



FACULDADE DE
MEDICINA DENTÁRIA
UNIVERSIDADE DO PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

FACULDADE DE MEDICINA DENTÁRIA DA UNIVERSIDADE DO PORTO

ATIVIDADE ASSISTENCIAL, CONSULTA EXTERNA, BLOCO OPERATÓRIO E REUNIÃO MULTIDISCIPLINAR – RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Raquel Raposo Amaral

ORIENTADORA:

Professora Doutora Luzia da Conceição Martins Mendes Gonçalves

PORTO, 2023

Resumo

Este relatório foi elaborado no âmbito da unidade curricular *Monografia/Relatório de Estágio*, que está inserida no plano de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto. O estágio decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E., mais concretamente no Bloco Operatório (BO) e na Clínica da Cabeça e Pescoço.

O estágio decorreu ao longo de cinco meses, de 6 de fevereiro a 9 de junho, de 2023, num total de 128 horas, divididas entre a observação de cirurgias no Bloco Operatório Central e a observação de consultas pré ou pós-operatórias na Clínica da Cabeça e Pescoço.

Neste relatório, vão ser relatados casos observados nas duas vertentes do estágio, assim como, vai ser dada uma introdução acerca da instituição e dos seus valores. Será também abordado o funcionamento destes dois serviços que tive a oportunidade de conhecer. Portanto, o objetivo deste relatório é, então, dar a conhecer o vivenciado durante estes cinco meses no Bloco Operatório Central e na Clínica da Cabeça e Pescoço.

Estes cinco meses de estágio proporcionaram vários momentos enriquecedores, possibilitando o contacto com novas experiências e a aquisição de novos conhecimentos e competências.

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declaro que a aluna Raquel Raposo Amaral realizou um estágio ao longo de cinco meses no Serviço de Oncologia Cirúrgica do Instituto Português de Oncologia do Porto, estágio este inserido no Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto, tendo sido nomeado seu orientador.

A Raquel demonstrou desde o início do seu estágio, elevado interesse e motivação na sua aprendizagem, tendo adquirido ao longo do tempo conhecimentos teóricos e práticos que vão certamente enriquecer o desempenho da sua profissão como médica dentista.

Como seu orientador, reconheço também a sua boa relação com os doentes e com os seus pares, pelo que tenho a certeza que terá um futuro profissional exemplar.

Com os melhores cumprimentos,

Porto, 23 de junho de 2023

Dr. José Carlos Pereira

Agradecimentos

Este relatório é o culminar de cinco anos de muita adaptação, esforços, altos e baixos. Foram cinco anos de muita saudade, mas também de novas aventuras e novas amizades. É o culminar de uma etapa, que só foi possível devido à ajuda, solidariedade e carinho dos que fizeram parte deste meu percurso. Assim, não tenho, nada mais, nada menos, que agradecer àqueles que estiveram sempre lá para mim.

Aos meus pais, Susana e José Manuel, por tudo o que sacrificaram para que eu pudesse alcançar os meus sonhos, por toda a dedicação e pela excelente educação que me proporcionaram. Sou-vos eternamente grata.

À minha avó, Maria Julieta, por todo o carinho e amor que me transmite e pelo orgulho que tem por mim.

Aos meus restantes avós, que embora já não cá presentes, tenho a certeza que olham por mim e celebram todas as minhas conquistas.

Aos meus familiares, que ficam sempre contentes de me ver voltar e tristes quando tenho de ir embora e que estão sempre a torcer por mim.

À minha binómia, Ana Cláudia, mais conhecida por AC, obrigada por toda a paciência e por toda a ajuda, obrigada pelos momentos passados, da Box 21 à Box 11, que a nossa amizade seja tão forte quanto o nosso amor pela *Taylor Swift*.

Às *Migas*, obrigada por todos os momentos bem passados e por todas as memórias. Sem vocês, estes cinco anos não teriam sido a mesma coisa.

Agradecer ao médico responsável pelo estágio, Dr. José Carlos Pereira, assim como, à Professora Doutora Luzia Mendes, minha orientadora da tese, pela disponibilidade e acompanhamento, que resultaram na concretização desta meta.

Por fim, agradecer a todos os que me viram crescer neste últimos cinco anos e estiveram sempre lá para me apoiar.

O meu muito Obrigada, do fundo do coração!

Abreviaturas

IPO Porto – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

CHKS – *Caspe Healthcare Knowledge Systems*

BOC – Bloco Operatório Central

UCA I – Unidade de Cuidados Ambulatórios I

UCA II – Unidade de Cuidados Ambulatórios II

QT – Quimioterapia

RT – Radioterapia

CAEC – Carcinoma Espinocelular

ECSOH – Esvaziamento Cervical Supraomohioideu

HPV – Vírus do Papiloma Humano

TC – Tomografia Computorizada

PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea

HTA – Hipertensão Arterial

RMN – Ressonância Magnética

CCP – Clínica da Cabeça e Pescoço

Índice

Resumo.....	I
Agradecimentos	V
Abreviaturas	VII
Índice.....	IX
Índice de Figuras.....	X
Índice de Tabelas	X
1. Introdução.....	1
2. Caracterização Geral do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.	3
3. Enquadramento Teórico	9
4. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas.....	13
4.1. Bloco Operatório Central.....	14
4.1.1. Atividade Assistencial	14
4.1.2. Casos Clínicos.....	14
4.2. Clínica da Cabeça e do Pescoço	19
4.2.1. Atividade Assistencial	19
4.2.2. Casos Clínicos.....	20
5. Considerações Pessoais	25
6. Conclusão.....	27
7. Bibliografia	29
Anexos	31

Índice de Figuras

Figura 1 - Acreditação CHKS	3
Figura 2 - Níveis dos gânglios cervicais (8: p.239).....	10
Figura 3 - Peça excisada.....	16
Figura 4 - Visor flap (Imagem cedida por um médico interno do serviço)	16
Figura 5 - Glândula submandibular excisada	18

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Clínicas de Patologia.....	4
Tabela 2 - Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular.....	13

1. Introdução

No âmbito da unidade curricular *Monografia/Relatório de Estágio* presente no ciclo de estudos do Mestrado Integrado em Medicina Dentária da Universidade do Porto, no ano letivo de 2022/2023, foi celebrado um acordo com o Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E. (IPO Porto), no qual se estabeleceu um protocolo de estágio curricular, com duração de cinco meses, sob tutela do Dr. José Carlos Pereira.

