

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

Irene Sofia Ferreira Gomes

Vila Nova de Famalicão

Dezembro, 2013

Índice

Índice de Figuras	V
Índice de Quadros.....	VII
Índice de Tabelas.....	IX
Índice de Anexos.....	XI
Listas.....	XIII
Abreviaturas.....	XIII
Símbolos.....	XIII
Siglas.....	XIII
Introdução.....	1
1. Estágio Profissionalizante.....	5
1.1 Consulta Pé Diabético no Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães e Centro Hospitalar de São João	5
1.1.1 Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães.....	8
1.1.2 Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo	20
1.2 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho	30
1.3 Podofátima – Pombal	39
1.4 Seminários.....	42
2. Conclusão.....	47
3. Bibliografia	49
Anexos.....	53

Índice de Figuras

Figura 1: Centro Hospitalar do Alto Ave (retirado de http://www.opovo.pt/2011/05/hospital-de-guimaraes-recebe-encontros-de-andrologia/).....	8
Figura 2: Profissão dos utentes na consulta pé diabético em Guimarães.....	11
Figura 3: Avaliação dos pulsos com doppler em utente da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico).....	13
Figura 4: Avaliação sensibilidade tátil em utente da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico).....	13
Figura 5: Avaliação da sensibilidade vibratória em utente da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico).....	14
Figura 6: Impressão plantar de utente da consulta pé diabético de Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico).....	15
Figura 7: Úlcera em utente da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico).....	17
Figura 8: Moldes para realização de ortóteses plantares personalizadas da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a moldes de um utente durante o estágio clínico)	18
Figura 9: Onicomicose subungueal distal e lateral (Adaptado de Wolf, Johnson & Suurmond, 2005, p.1003)	19
Figura 10: Onicomicose branca superficial (Adaptado de Wolf, Johnson & Suurmond, 2005, p.1003)	19
Figura 11: Onicomicose subungueal proximal (Adaptado de Wolf, Johnson & Suurmond, 2005, p.1005)	20
Figura 12: Onicocriptose em utente da consulta pé diabético em Valongo (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)	25
Figura 13: Delimitação da cirurgia com lápis dermatográfico (Retirado de Carmona & Morato, s.d, p.53).....	28

Figura 14: Aplicação de fenol (Retirado de Carmona & Morato, s.d., p.42).....	30
Figura 15: Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho (Retirado de http://www.chvng.pt/assets/html/chvng_historia.html).....	30
Figura 16: Tipo de pé na consulta de pé diabético em Gaia	35
Figura 17: Disseção do tendão de Aquiles (Retirado de Miller, 2011, p.35).....	39

Índice de Quadros

Quadro 1 – Classificação de doença vascular periférica segundo Fontain (Retirado de Pereira, 2004, p.56).	7
---	---

Índice de Tabelas

Tabela 1: Caraterização dos utentes na consulta pé diabético em Guimarães	10
Tabela 2: Avaliação dos pulsos na consulta pé diabético em Guimarães	13
Tabela 3: Sensibilidade tátil na consulta pé diabético em Guimarães.....	14
Tabela 4: Sensibilidade vibratória na consulta pé diabético em Guimarães.....	14
Tabela 5: Impressão plantar na consulta pé diabético em Guimarães	15
Tabela 6: Posicionamento do calcâneo na consulta pé diabético em Guimarães	16
Tabela 7: Avaliação das dismetrias / assimetrias na consulta pé diabético em Guimarães	16
Tabela 8: Diagnósticos na consulta pé diabético em Guimarães	17
Tabela 9: Localização das patologias na consulta pé diabético em Guimarães.....	17
Tabela 10: Tratamentos realizados na consulta pé diabético em Guimarães	17
Tabela 11: Caraterização dos utentes da consulta pé diabético em Valongo	22
Tabela 12: Sensibilidade tátil na consulta pé diabético em Valongo	24
Tabela 13: Sensibilidade vibratória na consulta pé diabético em Valongo.....	24
Tabela 14: Diagnósticos na consulta pé diabético em Valongo	25
Tabela 15: Localização das patologias na consulta de pé diabético em Valongo	25
Tabela 16: Tratamentos realizados na consulta de pé diabético em Valongo	26
Tabela 17: Avaliações utilizadas para complementação de diagnóstico na consulta de ortopedia em Gaia	32
Tabela 18: Exames utilizados para complementação de diagnóstico na consulta de ortopedia em Gaia	33
Tabela 19: Patologias ocorrentes na consulta de ortopedia em Gaia.....	33
Tabela 20: Tratamentos utilizados na consulta de pé diabético em Gaia	36

Tabela 21: Patologias nos peregrinos..... 40

Tabela 22: Tratamentos efetuados aos peregrinos..... 40

Índice de Anexos

Anexo I – Relatório clínico de estágio utilizado no Centro Hospital do Alto Ave e no Centro Hospitalar de São João.....	I
Anexo II - Cronograma do Estágio Profissionalizante.....	V

Listas

Abreviaturas

HQ - Hiperqueratose

Mtt – Metatarso

h – horas

seg. – segundos

min. - minutos

Símbolos

% - Percentagem

N – Número de utentes

Siglas

ESSVA – Escola Superior de Saúde Vale do Ave

ESSVS – Escola Superior de Saúde Vale do Sousa

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

IMC – Índice de Massa Corporal

ITB – Índice de Tornozelo-Braço

HEMGL – Hemoglobina glicosilada

HTA – Hipertensão arterial

DM – Diabetes *Mellitus*

HAV – Hállux Abductos Valgus

ALI – Arco Longitudinal Interno

ALE – Arco Longitudinal Externo

APP – Associação Portuguesa de Podologia

Introdução

A Podologia, como área da saúde que se destina ao controlo, prevenção e tratamento das alterações ocorrentes no pé e membro inferior, tem um desempenho muito importante em diversas problemáticas para um melhor cuidado dos utentes.

A Diabetes *Mellitus* (DM) é uma das problemáticas em que a podologia mais interfere, é uma doença muito comum nos dias de hoje, podendo dizer-se uma epidemia, tanto em Portugal como nos restantes países, verificando-se a sua maior predominância a nível dos países industrializados e em desenvolvimento.

Esta doença apresenta muitas implicações em todo o organismo humano, como tal, o pé e todo o membro inferior também apresentam grandes repercussões, tendo o podologista um papel determinante para o controlo das mesmas. No entanto, por maior controlo que se realize, não se consegue evitar que surjam algumas patologias, tendo este a função de prevenir ou tratar o que lhe compete e se necessário reencaminhar os utentes para as áreas de saúde específicas da repercussão ocorrente, como por exemplo a cirurgia vascular.

A Podologia, igualmente, tem um papel determinante tanto no controlo e prevenção de repercussões, bem como, no seu tratamento, no caso de outras patologias, tais como: reumáticas, neurológicas, ortopédicas, obesidade.

Na presença de deformidades ósseas, alterações biomecânicas e dérmicas, a Podologia pode intervir para o seu tratamento, através de diversas áreas, tais como: podologia infantil, podologia geriátrica, podologia desportiva e pé de risco.

No âmbito do plano de estudos do 2º ano de Mestrado em Podiatria Clínica, realizei Estágio Profissional em diversos locais, seguidamente citados:

- Centro Hospital do Alto Ave – Unidade de Guimarães, na consulta externa de pé diabético, no período compreendido entre 14 de Novembro e 7 de Dezembro de 2011, todas as segundas-feiras e sextas-feiras, com exceção do último dia que foi numa quarta-feira, tendo tido como orientadora Mestre Helena Grenha;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, na consulta externa de pé diabético, período compreendido entre 23 de Janeiro e 14 de Fevereiro de 2012, todas as segundas-feiras cuja orientadora foi Doutora Liliana Avidos e todas as terças-feiras com a orientadora Mestre Angélica Andrade;

- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, no serviço de ortopedia e pé diabético, período compreendido entre 8 e 29 de Março de 2012, todas as segundas-feiras e quintas-feiras tendo como coordenador Dr. Rolando, chefe de serviço, e como colaboradores os ortopedistas da consulta externa, Dra. Mafalda Santos e Dr. António Almada;
- Podofátima com localização em Pombal, no dia 9 de Maio de 2012, e cuja orientadora foi Mestre Helena Grenha.

Tive ainda oportunidade de frequentar seminários durante o ano curricular que foram direcionados para a área de Podologia, sendo:

- Seminário de Calçadoterapia, tendo como palestrante o Dr. Ricardo Silva, que decorreu na Escola Superior de Saúde Vale do Sousa (ESSVS), nos dias 22 e 29 de Outubro de 2011;
- VII Jornadas Ibéricas de Podologia: "No Caminho da Investigação", que decorreu no Hotel Guimarães, nos dias 25 e 26 de Novembro de 2011;
- Seminário de Ortopodologia e Biomecânica, tendo como palestrantes o Dr. Joaquim Paez e o Dr. Rafael Gonzalez, que decorreu na Escola Superior de Saúde Vale do Ave (ESSVA), no dia 17 de Dezembro de 2011;
- Seminário de Feridas, tendo como palestrantes a Dra. Assunção Alves e a Doutora Liliana Avidos, que decorreu na ESSVA, no dia 25 de Fevereiro de 2012;
- Seminário de Reumatologia, tendo como palestrante o Dr. Domingos Araújo, que decorreu na ESSVA, nos dias 10 e 31 de Março de 2012;
- Seminário de Ortopedia Infantil, tendo como palestrante o Dr. Nuno Alegrete, que decorreu na ESSVA, nos dias 14 de Abril e 9 de Junho de 2012;
- Seminário de Homeopatia, tendo como palestrante a Dr. Anne Wickel, que decorreu na ESSVA, no dia 28 de Julho de 2012;
- VII Congresso Nacional de Podologia, que decorreu em Aveiro, nos dias 27 e 28 de Abril de 2012.

A elaboração do presente relatório tem como objetivos:

- ✓ Contribuir para a melhoria do meu desempenho profissional e valorização pessoal;
- ✓ Detetar fatores que influenciem o meu rendimento profissional;

- ✓ Servir como instrumento de avaliação do meu desempenho profissional e pessoal, ao longo do estágio.

Os conteúdos abordados neste relatório referem-se às atividades por mim desenvolvidas ao longo deste estágio e enquanto profissional integrante de uma equipa de trabalho. Assim, será inicialmente realizado um enquadramento dos espaços onde se realizou o estágio e a atividade desenvolvida em cada local, através de uma metodologia descritiva, bem como, uma sucinta abordagem à formação científica frequentada. Por fim, surge a conclusão referente ao estágio /relatório.

O estágio realizado e a frequência nos diferentes seminários contribuíram para um aumento do meu conhecimento profissional e pessoal. O contacto com outras áreas de saúde e outros tipos de tratamentos realizados permitiu um aumento do meu grau de conhecimentos.

No meio hospitalar pude contactar com patologias que por si só não se encontram em consultórios, devido à sua complexidade e raridade. O contacto com os temas tratados em estágio e os seminários que me foram possíveis frequentar, permitiram-me estar mais alerta sobre essas patologias. Torna-se importante ouvir as opiniões externas à Podologia, mesmo quando não se concorda com elas, pois é uma forma de arrecadar maior conhecimento a nível pessoal e profissional.

Para além de contribuir para o aumento do conhecimento profissional, o contacto com a população com diversos problemas, o desabafo que muitas vezes têm, a expectativa de podermos resolver as patologias e poderem voltar a ter uma vida dita como "normal", também proporciona um enriquecimento a nível pessoal, que muitas vezes nem nos apercebemos.

Por tudo isto, considero que este estágio foi muito importante e enriquecedor a todos os níveis.

1. Estágio Profissionalizante

1.1 Consulta Pé Diabético no Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães e Centro Hospitalar de São João

A Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU) realizou um protocolo com o Centro Hospitalar do Alto Ave, na altura denominado por Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, em 2001, para cuidados de saúde em especialidades que não se encontram no sistema de saúde público, realizando assim as consultas de podologia gratuitas garantidas por podologistas privados. O mesmo protocolo foi realizado, à posteriori, em 2006, com o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, agora pertencente ao Centro Hospital de São João.

O serviço de podologia é predominantemente para consultas de pé diabético, no entanto, também se realizam consultas a doentes não diabéticos, principalmente na consulta do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo. Os utentes ingressam na consulta através das consultas de urgência ou com pedidos internos do hospital.

A DM é uma patologia do sistema endócrino que mais afeta as suas glândulas, sendo provocada pela escassez ou ausência de insulina produzida pelo pâncreas (Adlam e colaboradores, 2006).

De acordo com Duarte e colaboradores (2002), esta patologia é caracterizada por uma hiperglicemia persistente que originará alterações metabólicas agudas ou crónicas. Segundo Adlam e colaboradores (2006), esta persistência é devida à falta de insulina, contudo Duarte e colaboradores (2002) afirmam que dever-se-á a uma resistência à ação da insulina.

Existem diversas tipos de diabetes sendo os mais predominantes a:

- DM tipo I, resultante da insuficiência de insulina devido à destruição das células β , na sua grande maioria das vezes surge devido a uma resposta autoimune denominando-se assim de DM tipo I autoimune, porém às vezes não se consegue verificar essa resposta autoimune, designando-se assim de DM tipo I idiopática (Duarte e colaboradores, 2002).
- DM tipo II “é a forma mais frequente e resulta da existência de uma insulinopenia relativa com maior ou menor grau de insulinoresistência” (Duarte e colaboradores, 2002, p.27). Neste tipo de diabetes, o organismo pode ser resistente à insulina ou a insulina produzida não ser suficiente para a quantidade de glicose presente na corrente sanguínea.
- DM Gestacional “corresponde a qualquer grau de hiperglicemia documentada pela primeira vez durante a gravidez (Duarte e colaboradores, 2002, p.27). Apesar de ser

temporária (não se apresenta após o nascimento do bebê) deve-se ter o maior cuidado porque este tipo de diabetes aumenta o risco de aborto. Na maioria das vezes, as mulheres desenvolvem DM Gestacional devido à presença de fragilidade do pâncreas o que pode fazer com que mais tarde tenham DM permanente (Laliberte, 2004).

