

Instituto Politécnico de Saúde – Norte  
Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

## **Relatório de Estágio**

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado em  
Podiatria Clínica do Instituto Politécnico de Saúde  
– Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do  
Ave, para obtenção do grau de Mestre.

Por

**Cátia Sampaio**

Vila Nova de Famalicão

Janeiro, 2013



# Índice

Índice de Figuras .....	V
Índice de Tabelas.....	VII
Índice de Anexos.....	XIII
Listas.....	XV
Abreviaturas.....	XV
Símbolos.....	XV
Siglas.....	XV
Resumo .....	XVII
Abstract.....	XIX
Introdução.....	1
1    Fundamentação teórica.....	5
1.1    A Diabetes .....	5
1.1.1    Diabetes Melitos tipo I.....	7
1.1.2    Diabetes melitos tipo II.....	8
1.1.3    Diabetes gestacional.....	8
1.2    O pé diabético .....	9
1.2.1    Neuropatia.....	10
1.2.2    Vasculopatia .....	12
1.2.3    Alterações biomecânicas .....	13
2    Objetivos.....	17
2.1    Objetivos Gerais.....	17
2.2    Objetivos específicos .....	18
3    Centros de Estágio.....	19
3.1    Centro Hospitalar do Alto Ave .....	19
3.1.1    Instalações, serviço e equipamentos.....	20

3.1.2	Consultas/intervenções .....	21
3.1.3	Observações.....	35
3.2	Pólo de Valongo- Centro Hospitalar de São João.....	36
3.2.1	Instalações, serviço e equipamentos .....	37
3.2.2	Consultas/intervenções .....	37
3.2.3	Cirurgias .....	49
3.2.4	Observações.....	50
3.3	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho.....	50
3.3.1	Instalações, serviços e equipamentos.....	51
3.3.2	Consulta/intervenção Ortopedia.....	52
3.3.3	Consulta/intervenção Pé Diabético .....	64
3.3.4	Cirurgias .....	79
3.3.5	Observações.....	79
3.4	Podó Fátima.....	79
3.4.1	Instalações, serviços e equipamentos.....	80
3.4.2	Intervenção .....	80
3.4.3	Observações.....	84
3.5	Seminários.....	85
3.5.1	Seminário de Ortopedia Infantil.....	85
3.5.2	Seminário do calçado .....	85
3.5.3	VII Jornadas de Guimarães.....	86
3.5.4	Seminário de feridas.....	86
3.5.5	VII Congresso Nacional de Podologia em Aveiro .....	86
3.5.6	Seminário de Homeopatia .....	86
4	Conclusão.....	89
5	Referências bibliográficas.....	91
	Anexos.....	93

## Índice de Figuras

FIGURA 1- AVALIAÇÃO COM DOPPLER (IMAGEM PRODUZIDA DURANTE O ESTÁGIO) .....	29
FIGURA 2 – AVALIAÇÃO COM MONOFILAMENTO 10GR (IMAGEM PRODUZIDA DURANTE O ESTÁGIO) .....	29
FIGURA 3 – AVALIAÇÃO COM DIAPASÃO 128 Hz (IMAGEM PRODUZIDA DURANTE O ESTÁGIO) .....	31
FIGURA 4 – IMPRESSÃO PLANTAR EM PODOSCÓPIO (IMAGEM PRODUZIDA DURANTE O ESTÁGIO) .....	33
FIGURA 5 – AMPUTAÇÃO (IMAGEM PRODUZIDA DURANTE O ESTÁGIO) .....	43
FIGURA 6 – HAV (IMAGEM PRODUZIDA DURANTE O ESTÁGIO) .....	44



## Índice de Tabelas

TABELA 1 - GÉNERO CHAA.....	21
TABELA 2 - MÉDIA DE IDADES CHAA.....	21
TABELA 3 - PROFISSÃO CHAA.....	22
TABELA 4 - DIAGNÓSTICO DE DM CHAA.....	23
TABELA 5 - DIAGNÓSTICO DE DM TIPOII CHAA.....	24
TABELA 6 - FREQUÊNCIA DE MEDIÇÕES DA GLICEMIA CHAA.....	24
TABELA 7 - TABELA DE MÉDIA DE VALORES CHAA.....	25
TABELA 8 - ANTECEDENTES FAMILIARES COM HISTÓRIA DE DM CHAA.....	26
TABELA 9 - DOENÇAS CONCOMITANTES CHAA.....	26
TABELA 10 - DOENÇAS DE CONSEQUÊNCIA DA DM CHAA.....	26
TABELA 11 - HISTÓRIA DE AMPUTAÇÃO OU ÚLCERA NO PÉ CHAA.....	27
TABELA 12 - DEFORMIDADES ESTRUTURAIS DO PÉ CHAA.....	27
TABELA 13- TESTE COM DOPPLER PARA VERIFICAÇÃO DE PULSO PEDIOSO CHAA.....	28
TABELA 14 - PULSO TIBIAL POSTERIOR CHAA.....	28
TABELA 15 - ÍNDICE TORNOZELO-BRAÇO CHAA.....	29
TABELA 16- TESTE DE MONOFILAMENTO CHAA.....	30
TABELA 17 - TESTE DIAPASÃO 128 HZ NA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA CHAA.....	30
TABELA 18 - TESTE DE DIAPASÃO 128HZ NO MALÉOLO INTERNO CHAA.....	31
TABELA 19 - TESTES MUSCULARES CHAA.....	32
TABELA 20 - IMPRESSÃO PLANTAR CHAA.....	32
TABELA 21 - POSIÇÃO CALCÂNEO CHAA.....	33
TABELA 22 - DIAGNÓSTICO CHAA.....	34
TABELA 23 - TRATAMENTO EFETUADO CHAA.....	34
TABELA 24 - TRATAMENTO DOMICILIAR RECOMENDADO CHAA.....	35
TABELA 25- OBSERVAÇÕES CHAA.....	35
TABELA 26 - GÉNERO PV.....	38
TABELA 27 - MÉDIA DE IDADES PV.....	38
TABELA 28 - PROFISSÃO PV.....	38
TABELA 29 - DIAGNÓSTICO DA DM PV.....	39
TABELA 30 - TIPO DE DIABETES MELITOS PV.....	40
TABELA 31 - CLASSIFICAÇÃO DA DM TIPO II PV.....	40
TABELA 32 - FREQUÊNCIA DAS MEDIÇÕES DA GLICEMIA PV.....	40
TABELA 33 - TABELA DE MÉDIA DE VALORES PV.....	41
TABELA 34- HISTÓRIA FAMILIAR DE DM PV.....	41

TABELA 35 – DOENÇAS CONCOMITANTES PV .....	42
TABELA 36 - DOENÇAS CONSEQUENTES DA DM PV .....	42
TABELA 37 – HISTÓRIA DE AMPUTAÇÃO OU DE ÚLCERA NO PÉ PV .....	43
TABELA 38 – DEFORMIDADES ESTRUTURAIS DO PÉ PV .....	44
TABELA 39 – TESTE COM DOPPLER PARA MEDIÇÃO DE PULSO PEDIOSO PV .....	45
TABELA 40 – TESTE COM DOPPLER PARA MEDIÇÃO DO PULSO TIBIAL PV .....	45
TABELA 41 – ÍNDICE TORNOZELO BRAÇO PV .....	45
TABELA 42 – TESTE DE MONOFILAMENTO DE 10GR PV .....	46
TABELA 43 – TESTE DE DIAPASÃO 128HZ NA ARTICULAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA PV .....	46
TABELA 44 - TESTE DIAPASÃO DE 128HZ NO MALÉOLO INTERNO PV .....	47
TABELA 45 – TESTES MUSCULARES PV .....	47
TABELA 46 – POSIÇÃO DE ANTEPÉ E RETROPÉ EM CADEIA CINÉTICA ABERTA PV .....	48
TABELA 47 - DIAGNÓSTICO PV .....	48
TABELA 48 – TRATAMENTO EFETUADO PV .....	48
TABELA 49 – TRATAMENTO DOMICILIAR RECOMENDADO PV .....	49
TABELA 50 – GÊNERO CHVNG .....	52
TABELA 51 – MÉDIA DE IDADES CHVNG .....	52
TABELA 52 – MANOBRA DE ORTOLANI CHVNG .....	53
TABELA 53 – AVALIAÇÃO NO PODOSCÓPIO CHVNG .....	53
TABELA 54 – AVALIAÇÃO ARTICULAR CHVNG .....	53
TABELA 55 - AVALIAÇÃO ARTICULAR CHVNG .....	53
TABELA 56 - AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS CHVNG .....	54
TABELA 57 – AVALIAÇÃO DE ASSIMETRIAS/ DISMETRIAS CHVNG .....	54
TABELA 58- PALPAÇÃO CHVNG .....	54
TABELA 59 – RX REQUERIDO CHVNG .....	55
TABELA 60 - TAC REQUERIDA CHVNG .....	55
TABELA 61 – RM REQUERIDA CHVNG .....	55
TABELA 62 – ANÁLISES CLÍNICAS CHVNG .....	55
TABELA 63 – ECOGRAFIA REQUERIDA CHVNG .....	56
TABELA 64 – RX COMPLEMENTAR CHVNG .....	56
TABELA 65 – TAC COMPLEMENTAR CHVNG .....	56
TABELA 66 – RM COMPLEMENTAR CHVNG .....	56
TABELA 67 – ANÁLISES CLÍNICAS COMPLEMENTARES CHVNG .....	57
TABELA 68 – ECOGRAFIA COMPLEMENTAR CHVNG .....	57
TABELA 69 – LUXAÇÃO CONGÊNITA DA ANCA CHVNG .....	57
TABELA 70 - HETEROMETRIAS CHVNG .....	58
TABELA 71 - ESCOLIOSE CHVNG .....	58



TABELA 72 - TÓRAX EM QUILHA CHVNG .....	58
TABELA 73 - SÍNDROME TRICORRINOFALÂNGICO CHVNG.....	58
TABELA 74 - ASSIMETRIAS CHVNG.....	59
TABELA 75 - ARTRITE SÉPTICA DA ANCA CHVNG .....	59
TABELA 76 - INFEÇÃO CHVNG .....	59
TABELA 77 - LIMITAÇÃO OU AUMENTO ARTICULAR CHVNG.....	59
TABELA 78 - SÍNDROMA PIRAMIDAL CHVNG .....	60
TABELA 79 - VALGUISMO OU VARISMO DO PÉ CHVNG.....	60
TABELA 80 - SUPRADUÇÃO DE DEDOS CHVNG .....	60
TABELA 81 - DEDOS EM MOLA CHVNG.....	60
TABELA 82 - GENU VALGO CHVNG.....	61
TABELA 83 - PÉ PLANO CHVNG .....	61
TABELA 84 - PÉ CAVO CHVNG.....	61
TABELA 85 - BUNION NA 1ª ARTICULAÇÃO METATARSO-FALÂNGICA CHVNG .....	61
TABELA 86 - CONDROMALÁCIA CHVNG .....	62
TABELA 87 - TENDINITE CHVNG.....	62
TABELA 88 - FIBROMA NÃO OSSIFICANTE DA TÍBIA CHVNG.....	62
TABELA 89 - OSTEOGÉNESE IMPERFEITA DA ANCA CHVNG.....	62
TABELA 90 - HIPERLAXIDEZ LIGAMENTAR CHVNG.....	63
TABELA 91- TRATAMENTO RECOMENDADO CHVNG .....	63
TABELA 92 - OBSERVAÇÕES CHVNG .....	64
TABELA 93 - GÊNERO CHVNG2.....	64
TABELA 94 - TIPO DE PÉ CHVNG2.....	65
TABELA 95 - LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NO PÉ DIREITO CHVNG2.....	65
TABELA 96 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO PÉ ESQUERDO CHVNG2.....	65
TABELA 97 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO CALCANHAR CHVNG2 .....	66
TABELA 98 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO HALLUX CHVNG2 .....	66
TABELA 99 - LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NO 2º DEDO CHVNG2.....	66
TABELA 100 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 3º DEDO CHVNG2.....	66
TABELA 101 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 4º DEDO CHVNG2.....	67
TABELA 102 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 5º DEDO CHVNG2 .....	67
TABELA 103 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 1º MTT CHVNG2.....	67
TABELA 104 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 2º MTT CHVNG2 .....	67
TABELA 105 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 3º MTT CHVNG2.....	68
TABELA 106 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 4º MTT CHVNG2.....	68
TABELA 107 - LOCALIZAÇÃO DE PATOLOGIA NO 5º MTT CHVNG2 .....	68
TABELA 108 - LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NO MALÉOLO EXTERNO DIREITO CHVNG2 .....	69

TABELA 109 – LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NO BORDO MEDIAL CHVNG2.....	69
TABELA 110 – LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NO BORDO EXTERNO DO PÉ CHVNG2.....	69
TABELA 111 – LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NA PERNA DIREITA CHVNG2.....	69
TABELA 112 – LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA NA PERNA ESQUERDA CHVNG2.....	70
TABELA 113 – LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA DORSAL CHVNG2.....	70
TABELA 114 – LOCALIZAÇÃO DA PATOLOGIA PLANTAR CHVNG2.....	70
TABELA 115 - ONICOGRIFOSE CHVNG2.....	70
TABELA 116 - ONICOCRIPTOSE CHVNG2.....	71
TABELA 117 - ÚLCERA CHVNG2.....	71
TABELA 118 - ESFACELAMENTO CHVNG2.....	71
TABELA 119 - QUEIMADURA CHVNG2.....	71
TABELA 120 – NECROSE CHVNG2.....	72
TABELA 121 – AMPUTAÇÃO NO PÉ DIREITO CHVNG2.....	72
TABELA 122 – AMPUTAÇÃO NO PÉ ESQUERDO CHVNG2.....	72
TABELA 123 – AMPUTAÇÃO BILATERAL CHVNG2.....	73
TABELA 124 – AMPUTAÇÃO NO HALLUX CHVNG2.....	73
TABELA 125 – AMPUTAÇÃO NO 2º DEDO CHVNG2.....	73
TABELA 126 – AMPUTAÇÃO NO 3º DEDO CHVNG2.....	73
TABELA 127 – AMPUTAÇÃO NO 3º DEDO CHVNG2.....	74
TABELA 128 – AMPUTAÇÃO NO 5º DEDO CHVNG2.....	74
TABELA 129 – AMPUTAÇÃO METATÁRSICA CHVNG2.....	74
TABELA 130 – AMPUTAÇÃO TRANSMETATÁRSICA CHVNG2.....	74
TABELA 131 – AMPUTAÇÃO NO 1/3 SUPERIOR DO FÉMUR CHVNG2.....	75
TABELA 132 – DESCARGA EM FELTRO CHVNG2.....	75
TABELA 133 – LIMPEZA COM ÁGUA OXIGENADA CHVNG2.....	75
TABELA 134 – LIMPEZA COM SORO CHVNG2.....	76
TABELA 135 – LIMPEZA COM BETADINE® CHVNG2.....	76
TABELA 136 – PENSO COM INADINE® CHVNG2.....	76
TABELA 137 – PENSO COM ASKINA GEL® CHVNG2.....	76
TABELA 138 – PENSO COM BETADINE POMADA® CHVNG2.....	77
TABELA 139 – APLICAÇÃO DE HALIBUT® NOS BORDOS DA ÚLCERA CHVNG2.....	77
TABELA 140 – APLICAÇÃO DE LIGADURA CHVNG2.....	77
TABELA 141 – PENSO COM CEPTOCOL® CHVNG2.....	77
TABELA 142 – PENSO COM AQUACEL® CHVNG2.....	78
TABELA 143 – HIDRATAÇÃO CHVNG2.....	78
TABELA 144 – ANTIBIÓTICO CHVNG2.....	78
TABELA 145 – OBSERVAÇÕES CHVNG2.....	79

TABELA 146- GÉNERO PF.....	80
TABELA 147 – MÉDIA DE IDADES PF.....	81
TABELA 148 – LOCAL DE INÍCIO DE PEREGRINAÇÃO PF.....	81
TABELA 149 – DRENAGEM PF.....	81
TABELA 150 – DESCARGA EM FELTRO PF.....	82
TABELA 151 – PENSO COM HALIBUT® PF.....	82
TABELA 152 – PENSO COM BACITRACINA® PF.....	82
TABELA 153 – PENSO COM BETADINE® PF.....	82
TABELA 154 – ASSEPTIZAÇÃO COM SORO+BETADINE® PF.....	83
TABELA 155 – APLICAÇÃO DE VOLTAREN® PF.....	83
TABELA 156 – APLICAÇÃO DE FENISTIL® PF.....	83
TABELA 157 – APLICAÇÃO DE GEL REFRESCANTE PF.....	83
TABELA 158 – APLICAÇÃO DE BETADINE® INTERDIGITAL PF.....	84
TABELA 159 – APLICAÇÃO DE LIGADURA NO TORNOZELO PF.....	84
TABELA 160 – OBSERVAÇÕES PF.....	84



## Índice de Anexos

Anexo I – Distribuição dos alunos Centro Hospitalar do Alto Ave e Hospital São João- Polo de Valongo.....	I
Anexo II – Cronograma de Estágio.....	III
Anexo III – Distribuição dos alunos no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho.....	V
Anexo IV – Programa das VII Jornadas de Podologia em Guimarães.....	VII



## Listas

### Abreviaturas

Kg- Quilograma

Cm- Centímetro

M- Metro

Mm- Milímetro

CHAA- Centro Hospitalar do Alto Ave

PV – Polo e Valongo

PF – Podofátima

CHVNG – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

CHVNG2 - Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia 2

### Símbolos

<sup>2</sup>- Ao quadrado

®- Registado

/- Dividir

°- Graus

≥- Maior ou Igual

≤- Menor ou Igual

½- Metade

1/3- Um terço

%- Percentagem

### Siglas

CESPU- Cooperativa de Ensino Superior, Politécnico e Universitário

ESSVA- Escola Superior de Saúde do Vale da Ave

SPSS- Statistical Packstage for the Social Science

DM – Diabetes Melitos



## Resumo

O estágio profissionalizante é obrigatório, de caráter prático e teórico prático, onde se pretende aproximar o estagiário às situações concretas da profissão, em que são aplicados os conhecimentos teóricos e práticos previamente adquiridos. Assim, através da observação de profissionais experientes, quer da área podológica, quer de outras áreas de interesse podológico, pelo contacto com os doentes e, sempre que possível, pela aplicação dos conhecimentos a situações reais, adquirir-se-á vivências favoráveis à consolidação das aprendizagens, consolidando os conhecimentos adquiridos no âmbito da Podiatria Clínica.