O IPO Porto é um hospital especializado em oncologia e tratamento do cancro, é considerado um dos melhores hospitais de oncologia do país, oferecendo tratamentos avançados, o que inclui cirurgias, radioterapia (RT) e quimioterapia (QT), assim como, acompanhamento e suporte ao paciente e à sua família, tendo iniciado funções em 1974, após mais de dois anos de preparações. (1)

A Cirurgia da Cabeça e Pescoço engloba, então, um conjunto de procedimentos cirúrgicos que têm como objetivo o tratamento de doenças e condições que afetam a cavidade oral, cavidade nasal, faringe, laringe, glândulas salivares e estruturas ganglionares cervicais. No IPO do Porto, o Serviço de Oncologia Cirúrgica assegura o tratamento das patologias da cavidade oral, glândulas salivares e pescoço.

A deteção precoce de patologias da cabeça e do pescoço é, então, muito importante. Os médicos dentistas estão muitas vezes melhor preparados para detetar lesões presentes na cavidade oral, o que não acontece nas outras regiões da cabeça e do pescoço. (2)

Esses tipos de patologias vêm acompanhadas de sinais e sintomas, os quais devemos ter em atenção. Entre eles, temos, então, a tumefação do pescoço, alterações da voz, dificuldades ou dor ao engolir, aparecimento de sangue na saliva ou na boca, alterações na pele da face ou pescoço, aparecimento de manchas brancas ou vermelhas na boca, assim como, feridas que não cicatrizem, tumefações ou feridas dos maxilares que cause má adaptação ou desconforto de próteses dentárias, aumento do volume das glândulas salivares, entre outros. (3) Na maior parte dos casos, estes sintomas não significam a existência de um tumor, porém, é indispensável um exame minucioso, para excluir essa hipótese, daí a grande importância de um bom exame médico dentário da cavidade oral associado a um bom *follow-up* médico cirúrgico.

A maioria das neoplasias da cabeça e do pescoço são carcinomas espinocelulares (CAEC), sendo que, os dois principais fatores de risco para o desenvolvimento destes tumores são o tabaco e o álcool, porém, existem casos em que estes dois fatores não estão presentes e mesmo assim há desenvolvimento da doença, pois existe um terceiro fator que pode levar ao aparecimento da patologia, este é o Vírus do Papiloma Humano (HPV). (4) Estes são os 3 principais fatores de risco mas nem sempre estão presentes.

Os tratamentos das patologias da cabeça e pescoço trazem consigo consequências às quais devemos ter em atenção. Uma das opções terapêuticas envolve a radioterapia (RT), coadjuvada por vezes com a quimioterapia (QT) e com a excisão cirúrgica da neoplasia. A RT proporciona várias alterações, transitórias e permanentes, ao paciente. Em termos de alterações transitórias, enquadram-se a mucosite, o aumento da viscosidade das secreções salivares, infeções das mucosas, dor e alterações sensitivas, já no que toca a alterações permanentes, as mais comuns são a fibrose dos tecidos, a perda ou alteração de função das glândulas salivares, o aumento da suscetibilidade a infeções das mucosas, dor neuropática, alterações sensitivas e o aumento de suscetibilidade para a doença periodontal e cáries. (5)

Assim, este relatório tem como objetivo relatar os procedimentos observados no decorrer do estágio, que promove a aprendizagem de como é importante um diagnóstico precoce, dando também a oportunidade de ficar a conhecer como se procedem as interações num ambiente hospitalar dedicado à oncologia.

2. Caracterização Geral do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, E.P.E.

O IPO Porto começou a ser construído em 1968, iniciando funções a 17 de abril de 1974, sendo apenas em 1993 inaugurado o Edifício Central, onde decorreu este estágio. Ao longo dos anos, tem vindo a adquirir novas acreditações, sendo a mais recente em abril de 2020, em que recebeu a reacreditação e certificação *Caspe Healthcare Knowledge Systems (CHKS)*, que se trata de uma entidade acreditadora independente, que se rege pelos padrões de qualidade, baseados nas melhores práticas internacionais. (6)



Figura 1- Acreditação CHKS

A missão do IPO Porto é a prestação de cuidados de saúde centrados no paciente, com ênfase na oncologia, de forma oportuna e eficiente. Para além disso, a instituição valoriza também a prevenção, a pesquisa, a formação e o ensino desta área, procurando sempre garantir os altos padrões de qualidade, humanismo e eficiência em todas as suas atividades. (7)

Esta instituição possui 352 camas de internamento, o que inclui um Serviço de Cuidados Intensivos e uma Unidade de Cuidados Intermédios e está organizado da seguinte forma:

- 6 Departamentos

- Departamento de Cirurgia
- Departamento de Medicina
- Departamento de Ciência da Imagem e Radioncologia
- Departamento de Medicina Oncológica
- Departamento de Anestesiologia e Medicina Intensiva
- Departamento de Patologia e Medicina Laboratorial
- 38 Serviços Assistenciais (distribuídos pelos 6 departamentos)
- 4 Unidades Funcionais
 - Bloco Operatório Central e de Ambulatório
 - Hospital de Dia
 - Serviço de Atendimento Não Programado
 - Unidade de Cuidados Intermédios

Para além disto, o atendimento em ambulatório foi reorganizado em Clínicas de Patologia, ou seja, em unidades funcionais específicas para cada tipo de patologia diferente. No total, foram criadas 11 Clínicas.

Tabela 1 - Clínicas de Patologia

Clínicas de Patologia				
Cabeça e Pescoço		Sistema Nervoso		Mama
Onco-Hematologia	Patologia Digestiva	Pediatría		Pele, Tecidos Moles e Osso
Pulmão	Ginecologia	Tumores Endócrinos		Urologia

Este estágio foi, então, realizado em duas destas unidades, no Bloco Operatório Central (BOC) e na Clínica da Cabeça e Pescoço.

