

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CAMPUS PALOTINA
CURSO DE MEDICINA VETERINÁRIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
ATIVIDADES DO ESTÁGIO SUPERVISIONADO
OBRIGATÓRIO

Área: Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais

Aluna: Jhennifer Lee Cham
Orientadores: Prof. Dr. Alexandre Mazzanti,
e Prof. Msc. José Ademar Villanova Junior
Supervisora: Prof^a Geane Maciel Pagliosa

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado,
como parte das exigências para a conclusão do
Curso de Graduação em Medicina Veterinária
da Universidade Federal do Paraná

Palotina-PR
Dezembro de 2012

FOLHA DE IDENTIFICAÇÃO

1ª Parte

Local de estágio: Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria- RS

Carga horária cumprida: 184 horas

Período de realização do estágio: 01/08/2012 a 31/08/2012

Orientador: Prof. Dr. Alexandre Mazzanti

Supervisora: Profª. Drª. Geane Maciel Pagliosa

2ª Parte

Local de estágio: Unidade Hospitalar para Animais de Companhia da Pontífica Universidade Católica do Paraná, São José dos Pinhais- PR

Carga horária cumprida: 182 horas

Período de realização do estágio: 01/09/2012 a 30/09/2012

Orientador: Prof. Msc. José Ademar Villanova Junior

Supervisora: Profª. Drª. Geane Maciel Pagliosa



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
CAMPUS PALOTINA
CURSO DE MEDICINA VETERINÁRIA

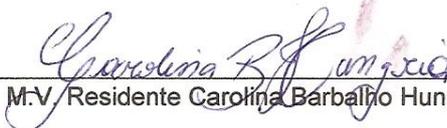


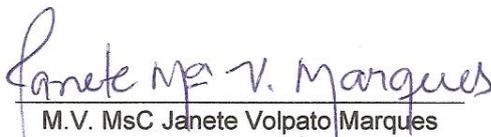
FOLHA DE APROVAÇÃO

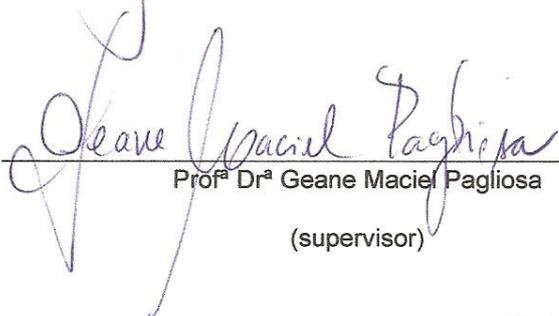
Universidade Federal do Paraná
Campus Palotina
Curso de Medicina Veterinária

Relatório Final de Estágio Supervisionado
Área de Estágio: Clínica Cirúrgica de Pequenos Animais
Acadêmica: Jhennifer Lee Cham
Orientadores de Estágio: Prof^o Dr. Alexandre Mazzanti
Prof^o Msc. José Ademar Villanova Junior
Supervisor de Estágio: Prof^a Dr^a Geane Maciel Pagliosa

O presente relatório foi apresentado e aprovado pela seguinte banca examinadora:


M.V. Residente Carolina Barbalho Hungria


M.V. MsC Janete Volpato Marques


Prof^a Dr^a Geane Maciel Pagliosa
(supervisor)

Palotina, 13 de Dezembro de 2012.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível e de repente você
estará fazendo o impossível.”

(São Francisco de Assis)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por sempre ter me guiado e me protegido. Agradeço a minha mãe Zilda, por tudo. Por todo o seu esforço e sacrifício para que nada me faltasse, por ter me dado meios para concretizar meu sonho, por esses anos em que teve que ser mãe e pai ao mesmo tempo, por não me deixar desistir, e sempre me encorajar e incentivar a cada nova meta traçada. Ao meu pai João, que lá de cima está vibrando em ver que tudo o que fez por mim e por minha irmã nunca foi em vão. Queria sua presença física em mais essa vitória conquistada, mas sei que todos os dias, está ao meu lado. Agradeço também a minha irmã Anissi, que mesmo com todas as briguinhas de irmãos, sempre me apoiou. Meu tio Jorge, exemplo a ser seguido, por sempre pegar no meu pé, me mostrando que sempre posso fazer o melhor.

Agradeço também a minha família palotinese, Márcia, Véia, Mari, Fran, Pri, Fabi, Carolis, Karlize, e por todas as pérolas, intrigas, banhos de balde, almoços, jantas, festas realizados no Cortiço. Eu, sendo a calora de todas, sofri a cada ano que passava. Cada ano a família física foi diminuindo, porém fico feliz em saber que estão todas bem, e que mesmo longe, estão sempre presentes.

Agradeço a XVI Turma de Medicina Veterinária Campus Palotina, por esses 5 anos de convivência, festas, brigas, churrascos, jantares dançantes, brigas, quintas do quinto, noites acordados pré prova, mais brigas, dos exames e tudo mais que passamos juntos. Sentirei saudade da turma que encerrou uma era em Palotina. Em especial, agradeço pela paciência da Ana Carla, por sempre ter me aturado, me consolado, me aconselhado. As vizi mais lindas Pri e Duka, e a Paola, pelas noites

de estudos, com pausa para novela, e companheirismo de sempre. Todas as meninas do “clube da luluzinha” pelas ótimas doses de rizadas semanais.

Aos professores da Universidade Federal do Paraná-Campus Palotina por todo o conhecimento que me foi passado, em especial, a professora Geane por ter aceitado ser minha supervisora, além de todo apoio e incentivo durante minha vida acadêmica.

Aos professores da UFSM, Alexandre Mazzanti e Mauricio Brun, da PUC-PR, Jorge Castro e Ademar Villanova por toda dedicação, acolhimento e conhecimentos passados durante meu período de estágio. Aos residentes, em especial, Taci, Ellen, Felipe, Tami, e aos estagiários Thais, Martha, Anderson, Marcella, Renata, Yana e Malú pela parceria e amizade durante esse período. Desejo muito sucesso a todos.

E por fim, a todos aqueles para quem eu me esmero para dar sempre o melhor de mim, os animais. Agradeço as minhas 2pricesinhas, Pandora e Pantera, pela lealdade, amor, carinho incondicional. Ao Timóteo, o cachorro mais lindo da cidade, a Dóris, a Flavinha, Guismo, Slash, Boneca, Tigre, Faísca e tantos outros que já passaram e aos que ainda passarão pela minha vida, meu muito obrigada, por cada dia que passa me darem a certeza de que não poderia ter escolhido melhor caminho para minha vida.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso visa relatar as atividades desenvolvidas do período de 01 a 31 de agosto de 2012 no Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, dentro da disciplina de Estágio Supervisionado Obrigatório da Universidade Federal do Paraná. As atividades foram desenvolvidas na área de Cirurgia de Pequenos Animais sob a orientação do Prof. Dr. Alexandre Mazzanti e sob a supervisão local da Prof^a. Dra. Geane Maciel Pagliosa. São contemplados neste Trabalho de Conclusão de Curso os elementos descritos constantes do Plano de Atividades do Estágio e também o acompanhamento das atividades e rotina clínico-cirúrgicas da instituição, assim como o funcionamento do local em que o Estágio Curricular Supervisionado foi desenvolvido.

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso visa relatar as atividades desenvolvidas do período de 01 a 30 de setembro de 2012 na Unidade Hospitalar para Animais de Companhia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná Campus São José dos Pinhais, dentro da disciplina de Estágio Supervisionado Obrigatório da Universidade Federal do Paraná. As atividades foram desenvolvidas na área de Cirurgia de Pequenos Animais sob a orientação da Prof. Msc. José Ademar Villanova Juniores sob a supervisão local da Prof^a. Dra. Geane Maciel Pagliosa. São contemplados neste Trabalho de Conclusão de Curso os elementos descritos constantes do Plano de Atividades do Estágio e também o acompanhamento das atividades e rotina clínico-cirúrgicas da instituição, assim como o funcionamento do local em que o Estágio Curricular Supervisionado foi desenvolvido.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Fachada do Hospital Veterinário Universitário da UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012..... 18
- Figura 2 - Local de internamento para felinos do Hospital Veterinário Universitário da UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. Gaiolas (seta verde); armário para armazenamento de materiais (seta vermelha); pia (seta azul)..... 20
- Figura 3 - Local de internamento para cães do Hospital Veterinário Universitário da UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. Gaiolas (setas vermelhas); pia (seta azul)..... 20
- Figura 4 - Bloco cirúrgico do HUV-UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Sala de recuperação anestésica; B: Sala de materiais: micro-ondas (seta azul), geladeira (seta vermelha), armário para armazenamento de materiais (seta verde); C: Sala de paramentação; D: Sala cirúrgica: monitor multiparamétrico (seta azul), foco cirúrgico (seta amarela), aparelho de anestesia inalatória (seta vermelha), mesa cirúrgica (seta verde) 21
- Figura 5 - Fachada da Unidade Hospitalar para Animais de Companhia da PUCPR onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012..... 22
- Figura 6 - Ambulatório usado para as emergências na UHAC- PUCPR onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. Mesa de aço inoxidável (seta vermelha), armários para armazenar materiais (seta azul), balança (seta amarela), desfibrilador (seta laranja), estufa (seta verde)..... 23

Figura 7 -	Centro cirúrgico da UHAC- PUCPR onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. Mesas cirúrgicas (setas azuis), aparelho de anestesia inalatória e monitor multiparamétrico (seta vermelha), focos cirúrgicos (setas amarelas), mesas para instrumentação cirúrgica (setas pretas), armários para armazenamento de materiais (setas verdes).....	24
Figura 8 -	Sala de procedimentos odontológicos onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. Aparelho de anestesia inalatória (seta azul), mesa de aço inoxidável (seta laranja), foco cirúrgico (seta vermelha), aparelho de radiografia odontológica (seta preta), revelador de radiografia portátil (seta verde), aparelho de ultrassom odontológico (seta amarela).....	24
Figura 9 -	Gráfico do percentual dos casos acompanhados no HUV-UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012, de acordo com o sexo e espécie dos pacientes atendidos.....	27
Figura 10 -	Percentual de casos acompanhados no HVU-UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012, distribuídos conforme sistemas.....	28
Figura 11 -	Mastectomia acompanhada no HVU-UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Paciente já induzida para a realização da mastectomia unilateral (seta: cadeia mamária a ser retirada); B: Remoção de toda a cadeia mamária direita.....	30