O estágio tem uma carga horária total de 330 horas, sendo 240 horas de estágio integrado em locais de exercício profissional, 30 horas de orientação tutorial para preparação de instrumentos de trabalho e discussão de casos clínicos, e 60 horas de seminários, de justificado interesse para a complementaridade formativa.

O estágio decorreu em três Hospitais, Centro Hospitalar do Alto Ave, no Pólo de Valongo – Centro Hospitalar de São João e Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia. Decorreu maioritariamente na consulta de pé diabético, mas também em consulta de ortopedia e cirurgia ortopédica. O voluntariado na semana de Podofátima também está inserido no estágio e é considerado de elevado valor social e profissional.

Para a análise de dados utilizou-se programa SPSS versão 18.0 para o Windows, da Microsoft ®

PALAVRA-CHAVE: Pé Diabético, Neuropatia, Podologia, Estágio Hospitalar



## Abstract

The work experience is required, of a practical and theoretical practice, which aims to bring the trainee to the concrete situations of the profession, which are applied in the theoretical and practical knowledge previously acquired. Thus, through observation of experienced either area podiatry or other foot-related areas of interest, contact with patients and, whenever possible, by the application of knowledge to real life situations, acquire experiences will be favorable to consolidation of learning, consolidating knowledge gained within the Podiatry Clinic.

The stage has a total workload of 330 hours and 240 hours of internship sites integrated into professional practice, 30 hours of tutorials for preparation of tools and discussion of clinical cases, and 60 hours of seminars, justified interest to complementarily formative.

The internship took place in three hospitals, Hospital Center of Alto Ave, Pole Valongo - Hospital Center and Saint John Hospital hundred Vila Nova de Gaia. Consultation took place mostly in diabetic foot, but also in consultation with orthopedics and orthopedic surgery. Volunteering week of Podofátima is also inserted in the stage and is considered high-value social and professional.

KEYWORD: Diabetic Foot, Neuropathy, Podiatry, Hospital Internship



## Introdução

A CESPU, (Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL) é uma Instituição privada, sem fins lucrativos, que tutela administrativamente quatro estabelecimentos de ensino superior particular e cooperativo dos quais fazem parte o Instituto Superior de Ciências da Saúde - Norte e o Instituto Politécnico de Saúde do Norte, composto pela Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA) e pela Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS).

Foi constituída em 27/08/1982, tendo como objetivos a criação de estabelecimentos de ensino superior, universitário e politécnico e a promoção da investigação científica e sua extensão universitária.

Na cidade de V. N. Famalicão, a CESPU iniciou a sua atividade no âmbito do ensino superior politécnico, em 1997, com a criação da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA). Em Março de 2004, foi inaugurado, o novo edifício da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, que se constitui como uma escola modelar para o ensino das ciências e tecnologias da saúde, dispondo atualmente, de 5.555,25 m<sup>2</sup> de área afeta ao ensino, sendo o Professor Doutor António de Almeida Dias, diretor do estabelecimento de ensino.

A Podologia é atualmente um curso na área das ciências e tecnologias da saúde, organizado em dois ciclos de estudos, que prepara os profissionais para exercer a sua atividade com autonomia profissional ao nível da prevenção, diagnóstico e tratamento das patologias do membro inferior, nomeadamente do pé e suas repercussões no Organismo Humano. O primeiro ciclo de estudos é composto por 6 semestres conferindo o grau de licenciado em podologia, seguido de um segundo ciclo de estudos de 4 semestres conferindo o grau de Mestrado. Os dois ciclos de estudos, em conjunto, estão organizados em 5 anos, equivalente a 300 ECTS, dotando o profissional com o grau de especialista em Podiatria Clínica, Podiatria Geriátrica, Podiatria Infantil ou Podiatria do Exercício Físico e do Desporto.

Os dois ciclos de estudos, Licenciatura e Mestrado, têm como objetivo o desenvolvimento de capacidades científicas em Ciências da Saúde e de competências em Técnicas Clínicas, habilitantes para o exercício profissional da atividade clínica em Podologia/Podiatria.

O plano de estudos é organizado de forma permitir a evolução integrada dos conhecimentos culminando com componente elevada de prática clínica, habilitando os licenciados e especialistas com competências de prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças do pé e do membro inferior imprescindíveis ao exercício profissional da atividade clínica de Podiatria.

*“A CESPU — Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, CRL, entidade instituidora do Instituto Politécnico de Saúde do Norte — Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, torna público que, por despacho de 22 de Maio de 2009, do Senhor Ministro da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior foi, ao abrigo do disposto no número 1 do artigo 69.º do Decreto -Lei n.º 74/2006 de 24 de Março, alterado pelo Decreto -Lei n.º 107/2008 de 25 de Junho, autorizado o funcionamento do ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Podiatria Clínica na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte, nos termos constantes ao presente aviso”.*

A Podiatria Clínica é uma especialidade da Podologia que inclui a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das diferentes repercussões sistémicas do Organismo Humano no membro inferior permitindo tratar, de forma preventiva e curativa, as patologias do pé.

O mestrado em Podiatria Clínica pretende fornecer aos profissionais de Saúde que exerçam atividade nesta área, uma preparação específica, teórica e prática que complemente a sua formação de base, permitindo uma atualização em áreas especializadas da Podologia, incluindo os aspetos relacionados com o pé e com o doente. Neste ciclo de estudos, o aluno deve ser capaz de conhecer a fisiologia humana, patologia sistémica vascular, neurológica, endócrina, fisiopatologia do envelhecimento, fisiopatologia da dor, de modo a reconhecer e tratar de forma especializada, através de técnicas conservadoras, cirúrgicas e farmacológicas as diversas alterações do pé e suas repercussões.

O mestrado é constituído por 4 semestres, dos quais são necessários a obtenção de 120 ECTS para a obtenção do grau ou diploma. No primeiro ano são lecionadas as áreas do Pé Diabético, Pé Geriátrico, Pé Neurológico, Pé Vascular, Propedêutica Clínica e Dor. O segundo ano é caracterizado pelo Trabalho de Projeto e pelo Estágio Profissionalizante.

Foi proposto a realização de um relatório de estágio no final do 2º ano do Mestrado de Podiatria Clínica relativo à experiência vivida e aos conhecimentos adquiridos durante as 250 horas de estágio divididas entre o Hospital de Valongo, Guimarães e Gaia/ espinho.

O estágio profissionalizante é obrigatório, de caráter prático e teórico prático, onde se pretende aproximar o estagiário das situações concretas da profissão, em que são aplicados os conhecimentos teóricos e práticos previamente adquiridos. Através da observação de profissionais experientes, quer da área podológica, quer de outras áreas de interesse podológico, pelo contacto com os doentes e, sempre que possível, pela aplicação dos conhecimentos a situações reais, adquirirá vivências favoráveis à consolidação das aprendizagens, consolidando os conhecimentos adquiridos no âmbito da Podiatria Clínica.

Para a elaboração do presente relatório foi realizada uma pesquisa bibliográfica bem como uma colheita de dados e análise estatística dos mesmos com vista a apresentação e resultados e respetivas conclusões. Desta forma, para haver uma melhor compreensão deste trabalho, o relatório está dividido em cinco diferentes capítulos.

No primeiro capítulo, encontramos uma revisão bibliográfica relativa à *Diabetes Mellitus*, indicando os tipos e as consequências da mesma. No segundo capítulo fez-se referência aos objetivos primários e secundários do tema em estudo. O terceiro capítulo, referentes aos locais de estágio faz alusão às instalações, serviços e equipamentos, às consultas e intervenções, cirurgias e observações.

No quarto capítulo encontramos as conclusões do trabalho, que visa dar resposta aos objetivos propostos. Por fim, o último, e quinto capítulo faz referência à bibliografia que foi elaborada obedecendo as normas APA, 5ª edição.





# 1 Fundamentação teórica

Este capítulo aborda o estado da arte do tema em estudo. Realiza-se uma abordagem sobre temáticas relacionadas com a Diabetes, as suas características e o que leva ao Pé Diabético.

## 1.1 A Diabetes

*Diabetes mellitus* é uma doença sistêmica que envolve alterações no metabolismo de hidratos de carbono, lípidos, proteínas e eletrólitos. De caráter crônico e evolutivo, caracteriza-se por deficiência na secreção e/ou ação da insulina, com conseqüente hiperglicemia (Basso, Costa, Magalhães, Rudde, & Calderon, 2007)

Esta hiperglicemia é decorrente da ausência ou incapacidade da insulina em exercer adequadamente seus efeitos nos tecidos alvos (Cordeiro, 2010).

O seu aparecimento está associado à diminuição ou alteração da insulina produzida pelo pâncreas, órgão responsável pela manutenção dos níveis normais de glicose no sangue (Bicudo, 1997).

A diabetes é assintomática nos estágios iniciais, o que retarda seu diagnóstico durante anos (Ochoa-Vigo et al., 2006).

A DM inclui um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia, resultante de defeitos na secreção de insulina e/ou em sua ação. A hiperglicemia manifesta-se por sintomas como poliúria, polidipsia, perda de peso, polifagia e visão turva ou por complicações agudas que podem levar a risco de vida: a cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica. A hiperglicemia crônica está associada a dano, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos. As alterações da tolerância à glicose estão relacionadas a um aumento do risco de doença cardiovascular e de desenvolvimento futuro de diabetes (Gross, Silveiro, Camargo, Reichelt, & Azevedo, 2001).

De acordo com o estudo Prevaldiab (2009), 11,7% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade sofre de diabetes, o que se traduz em mais de 900 000 pessoas. Acima dos 60 anos, cerca de metade dos cidadãos portugueses têm um risco considerável de vir a ter DM. Por outro lado, há que salientar a necessidade de diagnosticar os que não sabem que são portadores de DM, em especial nos grupos etários abaixo dos 40 anos. Em Portugal, diagnosticam-se cerca de 60.000 novos casos de DM anualmente (Alves, 2011).

A prevalência global de diabetes é estimada em 3% e prevê-se dobrar até 2030, em grande parte devido à obesidade epidêmica (Nelson et al., 2012)

A diabetes mal controlada favorece o desenvolvimento de complicações altamente incapacitantes, impedindo que as pessoas continuem a realizar as suas atividades diárias e laborais (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

A DM leva a diversas complicações crônicas que contribuem para o aumento da morbidade e mortalidade dos pacientes. Entre elas, estão as complicações vasculares causadoras de retinopatia e nefropatia, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias e neuropatias (Sacco, Sartor, Gomes, & João, 2007). Aumentando o risco de complicações crônicas microvasculares, neuropáticas e macrovasculares, nos quais se destacam as doenças coronárias, acidentes vasculares cerebrais e doenças vasculares periféricas, concomitante a maior probabilidade de desenvolver hipertensão e obesidade (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

Constitui um importante problema de saúde pública, devido à elevada prevalência e mortalidade, além do elevado custo econômico (Brasileiro, et al., 2005).

Cinquenta por cento das amputações não-traumáticas de membros inferiores são atribuídas ao diabetes e o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população geral. Três anos após amputação de um membro inferior, a percentagem de sobrevivência do indivíduo é de 50%, enquanto, no prazo de cinco anos, a taxa de mortalidade permanece de 39% a 68% (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

Parte relevante dos fatores de risco na DM é suscetível de prevenção primária, através do fornecimento de cuidados preventivos à população. Este fator poderá ser muito significativo na redução dos custos globais com os doentes diabéticos, visto que a educação em diabetes, em especial, melhora o sucesso terapêutico na luta contra a doença (Alves, 2011).

Em relação às intervenções educativas de autocuidado, autores ressaltam as direcionadas ao exame de enfatizarem bom controle glicêmico, da pressão sanguínea, colesterol, dieta e realização regular de exercícios. A educação tem como objetivo sensibilizar, motivar e mudar atitudes da pessoa que deve incorporar a informação recebida, sobre os cuidados com os pés e calçados, no seu dia-a-dia, reduzindo, conseqüentemente, o risco de ferimento, úlceras e infecção (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

Sabe-se que o controle glicêmico adequado e exigente, a par da redução dos outros fatores de risco cardiovascular, tem uma direta relação na redução da incidência de todas as complicações

ligadas à DM, com apreciáveis mais-valias na relação custo-benefício e aumento da esperança média de vida dos doentes diabéticos (Alves, 2011).

Segundo Cordeiro (2010), estudos mostram fortes evidências de que o exercício físico regular, associado a uma dieta equilibrada pode diminuir a incidência de diabetes. Quando realizados de forma regular o exercício físico controla a glicemia nos indivíduos portadores de diabetes melitos devido ao aumento de glicose consumida pelo organismo. Existe também um aumento da sensibilidade do organismo a insulina, levando a uma utilização mais adequada tanto da insulina endógena quanto da exógena. Neste contexto, a prática de exercício físico pode levar à redução da dose diária da medicação.

O diagnóstico correto e precoce do diabetes melito e das alterações da tolerância à glicose é extremamente importante porque permite que sejam adotadas medidas terapêuticas que podem evitar o aparecimento de diabetes nos indivíduos com tolerância diminuída e retardar o aparecimento das complicações crônicas nos pacientes diagnosticados com diabetes (Gross, et al., 2001).

Os critérios de diagnósticos baseiam-se na glicose plasmática de jejum (8 horas), nos pontos de jejum e de 2h após sobrecarga oral de 75g de glicose (teste oral de tolerância à glicose – TOTG) e na medida da glicose plasmática casual (Gross, et al., 2001).

### **1.1.1 Diabetes Melitos tipo I**

A *Diabetes mellitus* Tipo 1 (*Diabetes mellitus* insulino dependente) desenvolve-se, com maior frequência, entre crianças e adolescentes. É conhecido como insulino dependente, pois, devido à produção ineficiente de hormona, torna-se necessária a injeção de insulina (Santos & Enumo, 2003).

NA diabetes tipo I, ocorre ausência ou diminuição da secreção da insulina pelas células beta das ilhotas de Langerhans do pâncreas ocasionada por fatores hereditários, destruição das células beta por anticorpos ou ainda por destruição viral (Cordeiro, 2010).

A destruição das células beta do pâncreas, ocorre normalmente por um processo auto-imune (forma auto-imune; tipo 1A) ou menos comumente de causa desconhecida (forma idiopática; tipo 1B). Na forma auto-imune há um processo de insulite e estão presentes auto-anticorpos circulantes (anticorpos anti-descarboxilase do ácido glutâmico, anti-ilhotas e anti-insulina). De uma forma geral, a instalação do quadro de diabetes tipo 1 auto-imune é relativamente abrupta e muitas vezes o indivíduo pode identificar a data de início dos sintomas (Gross, et al., 2001).

Os doentes com diabetes tipo 1 (DM 1), insulino dependentes, são na sua maioria seguidos em consultas hospitalares e/ou de endocrinologia. Contam com diversos tipos de apoio, incluindo-se a disponibilização de bombas de perfusão subcutânea contínua de insulina, sem encargos para o utente (Warren, 2013)

### **1.1.2 Diabetes melitos tipo II**

As pessoas com diabetes tipo 2 (DM 2) constituem, a maioria dos doentes diabéticos (Alves, 2011).

NA diabetes tipo II, ocorre uma resistência à ação da insulina e sua etiologia a está relacionada, principalmente, com a obesidade (Cordeiro, 2010). É mais comum do que o tipo 1, perfazendo cerca de 90% dos casos de diabetes. É uma entidade heterogênea, caracterizada por distúrbios da ação e secreção da insulina, com predomínio de um ou outro componente. A sua etiologia específica, ainda não está claramente estabelecida. A destruição auto-imune do pâncreas não está envolvida. A idade de início da diabetes tipo 2 é variável, é mais frequente após os 40 anos de idade, com pico de incidência ao redor dos 60 anos. Ao contrário da diabetes tipo 1, na DM tipo 2 a maioria dos pacientes apresenta ocorrência de agregação familiar da diabetes (Gross, et al., 2001).

### **1.1.3 Diabetes gestacional**

A diabetes gestacional é definida como a tolerância diminuída aos hidratos de carbono, de graus variados de intensidade, diagnosticado pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (Gross, et al., 2001).

Os fatores de risco associados são semelhantes aos da diabetes tipo 2, incluindo idade superior a 25 anos, ganho excessivo de peso na gravidez atual, deposição central excessiva de gordura corporal, baixa estatura, crescimento fetal excessivo, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal (Gross, et al., 2001).

É um processo patológico que durante a gestação, pode repercutir na saúde materna, fetal e perinatal. A hiperglicemia materna favorece o crescimento fetal exagerado, a macrossomia, o aumento das taxas de cesarianas, os traumas de canal de parto e a ocorrência de resultados neonatais adversos. As malformações congênitas dependem da presença de hiperglicemia materna no início da gestação e da qualidade de seu controlo, sendo mais comuns na diabetes prévio à gestação (Basso, et al., 2007).

Segundo Cordeiro (2010) a incidência da diabetes gestacional é estimada em torno de 3% a 8% das gestantes (Schmid et al., 2000), com início ou primeiro diagnóstico durante o segundo ou

terceiro trimestres da gestação (American Diabets Association, 1996). Entretanto, a fisiopatologia da diabetes gestacional não está ainda totalmente esclarecida (Maganha, Vanni, Bernardi, & Zugaib, 2003).