Bloco Operatório Central

O BOC é um dos três locais no IPO Porto onde se realizam procedimentos cirúrgicos, sendo os outros dois a Unidade de Cuidados Ambulatórios I (UCA I) e a Unidade de Cuidados Ambulatórios II (UCA II), encontra-se localizado no quarto piso do Edifício Central do IPO Porto e é constituído por uma receção, uma sala de espera, dois vestiários com casas de banho, oito salas operatórias, uma sala de recobro, um laboratório de Anatomia Patológica, um armazém de consumíveis, uma sala de equipamentos, uma sala de repouso/refeições e uma sala de tratamento de sujos.

Recursos Humanos

Em cada sala operatória, estavam presentes:

- Cirurgião Principal
- Cirurgião Ajudante
- Médico Anestesista
- Enfermeira Instrumentista
- Enfermeira Circulante
- Enfermeira Anestesista

O corpo clínico da oncologia cirúrgica é constituído por:

- Dr. José Carlos Pereira (Responsável do Estágio)
- Dr. Jorge Guimarães
- Dr. Augusto Moreira
- Dra. Cristina Sanches
- Dra. Dora Cunha
- Dra. Cláudia Araújo
- Dra. Rosa Capelo
- Dra. Margarida Lima

- Internos de especialidade

Clínica da Cabeça e Pescoço

A Clínica da Cabeça e Pescoço fica localizada no terceiro piso do Edifício Central do IPO Porto, sendo constituída por 5 gabinetes, uma sala de enfermagem com capacidade para atender três paciente em simultâneo, para a realização de pensos, colheita de biopsias e para qualquer ato necessário para efetuar qualquer tipo de diagnóstico ou procedimento, uma sala para as consultas de grupo e uma sala para o pessoal administrativo.

O estágio foi realizado sempre no gabinete 11, o qual possui uma marquesa, uma secretária com cadeiras, um armário com os documentos essenciais às consultas e material de proteção descartável, um computador e um lavatório onde é possível higienizar as mãos após os exames objetivos realizados aos pacientes.

Recursos Humanos

O corpo clínico da Clínica da Cabeça e Pescoço é constituído por:

- Dr. José Carlos Pereira (Responsável do Estágio)
- Dr. Jorge Guimarães (Coordenador da Clínica)
- Dr. Augusto Moreira
- Dra. Cristina Sanches
- Dra. Dora Cunha
- Dra. Cláudia Araújo
- Dra. Rosa Capelo
- Dra. Margarida Lima

Em termos de recursos humanos presentes na Clínica da Cabeça e Pescoço, temos:

- Equipa de Enfermagem (consulta e sala de tratamentos)
- 4 Auxiliares
- 1 Administrativa
- 1 Assistente Social
- Equipa de Oncologia Médica e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva
- Equipa de Estomatologia
- 1 Terapeuta da Fala

3. Enquadramento Teórico

A Medicina Dentária é uma vertente da Medicina que apesar de restrita à região oral e tecidos circundantes requer um conhecimento abrangente sobre o funcionamento do corpo humano como um todo, de modo a que seja possível administrar os melhores tratamentos possíveis, possibilitando diagnósticos precisos e precoces.

Deste modo, é importante que o clínico de Medicina Dentária consiga fazer um exame à cavidade oral minucioso, de modo a identificar qualquer tipo de alteração do normal nos estádios iniciais. Uma vez que as patologias malignas da cabeça e pescoço causam grandes transformações e trazem diversas implicações para a vida do paciente, quando são identificadas precocemente, nos estádios iniciais, não alteram de maneira tão avassaladora a qualidade de vida do paciente.

As cirurgias de ressecção de tumores da cabeça e pescoço são muitas vezes mutilantes, o que leva a que a qualidade de vida do doente decresça de maneira muito significativa. É então importante que o clínico de Medicina Dentária tenha em atenção quais são os sinais de suspeita de malignidade, sendo eles, tumefação, dor, alterações funcionais, aparecimento de feridas que não cicatrizem, assim como de lesões brancas ou vermelhas na boca, entre outros. (3)

Como aluna de Medicina Dentária, este estágio veio alargar os meus horizontes em termos de conhecimento desta temática tão importante. A interação com o pessoal clínico e com este ambiente hospitalar permitiu-me desenvolver novas competências a nível pessoal, profissional e ético, que é tão importante na prática de Medicina Dentária.

Neste estágio foi possível assistir a diversos tipos de cirurgias, entre elas:

- Esvaziamento cervical

O Esvaziamento cervical é um procedimento no qual o objetivo é a remoção dos gânglio linfáticos presentes na região cervical, sendo um procedimento tanto terapêutico como permite também fazer o estadiamento do tumor, pois dá-nos informações pertinentes quanto ao tamanho das metástases e a quantidade de gânglios que estão envolvidos. (8)

Os gânglios linfáticos cervicais estão divididos em diferentes níveis, de I a VI, sendo que os níveis I, II e V, estão subdivididos em A e B. (8)

Existem vários tipos de esvaziamento cervical, sendo que, os que foram observados durante o estágio, foram o esvaziamento cervical radical modificado, sendo que este envolve os níveis I a V, preservando-se as estruturas não-linfáticas o máximo possível, e o esvaziamento cervical supraomohioideu ou profilático, que envolve os níveis I, II e III. (8)

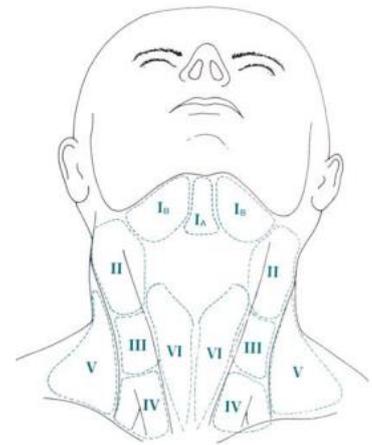


Figura 2 - Níveis dos gânglios cervicais (8: p.239)

O esvaziamento cervical radical modificado é efetuado quando é conhecida a presença de metástases, sendo que o esvaziamento cervical profilático é realizado quando não há presença de metástases, mas a lesão possui uma espessura superior a 2mm, pois há a possibilidade de existirem metástases ocultas, não identificáveis nos meios complementares de diagnóstico.