- Figura 12 - Amputação de membro pélvico acompanhada no HVU- UFSM , onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Membro pélvico fraturado e infeccionado; B: Secção da diáfise femural; C: Miorrafia; D: Paciente na avaliação pós-cirúrgica, cinco dias após o procedimento cirúrgico..... 32
- Figura 13 - Drenagem de otohematoma acompanhado no HVU- UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Paciente apresentando otohematoma; B: Vista do pavilhão auricular após a tricotomia; C: Curetagem da cavidade auricular; D: Pavilhão auricular após a cirurgia, com as suturas captonadas..... 34
- Figura 14 - Pacientes encaminhados para procedimento de enucleação no HVU- UFSM, acompanhados durante o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Paciente apresentando neoplasia ocular; B: Paciente com perfuração ocular; C: Paciente apresentando ceratite ulcerativa com laceração corneal e prolapso de íris; D: Paciente portador de ceratite ulcerativa após o procedimento de enucleação..... 36
- Figura 15 - Procedimento de retirada de tumor perianal acompanhado no HVU- UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Visualização ventral do tumor; B: Retirada da tumoração e parte do ânus; C: Região remanescente recebendo suturas simples isoladas; D: Aspecto após a realização da cirurgia..... 38
- Figura 16 - Procedimento de laparotomia exploratória acompanhada no HVU- UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Seta indicando o local da perfuração; B: Região do intestino delgado perfurado; C: Fração do intestino delgado que foi

	removida; D: Seta indicando a anastomose realizada através de pontos simples isolados.....	40
Figura 17 -	Gráfico do percentual dos casos acompanhados na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012, de acordo com o sexo e espécie dos pacientes atendidos.....	42
Figura 18 -	Percentual de casos acompanhados na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012, distribuídos conforme sistema.....	42
Figura 19 -	Imagem radiográfica latero-lateral indicando a fratura de terço médio de tibia em um dos pacientes que foi encaminhado para a osteossíntese de tibia na UHAC- PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. A: posicionamento dorso-ventral. B: posicionamento latero-lateral.....	45
Figura 20 -	Paciente após a realização da biópsia incisional acompanhada na UHAC- PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. A seta indica o local da incisão.....	47
Figura 21 -	Saculectomia acompanhada na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. A: Saco anal com conteúdo acumulado; B: Bolsa de tabaco; C: Dissecção do saco anal; D: Paciente ao final do procedimento, após passar pela plastia para remoção do excesso de pele.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema reprodutor, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.....	29
Tabela 2 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema musculoesquelético, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.....	31
Tabela 3 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema tegumentar, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.....	33
Tabela 4 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema oftálmico, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.....	35
Tabela 5 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema gastrointestinal, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.....	37
Tabela 6 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas a outros sistemas, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.....	39
Tabela 7 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema reprodutor, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de	

	setembro de 2012.....	43
Tabela 8 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema músculo-esquelético, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.....	44
Tabela 9 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema tegumentar, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.....	46
Tabela 10 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema oftálmico, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.....	47
Tabela 11 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema digestório, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.....	49
Tabela 12 -	Tabela 12: Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema urinário, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.....	52
Tabela 13 -	Número de procedimentos e porcentagens relacionadas a outros sistemas, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.....	53

LISTA DE ABREVIACOES

HVU – Hospital Veterinário Universitário

PUCPR – Pontifícia Universidade Católica do Paraná

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

UHAC – Unidade Hospitalar para Animais de Companhia

UIPA – Unidade de Internamento de Pequenos Animais

OSH – Ovariosalpingohisterectomia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	17
2. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO	18
2.1. HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (HVU- UFSM)	18
2.2. UNIDADE HOSPITALAR DE ANIMAIS DE COMPANHIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (PUCPR)	22
3.ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DURANTE O ESTÁGIO	24
3.1. HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	25
3.2. UNIDADE HOSPITALAR PARA ANIMAIS DE COMPANHIA PUCPR.....	25
4. CASUÍSTICA ACOMPANHADA	27
4.1. HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA.....	27
4.2. UNIDADE HOSPITALAR PARA ANIMAIS DE COMPANHIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ	41
5.SUGESTÕES	54
6.CONSIDERAÇÕES FINAIS	55
REFERÊNCIAS	56

1. INTRODUÇÃO

Ao passar dos anos, houve um aumento significativo dos atendimentos na área de pequenos animais, devido ao crescente valor emocional dos animais de estimação nas famílias. Os proprietários estão demonstrando uma maior preocupação com a saúde dos seus animais de estimação, aumentando a frequência dos atendimentos da área clínica e cirúrgica, e procurando cada vez mais profissionais capacitados e qualificados.

O estágio curricular visa o aperfeiçoamento na formação acadêmica, proporcionando a prática de atividades na área escolhida, contato com profissionais e proprietários.

Este trabalho descreve as atividades desenvolvidas durante o período de estágio curricular, realizado em duas instituições de ensino: o Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, no Rio Grande do Sul; e a Unidade Hospitalar para Animais de Companhia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

2. DESCRIÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

2.1. HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA (HVU- UFSM)

O Hospital Veterinário Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HVU- UFSM) está localizado no prédio 97 do Campus Universitário da UFSM, localizada na Avenida Roraima, número 1000, bairro Camobi, na cidade de Santa Maria, Rio Grande do Sul (Figura 1). Possui suporte para atendimento de pequenos e grandes animais, sendo um hospital de referência pelo apoio e desenvolvimento de pesquisas.



Figura 1 - Fachada do Hospital Veterinário Universitário da UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

O corpo clínico era composto por docentes, médicos veterinários contratados, médicos veterinários residentes e técnicos, além de alunos da instituição que atuavam como plantonistas.

O atendimento no HVU- UFSM era realizado de segunda a sexta das 07:30h às 11:30h e das 13:00h às 17:00h. O plantão, para cuidados dos pacientes internados, era realizado com sistema de rodízio entre os médicos veterinários residentes, sendo dois residentes plantonistas a cada 24 horas, além dos alunos bolsistas, que também possuem um esquema de rodízio para os plantões.

Na recepção do HVU- UFSM, o proprietário fornecia os dados necessários para o preenchimento do cadastro e o paciente era pesado na balança ali existente. Caso fosse necessário, havia uma sala de espera para proprietário e paciente aguardarem até o momento do atendimento.

O HVU- UFSM contava com um Laboratório de Análises Clínicas para o processamento de amostras da rotina. O setor de diagnóstico por imagem possui um aparelho de ultrassonografia e dois aparelhos de radiografia para exames tanto de pacientes internos, como de pacientes encaminhados de outras clínicas.

Para o atendimento da Clínica Médica de Pequenos Animais, eram disponíveis cinco ambulatórios, equipados com mesa de aço inoxidável para avaliação física, mesa e cadeiras para o médico veterinário e proprietários, pia e materiais para procedimentos básicos. O HVU também possuía um ambulatório exclusivo para atendimentos da área de neurologia.

Os animais internados ficavam na Unidade de Internamento de Pequenos Animais- UIPA, aonde recebiam cuidados de enfermagem. As fichas dos pacientes internados, assim como as prescrições, medicamentos e alimentação ficavam armazenadas na sala da enfermagem. Os felinos eram internados no gatil (Figura 2), equipado com 14 gaiolas, uma pia, um balcão e um armário para materiais de enfermagem. Os cães ficam internados em outro ambiente (Figura 3), com 23 gaiolas de diversos tamanhos, uma pia e uma mesa metálica para procedimentos. Todas as gaiolas do hospital possuíam um lugar para colocar a ficha de cada paciente, com identificação, diagnóstico, tratamento e recomendações.



Figura 2 - Local de internamento para felinos do Hospital Veterinário Universitário da UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. Gaiolas (seta verde); armário para armazenamento de materiais (seta vermelha); pia (seta azul).



Figura 3 - Local de internamento para cães do Hospital Veterinário Universitário da UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. Gaiolas (setas vermelhas); pia (seta azul).

Os procedimentos ambulatoriais eram realizados em uma sala com duas mesas de aço inoxidável, uma pia, fonte de oxigênio, materiais para curativos. O preparo do paciente para entrar no bloco cirúrgico (tricotomia) era realizada em uma sala destinada para esse fim.

O bloco cirúrgico (Figura 4) do HUV- UFSM possuía dois vestiários (um masculino e um feminino), uma sala para recuperação anestésica, uma sala para armazenamento de materiais, uma pia com duas torneiras para a paramentação, e quatro salas cirúrgicas, cada uma equipada com mesa cirúrgica, foco cirúrgico, aparelho de anestesia inalatória, negatoscópio, mesa para instrumental e mesa auxiliar.



Figura 4 - Bloco cirúrgico do HUV-UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Sala de recuperação anestésica; B: Sala de materiais: micro-ondas (seta azul), geladeira (seta vermelha), armário para armazenamento de materiais (seta verde); C: Sala de paramentação; D: Sala cirúrgica: monitor multiparamétrico (seta azul), foco cirúrgico (seta amarela), aparelho de anestesia inalatória (seta vermelha), mesa cirúrgica (seta verde).

2.2. UNIDADE HOSPITALAR DE ANIMAIS DE COMPANHIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ (PUCPR)

A Unidade Hospitalar para Animais de Companhia da Pontifícia Universidade Católica do Paraná (UHAC- PUCPR) está situado na Rodovia BR 376, km 14, no município de São José dos Pinhais, estado do Paraná (Figura 5). O atendimento é realizado de segunda a sexta-feira, das 8 às 11 horas e das 14 às 18 horas, estando limitado a 15 atendimentos por período. São realizados atendimentos nas áreas de Clínica Médica e Cirúrgica de Pequenos Animais.



Figura 5 - Fachada da Unidade Hospitalar para Animais de Companhia da PUCPR onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

O corpo clínico era formado por docentes da instituição, médicos veterinários residentes, técnicos e uma enfermeira.

O atendimento era realizado por ordem de chegada. Ao chegar ao hospital, o proprietário retirava sua senha e aguardava ser chamado para a realização do cadastro. A UHAC- PUCPR possui quatroambulatórios para atendimento clínico, todos equipados com mesa de aço inoxidável, armário de vidro para armazenamento de materiais, pia, mesa e cadeiras para médico veterinário e proprietários. Um desses ambulatórios ainda, usado para atendimentos de emergências, possui, além dos itens já citados, um desfibrilador, uma estufa, eletrocardiograma, tubulação de oxigênio e medicamentos (Figura 6). Os animais que precisavam de cuidados de enfermagem, permaneciam no internamento, onde existiam duas mesas de aço inoxidável para procedimentos, armários com materiais

para confecção de curativos, pia, e gaiolas, de diversos tamanhos para cães e gatos, e um armário para guardar rações de cães e gatos. O hospital conta ainda com um laboratório de análises clínicas, laboratório de microbiologia, e o setor de diagnóstico por imagem, que possui um aparelho de ultrassonografia e um aparelho de radiologia.



Figura 6 - Ambulatório usado para as emergências na UHAC- PUCPRonde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. Mesa de aço inoxidável (seta vermelha), armários para armazenar materiais (seta azul), balança (seta amarela), desfibrilador (seta laranja), estufa (seta verde). FONTE:Mayron T. da Luz.

O centro cirúrgico (Figura 7) contava com uma sala equipada com duas mesas cirúrgicas, dois aparelhos de anestesia inalatória, dois focos cirúrgicos, duas mesas de instrumentais, o que possibilitava que dois procedimentos pudessem ser realizados simultaneamente. Possuía também armários para guardar os materiais cirúrgicos. Havia ainda uma sala pré-operatória, onde os pacientes eram preparados para o procedimento cirúrgico; e uma sala pós-operatória (com sete gaiolas, uma mesa de aço inoxidável, um armário e uma pia), usada para a recuperação anestésica, e quando necessário, internamento dos pacientes cirúrgicos.

Os procedimentos odontológicos eram realizados em uma sala exclusiva (Figura 8), com mesa de aço inoxidável, aparelho de anestesia inalatória, foco cirúrgico, aparelho de radiografia odontológica, revelador de radiografias portátil, aparelho de ultrassom odontológico, armários para armazenamento de materiais e uma pia.



Figura 7 - Centro cirúrgico da UHAC- PUCPRonde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. Mesas cirúrgicas (setas azuis), aparelho de anestesia inalatória e monitor multiparamétrico (seta vermelha), focos cirúrgicos (setas amarelas), mesas para instrumentação cirúrgica (setas pretas), armários para armazenamento de materiais (setas verdes). FONTE: Mayron T. da Luz.