À medida que a DM evolui, o doente vai apresentando algumas complicações como a retinopatia, nefropatia, neuropatia, cardiopatia isquêmica, enfermidade cerebrovascular e arteriopatia vascular (Viadé-Julià, 2006). Estas são divididas como microvasculares, quando afetam os pequenos vasos sanguíneos, e como macrovasculares, quando são os grandes vasos afetados, segundo Phipps e colaboradores (2003).

Contudo, Herbaux, Blain & Jeandel (2007) não caracterizam as complicações só como vasculares mas também como neuropáticas, no entanto a neuropatia pode surgir de causa vascular, e neste caso esta é agrupada na complicação microvascular.

Segundo Duarte e colaboradores (2002) e Pereira (2004), o pé diabético caracteriza-se por apresentar neuropatia e vasculopatia, contudo Almeida e colaboradores (2006) e Phipps e colaboradores (2003) acrescentam a infeção.

Pereira (2004) distingue a presença de neuropatia e vasculopatia no pé diabético em torno do momento em que se diagnostica. Assim sendo, a neuropatia causa diversas alterações antes da sua instalação, ou seja, primeiro ocorre deformidades a nível do pé e só depois é que se diagnostica a neuropatia. No caso da vasculopatia, esta instala-se após a presença de neuropatia, daí a dificuldade de diagnosticar. De acordo com a mesma autora e Almeida e colaboradores (2006), durante o ato clínico, o pé diabético pode ser classificado como pé diabético neuropático ou neuroisquémico, contudo muito raramente pode aparecer simplesmente o pé diabético isquémico ou angiopático, como acontece nos idosos.

Para a isquemia, foi realizada uma escala (quadro 1), caracterizando a evolução da isquemia. Esta pode ter vários sinais tais como a sensação de peso ou desconforto, dor em repouso, claudicação intermitente, ausência de pilosidade, entre outros (Pereira, 2004).

No caso da neuropatia, quando presente, pode causar diversas alterações no pé, tais como, a perda da sensibilidade, hiperqueratoses (HQ), deformações dos pés e dedos, osteoartropatias, edema ançioneurótico, formações bolhosas e ulcerações (Pereira, 2004).

Quadro 1 – Classificação de doença vascular periférica segundo Fontain (Retirado de Pereira, 2004, p.56).

Classificação de Fontain	
Grau I	Assintomática (desconforto atípico)
Graull	Claudicação intermitente (tempo de marcha)
Graulll	Dor em repouso
	A – TA sistólica tornozelo de 50mm/Hg
	B – TA sistólica tornozelo de 50mm/Hg não diabético
	A – TA sistólica dedo de 30mm/Hg
	B – TA sistólica dedo de 30mm/Hg diabético
Grau IV	Úlcera e/ou gangrena

A infecção é referenciada como uma característica do pé diabético. Phipps & colaboradores (2003) referem que nem sempre tem os sinais visíveis, contudo quando estes estão presentes a infecção pode apresentar-se com exsudado, edema, rubor, cheiro, etc.

A abordagem ao doente diabético em consulta deve aferir a presença de sinais como parestesias, sensação de queimadura, adormecimento dos pés, isto em relação à neuropatia, e em relação à isquemia deve-se questionar se durante o caminhar tem necessidade de parar e se em repouso dói (Almeida e colaboradores, 2006).

Relativamente aos pulsos tibial posterior e pedioso, deve-se proceder à palpação para sentir a sua presença, no caso de não estarem presentes deve-se reencaminhar para cirurgia vascular para uma melhor avaliação. Deve-se realizar avaliação com doppler e verificar o índice tornozelo/braço, este quando abaixo de 0,97 significa presença de isquemia, abaixo de 0,5 a isquemia já é muito grave com impossibilidade de cicatrização. Deve-se ter ainda em conta que por vezes o valor dado não é o correto, poderá estar aumentado devido à calcificação da túnica média das paredes arteriais (Almeida e colaboradores, 2006).

Durante esta avaliação também se deve ter em conta a fragilidade das unhas e a queda dos pêlos, pois a dificuldade na circulação sanguínea pode causar estas alterações como outras que já foram referidas anteriormente (Almeida e colaboradores, 2006).

Segundo Pereira (2004), na neuropatia também deve-se rastrear essencialmente a neuropatia sensitiva e motora. Na neuropatia sensitiva avalia-se a sensibilidade térmica, através de água quente e fria; a sensibilidade táctil, através de superfícies de diversas áreas sem aplicar pressão; sensibilidade à pressão, através do monofilamento de Semmes-Weinstein de 10.0gr para verificação da sua presença; a sensibilidade vibratória, com um diapasão de 128Hz e a sensibilidade proprioceptiva, através da colocação anormal dos dedos para reconhecimento da sua posição.

Na neuropatia motora pode-se verificar diversos sinais, tais como a atrofia dos músculos interósseos e lumbricóides, depressão dos espaços interósseos, fraturas ósseas com crepitação, hiperpressões, posturas incorretas, marcha claudicante, entre outros (Pereira, 2004).

1.1.1 Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães

O Centro Hospitalar do Alto Ave em Guimarães surgiu no século XVII, designado como Hospital da Misericórdia de Guimarães até 1974, tendo neste ano alterado a sua designação para Hospital Distrital de Guimarães, posteriormente devido a uma tradição religiosa, em 1992 o Hospital foi inaugurado pelo Prof. Aníbal Cavaco Silva como Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães. Já em 2007 este hospital uniu-se ao hospital de Fafe originando o Centro Hospitalar do Alto Ave, com sede em Guimarães (Fig. 1).



Figura 1: Centro Hospitalar do Alto Ave (retirado de <http://www.opovo.pt/2011/05/hospital-de-guimaraes-recebe-encontros-de-andrologia/>)

Este Centro Hospitalar localizado em Creixomil – Guimarães, no distrito de Braga, é dotado de diversos serviços, como neurologia, medicina interna, cuidados intensivos, urgências, oncologia, anatomia patológica, cirurgia vascular, geral, pediátrica, entre outros serviços. Encontrando-se todos os serviços distribuídos por quatro áreas da saúde: área médica, área cirúrgica, área de emergência e área de ambulatório. Tem como objetivo, prestar cuidados de saúde aos utentes da cidade e assegurar o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

O consultório de podologia é constituído por uma cadeira de podologia totalmente equipada para o tratamento do utente e por uma cadeira para o podologista se instalar aquando da execução do tratamento; encontra-se também um móvel para armazenamento de medicação, outros consumíveis da consulta e para auxílio de apoio; um armário com diversas portas tendo no seu conteúdo recursos instrumentais para a consulta de podologia, armazenamento de consumíveis, de livros e outros documentos importantes; uma secretária com um computador para a realização da anamnese; uma cadeira para o podologista e mais três para o utente e acompanhantes. Apresentava também um pequeno compartimento para armazenamento de materiais mais volumosos.

Durante o estágio também se frequentou outro consultório onde se encontrava uma secretária e cadeiras onde o utente/accompanhantes e os estagiários se podiam sentar; uma marquesa para o utente se colocar em decúbito e um podoscópio, pertencente ao consultório de podologia, para análise da pegada plantar. Encontrava-se também armários, no entanto não relacionados com o armazenamento de instrumental podológico.

O atendimento das consultas era realizado por ordem de chegada de acordo com o horário da mesma, passando pelos dois consultórios. O consultório cedido para o estágio destinava-se à avaliação podológica, em decúbito, como a inspeção, palpação, avaliação articular, muscular, neurológica e vascular e posteriormente a avaliação em bipedestação, a nível do podoscópio, isto no caso de consultas primárias ao estágio, sendo também utilizado para realização de entrega de ortóteses plantares personalizadas. O consultório de podologia totalmente equipado destinava-se a realização de tratamentos. A anamnese era realizada antes de todo o processo de avaliação e tratamento, variando unicamente o consultório dependendo se a primeira entrada para a consulta era no consultório de podologia ou o consultório cedido.

A turma foi dividida por grupos, o grupo que integrei era constituído por setes alunas sendo a Cátia Sampaio, a Cláudia Castro, a Irene Gomes, a Joana Cruz, a Joana Teixeira, a Liliana Sousa e a Maria Dina Ornelas, e a orientadora foi a Prof. Mestre Helena Grenha. Devido à presença de dois consultórios o grupo ainda foi dividido em dois, sendo um constituído por Cátia Sampaio, Cláudia Castro, Irene Gomes e o outro por Joana Cruz, Joana Teixeira, Liliana Sousa e Maria Dina Ornelas, e todos os dias os grupos trocavam de consultório.

No Centro Hospitalar do Alto Ave foram atendidos 62 utentes, dos quais 32 do género feminino e 30 do género masculino. Não foram preenchidos todos os itens do relatório clínico de estágio

(anexo 1) devido à falta de informação por parte do utente, do processo clínico hospitalar e do tempo de consulta.

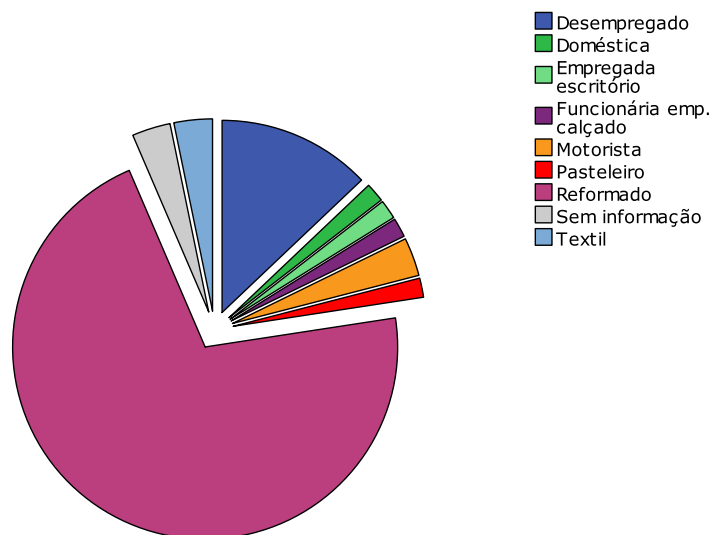
Portanto, a tabela 1 demonstra os itens registados, que consistem em diversos parâmetros da caracterização dos utentes, como a idade, Índice de Massa Corporal (IMC), valores dos triglicéridos, o Índice de Tornozelo Braço (ITB), entre outros, verificando-se que a média de idades dos utentes era de 64 anos e a média de IMC de cerca 28, sendo considerado como pré-obesidade. O valor padrão de hemoglobina glicosilada (HEMGL) normal é de 7%, nos utentes observados verificou-se uma média de 8%, sendo considerados altos. A média de valores dos triglicéridos, do HDL e LDL nos utentes encontravam-se normais, no entanto só se verificava valores normais na totalidade dos utentes para o LDL. No ITB a média de valores foi ótima, com um ITB mais de 1, sendo considerado valor normal se estiver entre 0,91 e 1,3 (Junior & Martins, 2010).

Tabela 1: Caracterização dos utentes na consulta pé diabético em Guimarães

	N	Min	Máx	Média	D.P.
Idade (anos)	58	30	84	64,12	11,44
Peso (Kg)	44	51	92	73,51	10,44
Altura (m)	37	1,43	1,89	1,62	0,1
IMC	37	19,61	36,74	27,81	3,82
Duração da DM (anos)	60	2	50	18,38	9,52
HEMGI (%)	19	5,4	14	8,03	2,14
Triglicéridos (mg/dl)	24	41	289	115,08	55,13
Colesterol (mg/dl)	25	114	235	167,24	31,72
HDL (mg/dl)	22	29	69	50	8,98
LDL (mg/dl)	23	52	154	94	25,68
Média de tempo sentado (h)	8	1	8	6,13	2,95
Média de tempo a caminhar (h)	14	1	8	5,36	2,85
ITB	31	0,53	2,3	1,08	0,32

A maioria dos utentes eram reformados, 71%, e cerca de 13% eram desempregados, como se pode constatar na seguinte figura 2.

Figura 2: Profissão dos utentes na consulta pé diabético em Guimarães



Cerca de 35% dos utentes apresentavam um IMC que se encontrava no patamar pré-obesidade, no entanto este valor é só considerado para 37 pessoas, dado que em 25 utentes não se conseguiu obter todos os valores para o cálculo deste índice.

Apenas um dos utentes apresentava DM tipo I, 58,1% apresentava DM tipo II insulino-controlada e 40,3% DM tipo 2 não insulino-controlada.

A medicação utilizada pelos utentes era diversificada, com diferentes nomes comerciais, mas cuja finalidade era idêntica, sendo esta indicada para as diversas patologias que os utentes apresentavam, tais como: DM, alzheimer, dislipidemias, hipertensão arterial (HTA), agregação plaquetária aumentada, hipertrofia da próstata, anemia, má circulação venosa, parkinson, hiperuricemia, osteoporose, tonturas / vertigens, micoses, depressão, algias, alterações de humor, obstipação, alergias, retenção de líquidos, e devido à toma de muita medicação também se encontraram protetores gástricos. Também se encontrou um utente com toma de imunomoduladores podendo ser indicativo de utentes com transplante.