- Mandibulectomia

Uma mandibulectomia é um procedimento cirúrgico que pode ser diferenciado em termos de dimensão, sendo que, quando é apenas removida uma pequena parte no osso mandibular, é denominada como uma mandibulectomia marginal, pelo que, quando se remove uma porção maior, a sua denominação passa a mandibulectomia segmentar. (9)

Na mandibulectomia marginal não se remove a totalidade da espessura da mandíbula, enquanto na mandibulectomia segmentar é removido um segmento do osso, em toda a sua espessura.

- Submandibulectomia

A submandibulectomia é a excisão da glândula submandibular, que neste caso, é efetuada se existir a presença de uma neoplasia maligna, ou benigna, com potencial de desenvolver malignidade. (10)

- Parotidectomia

A parotidectomia é a excisão da glândula parótida, sendo que pode ser uma excisão parcial ou total da glândula, tendo indicação, neste caso, se houver presença de

patologia neoplásica maligna. Tal como na submandibular, “ou benigna, com potencial de desenvolver malignidade”. É um procedimento que requer muito cuidado e experiência por parte do cirurgião devido à proximidade do nervo facial. (11)

Por vezes, uma das consequências desta cirurgia é o desenvolvimento do Síndrome de Frey por parte do paciente. O Síndrome de Frey é resultante da lesão do nervo auriculotemporal e resulta em alterações neurológicas nos recetores das glândulas sudoríparas e salivares, causando um aumento de sensibilidade, sudorese e eritema aquando a refeição, na zona intervencionada. (12)

- Glossectomia

A glossectomia é um procedimento no qual se realiza a excisão parcial ou total da língua, sendo normalmente classificada conforme os seguintes termos: lateralidade e proporção de tecido removido. É o procedimento mais comum quando estamos perante lesões malignas ou pré-malignas da língua. (13)

Quando as lesões atingem o pavimento da boca, é necessário um procedimento mais radical, no qual se procede a uma excisão mais alargada, removendo as estruturas presentes no pavimento da boca e uma porção da língua, denominando-se pelveglossectomia, frequentemente associada a uma mandibulectomia.

Em relação às consultas externas estas tomaram lugar na Clínica da Cabeça e Pescoço, onde se realiza o diagnóstico, estadiamento, tratamento e seguimento de doentes que padecem de neoplasias do lábio, da cavidade oral e das glândulas salivares. Os doentes com lesões benignas, mas que tenham potencial de malignização, e pacientes que apresentem adenopatias cervicais em estudo, são também seguidos nesta Clínica.

Durante a duração do estágio, foi possível observar tanto primeiras consultas como consultas de seguimento, sendo que quando se trata de uma primeira consulta, o paciente ou é referenciado pelos Cuidados de Saúde Primários ou pelo Sistema de Informação para a Saúde Oral (SISO), através do Projeto de Intervenção Precoce no Cancro Oral.

Na primeira consulta, são realizados diversos procedimentos, entre os quais, a biopsia por pinça e a requisição de exames complementares imagiológicos, de modo a complementar o estudo do caso do paciente, assim como, efetuar um estadiamento.

As consultas de seguimento acontecem após se começar a terapêutica, quer seja cirúrgica, RT ou QT e servem para avaliar a recuperação do paciente, tendo em atenção a existência de recidivas ou a necessidade de alguma terapêutica complementar para melhorar as complicações causadas pelo tratamento.

4. Descrição e Análise das Atividades Desenvolvidas

O estágio teve, então, início em fevereiro de 2023, começando logo com a oportunidade de visitar o BOC e de assistir a uma cirurgia. Antes do início do estágio, foi possível reunir com o responsável, o Dr. José Carlos Pereira, para definir os objetivos e o horário.

O estágio decorreu entre 6 de fevereiro e 9 de junho, num total de 128 horas, sendo estas distribuídas em 8 horas semanais, que, por sua vez, foram divididas em dois dias por semana, em que um dos dias era passado no BOC e o outro dia na consulta externa na Clínica da Cabeça e Pescoço, salvo algumas exceções devido ao horário de trabalho do Dr. José Carlos Pereira.

O horário cumprido foi o seguinte:

- Segunda-feira, das 9 horas às 13 horas – observação de cirurgias no BOC
- Quarta-feira, das 9 horas às 13 horas – observação das consultas realizadas na Clínica da Cabeça e Pescoço

Este estágio teve, deste modo, como objetivos, acompanhar os procedimentos efetuados tanto no BO como na consulta externa, visando enriquecer os conhecimentos sobre os materiais e técnicas necessárias a um bom diagnóstico e tratamento das patologias encontradas.

Em suma, com este relatório pretende-se dar a conhecer as experiências adquiridas nestes cinco meses.

Tabela 2 - Distribuição de atividades ao longo do estágio curricular

	Fevereiro						Março						Abril				Maio					Jun									
	6	8	13	15	20	23	27	1	6	7	9	10	13	15	20	22	27	30	17	20	24	26	1	15	17	22	24	29	1	5	8
BOC																															
CCP																															

■ - Feriados

4.1. Bloco Operatório Central

4.1.1. Atividade Assistencial

O estágio, na vertente do BOC, consistiu na observação de cirurgias pertinentes à Oncologia da Cabeça e Pescoço, contactando assim com as diferentes patologias que ocorrem nesta região do corpo e ficando a conhecer as possíveis opções terapêuticas, no que toca à cirurgia.

Durante as cirurgias estavam presentes na sala o cirurgião principal, os cirurgiões ajudantes, o médico anestesista, e a equipa de enfermagem, que era sempre constituída por uma enfermeira instrumentista, uma enfermeira circulante e uma enfermeira anestesista. No decorrer das minhas visitas ao BOC eu ficava posicionada em cima de um estrado, de maneira a conseguir ter visibilidade para o campo operatório, mas tendo sempre o cuidado de ficar à distância de pelo menos 30cm de todos os campos estéreis.

Devido ao facto de a maioria das cirurgias serem de longa duração, graças ao seu nível de dificuldade, não me foi possível, infelizmente, assistir a todas as cirurgias até ao fim.