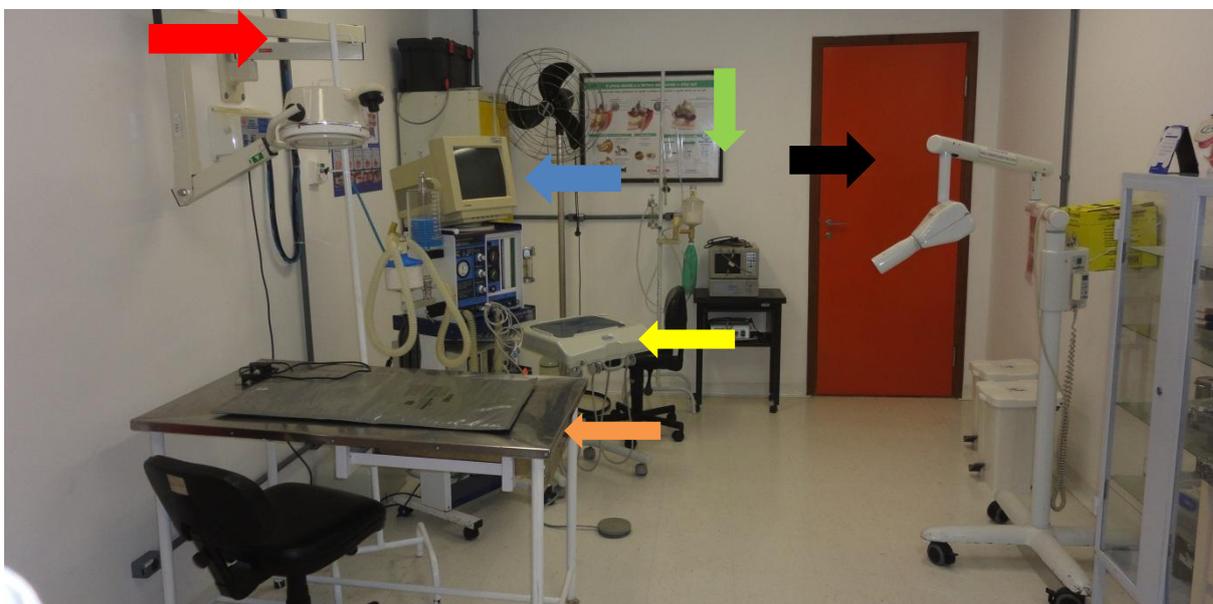


Figura 8 - Sala de procedimentos odontológicos onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. Aparelho de anestesia inalatória (seta azul), mesa de aço inoxidável (seta laranja), foco cirúrgico (seta vermelha), aparelho de radiografia odontológica (seta preta), revelador de radiografia portátil (seta verde), aparelho de ultrassom odontológico (seta amarela). FONTE: Mayron T. da Luz.

3.1. HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

O estágio foi realizado no período de 01 a 31 de agosto de 2012, totalizando uma carga horária de 184 horas. Os estagiários curriculares se revezavam entre o centro cirúrgico, ambulatórios e internamento.

No centro cirúrgico as atividades desenvolvidas foram: auxiliar e instrumentar durante os procedimentos cirúrgicos, ser volante, prestar auxílio durante a contenção física dos pacientes, acompanhar a recuperação anestésica dos animais, ajudar na realização de curativos e na preparação cirúrgica do campo operatório.

Nos turnos fora do centro cirúrgico, o estagiário deveria preparar animais que iriam ser operados, através da aplicação da medicação pré-anestésica e realização da tricotomia. Também prestava auxílio para os procedimentos ambulatoriais realizados nos animais internados, monitorava os pacientes após a cirurgia e acompanhava algumas consultas da rotina da clínica cirúrgica. Os animais que permaneciam internados eram medicados pelos estudantes bolsistas da instituição, os quais também eram responsáveis em levar os animais para passear e realizar a troca de curativos. As prescrições de medicamentos para os animais internados eram feitas pelos médicos veterinários residentes responsáveis pelo caso, ou o residente que estava responsável pela UIPA-UFSM.

3.2. UNIDADE HOSPITALAR PARA ANIMAIS DE COMPANHIA PUCPR

Durante o estágio na UHAC-PUCPR, realizado entre os dias 01 e 30 de setembro de 2012, completando 182 horas, participou-se das discussões clínicas, apresentação de casos clínicos dos residentes, e dos seminários dos demais estagiários, que acontecem semanalmente. Cada estagiário curricular foi incumbido de montar um seminário no final do estágio, que poderia se referir a algum caso acompanhado ou alguma discussão de artigo para apresentar aos demais colegas.

Todos os estagiários participavam do sistema de rodízio na hora do almoço para o monitoramento dos animais internados, sendo os estagiários da área de

clínica cirúrgica e anestesiologia responsáveis pelos animais internados no pós-operatório.

Havia um revezamento entre estagiários da clínica cirúrgica para auxiliar e instrumentar as cirurgias, ficando como volante nos demais procedimentos. Era dever do estagiário ainda internar pacientes com cirurgias marcadas, realizar a pesagem do paciente, e após o procedimento, a realização de receitas e prescrições para os pacientes, o preenchimento da ficha cirúrgica, e a liberação do paciente de alta médica.

Uma vez por semana, era realizada a Campanha de Controle Populacional de Cães e Gatos, que em conjunto com a Prefeitura Municipal de São José dos Pinhais e o Centro de Controle de Zoonoses de São José dos Pinhais, selecionavam os animais, os quais passavam por exame físico, clínico, laboratoriais e ultrassonográfico na UHAC, e após os resultados, o animal estando apto, era realizada a castração e micro-chipagem dos pacientes. As cirurgias eram realizadas pelos residentes da clínica cirúrgica e alunos da instituição, sendo limitados cinco animais por semana.

4. CASUÍSTICA ACOMPANHADA

4.1. HOSPITAL VETERINÁRIO UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

Durante o período de estágio realizado no HVU-UFSM, foram acompanhados 57 procedimentos em 52 pacientes, sendo 40 cães e 12 gatos. A maioria dos pacientes atendidos foram caninos do sexo feminino(52%), seguido do masculino (26%). Os felinos machos foram 13%, e fêmeas 9% (Figura 9).

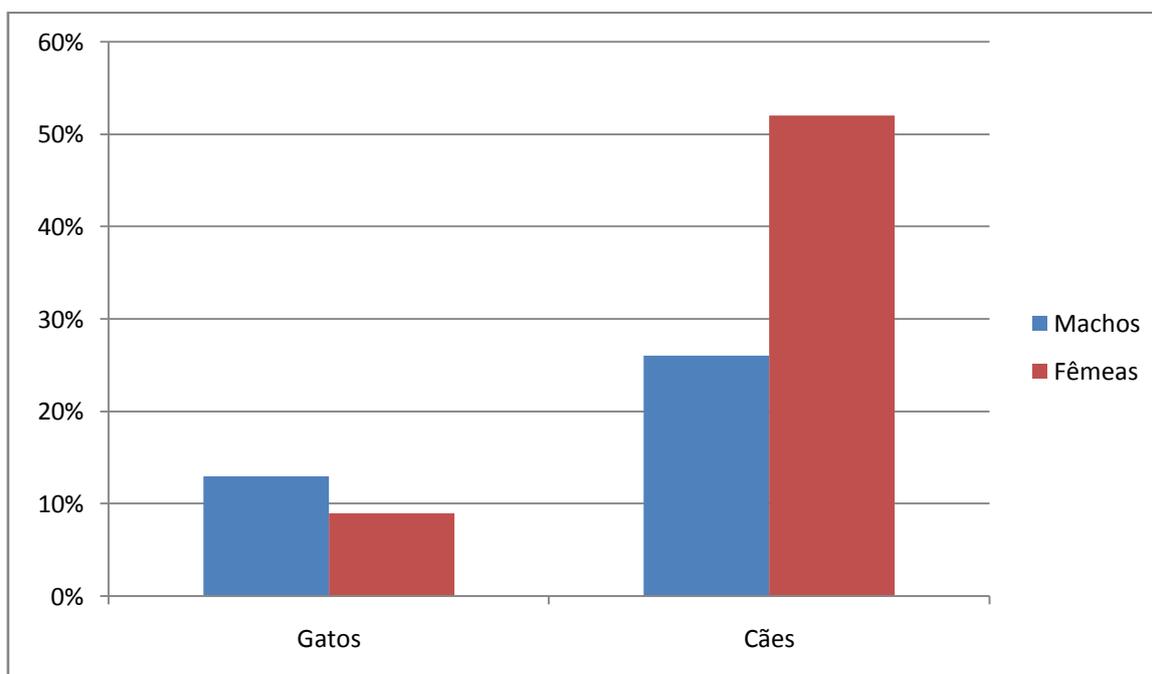


Figura 9 - Gráfico do percentual dos casos acompanhados no HUV-UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012, de acordo com o sexo e espécie dos pacientes atendidos.

Os casos foram distribuídos em seis sistemas, sendo 14 casos no sistema reprodutor, 17 casos no sistema músculo-esquelético, quatro casos oftálmicos, nove casos no sistema tegumentar, quatro no sistema digestório e nove casos pertencentes a outros sistemas (Figura 10).

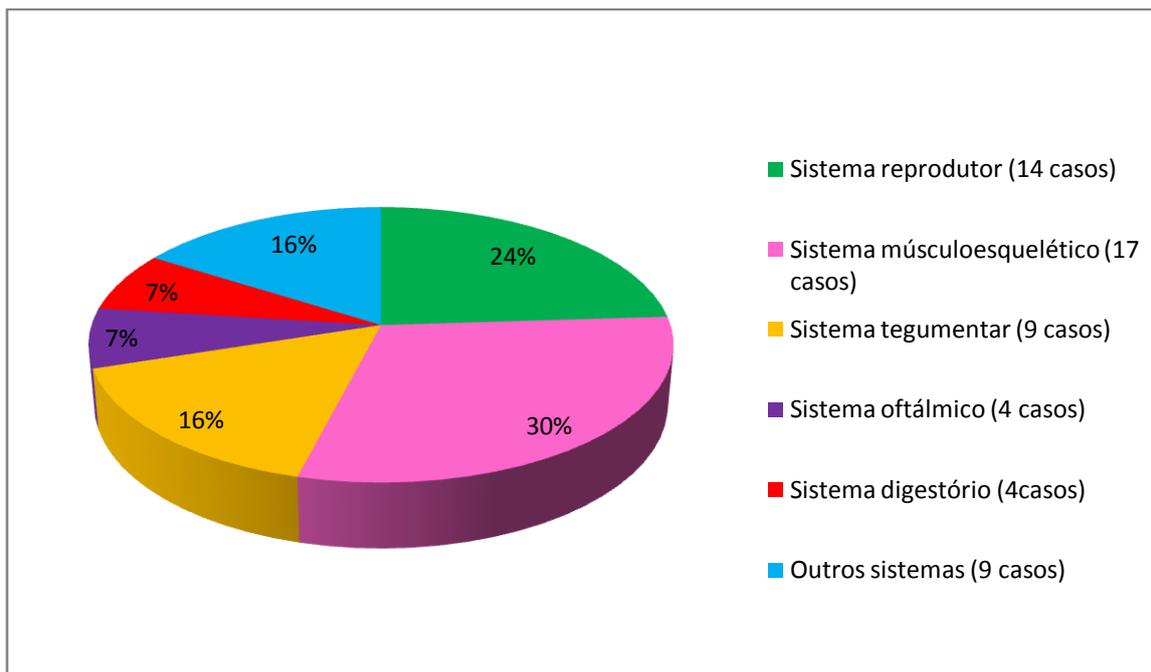


Figura 10 - Percentual de casos acompanhados no HVU-UFSM onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012, distribuídos conforme sistemas.

No sistema reprodutor (Tabela 1), a maior casuística acompanhada foi a mastectomia (43%). Os tumores mamários constituem aproximadamente 52% de todos os tumores que afetam as fêmeas caninas (QUEIROGA e LOPES, 2002). Acredita-se que o principal fator seja hormonal e relacionado ao estrógeno e progesterona. A ovariectomia precoce diminui o risco de desenvolvimento de tumores mamários. Quando a castração é realizada antes do primeiro cio, o risco de desenvolvimento de neoplasias mamárias é de 0,05%, de 8% após o primeiro e antes do segundo cio, e 26% se forem castradas após o segundo cio (TOBIAS, 2011; McCAW, 1999; QUEIROGA e LOPES, 2002). A administração de progestágenos exógenos usados como anticoncepcionais aumenta a ocorrência de tumores mamários em cães (McCAW, 1999).