Os utentes observados referiram intervalos de medição de glicemia bastantes discrepantes, variando dos utentes que mediam 4 vezes por dia até utentes que mediam de 6 em 6 meses, estes últimos só mediam quando recorriam à consulta de endocrinologia ou clinica geral. O número de medições apresentava as seguintes percentagens: 27,4% realizavam medições uma vez por dia;

24,2% mediam duas vezes por dia; 9,7% avaliavam três vezes por dia e apenas um utente avaliava quatro vezes por dia.

A HTA encontrava-se presente em 74,2% dos utentes, 8 indivíduos não tinham informação, no entanto a maioria dos utentes tinham esta patologia, no caso da dislipidemia estava presente em 48,4% dos utentes, e em 46,7% não se obteve essa informação, apesar destes valores não serem superiores a 50% é referido na literatura que ambas as patologias se encontram com bastante predominância nos doentes com DM (Scheffel & colaboradores, 2004; Pace & colaboradores, 2002; Souza & colaboradores, 2003).

A média de medições dos valores de HTA não foi obtida em 37 utentes, no entanto, 12,9% dos utentes avaliavam de 6 em 6 meses, os restantes avaliavam entre 3 vezes por semana, 1 vez por dia, de 3 em 3 meses e entre outros intervalos de tempo.

Cerca de 64,5% dos utentes apresentavam DM na família, 14% dos utentes detinham patologia cardíaca e apenas cerca de 8% detinham doença vascular periférica, no entanto não havia informação acerca de 77,4% dos utentes. As doenças consequentes da DM estavam presentes em 11,3% dos utentes no caso da retinopatia, 9,7% no caso da nefropatia e 3,2% no caso da neuropatia, os restantes não havia informação registada. Estas faltas de informação podem ser devido à inexistência das patologias, não sendo assinaladas nenhuma.

O historial de amputação nos utentes encontrava-se em apenas 4 utentes, tendo 3 amputação do 2º dedo pé direito e 1 utente com amputação do hálux direito. O historial de úlcera encontrava-se em 10 utentes, com predominância nos dedos, no entanto 3 utentes apresentavam amputação no calcanhar, na perna e nas cabeças metatarsais respetivamente.

A deformidade que mais se visualizava era o hálux abductos valgus (HAV), em 18 utentes e a garra digital em 10 utentes, contudo também se encontraram patologias como a supradução digital e o joanete de Sastre.

Para além da observação, também se avaliaram outros parâmetros, como os pulsos, a sensibilidade, a musculatura, alterações articulares, a impressão plantar, a posição do calcâneo e fémuro-tibial e as avaliações de dismetrias.

Nas avaliações dos pulsos (figura 3) verificou-se que mais de 45% dos utentes detinham um pulso ótimo, no entanto, e apenas 1,6%, referente ao pé esquerdo em ambas as artérias e 3,2% no pé direito na artéria Tibial Posterior, constatava-se o pulso ausente (tabela2).



Figura 3: Avaliação dos pulsos com doppler em utente da consulta pé diabético em Guimarães
(Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)

Tabela 2: Avaliação dos pulsos na consulta pé diabético em Guimarães

	Pulso			
	Pedioso		Tibial Posterior	
	Pé direito	Pé esquerdo	Pé direito	Pé esquerdo
Ausente (%)	0	1,6	3,2	1,6
+ (%)	30,6	29	24,2	24,2
++ (%)	46,8	46,8	45,2	46,8
Sem informação (%)	22,6		27,4	

Nas avaliações de sensibilidade tátil com o monofilamento 10g (figura 4) verificou-se que 75,8% dos utentes apresentavam sensibilidade em todos os pontos avaliados bilateralmente, como descrito na seguinte tabela 3.



Figura 4: Avaliação sensibilidade tátil em utente da consulta pé diabético em Guimarães
(Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)

Tabela 3: Sensibilidade tátil na consulta pé diabético em Guimarães

Monofilamento 10g	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos	Todos os pontos	Ausente
Pé direito (%)	1,6	4,8	1,6	0	75,8	6,5
Pé esquerdo (%)	3,2	3,2	1,6	0	75,8	6,5
Sem informação (%)	9,7					

No caso da sensibilidade vibratória (figura5), esta estava presente em mais de 79% dos utentes nos dois pontos avaliados bilateralmente (tabela4).



Figura 5: Avaliação da sensibilidade vibratória em utente da consulta pé diabético em Guimarães
(Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)

Tabela 4: Sensibilidade vibratória na consulta pé diabético em Guimarães

Diapasão 128 Hz	1ª articulação metatrsofalângica		Maléolo interno	
	Pé direito	Pé esquerdo	Pé direito	Pé esquerdo
Ausente (%)	0	0	0	0
Diminuído (%)	8,1	6,5	8,1	6,5
Presente (%)	79	80,6	79	80,6
Sem informação (%)	12,9			

Esta sensibilidade detinha maior prevalência que a sensibilidade tátil, apesar de apresentar um maior número de utentes sem informação.

Foram realizados testes musculares, verificando-se que mais de 56% dos utentes apresentavam, na escala de 0 a 5, o valor 5 correspondente a Força total. Os restantes valores classificavam-se de 0 - sem movimento; 1 - Tremura do movimento; 2 - Movimento sem gravidade; 3 - Movimento contra a gravidade; 4 - Movimento contra resistência. No estágio não se encontraram utentes com a escala 0, 1 e 2.

Nas avaliações de antepé e retropé, 57 utentes não apresentavam informação, no entanto todos os dados anteriores foram amplamente preenchidos e os dados seguintes igualmente, logo este valor tão elevado pode ser indicativo de que a maioria possui ausência de alterações e não por não ter sido efetuado a avaliação. Dos que existia avaliação 4 apresentavam retropé varo e 1 apresentava um 1º raio plantarflexionado.

A impressão plantar (figura 6) avaliada apresentava marcadamente a ausência digital, o abatimento do arco longitudinal interno (ALI), o aumento e diminuição do istmo (tabela 5). A alteração do istmo juntamente com o abatimento do ALI pode estar interligada, não só quando o istmo está aumentado, como também com o istmo diminuído devido a existência de pronação do pé, assim na presença desta o ALI diminui e o arco longitudinal externo (ALE) pode chegar a elevar-se diminuindo o istmo. Na posição do calcâneo encontrou-se em mais de 51% dos utentes em valgo (tabela 6), podendo indicar esta pronação.



Figura 6: Impressão plantar de utente da consulta pé diabético de Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)

Tabela 5: Impressão plantar na consulta pé diabético em Guimarães

Impressão plantar			
Diminuição do istmo	Aumento do istmo	Abatimento do ALI	Calcânhar com cauda de escorpião
19	8	11	1
Ausência de apoio digital	Ausência de apoio do calcânhar	Aumento da pressão das cabeças metatarsais centrais	
23	3	1	

Tabela 6: Posicionamento do calcâneo na consulta pé diabético em Guimarães

	Posição do calcâneo	
	Pé direito	Pé esquerdo
Varo (%)	37,1	30,6
Neutro (%)	1,6	3,2
Valgo (%)	51,6	54,8
Sem informação (%)	9,7	11,1

Tal como no posicionamento do calcâneo, no posicionamento fémuro-tibial também se encontrou mais utentes com valgismo, cerca de 25,8%, no entanto não existe informação acerca de 61,3% dos utentes.

Aquando da avaliação das dismetrias e assimetrias, observou-se com predominância uma maior elevação do ombro direito, na fossa poplíteia tanto na esquerda como na direita, quando existia alteração, o número de utentes afetados eram os mesmos, como se pode verificar na seguinte tabela 7.

Tabela 7: Avaliação das dismetrias / assimetrias na consulta pé diabético em Guimarães

Dismetrias e assimetrias		
Ombro esquerdo elevado	Fossa poplíteia direita elevada	Cintura pélvica esquerda elevada
10	4	1
Ombro direito elevado	Crista ilíaca e fossa poplíteia esquerda elevadas	Cifose
16	4	1
Membro inferior direito curto	Membro inferior esquerdo curto	Lado esquerdo elevado
1	3	1
	Lado direito elevado	
	1	

O diagnóstico mais comum, de acordo com as queixas dos utentes, é a HQ e a onicomicose. No entanto, também se encontraram outras patologias, como os helomas digitais e plantares, as úlceras (figura 7) e outras que se encontram na tabela 8.



Figura 7: Úlcera em utente da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)

Tabela 8: Diagnósticos na consulta pé diabético em Guimarães

Diagnóstico					
Dermatopatia	Escoliose	Heloma digital	Heloma plantar	HQ	Tiloma
1	1	6	1	16	2
Algia muscular	Flictena	Onicocriptose	Onicogrifose	Onicomucose	Hematoma subungueal
1	1	1	5	11	1
Maceração interdigital	Tumor de Könen	Úlcera digital	Úlcera plantar	Pé plano	Edema do pé
1	1	6	1	1	3

As lesões encontravam-se localizadas com maior predomínio a nível digital, como se pode constatar na seguinte tabela 9.

Tabela 9: Localização das patologias na consulta pé diabético em Guimarães

Localização			
ALI	ALE	Digital	Cabeças metatarsais
1	1	36	13

Os tratamentos, que mais se utilizaram com a finalidade de cura das lesões, foram: a anucleação, corte e rebaixamento ungueal, deslaminção de HQ, e no caso das úlceras efectuou-se o seu desbridamento mecânico, bem como a limpeza e aplicação de penso, não sendo, no entanto, estes iguais em todas as lesões, como descrito na seguinte tabela 10.

Tabela 10: Tratamentos realizados na consulta pé diabético em Guimarães

Tratamentos						
Anucleação	Corte ungueal	Corte e rebaixamento ungueal		Deslaminação de HQ	Aplicação betadine interdigital	Aplicação de betadine nas unhas
8	3	21		17	3	1
Deslaminação de tiloma	Remoção de espícula	Polimento plantar	Moleskin	Descarga com cut-out	Aplicação de creme hidratante	Realização de ortótese em silicone
2	2	1	1	1	7	3
Desbridamento mecânico	Asseptização com soro	Betadine	Variezive	Aquacel	Asseptização com cyteal e soro	Melolin
6	4	3	4	3	1	1

Os tratamentos domiciliários recomendados foram apenas seis, sendo eles: a aplicação de antifúngico em verniz a cinco utentes; a toma de antifúngico em comprimidos a um utente; aplicação de betadine interdigital também a um utente e voltaren emugel; a quatro utentes foi recomendado a toma de antibiótico oral e a cinco utentes a aplicação de creme hidratante.

Apenas as consultas mencionadas neste relatório foram transcritas para o relatório clínico de estágio, pois cinco utentes voltaram à consulta para a continuidade do tratamento de úlceras, não se registando essas mesmas consultas nas estatísticas. Quatro utentes foram simplesmente fazer consulta de controlo, não tendo nenhuma patologia a tratar, e a dois utentes foi realizado ortóteses plantares personalizados, através de obtenção de moldes em espuma fenólica (figura 8).

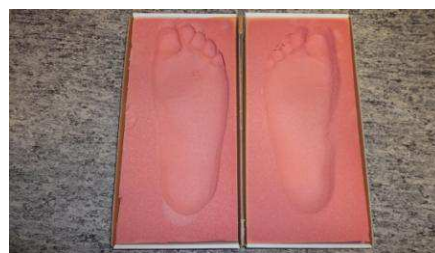


Figura 8: Moldes para realização de ortóteses plantares personalizadas da consulta pé diabético em Guimarães (Fotografia retirada a moldes de um utente durante o estágio clínico)

As ortóteses supracitadas foram realizadas na ESSVA, com a orientadora Mestre Helena Grenha, estas foram executadas de acordo com a patologia em questão, tendo sido utilizado resinas.

Também foram atendidos utentes sem diabetes, no entanto não foram mencionados uma vez que se tratava de consulta de pé diabético.

A onicomicose foi uma das patologias mais encontradas no estágio no Centro Hospitalar do Alto Ave em Guimarães, assim, de seguida, desenvolve-se um pouco deste tema.

O termo onicomicose é utilizado para referir infeções causadas por vários agentes patológicos, contudo, o termo mais correcto para esta patologia é tinea ungueum (Robbins, 1995). No entanto, segundo Lecha (cit. por Bega, 2006), a onicomicose não surge unicamente por infecção dermatófito (tinea ungueum), pode surgir também por *Candida albicans* (Candidíase ungueal) e por outros tipos de fungos (onicomicose). Lima, Rêgo & Montenegro (2007) definem três etiologias dos fungos, os dermatófitos, as leveduras e os fungos filamentosos não dermatófitos.

Fitzpatrick & colaboradores (2002), Robbins (1995), entre outros, consideram que a onicomicose pode ser classificada por região anatómica:

- Onicomicose subungueal distal e lateral (figura 9) é causada na maioria das vezes por dermatófitos, sendo a mais comum das onicomicoses.



Figura 9: Onicomicose subungueal distal e lateral (Adaptado de Wolf, Johnson & Suurmond, 2005, p.1003)

“A infeção inicia-se no estrato córneo da área do hiponíquio ou da prega ungueal, estendendo-se por baixo da unha e envolvendo progressivamente a unha de modo centrípeto e medial” (Fitzpatrick et al., 2002, p.961).

- Onicomicose branca superficial (figura 10) normalmente é causada por *Trichophyton rubrum* ou *Trichophyton mentagrophytes*, em detrimento do bolor (*Acremonium*, *Fusarium*, *Aspergillus terreus*).



Figura 10: Onicomicose branca superficial (Adaptado de Wolf, Johnson & Suurmond, 2005, p.1003)

“O patógeno invade a superfície dorsal da lâmina ungueal” (Fitzpatrick et al., 2002, p.961).