A DMG, pode ser controlada e as suas complicações podem ser prevenidas, desde que as grávidas se envolvam em ações, como o monitoramento glicémico diário, adesão à dieta prescrita, atividade física, insulino-terapia. Esses comportamentos são atitudes de autocuidado. A educação para o autocuidado depende da vontade e da percepção do indivíduo sobre a sua condição clínica (Landim, Milomens, & Diógenes, 2008).

As gestantes são reavaliadas com a medida da glicose de jejum 6 semanas após o parto, com a finalidade de reclassificação do seu estado metabólico (Gross, et al., 2001).

## **1.2 O pé diabético**

Denomina-se pé diabético um estado fisiopatológico multifacetado, caracterizado por lesões que surgem nos pés da pessoa com diabetes e ocorrem como consequência de neuropatia em 90% dos casos, de doença vascular periférica e de deformidades (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

O pé diabético constitui a causa mais frequente de complicações, com uma alta taxa de amputação, internação prolongada e custo hospitalar elevado (Brasileiro, et al., 2005).

Pacientes diabéticos que apresentam insensibilidade, fraqueza muscular e diminuição de amplitude de movimento têm maior risco para o desenvolvimento de ulcerações nos pés. Os movimentos mais afetados são a flexão, inversão e eversão de tornozelo e movimentos da primeira articulação metatarso-falângica. Esses movimentos, quando limitados, diminuem a habilidade do complexo do pé de absorver o choque e as rotações transversais durante a marcha, contribuindo para a patogênese da ulceração plantar no pé sem sensibilidade (Sacco, et al., 2007).

Estima-se que atinja cerca de 15% da população diabética em geral e mais de 20% no grupo de doentes com idade superior a 60 anos. A incidência anual de úlcera ou infecção no pé é de 2 a 3%, mesmo entre os doentes que dispõem de atenção médica. Estima-se que dos 15% de diabéticos que virão a desenvolver problemas no pé, 3% sofrerão uma amputação pela coxa ou pela perna e destes, passados cinco anos, 66% sofrerão uma amputação no membro contra lateral. O problema terá maiores dimensões se estivermos perante uma população envelhecida. Entre os doentes com mais de 65 anos, contam-se 60% das amputações (Horta, et al., 2003).

Em 1987 foi criada no Hospital Geral de Santo António a primeira consulta multidisciplinar de pé diabético em Portugal. Até então, o pé diabético era sistematicamente considerado como sendo

isquêmico. O reconhecimento de que os dois tipos de pé, neuropático e isquêmico, tendo características fisiopatológicas, clínicas e prognósticas diferentes, exigem abordagens terapêuticas diferentes, motivou uma redução drástica do número de grandes amputações nos primeiros dois anos de atividade da consulta, apenas por se adotarem medidas mais conservadoras no tratamento do pé neuropático, habitualmente o mais frequente (Horta et al., 2003).

O tratamento bem-sucedido do pé relacionado com a diabetes úlcera de pressão envolve o descarregamento, desbridamento repetido de tecido não-viáveis, revascularização (se for caso disso e passíveis) e é complementado pelo controle da hipertensão glicemia, e hiperlipidemia (Walker et al., 2012).

É importante, ainda na avaliação inicial, determinar o fator etiológico, isquêmico, neuropático ou neuro-isquêmico, que pode ser realizado através de dados clínicos e exames complementares. Para a avaliação vascular, o nível anatômico da estenose arterial pode ser obtido através da palpação de pulsos em membros inferiores. A arteriografia com contraste é considerada o padrão-ouro, mas a medida do índice de pressão tornozelo/braço permanece um instrumento essencial para avaliação, exceto na presença de calcificação de artérias do membro inferior (Brasileiro, et al., 2005).

O repouso e a elevação do membro devem ser iniciados imediatamente, sendo ideal a retirada de todo peso nos membros inferiores. Quanto à infecção, apesar da cultura e do antibiograma ajudarem na escolha de regimes antimicrobianos, na maioria das vezes, a terapia empírica com drogas de largo espectro é necessária antes dos resultados da cultura estarem disponíveis (Brasileiro, et al., 2005).

Mesmo quando a infecção do pé diabético é aguda e relativamente leve, costuma causar morbidade grave, incluindo física e angústia emocional (Lipsky et al., 2012).

### **1.2.1 Neuropatia**

A neuropatia periférica constitui-se no fator significativo que, conduz à lesão/ulceração do membro inferior. Encontra-se presente em aproximadamente 80% a 85% dos casos e pode comprometer as fibras sensitivas, as motoras e as autonômicas. O componente sensitivo produz perda gradual da sensibilidade à dor, percepção da pressão plantar, temperatura e propriocepção. Quanto ao componente motor, este contribui para atrofia e fraqueza dos pequenos músculos dorsais, desencadeando desequilíbrio nos tendões flexores e extensores, deformidades e

alterações no modo de caminhar. Já o componente autonômico reduz ou suprime o suor nos pés, deixando-os secos e predispondo-os a rachaduras e fissuras, além de desencadear alterações arteriovenosas. No que diz respeito às mudanças neuropáticas em geral, estas afetam primeiramente os pés e, posteriormente, progridem em direção à perna (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

O fato mais importante da neuropatia periférica sobre o pé diabético é a perda da sensibilidade, que o torna vulnerável aos traumas triviais, é porta de entrada das bactérias, e ocasiona infecções silenciosas e graves, caso não sejam tratadas precocemente (Brasileiro, et al., 2005).

Entre os casos graves hospitalizados, 85% são causados por úlceras superficiais, as quais apresentam comprometimento da sensibilidade protetora plantar, devido à neuropatia periférica, normalmente associada a pequenos traumas, originados por objetos cortantes, andar descalço, uso de calçados impróprios, dermatoses comuns ou manipulações incorretas dos pés e unhas por pessoas não habilitadas (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

As lesões geralmente decorrem de trauma e evoluem frequentemente para gangrena e infecção, ocasionadas por falhas no processo de cicatrização as quais podem resultar em amputação, quando não se institui tratamento precoce e adequado. Cinquenta por cento das amputações não-traumáticas de membros inferiores são atribuídas ao diabetes e o risco de amputação é 15 vezes maior do que na população geral (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

A atrofia muscular observada nos pacientes com neuropatia diabética, especialmente nos músculos intrínsecos do pé, pode causar deformidades, diminuição da amplitude de movimento do pé e tornozelo, contribuindo também para o aumento de pressões plantares. A ulceração é a complicação mais comum do pé diabético e é responsável por mais de 90% dos casos de osteomielite (Sacco, et al., 2007).

O mecanismo da neuropatia diabética não está claro, porém é atribuído à deterioração da função do nervo, subjacente às anormalidades metabólicas e isquemia endoneural da circulação microvascular. Quando a neuropatia periférica se instala, é irreversível, portanto, é particularmente importante que pessoas com diagnóstico recente tenham precaução em relação à sua progressão, mantendo adequado controle glicêmico (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

As pessoas da terceira idade apresentam (pelo próprio processo do envelhecimento) diminuição da sensibilidade protetora, o que não está relacionado, necessariamente, com a neuropatia periférica. Por isso, ao fazer a avaliação deste grupo, o profissional de saúde deve considerar as características da pele à procura de sinais de desidratação, fissuras e diminuição da transpiração em membros inferiores, bem como de descamação (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

O paciente portador de neuropatia nos membros inferiores apresenta um pé com aspeto sadio, com pêlos e mantém pulso arterial normal. Entretanto, a neuropatia sensitivo-motora pode também gerar atrofia da musculatura intrínseca do pé levando a um desequilíbrio entre flexores e extensores dos dedos, conseqüentemente desencadeando alterações como: dedo em garra, dedos em martelo, proeminências das cabeças dos metatarsos, hálux valgo, que alteram os pontos de pressão na região plantar que pode evoluir com calosidades e assim ulcerações (Cordeiro, 2010).

Segundo Cordeiro (2010), este é um problema que acontece, em média, após dez anos de evolução da doença e é a causa mais comum de amputações não traumáticas. Os sintomas apresentados são a parestesia, sensação de queimação, principalmente à noite, pés dormentes e comprometimento na propriocepção.

Mesmo sem presença de deformidades estruturais, recomenda-se uso de palmilhas, para reduzir e amortecer o efeito de tensão repetitiva, sempre que seja identificada neuropatia (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

## **1.2.2 Vasculopatia**

Estudos revelam que a vasculopatia diabética está relacionada com idade e a duração da diabetes melitos. A vasculopatia pode apresentar-se sob duas formas, a micro-angiopatia, que, segundo LoGerfo e Coffman, não é considerada um fator importante na patogênese das lesões, pois apesar do espessamento da membrana basal capilar, não compromete a redução do fluxo sanguíneo para o pé no diabético e a macro-angiopatia, que resulta num processo aterosclerótico que no diabético é mais frequente, prematuro, progressivo e mais distal, portanto, mais grave. No membro inferior, os vasos mais comumente afetados por arteriosclerose são as artérias tibiais (Scheffel et al., 2004).

Há ainda a forma mista (neuro-isquêmica), em que tanto a neuropatia como a angiopatia contribuem para o desenvolvimento de lesões no pé (Brasileiro, et al., 2005).

Esta doença é quatro vezes mais provável de ocorrer em pessoas com diabetes do que na população em geral e sua incidência aumenta gradualmente com a idade e com a duração da doença. Constitui um importante fator de risco para ulceração e amputação, devido ao comprometimento da perfusão sanguínea nos membros inferiores, pois priva os tecidos de adequado fornecimento de oxigênio, nutrientes e antibióticos que prejudica a cicatrização das úlceras, podendo conseqüentemente levar à gangrena. Em pessoas com diabetes, é comum o aparecimento precoce do processo aterosclerótico da doença vascular periférica, o qual pode



progredir mais rapidamente do que na população geral. Este processo aterosclerótico acelerado produz hipercoagulação e aumento da resistência vascular, precipitando a obstrução das artérias e arteríolas distais que, conseqüentemente, dificulta o fluxo sanguíneo. Inicialmente são obliteradas as pequenas artérias tibial e peronial, na altura do joelho e do tornozelo, que podem ser agravadas pelo tabagismo e dislipidemia (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

### **1.2.3 Alterações biomecânicas**

Os fatores mecânicos possuem um papel importante na origem da maioria das úlceras dos pés. As lesões geralmente decorrem de uma deformidade no pé, a qual leva à aplicação repetida de pressão plantar elevada, o que gera stress em determinadas regiões dos pés durante uma caminhada (Cordeiro, 2010).

Entre as alterações biomecânicas, estão as relacionadas com o movimento do corpo, incluindo as forças verticais, horizontais e de acomodação. Na mensuração da biomecânica corporal, destacam-se a força-reação do solo e a distribuição da pressão plantar que ocorreu durante a fase de apoio. Qualquer limitação, na extensão do movimento das articulações do pé, interrompe a mecânica da marcha, o que leva a pessoa a desenvolver um passo disfuncional o qual, certamente, produzirá um dano estrutural maior no pé (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

Estudos têm ressaltado a necessidade dos profissionais de saúde avaliarem os pés das pessoas com diabetes de forma minuciosa e com frequência regular, bem como, desenvolverem atividades educativas visando melhorar o autocuidado e principalmente a manutenção de um bom controle glicêmico. A avaliação dos pés constitui-se em passo fundamental na identificação dos fatores de risco que podem ser modificados, o que, conseqüentemente, reduzirá o risco de ulceração e amputação de membros inferiores nas pessoas com diabetes (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

Os pacientes devem responder a um questionário padronizado que inclui dados de idade, tempo de diagnóstico de diabetes, medicações em uso. O exame físico e a avaliação laboratorial são realizados com a finalidade de avaliar as complicações crônicas e os fatores de riscos para as mesmas (Scheffel, et al., 2004).

A caracterização de pé neuropático é efetuada pela presença de pulsos periféricos e diminuição da sensibilidade à pressão, diminuição esta, pesquisada com o monofilamento de Semmes-Weinstein. Os doentes com diminuição ou ausência quer dos pulsos periféricos, quer dos fluxos arteriais estudados com Doppler, são considerados como portadores de pé predominantemente isquêmico (Horta, et al., 2003).

Autores destacam que a diminuição da sensação protetora, caracterizada pela redução da sensação dolorosa de trauma na pele, bem como a ausência parcial ou total do reflexo Aquileu constituem sinais precoces de futuros processos ulcerativos nos pés, significando alto risco para o desenvolvimento de complicações (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

Segundo Ochoa-Vigo & Pace (2005), o monofilamento SW é um instrumento manual que contém uma fibra de náilon com força de 10 gramas, sendo aplicado na planta do pé, a um ângulo de 90 graus. Mediante a técnica da resposta sim/não ao toque com aparelho em 10 regiões do pé (primeiro, terceiro e quinto dígitos plantares; primeira, terceira e quinta cabeça dos metatarsos plantares; laterais esquerda e direita do meio plantar; calcâneo e dorso entre primeiro e segundo dedos).

Na avaliação neurológica considerou-se a sensibilidade protetora plantar e a vibratória dorsal. Na sensibilidade protetora utilizou-se o monofilamento Semmes-Weinstein, o qual foi aplicado perpendicularmente em 10 pontos de cada pé (primeiro, terceiro e quinto dígitos plantar; primeira, terceira e quinta cabeça dos metatarsos plantar; lateral esquerda e direita do meio plantar; calcâneo e dorso entre primeiro e segundo dedos). A sensibilidade vibratória foi testada utilizando diapasão de 128 Hz aplicado, perpendicularmente, em quatro pontos de cada pé (maléolo interno e externo, dorsal média e distal falange do hálux). Considerou-se sensibilidade comprometida, quando houve insensibilidade em dois pontos, após três tentativas (Ochoa-Vigo, et al., 2006).

Segundo Sacco et al.(2007), a sensibilidade tátil é avaliada em 5 áreas plantares: antepé medial, antepé lateral, médio pé, calcanhar e hálux. A sensibilidade tátil foi avaliada utilizando um conjunto de monofilamentos de nylon, tipo Semmes- Weinstei.

A técnica instrui a pessoa a dizer sim, a cada vez que perceber a aplicação da fibra. A inabilidade, para distinguir o monofilamento SW em quatro pontos ou mais, é indicativa de perda da sensação de proteção. O monofilamento SW é o instrumento portátil mais utilizado para identificar o comprometimento da sensibilidade protetora plantar, como sinal indicativo de neuropatia periférica (Ochoa-Vigo & Pace, 2005). Os monofilamentos, do mais fino para o mais grosso, são pressionados sobre esses sítios plantares até que dobrem. O monofilamento mais fino, sentido pelo sujeito, define o seu nível de sensibilidade tátil (Sacco, et al., 2007).

Cabe destacar que o monofilamento SW perde sua calibração após uso repetitivo, podendo subestimar a incidência da perda da sensação protetora (Ochoa-Vigo & Pace, 2005). Foram realizados testes de função muscular, baseados em protocolos estabelecidos por Kendall et al., graduando de 0 a 5, a função muscular, e aplicados nos músculos dos pés (flexores e extensores

dos dedos e hálux, lumbricais e interósseos) e nos músculos flexor (musculo tibial anterior) e extensor (musculo tríceps sural) do tornozelo (Sacco, et al., 2007).

Alguns autores recomendam utilização do diapásio de 128 Hz devido a sua relevante importância na avaliação clínica da sensibilidade vibratória, este instrumento manual semi-quantitativo deve ser aplicado de forma perpendicular sobre a parte óssea dorsal da falange distal do hálux. Frente à incapacidade da percepção de vibração, o teste deve ser repetido em segmentos mais próximos, como o maléolo ou tuberosidade da tibia. O teste é qualificado como positivo (sensibilidade vibratória preservada) quando, após três aplicações, a pessoa responde corretamente a pelo menos duas indagações (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).

Altas pressões em pontos ósseos na região plantar, associadas a calosidades, são grandes preditores de processos ulcerativos, por isso, é necessário determinar os locais específicos da hiperpressão, para se implementarem atividades de prevenção e controle. Vários modelos de sistemas comercialmente disponíveis vêm sendo utilizados para esse fim (sistema de impressão de Harris-Beath, Pedobarografia, sistema F-scan, sistema EMED-SF, Mikro EMED, Pedar, sistema Paromed, sistema Ormes, sistema COSINOS EDV, sistema Pedcad, sistema HALM, sistema Scram-Mel-Card, Planscan platform, dentre outros), considerando diferentes tipos de sensores que quantificam a pressão plantar. Métodos semi-quantitativos também são propostos, como uma alternativa mais simples para o dia-a-dia, e dentre eles destacam-se o *Podotrack footprint system* que quantifica a pressão plantar por meio da observação da intensidade da impressão cinzenta em uma papeleta (Ochoa-Vigo & Pace, 2005).



## 2 Objetivos

O estágio constitui uma oportunidade para que futuros profissionais possam adquirir novas experiências; ter contato com profissionais e com as diferentes áreas de atuação; desenvolver visão prática com a aplicação e aprimoramento dos conceitos teóricos. É uma garantia de constante renovação do conhecimento por meio da atuação no ambiente de pesquisa, integração técnico-científica e uma oportunidade de divulgação das tecnologias por ela geradas.

O objetivo do estágio é enunciar de forma precisa todas as vivências adquiridas no percurso do estágio.