Tabela 1 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema reprodutor, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Mastectomia	6	43
Orquiectomia	2	14
Tumor vulvar	1	7
Piometra	3	22
Distocia	1	7
Ovariosalpingohisterectomia eletiva	1	7
Total	14	100

O tratamento indicado para tumores mamários não inflamatórios é a ressecção cirúrgica. As técnicas para a remoção de tumores mamários são a lumpectomia, que é a retirada de parte da mama; a mastectomia simples que retira apenas uma glândula mamária; a mastectomia regional para a retirada glândula afetada e suas adjacentes; na mastectomia unilateral é retirada a cadeia mamária inteira, o subcutâneo, e os linfonodos associados. Quando as duas cadeias mamárias são retiradas, é denominada de mastectomia bilateral (HEDLUND, 2008). A escolha da técnica para a remoção do tumor depende no tamanho, localização e consistência do tumor, do estado do paciente e preferencia do cirurgião, uma vez que a sobrevida do paciente não depende da técnica escolhida, e sim da remoção completa do tumor. Nos casos acompanhados durante o estágio, foi optado em realizar a mastectomia total unilateral (Figura 11). Nos casos acompanhados, o cirurgião realizou uma incisão elíptica na pele ao redor da cadeia mamária a ser removida. O tecido mamário foi dissecado da região caudal para a região cranial, e a hemostasia dos vasos mais calibrosos foi feita com fio poliglactina 910 3-0. Para a aproximação das bordas da ferida cirúrgica e diminuição do espaço morto, foi utilizado o fio poliglactina 910, diâmetro 2-0, e o padrão de sutura *walking suture*. No subcutâneo foi utilizado o mesmo fio, de diâmetro 3-0, e padrão subcuticular. A dermorrafia foi realizada com náilon monofilamentar 2-0 em padrão *wolff*.



Figura 11 - Mastectomia acompanhada no HVU-UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Paciente já induzida para a realização da mastectomia unilateral (seta: cadeia mamária a ser retirada); B: Remoção de toda a cadeia mamária direita.

Segundo Tobias(2011), as mastectomias totais unilaterais devem ser realizadas incisando a pele e subcutâneo medialmente às glândulas mamárias. A distância entre o mamilo e a linha média deverá ser a mesma distancia lateralmente aos mamilos, para limitar as glândulas. De cranial para caudal, o tecido glandular deve ser separado dos músculos torácicos e abdominais, tomando mais cuidado na região inguinal para evitar danos na artéria e veia epigástrica, que deve ser ligada duplamente antes da sua secção. A sutura de subcutâneo pode ser realizada com fio absorvível 2-0 ou 3-0, utilizando pontos simples isolados ou sutura de mobilização da pele para a redução do espaço morto. Na pele, indica a sutura rotineira do local. Nos casos acompanhados durante o estágio, as mastectomias foram realizadas como acima descrito.

Dentre os procedimentos ligados ao sistema musculoesquelético (Tabela 2), as amputações de membro apareceram em 23% dos casos acompanhados, sendo três caninos e um felino. Dentre as afecções que indicam o procedimento estão: traumas graves, como nos casos de esmagamentos, gangrenas, paralisias por avulsão do plexo braquial ou lesões do nervo isquiático e nervo femoral, osteomielites crônicas, fraturas irreparáveis e as doenças neoplásicas. Nos casos acompanhados, foi realizada a amputação de membro, pela presença de fraturas cominutivas e expostas, sem a possibilidade da redução cirúrgica, e além de que os membros apresentavam intensa contaminação, tanto muscular quanto óssea. A

lesão traumática causada por atropelamento ocorreu em dois dos três casos observado em cães (Figura 11). Os outros dois casos acompanhados (um cão e um gato), os proprietários não souberam informar a causa das fraturas. Todos os caninos acompanhados tiveram fraturas cominutivas e expostas em tíbia e em fíbula. Pela demora ao levar o animal ao veterinário, em todos os três casos acompanhados em cães, optou-se em realizar a amputação mediofemoral, por preferencia do cirurgião.

Tabela 2 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema musculoesquelético, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Osteossíntese	3	18%
Redução de hérnia diafragmática	2	12%
Amputação de membro	4	23%
Redução de hérnia inguinal	3	18%
Hemimandibulectomia	2	12%
Cerclagem de sínfise mandibular	1	5%
Colocefalectomia	2	12%
Total	17	100%

Em um dos casos acompanhados de amputação de membro, em um canino vítima de acidente automobilístico, foi realizada a incisão da pele ao redor do membro posterior, na região média da diáfise do fêmur, tomando o cuidado de deixar um pouco mais de pele lateral do que medial. Foram dissecados e seccionados os músculos, sempre fazendo a hemostasia necessária, através de pinças hemostáticas e ligaduras com fio categute com diâmetro 2-0; foi isolado e cortado o nervo ciático. O fêmur foi serrado no terço proximal da diáfise, e o membro removido. O coto femoral foi recoberto com a musculatura restante, cobrindo completamente a extremidade distal do osso. Para a sutura da musculatura foi utilizado o fio ácido poliglicólico 910, com diâmetro 0, em pontos *sultan*, na rafia do subcutâneo foi utilizado o mesmo fio, em padrão simples contínuo, e na rafia da pele, foi utilizado náilon monofilamentar diâmetro 3-0 em padrão *wolff*.



Figura 12 - Amputação de membro pélvico acompanhada no HVU- UFSM ,onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Membro pélvico fraturado e infeccionado; B: Secção da diáfise femural; C: Miorrafia; D: Paciente na avaliação pós-cirúrgica, cinco dias após o procedimento cirúrgico.

As amputações de membro pélvico acompanhadas durante o estágio foram realizadas de acordo com Araújo *et al*(2009), que preconizam que para a realização da amputação de membro pélvico, deve-se realizar uma incisão de pele de 360 graus na altura do terço distal do fêmur, com uma discreta elevação proximal nas regiões cranial e caudal da coxa. Na mesma altura da incisão, são separados e cortados os músculos sartório caudal e o músculo grácil, prara facilitar a localização dos vasos femorais. As artérias e veias femorais devem ser ligadas separadamente, assim como o nervo safeno. Os músculos pectíneo, sartório, quadríceps e bíceps femoral são seccionados. O nervo isquiático é isolado e seccionado na altura do terceiro trocanter. A musculatura caudal deve ser seccionada. Com o auxílio de uma serra, o fêmur é seccionado na junção dos terços proximal e médio, removendo o membro. A musculatura deve ser ocluída de forma de que o coto do fêmur fique encoberto, por meio da aproximação dos músculos com sutura padrão *sultan* ou

wolff, utilizando fios absorvíveis ou não, 2-0. Os músculos devem ser aproximados de modo que a extremidade do fêmur fique completamente protegida. A aproximação do tecido subcutâneo deve ser realizada com sutura intradérmica contínua, e a dermorrafia com pontos isolados feitos com fios não absorvíveis, 3-0.

Os otohematomas apareceram em 34% dos casos acompanhados no sistema tegumentar (Tabela 3) durante o período de estágio no HVU-UFSM. São observados tanto em cães como em gatos e são caracterizados pelo inchaço preenchido por fluidos, massas ou nódulos no pavilhão auricular, podendo ser muito doloroso. Acredita-se ser resultante de traumas, como a agitação da cabeça, o ato de coçar a orelha, processos inflamatórios do ouvido médio e interno (otite), a doenças que alteram os fatores de coagulação, aos parasitas, as alergias e em alguns casos até mesmo por corpos estranhos, que causam a ruptura de vasos sanguíneos, levando a um acúmulo de seroma sanguinolento e fibrose entre a cartilagem auricular e a pele do animal (FOSSUM, 2008; BOJRAB; GRIFFIN e RENEGAR, 1996; SANTOS, 2008). As otites estavam presentes em 100% dos casos acompanhados, e em um paciente, além da otite, o proprietário relatou crises convulsivas diárias, que levaram ao trauma e conseqüente ao aparecimento do otohematoma.

Tabela 3 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema tegumentar, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Drenagem de otohematoma	3	34%
Conchectomia	1	11%
Correção de ferida	2	22%
Debridamento Ambulatorial	2	22%
Retirada de tumor cutâneo	1	11%
Total	9	100%

A drenagem é o tratamento cirúrgico de escolha para os otohematomas, porém as causas primárias devem ser tratadas, para evitar recidivas (BOJRAB, GRIFFIN, RENEGAR, 1996). Nos casos acompanhados no estágio (Figura 13), foi realizada uma incisão na parte côncava do pavilhão auricular dos pacientes, removido coágulos e fibrinas, e feita a curetagem interna do pavilhão auricular.

Realizou-se a lavagem do pavilhão com solução de cloreto de sódio a 0,9%. Foram realizadas várias suturas captonadas verticais em volta da incisão, a fim de reduzir o espaço morto e impedir acúmulo de líquidos novamente na cavidade. O local da incisão não foi suturado, para auxiliar na drenagem do pavilhão auricular. Após o término da cirurgia, foi confeccionado um curativo, de modo que a orelha acometida ficasse elevada, e foi colocada uma atadura compressiva ao redor da cabeça do paciente.



Figura 13 - Drenagem de otite média com efusão acompanhada no HVU- UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Paciente apresentando otite média; B: Vista do pavilhão auricular após a tricotomia; C: Curetagem da cavidade auricular; D: Pavilhão auricular após a cirurgia, com as suturas captonadas.

realiz:

super

extremidade a outra. Após remover o coágulo de fibrina, a cavidade deve ser lavada, e as suturas realizadas no máximo com 1cm de comprimento através da pele da

superfície côncava da orelha e cartilagem subjacente. As suturas devem ser realizadas paralelamente aos vasos principais (verticais), podendo ser postas através da cartilagem, sem incorporar a pele da superfície convexa, ou podem ser de espessura completa. As suturas devem ser num número amplo, para não deixar nenhum espaço passível de acúmulo de fluídos. A incisão não deve ser suturada para permitir a drenagem continuada. O curativo deve ser feito com uma atadura leve, apoiando a orelha sobre a cabeça do animal, assim como foi realizado no local de estágio.

No sistema oftálmico (Tabela 4), 75% dos casos acompanhados foram as enucleações, procedimento indicado após trauma ocular grave, glaucoma crônico, endoftalmite, panoftalmite, neoplasias intra-ocular, defeitos congênitos ou infecções intratáveis. O procedimento consiste na remoção do globo ocular, da membrana nictitante, e das margens palpebrais (HEDLUND, 2008).

Tabela 4 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema oftálmico, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Enucleação	3	75%
Sepultamento da glândula da terceira pálpebra	1	25%
Total	4	100%

Os três casos acompanhados em que foram indicados a enucleação foram: perfuração ocular, neoplasia ocular e um caso de ceratite ulcerativa com ulceração corneal e prolapso de íris. Em todos os casos foi realizada a cantotomia lateral, incisão da conuntivaperilimbar, dissecação junto ao globo, secção dos músculos junto ao bulbo, tração, ligadura do nervo óptico, veia e artéria óptica com fio poliglactina 910, diâmetro 3-0, logo após foi seccionado o nervo óptico. O local foi lavado com solução de cloreto de sódio a 0,9%. Foi retirada a terceira pálpebra juntamente com sua glândula, e o tarso palpebral. Por fim realizada a sutura da pele, com náilon monofilamentar diâmetro 3-0, e padrão simples e isolado.