- Onicomicose subungueal proximal (figura 11) surge devido ao *Trichophyton rubrum* e está associada a imunocompromisso.

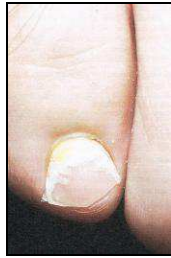


Figura 11: Onicomicose subungueal proximal (Adaptado de Wolf, Johnson & Suurmond, 2005, p.1005)

“O patógeno entra pela área de cutícula-prega ungueal posterior, migrando então ao longo do sulco ungueal proximal até envolver a matriz subjacente, proximal ao leito ungueal, e por fim a lâmina ungueal subjacente” (Fitzpatrick et al., 2002, p.961).

- Onicomicose negra superficial tem como causa o *Trichophyton rubrum* e o *Scytalidium dimidiatum*.
- Onicomicose distrofica total.

Para diagnosticar esta patologia são necessários exames laboratoriais. O olho clínico é o mais utilizado, no entanto, é o método de diagnóstico que mais falha (Bega, 2006).

No tratamento deve-se, inicialmente, remover a unha afetada visivelmente com a ajuda do micromotor, através da abrasão, para posteriormente realizar tratamento medicamentoso tópico (Bega, 2006).

1.1.2 Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

O Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo é um dos dois polos do Centro Hospitalar de São João desde 2011, com esta união entre o polo de Hospital de Valongo e o Hospital de São João - Porto as poucas especialidades que existiam no polo de Valongo são alargadas, assim para além das consultas externas de ortopedia, de cirurgia e medicina, das urgências com especialidade em ortopedia, da medicina interna e cirurgia e respetivo internamento, o hospital, segundo informações de 2011, pretendia abrir, o mais rápido possível, o internamento de medicina física e reabilitação, o centro de medicina física e reabilitação de ambulatório, o centro de hemodiálise para doentes crónicos, o hospital de dia de psiquiatria e outras especialidades para consultas externas de acordo com as necessidades.

Como anteriormente mencionado, nesta instituição também existe a consulta de podologia, sendo constituída por dois consultórios, que ambos têm cadeira de podologia totalmente equipada e uma cadeira para o podologista se instalar aquando da execução do tratamento. No consultório maior, encontra-se um armário com bancada de apoio para armazenamento de todo o material necessário nas consultas de podologia, um podoscópio, uma secretária com um computador e cadeiras para o podologista e o utente/acompanhantes se sentarem. No consultório mais pequeno, encontram-se dois armários com bancadas de apoio com algum do material necessário. No mesmo espaço encontrava-se outra sala onde se esterilizava todo o material tanto das consultas de podologia como de medicina dentária.

Todos os dias, sem regra de divisão, o grupo de estágio, o mesmo do estágio do Hospital de Guimarães, era dividido pelas duas salas, os utentes entravam para as consultas de podologia de acordo com a hora marcada e a ordem de chegada. Visto a existência de muitas consultas, o relatório clínico do estágio não era totalmente preenchido, apenas o necessário para a consulta.

A entrega de ortóteses plantares personalizadas era apenas realizada no consultório maior uma vez que apenas existia um podoscópio e se encontrava nesse espaço.

Consulta pé diabético

O orientador de estágio variava de acordo com o dia semanal, na segunda-feira a responsável pela orientação era a Professora Doutora Liliana Avidos e na terça-feira a Prof. Mestre Angélica Andrade.

No Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo foram atendidos 48 utentes diabéticos, dos quais 30 do género feminino e 18 do género masculino. Não foram preenchidos todos os itens do relatório clínico de estágio devido à falta de informação por parte do utente, do processo clínico hospitalar e do tempo de consulta. Entretanto os diversos pontos não respondidos podem sugerir a inexistência de alterações.

Na tabela 11 pode verificar-se os itens registados, que consistem em diversos parâmetros da caracterização dos utentes, como a idade, IMC, valores dos triglicédeos, ITB, entre outros, verificando-se que a média de idades dos utentes era de 78 anos e a média de IMC cerca de 29, sendo considerado como pré-obesidade mas muito próximo da obesidade. A média dos valores de HEMGL nos utentes observados era cerca de 7%, sendo considerados normais. A média de valores dos triglicédeos, do HDL e LDL nos utentes, encontrava-se normal, no entanto só se verificavam valores normais na totalidade dos utentes para o LDL. No ITB a média de valores é ótima, com um ITB de 1,07.

Tabela 11: Caracterização dos utentes da consulta pé diabético em Valongo

	N	Min	Máx	Média	D.P.
Idade (anos)	46	39	88	67,52	10,18
Peso (Kg)	37	53	105	78,03	13,01
Altura (m)	31	1,48	1,87	1,63	0,1
IMC	30	22,21	46,67	29,61	5,35
Duração da DM (anos)	47	0	60	13,96	11,85
HEMGI (%)	11	5,5	10,6	7,26	1,5
Triglicéridos (mg/dl)	12	75	178	121,33	29,51
Colesterol (mg/dl)	11	127	270	185,64	46,88
HDL (mg/dl)	11	32	63	49,55	12,32
LDL (mg/dl)	8	51	154	105,88	37,65
Média de tempo sentado (h)	27	3	15	8,56	3,06
Média de tempo a caminhar (h)	25	1	13	7,28	2,71
ITB	10	0,75	1,33	1,07	0,17

A maioria dos utentes eram reformados, 58,3%, não se obtendo esta informação de 35,4% dos utentes.

Cerca de 27% dos utentes apresentavam um IMC que se encontrava no patamar obesidade, 22,9% na pré-obesidade e apenas 12,5% no patamar normal, no entanto estes valores são só considerados para 30 pessoas, dado que em 18 utentes não consegui obter todos os valores para o índice.

A DM tipo 1 encontrava-se presente em apenas um utente, 31,3% apresentava DM tipo II insulino-controlada e 62,5% DM tipo 2 não insulino-controlada, os restantes 6,3% não se obteve informação.

Tal como no Hospital de Guimarães, a medicação utilizada pelos utentes era diversificada, sendo indicada para as diversas patologias apresentadas pelos utentes, patologias como: DM, dislipidemias, HTA, agregação plaquetária aumentada, má circulação venosa, hiperuricemia,

tonturas / vertigens, micoses, depressão, algias, alterações da tiróide, esquecimento, Também se encontraram outras medicações, como broncodilatadores, vitaminas, calmantes e protetores gástricos.

Os utentes observados referiram intervalos de medição de glicemia bastantes discrepantes, variando dos utentes que mediam 3 vezes por dia até utentes que mediam de 3 em 3 meses, estes últimos só mediam quando recorriam à consulta de endocrinologia ou clinica geral. O número de medições apresentava as seguintes percentagens: 25% realizavam medições uma vez por dia; 18,8% mediam duas vezes por dia e 6,3% avaliavam três vezes por dia, 20,8% não se obteve informação.

A HTA encontrava-se presente em 85,4% dos utentes e 4 indivíduos não tinham informação, no caso da dislipidemia estava presente em 54,2% dos utentes e em 29,2% não se obteve essa informação.

A média de medições dos valores de HTA não foi obtida em 41,7% dos utentes, no entanto, 12,5% dos utentes avaliavam de 3 em 3 meses, e 10,3% avaliavam uma vez por semana, os restantes avaliavam entre 1 vez por dia, de 6 em 6 meses e entre outros intervalos de tempo.

Cerca de 58,3% dos utentes apresentavam DM na família, 22,9% dos utentes detinham patologia cardíaca, 6,3% hepatopatias, 4,2% doença vascular periférica, 2,1% patologia respiratória e cerca de 20% detinham outras doenças, no entanto não havia informação acerca de 43,8% dos utentes. As doenças consequentes da DM estavam presentes em 12,5% dos utentes no caso da neuropatia, e 4,2% no caso da retinopatia, os restantes não havia informação registada.

O historial de amputação nos utentes existia em apenas 3 utentes, tendo 1 utente amputação do 2º dedo, outro de todo o membro inferior e outro utente com amputação do 1/3 inferior do fémur, todas as amputações do membro direito. O historial de úlcera encontrava-se em 4 utentes, 3 com úlceras digitais e 1 no calcanhar.

A deformidade que mais se visualizava era o HAV, em 10 utentes e a garra digital em 5 utentes, contudo também se encontraram patologias como a supradução e infradução digital.

Nas avaliações dos pulsos mais de 91% dos utentes não foram avaliados, dos quatro avaliados, três apresentavam pulso normal e um pulso fraco.

Nas avaliações de sensibilidade tátil com o monofilamento 10g verificou-se a ausência de informação em mais de 60% dos utentes, dos avaliados, cerca de 27 apresentavam sensibilidade

em todos os pontos, bilateralmente, e mais de 6% não apresentavam esta sensibilidade tátil (tabela 12).

Tabela 12: Sensibilidade tátil na consulta pé diabético em Valongo

Monofilamento 10g	1 ponto	Todos os pontos	Ausente
Pé direito (%)	4,2	27,1	6,3
Pé esquerdo (%)	2,1	27,1	8,3
Sem informação (%)	62,5		

No caso da sensibilidade vibratória em cerca de 67% também existia pouca informação, nos utentes avaliados apresentavam a sensibilidade vibratória presente como também diminuída em mais de 10% dos utentes bilateralmente (tabela13).

Tabela 13: Sensibilidade vibratória na consulta pé diabético em Valongo

Diapásio 128 Hz	1ª articulação metatrsofalângica		Maléolo interno	
	Pé direito	Pé esquerdo	Pé direito	Pé esquerdo
Ausente (%)	6,3	8,3	8,3	8,3
Diminuído (%)	12,5	12,5	10,4	14,6
Presente (%)	14,6	12,5	14,6	10,6
Sem informação (%)	66,7			

Apenas foram realizados testes musculares em três utentes, em que dois apresentavam classificação 4 e em apenas um utente observou-se classificação 1.

Nas avaliações de antepé e retropé, 47 utentes não tinham informação, o único utente que dispunha de informação detinha o retropé varo.

A impressão plantar, o posicionamento do calcâneo e fémuro-tibial e as dismetrias e assimetrias não foram registadas em nenhum dos utentes.

O diagnóstico mais comum, de acordo com as queixas dos utentes, é a HQ e os helomas. No entanto, foram detetadas outras patologias, como onicopatias (figura 12), úlceras e tiloma (tabela 14).



Figura 12: Onicocriptose em utente da consulta pé diabético em Valongo (Fotografia retirada a utente durante o estágio clínico)

Tabela 14: Diagnósticos na consulta pé diabético em Valongo

Diagnóstico			
Tiloma	Heloma digital	Heloma plantar	HQ
1	8	5	13
Onicopatía	Onicocriptose	Onicogrifose	Onicomícosse
1	2	3	2
Úlcera da perna	Úlcera digital	Úlcera plantar	
1	4	1	

As localizações das lesões encontram-se com maior predominância a nível digital (tabela 15), não se obteve informação de 20 utentes.

Tabela 15: Localização das patologias na consulta de pé diabético em Valongo

Localização				
Perna	Calcanhar	Digital	Cabeças metatarsais	Planta do pé
1	3	27	10	1

As características das úlceras só foram registadas em três utentes, detetando-se 6 úlceras, no entanto, num utente a duração da úlcera não se encontrava registada, nas restantes duas, uma tinha duração de 3 meses e a outra de 6 meses. Os seus estadios era o grau II em uma úlcera e o

grau III nas restantes duas, detetava-se a presença de exsudado em apenas uma úlcera sendo escasso e seroso, não existindo sepsis ou fistulas nas úlceras.

Os tratamentos foram realizados em todos os utentes e os que mais se utilizaram, com a finalidade da cura das lesões, foram o corte, rebaixamento ungueal e a deslaminção de HQ, como se pode verificar na tabela 16.

Tabela 16: Tratamentos realizados na consulta de pé diabético em Valongo

Tratamentos						
Anucleação	Corte ungueal	Corte e rebaixamento ungueal		Deslaminção de HQ	Realização de ortótese em silicone	Aplicação de creme hidratante
17	6	33		21	5	22
Deslaminção de tiloma	Remoção de espícula	Polimento plantar	Limpeza dos canais ungueais	Asseptização com diaseptil	Asseptização com Cyteal	Realização de descarga em feltro
2	2	4	7	2	2	2
Desbridamento mecânico	Aliagen	Aquacel Ag	Fitocrema	Ulcerase	Penso com suprasorb	
3	3	2	1	1	2	

Os tratamentos domiciliários recomendados foram apenas dois, sendo eles: a aplicação de antifúngico local a dois utentes; mycooster verniz , caneta nailner, e creme hidratante a sete utentes, tendo o creme hidratante características específicas para cada situação.

Foram executados moldes para realização de ortóteses plantares personalizadas, estas ortóteses foram realizadas na ESSVS, com orientação do Professor Doutor Miguel Oliveira, sendo todas executadas de acordo com a patologia, como por exemplo, alívio de pressão em zonas de heloma em que se realizou cut-out nas ortóteses.

Também foram atendidos utentes sem diabetes, no entanto não foram mencionados uma vez que se tratava de consulta de pé diabético, tal como ocorreu no relatório referente ao estágio em Guimarães.

Foram atendidos cerca de 10 utentes sem diabetes, na sua maioria os tratamentos realizados eram para patologias de onicopatia e dérmicas, como onicomioses, onicogrifoses, helomas e HQ. Nestes utentes também se encontrou alguns com esporão do calcâneo e fascíte plantar, que já se encontravam em tratamento ou iriam iniciar o tratamento com ortóteses plantares, gelo, anti-inflamatórios e infiltração.

Os helomas foram os mais encontrados, subsequentes à HQ, no estágio no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo.