### 2.1 Objetivos Gerais

- Desenvolver as capacidades e competências adequadas ao exercício da profissão;
- Aplicar e desenvolver competências adquiridas durante o mestrado em Podiatria Clínica, num ambiente que permita uma aprendizagem clínica e científica;
- Promover a prática profissional tendo como principal objetivo o desenvolvimento da autonomia e de desempenho individual como Podiatra na consulta de Pé Diabético;
- Aperfeiçoar as atitudes profissionais integrando e colaborando em equipas multidisciplinares;
- Desenvolver o desempenho como Podiatra tendo em conta os aspetos e a dimensão social e de bem público inerente a muitas das vertentes do trabalho de Podiatra;
- Permitir o contato com as diversas áreas de atuação e a realidade do trabalho de um Podiatra;
- Enriquecer e dominar a linguagem técnico-científica e aperfeiçoar a capacidade de exposição oral e argumentação;
- Conhecer onde decorre o Estágio, Unidade Hospitalar de Guimarães - Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE; Pólo de Valongo - Hospital de São João; Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho;

## 2.2 Objetivos específicos

- Adquirir experiência e conhecimento prático do funcionamento da consulta de Pé Diabético nas diferentes instituições;
- Adquirir conhecimentos de Podologia aplicados aos Diabéticos e Pé Diabético;
- Participação em consultas de Podologia dirigidas a Diabéticos;
- Promover o conhecimento e a sensibilização, sobre a importância do autocuidado em pessoas com Diabetes;

### 3 Centros de Estágio

O Estágio Profissionalizante é uma unidade eminentemente prática sendo a assiduidade fundamental para atingir os seus objetivos. É uma disciplina anual com uma carga horária total de 330 horas, das quais 60 são seminários, 30 de orientação tutorial e 240 de estágio.

#### 3.1 Centro Hospitalar do Alto Ave

*“As raízes históricas do Hospital iniciam-se em finais do Século XVI, altura em que foi instituído o Hospital da Misericórdia de Guimarães. Funcionou neste formato até à Revolução de 1974, altura a partir da qual passou a ser designado de Hospital Distrital de Guimarães. Mas em meados dos anos 80 do Século passado, a capacidade do então Hospital estava bloqueada pelas exíguas instalações do Convento dos Capuchos, daí a necessidade de construção de um novo edifício para servir adequadamente a população da região”.*

O início da construção do novo projeto data de 1978. Perspetivando um total de 485 camas e dotado de quase todas as valências hospitalares. Construído em 2 edifícios, um corpo principal em altura com 11 pisos, tendo os dois primeiros pisos edifícios circundantes funcionando como uma espécie de base. O segundo corpo foi dotado de 3 pisos, ligado ao edifício principal por uma galeria. Este ficou reservado para a Medicina Física e de Reabilitação e para parte das Consultas Externas.

*“Funcionou neste formato até ao ano de 2002, quando foi transformado em Sociedade Anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos pelo Decreto-Lei nº 285/2002. A par de vários outros hospitais do país. Em 2005 houve nova alteração na natureza jurídica do Hospital, decretada pela tutela central. Todos os hospitais até então SA passavam a Entidades Públicas Empresariais (EPE), pelo Decreto-Lei nº 233/2005. O regime jurídico manteve-se semelhante, sendo reforçado o carácter público dos hospitais até à data SA. Em 2007, houve nova alteração com a criação do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, pelo DL 50-A/2007 de 28 de fevereiro. Fundindo os antigos hospitais da Senhora da Oliveira e S. José de Fafe num único Centro Hospitalar, com sede em Guimarães. Mantendo-se o estatuto jurídico EPE”.*

---

<sup>1</sup> [www.chaa.min-saude.pt](http://www.chaa.min-saude.pt)

Em parceria com o centro hospitalar a CESPU-ESSVA abriu no edifício de consulta externa a Consulta de Pé Diabético que funciona durante a manhã, no horário das 9.00h às 14h00 durante a semana de Segunda a Sexta-feira.

Os alunos do Mestrado em Podiatria Clínica 2ª Edição eram distribuídos por grupos, para que a organização do estágio corresse da melhor forma possível. O Grupo B (anexo 1) encontrou-se em estágio de 14 de Novembro a 07 de Dezembro de 2011 (anexo 2), todas as 2ª feira e 6ª feira, num período laboral das 9h00 às 14h00.

### **3.1.1 Instalações, serviço e equipamentos**

O estágio foi coordenado pelos professores da CESPU-ESSVA, Dr. Flávio Oliveira e Mestre Helena Grenha, responsáveis pelos dias de estágio do Grupo B.

Decorreu nas instalações do Centro Hospitalar do Alto Ave, no consultório já existente próprio para a Consulta de Pé Diabético, devido ao elevado número de pessoas constituintes do grupo foi adquirido um consultório de apoio para que fosse possível a divisão dos estagiários, constituído por 7 elementos, que se ajudavam mutuamente e auxiliavam na consulta.

O consultório principal era constituído por uma secretária, uma cadeira, um computador para uso do Podologista responsável, tinha uma cadeira de podologia completamente equipada, o banco inerente à cadeira de podologia, uma cadeira normal para colocação os pertences do paciente, era constituído por uma bancada que continha armários inferiores para armazenamento de material e um lavatório, uma das paredes do consultório era constituída por um armário embutido que continha todo o material indispensável à boa realização da consulta de podologia (instrumental, pomadas, desinfetantes, cremes hidratantes, pensos, ligas, luvas, diapasão, monofilamentos, doppler, estetoscópio e esfigmomanómetro...), servia também para o armazenamento de material. Continha um podoscópio para avaliação da pegada plantar, três cadeiras para uso dos estagiários, onde se podiam sentar, descansar e observar os tratamentos que eram realizados. No consultório adquirido à posteriori existia uma secretária, três cadeiras, uma marquesa e um lavatório. Todo o material que fosse necessário para a realização de consultas tinha que ser fornecido pelo consultório principal, com conhecimento e autorização do coordenador responsável.

A consulta era validada pelos utentes à entrada no hospital que eram chamados à consulta de Pé Diabético por ordem de chegada, esperavam sentados em cadeiras no corredor, em frente ao consultório, e eram chamados pelos estagiários O Podologista responsável e os estagiários tinham acesso à informação do utente através do computador que acusava a ordem de chegada. Todos os



relatórios clínicos eram fornecidos pelos funcionários responsáveis do departamento da consulta externa e encontravam-se na secretária antes da chegada do Podologista.

Os utentes eram divididos entre os dois consultórios consoante o tratamento a ser efetuado. Todos aqueles que iam à consulta para controlo eram enviados ao consultório fornecido para apoio, onde eram realizados todos os testes para a avaliação de controlo do Pé diabético.

### 3.1.2 Consultas/intervenções

Durante o período de estágio no Centro Hospitalar do Alto Ave foram atendidos 62 utentes, destes, 30 eram do género masculino e 20 do género feminino (tabela 1). A média de idades é de 64,12 anos (tabela 2).

Tabela 1 - Género CHAA

Género		
	Frequência	Percentagem%
Masculino	30	48,4
Feminino	32	51,6
Total	62	100,0

Tabela 2 - Média de Idades CHAA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Idade (anos)	58	30	84	64,12	11,443

Verificamos através da observação da tabela 3, que a grande maioria das pessoas que recorrem à consulta de Pé Diabético são reformadas (71%).

Tabela 3 - Profissão CHAA

Profissão	Frequência	Percentagem%
Desempregados	9	14,5
Emp. Escritório	1	1,6
Motorista	2	3,2
Pasteleiro	1	1,6
Reformados	44	71
Empregado têxtil	3	4,8
Sem Informação	2	3,2
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

A tabela 4 indica-nos que os pacientes com diagnóstico de DM à 10 anos são os que se encontram em maior percentagem na consulta (22,6%), logo seguidos dos com diagnóstico à 20 anos (16,1%), em 3,2% dos casos não existe informação disponível no relatório clínico.

Tabela 4 - Diagnóstico de DM CHAA

Diagnóstico de diabetes (em anos)		
	Frequência	Porcentagem%
2	1	1,6
5	2	3,2
6	1	1,6
10	14	22,6
12	3	4,8
13	1	1,6
14	1	1,6
15	5	8,1
16	3	4,8
17	1	1,6
18	1	1,6
20	10	16,1
23	2	3,2
25	2	3,2
30	9	14,5
32	1	1,6
36	1	1,6
40	1	1,6
50	1	1,6
Sem Informação	2	3,2
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Por observação da tabela 5, podemos constatar que não foram encontradas pessoas portadores de DM tipo I na consulta de Pé diabético do Centro Hospitalar do Alto Ave, neste caso, a maioria dos pacientes têm DM tipo II, sendo 58,1% insulino controlados. Em 1,5% não encontramos informação no relatório clínico.

Tabela 5 – Diagnóstico de DM tipoll CHAA

Diagnóstico de Diabetes tipoll		
	Frequência	Percentagem%
Não insulino controlado	25	40,3
Insulino controlado	36	58,1
Sem Informação	1	1,5
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Verificamos que a maior percentagem de pessoas (27,4%), mede os níveis de glicemia (tabela 6) 1 vez por dia. 11,3% dos utentes não dispõem da informação no relatório clínico.

Tabela 6 – Frequência de medições da glicemia CHAA

Frequência de medições da Glicemia		
	Frequência	Percentagem%
15/15dias	1	1,6
1x/dia	17	27,4
1x/mês	1	1,6
1x/semana	6	9,7
2x/dia	15	24,2
2x/semana	3	4,8
3/3meses	1	1,6
3x/dia	1	1,6
3x/semana	5	8,1
4x/dia	2	3,2
4x/semana	1	1,6
6/6meses	1	1,6
Sem informação	7	11,3
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Na tabela seguinte (tabela 7), observamos que a média de valores de Hemoglobina é de 9,032 g/dl. 55 pessoas dispõem no relatório clínico de informação sobre patologia de Hipertensão arterial e 32 de dislipidemias, sendo o valor média da ultima 120mg/dl. O colesterol médio é de 167,24 mg/dl, sendo o HDL médio de 50,000 mg/dl e o LDL médio de 94,000 mg/dl. A amostra

tem um IMC médio de 27,8129 m<sup>2</sup>/kg, e um perímetro abdominal médio de 107,33 cm, passa em média 6h sentado e 5,36h em média a caminhar.

Tabela 7 – Tabela de média de valores CHAA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Últimos valores de Hemoglobina (g/dl)	19	5,4	14,0	9,032	2,1357
HTA	55				
Dislipidemias	32				
Últimos valores de dislipidemias (mg/dl)	1	120	120	120,0	
Trigliceridos	24	41	289	115,08	55,127
Colesterol total (mg/dl)	25	114	235	167,24	31,720
HDL (mg/dl)	22	29,0	69,0	50,000	8,9762
LDL (mg/dl)	23	52	154	94,000	25,682
IMC	37	19,61	36,74	27,8129	3,82117
Obesidade abdominal (cm)	3	92	118	107,33	13,614
Tempo diário sentado (Horas)	8	1	8	6,13	2,949
Tempo diário a caminha (Horas)	14	1	8	5,36	2,845

A tabela 8 indica-nos que 46 pessoas da nossa amostra têm familiares diretos com história de DM.

Tabela 8 – Antecedentes familiares com história de DM CHAA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Antecedentes familiares com DM	46				

Pela observação da tabela 9 verificamos que, 14,5% dos utentes da consulta de Pé Diabético, é portador de patologia cardíaca. Em 77,4% dos relatórios não se verificou a existência desta informação.

Tabela 9 – Doenças concomitantes CHAA

Doenças concomitantes		
	Frequência	Percentagem%
Patologia cardíaca	9	14,5
Doença vascular periférica	5	8,1
Total	14	22,6
Sem informação	48	77,4
Total	62	100,0

Verificamos que 11,3% dos indivíduos com DM sobre de Retinopatia (11,3%), (tabela 10).

Tabela 10 – Doenças de consequência da DM CHAA

Doenças consequentes da DM		
	Frequência	Percentagem%
Nefropatia	6	9,7
Retinopatia	7	11,3
Neuropatia	2	3,2
Total	15	24,2
Sem informação	47	75,8
Total	62	100,0

Num total de 13 indivíduos verificamos que 4 têm história de amputação no pé, e 9 têm úlcera (tabela 11).

Tabela 11 - História de amputação ou úlcera no pé CHAA

História de amputação ou úlcera no pé		
	Frequência	Porcentagem%
Amputação	4	6,47
Úlcera	9	14,56
Total	13	16,15
Sem informação	49	79,032
Total	62	100,0

A deformidade estrutural a nível do pé que mais se verifica é o Hallux Abductus Valgus, com 28,8%. 56,6% dos relatórios clínicos não registavam esta informação (tabela 12).

Tabela 12 - Deformidades estruturais do pé CHAA

Deformidades estruturais do pé		
	Frequência	Porcentagem%
1ºraio plantar flexionado	1	1,6
Dedos supraductos	3	4,8
Dedos em garra	4	6,4
HAV	18	28,8
Joanete de sastre	1	1,6
Total	18	9,6
Sem informação	35	56,5
Total	62	100,0

Através da análise das tabelas 13 e 14, verificamos que depois de examinação com Doppler (figura 1), 46,8% dos casos, têm um pulso pedioso com ++ em ambos os pés e 1 utente, acusa pulso

ausente no pé esquerdo. Enquanto que, 46,8% no pé esquerdo e 45,2% no pé direito, têm um pulso Tibial Posterior ++.

Tabela 13- Teste com Doppler para verificação de pulso pedioso CHAA

Pulso Pedioso	Pé Esquerdo		Pé Direito	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
<b>Ausente</b>	1	1,6		
<b>+</b>	18	29,0	19	30,6
<b>++</b>	29	46,8	29	46,8
<b>Total</b>	48	77,4	48	77,4
<b>Sem informação</b>	14	22,6	14	22,6
<b>Total</b>	62	100,0	62	100,0

Tabela 14 - Pulso Tibial Posterior CHAA

Pulso Tibial Posterior	Pé Esquerdo		Pé Direito	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
<b>Ausente</b>	1	1,6	2	3,2
<b>+</b>	15	24,2	15	24,2
<b>++</b>	29	46,8	28	45,2
<b>Total</b>	45	72,6	45	72,6
<b>Sem informação</b>	17	27,4	17	27,4
<b>Total</b>	62	100,0	62	100,0





Figura 1- Avaliação com Doppler (imagem produzida durante o estágio)

A tabela 15, indica-nos que 31 pessoas da nossa amostra fizeram o teste de ITB, e que a média dos valores registados é de 1,0810.

Tabela 15 - Índice tornozelo-braço CHAA

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
ITB	31	0,53	2,30	1,0810	0,31891

A tabela 16, indica-nos que a maioria dos indivíduos era sensível a todos os pontos no teste do monofilamento (figura 2) de 10gr, tanto no pé direito (75,8%), como no pé esquerdo (83,9%).



Figura 2 – Avaliação com Monofilamento 10gr (Imagem produzida durante o estágio)

Tabela 16- Teste de monofilamento CHAA

Monofilamento 10gr	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
2pontos	1	1,6		
3pontos	3	4,8	2	3,6
4pontos	1	1,6	2	3,6
5pontos			1	1,8
Todos os pontos	47	75,8	47	83,9
Ausente	4	6,5	4	7,1
Total	56	90,3	56	90,3
Sem informação	6	9,7	6	9,7
Total	62	100,0	62	100,0

Pela observação da tabela 17 e 18, verificamos que 79% dos indivíduos têm sensibilidade à vibração na articulação metatarso-falângica (Figura 3) no pé direito, enquanto que, 80,6% têm essa sensibilidade no pé esquerdo. E que 79% (pé direito) e 80,6% (no pé esquerdo) apresentam sensibilidade vibratória quando feito o teste no maléolo interno.

Tabela 17 - Teste Diapasão 128 Hz na articulação metatarso-falângica CHAA

Diapasão MTF	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
Presente	49	79,0	50	80,6
Diminuído	5	8,1	4	6,5
Sem registo	4	6,5	4	6,5
Total	58	93,5	58	93,5
Sem informação	4	6,5	4	6,5
Total	62	100,0	62	100,0

Tabela 18 - Teste de Diapasão 128Hz no maléolo interno CHAA

Diapasão Maléolo Interno	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
Presente	49	79,0	50	80,6
Diminuído	5	8,1	4	6,5
Sem registo	4	6,5	4	6,5
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>93,5</b>	<b>58</b>	<b>93,5</b>
Sem informação	4	6,5	4	6,5
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>



Figura 3 – Avaliação com Diapasão 128 Hz (Imagem produzida durante o estágio)

A tabela 19, indica-nos que 56,5% dos utentes apresenta um teste muscular 5, representante de força total.

Tabela 19 - Testes Musculares CHAA

Testes Musculares		
	Frequência	Porcentagem%
3-mov.contra gravidade	5	8,1
4-mov.contra resistência	16	25,8
5-força total	35	56,5
<b>Total</b>	<b>56</b>	<b>90,3</b>
Sem informação	6	9,7
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Em relação à impressão plantar (Figura 4), verificamos através da tabela 20 que existe 40,0% de indivíduos com diminuição do istmo e 40,0% com ausências de apoio de alguns dedos.

Tabela 20 - Impressão Plantar CHAA

Impressão Plantar		
	Frequência	Porcentagem%
Diminuição do istmo	25	40,0
Ausência de apoio de dedos	25	40,0
Ausência de apoio do calcâneo	1	1,6
<b>Total</b>	<b>51</b>	<b>81,6</b>
Sem informação	11	17,7
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

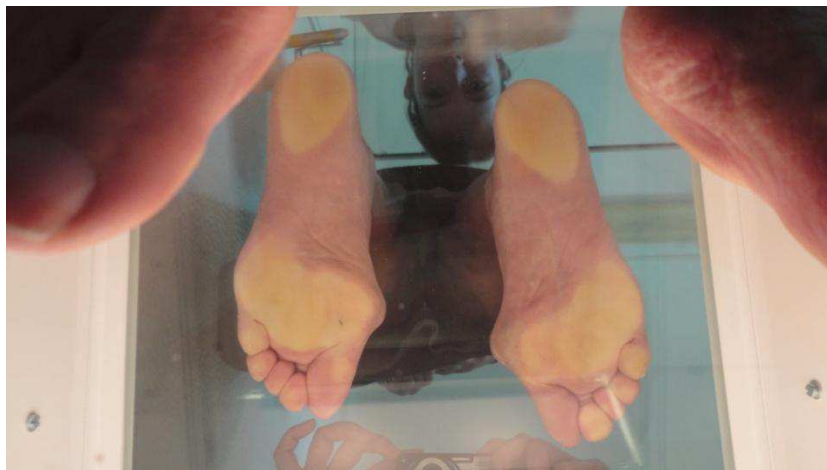


Figura 4 – Impressão plantar em podoscópio (Imagem produzida durante o estágio)

Na tabela 21 observamos que existe predominância de retropé valgo, 51,6% no pé direito e 54,8% no pé esquerdo.