Figura 14 - Pacientes encaminhados para procedimento de enucleação no HVU- UFSM, acompanhados durante o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Paciente apresentando neoplasia ocular; B: Paciente com perfuração ocular; C: Paciente apresentando ceratite ulcerativa com laceração corneal e prolapso de íris; D: Paciente portador de ceratite ulcerativa após o procedimento de enucleação

Segundo Hedlund (2008), a cirurgia deve iniciar com uma cantotomia lateral por incisão, de 1 a 2 centímetros lateral às junções das margens das pálpebras. Com a ajuda de uma pinça, deve-se segurar a conjuntiva juntamente com o limbo, e realizar uma incisão perilimbal de 360 graus. A cápsula de Tenon, a conjuntiva e os músculos extra-oculares devem ser separados da esclera. A glândula lacrimal deve ser removida, caso ela não tenha sido removida juntamente com o globo. Após essas estruturas serem liberadas, o nervo óptico deve ser separado, evitando a tração excessiva, pois pode danificar a visão no olho contralateral. Realizar a ligadura do nervo óptico, da artéria e veia óptica com fio absorvível 3-0. Retira-se a terceira pálpebra juntamente com sua glândula. As margens palpebrais devem ser excisadas 3 a 4 milímetros, parando no canto medial. A literatura indica a utilização de uma prótese orbital após a escarificação, quando apropriado. A conjuntiva, septo

orbital e a cápsula de Tenon devem ser fechados com fio absorvível, 3-0, e padrão simples contínuo. O tecido subcutâneo é justaposto através de pontos contínuos, com fio absorvível 3-0 ou 4-0. Para o fechamento das pálpebras, é preconizado fio não absorvível 3-0 ou 4-0. Os médicos veterinários cirurgiões realizaram a mesma técnica descrita na literatura citada acima.

Foram acompanhados dois procedimentos para a retirada de tumor perianal durante o período de estágio, que representam 50% dos casos relacionados com o sistema gastrointestinal (Tabela 5). De acordo com Hedlund (2008), tumores perianais mais comuns são os adenomas e os carcinomas das glândulas perianais e apócrinas. O tratamento indicado para esses pacientes é a excisão cirúrgica e a castração (ARONSON, 2007).

Tabela 5 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema gastrointestinal, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Retirada de tumor perianal	2	50%
Correção de fenda Palatina	1	25%
Síndrome dilatação torção vôlvulo gástrico	1	25%
Total	4	100%

Em um dos casos acompanhado de tumor perianal, foi escolhida a técnica da exteriorização retal, para a remoção da tumoração. O paciente foi posicionado em decúbito dorsal na mesa de cirurgia, com a região perineal elevada, e os membros pélvicos amarrados cranialmente. Foram introduzidas três gazes pelo ânus para evitar a contaminação por fezes. Realizou-se a incisão de pele ao redor do orifício anal, com margem de aproximadamente 1cm do tumor, e foi feita a divulsão e dissecação das estruturas presentes. A tumoração foi retirada juntamente com a parte externa do ânus. Após a excisão, foram feitos pontos simples isolado, incorporando o fragmento anal remanescente à pele. Os pontos foram aplicados em toda a circunferência anal, e também na região perineal (Figura 15 D). O fragmento e o tumor retirados foram enviados para o exame histológico.



Figura 15 - Procedimento de retirada de tumor perianal acompanhado no HVU-UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Visualização ventral do tumor; B: Retirada da tumoração e parte do ânus; C: Região remanescente recebendo suturas simples isoladas; D: Aspecto após a realização da cirurgia.

De acordo com Aronson(2007), para a realização da técnica de exteriorização retal, o paciente deve ser posicionado em decúbito esternal, e com o auxílio de uma plataforma acolchoada, deixar a região perineal elevada. Caso o tumor esteja localizado no canal anal, a incisão deve ser feita na pele próxima à abertura anal. Caso a tumoração não esteja envolvendo o esfíncter anal, a incisão poderá ser realizada próxima a junção anocutânea. A incisão deve ser estendida em 360 graus, e suturas de permanência devem ser realizadas em toda a circunferência retal. Através da divulsão e dissecação, é possível que o reto seja afastado caudalmente, juntamente com as suturas de permanência. A dissecação deve ser realizada até obter uma margem de 1 a 2 cm distantes da tumoração. Realiza-se a ressecção do tecido acometido e a anastomose é realizada em etapas para evitar a retração

cranial do reto. Quando o cirurgião opta pela anastomose em duas camadas, a primeira deve aproximar as camadas musculares e submucosa intestinal à fáscia adjacente da pele, com fio absorvível. A segunda camada aproxima a submucosa e mucosa à pele, com náilon monofilamentar.

Dentre os casos acompanhados referentes a outros sistemas (Tabela 6), as laparotomias exploratórias representaram 56%.

Tabela 6 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas a outros sistemas, acompanhados no estágio curricular supervisionado no HVU-UFSM no período de 01 a 31 de agosto de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Cálculo vesical	1	11%
Evisceração	2	22%
Laparotomia exploratória	5	56%
Exérese de nódulo na tireóide	1	11%
Total	9	100%

As laparotomias exploratórias são indicadas em casos que exames físicos, clínicos e de imagem não são suficientes para chegar a um diagnóstico definitivo, em afecções relacionadas a órgãos situados na cavidade abdominal.

Em um dos casos acompanhados, a paciente felina, de três meses, sofreu uma perfuração na região mesogástrica lateral direita, por uma barra de ferro. Foi levada um dia após o trauma ao HUV-UFSM para realizar a laparotomia exploratória. Foi realizada uma incisão pré-retro umbilical mediana, e acessada a cavidade abdominal. Todos os órgãos foram inspecionados cuidadosamente, e durante a inspeção do intestino delgado, foi encontrada uma perfuração na sua porção final (jejuno). A região perfurada foi isolada com compressas, e o segmento a ser removido foi ocluído distal e proximal. A ressecção do fragmento foi feita e a anastomose realizada com pontos simples isolados com fio polipropileno 6-0. Para a verificação da integridade da sutura, foi injetado solução de cloreto de sódio a 0,9%. A cavidade foi lavada com solução de cloreto de sódio 0,9% aquecida. O mesentério foi suturado com pontos simples isolados com fio poliglactina 910, 2-0. A miorrafia foi efetuada com fio poliglactina 910, 2-0 em pontos *sultan*. A síntese do subcutâneo foi

realizada com mononáilon 3-0 em padrão *walking suture*. Na pele foi utilizado padrão *wolff* com náilon monofilamentar 3-0. A síntese da musculatura abdominal lateral (rompida pela barra de ferro) foi realizada com poliglactina 910, 3-0 e padrão *sultan*, e náilon monofilamentar 3-0 para a pele desse local, com padrão *wolff*.

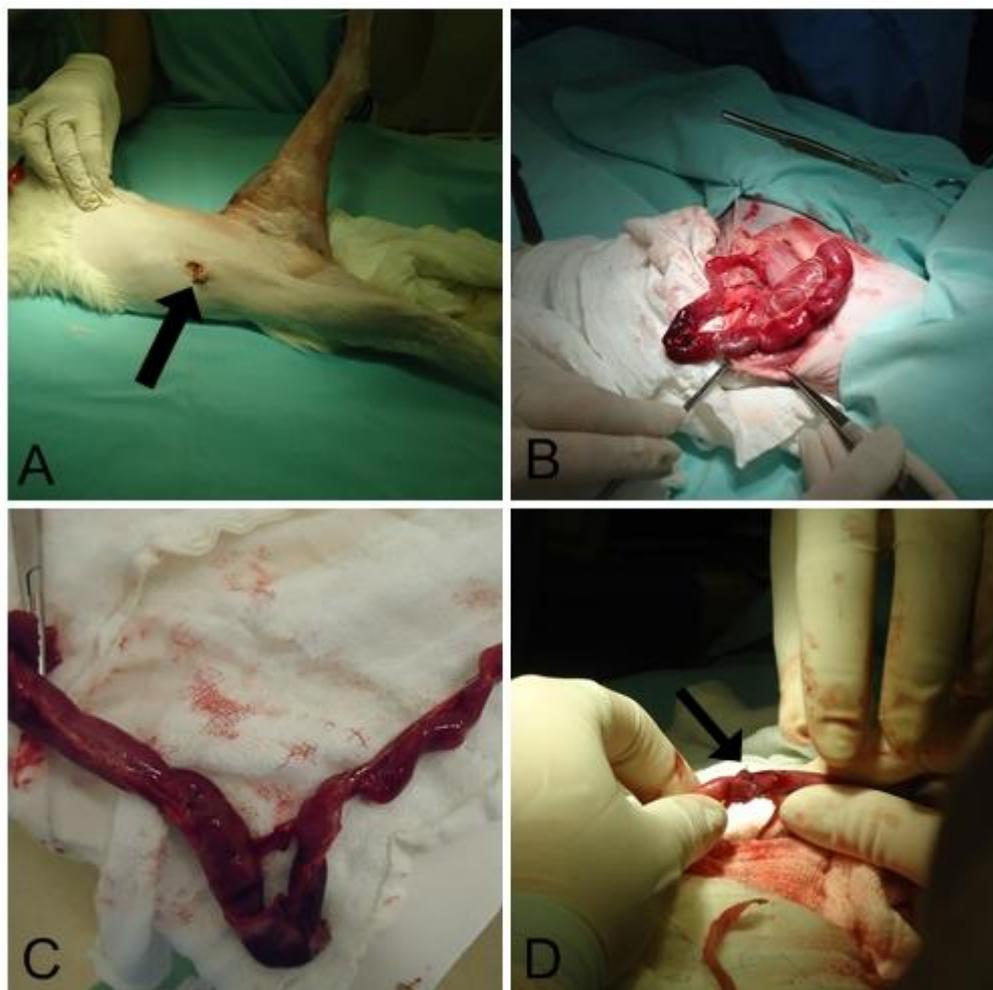


Figura 16 -Procedimento de laparotomia exploratória acompanhada no HVU-UFSM, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 31 de agosto de 2012. A: Seta indicando o local da perfuração; B: Região do intestino delgado perfurado; C: Fração do intestino delgado que foi removida; D: Seta indicando a anastomose realizada através de pontos simples isolados.

nos c

realizada em um ambiente cirúrgico, estéril e bem iluminado, com o paciente anestesiado e posicionado em decúbito lateral. A laparotomia é realizada através de uma incisão abdominal lateral, com o uso de uma barra de ferro para romper a musculatura abdominal lateral. O intestino delgado é exteriorizado e examinado cuidadosamente. A presença de uma lesão é confirmada pela observação de uma perfuração na parede intestinal. O segmento afetado é isolado com compressas cirúrgicas e removido. A anastomose é realizada através de pontos simples isolados, com o uso de náilon monofilamentar 3-0. A pele é fechada com náilon monofilamentar 3-0 em padrão *wolff*. A musculatura abdominal lateral é fechada com poliglactina 910, 3-0 em padrão *sultan*. O paciente é monitorado cuidadosamente após a cirurgia.

tecido a ser removido. O conteúdo luminal deve ser delicadamente removido do segmento a ser ressecionado. Em seguida é feita a incisão do segmento intestinal, podendo ser perpendicular ao eixo longitudinal quando as alças possuem o mesmo diâmetro, ou oblíqua, de maneira que a borda antimesentérica fique menor que a mesentérica, quando uma das alças for maior que a outra. Para a anastomose é recomendado a realização de um ponto simples isolado na borda mesentérica, e um outro ponto simples isolado na borda antimesentérica oposta, permitindo assim que as duas metades iguais sejam suturadas separadamente com pontos simples isolados. O ligamento mesentérico deve ser suturado em padrão simples contínuo, para impedir o encarceramento de outras alças intestinais, ou outras estruturas, tomando o cuidado para não incluir vasos mesentéricos na sutura. Após a lavagem da cavidade, posicionar o omento sobre a região suturada, já dentro da cavidade. Suturas de musculatura, subcutâneo e pele devem ser realizadas como o padrão do local (CHIORATTO e TUDURY, 2009).