As calosidades surgem devido a alterações estruturais do pé e / ou calçados inadequados. Os helomas podem ser distintos, segundo Bega (2006), em duro e mole. Os helomas moles, tal como o nome indica são moles, formam-se a nível interdigital devido ao atrito e pressão entre os dedos e à humidade interdigital. Assim, forma-se HQ dando, seguidamente, início à formação de um núcleo doloroso.

O heloma duro caracteriza-se da mesma forma que o heloma mole, exceptuando a sua posição a nível interdigital. Este tipo de heloma se atingir a derme pode designar-se de heloma vascular ou neurovascular, de acordo com o que o heloma apresenta, vasos sanguíneos ou vasos sanguíneos e ramificações nervosas (Bega, 2006).

O tratamento dos helomas passa por vários processos, devendo-se, assim, retirar o heloma (sendo que no caso dos neurovasculares apenas se poderá retirar o que se conseguir), realizam-se ortóteses personalizadas (quer plantares quer digitais, de acordo com o heloma), e recomenda-se o uso de calçado adequado. Caso seja necessário ainda se realiza cirurgia, no caso de o heloma estar a ser formado por exostose. De salguardar que estes tratamentos não terão de ser aplicados necessariamente por esta ordem (Bega, 2006).

O mesmo autor ainda refere, nos helomas vasculares e neurovasculares, o uso de pensos hidrocolóides para o alívio prolongado da algia (Bega, 2006).

Cirurgias: Matricectomias Ungueais

No estágio no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, foram realizadas quatro cirurgias à lâmina ungueal, devido a onicocriptose. As cirurgias foram realizadas pelo Mestre Manuel Portela e pelo Mestre Pedro Serra. Em duas cirurgias realizou-se a técnica de winograd e em outras duas a técnica de fenol-alcool.

Antes de se realizar qualquer cirurgia, deve-se preparar o paciente. Assim, o pé é limpo com uma solução de sabão antisséptico, de seguida é pincelado de distal para proximal com povidona iodada. Após esta assepsia, é aplicada a anestesia local, com a técnica em "H", desenvolvida por Frost. Os anestésicos mais utilizados são a lidocaína bupivacaína e mepivacaína (Carmona & Morato, s.d.).

Terminada a aplicação do anestésico, é novamente aplicada povidona iodada, para posteriormente realizar a hemóstase. A hemóstase pode ser podal ou digital, esta última sendo a mais

recomendada para matricetomias químicas, com avulsões parciais de lâmina ungueal. Segundo Carmona & Morato, (s.d.), a hemóstase digital pode afetar a disseção dos tecidos no eponíquio.

A técnica de Winograd é a técnica mais utilizada dentro das matricectomias mecânicas devido aos seus aspetos positivos, tendo um índice de recidiva baixo, sendo a cicatrização rápida e apresentando resultados estéticos ótimos. Está indicada para situações de excesso de tecido granuloso, de hipertrofia crónica das partes moles, de necessidade de remoção da placa ungueal, leito e tecido matricial para a biopsia, como também, em situações de exostoses medial ou lateral da falange distal (Carmona & Morato, s.d.).

Para efetuar a cirurgia, inicialmente, delimita-se todo o tecido e a lâmina a retirar com um lápis dermatográfico, como se verifica na figura 13. Seguidamente, com um avulsor, despega-se parcialmente a lâmina ungueal do leito e corta-se o mais junto possível ao canal ungueal e lâmina ungueal até ao eponíquio, não realizando corte neste. Após este corte, realiza-se a primeira incisão com cerca de 45°, com um cabo de bisturi nº3 e lâmina nº15, no eponíquio a 1 cm aproximado da cutícula, percorre toda a unha, na qual inicialmente se fez um corte, e termina a 0,5 cm do bordo livre distal da unha, hiponíquio. A segunda incisão tem origem no início do corte do eponíquio e termina na porção distal do corte do hiponíquio, de forma a fazer uma incisão semielíptica com menos de 45°. Esta incisão, com profundidade até à falange, faz-se do género de uma serra (para cima e para baixo). De seguida, realiza-se pressão no tecido sobre a unha e retira-se todo o tecido em excesso com bisturi (Carmona & Morato, s.d.).



Figura 13: Delimitação da cirurgia com lápis dermatográfico (Retirado de Carmona & Morato, s.d, p.53)

Antes da lavagem com soro fisiológico no corte realiza-se cortagem no leito, sulcos ungueais e na matriz de forma a limpar todo o tecido restante. Após a lavagem, no caso de presença de exostose, realiza-se uma exostomia ou condiletomia (Carmona & Morato, s.d.).

Para fechar a incisão por primeira intenção, realiza-se uma sutura com nylon de 4/0 ou 5/0 a nível do eponíquio e do hiponíquio. Na zona da lâmina ungueal, utilizam-se tiras adesivas de

aproximação, juntando os bordos ungueais com a lâmina. Neste caso, não se cobre completamente a unha com as tiras para haver drenagem e prevenir a maceração. É realizada a cicatrização por segunda intenção no caso de existir tensão entre os bordos da ferida, auxiliando com tiras de aproximação (Carmona & Morato, s.d.).

O penso é realizado com povidona iodada impregnada numa gaze, aplicam-se gazes estéreis protegendo o dedo, reforçando com uma ligadura de malha e por fim uma ligadura adesiva envolvendo todo o dedo (Carmona & Morato, s.d.).

No pós-cirúrgico, o paciente deve colocar o membro elevado e é-lhe aconselhada medicação adequada. A primeira realização de penso deve ser após 48 horas, para analisar a possível existência de infeção. A sutura só é retirada entre 10 a 12 dias após a cirurgia (Carmona & Morato, s.d.).

A técnica de fenol-álcool é a técnica mais utilizada para as onicocriptoses, sendo um ótimo procedimento para doentes diabéticos, mesmo com a carência de tolerância à queimadura química. Esta técnica pode ser usada na presença de infeção, visto o fenol ter ação germicida (Carmona & Morato, s.d.).

Tal como na técnica de Winograd, realiza-se o despegue parcial da lâmina ungueal do leito e, de seguida, um corte da lâmina de distal a proximal. Posteriormente, realiza-se uma incisão com uma goiva por baixo da cutícula e do eponíquio, na direção proximal até se encontrar resistência do côneo dorsal proximal da falange. Com a mesma goiva, retiram-se as aderências da lâmina ungueal e, com o auxílio de uma pinça mosquito curva, retira-se a lâmina ungueal parcial com movimento rotatório e de tração (Carmona & Morato, s.d.).

Tal como na técnica anterior, realiza-se a cortagem de todo o leito, sulco ungueal, matriz e o perióstio da falange, lavando e secando posteriormente (Carmona & Morato, s.d.).

Quando bem lavada e seca toda a zona a tratar, aplica-se o fenol puro, (fig. 14) durante 45seg. na matriz, sulcos e leito ungueal com movimentos rotatórios e deslocamento. Após esta aplicação, limpa-se o excesso para não fazer grandes queimaduras nos tecidos circundantes e aplica-se o álcool etílico a 96°, durante 45seg. (Carmona & Morato, s.d.). No entanto, Serra, Hernández, Vílchez, Mainardi & Lascano (2012) referem que o fenol deve estar a 88% e o álcool etílico a 70°.

Segundo os mesmos autores, retira-se o torniquete e limpa-se com povidona iodada e água oxigenada, cobrindo com gazes estéreis. Já Carmona & Morato (s.d.) referem a aplicação de gotas de hidrocortisona, neomicina sulfato ou polimicina B sulfato, aplicando de seguida gazes

cicatrizantes e depois gazes estéreis e ainda protegendo o dedo com ligadura de malha e por último ligadura coesiva.



Figura 14: Aplicação de fenol (Retirado de Carmona & Morato, s.d., p.42)

Serra, Hernández, Vílchez, Mainardi & Lascano (2012) afirmam que o primeiro penso deve ser realizado 72 horas após a cirurgia, realizando, posteriormente, pensos com povidona iodada e/ou água oxigenada, controlando todas as semanas durante o primeiro mês. No entanto, Carmona & Morato (s.d.) referem que o primeiro penso deve ser realizado após 48 horas e os seguintes controlos estarão dependentes da extensão da cirurgia e da própria evolução cirúrgica.

1.2 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho é constituído desde 2007, pelo Sanatório Manuel II, pelo Hospital Eduardo Santos Silva e pelo Hospital Nossa Senhora da Ajuda (figura 15).



Figura 15: Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia / Espinho (Retirado de http://www.chvng.pt/assets/html/chvng_historia.html)

No fim do século XIX e início do século XX, devido à grande epidemia de tuberculose, a rainha D. Amélia ordenou a realização de diversos sanatórios, tendo sido criado um em Vila Nova de Gaia. Este, denominado de Sanatório Manuel II, só teve o início da sua atividade em 1947, em 1975

passou a denominar-se de Hospital Geral Central, e em 1977 de Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia com a agregação do Hospital Eduardo Santos da Silva, do Hospital Distrital de Gaia e pelo Sanatório Marítimo do Norte.

As três unidades hospitalares apresentam diversos e variados serviços, por forma a complementarem-se. Na unidade I, situada no antigo sanatório Manuel II, é onde se encontram um maior número de valências, como endocrinologia, anatomia patológica, doenças infecciosas, cirurgia plástica e maxilofacial, cardiologia, neurologia, patologia clínica, entre outras; na unidade II, situada no Hospital Eduardo Santos Silva, encontram-se os serviços de ortopedia e o departamento materno-infantil constituído por pediatria, obstetrícia / ginecologia, neonatologia, cirurgia pediátrica e medicina de reprodução; na unidade III, situada no antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda, encontram-se a unidade de convalescença e a unidade de cirurgia de ambulatório.

O meu grupo de estágio, no centro hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho, foi constituído por quatro alunas, sendo: Cátia Sampaio, Irene Gomes, Maria Cristiana Sá e Sara Moreira. Na consulta de ortopedia pediátrica o grupo foi dividido em dois, sendo um constituído por Cátia Sampaio e Irene Gomes e o outro por Maria Cristiana Sá e Sara Moreira, devido à existência de dois consultórios com diferentes ortopedistas, em que todos os dias era alternado o consultório entre os grupos. Na consulta de pé diabético e de cirurgia ortopédica o grupo não foi sujeito a divisão e só tiveram uma única oportunidade de marcar presença nesses serviços. No dia 20 de Março tiveram oportunidade de observar cirurgias no bloco operatório, no dia 27 de Março observaram a consulta de pé diabético e nos restantes dias frequentaram a consulta de ortopedia pediátrica.

O Dr. Rolando era o responsável dos serviços, na consulta de ortopedia pediátrica os ortopedistas eram a Dr. Mafalda Santos e o Dr. António Almada, sendo estes também os responsáveis pelas cirurgias juntamente com o Dr. Diogo Ferraz. Na consulta de pé diabético encontravam-se quatro enfermeiros, um podologista, um ortopedista e uma médica responsável pelo reencaminhamento dos utentes para tratamento hiperbárico.

Consulta de ortopedia infantil

Na consulta de ortopedia pediátrica os utentes entravam por ordem de chegada, era analisada a queixa, feito as avaliações necessárias e de seguida, no caso de necessidade, pediam-se exames complementares e aconselhavam o respetivo tratamento. Na consulta de pé diabético, os utentes entravam por ordem de chegada e o atendimento era efetuado por enfermeiros que tratavam das

lesões, quando necessário o ortopedista entrevista para a avaliação ou para o tratamento, acontecendo o mesmo com a podologista.

Os consultórios de ortopedia situavam-se na unidade II e eram constituídos por: uma secretária com computador; cadeiras, quer para o ortopedista, utente e acompanhantes; um podoscópio; uma marquesa e um armário.

O consultório de pé diabético situava-se na unidade I e era constituído por: uma secretária com computador e cadeiras, quatro marquesas com mesas de auxílio e um móvel com os diversos recursos materiais, desde compressas, pensos, instrumental e outros.

Em todos os serviços os estagiários observavam as avaliações e tratamentos efetuados, em algumas situações, no consultório de ortopedia, eram questionados sobre a opinião podológica.

No serviço de ortopedia pediátrica foram observados 60 indivíduos com idades compreendidas entre os 0 anos e os 17 anos, com uma média de idades de 6,53 anos e um desvio de padrão de 5,37. O género masculino encontrava-se com 41,7% de incidência e o género feminino com 58,3%.

Para diagnosticar as queixas dos utentes, os ortopedistas realizavam diversos exames, como se pode verificar na seguinte tabela 17, sendo o podoscópio o método de avaliação mais frequente e a palpação o menos frequente. Estas avaliações, muitas vezes eram complementadas com exames já realizados, quer tenham sido pedidos em consulta anterior ou pelo médico de família aquando o encaminhamento para a consulta externa hospitalar.

Tabela 17: Avaliações utilizadas para complementação de diagnóstico na consulta de ortopedia em

Gaia

Avaliações	N
Manobra de Ortolani	15
Podoscópio	22
Avaliação articular	21
Avaliação da marcha	12
Avaliação dos reflexos	4
Avaliação dismetrias / assimetrias	15
Palpação	8

No entanto, não só recorreram aos exames complementares previamente realizados como também, em alguns casos, voltaram a pedir novos exames em casos de dúvidas e em utentes não portadores de qualquer exame foi efetuado o pedido dos mesmos, não só para diagnóstico como também para controlo da patologia, ao todo foram requeridos 31 exames, como demonstra a seguinte tabela 18. Quer nos exames complementares que os utentes possuíam, quer nos exames requeridos o Raio X foi o exame de eleição.