Tabela 21 - Posição calcâneo CHAA

Posição do calcâneo	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
<b>Varo</b>	23	37,1	19	30,6
<b>Valgo</b>	32	51,6	34	54,8
<b>Neutro</b>	1	1,6	2	3,2
<b>Total</b>	56	90,3	55	55
<b>Sem informação</b>	6	9,7	7	7
<b>Total</b>	62	100,0	62	100,0

Relativamente ao diagnóstico (tabela 22) efetuado na consulta de Pé Diabético do Centro Hospitalar do Alto Ave, verificamos que a maioria das pessoas padece de hiperqueratose (19,2%) e de onicomicose (17,6%).

Tabela 22 - Diagnóstico CHAA

Diagnóstico		
	Frequência	Porcentagem%
HQ	12	19,2
Tilomas	1	1,6
Helomas	6	9,6
Dermatopatias	3	4,8
Onicomiose	11	17,6
Úlcera	5	8,0
Edema m.i	2	3,2
Onicogribose	4	6,4
Total	44	70,4
Sem informação	18	
Total	62	100,0

A tabela 23 indica-nos que em 51% dos tratamentos efetuados é adequado à situação patológica dos utentes.

Tabela 23 - Tratamento efetuado CHAA

Tratamento efetuado		
	Frequência	Porcentagem%
Tratamento adequado a cada situação	51	81,6
Sem informação	11	18,4
Total	62	100,0

O tratamento domiciliar mais recomendado (tabela 24) é a aplicação de antifúngico (11,2%) e creme hidratante (4,8%).

Tabela 24 - Tratamento domiciliar recomendado CHAA

Tratamento Domiciliar Recomendado		
	Frequência	Percentagem%
Aplicação de antifúngico	7	11,2
Antibiótico oral	4	6,4
Aplicação de Betadine®	2	3,2
Aplicação de creme hidratante	3	4,8
Aplicação Voltaren Emulgel®	1	1,6
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>27,2</b>
Sem informação	45	72,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

A tabela 25, indica-nos alguns parâmetros que achamos relevantes durante as consultas do período de estágio.

Tabela 25- Observações CHAA

Observações		
	Frequência	Percentagem%
Consulta de controlo de pé diabético	5	8,0
Realização de S.P	2	3,2
Falta de Doppler	1	1,6
Consulta para realização de penso	4	6,4
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>19,2</b>
Sem informação	50	80,6
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

### 3.1.3 Observações

O serviço de consulta de pé diabético é bastante requisitado pelos utentes do Centro Hospitalar do Alto Ave, é uma mais-valia à população que sofre com o problema da Diabetes, pé diabético e outros inerentes a eles, que podem ser de alguma forma tratados e rastreados por Podologistas.

Funciona de maneira coordenada e com bom ambiente interpessoal.

Durante a realização das consultas deparou-se com alguma falta de material e demora no arranjo de algum material em pior funcionamento. A maioria dos relatórios de estágio não eram devidamente preenchidos e por isso a denota de alguns parâmetros mais incompletos neste relatório de estágio.

Os suportes plantares prescritos durante as consultas foram realizados nas instalações da faculdade em Vila Nova de Famalicão (ESSVA) pelos alunos do grupo em estágio e para a sua confeção eram aplicados materiais próprios e distintos consoante o tipo de patologia verificada. Eram entregues ao paciente assim que terminados em consulta posterior.

### **3.2 Pólo de Valongo- Centro Hospitalar de São João**

O novo Centro Hospitalar de São João é constituído por dois pólos, o do Porto (Hospital de São João) e o de Valongo (Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo). Este segundo pólo manterá o Serviço de Urgência, o internamento de Medicina Interna e de Psiquiatria, bem como, a Unidade de Convalescença, integrada na RNCCI, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Abrir-se-á a curto prazo um hospital de dia de Psiquiatria, o internamento de Medicina Física e Reabilitação (cujas instalações estão concluídas), que só funcionará no pólo de Valongo, e um Centro de Medicina Física e Reabilitação de Ambulatório. Para Valongo vai passar brevemente toda a cirurgia de ambulatório do CHSJ, deixando de ser feita no pólo do Porto<sup>2</sup>.

No pólo de Valongo manter-se-á, ainda, a atividade de ambulatório (Consulta Externa) ampliando o número de especialidades disponíveis em função da procura verificada na região que o pólo serve. Também em Valongo vai funcionar um centro de hemodiálise para doentes crónicos, que será o primeiro centro público para esta finalidade. A curto prazo vai ser disponibilizado um serviço vaivém entre os pólos para doentes e médicos.

A CESPU, assinou um protocolo com o Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, com vista a garantir consultas gratuitas de medicina dentária e podologia aos utentes da unidade. Com este protocolo, a CESPU proporcionará aos utentes do município consultas participadas pelo Serviço Nacional de Saúde, dos cuidados primários de estomatologia e de podologia, atualmente entregues a privados<sup>3</sup>.

A Consulta de Pé Diabético funciona durante a manhã, no horário das 9.00h às 14h00 durante a semana de Segunda a Sexta-feira.

---

<sup>2</sup> [www.chsj.pt](http://www.chsj.pt)

<sup>3</sup> [www.noticiasportugalmail.pt](http://www.noticiasportugalmail.pt)



Os alunos do Mestrado em Podiatria Clínica 2ª Edição eram distribuídos por grupos, em dois consultórios. O Grupo B (anexo 1) encontrou-se em estágio de 23 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2012 (anexo2), todas as 2ª feira e 3ª feira, num período laboral das 9h00 às 14h00.

O estágio foi coordenado pelos professores da CESPU-ESSVA, Doutora Liliana Ávidos e Metre Angélica responsáveis pelos dias de estágio do Grupo B.

### **3.2.1 Instalações, serviço e equipamentos**

A consulta de Pé Diabético encontrava-se numa ala do polo de Valongo, dividia sala de espera com a consulta de dentária. Os pacientes eram atendidos por ordem de chegada depois de validação de consulta à entrada no hospital.

A consulta de PD era constituída por dois consultórios, o principal de grande dimensão, continha uma secretária, cadeira e computador para o coordenador do estágio, continha à entrada uma cadeira para uso do utente onde podia colocar os seus pertences, era constituído por uma cadeira de podologia totalmente equipada e banco inerente, continha um podoscópio, uma bancada com lavatório e armários que serviam para armazenamento do material (luvas, pensos, ligas, instrumental, mascaras, pomadas, compressas, cremes hidratantes...). O consultório mais pequeno era constituído pela cadeira, o banco e um armário pequeno constituído por gavetas que servia de apoio ao Podologista e onde era colocado o material necessário para o bom funcionamento da consulta. Ao contrário da cadeira de podologia do consultório principal o micromotor era portátil devido ao pequeno espaço do consultório. Continha duas estantes por detrás da cadeira onde eram armazenadas as espumas fenólicas indispensáveis à realização de suportes plantares.

Numa partição subjacente aos consultórios existia o laboratório onde era lavado e esterilizado o instrumental usado nas consultas de PD e Dentária. Tinha uma funcionária responsável pelo funcionamento, lavagem, selagem e esterilização (autoclave) do material e posteriori reposição do mesmo nos consultórios. O material era dividido em kits que continham 1 broca de uma, um cabo de bisturi, um alicate.

### **3.2.2 Consultas/intervenções**

Durante o período de estágio no Polo de Valongo. Centro Hospitalar de São João foram atendidos 48 utentes, destes, 18 eram do género masculino e 30 do género feminino (tabela 26). A média de idades é de 67,5 anos (tabela 27).

Tabela 26 – Género PV

Género		
	Frequência	Percentagem%
Masculino	18	37,5
Feminino	30	62,5
Total	48	100,0

Tabela 27 - Média de idades PV

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Idade (anos)	46	39	88	67,5	10,182

Verificamos através da observação da tabela 28, que a grande maioria das pessoas que recorrem à consulta de Pé Diabético são reformadas (58,3%).

Tabela 28 - Profissão PV

Profissão		
	Frequência	Percentagem%
Desempregados	1	2,1
Emp. Têxtil	1	12,1
Lojista	1	32,1
Reformados	28	58,3
Sem Informação	2	35,4
Total	48	100,0

A tabela 29 indica-nos que os pacientes com diagnóstico de DM à 6, 20 e 30 anos são os que se encontram em maior percentagem na consulta (12,5%)

Tabela 29 - Diagnóstico da DM PV

Duração da diabetes (em anos)	Frequência	Porcentagem%
0	2	4,2
2	6	12,5
3	3	6,3
4	1	2,1
5	2	4,2
6	1	2,1
8	2	4,2
9	2	4,2
10	5	10,4
11	1	2,1
12	2	4,2
13	1	2,1
14	1	2,1
15	1	2,1
17	1	2,1
20	6	12,5
25	2	4,2
27	1	2,1
30	6	12,5
60	1	2,1
Sem Informação	1	2,1
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 30 e 31, verificamos que o tipo de DM mais frequente na consulta é o tipo II em 95,8% e que dentro deste, os não insulino controlados (62,5%), são os mais prevalentes.

Tabela 30 – Tipo de Diabetes Melitos PV

Diagnóstico de Diabetes		
	Frequência	Porcentagem%
Tipo I	1	2,1
Tipo II	46	95,8
Total	47	97,9
Sem informação	1	2,1
Total	48	100,0

Tabela 31 – Classificação da DM tipo II PV

Diabetes Tipoll		
	Frequência	Porcentagem%
Não insulino controlado	30	62,5
Insulino controlado	15	31,3
Total	45	93,8
Sem informação	3	6,3
Total	48	100,0

Através da observação da tabela 32, verificamos que 18,8% das pessoas mede os níveis de glicemia 2 vezes por dia.

Tabela 32 – Frequência das medições da glicemia PV

Frequência de medições da Glicemia		
	Frequência	Porcentagem%
1x/dia	12	25,0
1x/mês	4	8,3
1x/semana	7	14,6
2x/dia	9	18,8
3/3meses	3	6,3
3x/dia	3	6,3
Sem informação	10	20,8
Total	48	100,0

Na tabela seguinte (tabela 33), observamos que a média de valores de Hemoglobina é de 7,255 g/dl. 44 pessoas dispõem no relatório clínico de informação sobre patologia de Hipertensão arterial e 34 de dislipidemias. O colesterol médio é de 185,64 mg/dl, sendo o HDL médio de 49,545 mg/dl e o LDL médio de 105,88 mg/dl. A amostra tem um IMC médio de 29,6107 m<sup>2</sup>/kg, passa em média 8,56h sentado e 7,29h em média a caminhar.

Tabela 33 – Tabela de média de valores PV

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Últimos valores de Hemoglobina g/dl	11	5,5	10,6	7,255	1,5036
HTA	44				
Dislipidemias	34				
Triglicéridos mg/dl	12	75	178	121,33	29,506
Colesterol total mg/dl	11	127	276	185,64	46,881
HDL mg/dl	11	32,0	63,0	49,545	12,3237
LDL mg/dl	8	51	154	105,88	37,647
IMC	30	22,21	46,64	29,6107	5,34539
Tempo diário sentado (Horas)	27	3	15	8,56	3,055
Tempo diário a caminha (Horas)	25	1	13	7,29	2,716

Na tabela 34, verificamos que existem 34 pessoas com história de DM em parentes próximos.

Tabela 34- História familiar de DM PV

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Antecedentes familiares com DM	34				

A tabela 35, indica-nos que 22,9% dos utentes da consulta de Pé Diabético sofre de patologia cardíaca.

Tabela 35 – Doenças concomitantes PV

Doenças concomitantes		
	Frequência	Porcentagem%
Patologia cardíaca	11	22,9
Patologia respiratória	1	2,1
Hepatopatias	3	6,3
Doença vascular periférica	2	4,2
Outras	10	20,8
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>56,3</b>
Sem informação	21	43,8
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

21,5% da nossa amostra sofre de nefropatia (tabela 36), relacionada com a DM.

Tabela 36 - Doenças consequentes da DM PV

Doenças consequentes da DM		
	Frequência	Porcentagem%
Nefropatia	6	12,5
Retinopatia	2	4,2
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>16,7</b>
Sem informação	40	83,3
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

A tabela 37, indica-nos que existem 3 casos de pessoas com amputação (Figura 5) e 3 casos de pessoas com úlcera.

Tabela 37 – História de amputação ou de úlcera no pé PV

História de amputação ou úlcera no pé	Frequência	Porcentagem%
Amputação	3	6,3
Úlcera	3	6,3
Total	6	9,6
Sem informação	42	87,5
Total	48	100,0



Figura 5 – Amputação (Imagem produzida durante o estágio)

O HAV (Imagem 6), é a deformidade com maior percentagem (21,0%) da nossa amostra (tabela 38).

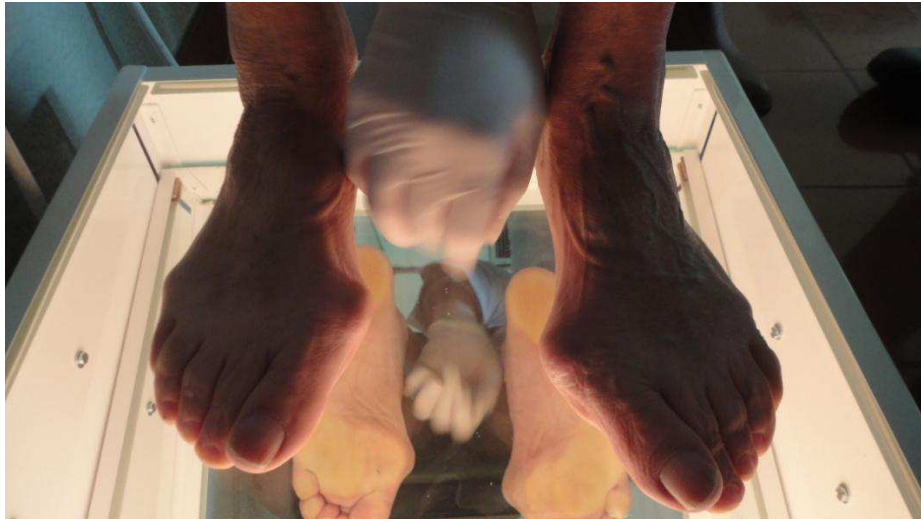


Figura 6 – HAV (Imagem produzida durante o estágio)

Tabela 38 – Deformidades estruturais do pé PV

Deformidades estruturais do pé		
	Frequência	Porcentagem%
Infradução dos dedos	2	4,2
Dedos em garra	5	10,5
HAV	10	21,0
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>35,7</b>
Sem informação	31	64,6
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Através da análise das tabelas 39 e 40, verificamos que depois de exame com Doppler, 6,3% dos casos, têm um pulso pedioso com++ em ambos os pés, o mesmo valor (6,3%) é registrado no pulso Tibial Posterior ++bilateral



Tabela 39 – Teste com doppler para medição de Pulso pedioso PV

Pulso Pedioso	Pé Esquerdo		Pé Direito	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
+	1	2,1	1	2,1
++	3	6,3	3	6,3
<b>Total</b>	4	8,3	4	8,3
<b>Sem informação</b>	44	91,7	44	91,7
<b>Total</b>	48	100,0	48	100,0

Tabela 40 – Teste com doppler para medição do Pulso tibial PV

Pulso Tibial Posterior	Pé Esquerdo		Pé Direito	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
+	1	2,1	1	2,1
++	3	6,3	3	6,3
<b>Total</b>	4	8,3	4	8,3
<b>Sem informação</b>	44	91,7	44	91,7
<b>Total</b>	48	100,0	48	100,0

A tabela 41, indica-nos que a média de ITB registado na nossa amostra é de 1,0660.

Tabela 41 – Índice tornozelo braço PV

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
<b>ITB</b>	10	0,75	1,33	1,0660	0,17354

Através da observação da tabela 42, verificamos que em 27,1% dos casos existe sensibilidade ao monofilamento de 10gr em todos os pontos, bilateral.

Tabela 42 – Teste de monofilamento de 10gr PV

Monofilamento 10gr	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
1ponto	2	4,2	1	2,1
Todos os pontos	13	27,1	13	27,1
Ausente	3	6,3	4	8,3
Total	18	37,5	18	37,5
Sem informação	30	62,5	30	62,5
Total	48	100,0	48	100,0

A tabela 43- indica-nos que 12,5% dos indivíduos é sensível ao diapasão na articulação metatarso-falângica do pé direito, enquanto que, no pé esquerdo existe sensibilidade em 12,5% dos indivíduos.

Tabela 43 – Teste de diapasão 128Hz na articulação metatarso-falângica PV

Diapasão MTF	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
Ausente	3	6,3	4	8,3
Presente	7	14,6	6	12,5
Diminuído	6	12,5	6	12,5
Total	16	33,3	16	33,3
Sem informação	32	66,7	32	66,7
Total	48	100,0	48	100,0

Por observação da tabela 44, verificamos que 14,6% dos utentes é sensível ao diapasão quando realizado o teste no maléolo interno no pé direito e 10,4% tem sensibilidade presente no pé esquerdo.

Tabela 44 - Teste diapasão de 128Hz no maléolo interno PV

Diapasão Maléolo Interno	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	Frequência	Percentagem%	Frequência	Percentagem%
Ausente	4	8,3	4	8,3
Presente	7	14,6	5	10,4
Diminuído	5	10,5	7	14,6
<b>Total</b>	16	33,3	16	33,3
Sem informação	32	66,7	32	66,7
<b>Total</b>	48	100,0	48	100,0

Os testes musculares indicam-nos que 4,2% dos indivíduos, tem 4-movimento contra a resistência, como podemos verificar através da observação da tabela 45.