4.2. UNIDADE HOSPITALAR PARA ANIMAIS DE COMPANHIA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Entre os dias 01 e 30 de setembro de 2012, foram acompanhados 62 casos na UHAC-PUCPR, em 59 pacientes, sendo que 47 pacientes foram cães (40 fêmeas e sete machos), e 12 pacientes felinos (seis machos e seis fêmeas). A porcentagem de casos acompanhados de acordo com a espécie e o sexo dos pacientes está demonstrada na Figura 17.

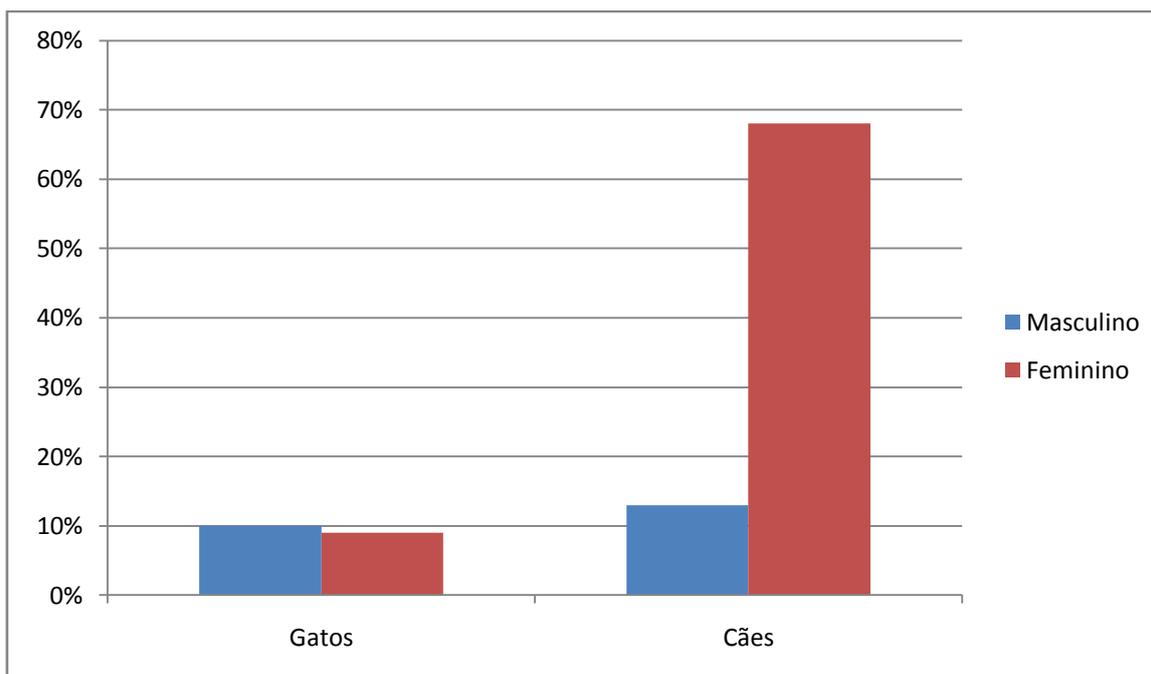


Figura 17 - Gráfico do percentual dos casos acompanhados na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012, de acordo com o sexo e espécie dos pacientes atendidos.

Os casos foram distribuídos em seis sistemas (FIGURA 18): reprodutor (34 casos), musculoesquelético (sete casos), tegumentar, oftálmico, urinário (três casos cada), digestório (quatro casos) e oito casos em outros sistemas.

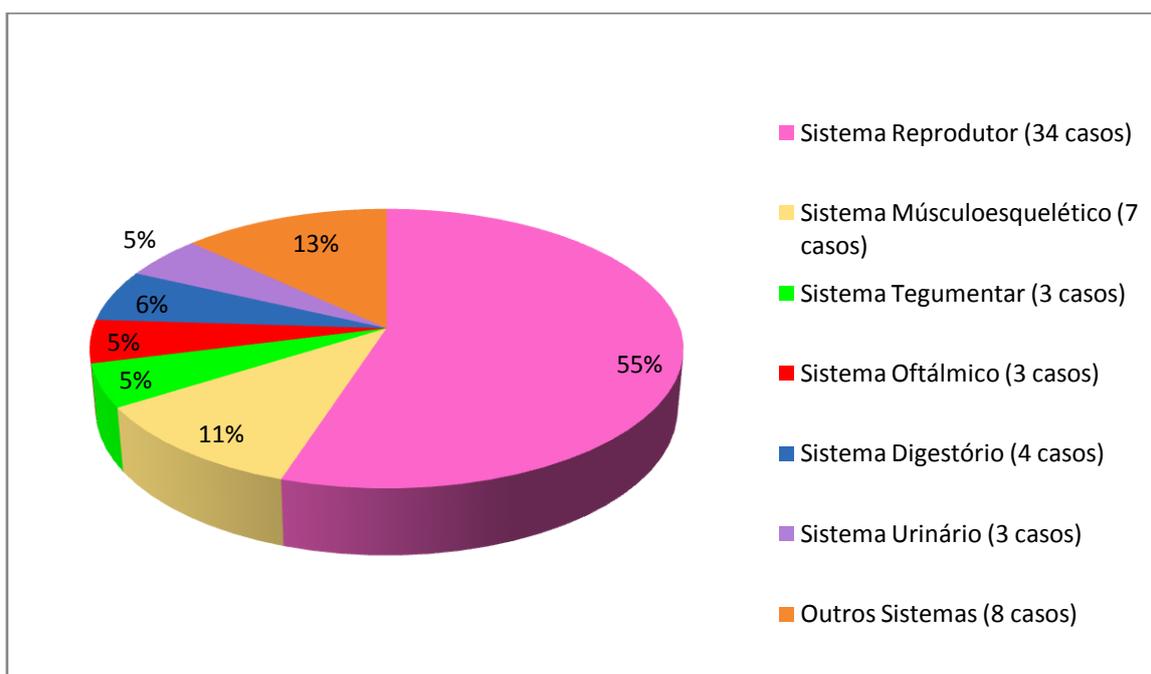


Figura 18 - Percentual de casos acompanhados na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012, distribuídos conforme sistema

Dentre os procedimentos envolvendo o sistema reprodutor (Tabela 7), as ovariectomias apareceram em 56% dos casos acompanhados. A UHAC-PUCPR e o Centro de Controle de Zoonoses de São José dos Pinhais realizavam uma vez por semana a castração e microchipagem dos animais de pessoas que se inscreviam no projeto. As ovariectomias, além de serem indicadas para o controle populacional, como nos casos acompanhados, podem também ser realizadas nos casos de distocias, como forma de prevenir ou tratar tumores mamários influenciados por hormônios reprodutivos, e auxiliar no controle de algumas doenças do trato reprodutivo, incluindo piometras, metrites e neoplasias. (HEDLUND, 2008)

Tabela 7 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema reprodutor, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Mastectomia	11	32%
Ovariectomia	19	56%
Cesariana	1	3%
Retirada de tumor do assoalho vaginal	1	3%
Piometra	1	3%
Orquiectomia	1	3%
Total	34	100%

Na campanha de castração, as ovariectomias foram realizadas através da laparotomia mediana, que pode variar com o tamanho do animal. Após aberta a cavidade abdominal, localizava-se o corno uterino direito, e rompia-se o ligamento suspensório próximo ao rim, para a exteriorização do ovário. Um orifício era feito no ligamento largo caudal ao pedículo ovariano. Duas pinças eram colocadas próximo ao ovário sendo uma terceira pinça colocada no corno uterino. O pedículo ovariano era transecionado entre a segunda pinça hemostática e o ovário. Após, realizava-se uma ligadura circular proximal às pinças do pedículo ovariano com o fio poliglactina 910 de diâmetro 2-0. Enquanto se apertava a ligadura, a

pinçamas próxima à ligadura era removida para permitir a compressão do pedículo. Uma segunda ligadura transfixante era realizada mais caudal à primeira. Com o auxílio de uma pinça anatômica o pedículo era inspecionado quanto a possíveis hemorragias, e devolvido à cavidade abdominal. No pedículo ovariano oposto era repetido o mesmo procedimento. O ligamento largo era seccionado. Logo após, eram colocadas três pinças no corpo uterino, cranialmente à cérvix. O corpo uterino foi seccionado entre as pinças intermediária e proximal. Eram realizadas duas ligaduras, a mais caudal, uma ligadura circular, e a mais cranial, uma ligadura transfixante, ambas realizadas com poliglactina 910, diâmetro 2-0. O coto uterino foi omentalizado em todos os procedimentos. Após a inspeção da cavidade abdominal, era efetuada a miorrafia com pontos padrão *sultan*, com o mesmo tipo de fio utilizado para as ligaduras. A sutura do sub-cutâneo foi realizada com o fio de poliglactina diâmetro 3-0, padrão subcuticular, e adermorrafia, com pontos simples isolados, com fio náilon monofilamentar 3-0.

Nos casos relacionados ao sistema músculo-esquelético, as fraturas de tíbia tiveram a maior ocorrência, totalizando 44% dos procedimentos nesse sistema.

Tabela 8 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema músculo-esquelético, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Colocefalectomia	1	14%
Osteossíntese de tíbia	3	44%
Luxação patelar	1	14%
Hérnia diafragmática	1	14%
Denervação acetabular	1	14%
Total	7	100%

Todas as fraturas de tíbia acompanhadas eram diafisárias. As fraturas diafisárias da tíbia podem ser causadas por traumatismo direto ou indireto. As fraturas diretas podem ser decorrentes de acidentes automobilísticos ou ocasionadas a partir de projétil de arma de fogo, e as indiretas podem ser originadas através de quedas ou lesões como torção do membro, onde a extremidade distal

encontra-se presa e a proximal é submetida a uma torção (SCHWARZ, 1996). O tratamento indicado em casos de fratura de tíbia consiste na reestruturação temporária da rigidez com o auxílio de haste externa ou implante interno. Em um dos casos acompanhados, o cão foi encontrado na estrada arrastando o membro pélvico, supondo-se que foi vítima de atropelamento. O paciente apresentava fratura em espiral no terço médio de tíbia direita (Figura 19). A incisão cutânea foi realizada na região medial da tíbia direita. Foi realizada a divulsão do subcutâneo e os músculos foram afastados para a localização do foco de fratura. Foi feita a redução da fratura e a estabilização através de náilonmonofilamentado de diâmetro 0. O pino intramedular foi colocado de forma normógrada. Foram colocados 6 fixadores externos tipo 1A na diáfise tibial, e foram fixados externamente com resina acrílica. A sutura da musculatura foi realizada com fio poliglactina 910, 2-0 com o padrão *sultan*. O subcutâneo foi suturado com o mesmo fio, padrão *walking suture*. A dermorráfia foi feita em pontos simples isolado com náilonmonofilamentado 2-0. Comparando com outros métodos de imobilização, a utilização de pinos intramedulares para a osteossíntese de tíbia é mais vantajosa, pois a posição do implante no interior da cavidade medular, nas proximidades do eixo neutro do osso, torna improvável a deformação plástica ou sua fratura. Os fixadores esqueléticos externos podem ser utilizados como método auxiliar na fixação e imobilização de fraturas. A estabilidade é obtida através da utilização de vários pinos de modo a formar uma estrutura rígida (SCHWARZ, 1996).