Tabela 18: Exames utilizados para complementação de diagnóstico na consulta de ortopedia em Gaia

Exames	Exames requeridos		Exames complementares	
	N	%	N	%
Raio X	24	40	32	53,3
TAC	2	3,3	0	0
RM	1	1,7	0	0
Ecografia	4	6,7	2	3,3

Após realizadas todas as avaliações e análise dos exames, foi possível diagnosticar diversas patologias, tendo sido as mais comuns a luxação congénita da anca, a heterometria e a escoliose, tal como se pode verificar na seguinte tabela 19.

Tabela 19: Patologias ocorrentes na consulta de ortopedia em Gaia

Diagnósticos				
Luxação da anca	Heterometria	Escoliose	Assimetrias	Valguismo / varismo do pé
9	6	8	2	8
Limitação / aumento articular	Pé plano	Bunion 1ª articulação MTF	Torax em quilha	Síndrome tricolorino-falângico
6	5	2	1	1
Supradução dos dedos	Infeção	Síndrome piramidal	Dedos em mola	Genu valgo
1	1	1	1	1
Condromalácia	Tendinite	Hiperlaxidez	Fibroma não ossificante da tibia	
1	1	1	1	

Foram diversos os tratamentos recomendados para as diferentes patologias, ou seja, a utilização do aparelho de Kösjla, o uso de 2 fraldas, a fisioterapia, a natação, a medicação, calcanheira, entre outros. Foram também recomendadas cirurgias em quatro situações, sendo elas o calcâneo stop, cirurgia de Buteller, reconstrução do acetábulo e tenotomia do Tendão de Aquiles. Surgiu outra situação em que inicialmente aconselharam o recurso a cirurgia, calcâneo stop, mas foi sugerido a colocação de ortóteses plantares personalizadas, que foi aceite pelo ortopedista, recomendando a ida do utente ao podologista e no caso de ausência de resolução realizar-se-ia a cirurgia.

Quatro dos utentes analisados tiveram alta clínica, dois só foram à consulta para controlo de cirurgia e um encontrava-se em recuperação desde 2010 devido à patologia Legg-Perths-Calvé.

O utente a quem propuseram a realização da tenotomia do tendão de Aquiles, já tinha anteriormente realizado a tenotomia do tendão contralateral. Dois dos utentes com luxação congénita da anca já usaram o aparelho de Kösjla, no entanto, o tratamento não foi totalmente eficaz necessitando de novos tratamentos.

A luxação congénita da anca foi o diagnóstico mais frequente em ortopedia infantil. Esta patologia surge devido a um “traumatismo obstétrico, por forçada extemporânea extensão das ancas per ou pós-natal, suficiente para luxar a anca” (p.379), pois a anca, no desenvolvimento durante a gravidez, encontra-se “normal”, mas quando nascemos encontra-se frágil para a luxação devido à laxidez capsular (Serra, 2001).

Esta luxação é diagnosticada através da manobra de Ortolani, realizada à nascença, e ao longo do primeiro ano de vida. No caso de não ser positiva, deve ser realizada de dois em dois meses, pois, se existir alteração, será melhor detetada após os quatro meses, devido à limitação da abdução. (Serra, 2001).

Na presença de luxação congénita da anca, entre as três semanas até ao início da marcha, os sinais que se podem encontrar são a limitação da abdução; pregas assimétricas na anca; “encurtamento” do fémur e sensação de avanço e recuo da anca luxada (sinal do pistão). Após o início da marcha, encontra-se uma marcha claudicante com rotação externa associada; o sinal de Trendelenburg positivo; a hiperlordose e encurtamento do membro (Serra, 2001).

Para diagnóstico radiográfico, é necessário realizar-se o raio x, após os três meses, pois só entre o terceiro e sexto mês de idade é que aparece o núcleo cefálico do fémur (Serra, 2001).

O tratamento precoce é o ideal, sendo mais fácil e eficaz. Segundo Serra (2001), muitos clínicos optam por recomendar o uso de duas fraldas de forma a manter a abdução da anca, tendo este autor como opinião de se tratar de um tratamento arriscado, sendo o ideal o uso de talas cerca de

três a quatro meses no recém-nascido. A tala fica colocada até a anca ficar estável e as radiografias à bacia, com a anca em extensão e rotação neutra, demonstrarem redução estável da luxação. Após esta confirmação, a criança passa a utilizar a tala no período noturno até à redução total de luxação.

Quando o tratamento é tardio, é muito difícil e inseguro, podendo ter o risco de ter de realizar diversas cirurgias e, mesmo assim, ainda apresentar artrose na idade adulta.

Consulta de pé diabético

Na consulta de pé diabético, na mesma instituição, apareceram 22 utentes, sendo 68,2% do género feminino e 31,8% do género masculino. Não houve oportunidade de acesso ao processo dos utentes, motivo que leva a não referenciar as idades dos utentes.

Dos utentes tratados, 21 apresentavam úlceras, 1 esfacelamento, 1 queimadura e 1 necrose. Os tipos de pés encontrados foram na maioria neuropáticos (N-9), de seguida encontravam-se os isquémicos (N-2) e apenas 1 utente apresentava o pé neuroisquémico (gráfico 16), no entanto, foram os únicos utentes que se conseguiram obter informação, uma vez que em 12 utentes não se obteve informação do tipo de pé.

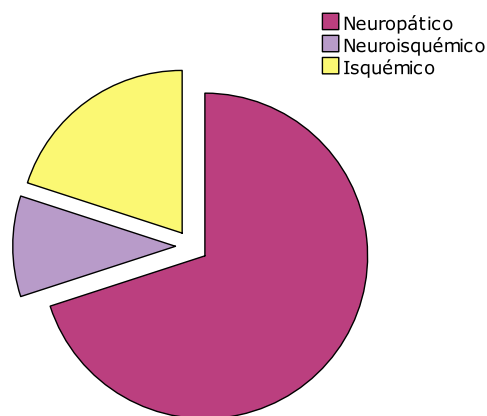


Figura 16: Tipo de pé na consulta de pé diabético em Gaia

Não foram apenas as úlceras, esfacelamentos, queimaduras e necrose que foram visualizados, também se observou um utente com onicogribose e outro com onicocriptose, porém a onicogribose não foi tratada.

As lesões localizavam-se em diversos pontos do pé e perna, em 11 utentes a lesão localizava-se no pé direito e em 13 utentes no pé esquerdo, na perna direita 2 utentes apresentavam lesão e na perna esquerda apenas 1 utente, constatando-se que existiam utentes com lesões bilaterais.

O ponto mais afetado pelas lesões foi o calcanhar contabilizando-se cinco utentes, de seguida encontrava-se o 3º dedo, 5º dedo e o 1º mtt onde pelo menos quatro utentes apresentavam lesões nestes locais; no 4º dedo e no 5º mtt existiam três utentes com uma destas lesões; em seguida apenas dois utentes apresentavam lesão no 2º dedo, 4º mtt e/ou maléolo externo perna direita; por fim apenas um utente apresentava lesão no 3º mtt e no hálux e na perna esquerda. Ainda foram observados quatro utentes com lesão no bordo externo do pé e planta do pé, e três utentes com lesão no dorso do pé, nestes casos não foram registados os pontos afetados do pé.

Os tratamentos para as diversas alterações foram diversificados, indo desde a limpeza com soro, a pensos realizados com betadine, aquacel, inadine, entre outros, como se pode verificar na tabela 20 abaixo representada. Poucas foram as situações em que se realizaram pensos com junção de constituintes, como por exemplo inadine com betadine pomada e askina gel. Os pensos eram executados pelos enfermeiros, no entanto foi a podologista que realizou a descarga em feltro efetuada em um utente e a remoção de espícula, e também a deslaminação de hiperqueratose, também se observou o ortopedista a intervir no caso de um utente que necessitava de remoção de exostose e realizando uma sutura com 3/0.

Tabela 20: Tratamentos utilizados na consulta de pé diabético em Gaia

Asseptização			Pensos				
Soro	Betadine	Água oxigenada	Inadin	Askina gel	Betadine pomada	Ceptocol e gase gorda	Aquacel
3	1	2	15	1	11	4	1
Outros							
Hallibut nos bordos da úlcera			Ligadura	Eliminação de espícula		Hidratação	Descarga
1			2	1		4	1

Em doze dos utentes tratados observaram-se amputações, oito eram apenas no pé direito, três no pé esquerdo e um apresentava amputação em ambos os pés. No caso de amputações digitais cinco utentes apresentavam amputação do hálux, três do 4º e 5º dedo e amputação transmetatársica, dois eram amputados desde o 1/3 superior do fémur e apenas dois dos utentes que apresentavam amputação a nível digital detinham amputação de parte do respetivo mtt, e apenas um apresentava ausência total do mtt.

O pé de charcot é uma patologia neuropática, verificando-se uma predominância da neuropatia em utentes diabéticos, este tipo de pé foi encontrado em dois utentes, estando um deles a utilizar uma tala, também se deparou com um utente com pé cavo anterior e com garra digital, podendo

ter a mesma origem, visto os utentes com pé de charcot apresentarem um pé neuropático, e o utente com pé cavo e garra digital um pé neuroisquémico.

Neste estágio, a patologia mais encontrada foi a úlcera. Estas são feridas crónicas que surgem na dificuldade em cicatrizar uma lesão. Esta dificuldade pode ser devido a pressões contínuas ou intermitentes, presença de infeção, fatores imunológicos e *deficit* de higiene (Bega, 2006).

O mesmo autor classifica as úlceras em:

- Grau I – apenas perda parcial da epiderme
- Grau II – perda de toda a epiderme
- Grau III – perda da derme
- Grau IV – atingimento dos músculos, tendões, articulações e / ou ossos.

A úlcera pode-se apresentar com vários aspetos, sendo, por isso, necessário remover todo o tecido desvitalizado para se poder ver como realmente a úlcera se encontra. Ao longo da limpeza da úlcera, pode-se encontrar tecido epitelial, quando se está a formar nova pele; tecido granulado, pequenos novos capilares; tecidos brancos e amarelados, característico de tecido desvitalizado; tecido desvitalizado preto, quando há presença de isquemia; e cheiros e exsudados purulentos, referentes à presença de infeção (Bega, 2006).

No pé diabético podem-se encontrar úlceras neuropáticas e neuroisquémicas. Ambas se apresentam com diferentes aspectos: numa úlcera neuropática a sua origem é devido à neuropatia (sensitiva / motora / autonómica), enquanto na úlcera neuroisquémica encontra-se também a vasculopatia, para além da neuropatia (Pereira, 2004).

Devido a esta vasculopatia, há uma trombose no vaso sanguíneo que causa uma isquemia da respetiva zona originando a úlcera, podendo ainda estar associado a outros fatores como o traumatismo, a fragilidade da pele, etc. Na úlcera neuropática, o fator 'traumatismo' também pode estar associado, sendo que deformações, calosidade, edemas, entre outros, também estão associados à predisposição da úlcera. Em ambas, a presença de infeção pode ser um caso complicado de tratar e facilmente os microrganismos se propagam (Pereira, 2004).

A forma da úlcera varia de acordo com a sua etiologia, apresentando-se arredondada e com bordos bem definidos, na úlcera neuropática, e com bordos irregulares e mal definidos na neuroisquémica (Pereira, 2004).

“Anualmente, de 2% a 3% das pessoas com diabetes podem desenvolver úlceras nos membros inferiores, e este percentual eleva-se a 15% no transcurso de toda a sua vida” (Ochoa-Vigo, Torquato, Silvério, Queiroz, De-la-Torre-Uguarte-Guanilo & Pace, 2006, p.297).

Segundo os mesmos autores, cerca de 90% das úlceras são de causa neuropática, associada muitas vezes aos traumas que o pé sofre, o uso de calçado inapropriado, descuidos dos utentes com os seus tratamentos como também de alterações dérmicas.

Nestas feridas crónicas, é muito importante a nutrição do utente para melhor cicatrização. Assim sendo, é de extrema importância a ingestão de proteínas, que atuam na resposta imunológica, os lípidos, para energia, e outros nutrientes, pois, por mais tratamentos locais que se façam, sem uma boa nutrição o tratamento não é eficaz (Bega, 2004).

Bloco operatório

No bloco operatório foram realizadas apenas duas cirurgias, às quais se pode assistir. A primeira cirurgia foi realizada a um utente do sexo masculino com 9 anos de idade que apresentava um pé cavo varo à esquerda. Três anos antes foi realizada tenotomia do tendão de Aquiles, no entanto necessitou de nova cirurgia, tendo como agravante a sua patologia, paralisia cerebral.

No bloco, encontravam-se os cirurgiões, Dra. Mafalda Santos, Dr. Diogo Ferraz e o Dr. António Almada, um enfermeiro instrumentista, duas anesthesiologistas e uma radiologista. A técnica utilizada foi a osteotomia em cunha do tarso e do metatarso.

Foi aplicado garrote, ficando o membro garroteado durante 1h e 30min, após este tempo foi necessário aliviar o garrote durante 7min até poder apertar novamente. O segundo garrote durou 49min, totalizando assim a cirurgia em 2h e 30min.

Durante a cirurgia foram realizadas quatro radiografias, três ao calcâneo e uma ao cuneiforme, as agulhas de Kijner foram a opção para a união óssea, inicialmente no calcanhar tentou-se utilizar agrafos. Na incisão sobre o cuneiforme utilizou-se sutura intradérmica e as restantes incisões foram suturadas por sutura de 3/0.

No fim de toda a cirurgia colocou-se uma tala em gesso com dreno na sutura do cuneiforme. A tala foi utilizada para se controlar o edema, e 8 dias após colocar-se-ia gesso.