4.1.2. Casos Clínicos

Caso Clínico 1

Paciente do sexo masculino, com 49 anos. Nega antecedentes de patologia. Hábitos tabágicos positivos, de 20 cigarros por dia e hábitos etílicos moderados a marcados. Paciente foi enviado para o IPO Porto devido à presença de uma lesão ulcerada no pavimento anterior esquerdo que ao exame objetivo media cerca de 5 cm, localizada junto ao rebordo alveolar, cruzando a linha média.

O paciente foi submetido a uma biopsia fora do IPO Porto que foi compatível com carcinoma espinocelular. Na instituição efetuou uma Tomografia Computorizada (TC) e uma PET, que além de mostrar captação de contraste ao nível da neoplasia, não apresentava qualquer outra alteração. Assim sendo, o paciente foi proposto ser

submetido a uma pelvectomia anterior esquerda com mandibulectomia marginal e esvaziamento cervical seletivo, I, II e III bilateral, com reconstrução.

Assim, no dia 13 de fevereiro, o paciente foi submetido a uma pelveglossectomia antero-lateral esquerda com mandibulectomia marginal através de *visor flap* com ECSOH bilateral e reconstrução com um retalho fasciocutâneo supraclavicular esquerdo associada a uma traqueostomia de suporte.

Iniciou-se então a cirurgia, com a equipa de anestesia, que procedeu à sedação e anestesia geral do paciente. De seguida, colocaram-se os campos cirúrgicos e procedeu-se à desinfeção do paciente, por meio de compressas embebidas em Iodopovidona. Após a traqueostomia de suporte iniciou-se então a cirurgia de ressecção tumoral, começando com uma incisão cutânea cervical bilateral, seguida de confecção de retalhos subplatismais. Seguiu-se com o ECSOH esquerdo, identificando-se e preservando-se o nervo marginal da mandíbula, o nervo lingual, o nervo hipoglosso, o nervo espinal acessório, as artérias carótidas, a veia jugular interna (VJI), o nervo vago e o nervo frénico. Avançou-se para o ECSOH direito, identificando e preservando as estruturas suprarreferidas, à exceção da VJI, a qual foi laqueada após se detetar uma lesão térmica iatrogénica, porém preservou-se o tronco tirolinguofaringofacial.

Procedeu-se à hemóstase, ou seja, colocação compressas humedecidas nos tecidos expostos, de modo a avançar para o próximo passo da cirurgia, sendo este o *visor flap*. A seguir procedeu-se à pelveglossectomia antero-lateral esquerda com mandibulectomia marginal, sacrificando-se o músculo milohioideu bilateralmente, mas com preservação de algumas fibras à direita, assim como, preservação do músculo digástrico bilateralmente. Revisão da hemóstase. Finalmente procedeu-se à reconstrução com um retalho fasciocutâneo supra-clavicular esquerdo, colocando-se no final de tudo 3 drenos, 1 na zona cervical direita, 1 na zona cervical esquerda e um na zona de onde foi obtido o retalho supra-clavicular.



Figura 4 - Visor flap (Imagem cedida por um médico interno do serviço)



Figura 3 - Peça excisada

A peça excisada foi encaminhada para a Anatomia Patológica, sendo o tumor identificado como um carcinoma espinocelular basaloide permanentemente expansivo, com profundidade máxima de invasão superior a 10mm, com invasão óssea da mandíbula com permeação linfovascular e perineural, cujas margens cirúrgicas encontram-se todas livres. Do esvaziamento cervical foram isolados 28 gânglios cervicais à esquerda e 25 à direita, sem qualquer evidência de metástases.

Portanto, é possível afirmar que o tumor tinha um estadiamento pT4N0M0. O paciente teve que ser reoperado devido à necrose do retalho supra-clavicular esquerdo. A reoperação ocorreu no dia 6 de março, sendo que se efetuou um desbridamento e plastia da cavidade oral com um retalho musculo-cutâneo pediculado de grande peitoral. A operação começou da mesma forma, com a equipa anestésica a efetuar a sedação do paciente, seguida da colocação dos campos cirúrgicos e desinfecção do doente. Iniciou-se, então, a remoção do retalho supra-clavicular necrosado, seguindo-se o desbridamento da cavidade oral e revisão da hemóstase. Criou-se um túnel a nível cervical até ao nível da clavícula direita, confeccionou-se o retalho músculo-cutâneo pediculado de grande peitoral direito e mobilizou-se o mesmo até à cavidade oral. Procedeu-se à revisão da hemóstase e em seguida começou-se o encerramento com *vicryl* 2/0. Desinfetou-se a cavidade oral com Parodontax™ (GSK) e colocaram-se três drenos tubulares, dois a nível do peitoral e um a nível cervical. Por fim, encerrou-se a incisão submandibular com nylon 3/0 e a incisão peitoral com *vicryl* e *monocryl*.

Após a cirurgia, o paciente foi proposto na consulta de Grupo a realizar RT adjuvante. O paciente foi também submetido a uma gastrostomia endoscópica percutânea (PEG) de modo a otimizar o seu estado nutricional.

Caso Clínico 2

Paciente do sexo feminino, com 56 anos. Como antecedentes patológicos, relata doença de Crohn, hipertensão arterial (HTA), HPV (presente na última citologia). Em termos de antecedentes cirúrgicos, apresenta duas cesarianas, uma apendicectomia há cerca de 8 anos, uma cirurgia no contexto de fitobezoar intestinal, colecistectomia, lente intraocular no olho esquerdo no contexto de catarata e próteses mamárias. Em termos de medicação habitual, a paciente toma Bisoprolol 10mg, Amlodipina + Valsartan 125mg, Messalazina em SOS e Tibolona (terapia de substituição hormonal). Sem alergias medicamentosas conhecidas. Nega hábitos tabágicos e etílicos.

A paciente foi referenciada devido a uma lesão nodular cervical direita, pela qual realizou uma ecografia que identificou um nódulo de 12mm na glândula submandibular direita. Realizou também uma citologia aspirativa que identificou um adenoma pleomórfico. A ressonância magnética (RMN) realizada fora do IPO Porto, confirmava também a existência de um nódulo no seio da glândula submandibular direita com 11mm. Tendo em conta estes resultados, a doente ficou proposta para uma submandibulectomia direita.