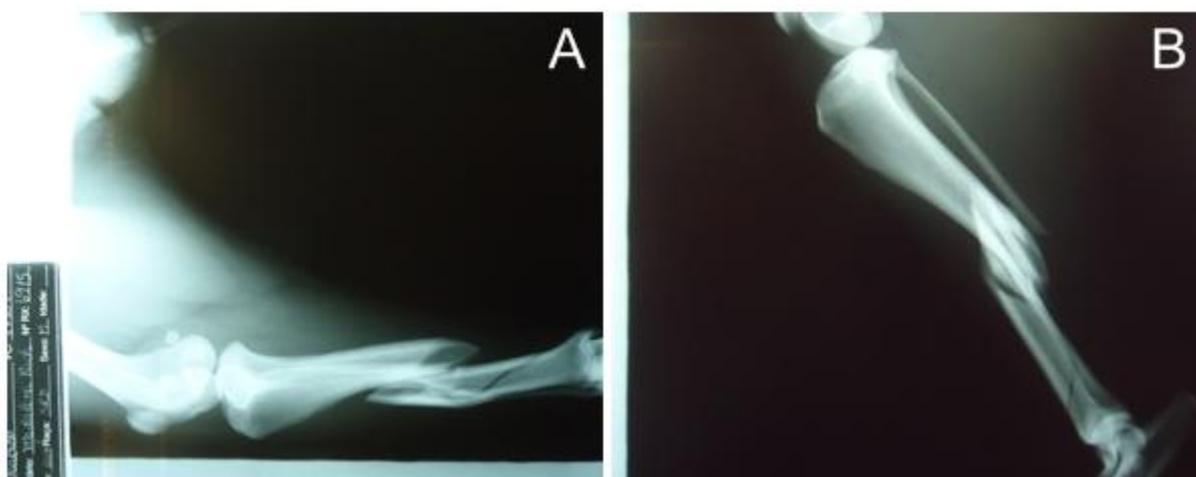


Figura 19—Imagem radiográfica latero-lateral indicando a fratura de terço médio de tíbia em um dos pacientes que foi encaminhado para a osteossíntese de tíbia na UHAC- PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. A: posicionamento dorso-ventral. B: posicionamento latero-lateral.

Foram acompanhados três casos relacionados com o sistema tegumentar (Tabela 9) durante o período de estágio na UHAC-PUCPR.

Tabela 9 - Número de procedimentos e respectivas porcentagens relacionadas ao sistema tegumentar, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Biópsia incisional	1	34%
Retirada de tumor Superficial	1	33%
Retirada de tumor em coxim	1	33%
Total	3	100%

As biópsias incisionais são geralmente realizadas para a retirada de um fragmento da tumoração para ser realizado o exame histopatológico para chegar ao diagnóstico, antes da excisão total da massa. Com o resultado do exame, pode-se fazer a escolha do tratamento mais adequado para cada paciente. No caso acompanhado, foi realizada uma incisão cutânea de aproximadamente 7 cm, na região mais central da massa. Foi colhido um fragmento da cápsula do tumor, e outros dois fragmentos da região mais interna. A dermorráfia foi realizada com fio náilonmonofilamentar 2-0 em pontos simples isolados. Os materiais retirados foram armazenados em formaldeído aquoso a 10% e encaminhado para o laboratório para a realização do exame histopatológico. A partir dos fragmentos foi constatado que a massa era um sarcoma indiferenciado. Pequenas amostras para a identificação de neoplasias podem ser removidas através de instrumentos de biópsia, ou por meio de uma pequena incisão (biópsia incisional). As razões para a realização da biópsia antes da excisão completa do tumor é que o tipo e grau da neoplasia podem alterar a extensão da ressecção necessárias, como a determinação do tamanho das margens (ROSENTHAL, 2004).



Figura 20 -Paciente após a realização da biópsia incisional acompanhada na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. A seta indica o local da incisão.

Nos casos relacionados ao sistema oftálmico, foram acompanhados três pacientes (Tabela 10), sendo que em dois deles foi realizada a enucleação, e em um paciente foi realizado o sepultamento da glândula da terceira pálpebra. Em dois pacientes optou-se por fazer a enucleação, pois em um dos casos, o animal apresentava uma neoplasia intra-ocular, e o outro paciente passou por um trauma, ocorrendo a perfuração do globo ocular. Em ambos os casos, foi realizada a enucleação subconjuntival, que é a técnica mais utilizada (WOLK e SOUZA, 2009).

Tabela 10 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema oftálmico, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Enucleação	2	67%
Sepultamento da glândula da terceira pálpebra	1	33%
Total	3	100%

Nos pacientes que realizou-se a enucleação, procedeu-se a cantotomia lateral, incisão da conjuntiva perilimbal, dissecação junto ao globo, secção dos músculos junto ao bulbo, tração, ligadura do nervo óptico, veia e artéria óptica com fio poliglactina 910, diâmetro 3-0, logo após foi seccionado o nervo óptico. O local foi lavado com solução de cloreto de sódio a 0,9%. Foi retirada a terceira pálpebra juntamente com sua glândula, e o tarso palpebral. Por fim realizada a sutura da pele, com náilon monofilamentar diâmetro 3-0, e padrão simples e isolado. Segundo Wouk e Souza (2009), a técnica para a realização da enucleação subconjuntival deve ser iniciada por uma cantotomia lateral, facilitando o acesso ao bulbo ocular. Inicialmente o bulbo é incisado na região perilimbal, realizando-se a divulsão da conjuntiva e da cápsula de Tenon em 360 graus. Os músculos extra-oculares devem ser dissecados e seccionados próximos a sua inserção na esclera. O nervo óptico deve ser localizado e clampeado com uma pinça hemostática, e é feita a ligadura com fio absorvível 3-0 ou 4-0. O nervo óptico deve ser resseccionado aproximadamente 5 milímetros posteriormente ao bulbo ocular. A membrana nictante é clampeada em sua base e excisada juntamente com sua glândula. As margens palpebrais também são excisadas. É indicada a sutura da conjuntiva remanescente realizada com fio de sutura absorvível 3-0 ou 4-0 em padrão contínuo. A sutura da pele é realizada com pontos simples isolados, com fios monofilamentados 3-0 ou 4-0.

Dentre os casos acompanhados relacionados ao sistema digestório (Tabela 11), foi acompanhado um procedimento de saculectomia por ingurgitação dos sacos anais. De acordo com Hedlund e Fossum (2008), saculites anais acometem 10% dos cães, sendo que a maioria dos casos é causada por conta da infecção ou obstrução do ducto, com conseqüente acúmulo anormal de secreção do saco anal.

Tabela 11 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema digestório, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Retirada de tumor perianal	1	25%
Saculectomia	1	25%
Retirada de tumor labial	1	25%
Biópsia hepática	1	25%
Total	4	100%

A literatura indica duas técnicas para a saculectomia, a técnica aberta e a técnica fechada. A técnica aberta possibilita a exposição do revestimento secretório do saco anal, ajudando a garantir sua completa remoção, sendo removido juntamente o ducto do saco anal e seu orifício. Consiste em inserir uma tentacânula no ducto e no saco anal, deixando a ponta direcionada para a superfície cutânea. A incisão é feita sobre o sulco da tentacânula, com início no orifício anal e se estende por toda a extensão da glândula. De acordo com a preferência do cirurgião, pode ser colocado a lâmina de uma tesoura no ducto e saco anal, impulsionando a tesoura na direção da superfície cutânea. A mucosa do saco anal deve ser pinçada ventralmente com o auxílio de uma pinça de *Allis*. O saco é afastado caudalmente e separado juntamente com seu ducto do tecido circunjacente através da dissecação. Após isso, é feita a raspagem levemente ao longo da superfície exterior do saco anal com uma lâmina, transecionando as fibras musculares aderidas. Incisa-se então em torno do orifício do ducto e do saco, e o ducto e seu orifício são removidos. O tecido subcutâneo e a pele devem ser fechados como a rotina de cada lugar (ARONSON, 2007).

Na técnica fechada, a excisão do saco anal é feita sem que haja exposição do lúmen do saco anal. É recomendada para ressecção de tumores do saco anal, e quando realizada em furões, por conta do odor extremamente forte de sua secreção. O saco anal pode ser preenchido com algumas substâncias (por exemplo o acrílico odontológico), para facilitar a retirada do saco, pois preenchido fica mais definido. a técnica consiste em realizar a incisão vertical sobre o saco anal, e separá-lo da musculatura através da dissecação dos tecidos que o envolvem. Como o saco anal é firmemente ligado ao esfíncter anal externo, é necessária a transecção das fibras

desse músculo aderidas ao saco, tendo cuidado para não ocasionar lesão permanente ao esfíncter anal externo. O ducto é ligado antes de sua ressecção, próximo a sua abertura. Após a remoção do saco, o esfíncter anal, subcutâneo e pele são suturados pelas técnicas de rotina. (ARONSON, 2007)

No caso de saculectomia acompanhada durante o estágio (Figura 18), foi realizada a saculectomia pela técnica fechada, como descrita na literatura acima, pois não foi aberto o lúmen do saco anal para a sua exisão. A técnica fechada também tem menores chances de contaminação e possibilita a retirada do saco anal por completo. Primeiramente foi realizada uma bolsa de tabaco para impedir a contaminação por fezes. A incisão de pele foi realizada na região central da glândula ingurgitada. A região foi dissecada cuidadosamente para não romper o saco anal. Quando o saco já estava dissecado, foi realizada uma ligadura circular no ducto da glândula com fio poliglactina 910 de diâmetro 2-0, e o saco anal foi removido. Após a remoção do saco anal, foi necessário fazer uma plastia para a retirada de pele excedente da região. Em seguida, foi realizada a sutura de aproximação das bordas, com o padrão *walkingsuture*, fio poliglactina 910, 2-0. A dermorráfia foi feita com fio náilon monofilamentar 2-0 em pontos simples isolados.

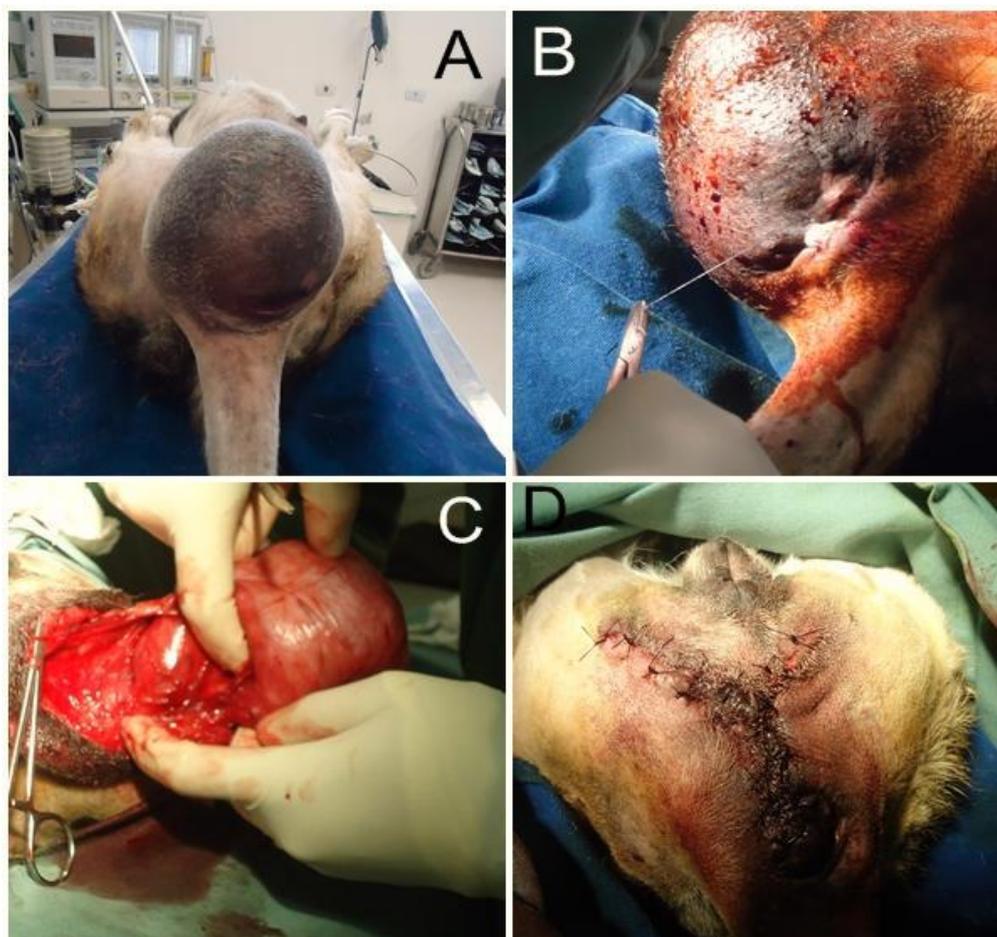


Figura 21 - Saculectomia acompanhada na UHAC-PUCPR, onde foi realizado o estágio curricular supervisionado no período de 01 a 30 de setembro de 2012. A: Saco anal com conteúdo acumulado; B: Bolsa de tabaco no ânus do paciente; C: Dissecção do saco anal; D: Paciente ao final do procedimento, após passar pela plastia para remoção do excesso de pele.