Tabela 45 – Testes musculares PV

Testes Musculares		
	Frequência	Percentagem%
1-termura do mov.	1	2,1
4-mov.contra resistência	2	4,2
<b>Total</b>	3	6,3
Sem informação	45	93,8
<b>Total</b>	48	100,0

Em cadeia cinética aberta podemos verificar que 1 individuo tem retropé varo, e que apenas ele tem informação no relatório clinico (tabela 46).

Tabela 46 – Posição de antepé e retropé em cadeia cinética aberta PV

Posição de antepé e retropé em CCA		
	Frequência	Porcentagem%
Retropé varo	1	2,1
Sem informação	47	98,7%
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

A tabela 47, indica-nos que as Hiperqueratoses e os Helomas (21,0%), são os diagnósticos mais comuns na consulta de pé diabético, seguido das úlceras em 10,5% dos casos.

Tabela 47 - Diagnóstico PV

Diagnóstico		
	Frequência	Porcentagem%
HQ	10	21,0
Helomas	10	21,0
Onicomicose	2	4,2
Úlcera	5	10,5
Onicogribose	2	4,2
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>60,9</b>
Sem informação	19	
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

A tabela 48, indica-nos que em todos os casos (48), o tratamento efetuado é o adequado à patologia em causa.

Tabela 48 – Tratamento efetuado PV

Tratamento efetuado		
	Frequência	Porcentagem%
Tratamento adequado a cada situação	48	100,0
<b>Total</b>	<b>48</b>	<b>100,0</b>

Por observação da tabela 49, verificamos que o tratamento domiciliar mais recomendado na consulta de pé diabético é a aplicação de creme hidratante, em 12,6% das situações.

Tabela 49 – Tratamento domiciliar recomendado PV

Tratamento Domiciliar Recomendado	Frequência	Porcentagem%
Aplicação de antifúngico	3	6,3
Aplicação de creme hidratante	6	12,6
Total	9	18,9
Sem informação	39	81,3
Total	48	100,0

### 3.2.3 Cirurgias

Pacientes tiveram necessidade de intervenção cirúrgica como tratamento da Onicocriptose. Dois podologistas, reservaram um dia de estágio só para esses procedimentos.

A Onicocriptose é uma doença crônica e recidivante que afeta principalmente indivíduos 20 a 30 anos de idade, especialmente, causando graus variados de incapacidade. Esta condição resulta da borda penetração lateral da placa ungueal nos tecidos moles circundantes, onde atua como um corpo estranho e conseqüente formação de granulomas e infecções. A sua origem é considerada multifatorial, causada principalmente por uso de sapatos apertados ou saltos altos e má técnica de corte ungueal (Arista & Merino, 2006).

Heifetz e Morgensen descreveram três fases de Onicocriptose, o Estadio I, onde ocorre edema e dor de pressão. Estadio II em que já existe infecção, o estadio III em que há formação de tecido granulação e hipertrofia dos bordos laterais. Nos estadios I e II o tratamento é conservador, utilizando soluções antissépticas, antibióticos tópicos ou orais, anti-inflamatórios, para reduzir o trauma e a pressão. A cirurgia corretiva variar em complexidade e duração do efeito, estão reservas para estadio III ou para casos que se repetem, apesar do tratamento conservador (Arista & Merino, 2006).

As técnicas utilizadas para a cirurgia à unha foram a técnica de Winograd e a técnica de Fenol álcool.

A anestesia local é geralmente a técnica de escolha em todos procedimentos realizados para o tratamento (Migues, Ilitel, Carrasco, Sotelano, & Bilbao, 2009).

### 3.2.4 Observações

Boa relação entre o profissional de saúde-utente.

Exagerado número de pacientes atendidos diariamente, o que provocava stress e elevado tempo de espera.

Falta de algum material para as consultas, mesmo quando este era pedido antecipadamente.

## 3.3 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

*“O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE foi criado pelo Decreto-Lei nº 50 – A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.*

*Hospital central da região de Entre Douro e Vouga, tem todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais consideradas como referência na zona Norte. Um perfil assistencial que permite ao Centro Hospitalar assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com os requisitos legais.”*

Atualmente constituído por três unidades, instaladas nos concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, este centro hospitalar é um dos principais complexos assistenciais do Norte do país. Em Gaia, localizam-se a Unidade I – antigos Sanatório Manuel II e Hospital Eduardo Santos Silva, no Monte da Virgem – onde virá a ser erguido o novo hospital e a Unidade II. No município limítrofe, encontra-se a unidade III, antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda.

*“A Unidade I é constituída por vários edifícios, numa área de cerca de 212 hectares. Aqui, está implantada a prestação de cuidados em regimes de internamento, ambulatório e meios complementares de diagnóstico e outros serviços de apoio, bem como a grande maioria das valências médico-cirúrgicas – Anatomia Patológica, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vasculuar, Cardiologia, Cirurgia Cardiotorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Maxilofacial, Dermatologia, Apoio Nutricional e Dietética, Endocrinologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Imagiologia, Imuno-alergologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de*

*Reabilitação, Doenças Infeciosas, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pneumologia, Pneumologia Oncológica, Psicologia, Psiquiatria e Urologia. São nestas instalações que estão também localizados o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar.*

*Na Unidade II – antigo Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, situada a cerca de quatro quilómetros da Unidade I, junto ao Tribunal de Vila Nova de Gaia, encontramos o serviço de Ortopedia, o Departamento Materno-Infantil, com as valências de Medicina de Reprodução, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica<sup>4</sup>.*

*Para além deste, o Centro Hospitalar integra as seguintes unidades de dia: Doenças Infeciosas, Hemodiálise, Oncologia Médica, Hematologia Clínica e Medicina.”*

Através de parceria com A CESPU, foi dada autorização para estágio nas instalações do mesmo hospital em consulta de Ortopedia (na Unidade I) e consulta de Pé Diabético (Unidade II).

O responsável pela coordenação do estágio no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho era o Dr. Rolando Freias (ortopedista).

O estágio decorreu de 24 de Janeiro a 19 de Março de 2012 (anexo 3), todas as 3ª feira e 5ª feira das 9h00 às 14h00. O grupo de estágio dos decorrentes dias era o A4.

### **3.3.1 Instalações, serviços e equipamentos**

Todos os dias às primeiras horas da manhã, os ortopedistas do hospital reuniam-se para conversar sobre alguns casos clínicos mais graves e certas cirurgias. Depois da reunião cada um dirigia-se para o seu local de trabalho e os estagiários de Podologia eram distribuídos entre dois consultórios, que iam revezando consoante os dias de estágio. Um ortopedista e uma ortopedista eram os responsáveis pelas consultas que assistíamos.

Os consultórios eram muito idênticos quanto à sua infraestrutura e área, continham uma marquesa, uma secretária, três cadeiras, um podoscópio, um lavatório e um armário onde eram guardadas os pertences dos médicos.

O material existente no consultório era diminuto, pelo facto de se usar muito o exame físico e meios auxiliares de diagnóstico (Rx, TAC, RM...).

---

<sup>4</sup> [www.chvng.pt](http://www.chvng.pt)

Na consulta de PD que decorria na unidade II o espaço para intervenção era maior, a sala de espera era comum a outras especialidades. O consultório era constituído por marquesas e baldes do lixo (cada marquesa tinha o seu próprio balde) e um armário que servia para armazenamento do material indispensável à realização de tratamentos, uma secretária com computador. A unidade era constituída por um Podologista e

### 3.3.2 Consulta/intervenção Ortopedia

A tabela 50 e 51, indicam-nos que a maioria dos utentes da consulta de Ortopedia pediátrica do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho eram do género feminino (58,3%), e que a média de idades era de 6,53 meses.

Tabela 50 – Género CHVNG

Género		
	Frequência	Percentagem%
Masculino	25	41,7
Feminino	35	58,3
Total	60	100,0

Tabela 51 – Média de idades CHVNG

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Idade (meses)	58	0	17	6,53	5,368

Por observação das tabelas 52 e 53, verificamos que 75,0% das crianças não realizou Manobra de Ortolani enquanto que, 63,3% não fez avaliação no podoscópio.



Tabela 52 – Manobra de Ortolani CHVNG

Manobra de Ortolani		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	15	25,0
Não	45	75,0
Total	60	100,0

Tabela 53 – Avaliação no podoscópio CHVNG

Avaliação no podoscópio		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	22	36,7
Não	38	63,3
Total	60	100,0

A tabela 54, 55 e 56 indicam-nos que 35% das crianças fez avaliação articular, 20,0% fez avaliação da marcha e 6,7% fez avaliação dos reflexos.

Tabela 54 – Avaliação articular CHVNG

Avaliação articular		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	21	35,0
Não	39	65,0
Total	60	100,0

Tabela 55 - Avaliação articular CHVNG

Avaliação da marcha		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	12	20,0
Não	48	80,0
Total	60	100,0

Tabela 56 - Avaliação dos reflexos CHVNG

Avaliação de reflexos		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	4	6,7
Não	56	93,3
Total	60	100,0

Relativamente à avaliação das assimetrias/ dismetrias a tabela 57 indica-nos que 75,0% não fez esta avaliação.

Tabela 57 – Avaliação de assimetrias/ dismetrias CHVNG

Avaliação de assimetrias/dismetrias		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	15	25,0
Não	45	75,0
Total	60	100,0

A tabela 58 indica-nos que 86,7% das crianças não avaliada através de palpação.

Tabela 58- Palpação CHVNG

Palpação		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	8	13,3
Não	52	86,7
Total	60	100,0

As tabelas 59, 60, 61, 62 e 63, indicam-nos os meios complementares de diagnóstico que tinham sido requeridos anteriormente, através da observação das tabelas verificamos que 18,3% dos pacientes tinham Rx, 3,3% já tinha realizado TAC, 1,7% RM, que em nenhum dos casos foram requeridas análises clínicas, e que 6,7% já tinha efetuado uma ecografia.

Tabela 59 – Rx requerido CHVNG

Rx (requerido)	Frequência	Porcentagem%
Sim	8	13,3
Não	52	86,7
Total	60	100,0

Tabela 60 - TAC requerida CHVNG

TAC (requerido)	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	3,3
Não	58	96,7
Total	60	100,0

Tabela 61 – RM requerida CHVNG

RM (requerido)	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Tabela 62 – Análises clínicas CHVNG

Análises clínicas (requerido)	Frequência	Porcentagem%
Não	60	100,0
Total	60	100,0

Tabela 63 – Ecografia requerida CHVNG

Ecografia (requerido)		
	Frequência	Percentagem%
Sim	4	6,7
Não	56	93,3
Total	60	100,0

As tabelas 64, 65, 66, 67 e 68, indicam-nos os exames complementares de diagnóstico que foram pedidos pelo ortopedista durante a consulta, verificamos que 53,3% pediu realização de Rx, não foi pedida nenhuma TAC, RM ou análises clínicas, 3,3% dos casos foi pedida realização de ecografia.

Tabela 64 – Rx complementar CHVNG

Rx (complementar)		
	Frequência	Percentagem%
Sim	32	53,3
Não	28	46,7
Total	60	100,0

Tabela 65 – TAC complementar CHVNG

TAC (complementar)		
	Frequência	Percentagem%
Não	60	100,0
Total	60	100,0

Tabela 66 – RM complementar CHVNG

RM (complementar)		
	Frequência	Percentagem%
Não	60	100,0
Total	60	100,0

Tabela 67 – Análises clínicas complementares CHVNG

<b>Análises clínicas (complementar)</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Não</b>	60	100,0
<b>Total</b>	60	100,0

Tabela 68 – Ecografia complementar CHVNG

<b>Ecografia (complementar)</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	2	3,3
<b>Não</b>	58	96,7
<b>Total</b>	60	100,0

Na tabela 69, verificamos que 15,0% dos utentes da consulta tem luxação congénita da anca.

Tabela 69– Luxação congénita da anca CHVNG

<b>Luxação da Anca</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	9	15,0
<b>Não</b>	51	85,0
<b>Total</b>	60	100,0

Através da análise das tabelas 70, 71, 72, 73 e 74, verificamos que, 10% sofre de heterometrias, 13,3% tem escoliose, 1,7% tem tórax em quilha, 1,7% tem síndrome tricorifalângico, 3,3% tem assimetrias.

Tabela 70 - Heterometrias CHVNG

Heterometrias		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	5	10,0
Não	54	90,0
Total	60	100,0

Tabela 71 - Escoliose CHVNG

Escoliose		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	8	13,3
Não	52	86,7
Total	60	100,0

Tabela 72 - Tórax em Quilha CHVNG

Tórax em Quilha		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Tabela 73 – Síndrome tricorinofalângico CHVNG

Síndrome Tricorinofalângico		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Tabela 74 - Assimetrias CHVNG

Assimetrias		
	Frequência	Percentagem%
Sim	2	3,3
Não	58	96,7
Total	60	100,0

Através da observação das tabelas 75, 76, 77 e 78, verificamos que 1,7% tem supradução dos dedos, não existem casos com artrite séptica da anca, 1,7% tem infecção, 10,0% tem aumento ou limitação na articulação da anca, 1,7% tem síndrome piramidal.

Tabela 75 – Artrite séptica da anca CHVNG

Artrite Séptica da anca		
	Frequência	Percentagem%
Não	60	100,0
Total	60	100,0

Tabela 76 - Infecção CHVNG

Infecção		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Tabela 77 – Limitação ou aumento articular CHVNG

Limitação/aumento articular		
	Frequência	Percentagem%
Sim	6	10,0
Não	54	90,0
Total	60	100,0

Tabela 78 - Síndrome piramidal CHVNG

Síndrome Piramidal		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Quando observadas as tabelas 79, 80, 81, 82, 83, 84 e 85 verificamos que 13,3% dos indivíduos tem valguismo ou varismo no pé, 1,7 tem supradução de dedos, dedos em mola e genu valgo, 8,3% tem pé plano e não existem casos com pé cavo e 3,3% apresentam bunion na 1ª articulação metatarso-falângica

Tabela 79 – Valguismo ou varismo do pé CHVNG

Valguismo/Varismo do Pé		
	Frequência	Percentagem%
Sim	8	13,3
Não	52	86,7
Total	60	100,0

Tabela 80 – Supradução de dedos CHVNG

Supradução de dedos		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Tabela 81 – Dedos em mola CHVNG

Dedos em Mola		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0



Tabela 82 – Genu valgo CHVNG

Genu Valgo		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

Tabela 83 – Pé plano CHVNG

Pé Plano		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	5	8,3
Não	55	91,7
Total	60	100,0

Tabela 84 – Pé cavo CHVNG

Pé Cavo		
	Frequência	Porcentagem%
Não	60	100,0
Total	60	100,0

Tabela 85 – Bunion na 1ª articulação metatarso-falângica CHVNG

Bunion na 1ª art. MTF		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	3,3
Não	58	96,7
Total	60	100,0

Através da observação das tabelas 86,87,88,89 e 90, verificamos que 1,7% das pessoas que foram à consulta apresentam condromalacia, tendinite e fibroma não ossificante da tíbia, não existem casos de osteogênese imperfeita da anca e 1,7% apresentam hiperlaxidez ligamentar.

Tabela 86 - Condromalácia CHVNG

<b>Condromalácia</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	1	1,7
<b>Não</b>	59	98,3
<b>Total</b>	60	100,0

Tabela 87 - Tendinite CHVNG

<b>Tendinite</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	1	1,7
<b>Não</b>	59	98,3
<b>Total</b>	60	100,0

Tabela 88 – Fibroma não ossificante da tíbia CHVNG

<b>Fibroma não ossificante da Tíbia</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	1	1,7
<b>Não</b>	59	98,3
<b>Total</b>	60	100,0

Tabela 89 – Osteogênese imperfeita da anca CHVNG

<b>Osteogênese imperfeita da anca</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Não</b>	60	100,0
<b>Total</b>	60	100,0

Tabela 90 – Hiperlaxidez ligamentar CHVNG

Hiperlaxidez ligamentar		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	1,7
Não	59	98,3
Total	60	100,0

A tabela 91 indica-nos que o tratamento mais utilizado na consulta de ortopedia infantil do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho é a prática de natação (13,6%) e a utilização do aparelho de kösjla (8,5%). 6,8% dos pacientes tiveram alta médica.

Tabela 91- Tratamento recomendado CHVNG

Tratamento Recomendado		
	Frequência	Percentagem%
Alta	4	6,8
Andar na areia, sentar à chinês e calçado com contraforte alto	2	3,4
Aparelho de kösjla	5	8,5
Calcanheira	2	3,4
Cirurgia	4	6,8
Gesso para abertura do mi.	1	1,7
Dieta	1	1,7
Fisioterapia	3	5,1
Natação	8	13,6
Suportes plantares	1	1,7
Uso de 2 fraldas	2	3,4
Sem registo	27	45,9
Total	60	100,0

A tabela 92, indica-nos que 3,4% foi a consulta para controlo de cirurgia anteriormente realizada, 1,7% realizou tenotomia do tendão de Aquiles, 1,7% tem possível instabilidade da anca, 1,7% possível quisto e 1,7% tem historia de Legg Perths Clavé no membro inferior.

Tabela 92 - Observações CHVNG

Observações		
	Frequência	Percentagem%
Controlo de cirurgia	2	3,4
Realizou tenotomia do T.A pé drt	1	1,7
Possivel instabilidade da anca	1	1,7
Possivel quisto	1	1,7
História de Legg-Perths-Calvé m.i esq.	1	1,7
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>10,2</b>
Sem informação	54	89,8
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100,0</b>

### 3.3.3 Consulta/intervenção Pé Diabético

Através da análise da tabela 93, verificamos que a 68,2% dos utentes da consulta de Pé Diabético do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia é do género masculino.