A segunda cirurgia foi efetuada pela mesma equipa, a um utente do sexo masculino com apenas 27 dias de idade.

A técnica cirúrgica foi tenotomia do tendão de Aquiles, devido à existência de pé boto. Foi colocado gesso com 15° de dorsiflexão e 70° de abdução do pé. Este gesso só pôde ser retirado após três semanas da cirurgia.

A tenotomia percutânea do tendão de Aquiles é uma cirurgia muito simples de se realizar. Segundo Bentley (2011), a cirurgia é efetuada em bloco operatório, onde se aplica anestesia local para alívio da dor do recém-nascido, de acordo com o método Ponseti. Miller (2011) ainda acrescenta que a mãe pode amamentar a criança para a poder acalmar.

É realizada, após assepsia, disseção no tendão de Aquiles com um bisturi (fig. 17) pequeno e de seguida realiza-se o gesso. Devido ao corte da pele pode haver sangramento, mas em pouca quantidade não havendo problema na colocação de gesso (Bentley, 2011 e Miller, 2011).

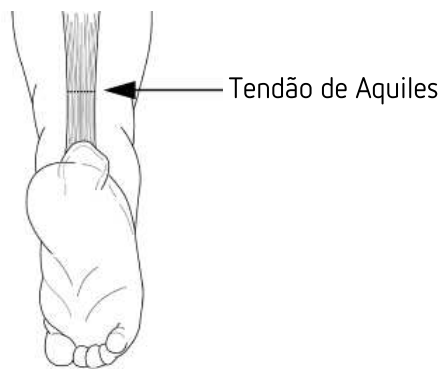


Figura 17: Dissecção do tendão de Aquiles (Retirado de Miller, 2011, p.35)

O pé tem de ficar com 60° a 70° de abdução e 15° de dorsiflexão durante a colocação de gesso, e após três semanas este é retirado, visto o tendão cicatrizar em duas a três semanas. Com a remoção do gesso, o pé aparenta estar com hipercorreção de abdução, no entanto apenas se encontra em abdução máxima (Bentley, 2011).

1.3 Podofátima – Pombal

O podofátima é o apoio podológico ao peregrino a caminho de Fátima na semana anterior ao 13 de Maio. Este iniciou-se em 2001 com o Núcleo de Podologia da ESSVA, e desde então todos os anos tem auxiliado os peregrinos, com a ajuda dos alunos do curso de Podologia e Podologistas.

Este apoio tem a ajuda primordial da Associação Portuguesa de Podologia (APP), com auxílio também de diversas farmácias e empresas que fornecem matérias para os tratamentos.

Existiam diversos postos onde foram colocados todos os materiais necessários para tratar os peregrinos, onde estes aproveitavam para descansar, tais como na cruz vermelha de Oliveira de

Azeméis e no orfanato de Águeda. A APP cedeu um camião com cadeiras de podologia e móveis de apoio, que se deslocava ao longo do percurso até Fátima.

O estágio decorreu no camião quando este se encontrava em Pombal, no dia 9 de Maio de 2012. Foram auxiliados diversos peregrinos de diversas cidades do Norte do país.

O início do percurso foi diversificado em que 4 peregrinos iniciaram o itinerário em Vila Real, 3 no Porto, 2 em Viana do Castelo, 1 em Penafiel e 1 em Viseu. As lesões observadas foram bolhas, flictenas, entorses, dores musculares, alergia e ardor, tal como se pode verificar na seguinte tabela 21.

Tabela 21: Patologias nos peregrinos

Patologias		N de indivíduos	
Flictenas	Digitais	3	
	Plantares	Retropé	1
		Antepé	2
Bolhas	Digitais	5	
	Plantares	Retropé	3
		Antepé	1
Alergia na perna		1	
Ardor		2	
Entorse		1	
Dores Musculares		2	

Os tratamentos das patologias foram diversificados (tabela 22), variando de acordo com situação patológica dos peregrinos, bem como do auxílio solicitado por parte dos mesmos.

Tabela 22: Tratamentos efetuados aos peregrinos

Asseptização			Penso		
Drenagem	Soro	Betadine diluído em soro	Hallibut	Bacitracina	
8	1	7	5	4	
Outros					
Descarga	Gel refrescante	Fenistil	Voltaren	Betadine interdigital	Ligadura
7	3	2	4	1	1

Uma das peregrinas apresentava bolhas que recusou a drenagem das mesmas, justificando que agravaria mais as dores.

A outra peregrina que apresentava flictenas e bolhas não foi possível drenar as mesmas devido à presença da doença espondilite anquilosante e baixa de imunidade, optando-se apenas por limpar com soro todas as alterações dérmicas observadas, tais como, alergia por toda a perna com flictenas e bolhas e apresentando estas últimas também nos dedos, posteriormente procedeu-se à aplicação de fenistil e compressas para proteção, também se realizou descargas com cut-out junto das bolhas.

A espondilite anquilosante caracteriza-se por uma “doença inflamatória crônica de etiologia desconhecida, com marcada tendência para a anquilose óssea e comprometendo, preferencialmente, as articulações sacroilíacas e as articulações da coluna vertebral” (Queiroz, 2002, p.230).

É uma patologia que afeta mais homens do que mulheres, tendo, por norma, o seu início entre os 15 e os 30 anos de idade, e apresentando a possibilidade de 15% de transmissão para os filhos (Queiroz, 2002 e Comissão de Espondiloartrites, 2012).

Segundo Queiroz (2002), certas alterações podem ser indicativas da presença desta patologia, de forma a chegar a um diagnóstico precoce. As lombalgias persistentes na zona sacroilíaca, que se agravam com o calor da cama, e a dor ciática (sem ser por conflito disco-radicular com exacerbação nocturna), são dois sintomas indicadores de início de espondilite anquilosante. Existindo outros como:

- Rigidez da coluna matinal durante cerca de 30min.;
- Talalgias com exacerbação nocturna;
- Mono ou oligoartrite crónica nas grandes e médias articulações;
- Dorsalgias com irradiação intercostal;
- Iridocialites (uveítes anteriores não granulomatosas).

O raio x é um dos exames complementares, onde no início da doença se pode encontrar, na articulação sacroilíaca, “alargamento dos espaços articulares que se apresentam com contornos irregulares, condensação dos bordos do sacro e do íliaco” (Queiroz, 2002, p.234).

Quando já se encontra a doença bastante evoluída, o doente apresenta-se com uma postura em “Z” ou “?”. Nesta situação já não há dúvidas da patologia em questão, devido à rigidez total da coluna e na ausência de dor (Queiroz, 2002).

Neste estadio, segundo Queiroz (2002), a nível radiológico encontra-se uma coluna em “bambu”, bem como outros sinais:

- Osteoporose
- Calcificação dos discos intervertebrais
- Anquilose das articulações interpofisárias
- Luxação ou subluxação atloidodontoideia
- Periostite (no pé apresenta um esporão do calcâneo)
- Aspeto artrite reumatoide nas articulações periféricas

O início da doença é o mais doloroso, pois, com o tempo, a inflamação articular vai aliviando. Os sintomas podem aparecer e desaparecer durante longos períodos. Em apenas 50% dos indivíduos é que a coluna se apresenta totalmente anquilosada (Queiroz, 2002 e Comissão de Espondiloartrites, 2012).

O tratamento da doença consiste na multidisciplinaridade, não só para o tratamento da doença como das patologias secundárias. Assim, o objetivo do tratamento é o alívio dos sintomas, bem como, a melhoria da mobilidade articular, através de medicação, como anti-inflamatórios (apenas nos períodos agudos), aspirina (sem razões conhecidas); cirurgias; fisioterapia, entre outras (Queiroz, 2002 e Comissão de Espondiloartrites, 2012).

1.4 Seminários

Durante o ano letivo 2011/2012 frequentei diversas formações que ocorreram em diferentes locais e com variados palestrantes, sendo estas parte integrante do estágio profissionalizante.

- Em Outubro de 2011, nos dias 22 e 29, ocorreu um seminário de Calçadoterapia cujo palestrante foi o Dr. Ricardo Silva, e que decorreu na ESSVS. Neste seminário foram abordados vários aspetos sobre o calçado ideal para cada situação patológica, onde foi referida a relação dos diversos tipos de calçados com os seus materiais, de acordo com a sua utilidade, tais como, o calçado de trabalho, calçado de desporto, entre outros. As diversas temáticas abordadas neste seminário foram: os tipos de materiais utilizados; a

sua composição; as razões para a sua utilização; o que pode ou não prejudicar o pé tanto a nível de conforto, como segurança e toxicidade.

Esta temática é muito pertinente em podologia, uma vez que a podologia cuida do pé, e este se encontra calçado todos os dias. A presença de diversos materiais ou desenho do calçado pode prejudicar o pé, a marcha, devido a agressões que muitas vezes não se suspeita que surjam do calçado. Tudo pode interferir para um ótimo apoio, e toda a construção do calçado é importantíssima para esse apoio.

Existem diversas fábricas de calçado que já têm podologistas para analisar se o molde para o calçado é o ideal, se se enquadra para a finalidade do calçado e se os materiais que serão utilizados para confeccionar o mesmo estão de acordo com esta finalidade do calçado. Sendo um calçado para trabalho deve ter determinadas características que não necessitam de se encontrar parcialmente ou totalmente no calçado de desporto, o mesmo sucede quando há a necessidade de calçado próprio para determinadas patologias.

Não apenas o podologista que trabalha diretamente com a confecção do calçado como também os restantes necessitam de ter informações sobre este tema, dado que diariamente aconselham o que é ideal para o pé, que tipo de calçado aquele pé necessita e se os materiais do calçado que usa são os mais saudáveis.

- Nas VII Jornadas Ibéricas de Podologia, que decorreram em Guimarães nos dias 25 e 26 de Novembro de 2011, foram abordadas diversas temáticas, por colegas espanhóis e portugueses. Os temas estavam inseridos em trabalhos de fim de curso dos estudantes. As temáticas abordadas foram bastante pertinentes para a área de podologia, inserindo-se em diversas investigações realizadas sobre temas podológico, por exemplo, o apoio do pé em diversas situações e a relação de patologias com o surgimento de problemas podológicos. Através destas jornadas pretendeu-se adquirir maior conhecimento, bem como promover a interação com os colegas espanhóis.
- “Biomecânica e Ortopodologia”, seminário realizado no dia 17 de Dezembro de 2011, que decorreu na ESSVA, tendo como palestrantes o Dr. Joaquim Paez e o Dr. Rafael Gonzalez. Foram abordados os vários métodos de avaliação e de tratamento que têm sido descobertos ao longo das últimas décadas, abordando-se a evolução histórica da biomecânica.

Os diversos nomes da história da podologia, como Morton, Root, Dannamberg, Kirby, Redmond, Mcpoil, foram mencionados neste seminário mostrando o que cada um defende

como sendo o ideal, ainda nos dias de hoje a podologia utiliza métodos mais antigos, relacionando-os com os métodos contemporâneos.

Obter o conhecimento sobre estes diversos métodos é muito importante, possibilitando a atualização de conhecimentos e favorecimento aquando da escolha do método que será mais adequado para determinada situação.

- Seminário "Feridas" teve como palestrantes a Dr. Assunção Alves e a Professora Doutora Liliana Avidos, realizado no dia 25 de Fevereiro de 2012. Este abordou as diversas fases de cicatrização de feridas e os seus diferentes tratamentos, desde a limpeza aos pensos, que se devem executar nos diversos tipos de feridas.

Na Podologia tratam-se muitas feridas em diversas fases de cicatrização e devemos saber contextualizadas em diversas patologias, necessitando assim de um maior conhecimento com o intuito de optar pelo tratamento mais correto nas diferentes fases de cicatrização, seminário este que me permitiu adquirir e aprofundar conhecimentos nesta área.

- Seminário de Reumatologia decorreu nos dias 10 e 31 de Março de 2012, tendo como palestrante o Dr. Domingos Araújo. Foram abordadas diversas patologias referentes à reumatologia, como a espondilite anquilosante, artrite reumatoide, microcristalina.

Nem todas as patologias supracitadas interferem diretamente com a Podologia, no entanto a obtenção de saber sobre as mesmas é muito importante dado que por vezes acompanham-se utentes com estes tipos de patologias às consultas de podologia, tornando-se imperativo ter conhecimento sobre as mesmas.

- Seminário de Ortopedia pediátrica decorreu na ESSVA, nos dias 14 de Abril e 9 de Junho de 2012, onde se abordou diversos temas relacionados com patologias ortopédicas que surgem nas crianças, doenças referentes ao membro inferior e restante corpo. De salientar que o palestrante teve em atenção aos podologistas, focando temas que mais se relacionam com a Podologia, como o pé plano, pé boto e alterações fémuro-tibiais.

Os tratamentos ortopédicos não são os mesmos que os tratamentos podológicos, no entanto é importante o seu conhecimento para coadjuvar os nossos tratamentos. Nem todas as patologias apresentadas aparecem nos consultórios de Podologia como motivo de consulta, no entanto devem fazer parte do saber, como forma de enriquecimento pessoal e profissional.

- No Congresso Nacional de Podologia que decorreu em Aveiro, nos dias 27 e 28 de Abril de 2012, foram abordadas diversas temáticas por palestrantes podologistas, no entanto, também foram apresentadas temáticas por outros profissionais de saúde com temas intervenientes na Podologia. A um podologista é essencial obter conhecimentos sobre o pé e membro inferior, no entanto, também é pertinente obter saber noutras áreas do corpo humano e saúde humana, uma vez que o organismo funciona como um todo, tornando tudo importante mesmo não estando diretamente relacionado com a Podologia. Os temas variaram desde cirurgias, biomecânica, diabetes *mellitus*, o idoso, entre outros, contribuindo para cimentar e adquirir novos conhecimentos, promovendo a valorização pessoal e profissional.
- Seminário de “Homeopatia” decorreu na ESSVA, no dia 28 de Julho de 2012, abordou-se a temática dos tratamentos para patologias a nível de produtos não-farmacológicos. Este seminário forneceu um leque de conhecimentos sobre produtos naturais e saudáveis a optar para a execução de tratamentos de diversos problemas que podem surgir no corpo humano.