Dentre os procedimentos relacionados ao sistema urinário, as uretostomias aparecem em 67% dos casos vistos. Esse procedimento é indicado quando há uma lesão permanente na uretra distal. Em gatos, após repetidas obstruções uretrais, é indicada a uretostomia perineal (BJORLING, 2007). Os pacientes que foram submetidos a uretostomia eram gatos, machos e com obstrução uretral, que não tiveram sucesso com as tentativas de desobstrução pela retrohidropulsão.

Tabela 12 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas ao sistema urinário, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Uretrostomia perineal	2	67%
Cistotomia exploratória	1	33%
Total	3	100%

Os pacientes encaminhados para a uretostomia foram posicionados em decúbito ventral com os membros pélvicos livre na extremidade da mesa. A cauda foi amarrada por cima da linha média dorsal. Foi feita a bolsa de tabaco no ânus dos pacientes. Foi realizada uma incisão elíptica com início entre o ânus e o escroto, ao redor do escroto e do prepúcio. A orquiectomia foi realizada como parte do procedimento. O pênis foi liberado de suas inserções do canal pélvico, e os músculos isquiocavernosos foram localizados e seccionados. O músculo retrator do pênis foi excisado, e foi dissecionado até a visualização das glândulas bulbouretrais. Foi então realizada a incisão na linha média dorsal da uretra, até a altura das glândulas bulbouretrais e a ressecção do pênis distal. A uretra foi suturada na pele com fio polipropileno de espessura 5-0, em pontos simples isolados, que foram realizados alternando o lado direito e esquerdo, em toda a extensão da uretra. A técnica utilizada no local de estágio é uma das técnicas existentes para a uretostomia, a qual, segundo a literatura, consiste em, após realizar a bolsa de tabaco no ânus do animal, fazer uma incisão elíptica em torno do escroto e prepúcio, e em casos de gatos não castrado, realizar a castração nesse momento. O cirurgião deve divulsionar e dissecionara musculatura para liberar o pênis das inserções do canal pélvico, conseguindo identificar e seccionar os músculos isquiocavernosos. O tecido fibroso que adere o pênis ao púbis deve ser dividido. O pênis é isolado através da divulsão e dissecção, tomando o cuidado para não lesionar a inervação peniana. O músculo retrator do pênis é visualizado na região dorsal do pênis, e deve ser excisado. A dissecção deve continuar cranialmente até a identificação das glândulas bulbouretrais. Antes da incisão da uretra deve-se realizar a dissecção suficiente para permitir que as glândulas bulbouretrais estejam situadas na altura da incisão cutânea. A uretra deve ser

incisada na linha média dorsal, iniciando distalmente e continuada até as glândulas bulbouretrais. A parede da uretra deve ser suturada à pele, com fio de sutura não absorvível monofilamentar 4-0 ou 5-0, padrão interrompido, iniciando na extensão cranial da incisão uretral. Os pontos laterais devem ser realizados alternando o lado direito e esquerdo. A transecção do pênis deve ser realizada, e o pênis distal e o escroto devem ser descartados. A ferida restante deve ser fechada por técnica de rotina. (BJORLING, 2007)

Nos casos relacionados a outros sistemas (Tabela 13), foram acompanhados quatro procedimentos de laparotomia exploratória.

Tabela 13 - Número de procedimentos e porcentagens relacionadas a outros sistemas, acompanhados no estágio curricular supervisionado na UHAC-PUCPR no período de 01 a 30 de setembro de 2012.

Procedimento	Número de Casos	Porcentagem (%)
Evisceração	2	25%
Laparotomia exploratória	4	50%
Explenectomia	1	12,5%
Retirada de tumor toracolombar	1	12,5%
Total	8	100%

As laparotomias exploratórias são indicadas em casos que exames físicos, clínicos e de imagem não são suficientes para chegar a um diagnóstico definitivo, em afecções relacionadas a órgãos situados na cavidade abdominal. (CHIORATTO e TUDURY, 2009)

Em um dos casos acompanhados, a paciente canina, castrada a mais de um ano, estava apresentando sangramento vaginal. Os exames realizados não apontaram alterações. A paciente foi encaminhada para a realização da laparotomia exploratória onde foi realizada uma incisão pré-retro umbilical mediana, e acessada a cavidade abdominal. Os órgãos abdominais foram cuidadosamente inspecionados, e constatou-se que a paciente possuía um ovário remanescente (ovário direito). As três pinças foram colocadas e realizado uma ligadura com poliglactina 910, 2-0. O ovário remanescente foi removido. Além do ovário remanescente, foi encontrado o coto uterino fibrosado, e com conteúdo em seu interior. As três pinças foram

instaladas acima da cérvix, e o tecido fibrosado foi removido. Foi realizada uma ligadura circular, e na extremidade do coto, uma sutura de *cushing*, ambas com fio poliglactina 910, 2-0. A síntese da musculatura foi realizada com padrão de sutura simples contínuo, com fio poliglactina 910, espessura 2-0. Para o subcutâneo foi utilizado o mesmo fio, com padrão subcuticular, e na pele foi utilizado náilonmonofilamentar 2-0 em pontos simples isolado.

5. SUGESTÕES

Nas duas instituições em que o estágio curricular foi realizado, percebeu-se que a anamnese dos pacientes era realizada de maneira precária, pois faltavam várias informações nas fichas dos pacientes. Sugiro que seja reformulada a ficha de anamnese, para que seja a mais completa o possível.

Para a UHAC-PUCPR, sugere-se que seja implantado um sistema de plantão, para possibilitar o acompanhamento e monitoração de pacientes críticos, durante todo o período de tratamento e/ou pós operatório. Além disso, a divisão do centro cirúrgico, pois muitas vezes, eram realizadas uma cirurgia limpa e uma cirurgia contaminada ao mesmo tempo, no mesmo ambiente, por conta do centro cirúrgico contar com duas mesas para cirurgia. Recomendo também que os residentes, principalmente os de anestesiologia e da clínica cirúrgica não circulem na área comum do hospital, e entrem com a mesma roupa (pijama cirúrgico) dentro do centro cirúrgico.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio curricular é fundamental na formação do acadêmico de medicina veterinária, possibilitando ao aluno o acompanhamento de outras realidades, e a prática dos conhecimentos adquiridos na graduação, além da troca de experiência com outros acadêmicos, professores e veterinários, o que contribui ainda mais para a formação profissional. Porém, o estágio não ficou limitado nos conhecimentos técnicos, e se expandiu para a convivência, cooperação e o trabalho em grupo.

Durante o período de estágio, foram observadas diferentes realidades, uma na instituição pública, e outra em uma particular, permitindo uma visão crítica sobre vários aspectos distintos entre os dois locais de estágio.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO F.P., GONÇALVES L.P., TUDURY E.A., POTIER G.M.A. Cirurgias Gerais Especiais TUDURY E.A. e POTIER G.M.A **Tratado de Técnica Cirúrgica Veterinária**, São Paulo MedVet, 1ª Ed, 2009, p. 292-299.

ARONSON L. Reto e Ânus In: SLATTER D. **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais**, São Paulo Manole, 3ª Ed, 2007, p. 700.

BJORLING D.E. Uretra In: SLATTER D. **Manual de Cirurgia de Pequenos Animais**, São Paulo Manole, 3ª Ed, 2007, p. 1642.

BOJRAB M.J., GRIFFIN C.E., RENEGAR W.R. Ouvido In: BOJRAB M.J. **Mecanismos da Moléstia na Cirurgia dos Pequenos Animais**, São Paulo Ed Manole, 2ª Ed, 1999, p. 144.

CHIORATO R., TUDURY E.A. Celiotomia – Laparotomia In: TUDURY E.A. e POTIER G.M.A **Tratado de Técnica Cirúrgica Veterinária**, São Paulo MedVet, 1ª Ed, 2009, p. 223.

ELLISON G.W. Ressecção e Anastomose Intestinais In BOJRAB M.J. **Técnicas Atuais em Cirurgia de Pequenos Animais**, São Paulo Roca, 3ª Ed, 2005, p. 232.

FOSSUM T.W. Cirurgia da Orelha In FOSSUM T.W. **Cirurgia de Pequenos Animais**, Rio de Janeiro Elsevier, 3ª Ed, 2008, p. 307.

HEDLUND C.S. Cirurgia do Olho In FOSSUM T.W. **Cirurgia de Pequenos Animais**, Rio de Janeiro Elsevier, 3ª Ed, 2008, p. 266.

HEDLUND C.S. Cirurgia dos Sistemas Reprodutivo e Genital In FOSSUM T.W. **Cirurgia de Pequenos Animais**, Rio de Janeiro Elsevier, 3ª Ed, 2008, p. 702; 728.

McCAW D.L. Moléstias da Glândula Mamária In: BOJRAB M.J. **Mecanismos da Moléstia na Cirurgia dos Pequenos Animais**, São Paulo Ed Manole, 2ª Ed, 1999, p.218.

QUEIROGA F., LOPES C. Tumores Mamários Caninos – Novas Perspectivas. **Congresso de Ciências Veterinárias**, SPCV, Oeiras, 2002, p. 185-188.

ROSENTHAL R.C. **Segredos em Oncologia Veterinária**, Porto Alegre Artmed 1ª Ed, 2004, p. 54.

SANTOS S.I.R. Otohematoma Canino: Epidemiologia e Terapêutica. **Dissertação de Mestrado em Medicina Veterinária Lisboa**, Universidade Técnica de Lisboa, Faculdade de Medicina Veterinária 2008, p. 13.

SCHWARZ P.D. Biomecânica das Fraturas do Esqueleto Apendicular: Causas e Avaliação In: BOJRAB M.J. **Mecanismos da Moléstia na Cirurgia dos Pequenos Animais**, São Paulo Ed Manole, 2ª Ed, 1999, p. 1179.

TOBIAS K.M. Mastectomia In: TOBIAS K.M. **Manual de Cirurgia de Tecidos Moles em Pequenos Animais**, São Paulo Ed Roca, 2011, p. 59.

WOLK A.F.P.F., SOUZA A.L.G. Técnica Operatória Oftalmológica In: TUDURY E.A. e POTIER G.M.A **Tratado de Técnica Cirúrgica Veterinária**, São Paulo MedVet, 1ª Ed, 2009, p. 368.