A paciente foi submetida à cirurgia no dia 7 de março, tendo como diagnóstico pré-operatório uma neoplasia maligna da glândula submandibular direita. Procedeu-se então à sedação e anestesia geral por parte da equipa de anestesia, seguida da colocação dos campos operatórios e desinfeção da paciente. O primeiro passo da cirurgia foi uma incisão submandibular numa prega cutânea já existente, seguindo-se a abertura do músculo platisma. Identificou-se o nervo marginal da mandíbula (ramo do nervo facial) e dissecou-se ao longo da sua fáscia inferior de modo a isolar o nervo. Dissecou-se a glândula e laqueou-se os vasos faciais e o canal de Wharton. Verificou-se a hemóstase e procedeu-se ao encerramento em dois planos, com uma sutura intradérmica com *nylon*.



Figura 5 - Glândula submandibular excisada

O resultado histológico da lesão nodular sólida com 12mm foi compatível com adenoma pleomórfico. Portanto, é apenas necessário a vigilância da paciente nas consultas de Oncologia Cirúrgica.

Caso Clínico 3

Paciente do sexo masculino, com 44 anos. Apresenta como patologias associadas, o Síndrome de *Lynch* e asma na infância (sem sintomas desde os 12 anos). Como antecedentes cirúrgicos apresenta uma excisão de carcinoma (CA) sebáceo da pálpebra inferior e posterior alargamento da margem cirúrgica. Não apresenta alergias conhecidas e nega hábitos tabágicos e etílicos.

O paciente, já seguido no IPO devido ao Síndrome de *Lynch*, fez uma TC para estadiamento do CA sebáceo da pálpebra inferior esquerda, onde foram diagnosticadas prováveis metástases ganglionares cervicais. O paciente foi submetido a biópsia de gânglios cervicais à esquerda, sendo que o submandibular revelou suspeita de metastização, enquanto que o supraclavicular mostrou apenas linfadenite reativa. A TC também mostrou evidência de gânglios intraparotídeos à esquerda e submandibulares à direita. Tendo em conta que os exames de estadiamento não mostraram doença à distância, apenas loco-regional, foi então proposta uma cirurgia de esvaziamento cervical radical modificado à esquerda e parotidectomia superficial esquerda, bem como ECSOH à direita.

A cirurgia realizou-se no dia 17 de abril, sendo o diagnóstico pré-operatório de metastização ganglionar de CA sebáceo. Iniciou-se, então, com a sedação e anestesia geral do paciente por parte da equipa de anestesia, seguido da colocação dos campos cirúrgicos e desinfeção do paciente. Procedeu-se à incisão cutânea cervical bilateral, com extensão vertical da incisão à esquerda para a zona pré-auricular e para a região clavicular. Confeção de retalhos subplatismais. Identificou-se o tronco principal do nervo facial e isolou-se e preservaram-se todos os seus ramos. Esvaziamento cervical radical modificado tipo III à esquerda com identificação e preservação do nervo hipoglosso, nervo lingual, veia jugular interna, artéria carótida, nervo vago, plexo braquial e nervo frénico, procedendo-se à laqueação do ducto torácico à esquerda. ECSOH à direita com identificação e preservação do nervo marginal da mandíbula, nervo hipoglosso, nervo lingual, veia jugular interna, artéria carótida, nervo vago e nervo frénico. Revisão da hemóstase e colocação de dois drenos aspirativos. Encerramento por planos com *vicryl* e *nylon*.

O resultado histológico da peça cirúrgica refere que nenhum dos gânglios removidos se encontrava metastizado e, assim sendo, o doente tem apenas de ser mantido em vigilância nas suas consultas de Oncologia Cirúrgica.

4.2. Clínica da Cabeça e do Pescoço

4.2.1. Atividade Assistencial

As consultas de Oncologia Cirúrgica na Clínica da Cabeça e Pescoço ocorrem de terça a sexta no período da manhã, sendo que, neste estágio, todas as consultas assistidas decorreram sob tutela do Dr. José Carlos Pereira.

Nas consultas era recolhida informação sobre o estado geral do paciente, era efetuado um exame objetivo ao mesmo, de maneira a perceber se existia alguma alteração do normal, ou do normal expectável nos pacientes intervencionados cirurgicamente. Para além disso, eram prescritos exames complementares se o clínico achasse conveniente, assim como se encaminhava o paciente para outras áreas que

este necessitasse, como por exemplo, a medicina física e reabilitação ou a consulta de cessação tabágica

4.2.2. Casos Clínicos

Caso Clínico 1

Paciente sexo masculino, com 67 anos. Com antecedente cirúrgicos de uma excisão de uma adenopatia cervical por tuberculose ganglionar em 1989. Não apresenta alergias. Em termos de antecedentes familiares de CA apresenta uma filha com CA da mama e pai faleceu com CA da tiroide. Apresenta como antecedentes tabágicos o consumo de 25 cigarros por dia há mais de 50 anos e como antecedentes etílicos o consumo de um copo de vinho à refeição e uma cerveja ou whiskey esporadicamente.

O paciente foi observado na consulta no dia 17 de maio, sendo que o motivo da consulta foi por suspeita de CAEC do pavimento da boca, tratando-se assim de uma primeira consulta. Em termos de história da doença, o paciente refere ter sentido alteração do pavimento da boca há cerca de 3 anos, sendo que após uma extração dentária, o paciente foi enviado pelo médico dentista para ser avaliado no centro de saúde. O paciente enfrenta ainda um processo difícil recente, devido ao falecimento da esposa com CA da mama.

No exame observacional, o paciente apresentava-se corado e hidratado, sem adenopatias cervicais palpáveis, a cavidade oral apresentava-se numa situação de edentulismo, apresentado uma lesão suspeita de CAEC no pavimento anterior da boca, na zona da linha média, com atingimento do freio, medindo cerca de 3 por 2 cm. A protusão da língua não apresentava alterações (a perda de mobilidade dos tecidos é um sinal de infiltração tumoral). O paciente não apresentava qualquer outra alteração.