2. Conclusão

Ao longo deste relatório tentei descrever de forma sucinta, concisa e objetiva o meu percurso de estágio durante o ano letivo 2011/2012, registando de forma concisa, ordenada e honesta as atividades desenvolvidas, experiências vivenciadas e a formação obtida.

Durante a sua elaboração surgiu dificuldades quer a nível da estruturação, quer ao nível de seleção de dados, uma vez que a transcrição em papel do meu desempenho profissional é complexa e muito subjetiva. Porém tentei superar gradualmente estas dificuldades atendendo sempre aos objetivos deste relatório.

Este instrumento permitiu efetuar uma autoavaliação e reflexão das atividades por mim desenvolvidas durante o estágio.

Penso ter atingido os objetivos previamente definidos, uma vez que um relatório de estágio decorre do empenho e experiência de cada um, sendo pois um trabalho individualizado que engloba diversos elementos e variáveis concernentes ao indivíduo a que respeita.

Para finalizar, este estágio foi sem dúvida uma oportunidade única de evolução, mas não esquecendo que tem de ser considerado como um degrau motivador para investir no aperfeiçoamento permanente, de modo a progredir na busca de ser "mais e melhor" a cada dia que passa.

3. Bibliografia

- ADLAM, E., AINLEY, H., ALDRIDGES, S., APPLE, M., BATTISON, T., & BAUM, G. et al. (2006). *Nova enciclopédia de medicina e saúde* (1ªed., v.3). Lisboa: Selecções do Reader`s Digest.
- ALMEIDA, C. C., BALHAU, A. P., ALVES, C. P., NEVES, J., MENDES, M., PINHEIRO, L. F. et al. (2006). *Pé diabético: Recomendações para diagnóstico, profilaxia e tratamento* (1ªed.). Coimbra: Edições Minerva.
- BEGA, A. (2006). *Tratado de podologia*. São Caetano do Sul: Yendis Editora.
- BENTLEY, G. (2011). *European Instructional Lecture: 12th Effort Congress Copenhagen, Denmark*. London: Springer
- COMISSÃO DE ESPONDILOARTRITES (2012). *Espondilite anquilosante: Cartilha para pacientes*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Reumatologia.
- DUARTE, R., ANDRÉ, O., CALDEIRA, J., LISBOA, P. E., PARREIRA, J. B., SAGREIRA, L. et al. (2002). *Diabetologia clínica* (3ªed.). Lisboa: Lidel
- FITZPATRICK, T. B., JOHNSON, R. A., WOLFF, K., & SUURMOND, D. (2002). *Dermatologia: atlas e texto* (4ªed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- HERBAUX, I., BLAIN, H., & JEANDEL, C. (2007). *Podologia geriátrica* (1ªed). Barcelona: Editorial Paidotribo.
- JUNIOR, L., T., G., & MARTIN, M., F., V. (2010). *Índice Tornozelo-Braquial no diagnóstico da doença aterosclerótica carótida*. *Ver. Bras. Hiperten.* 17(2): 117-118
- LALIBERTE, R. (2004). *Como controlar a diabetes: um guia completo e seguro* (1ªed.). Lisboa: Selecções do Reader`s Digest.
- LIMA, K. M., RÊGO, R. S. M. e MONTENEGRO, F. (2007). *Diagnóstico clínico e laboratoriais das anicomicoses*. (83ª ed.). (S.I.): NewsLab.
- MILLER, B. (2011). *The Parent's Guide to Clubfoot*. Moodswings Press
- PACE, A. E., FOSS, M. C., VIGO, K. O., & HAYASHIDA, M. (2002). *Factores de risco para complicações em extremidades inferiores de pessoas com Diabetes Mellitus*. *Rev Bras Enferm.* 55(5):514-521.
- PEREIRA, E. (2004). *A Cinderela da diabetes: pé diabético, perspectiva de saúde pública*. Lisboa: Climepsi editores.

- PHIPPS, W. J., SANDS, J. K., & MAREK, J. F. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica* (6ªed., vol. 2). Loures: Lusociência.
- QUEIROZ, M. V. (2002). *Reumatologia 2: Clínica e Terapêutica das Doenças Reumáticas I*. Lisboa: Lidel.
- ROBBINS, J. M., ANETZBERGER, G. J., AUSTIN, C. L., BODMAN, M. A., BOREN, M., BOXER, M. et al. (1995). *Podologie: Atencion primaria*. (S.I.): Editorial medica panamericana.
- SCHEFFEL, R. S., BORTOLANZA, D., WEBER, C. S., COSTA, L. A., CANANI, L. H., SANTOS, K. G. dos et al. (2004). *Prevalência de complicações micro e macrovasculares e de seus factores de risco em pacientes com diabetes melito do tipo 2 em atendimento ambulatorial*. *Rev Assoc Med Bras*. 50(3):263-267.
- SERRA, L. M. A. (2001). *Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. (2ªed.). Lisboa: Lidel.
- SOUZA, L. J. de, CHALITA, F. E. B., REIS, A. F. F., TEIXEIRA, C. L., NETO, C. G., BASTOS, D. A. et al. (2003). *Prevalência de diabetes mellitus e factores de risco em campos dos Goytacazes*, *RJ. Arq Bras Endocrinol Metab*. 47(1).
- VIADÉ-JULIÀ, J. (2006). *Pie Diabético: Guia práctico para la prevencion, evolucion y tratamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- VIGO, K. O., TORQUATO, M. T. C. G., SILVÉRIO, I. A. S., QUEIROZ, F. A., GUANILO, M. C. T. U. & PACE, A. E. (2006). *Caracterização de pessoas com diabetes em unidades de atenção primária e secundária em relação a fatores desencadeantes do pé diabético*. *Acta. Paul. Enferm*. 19(3): 296-303
- WOLFF, K., JOHNSON, R. A., & SUURMOND, D. (2006). *Fitzpatrick Dermatologia: atlas e texto* (5ªed.). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- <http://podologiapt.justdiscussion.com/t19-podofatima> (acedido a 15 de Abril de 2013)
- <http://www.publico.pt/sociedade/noticia/hospital-de-guimaraes-fornece-consultas-gratuitas-de-estomatologia-e-podologia-1264620> (acedido a 15 de Abril de 2013)
- <http://www.portaldasauade.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=152> (acedido a 15 de Abril de 2013)
- http://www.chvng.pt/assets/html/chvng_historia.html (acedido a 15 de Abril de 2013)
- <http://www.chaa.min-saude.pt> (acedido a 15 de Abril de 2013)

<http://www.opovo.pt/2011/05/hospital-de-guimaraes-recebe-encontros-de-andrologia/>
(acedido a 15 de Abril de 2013)

Anexos

Anexo I – Relatório clínico de estágio utilizado no Centro Hospital do Alto Ave - Guimarães e no Centro Hospitalar de São João – Valongo

CONSULTA DE PÉ DIABÉTICO

DADOS PESSOAIS

Nº Processo: _____

Nome: _____
Idade: _____ Sexo: _____
Profissão (actual ou anterior): _____

HISTÓRIA DA DOENÇA ACTUAL (DIABETES)

Duração da diabetes: _____
Condições de diagnóstico: _____
Tipo: Tipo I <input type="checkbox"/> / Tipo II <input type="checkbox"/> NIC <input type="checkbox"/> IC <input type="checkbox"/>
Frequência de medições glicémicas: _____
Níveis médios de glicémia: _____ Últimos valores de HemGl.: _____

Medicação actual (Posologia)

Factores de risco sistémico:

HTA: _____ Frequência medições _____ Espectro valores: _____
Dislipidemias Sim _____ Não: _____ Últimos valores: _____
Triglicéridos _____ Colesterol total: 201 _____ HDL: _____ LDL: _____
Morfologia corporal: _____
Peso: _____ Altura: _____ IMC: _____ Obesidade abdominal: _____
Actividade diária: _____
Média tempo sentado _____, média tempo caminhar _____ (obs) _____
Antecedente familiares (diabetes): _____

Doenças concomitantes:

Doenças consequentes:

Patologia cardíaca: _____	Nefropatia: _____
Patologia respiratória: _____	Retinopatia: _____
Hepatopatias: _____	Proteinúria: _____
Doença vascular periférica: _____	Neuropatia: _____
Outras: _____	

CONSULTA DE PÉ DIABÉTICO

Factores de risco locais:

História de úlcera do pé ou amputação:

Deformidades estruturais do pé: (anatômicas)

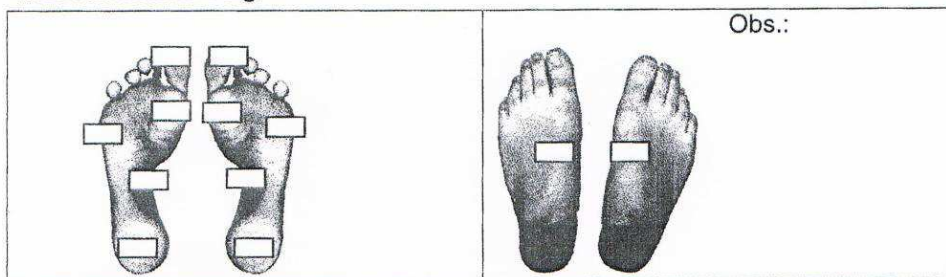
AVALIAÇÃO VASCULAR:

Pulsos: _____

Pressão Braquial: _____ Pressão Maleolar: _____ ITB: _____

TESTES SENSITIVOS:

Monofilamento 10 g



Diapasão 128Hz

PD
MTF _____

PE
MTF _____

Maleolo interno _____

Maleolo interno _____

□ Avaliação Biomecânica

Testes Musculares (obs):

Escala:

- 0 (sem movimento)
- 1 (tremura do movimento)
- 2 (movimento sem gravidade)
- 3 (movimento contra a gravidade)
- 4 (movimento contra a resistência)
- 5 (força total)

CONSULTA DE PODOLOGIA

Avaliação em CCF

Impressão plantar:

Posição do calcâneo:

P.D.

Varo:

Valgo:

Neutro:

P.E.

Varo:

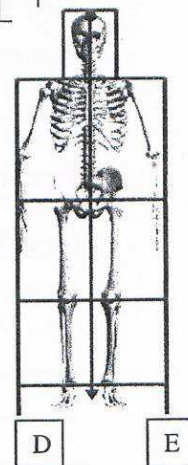
Valgo:

Neutro:

Avaliação fémur-tibial:

Avaliação de dismetrias e assimetrias:

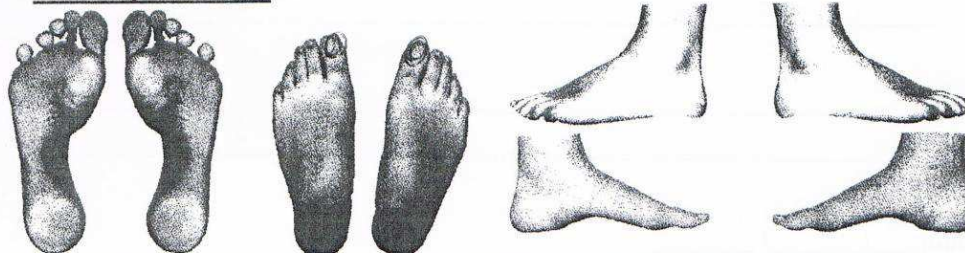
Nota: Assinalar na fig. as zonas mais elevadas



SERVIÇO DE QUIROPODOLOGIA

Diagnóstico:

Localização da lesão:



Legenda: HQ : hiperqueratose T: Tiloma He: Heloma DER: Dermatopatia ONI: Onicopatia

Descrição da (s) Lesão (ões):

CONSULTA DE PODOLOGIA

(Se há presença de úlcera:)

Localização anatómica da ferida: _____

Idade da úlcera: _____ dias ou _____ meses.

Tamanho (cm) :

Comprimento, _____ Largura _____ Profundidade: _____

Estadio da úlcera:

Estádio I ___ II ___ III ___ IV ___ **Presença de Fistula:** S ___ N ___

Exsudado: S N / Escasso Moderado Abundante

Seroso Serosanguíneo Sanguíneo Purulento

Sépsis: Ausente Presente Obs: _____

Tratamento efectuado :

Tratamento domiciliar recomendado:

OBS.: _____

Data: ___/___/___

Aluno (estagiário)

Orientador de estágio

Anexo II - Cronograma do Estágio Profissionalizante

	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			
Outubro																																		
Novembro																																		
Dezembro																																		
Janeiro																																		
Fevereiro																																		
Março																																		
Abril																																		
Maio																																		
Junho																																		
Julho																																		

-  Seminário de Calçadoterapia - ESSVS
-  Centro Hospitalar do Alto Ave - Guimarães
-  VII Jornadas Ibérica de Podologia
-  Seminário de Ortopedia e Biomecânica - ESSVA
-  Centro Hospitalar do São João - Valongo
-  Seminário de Feridas - ESSVA
-  Centro Hospitalar de Vila Nova De Gaia - Vila Nova de Gaia
-  Seminário de Reumatologia - ESSVA
-  Seminário de Ortopedia Infantil - ESSVA
-  VII Congresso Nacional de Podologia
-  Podofátima - Pombal
-  Seminário de Homeopatia - ESSVA