating theatres. Health SA. 2023;28:2246.