Em termos de plano de tratamento, foi feita uma biopsia por pinça, recolhendo-se dois fragmentos, os quais foram enviados para análise. Foi também requisitado uma TC cervical e torácica urgente, para estadiamento, análises e um ecocardiograma. A consulta de Grupo Multidisciplinar de Cabeça e Pescoço foi requerida para quando se

tivessem os resultados dos exames pedidos, de modo a se poder tomar uma decisão terapêutica.

Caso Clínico 2

Paciente do sexo feminino, com 63 anos. Os antecedentes cirúrgicos da paciente são a excisão (fragmentada) de um adenocarcinoma polimórfico das glândulas salivares menor na mucosa jugal esquerda imediatamente posterior ao lábio superior, que foi realizada fora do IPO Porto e posterior alargamento da cicatriz da mucosa jugal esquerda, já no IPO Porto, sendo que o exame anatomo-patológico revelou a presença de fibrose cicatricial, granuloma de corpo estranho e um foco de neoplasia residual, no entanto as margens cirúrgicas não apresentavam envolvimento neoplásico.

A paciente foi observada duas vezes durante o estágio, sendo a primeira no dia 15 de fevereiro e a segunda no dia 24 de maio. Na primeira consulta, a paciente referia sentir um nódulo na região da cicatriz, com noção de aumento, mas sem outras queixas. Esta sensação pode ser apenas o tecido fibrótico da própria cicatriz, porém só com uma RMN é que é possível perceber se se trata ou não apenas da cicatriz. Foi então pedida uma RMN.

Em termos do exame observacional, a cicatriz tem boa aparência, sem sinais de recidiva na mucosa, palpando-se tumefação submucosa compatível com fibrose cicatricial, sem gânglios palpáveis.

Na segunda consulta, já estava disponível o resultado da RMN, onde não se detetaram lesões compatíveis com recidiva tumoral na mucosa jugal esquerda, persistindo uma alteração de provável natureza cicatricial no local onde era visível a lesão tumoral e que media 15 por 17mm de diâmetros axiais, apresentando-se estáveis face ao exame anterior (realizado antes da cirurgia no IPO Porto).

A paciente não apresentou nenhuma queixa “de novo”, mantendo dor local e não notou qualquer aumento da tumefação. Ao exame físico foi possível verificar que a cicatriz se encontrava bem, sem sinais de recidiva na mucosa, palpando-se uma tumefação submucosa compatível com fibrose cicatricial, em aparente melhoria.

Em termos de plano, a paciente vai repetir a RMN e vai ter nova consulta de seguimento após três meses.

Caso Clínico 3

Paciente do sexo feminino, com 72 anos, compareceu à consulta de seguimento no dia 1 de março após realizar uma parotidectomia total direita com preservação do nervo facial em janeiro do ano corrente. Os achados intraoperatórios foram de um tumor localizado na porção mais superior da parótida, com extensão até ao lobo profundo, aderente aos ramos da divisão zigomaticotemporal, tendo-se dissecado o tecido granular em relação aos mesmos, preservando-se todos os ramos embora com grande disseção dos mesmos.

O exame anatomo-patológico revelou tratar-se de um CAEC, primário, pouco diferenciado, sendo o estadiamento do mesmo pT2N1.

Após ter ido à consulta de Grupo, foi proposta a paciente iniciar RT e QT adjuvantes.

No exame observacional, foi possível constatar que a paciente mantinha a disestesia na região peri-auricular e temporal desde a última consulta, que havia uma melhoria ligeira na paralisia facial, foi possível observar que não havia oclusão total do olho direito, no qual a paciente coloca gotas diariamente de modo a evitar lesões oftalmológicas devido à secura ocular. Esta não oclusão do olho direito é então causada pela paralisia que afeta a motricidade dos músculos. Para além disso, foi ainda possível observar uma boa cicatrização dos tecidos.

A paciente volta à consulta de seguimento após três meses, continuando, contudo, a ser seguida em outras áreas no IPO Porto. Foi também explicado à paciente a importância da utilização de um penso ocular, durante a noite, e da hidratação ocular.

Caso Clínico 4

Paciente do sexo masculino, com 55 anos, compareceu à consulta de seguimento no dia 26 de abril, após ter realizado uma pelveglossectomia antero-lateral esquerda com mandibulectomia marginal e reconstrução com retalho miocutâneo submandibular associado a ECSOH bilateral e traqueostomia de suporte em junho de 2022.

Antes da cirurgia, o paciente realizou QT de indução com o objetivo de diminuir o tamanho do tumor. A histologia da peça excisada revelou a presença de uma lesão retráctil esbranquiçada, com aspeto cicatricial com 2 cm de maior diâmetro na face ventral da língua e no pavimento antero-lateral esquerdo sem presença de células tumorais viáveis, ou seja, tratava-se de uma ausência de neoplasia residual o que traduzia uma resposta completa ao tratamento neoadjuvante (QT de indução). Coexistia uma lesão de displasia grave a 3mm da margem superior, a mais próxima, a 5mm das margens restantes. Do esvaziamento cervical, foram isolados 22 gânglios à direita e 17 gânglios à esquerda sem evidência de metastização. O estadiamento é, portanto, ypT0N0M0.

O paciente foi ainda submetido a RT como terapia complementar, com o intuito curativo, iniciada em novembro de 2022.

Nesta consulta, o paciente não apresentava qualquer queixa. Ao exame físico foi possível constatar que não havia qualquer sinal de recidiva loco-regional, embora apresenta-se uma área sublingual com menos de 1 cm de aspeto aftoso, sem ulceração associada, sem hemorragia ou dor local e por isso de baixa suspeição. A zona da cicatriz apresentava um aspeto edemaciado e avermelhado devido à RT, mas a cicatriz encontra-se em bom estado. O paciente também tinha realizado uma TC, no mesmo mês desta consulta, na qual não apresentava qualquer alteração.

Foi então recomendado ao paciente o uso de Aloclair® (*Jaba Recordati*) oral na zona aftosa. O paciente volta para nova consulta de controlo no mês de agosto do ano corrente.

5. Considerações Pessoais

Com a realização deste estágio, foi-me possível adquirir novas perspetivas que levo comigo para a vida, as quais, não tenho dúvida, serão imprescindíveis no meu percurso profissional. Durante o estágio, tive oportunidade de observar o impacto devastador que o cancro da cabeça e pescoço pode ter na vida dos pacientes, bem como, a importância de uma abordagem multidisciplinar no seu tratamento.