Tabela 93 - Género CHVNG2

Género		
	Frequência	Percentagem%
<b>Masculino</b>	15	68,2
<b>Feminino</b>	7	31,8
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

A tabela 94, indica-nos que 31,8% dos utentes desta consulta apresentam pé neuropático.

Tabela 94 – Tipo de pé CHVNG2

Tipo de Pé		
	Frequência	Percentagem%
Neuropático	7	31,8
Neuroisquémico	1	4,5
Isquémico	2	9,1
Sem referência	12	54,5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

As tabelas 95, 96 e 97 indicam-nos que 50% dos utentes apresentam patologia no pé direito, 59,1 % apresentam patologia no pé esquerdo e 22,7% no calcanhar.

Tabela 95 – Localização da patologia no pé direito CHVNG2

Localização de patologia no pé direito		
	Frequência	Percentagem%
Sim	11	50,0
Não	11	50,0
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabela 96 - Localização de patologia no pé esquerdo CHVNG2

Localização de patologia no pé esquerdo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	13	59,1
Não	9	40,9
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

Tabela 97 – Localização de patologia no calcânhar CHVNG2

Localização de patologia no calcânhar		
	Frequência	Percentagem%
Sim	5	22,7
Não	17	77,3
Total	22	100,0

Quando observadas as tabelas 98,99,100,101 e 102, verificamos que 4,5% das pessoas tem localização de patologia no hallux, 9,1% tem patologia no 2º dedo, 18,2% tem no 3º dedo, 13,6% apresenta patologia no 4ºdedo e 18,2 no 5º dedo.

Tabela 98 – Localização de patologia no Hallux CHVNG2

Localização de patologia no Hallux		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 99 - Localização da patologia no 2º dedo CHVNG2

Localização de patologia no 2º dedo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,9
Total	22	100,0

Tabela 100 – Localização de patologia no 3º dedo CHVNG2

Localização de patologia no 3º dedo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	4	18,2
Não	18	81,8
Total	22	100,0

Tabela 101 – Localização de patologia no 4º dedo CHVNG2

Localização de patologia no 4º dedo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 102 – Localização de patologia no 5º dedo CHVNG2

Localização de patologia no 5º dedo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	4	18,2
Não	18	81,8
Total	22	100,0

As tabelas 103, 104, 105, 106 e 107 indicam-nos que em 13,6% dos utentes verifica-se patologia no 1º metatarso, não se verificam patologias no 2º metatarso, 4,5% apresenta patologia no 3º mtt, 9,1% no 4º mtt e 13,3% no 5º mtt.

Tabela 103 – Localização de patologia no 1º mtt CHVNG2

Localização de patologia no 1º mtt		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 104 – Localização de patologia no 2º mtt CHVNG2

Localização de patologia no 2º mtt		
	Frequência	Percentagem%
Não	22	100,0
Total	22	100,0

Tabela 105 – Localização de patologia no 3º mtt CHVNG2

Localização de patologia no 3º mtt		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 106 – Localização de patologia no 4º mtt CHVNG2

Localização de patologia no 4º mtt		
	Frequência	Percentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,0
Total	22	100,0

Tabela 107 – Localização de patologia no 5º mtt CHVNG2

Localização de patologia no 5º mtt		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

As tabelas 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114 indicam-nos que existe 9,1% de patologias no maléolo externo direito, 13,6% no bordo medial do pé, 18,2% no bordo externo do pé, 9,1% na perna direita, 4,5% na perna esquerda, 13,5% de patologia dorsal e 18,2% de localização de patologia na zona plantar.



Tabela 108 – Localização da patologia no maléolo externo direito CHVNG2

Localização de patologia no maléolo ext. dt.		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,9
Total	22	100,0

Tabela 109 – Localização da patologia no bordo medial CHVNG2

Localização de patologia no bordo medial		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 110 – Localização da patologia no bordo externo do pé CHVNG2

Localização de patologia no bordo externo do pé		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	4	18,2
Não	18	81,8
Total	22	100,0

Tabela 111 – Localização da patologia na perna direita CHVNG2

Localização de patologia na perna dt.		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,9
Total	22	100,0

Tabela 112 – Localização da patologia na perna esquerda CHVNG2

Localização de patologia na perna esq.		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 113 – Localização da patologia dorsal CHVNG2

Localização de patologia dorsal		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,5
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 114 – Localização da patologia plantar CHVNG2

Localização de patologia plantar		
	Frequência	Percentagem%
Sim	4	18,2
Não	18	81,8
Total	22	100,0

As tabelas 115 e 116, indicam que 4,5% dos utentes apresentam 4,5% de casos de onicomigrose e de onicocriptose.

Tabela 115 - Onicogrifose CHVNG2

Onicogrifose		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 116 - Onicocriptose CHVNG2

Onicocriptose		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

As tabelas 117, 118, 119 e 120 indicam-nos que 95,5% das pessoas atendidas na consulta de pé diabético apresentam úlcera, 4,5% apresenta esfacelamento, 4,5% apresentam queimadura e necrose.

Tabela 117 - Úlcera CHVNG2

Úlcera		
	Frequência	Percentagem%
Sim	21	95,5
Não	1	4,5
Total	22	100,0

Tabela 118 - Esfacelamento CHVNG2

Esfacelamento		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 119 - Queimadura CHVNG2

Queimadura		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 120 – Necrose CHVNG2

<b>Necrose</b>		
	Frequência	Porcentagem%
<b>Sim</b>	1	4,5
<b>Não</b>	21	95,5
<b>Total</b>	22	100,0

Quando observadas as tabelas 121, 122, 123, 124, 125, 126,127, 128, 129, 130 e 131 verificamos que 13,6% tiveram amputação no pé direito, 36,4% amputação no pé esquerdo, 4,5% amputação bilateral, 22,7% já teve amputação no hallux, não existem casos com amputação no 2º dedo, 9,1% tiveram amputação no 3º dedo, 13,6% no 4º e 5º dedos, 4,55 realizou amputação metatársica, 13,6% transmetatársica e 9,1% no 1/3 superior do fêmur.

Tabela 121 – Amputação no pé direito CHVNG2

<b>Amputação no pé direito</b>		
	Frequência	Porcentagem%
<b>Sim</b>	3	13,6
<b>Não</b>	19	86,4
<b>Total</b>	22	100,0

Tabela 122 – Amputação no pé esquerdo CHVNG2

<b>Amputação no pé esquerdo</b>		
	Frequência	Porcentagem%
<b>Sim</b>	8	36,4
<b>Não</b>	14	63,6
<b>Total</b>	22	100,0

Tabela 123 – Amputação bilateral CHVNG2

<b>Amputação bilateral</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	1	4,5
<b>Não</b>	21	95,5
<b>Total</b>	22	100,0

Tabela 124 – Amputação no hallux CHVNG2

<b>Amputação no Hallux</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	5	22,7
<b>Não</b>	17	77,3
<b>Total</b>	22	100,0

Tabela 125 – Amputação no 2º dedo CHVNG2

<b>Amputação no 2º dedo</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Não</b>	22	100,0
<b>Total</b>	22	100,0

Tabela 126 – Amputação no 3º dedo CHVNG2

<b>Amputação no 3º dedo</b>		
	Frequência	Percentagem%
<b>Sim</b>	2	9,1
<b>Não</b>	20	90,0
<b>Total</b>	22	100,0

Tabela 127 – Amputação no 3º dedo CHVNG2

Amputação no 4º dedo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 128 – Amputação no 5º dedo CHVNG2

Amputação no 5º dedo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 129 – Amputação metatársica CHVNG2

Amputação metatársica		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 130 – Amputação transmetatársica CHVNG2

Amputação Transmetatársica		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 131 – Amputação no 1/3 superior do fêmur CHVNG2

Amputação no 1/3 superior do fêmur		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,9
Total	22	100,0

Quanto às tabelas 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138,139, 140, 141, 142, 143 e 144, referentes aos tratamentos utilizados na consulta de pé diabético verificamos que 4,5% realizou descarga em feltro, 9,1% realizou limpeza com água oxigenada, 13,6% limpeza com soro, 4,5 limpeza com Betadine®, 68,2% realizou penso com Inadine®, 4,5% realizou penso com Askina gel®, 50,0% realizou penso com Betadine pomada®, 4,5% aplicou Halibut® nos bordos da úlcera, em 9,1% foram aplicadas ligaduras, 18,2% foi realizado penso com Ceptocol®+ gase gorda, 4,5% penso com Aquacel®, em 18,2% foi feita hidratação e em 4,5% foi prescrito antibiótico.

Tabela 132 – Descarga em feltro CHVNG2

Descarga em Feltro		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 133 – Limpeza com água oxigenada CHVNG2

Limpeza com água oxigenada		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,9
Total	22	100,0

Tabela 134 – Limpeza com soro CHVNG2

Limpeza com soro		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	3	13,6
Não	19	86,4
Total	22	100,0

Tabela 135 – Limpeza com Betadine® CHVNG2

Limpeza com Betadine®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 136 – Penso com Inadine® CHVNG2

Penso com Inadine®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	15	68,2
Não	7	31,8
Total	22	100,0

Tabela 137 – Penso com Askina gel® CHVNG2

Penso com Askina gel®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0



Tabela 138 – Penso com Betadine pomada® CHVNG2

Penso com Betadine pomada®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	11	50,0
Não	11	50,0
Total	22	100,0

Tabela 139 – Aplicação de Halibut® nos bordos da úlcera CHVNG2

Aplicação de Halibut® nos bordos da úlcera		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 140 – Aplicação de ligadura CHVNG2

Aplicação de Ligadura		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	2	9,1
Não	20	90,9
Total	22	100,0

Tabela 141 – Penso com Ceptocol® CHVNG2

Penso com Ceptocol® e gase gorda		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	4	18,2
Não	18	81,8
Total	22	100,0

Tabela 142 – Penso com Aquacel® CHVNG2

Penso com Aquacel®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

Tabela 143 – Hidratação CHVNG2

Hidratação		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	4	18,2
Não	18	81,8
Total	22	100,0

Tabela 144 – Antibiótico CHVNG2

Antibiótico		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	1	4,5
Não	21	95,5
Total	22	100,0

A tabela 145, indica-nos que 4,5% dos pacientes apresentava de síndrome comportamental do membro inferior direito, 4,5% realizou deslaminagem de hiperqueratose, 4,5% apresenta pé cavo anterior com garra digital, 9,0% apresenta pé de Charcot, 4,5% fez remoção de exostose e em 4,5% verificou-se a vascularização com doppler.

Tabela 145 - Observações CHVNG2

Observações		
	Frequência	Porcentagem%
Antecedentes de síndrome comportamental do m.i.drt	1	4,5
Deslaminção de HQ	1	4,5
Pé cavo anterior com garra digital	1	4,5
Pé de Charcot	2	9,0
Remoção de exostose	1	4,5
Vascularização com doppler	1	4,5
Total	7	31,5
Sem informação	15	68,2
Total	22	100,0

### 3.3.4 Cirurgias

Paciente do sexo masculino com 9 anos, Osteotomia em cunha do tarso e metatarso e Osteotomia do calcâneo à esquerda.

Paciente do sexo masculino, com 27 dias, realizou-se cirurgia ao Pé Boto fazendo Tenotomia do Tendão de Aquiles bilateral.

### 3.3.5 Observações

Estágio interessante, com aprendizagem de novas técnicas e manobras que se utilizam para verificação de patologias da área ortopédica, interação com pessoas de idades pediátricas com patologias graves e diferentes das mais comuns em podologia.

Pouco relacionamento entre profissional de saúde-utente, por parte dos profissionais do hospital. Pouca aceitação da podologia e tratamentos utilizados na nossa área.

## 3.4 Podo Fátima

A atividade PodoFátima surge no decorrer de atividades desenvolvidas pelo Núcleo de Podologia, criado a 1 de Fevereiro de 2001 pela Associação Académica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, que no âmbito da sua ação académica e pedagógica desenvolve atividades que visam a prestação de serviços de saúde na área da Podologia à comunidade, divulgação do curso, da

Instituição, formação e informação de profissionais, alunos e restante comunidade., onde fundamentalmente se põs em prática toda uma série de fatores, acima referidos. Serve como palco o trajeto percorrido pelas pessoas em peregrinação ao local de Fátima, na semana que antecede o dia 13 de Maio<sup>5</sup>.

Para o ano 2011 a localização da Unidade Móvel encontrava-se a 7 e 8 de Maio na Mealhada, junto aos Bombeiros, 9 e 10 de Maio no Pombal no Pavilhão Municipal, 11 e 12 de Maio em Fátima, junto ao Posto de Turismo.

Esta é uma atividade só é possível com a colaboração voluntária de todos os podologistas de forma a promoverem o apoio especializado aos peregrinos e a divulgar a podologia e os seus serviços. No referente ano, esta atividade decorreu como estágio, onde todos os procedimentos ministrados aos peregrinos eram supervisionados por profissionais de podologia responsáveis pelas áreas onde decorria a ajuda.

### 3.4.1 Instalações, serviços e equipamentos

O auxílio aos peregrinos é efetuado num camião adaptado pela Associação de Podologia, em tendas campanha, ou instalações fornecidas por entidades privadas, o material usado nos tratamentos é adquirido através de pedidos feitos a farmácias que assim patrocinam a ajuda.

### 3.4.2 Intervenção

A tabela 146 e 147, indica-nos que 63,6% das pessoas atendidas durante o estágio decorrido no dia de apoio ao Podofátima eram do género feminino, e que a média das suas idades era de 42,45 anos.

Tabela 146- Género PF

Género		
	Frequência	Percentagem%
Masculino	4	34,4
Feminino	7	63,6
Total	11	100,0

<sup>5</sup> [www.podologia.justdiscotion.com/podofatima](http://www.podologia.justdiscotion.com/podofatima)

Tabela 147 – Média de idades PF

	N	Mínimo	Máximo	Média	Derivação
Idade (anos)	11	27	57	42,45	10.202

A tabela 148, indica-nos que 34,4% das pessoas tinham começado a peregrinação em Viseu.

Tabela 148 – Local de início de peregrinação PF

Local de início da Peregrinação	Frequência	Percentagem%
Viseu	4	34,4
Penafiel	1	9,1
Peso da Régua	1	9,1
Porto	3	27,3
Viana do Castelo	2	18,2
Total	11	100,0

Através das tabelas 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158 e 159, verificamos que os tratamentos utilizados no apoio ao Podofátima foram, 81,8% drenagem, 54,5% descargas em feltro, 45,5% realizou penso com Halibut®, 45,5% realizou penso com Bacitracina®, 27,3% realizou penso com Betadine®, 54,5% fez assepsização com soro+Betadine® (diluídos), 18,2% aplicação de Voltaren® e 36,4% aplicação de Fenistil®, 27,3% aplicação de gel refrescante, 9,1% aplicação de Betadine® interdigital e 9,1% aplicação de ligadura.

Tabela 149 – Drenagem PF

Drenagem	Frequência	Percentagem%
Sim	9	81,8
Não	2	18,2
Total	11	100,0

Tabela 150 – Descarga em feltro PF

Descarga em Feltro		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	6	54,5
Não	5	45,5
Total	11	100,0

Tabela 151 – Penso com Halibut® PF

Penso co Halibut®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	5	45,5
Não	6	54,5
Total	11	100,0

Tabela 152 – Penso com Bacitracina® PF

Penso com Bacitracina®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	5	45,5
Não	6	54,5
Total	11	100,0

Tabela 153 – Penso com Betadine® PF

Penso com Betadine®		
	Frequência	Porcentagem%
Sim	3	27,3
Não	8	72,7
Total	11	100,0

Tabela 154 – Asseptização com soro+Betadine® PF

Asseptização com soro+Betadine®		
	Frequência	Percentagem%
Sim	6	54,5
Não	5	45,5
Total	11	100,0

Tabela 155 – Aplicação de Voltaren® PF

Aplicação de Voltaren®		
	Frequência	Percentagem%
Sim	2	18,2
Não	9	81,8
Total	11	100,0

Tabela 156 – Aplicação de Fenistil® PF

Aplicação de Fenistil®		
	Frequência	Percentagem%
Sim	4	36,4
Não	7	63,6
Total	11	100,0

Tabela 157 – Aplicação de gel refrescante PF

Aplicação de gel refrescante		
	Frequência	Percentagem%
Sim	3	27,3
Não	8	72,7
Total	11	100,0

Tabela 158 – Aplicação de Betadine® interdigital PF

Aplicação de Betadine® interdigital		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	9,1
Não	10	90,9
Total	11	100,0

Tabela 159 – Aplicação de Ligadura no tornozelo PF

Aplicação de ligadura no tornozelo		
	Frequência	Percentagem%
Sim	1	9,1
Não	10	90,9
Total	11	100,0

A tabela 160, indica-nos que 9,1% era diabético, 9,1% recusou drenagem das flictenas e que 9,1% tinha história de enfarte à menos de 1 ano.

Tabela 160 – Observações PF

Observações		
	Frequência	Percentagem%
Diabéticos	1	9,1
Recusou drenagem de flictenas	1	9,1
História de enfarte à <1 ano	1	9,1
Total	3	27,3
Sem informação	8	72,7
Total	11	100,0

### 3.4.3 Observações

Excelente componente social e excelente relação interpessoal.



## **3.5 Seminários**

O seminário consiste num procedimento metodológico, que supõe o uso de técnicas para estudo e pesquisa sobre determinado assunto. Tem como objetivo, a análise e interpretação de dados sob o ângulo das expressões científicas, positivas, experimentais e humanas. Durante o período de estágio foram apresentados vários seminários para aumento do conhecimento e contacto com novos temas e realidades de diversas áreas da saúde.

### **3.5.1 Seminário de Ortopedia Infantil**

Este seminário decorreu nas instalações da CESPUESSVA, no dia 17 de Março de 2011 teve como objetivo a avaliação das alterações biomecânicas dos membros inferiores de crianças que é uma das principais condições para a eficácia da ação terapêutica em várias alterações patológicas com que frequentemente o podologista se depara. Tinha ainda como objetivo elucidar sobre a escolha do recurso de tratamento, que deverá ocorrer em função dos resultados de uma avaliação sustentada na análise de dados qualitativos e quantitativos suficientes e precisos, assim como na observação sistemática e descrição das disfunções.

O curso foi ministrado por dois docentes da ESSVA, o Dr. Domingos Gomes médico e o Dr. Nuno Alegrete na área da ortopedia que acrescentaram a um maior contacto com outras realidades ao nível da intervenção terapêutica podológica.

### **3.5.2 Seminário do calçado**

O Seminário de Calçado teve lugar nas instalações da ESSVS, foi ministrado por um colaborador do Centro tecnológico do calçado de Portugal (CTCP) em São João da Madeira, nos dias 22 e 29 de Outubro de 2011.

Este seminário abordou temáticas como a evolução da história do calçado e as suas várias funções, tipos de calçado e diferenciação em relação ao uso e ao processo de construção. Vários tipos de calçado e o efeito da moda no calçado e na saúde do pé. Processos, fases de fabrico e erros mais comuns, aos quais se deve ter atenção aquando da compra de sapatos. Materiais de confeção, solas e algumas definições. E uma pequena abordagem aos diferentes tipos de calçado para os diferentes tipos de desporto.

### **3.5.3 VII Jornadas de Guimarães**

A organização das VII Jornadas Ibéricas de Podologia foi levada a cabo do departamento de Podologia do IPSN- CESPU, realizaram-se nos dias 25 e 26 de Novembro de 2011, nas instalações do Hotel de Guimarães em Guimarães, Tinham como tema principal “No caminho da investigação” e serviram de palco a enumeras palestras sobre temas relacionados com a podologia (anexo 4).

### **3.5.4 Seminário de feridas**

A elevada prevalência de feridas no contexto atual dos cuidados de saúde e podológicos e o seu impacto na qualidade de vida das pessoas, tornam este tema uma questão bastante relevante. A gestão e tratamento de feridas reveste-se de elevada complexidade, assinalando-se a necessidade de uma intervenção atempada, bem como a necessidade de investigação e de melhoria das práticas. Este seminário teve como objetivo desenvolver conhecimento, intervenções, materiais e tratamentos de feridas.

Ministrado pela Dra. Assunção e pela professora Doutora Liliana Ávidos, teve realização no dia nas instalações da ESSVA, no dia 25 de Fevereiro de 2012.

### **3.5.5 VII Congresso Nacional de Podologia em Aveiro**

A Associação Portuguesa de Podologia com patrocínio da CESPU promoveu o VII Congresso Nacional de Podologia, o qual teve lugar no Centro de Congresso de Aveiro nos dias 27 e 28 de Abril de 2012 (anexo). O congresso de Podologia é o único evento de dimensão nacional para apresentação novas temáticas, atualização de métodos e técnicas em podologia e o momento onde se percebe a dimensão social e humana da Podologia e dos Podologistas.

### **3.5.6 Seminário de Homeopatia**

O seminário de Homeopatia teve lugar na ESSVA, no dia 28 de Julho de 2012, ministrado pela Dra. Anne Wickell.

A Dra. Anne começou por abordar que a Homeopatia baseia no princípio da dinamização, que consiste em dividir ou diluir as substâncias elementares com matérias inertes, não prejudicando o organismo pela sua intensidade. Explicou que a principal característica das preparações homeopáticas se centra na administração de doses medicamentosas mínimas e extremamente diluídas. Em Portugal, a sua utilização não é generalizada, mas a curiosidade por parte dos

utentes e dos profissionais de saúde é cada vez maior. Elucidou em como se pode utilizar a Homeopatia em conjunto com a Podologia e os seus benefícios.



## 4 Conclusão

Os meus pressupostos para a realização deste estágio apontavam no sentido de um maior crescimento profissional e realização pessoal.

Parece-me importante salientar que este, permitiu aprofundar a minha formação teórica, técnica e científica, mas principalmente pessoal e social, numa perspetiva de desenvolvimento de competências e de formação contínua, favorecendo o desenvolvimento do sentido de responsabilidade e da formação pessoal e profissional.

Foram surgindo algumas dificuldades ao longo do estágio que foram superadas com a ajuda dos meus colegas e principalmente dos Orientadores. Sinto que a minha adaptação ao serviço foi gradual e num bom nível qualitativo. Dediquei-me e empenhei-me totalmente a este estágio respeitando sempre quer os doentes, quer com toda a equipa de profissionais de saúde.

É importante e necessário que, na prática clínica, não só os Podologistas, como os restantes profissionais de saúde partilhem e discutam opiniões e experiências, sobre os diagnósticos e tratamento dos doentes. Este serviço foi um testemunho que tal tarefa é possível e exequível, a partilha e responsabilidade conjunta dos casos que acompanham tornam-se, na minha opinião, uma mais valia para todos os profissionais envolvidos.



## 5 Referências bibliográficas

- Alves, E. C. (2011). Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus.
- Arista, G. F., & Merino, J. E. (2006). Onicriptosis: estudio comparativo del periodo posoperatorio de una matricectomia parcial lateral con el de una matricectomia parcial lateral con fenolización.
- Basso, N. A. d. S., Costa, R. A. A., Magalhães, C. G., Rudde, M. V. C., & Calderon, I. d. M. P. (2007). Insulinoterapia, controle glicêmico materno e prognóstico perinatal – diferença entre o diabetes gestacional e o clínico.
- Brasileiro, J. L., Oliveira, W. T. P., Monteiro, L. B., Chen, J., Jr., E. L. P., Molkenthin, S., et al. (2005). Pé diabético: aspectos clínicos. *Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular*.
- Cordeiro, G. G. (2010). Caracterização físico mecânica de materiais utilizados em palmilhas para diabéticos. *Universidade do Vale do Paraíba Instituto de pesquisa e desenvolvimento*.
- Gross, J. L., Silveiro, S., Camargo, J. L., Reichelt, A. J., & Azevedo, M. J. d. (2001). Diabetes Mellito: Diagnóstico, Classificação e Avaliação do Controle Glicêmico.
- Horta, C., Vilaverde, J., Mendes, P., Gonçalves, I., Serra, L., Pinto, P. S., et al. (2003). Avaliação da taxa de amputações: consulta multidisciplinar do pé diabético.
- Landim, C. A. P., Milomens, K. M. P., & Diógenes, M. A. R. (2008). Deficits de autocuidado em clientes com Diabetes Mellitus Gestacional: uma contribuição para a enfermagem.
- Lipsky, B. A., Berendt, A. R., Cornia, P. B., Pile, J. C., Peters, E. J. G., Armstrong, D. G., et al. (2012). 2012 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Diabetic Foot Infections.
- Maganha, C., Vanni, D., Bernardi, M., & Zugaib, M. (2003). Tratamento do diabetes melito gestacional.
- Migues, A., Iltel, G. S., Carrasco, M., Sotelano, P., & Bilbao, F. (2009). Osteotomia de Wei: Precisión y eficacia de ta planificación preoperatoria.
- Nelson, E. A., Backhouse, M. R., Bhogal, M. S., Wright-Hughes, A., Lipsky, B. A., Nixon, J., et al. (2012). Concordance in diabetic foot ulcer infection.
- Ochoa-Vigo, K., & Pace, A. E. (2005). Pé diabético: estratégias para prevenção.
- Ochoa-Vigo, K., Torquato, M. T. d. C. G., Silvério, I. A. d. S., Queiroz, F. A. d., De-La-Torre-Ugarte-Guanilo, M. C., & Pace, A. E. (2006). Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético.
- Sacco, I. C. N., Sartor, C. D., Gomes, A. A., & João, S. M. A. (2007). Avaliação das perdas sensorio motoras do pé e tornozelo decorrentes da neuropatia diabética.
- Santos, J. R. d., & Enumo, S. R. F. (2003). Adolescentes com Diabetes Mellitus Tipo 1: Seu Cotidiano e Enfrentamento da Doença.
- Scheffel, R., Bortolanza, D., Weber, C., Costa, L., Canani, L., Santos, K., et al. (2004). Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus fatores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo2 em atendimento ambulatorial.
- Walker, K., Toshner, R., Sandeep, T. C., Devers, M., Bain, D., & Barwell, N. (2012). Linezolid-induced hypoglycaemia in a patient with type 1 diabetes. *The British Journal of Diabetes & Vascular Disease*.
- Warren, J. S. (2013). Diabetic Foot Infection. *Journal of the American Podiatric Medical Association*.





## Anexos



# Anexo I – Distribuição dos alunos Centro Hospitalar do Alto Ave e Hospital São João- Polo de Valongo

## Distribuição de Alunos por locais de Estágio

### Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade de Guimarães

#### GRUPO A

Período de 17 de Outubro a 11 de Novembro de 2011

Ana Carolina Oliveira Ferreira  
Ana Filipa Ribeiro da Silva  
Ana Patrícia Moreira Azevedo  
Ana Preciosa Neto Barbosa  
Marta Raquel M. Pereira da Silva  
André Luís Leitão Magalhães  
Andreia Lamas Cancela

#### GRUPO B

Período de 14 de Novembro a 07 de Dezembro de 2011

Cátia Isabel Faria Sampaio  
Cláudia Sofia Moura de Castro  
Maria Dina Oliveira de Ornelas  
Irene Sofia Ferreira Gomes  
Joana Filipa das Neves Teixeira  
Joana Sofia Sameiro da Cruz  
Liliana Patrícia Oliveira Sousa

#### GRUPO E

Período de 09 de Dezembro a 13 de Janeiro de 2012

Maria Cristiana Gonçalves de Sá  
Fernando Jorge Tavares Pereira  
Maria Luísa Borges da Silva  
André Filipe Oliveira de Azevedo  
Raquel Pereira da Silva Cardoso  
Salomé Cristina Marques da Silva  
Sara Isabel Neto Moreira

## **Hospital de Valongo**

### **GRUPO A**

#### **Período de 12 de Dezembro a 17 de Janeiro de 2012**

Ana Carolina Oliveira Ferreira  
Ana Filipa Ribeiro da Silva  
Ana Patrícia Moreira Azevedo  
Ana Preciosa Neto Barbosa  
Marta Raquel M. Pereira da Silva  
André Luís Leitão Magalhães  
Andreia Lamas Cancela

### **GRUPO B**

#### **Período de 23 de Janeiro a 14 de Fevereiro de 2012**

Cátia Isabel Faria Sampaio  
Cláudia Sofia Moura de Castro  
Maria Dina Oliveira de Ornelas  
Irene Sofia Ferreira Gomes  
Joana Filipa das Neves Teixeira  
Joana Sofia Sameiro da Cruz  
Liliana Patrícia Oliveira Sousa

### **GRUPO E**

#### **Período de 20 de Fevereiro a 19 de Março de 2012**

Maria Cristiana Gonçalves de Sá  
Fernando Jorge Tavares Pereira  
Maria Luísa Borges da Silva  
André Filipe Oliveira de Azevedo  
Raquel Pereira da Silva Cardoso  
Salomé Cristina Marques da Silva  
Sara Isabel Neto Moreira

## Anexo II – Cronograma de Estágio

### MESTRADO EM PODIATRIA CLÍNICA PLANIFICAÇÃO 2010/2012

Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31			
Dia	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do				
Outubro				F													A				A			A			A							
Novembro			F			A			A			A					B				B			B			B							
Dezembro					F	B			B		B	F	E				E	E			E			FE	FE	FE	FE	FE	N	FE	FE	FE	FE	FE
Janeiro																																		
Fevereiro																																		
Março																																		
Abril																																		
Maio																																		
Junho																																		
Julho																																		

Legenda:

<span style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; padding: 2px;">C</span> Carnaval	<span style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; padding: 2px;">P</span> Páscoa	<span style="background-color: #90EE90; border: 1px solid black; padding: 2px;">N</span> Natal	<span style="background-color: #FFFF00; border: 1px solid black; padding: 2px;">EN</span> Época Normal Exames	<span style="background-color: #E0E0FF; border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> Centro Hospitalar do Alto Ave - Unidade de Guimarães
<span style="background-color: #ADD8E6; border: 1px solid black; padding: 2px;">FE</span> Férias	<span style="background-color: #FFD700; border: 1px solid black; padding: 2px;">F</span> Feriado	<span style="background-color: #A9A9A9; border: 1px solid black; padding: 2px;">AU</span> Aulas	<span style="background-color: #FF0000; border: 1px solid black; padding: 2px;">ER</span> Época de Recurso	<span style="background-color: #FF00FF; border: 1px solid black; padding: 2px;"></span> Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo



## Anexo III – Distribuição dos alunos no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/ Espinho

Hospital Vila Nova de Gaia	
Mestrado Podiatria Clínica	
<b>Grupo A6</b>	Ana Filipa Ribeiro da Silva
	Ana Patricia Moreira Azevedo
	Joana Filipa das Neves Teixeira
	Joana Sofia Sameiro da Cruz
<b>Grupo A5</b>	Salomé Cristina Marques da Silva
	André Luís Leitão Magalhães
	Andreia Lamas Cancela
<b>Grupo A4</b>	Sara Isabel Neto Moreira
	Cátia Isabel Faria Sampaio
	Liliana Patricia Oliveira Sousa
	Irene Sofia Ferreira Gomes
<b>Grupo A3</b>	Marta Raquel M. Pereira da Silva
	Ana Carolina Oliveira Ferreira
	Ana Preciosa Neto Barbosa
<b>Grupo A2</b>	Maria Luísa Borges da Silva
	Raquel Pereira da Silva Cardoso
	Fernando Jorge Tavares Pereira
	André Filipe Oliveira de Azevedo
<b>Grupo A1</b>	Maria Dina Oliveira de Ornelas
	Cláudia Sofia Moura de Castro
	Maria Cristiana Gonçalves de Sá

Mestrado Podiatria Geriátrica	
<b>GRUPO G1</b>	Ana Maria Dias F. da C. Martins
	Bruno Alexandre Rego de Oliveira
	Diogo Rogério Costa Rios Neto
<b>GRUPO G2</b>	Fátima Alexandra L. Milhazes
	Raquel Pereira Arantes
	Vitor Hugo dos Santos Oliveira
<b>GRUPO G3</b>	Cátia Filipa Roque Oliveira Ribeiro
	Cláudia Raquel M. de Magalhães
	Sofia Alexandra C. da Conceição
<b>GRUPO G4</b>	José Mário Flores Aires Couto
	Maria João Oliveira Malheiro
	Vitor Daniel da Fonseca Barbosa





# Anexo IV – Programa das VII Jornadas de Podologia em Guimarães

## PROGRAMA

---

### 25 de novembro de 2011

- 14:00H** Abertura do Secretariado/Entrega de Documentação
- 15:00H** "Relação da prática do futebol com o mecanismo das entorses do tornozelo" (Gil Ferraz - Portugal)
- 15:30H** "Lesões mais frequentes a nível do membro inferior no andebol feminino" (Marta Silva - Portugal)
- 16:00H** "Estudio Comparativo de las Presiones Plantares en Pacientes, antes y después de eliminar las Hiperqueratosis" (Alberto Elias Gallardo - Espanha)
- 16:30H** Intervalo - Coffee Break
- 17:30H** "Aplicabilidade da escala do Índice de Manchester na Avaliação da Incapacidade (MFPDI) associada à dor no pé do Idoso" (Jorge Bica Freitas - Portugal)
- 18:00H** "Incidencia y relevancia de Os Peroneum en un estudio radiológico sobre la presencia de huesos sesamoideos en el pie" (Álvaro Astasio Picado - Espanha)
- 18:30H** "Acção antifúngica de extractos naturais e seus componentes em estirpes clínicas de dermatófitos responsáveis por dermatomicoses e onicomicoses" (Marta Carlos de Silva Gonçalves Dias - Portugal)
- 20:00H** Jantar das Jornadas

### 26 de novembro de 2011

- 10:00H** "Comparação dos índices de impressão plantar em crianças de 4, 6 e 8 anos" (Clotilde Rocha - Portugal)
- 10:30H** "Alterações do pé durante a gravidez" (André Nogueira - Portugal)
- 11:00H** "Consequências da obesidade infantil no pé da criança" (Margarida Ferreira - Portugal)
- 11:30H** Intervalo - Coffee Break
- 12:00H** "Saúde do pé do condutor" (Vitor Oliveira - Portugal)
- 12:30H** "Estudio clínico de la acción terapéutica de del ácido retinoico tópico en las lesiones dermatológicas del pie" (Cecili Macián Romero - Espanha)
- 13:00H** "Elemento subcuboideo: alternativa ortopodológica para el tratamiento de la marcha en adducción" (Lucia Cabonell José - Espanha)
- 13:30H** Pausa para Almoço
- 15:00H** "Valoración cuantitativa de las situaciones clínicas de riesgo en las consultas de podología" (M<sup>o</sup> José Chiva Miralles - Espanha)
- 15:30H** "Avaliação da Prevalência do desvio do sesamoide em indivíduos com HAV" (Vânia Carrão - Portugal)
- 16:00H** "El dolor talar desde una perspectiva de sus interrelaciones patológicas con los trastornos del tejido conectivo" (María Benimeli Fenollar - Espanha)
- 16:30H** "El papel del podólogo en una unidad de pie diabético" (Eduardo Simón Perez - Espanha)
- 17:00H** Intervalo - Coffee Break
- 18:00H** "Abordaje podológico de las deformidades digitales del pie en pacientes con patología psiquiátrica" (Raquel Mayordomo Acevedo - Espanha)
- 18:30H** "Valoracion de resultados en osteotomias de metatarsianos centrales (mis) mediante analisis de datos en plataforma de presiones" (Miguel Lopes Vigil - Espanha)
- 19:00H** "Estudio sobre incidencias y resultados en tecnica Reverdin Isham" (Javier Fernández Yagüe - Espanha)
- 19:30H** Sessão de Encerramento