A vivência neste ambiente clínico, enquanto estudante a terminar o Mestrado Integrado em Medicina Dentária, foi muito enriquecedora, proporcionando-me a oportunidade de ficar a conhecer o funcionamento de um hospital oncológico e de acompanhar a equipa médica nas cirurgias e nas consultas.

Estas experiências permitiram, no meu entender, perceber a importância do diagnóstico precoce, do planeamento personalizado de tratamento e da atenção dada ao paciente, de modo a proporcionar a este a melhor qualidade de vida possível.

O estágio realizado no IPO Porto proporcionou uma oportunidade única de aprendizagem e crescimento profissional. Portanto, sou grata por esta oportunidade e estou confiante de que todo o conhecimento adquirido contribuirá para o meu futuro profissional, permitindo a uma maior sensibilidade para o diagnóstico destas patologias.

6. Conclusão

Este relatório teve como objetivo dar a conhecer os procedimentos realizados no decorrer da prática clínica do IPO Porto, na vertente do BOC e das consultas externas realizadas na Clínica da Cabeça e Pescoço.

O estágio teve uma duração total de 128 horas, onde foi possível realizar a observação tanto de cirurgias no âmbito da Oncologia da Cabeça e Pescoço, como também, de consultas pré e pós-operatórias, onde foi possível assistir a como se realiza um diagnóstico e a como se procede ao seguimento de um paciente que se encontra em recuperação.

O trabalho desenvolvido ao longo do estágio revelou-se de extrema importância na consolidação das práticas, procedimentos e estratégias de intervenção observadas. A concretização deste objetivo foi alcançada graças ao envolvimento e participação dos agentes deste processo, desde pessoal médico e não médico e pacientes.

7. Bibliografia

1. SNS, *Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE* [Available from: <https://www.sns.gov.pt/entidades-de-saude/instituto-portugues-oncologia-do-porto-francisco-gentil-epe/> (acedido em 19/06/2023)]
2. Amsel Z, Strawitz JG, Engstrom PF. The dentist as a referral source of first episode head and neck cancer patients. *J Am Dent Assoc.* 1983 Feb;106(2):195-7. doi: 10.14219/jada.archive.1983.0391. PMID: 6572673
3. CUF, [Available from: <https://www.cuf.pt/saude-a-z/cancro-de-cabeca-e-pescoco>, (acedido em 19/06/2023)]
4. Argiris A, Karamouzis MV, Raben D, Ferris RL. Head and neck cancer. *Lancet.* 2008 May 17;371(9625):1695-709. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60728-X. PMID: 18486742; PMCID: PMC7720415.
5. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, Saunders DP, Lalla RV, Migliorati CA, Heavilin N, Zumsteg ZS. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. *Cancer Med.* 2017 Dec;6(12):2918-2931. doi: 10.1002/cam4.1221. Epub 2017 Oct 25. PMID: 29071801; PMCID: PMC5727249.
6. IPO, *História* [Available from: <https://ipoporto.pt/nos-ipo/institucional/historia/> (acedido em 19/06/2023)]
7. IPO, *Valores e Missão* [Available from: <https://ipoporto.pt/nos-ipo/institucional/missao-valores-e-objetivos/> (acedido em 19/06/2023)]
8. Seethala RR. Current state of neck dissection in the United States. *Head Neck Pathol.* 2009 Sep;3(3):238-45. doi: 10.1007/s12105-009-0129-y. Epub 2009 Aug 7. PMID: 20596978; PMCID: PMC2811628.
9. Cleveland Clinic, *Mandibulectomy* [Available from: <https://my.clevelandclinic.org/health/treatments/23455-mandibulectomy> (acedido em 20/06/2023)]
10. Cumpston E, Chen P. Submandibular Excision. [Updated 2023 Feb 6]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568740/> (acedido em 20/06/2023)

11. El Sayed Ahmad Y, Winters R. Parotidectomy. 2023 Jan 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 32491583.
12. Lopes T, Barroso L, Mesquita M, Bitoque S, Lopez D, Ferreira A. Síndrome de Frey – Uma visão global do tema. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. 2013;54(2):103-14.
13. Bigcas JLM, Okuyemi OT. Glossectomy. [Updated 2022 Oct 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560636/> (acedido em 20/06/2023)

ANEXOS

DECLARAÇÃO
Mestrado Integrado em Medicina Dentária

Monografia/Relatório de Estágio

Identificação do autor

Nome completo Raquel Raposo Amaral
N.º de identificação civil 257499652 N.º de estudante 201806070
Email Institucional up201806070@edu.fmd.up.pt
Email alternativo raquelamaral21@gmail.com Tlf/Tlm 913001250
Faculdade/Instituto Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

Identificação da publicação

Dissertação de Mestrado Integrado (Monografia)

Relatório de Estágio

Título completo

Atividade Assistencial, consulta externa, Bloco Operatório e
reunião multidisciplinar - Relatório de Estágio

Orientador Professora Doutora Luísa da Conceição Martins Mendes Gonçalves

Coorientador _____

Palavras-chave _____ ; _____ ; _____ ; _____ ; _____

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

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

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

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

Justificação para a não autorização imediata _____

Data 25 / 06 / 2023

Assinatura Raquel Amaral

DECLARAÇÃO

Relatório de Estágio

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

25/06/2023



A estudante

Parecer do Orientador para Entrega Definitiva do Trabalho

Informo que o Trabalho de Relatório de Estágio desenvolvido pela Estudante: Raquel Raposo Amaral com o título: “*Atividade Assistencial, Consulta Externa, Bloco Operatório e Reunião Multidisciplinar – Relatório de Estágio*” está de acordo com as regras estipuladas na FMDUP, foi por mim conferido e encontra-se em condições de ser apresentado em provas públicas.

25/06/2023

A Orientadora

Luzia da Conceição

Martins Mendes Gonçalves

Assinado de forma digital por Luzia da
Conceição Martins Mendes Gonçalves
Dados: 2023.06.24 21:44:44 +01'00'

Luzia da Conceição Martins Mendes Gonçalves

Professora auxiliar da Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto