



Relatório de Estágio Profissionalizante

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas)

Maria Cristiana Gonçalves de Sá

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre

Vila Nova de Famalicão, outubro de 2015

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

Mestrado em Podiatria Clínica

2º. Ano

Ano Letivo 2014/2015



Relatório de Estágio Profissionalizante

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico
(grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões
podológicas apresentadas)

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado em Podiatria Clínica do Instituto Politécnico de Saúde do Norte – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, para obtenção do grau de Mestre, sob orientação de Liliana Avidos (Ph.D.)

Orientador: Prof. Doutora Liliana Avidos

Orientando: Maria Cristiana Gonçalves de Sá

Vila Nova de Famalicão

Outubro, de 2015

Ficha de catalogação

Sá, M. C. G. (2015)

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas)

Relatório de estágio profissionalizante e dissertação apresentado ao Departamento de Podologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Vila Nova de Famalicão: s.n. 128 p

Orientador: Prof. Doutora Líliliana Avidos

Palavras-Chave:

1. PEREGRINAÇÃO 2. FÁTIMA 3. PODOLOGIA 4. LESÕES NO PÉ 5. CALÇADO

Dedicatória

Ao meu afilhado João Miguel de Sá Tiago.

À minha mãe, família e amigos por todo o apoio e incentivo.

Aos meus professores, por partilharem comigo o seu conhecimento.

Agradecimentos

Ao longo desta dissertação, deparei-me com alguns obstáculos, que me levaram a questionar sobre a realização da mesma. Contudo também encontrei alguns incentivos e apoios, que me guiaram no decorrer deste caminho, apesar das encruzilhadas que encontrava.

Os incentivos vieram das pessoas mais próximas, tanto colegas de profissão, como amigos e família, que partilham comigo o seu dia a dia, e que de uma forma ou de outra, diretas ou indiretamente, me apoiaram na concretização desta dissertação.

Contudo, não posso deixar de salientar uma pessoa em particular. Esta dissertação nunca teria sido concluída sem a ajuda preciosa da minha orientadora, a Prof. Doutora Liliana Avidos, a quem deixo o meu sincero agradecimento, pela paciência, pela confiança e compreensão, pela disponibilidade, pelo apoio e pela orientação. Agradeço também, a disponibilidade prestada pelo Prof. Doutor António Santos e pela Mestre Teresa F. Amorim, nomeadamente pela ajuda na elaboração da análise estatística em SPSS.

Gostaria também de agradecer aos meus professores de mestrado, aos Podologistas e colegas que se voluntariaram para o apoio ao peregrino de Fátima – PodoFátima. Deixo também o meu agradecimento ao motorista que nos conduziu durante as peregrinações até ao local onde se encontrava a unidade móvel.

Sem dúvida que, o maior agradecimento vai para todos os peregrinos que voluntariamente aceitaram participar neste estudo.

O meu profundo obrigado, sobretudo à minha família, que me acompanhou, me apoiou e incentivou para a realização desta dissertação. Por fim, mas não por último, gostaria de agradecer à pessoa que esteve sempre a meu lado – a minha mãe - pelo apoio, incentivo, dedicação, paciência e a compreensão.

Um obrigado especial ao Paulo Graça, um amigo de longa data que me ajudou na elaboração de dados e sua realização e a três simpáticas senhoras do Hospital de São João, Pólo Valongo - Adília, Maria João e Eliza - pela ajuda e compreensão.

Por fim, não podia deixar de referir o meu sincero agradecimento a todos os meus amigos e amigas e também colegas de curso e de mestrado que me acompanharam nesta caminhada, nos bons e

maus momentos, pela disponibilidade, pela ajuda, pelo incentivo, pelo carinho e dedicação, pelos momentos alegres e pelas recordações e amizades para uma vida.

Agradeço também a todos aqueles que não referi, mas que de certa forma estiveram presentes e me apoiaram na realização desta dissertação.

O meu mais sincero agradecimento, a todos.

Epígrafe

"Bendita seja uma religião, que derrama no amargo cálice da humanidade sofredora algumas doces e soporíferas gotas de ópio espiritual, algumas gotas de amor, fé e esperança."

Heinrich Heine (1840)

"A religião é o ópio do povo".

Karl Marx (1844)

Resumo

O relatório que se segue, reporta-se ao estágio profissionalizante integrado no plano de estudos do Mestrado em Podiatria Clínica, a decorrer na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA) do Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), nas quais fizeram parte atividades clínicas hospitalares, nomeadamente no Hospital S. João – Pólo Valongo, seminários com diferentes temáticas, apoio ao peregrino de Fátima e o X Congresso Nacional de Podologia. Decorreu no período de tempo compreendido entre o dia 6 de outubro 2014 e 31 de julho de 2015, com uma carga horária de 630 horas. Pretendeu-se com este estágio relacionar e complementar os conhecimentos teóricos e práticos que foram lecionados e aplicá-los a situações reais, com o intuito de adquirir vivências favoráveis à consolidação das aprendizagens no âmbito da Podiatria Clínica.

A peregrinação já faz parte dos rituais do homem comum e a peregrinação a Fátima não é exceção. Todos os anos afluem a Fátima milhares de peregrinos. O objetivo deste estudo foi a caracterização do peregrino de Fátima que recorreu ao apoio podológico (bem como o grau de satisfação dos mesmos e as suas lesões mais comuns). Neste estudo foram avaliados cerca de 145 peregrinos que recorreram ao apoio podológico, independentemente das características antropométricas e sócio demográficas.

Palavras-Chave:

1. PEREGRINAÇÃO 2. FÁTIMA 3. PODOLOGIA 4. LESÕES NO PÉ 5. CALÇADO

Abstract

The following report refers to the integrated work experience in the Master's study program in Podiatry Clinic to be held in Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA) Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN), in which were part of hospital clinical activities, particularly in the Hospital S. João - Pólo Valongo, seminars with different themes, support to pilgrims of Fatima and the X Congresso Nacional de Podologia. It took place in the period of time between October 6th, 2014 and July 31st, 2015, with a workload of 630 hours. The purpose of this report was to correlate and complement the knowledge and skills that have been taught, and apply them to real situations, in order to acquire experiences favorable to the consolidation of learning within the Podiatry Clinic.

Today, the pilgrimage is already part of the human rituals and pilgrimage to Fatima is no exception. Every year thousands of pilgrim's flock to Fatima. The goal of this study was the "caracterização do peregrino de Fátima que recorreu ao apoio podológico (bem como o grau de satisfação dos mesmos e as suas lesões mais comuns)". In this study, about 145 pilgrims who resorted to podiatry support regardless of anthropometric characteristics and sociodemographic were evaluated.

Keywords:

1. PEREGRINATION 2. FATIMA 3. PODIATRY 4. INJURIES ON FOOT 5. SHOES.

Índice

Dedicatória.....	III
Agradecimentos.....	V
Epígrafe.....	VII
Resumo.....	IX
Abstract.....	XI
Índice de Figuras.....	XV
Índice de Tabelas.....	XVII
Índice de Anexos.....	XIX
Listas.....	XXI
Introdução.....	23
1. Caracterização do estágio, análise descritiva dos pacientes consultados, discussão de dados e conclusão.....	25
1.1. Caracterização do estágio.....	25
1.1.1 Caracterização do local de estágio no Hospital de São João – Pólo Valongo.....	26
1.1.2 Consulta de Pé Diabético e caracterização do espaço físico.....	27
1.1.3 Funcionamento interno do serviço de Podologia e marcação de consultas.....	30
2. Atividades Complementares.....	30
2.1 Seminários – E.S.S.V.A. e E.S.S.V.S.....	30
2.2 X Congresso Nacional de Podologia.....	31
2.3 PodoFátima.....	32
3. Apresentação de resultados.....	33
3.1 Análise descritiva dos pacientes consultados.....	33
3.1.1 Caracterização geral dos pacientes diabéticos.....	36
4. Discussão da análise descritiva geral e dos pacientes diabéticos consultados.....	41
5. Conclusão.....	41

Introdução.....	45
2. Revisão da Literatura.....	47
2.1. A peregrinação na história.....	47
2.2. A peregrinação a Fátima.....	50
2.3. O apoio da Podologia ao peregrino de Fátima.....	52
2.4. O pé como base do aparelho locomotor.....	53
2.5. O ciclo do caminhar.....	54
2.6. O calçado.....	56
2.7. Lesões mais comuns encontradas no membro inferior – o pé.....	58
2.8. Classificação e definição de Dor.....	60
3. Desenho de investigação.....	62
3.1. Metodologia.....	62
3.2. Tipo de estudo.....	62
3.3. População e amostra.....	63
3.4. Meio.....	63
3.5. Aspetos éticos.....	64
3.6. Variáveis.....	64
3.7. Materiais.....	64
3.8. Colheita de dados.....	65
3.9. Procedimentos estatísticos.....	65
4. Resultados.....	66
4.1. Caracterização da amostra.....	66
4.2. Características das lesões encontradas e sua localização.....	73
4.3. Avaliação do calçado, meias/peúgas e forma de as usar.....	82
5. Discussão.....	85
6. Conclusão.....	89
6.1 Considerações finais.....	89
7. Referências bibliográficas.....	91
Anexos.....	95

Índice de figuras

Figura 1 – Hospital S. João – Pólo Valongo (imagem obtida pela investigadora durante o estágio...27	27
Figura 2 – Gabinete 1 (imagem obtida pela investigadora durante o estágio).....28	28
Figura 3 – Gabinete 1 (imagem obtida pela investigadora durante o estágio).....29	29
Figura 4 – Gabinete 2 (imagem obtida pela investigadora durante o estágio).....29	29
Figura 5 – Gabinete de atendimento e gabinete de Ortopodologia (imagem obtida pela investigadora durante o estágio).....29	29
Figura 6 – Gráfico da distribuição numérica dos pacientes por grupos etários.....34	34
Figura 7 – Gráfico de distribuição percentual dos pacientes por género.....34	34
Figura 8 – Gráfico da distribuição numérica e percentual dos pacientes em relação a antecedentes patológicos.....35	35
Figura 9 – Gráfico da distribuição percentual dos pacientes em relação à diabetes.....36	36
Figura 10 – Gráfico da distribuição percentual do sexo em relação à diabetes.....36	36
Figura 11 – Gráfico de distribuição percentual dos pacientes diabéticos por grupos etários.....37	37
Figura 12 - Gráfico de distribuição percentual dos pacientes diabéticos por tipo de diabetes.....37	37
Figura 13 - Gráfico de distribuição percentual dos pacientes diabéticos tipo 2 com tratamento de insulina.....38	38
Figura 14 – Gráfico da distribuição percentual dos pacientes diabéticos com a existência de outras patologias.....39	39
Figura 15 – Gráfico da distribuição percentual dos diagnósticos podológicos nos pacientes diabéticos.....40	40
Figura 16 – Gráfico da distribuição percentual dos tratamentos podológicos nos pacientes diabéticos.....40	40

Figura 17 – Escala verbal numérica de intensidade da dor (Retirada de: Ducla Soares, setembro 2007)..... 61

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Tabela de gêneros.....	66
Tabela 2 – Idade.....	66
Tabela 3 - É a primeira vez que vai em peregrinação a pé a Fátima?.....	67
Tabela 4 – Número de vezes que fez a peregrinação.....	67
Tabela 5 – Das outras ocasiões em que altura do ano fez a peregrinação?.....	68
Tabela 6 – De onde iniciou a partida.....	69
Tabela 7 – Dia de início da partida.....	70
Tabela 8 – Número de quilómetros percorridos e quantos por dia.....	70
Tabela 9 – Dia em que tenciona chegar.....	71
Tabela 10 – Ajuda “material” ao longo do percurso.....	71
Tabela 11 – Imprevisto/lesão durante o percurso.....	71
Tabela 12 – Se teve ou tem algum problema de saúde.....	72
Tabela 13 – Medicação.....	72
Tabela 14 - Classificação do atendimento feito pelos Podologistas.....	72
Tabela 15 – Classificação do grau de dor.....	73
Tabela 16 – Tipo de lesões encontradas.....	74
Tabela 17 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 1.....	75
Tabela 18 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 2.....	75
Tabela 19 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 3.....	75
Tabela 20 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 4.....	76
Tabela 21 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 5.....	76

Tabela 22 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdigital 1.....	76
Tabela 23 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdigital 2.....	77
Tabela 24 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdigital 3.....	77
Tabela 25 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdigital 4.....	77
Tabela 26 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 1.....	78
Tabela 27 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 2.....	78
Tabela 28 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 3.....	78
Tabela 29 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 4.....	79
Tabela 30 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 5.....	79
Tabela 31 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 1.....	79
Tabela 32 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 2.....	80
Tabela 33 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 3.....	80
Tabela 34 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 4.....	80
Tabela 35 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 5.....	81
Tabela 36 – Pé esquerdo e Pé direito Inserção do Tendão de Aquiles.....	81
Tabela 37 – Pé esquerdo e Pé direito Calcânhar Face Interna.....	81
Tabela 38 – Pé esquerdo e Pé direito Calcânhar Face Externa.....	82
Tabela 39 - Tipo de Calçado.....	82
Tabela 40 – Tipo de peúgas/meias.....	83
Tabela 41 – Forma de usar.....	83

Índice de Anexos

Anexo I – Cronograma.....	I
Anexo II – Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.1).....	III
Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.2).....	V
Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.3).....	VII
Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.4).....	IX
Anexo III – Carta de pedido de autorização do orientador.....	XI
Anexo IV – Declaração de consentimento.....	XIII
Anexo V – Apresentação do estudo.....	XV
Anexo VI – Grelha de recolha de dados (p.1).....	XVII
Grelha de recolha de dados (p.2).....	XIX
Grelha de recolha de dados (p.3).....	XXI
Grelha de recolha de dados (p.4).....	XXIII
Grelha de recolha de dados (p.5).....	XXV

Listas

Abreviaturas

Ed. – Edição

nº – número

p. – página

pp. – páginas

PE – Pé Esquerdo

PD – Pé Direito

TA – Tendão de Aquiles

HQ – Hiperqueratoses

Símbolos

% - Percentagem

° - grau

® - Marca Registada

Siglas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CTT - Correios de Portugal (Correios, Telégrafos e Telefones)

E.P.E. – Entidade Pública Empresarial

HTA – Hipertensão arterial

IMC – Índice de Massa Corporal

OMS – Organização Mundial de Saúde

Ph.D. – Doctor of Philosophy

SMS - Short Message Service (Serviço de mensagens curtas)

SPSS – Statistical Package for the Social Sciences

WHO – World Health Organization

Introdução

Este relatório reporta-se a uma análise final de um processo de aprendizagem para a obtenção do grau de Mestre em Podiatria Clínica, inserido no 2º ano do plano de estudos, do curso de Mestrado em Podiatria Clínica do Instituto Politécnico de Saúde do Norte (IPSN).

Acordando com o plano de estudos, estava planeado um estágio profissionalizante, o qual se comprova neste relatório. Este realizou-se no Hospital de S. João – Pólo Valongo, E.P.E., na consulta de Podologia, decorrendo no período de tempo compreendido entre o dia 6 de outubro 2014 e 31 de julho de 2015, com uma carga horária de 630 horas, tal como se verifica no cronograma, em Anexo I.

Além das consultas de Podologia, também constatarem do estágio seminários ocorridos entre a Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA) e a Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS), abordando os diversos temas como o Calçado, Feridas, Reumatologia, Ortopedia Infantil, Biomecânica, S.P.S.S. e por último a Homeopatia.

O objetivo deste estágio foi relacionar e complementar os conhecimentos teóricos e práticos que foram lecionados e aplica-los em situações reais do exercício profissional em Podologia, com o objetivo de adquirir vivências favoráveis à consolidação das aprendizagens no âmbito da Podiatria Clínica.

Os objetivos do presente relatório são, analisar e caracterizar os doentes atendidos e confrontar os achados com a literatura que aborda o doente diabético.

De acordo com o relatório anual do observatório nacional da Diabetes, em 2013 a prevalência estimada da Diabetes na população portuguesa com idades compreendidas entre os 20 e os 79 anos (7,8 milhões de indivíduos) foi de 13,0%, isto é, mais de 1 milhão de portugueses neste grupo etário tem Diabetes (Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2014).

A Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014), refere que o impacto do envelhecimento da estrutura etária da população portuguesa (20-79 anos) refletiu-se num aumento de 1,3 pontos percentuais (p.p.) da taxa de prevalência da Diabetes entre 2009 e 2013, o que corresponde a um crescimento na ordem dos 11%. Quanto à taxa de prevalência da Diabetes, em 56% dos indivíduos esta já havia sido diagnosticada e em 44% ainda não tinha sido diagnosticada.

Este relatório encontra-se dividido em diferentes capítulos, de forma a facilitar a organização e a leitura da informação apresentada. No capítulo 1 aborda-se a caracterização do estágio e local da realização deste. No capítulo 2 realiza-se uma componente de investigação, para desenvolvimento do relatório, que se apresenta em várias fases, tendo numa primeira fase a revisão da literatura onde se explora a problemática, cujo tema foi caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas), na fase dois desenvolve-se a sua metodologia e por último a sua discussão e conclusão. A informação recolhida e apresentada acerca dos pacientes durante o período observado para a realização do estágio foi adquirida através do processo único do utente, bem como os dados resultantes dessa avaliação, intervenção e pesquisa bibliográfica.

No final ser á ainda apresentado um trabalho relativo à componente de investigação cujo tema foi “Caraterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas) ”.

1 Caracterização geral do estágio

No seguinte capítulo será apresentado a caracterização geral do estágio e local de realização do mesmo, bem como uma análise descritiva dos pacientes consultados, discussão e conclusão de dados.

1.1 Caracterização do estágio e da consulta de Podologia

Este estágio decorreu entre o dia 6 de outubro de 2014 e o dia 29 de julho de 2015, perfazendo uma carga horária de 630 horas, durante o período da manhã, das 9 horas às 14 horas e com três períodos de consulta por semana (segundas, terças e sextas-feiras), à exceção da última semana de cada mês, em que se perfaziam quatro períodos por semana (segundas, terças, quartas e sextas-feiras), com consultas de pé diabético, tendo como orientadores o Mestre Manuel Portela e a Prof. Doutora Liliana Avidos.

As consultas de atendimento de Podologia integravam um mestrando do segundo ano, e o orientador responsável. Ocasionalmente, alguns mestrandos do primeiro ano, voluntariavam-se para ajudar nos dias de maior registo de consultas. Estes mestrandos, pontualmente na última semana de cada mês, participavam em todas as consultas dessa mesma semana, uma vez que faziam parte do seu estágio.

O atendimento das consultas era dividido entre o orientador responsável e o aluno de mestrado, uma vez que existem dois gabinetes para a realização das mesmas. Este era um trabalho de equipa realizado com respeito e profissionalismo, perante os pacientes, o orientador responsável e o aluno de mestrado e vice-versa. Sempre que o aluno necessitava de orientação ou apoio, este solicitava ao orientador, obtendo assim uma resposta adequada às suas dúvidas que iam surgindo ao longo do estágio.

As consultas de Podologia efetuadas abrangiam, uma avaliação cuidada do pé e a determinação de fatores de risco, bem como a melhor indicação terapêutica, a educação do paciente e seu cuidador, sempre que necessário, sobre medidas de prevenção, vigilância e cuidado dos pés, os principais agentes agressores, o uso adequado de calçado, meias e o uso de ortóteses. A importância da educação do mesmo é fundamental para a prevenção de novos casos e também para evitar o agravamento do caso clínico.

1.1.1 Caracterização do local de estágio no Hospital de São João – Pólo Valongo

O Hospital de São João, EPE (HSJ) é uma pessoa coletiva de direito público empresarial. O HSJ é o maior hospital do Norte e o segundo maior do país. É um hospital universitário com uma ligação umbilical à Faculdade de Medicina do Porto que ocupa o mesmo edifício em regime de condomínio (Portal Saúde, 2012).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição, hoje Hospital de São João – Valongo, encontra-se situado na região nordeste do grande centro urbano denominado “Grande Porto”, na cidade de Valongo, contíguo com a cidade de Ermesinde e o Concelho de Gondomar, estando ambas abrangidas pelo hospital (Portal Saúde, 2012).

O Centro Hospitalar do São João, Entidade Pública Empresarial é o resultado da fusão do Hospital de São João e do Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, que ocorreu a 1 de abril de 2011. Esta união pretende melhorar a prestação de cuidados de saúde, garantindo à população uma maior diversidade, qualidade e eficiência dos mesmos (Portal Saúde, 2012).

A unidade de Valongo dispõe de Internamento de Medicina Interna, Medicina Física e de Reabilitação, Psiquiatria e de Cuidados Continuados Integrados (Portal Saúde, 2012).

Em ambulatório, temos as consultas externas de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética, Estomatologia, Medicina Interna, Ortopedia, Patologia Clínica, Podologia e Psiquiatria (Portal Saúde, 2012).

O hospital São João - Pólo Valongo faz parte de um dos dois polos que integra o Centro Hospitalar de São João Porto. O hospital de Valongo funciona num edifício arrendado à Misericórdia de Valongo e é responsável por prestação de cuidados de saúde a cerca de 150 mil utentes por ano. Para além da maioria da população deste conselho que se dirige a este hospital dirigem-se também população das freguesias de S. Pedro da Cova, Gondomar e Gandra (Soares, J. N., 2006).

Devido ao sucesso do protocolo assinado em 2001 com o Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, em Guimarães, a CESPU celebrou um acordo semelhante com o anteriormente designado Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo, para a prestação de consultas de Medicina dentária e Podologia nas consultas externas do hospital (Soares, J. N., 2006). Dessa forma, a 1 de agosto de 2007, iniciou-se a consulta de Podologia.

A consulta de Podologia tem autonomia técnica e clínica, mas está articulada com os serviços de Medicina Interna e Ortopedia do Hospital e do ACES de Valongo, de onde derivam os doentes. Previamente, os doentes são avaliados pela Medicina Interna e todos os doentes diabéticos

seguidos na consulta de diabetes deviam ser observados em Podologia, que está integrada no serviço de Consulta Externa (Soares, J. N., 2006).

A Consulta de Podologia do Hospital de São João - Valongo foi criada e integrada no serviço de consulta externa com o objetivo de apoiar, sobretudo o serviço de Medicina Interna, na Consulta da Diabetes (Soares, J. N., 2006).

Atualmente o serviço atende semanalmente cerca de 50 doentes por semana, sendo que destes, seis serão consultados pela primeira vez no serviço de Podologia. Os doentes de risco, sobretudo diabéticos correspondem a cerca de 70% dos utentes do serviço, contudo outros casos são também acompanhados na consulta de Podologia através de pedidos de colaboração interna, sobretudo da ortopedia e fisioterapia (Soares, J. N., 2006).



Figura 1 – Hospital S. João – Pólo Valongo (imagem obtida pela investigadora durante o estágio)

1.1.2 Consulta de Pé Diabético e caracterização do espaço físico

Num próximo futuro, pouco haverá de tão acessível e eminente como remover ao diabético a catástrofe da amputação, que lhe faz perder uma perna, depois a outra e irá remeter e perda de autonomia o que acelera a morte. Será impossível na maioria dos casos? Sim, talvez mais nos dias de hoje, mas bastaria um décimo de dedicação para reduzir a menos de metade o número dessas catástrofes nos nossos cidadãos. E como? Apoiando o altruísmo e o interesse dos profissionais de saúde na vigilância e na profilaxia de potenciais complicações a que estão sujeitos os pés nos diabetes (Luís Serra, 2008).

A consulta do pé diabético tem o intuito de educar o paciente diabético e de prevenir o aparecimento de lesões graves no pé, bem como o seu tratamento de forma a evitar que lesão evolua negativamente.

No que respeita ao local de estágio, este tem atualmente ao seu dispor quatro gabinetes, quando anteriormente (abril de 2015) partilhava o local com Medicina Dentária no rés do chão, tendo ao dispor apenas dois gabinetes (Figura 1).

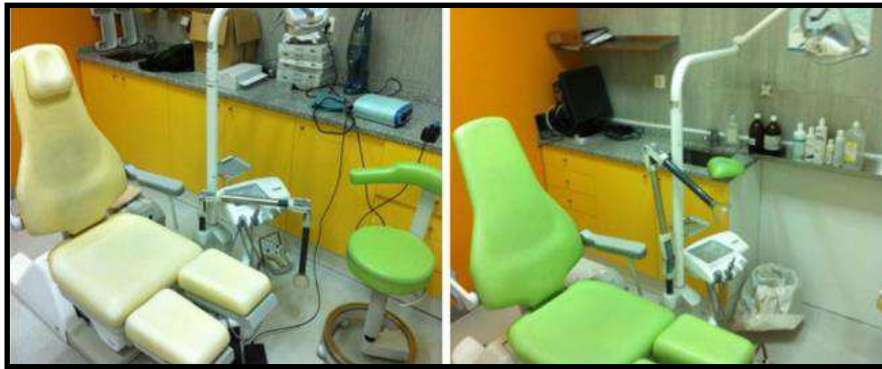


Figura 2 – Gabinetes de Podologia (imagem obtida pela investigadora durante o estágio)

Este novo espaço definitivo, destinado à Podologia, encontra-se localizado no piso inferior (piso - 1), está dividido em quatro partes, dois consultórios devidamente equipados (Figura 2 e 3), um gabinete para atendimento ao paciente com marquesa e sistema informático para marcação de consultas e preenchimento de relatórios clínicos, bem como sendo também local para atendimentos breves sem necessidade de qualquer tratamento, tendo ainda um espaço destinado à retificação de Suportes Plantares e esterilização de material (Figura 4).



Figura 3 – Gabinete 1 (imagem obtida pela investigadora durante o estágio)

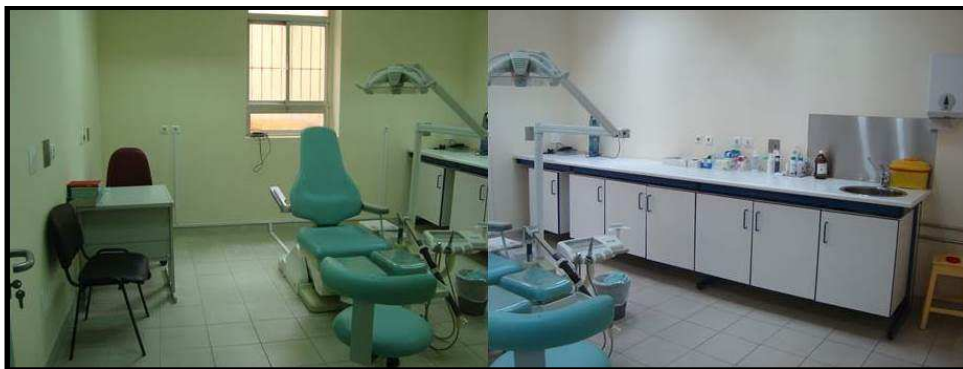


Figura 4 – Gabinete 2 (imagem obtida pela investigadora durante o estágio)



Figura 5 – Gabinete de atendimento e gabinete de Ortopodologia (imagem obtida pela investigadora durante o estágio)

Todo este novo espaço, que anteriormente funcionava o laboratório de análises clínicas do Hospital em questão, está provido de todo o equipamento necessário à prática clínica, tendo duas cadeiras específicas de podologia em cada gabinete assim como móvel de apoio para cada uma com lavatório embutido com doseador de sabão líquido e toalhetes de papel para secagem das mãos; nos mesmos estão providos de materiais instrumentais e consumíveis necessários; dois Podoscópios para avaliação dos pés dos pacientes em ortostatismo e adaptação de suportes plantares. Todos os gabinetes estão providos de ar condicionado.

1.1.3 Funcionamento interno do serviço de Podologia e marcação de consultas

Todos os pacientes da consulta de Podologia são ou foram encaminhados pelo médico de família ou por outras especialidades presentes no hospital, tal como medicina interna e ortopedia. Sempre que um utente da consulta de podologia tem uma marcação próxima, é-lhe enviado via CTT ou SMS, um comunicado com o dia e hora da consulta. No dia da consulta, o paciente deve chegar 20 minutos antes, para efetivação da mesma no sistema informático pelo pessoal responsável, permitindo assim ao clínico responsável organizar as consultas consoante a ordem de chegada dos pacientes. As consultas sucessivas, são organizadas pelo Podologista responsável pelo paciente que, findo o tratamento e avaliação do mesmo, determina a periodicidade das marcações, ficando estas registadas num cartão pessoal do doente, bem como no sistema informático.

2 Atividades complementares

Este capítulo irá mostrar, diferentes atividades fora do contexto de estágio profissionalizante.

2.1 Seminários

Seminário é um grupo de estudos, de nível universitário, orientado por um professor e no qual os alunos participam ativamente (Dicionário Porto Editora, 2015).

No estágio profissionalizante também constaram vários seminários, decorridos durante o ano letivo 2010/2011, sendo estes sobre os mais diversos temas como o Calçado, Feridas, Reumatologia, Ortopedia Infantil, Biomecânica, S.P.S.S. e por último a Homeopatia. Estes decorreram entre a

E.S.S.V.A. (Escola Superior de Saúde do Vale do Ave) e a E.S.S.V.S. (Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa), lecionados pelos seguintes professores e especialistas, Dra. Assunção Alves, Prof. Dra. Liliana Avidos, Dr. Domingos Araújo, Dr. Nuno Alegrete, Dr. Roberto Pascual Gutiérrez, Dra. Anne Van de Winckel, Prof. Dr. António Santos e Prof. Dr. Ricardo Moreira da Silva.

De acordo com as temáticas lecionadas e repartindo cada uma, no seminário de Calçado, abordámos: a história do calçado, as diferentes características do calçado, o tipo de calçado existente na sociedade, os materiais que compõem o calçado, bem como tivemos a oportunidade de interagir com os diferentes materiais e calçados. No seminário de feridas, foi um recordar e reforçar assuntos acerca das diferentes fases da cicatrização das feridas, a sua viabilidade tecidual e terapêutica tópica. Na Reumatologia, abordou-se as doenças inflamatórias autoimunes, a artrose, a artrite psoriática, a espondilite anquilosante, as lombalgias mecânicas e inflamatórias e as arites microcristalinas. Abordou-se também a terapêutica da osteoporose. Em relação ao seminário de Ortopedia Infantil, abordaram-se temas como: a arte de examinar a criança, as alterações fêmuro-tibiais, as anomalias rotacionais - os “pés rodados” e os diferentes tipos de marcha. No seminário de biomecânica esta foi abordada sob outra perspetiva. No seminário de S.P.S.S., destacou-se a análise estatística e elaboração e compreensão de dados, neste tipo de software informático, fundamental para tratamento de dados em dissertações. Por último, o seminário de Homeopatia, esclareceu-se do que se trata e a terapêutica para o qual está indicada.

Com tão diferentes temáticas, foi possível obter conhecimentos até então desconhecidos, mas que podem dar orientação num futuro, fornecendo uma resposta adequada e rápida a certas questões clínicas que nos irão surgir no dia a dia clínico.

2.2 X Congresso

A Associação Portuguesa de Podologia (APP) tem vindo a desenvolver ações de dinamização, formação e investigação na área da Podologia. Nesse propósito e na continuidade das atividades desenvolvidas, a Associação, com o patrocínio científico da CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte, promoveu o seu X Congresso Nacional. O evento decorreu durante três dias – 21, 22 e 23 de maio, no Auditório da Universidade do Minho – Guimarães. Foi a primeira vez em que o Congresso Nacional de Podologia se realizou após a regulamentação da profissão (NewsFarma, 2015). A sessão de abertura contou com a presença de ilustres personalidades académicas, profissionais e políticas, designadamente o presidente da Associação Portuguesa de Podologia, Dr.

Manuel Azevedo Portela, o ministro da saúde, Paulo Macedo, representante da CESPU, Prof. Doutor Almeida-Dias, Dr. Domingos Gomes e a presidente da Associação Europeia de Podologia e diretora do curso de podologia da Universidade de Barcelona, Prof^a. Doutora Virgínia Novel (Silva J. P., 2015).

O programa científico deste Congresso reuniu especialistas de diferentes áreas da saúde bem como podologistas de referência internacional, nomeadamente de Espanha. A magnitude e especificidade das conferências nas áreas dividiram-se em vários temas principais: Engenharia de Tecidos, Podiatria Clínica, Podiatria Infantil, Podiatria e a Biomecânica, Podiatria Desportiva, Podiatria Cirúrgica, Ortopodologia, sem faltar dois cursos pré-congresso, de Biomecânica e Laserterapia (APP, 2015).

2.3 PodoFátima

O apoio ao peregrino decorreu entre os dias 6 e 12 de maio de 2015, nas principais localidades de "paragem obrigatória" dos peregrinos, sendo Águeda, Oliveira de Azeméis, Pombal, Coimbra e Fátima.

A 1 de fevereiro de 2001 era criado o Núcleo de Podologia pela Associação Académica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, que no âmbito da sua ação académica e pedagógica desenvolve atividades que visam a prestação de serviços de saúde na área da Podologia à comunidade, divulgando o curso e a Instituição e informação a profissionais, alunos e restante comunidade (CESPU, 2008).

Foi no decorrer desse exercício que surgiu a atividade "PodoFátima 2001", onde essencialmente se colocou em prática toda uma série de fatores, servindo como palco o trajeto percorrido no grande movimento adventício em peregrinação ao local de Fátima, na pretérita semana que antecede o dia 13 de maio (Sofia, 2008).

De acordo com o Dr. Manuel Portela, presidente da Associação Portuguesa de Podologia e docente da CESPU, "são muitos os quilómetros percorridos em pouco tempo, e a sobrecarga de longas caminhadas causam repetidos microtraumatismos nos pés dos peregrinos que se manifestam através das dores, bolhas, edemas, excesso de transpiração, entorses, ruturas ligamentares, queimaduras e incapacidade de marcha (CESPU, 2008)

O objetivo do "PodoFátima" é ajudar as pessoas a atingirem os seus objetivos, aproveitando-se também para estudar casos extremos de esforço. Para além de ser uma ação humanitária de grande

significado, a iniciativa assume-se como um meio que promove a Podologia, que é uma ciência recente em Portugal, implementada em 1994 através de um protocolo entre a Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU) e a Universidade de Barcelona (Falcão-Machado e Fernandes, 2003).

Este apoio ao Peregrino, foi diferente de certa forma para mim, uma vez que, a minha dissertação se baseia no tema: “Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas)”, de tal forma que passei este apoio recolhendo dados para esta dissertação. No que respeita ao apoio do peregrino, acredito sempre que é uma das nossas “obras”, mais gratificantes que temos, onde damos sem receber nada em troca, a não ser em muitas ocasiões um simples “obrigado”, por se sentirem muito melhor e aliviados.

3 Apresentação de resultados

O presente capítulo irá apresentar uma análise descritiva acerca dos pacientes consultados de acordo com o género, idade e antecedentes patológicos

3.1 Análise descritiva dos pacientes consultados

Durante o período de estágio, tive a possibilidade de atender como Podologista responsável cerca de 111 consultas e assistir como observadora a outras consultas efetuadas pelos colegas de estágio que referi anteriormente e pelos clínicos/professores/orientadores responsáveis. Sendo que na totalidade foram atendidos 101 pacientes, sendo 10 pacientes com atendimento sucessivo. Seguidamente temos a apresentação dos dados no que refere à caracterização geral dos pacientes atendidos na consulta de Podologia durante o estágio no Hospital de S. João – Pólo de Valongo, no que respeita ao género, idade, patologias, patologias podológicas diagnosticadas, bem como a caracterização dos pacientes diabéticos, uma vez que o objetivo da consulta de Podologia é o Pé Diabético.

Analisando a idade, cujo intervalo varia entre os 13 e os 86 anos, a maioria apresenta-se no intervalo de 60 a 69 anos (n=34; 34%), seguindo-se o intervalo de 70 a 79 anos de idade (n=24; 24%), como se verifica na figura 6.

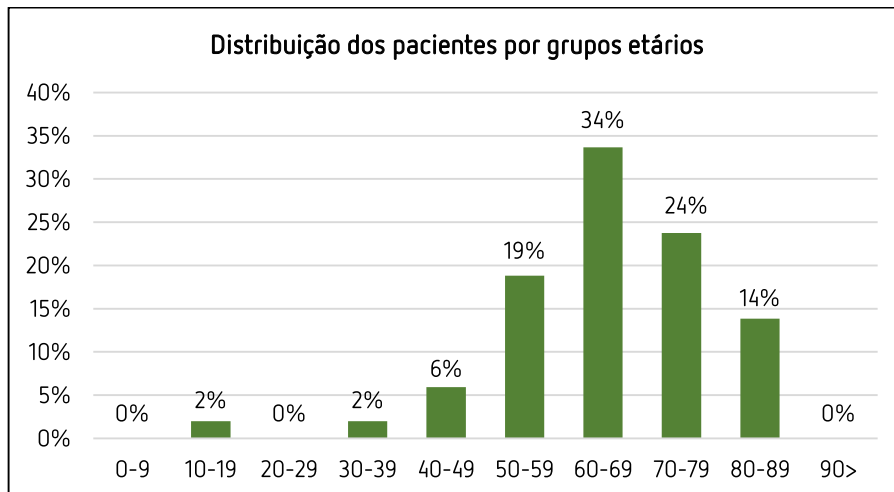


Figura 6 – Gráfico da distribuição numérica dos pacientes por grupos etários

Quanto ao género, verificámos que há um maior número de pacientes do género feminino (n=64; 63%) contra os 37 do género masculino (37%), como podemos observar na Figura 7.

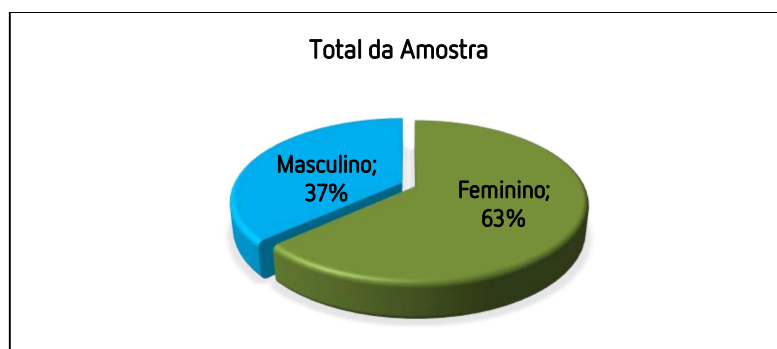


Figura 7 – Gráfico de distribuição percentual dos pacientes por género.

No que respeita ao total dos antecedentes patológicos dos pacientes, os que se destacaram, foram a Hipertensão Arterial (HTA) (n=53; 52%), seguida da Diabetes tipo 1 e 2 com 48 casos (48%), a Dislipidemia (n=31; 31%), a Obesidade com 17 casos (17%), o Colesterol (n=15; 15%) e a Retinopatia (n=12; 12%). No entanto, sete pacientes não apresentavam antecedentes patológicos (7%), no entanto há patologias com média consideração, tais como a Asma, Hipocoagulação, Osteoporose, Patologia Gástrica, Bócio, AVC, Patologia Renal, Hepática, Pulmonar, Cardíaca e Vascular. Com menor

frequência encontramos patologias como DPOC, a Depressão, a Neuropatia Diabética e Hérnias (n=3; 3%), logo seguida de patologias como a Osteoartrose, Neoplasia maligna, a Neuropatia periférica e a Psoríase (n=2; 2%), por fim as patologias com menos afluência foram variadas desde Hiperplasia da próstata, Cistite Aguda, Litíase Vesicular, Hiperuricemia, Talassemia, Artrose, Coxartrose, Escoliose, Patologia Neurológica, Bromidrose, Artropatia, Patologia Neuromuscular, Reumatismo, Dermatite Palmar, Poliomielite, Gonartrose, Patologia Pancreática, Disfunção Erétil, Osteofitose e a Doença de Osgood-Schlatter (n=1; 1%), na Figura 8.

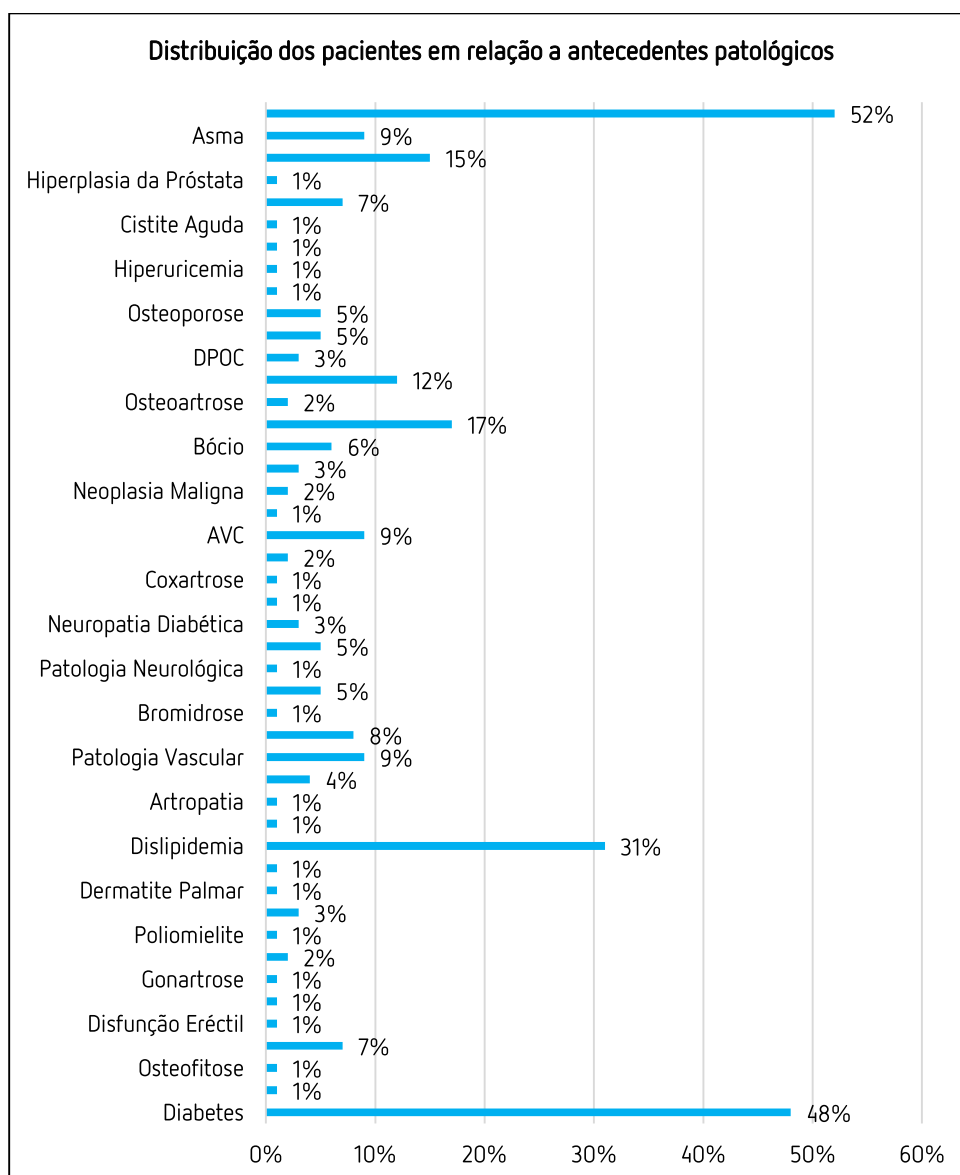


Figura 8 – Gráfico da distribuição numérica e percentual dos pacientes em relação a antecedentes patológicos

3.1.1 Caracterização geral dos pacientes diabéticos

Somente 48 doentes em 101 eram diabéticos (48%), sendo que os 53 utentes atendidos (52%) não eram diabéticos (Figura 9).

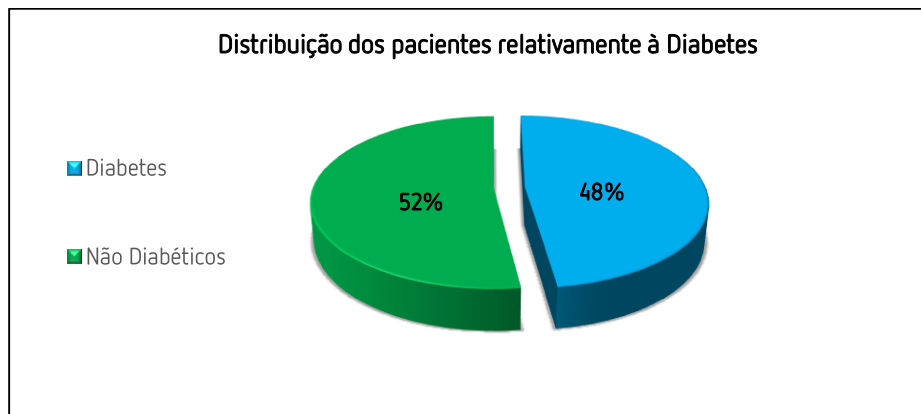


Figura 9 – Gráfico da distribuição percentual dos pacientes em relação à diabetes

Relativamente ao género dos pacientes, verificou-se uma maior incidência da diabetes no género feminino (65%) em relação ao género masculino (35%) (Figura 10).

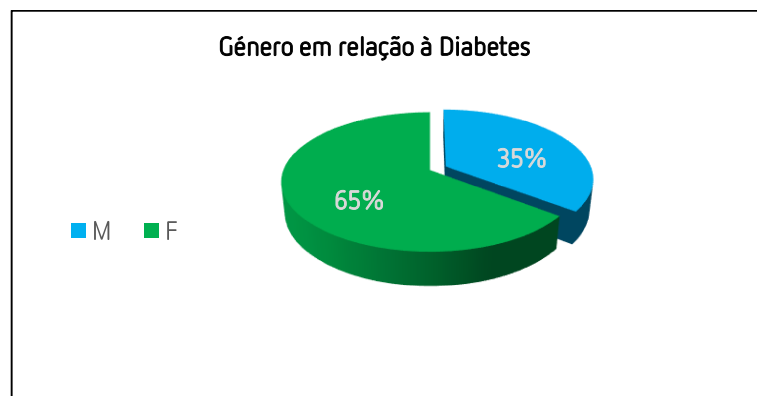


Figura 10 – Gráfico da distribuição percentual do género em relação à diabetes.

Ao analisarmos a idade dos pacientes diabéticos, verificámos que o intervalo de idades variou entre os 41 e os 86 anos de idade, sendo que a maioria de idades, apresentou-se no intervalo de 60 a 69

(n=20; 42%), seguindo-se o intervalo de 70 a 79 anos de idade (n=11; 23%), o de 80 a 89 anos de idade (n=10; 21%) e em menor representatividade encontrámos o intervalo entre os 50 e 59 anos de idade (n=6; 13%) e o de 40 a 49 anos de idade (n=1; 2%) (Figura 11).

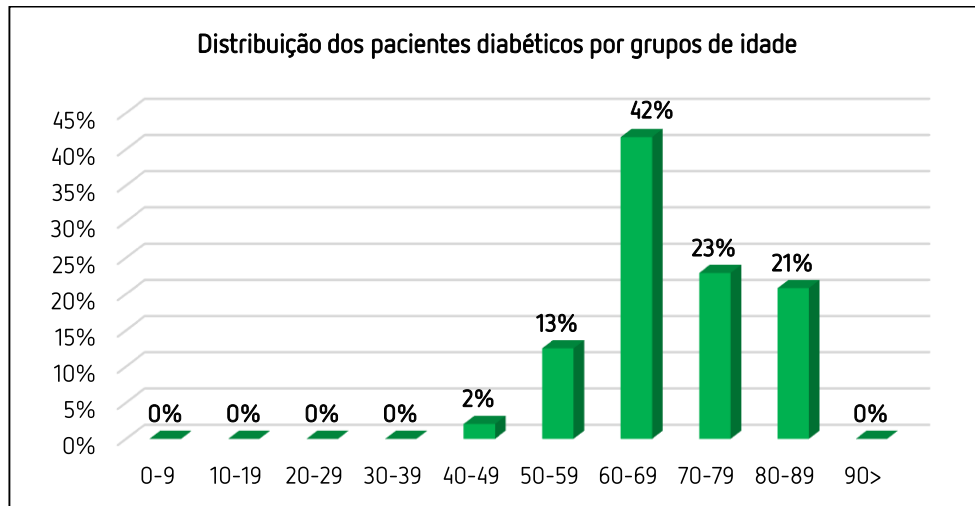


Figura 11 – Gráfico de distribuição percentual dos pacientes diabéticos por grupos etários.

No que respeita ao tipo de Diabetes, verificámos uma prevalência de Diabetes tipo 2 com uma percentagem de 98% (n=47), tendo a Diabetes tipo 1 uma incidência de apenas 2% (n=1) (Figura 12).

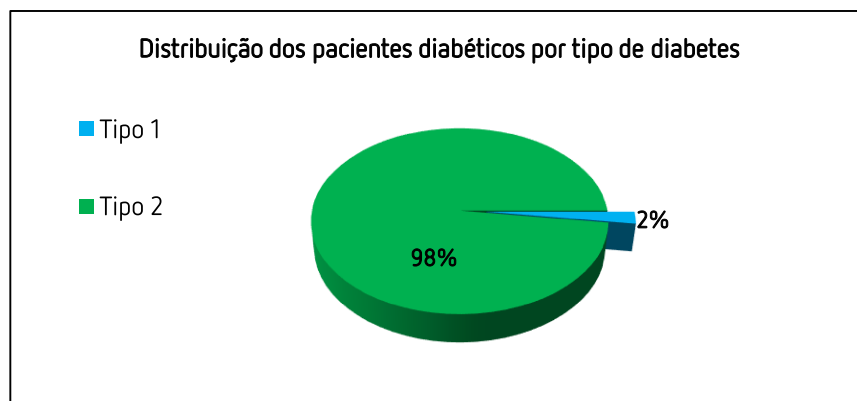


Figura 12 – Gráfico de distribuição percentual dos pacientes diabéticos por tipo de diabetes.

Em relação ao tipo de tratamento dos pacientes com diabetes tipo 2, verificámos que 76% (n=35), não efetuam tratamento com insulina, sendo que os restantes 24% (n=11) têm tratamento controlado com insulina (Figura 13).

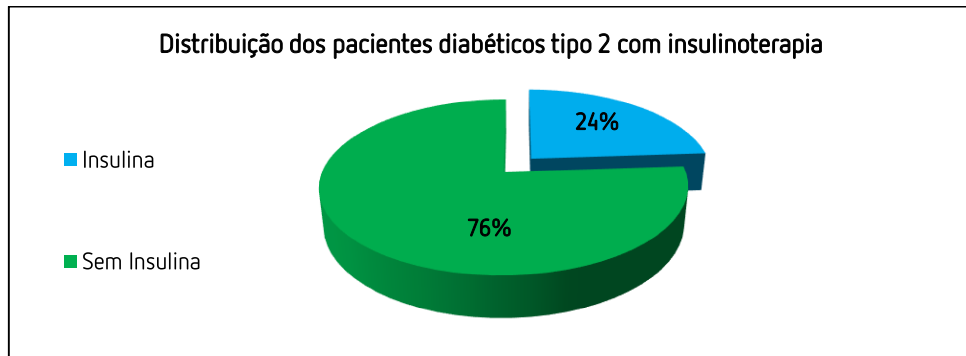


Figura 13 - Gráfico de distribuição percentual dos pacientes diabéticos tipo 2 com tratamento de insulina.

Relativamente à existência de outras patologias secundárias nos pacientes diabéticos, verificou-se que a HTA (n=30; 65%), seguida de Dislipidemia (n=23; 48%), da Obesidade e da Retinopatia (n=11; 23%), prevalecem em relação às outras patologias que surgem em menor percentagem, sendo elas o Colesterol (n=5; 10%), a Asma, a Patologia Hepática e o AVC (n=4; 8%). Outras patologias que aparecem com uma percentagem inferior são a Patologia Vascular, Cardíaca e Renal, a Neuropatia Diabética, o Bócio (n=3; 6%), a Hipocoagulação, a Osteoporose, a Patologia Gástrica e a Neuropatia Periférica, que surgem com 2 casos cada uma (4%); e por fim, com apenas um caso registado temos patologias como a Escoliose, Coxartrose, DPOC, Osteoartrose, Depressão, Talassemia e Patologia Pulmonar (2%) (Figura 14).

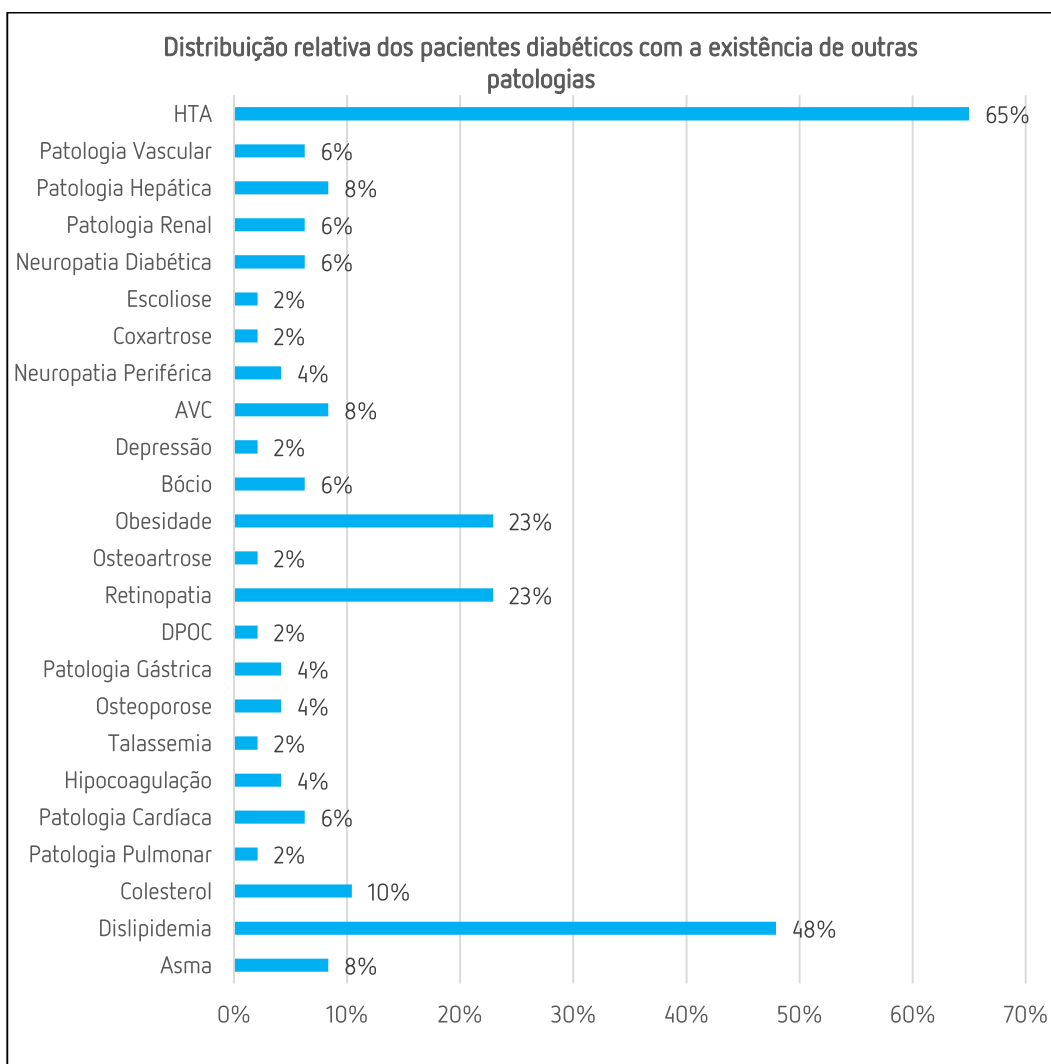


Figura 14 – Gráfico da distribuição percentual dos pacientes diabéticos com a existência de outras patologias

Nas alterações encontradas nos pés dos pacientes diabéticos, verificámos que as Onicopatias (Onicomucose, Onicogrifose e Onicocriptose), apresentavam um maior número de pacientes afetados, 33 (69%). Seguiram-se as Queratopatias (Hiperqueratoses) em 44% dos pacientes (n=21) e logo de seguida os Helomas com 6 pacientes (13%). Com menos incidência temos a Úlcera Digital, o Retro-pé Varo parcialmente compensado, Dermatopatias, Úlcera Interdigital e Amputação do Ante-pé (n=1; 2%) (Figura 15).

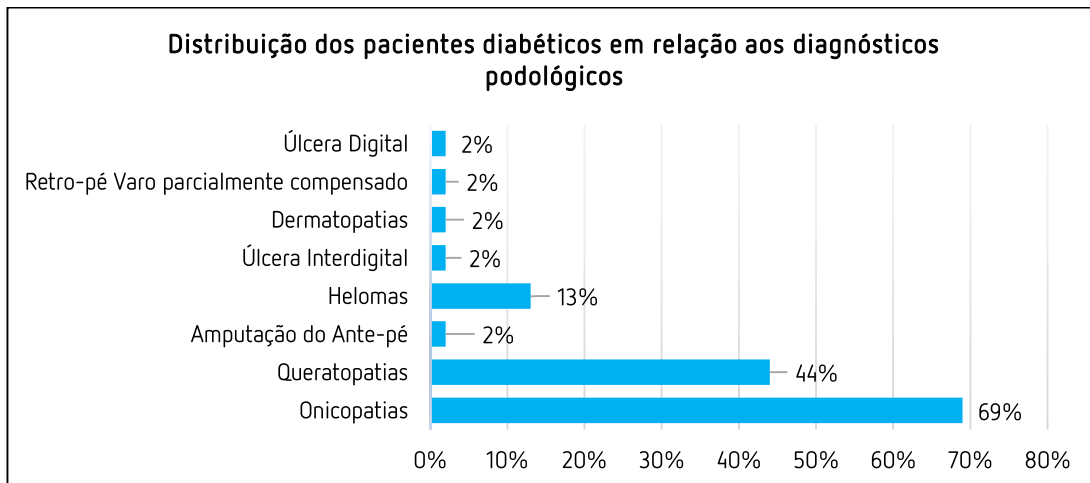


Figura 15 – Gráfico da distribuição percentual dos diagnósticos podológicos nos pacientes diabéticos

No que diz respeito aos tratamentos realizados nas consultas, verificou-se que o tipo de tratamento mais realizado foi o Corte e Debaste ungueal (n=32; 67%), seguindo-se da Deslaminação de queratopatias (n=20; 42%), Enucleação de helomas (n=6; 13%), Descongestionamento de canais (n=4; 8%) e Desbridamento dos tecidos desvitalizados (n=2; 4%). Por último e em menor número a Realização de ortótese de silicone, Aplicação de Suportes Plantares, Assepsia e Aplicação de ácido nítrico (n=1; 2%) (Figura 16).

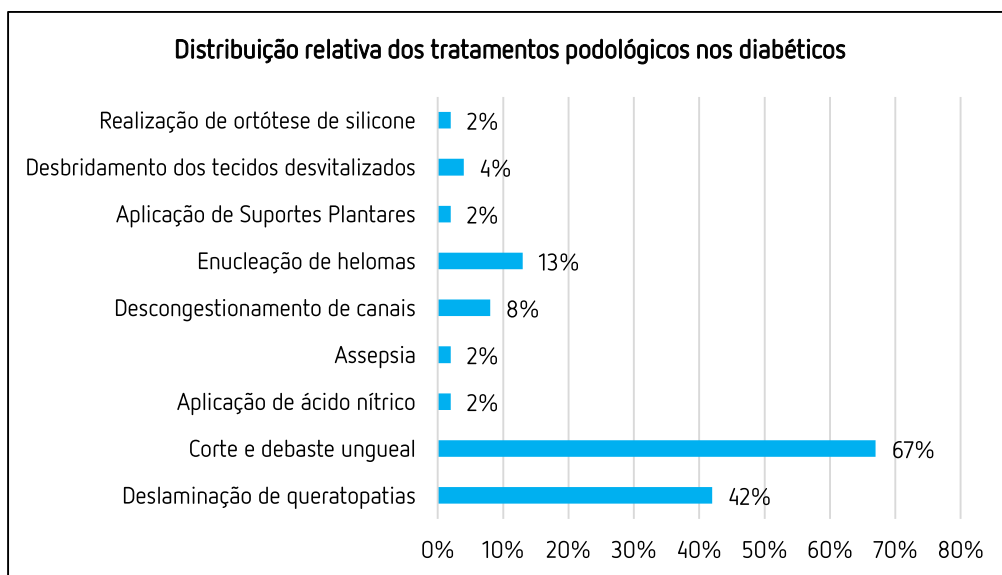


Figura 16 – Gráfico da distribuição percentual dos tratamentos podológicos nos pacientes diabéticos

4. Discussão da análise descritiva geral e dos pacientes diabéticos consultados

Aqui se irá proceder à discussão dos dados obtidos dos pacientes consultados na globalidade no Hospital de S. João - Pólo de Valongo e salientar a caracterização dos dados obtidos nos pacientes diabéticos. Numa avaliação geral verificou-se que a maioria dos pacientes tinham idades compreendidas entre os sessenta e os sessenta e nove anos (34%) eram do género feminino (63%), e a patologia que apresentavam com maior frequência era a HTA, contrariando um dado esperado uma vez que as consultas de podologia do hospital de Valongo são prioritárias para o pé diabético. Ao analisar os 48 pacientes diabéticos consultados, verificou-se que a maioria desta era do género feminino (65%), predominando a idade entre os sessenta e os sessenta e nove anos (42%). A diabetes mellitus tipo 2 foi a mais encontrada, com uma percentagem de 98% dos casos, uma vez que segundo Lins, Oliveira, Cavalcanti, & Lyra, (2013), a diabetes tipo 2 é refletida por 90 a 95% de todos os casos de diabetes mellitus. As patologias secundárias com a diabetes que mais se encontraram foram a HTA com uma percentagem de 65%, a dislipidemia com 48%, a obesidade e a retinopatia, estas últimas com 23%. De acordo com Lins, Oliveira, Cavalcanti, & Lyra, (2013), a diabetes encontra-se presente em pacientes com obesidade, com história clínica de diabetes tipo 2, bem como nos pacientes com HTA e dislipidemia. 24% dos pacientes diabéticos fazem tratamento com insulina (24%), o que demonstra que alguns pacientes diabéticos se encontram prevenidos, evitando sequelas futuras. A nível podológico, as onicopatias são a patologia mais frequente nos doentes diabéticos (69%), sendo o tratamento realizado com mais frequência o corte e debaste ungueal (67%). Segundo Irion, (2012), ocorre um espessamento excessivo da unha do hálux a mais propensa e este distúrbio é suscetível a processos infecciosos, sobretudo em doentes diabéticos e na presença de neuropatia.

5. Conclusão

Com uma presença assídua neste estágio profissionalizante integrado no plano de estudos do Mestrado em Podiatria Clínica, procedeu-se à realização deste relatório. Com este relatório temos como objetivo transpor para a realidade, a principal problemática da maioria dos pacientes encaminhados para a consulta de Podologia do Hospital de S. João – Pólo Valongo, ou seja, o Pé Diabético. Na caracterização dos pacientes, contou-se que prevaleceu a Diabetes Mellitus tipo 2, compreendendo assim as suas complicações no organismo, principalmente nos pés. As

complicações da diabetes podem ser prevenidas, passando pelo controlo rigoroso de patologias que se associam a esta patologia, tal como a HTA, a Dislipidemia, a Obesidade, o Colesterol, e as Patologias Cardíacas e Vasculares. Existem formas de controlar estas patologias, passando o paciente por mudar maus hábitos de vida, e adquirindo hábitos mais adequados, como o exercício físico e adotar uma dieta alimentar mais saudável. A estes conselhos junta-se os autocuidados que os diabéticos devem ter sobre as suas patologias podológicas, bem como uma observação diária, de modo a prevenir futuras lesões.

Este estágio serviu para aumentar a experiência no campo da diabetes (e não só), uma das patologias mais delicadas, que necessita de supervisão e orientação aos pacientes por parte dos profissionais de saúde. Assim como também foi uma experiência gratificante e bastante produtiva, permitiu ampliar os conhecimentos com variadíssimos casos que foram surgindo ao longo do período de estágio, pela interação e troca de ideias com os colegas, professores e orientadores, levando a um serviço de saúde público mais eficiente e com qualidade. A Podologia mostra assim a sua importância na comunidade pública, sendo uma oportunidade para os doentes terem uma melhor qualidade de vida. Uma das dificuldades sentidas durante as consultas foi o ritmo frenético e as pressões a que estávamos submetidos, quase todos os dias, não sobrando muitas vezes tempo para oferecer aos doentes um tratamento mais significativo.

Sem dúvida que ao longo deste estágio tirei uma experiência singular para quando me encontrar no meu dia a dia clínico com um caso, seja de diabetes ou de outra situação, pois terei maior confiança e conhecimentos suficiente para cuidar, tratar, orientar e educar o paciente, da melhor forma possível. Apesar da experiência, surgiram momentos em que questionava o sistema, as políticas e as burocracias; infelizmente presenciei algumas situações no que respeita aos pacientes, onde estes podiam ser melhor acompanhados, compreendidos e amparados, principalmente os mais idosos, que encontravam mais dificuldades nos seus cuidados diários, vendo muitas vezes nos Podologistas um amigo e confidente.



Trabalho de Investigação integrado no Relatório de Estágio Profissionalizante

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas)

Maria Cristiana Gonçalves de Sá

Dissertação para a obtenção do Grau de Mestre

Vila Nova de Famalicão, outubro de 2015

Introdução

Nos dias que correm, e de acordo com a OMS (WHO, 2015), a saúde tem em conta um estado completo de bem-estar físico, psicológico e social, de cada ser humano e não apenas a ausência de doença.

Pela fé, todos anos, quer faça chuva ou sol, afluem milhares e milhares de peregrinos aos santuários sagrados em todo o mundo. A peregrinação a Fátima não é exceção. A mesma existe desde o princípio do séc. XX (Cristino, fevereiro 2001). Apenas no início do séc. XXI, a Podologia começou a apoiar o Peregrino de Fátima (Sofia, 2008).

Esta dissertação foi realizada para a obtenção do grau de mestre no âmbito do curso de mestrado em Podiatria Clínica, cujo tema escolhido é “Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas).”

A escolha deste tema baseou-se no fato da Podologia apoiar há vários anos o peregrino sem interrupções e no que respeita a estudos acerca do mesmo, estes são inexistentes ou incomuns.

O objetivo principal deste estudo foi caracterizar o apoio da Podologia que o peregrino recebe durante as caminhadas. Outro objetivo, foi tentar perceber o grau de satisfação do acompanhamento da Podologia no peregrino e quais as suas lesões mais comuns.

Pretendeu-se com este estudo de algum modo pioneiro, recolher dados fundamentais das lesões mais comuns do peregrino de Fátima, para que mais tarde possa orientar da melhor forma a Peregrinação e o peregrino de Fátima. No que respeita à bibliografia sobre a peregrinação a Santiago (que é mais antiga), esta era muito rica e diversificada. Contudo acerca da peregrinação a Fátima, era de certo modo escassa e sem dados suficientes para comparações dos mesmos.

Para realizar este estudo, foi realizada a uma grelha de registo onde se inclui a escala de satisfação e de dor e uma grelha de observações, a qual foi analisada e estudada após a recolha de dados, para uma análise estatística. Seguindo-se para uma apresentação dos resultados, respetiva discussão e conclusões.

2. Revisão de Literatura

O presente capítulo reflete um pouco sobre a literatura que fundamenta a história da peregrinação a Fátima e suas principais lesões apresentadas.

2.1 A peregrinação na história

De acordo com o autor Lima (2001), na perspectiva teológica e antropológica, o princípio de compreensão de si está na capacidade autorrealizadora de sair de si; não tendo outra alternativa para o ser senão a de existir, isto é, sair de si, ultrapassar-se, entrar em êxodo, peregrinar. Ao longo da história, a Igreja criou um berço cultural onde a peregrinação aparece na sua vertente sociológica com grande aparato. Contudo, a peregrinação está para o ser humano, como o sangue para a vida. Daí que a noção bíblica de “peregrinante” possa constituir um paralelo com a noção contemporânea de existência. Como realidade, a peregrinação, fundamenta o ser de cada existente em demanda pela plenitude. De acordo com a teologia, Deus é a última palavra sobre o homem e sobre a compreensão do seu mistério; no entanto, também é longa a tradição que coloca o homem em demanda de provas para a existência de Deus. O que se acabou de referir a partir da própria experiência do homem permita concluir não só sobre a legitimidade um tal procedimento, pois a existência de cada um reclama o próprio ser, mas também sobre a própria origem deste dinamismo incessante no homem, o próprio Deus peregrino que aparece como prova do homem. É assim que Ele se revela. A peregrinação, em termos temporais, é o eco deste dinamismo mendicante do Deus Eterno; o homem ao longo do seu percurso, não faz, senão mendigar a origem («in principio») que será o seu termo («in gloria») visto que “só na glória celeste alcançará a sua realização acabada” (LG, 48). Na bíblia, a categoria peregrinação aplica-se à experiência do homem é a réplica temporal e metafórica do êxodo permanente do Deus que se dá, que sai de si, que é novo sem cessar. Em Deus, o amor é dinâmico sem limites e o seu peregrinar não encontra obstáculos; n’Ele a novidade é contínua. A História da Salvação cifra-se numa sequência de advertências da parte de Deus para com o Seu Povo, instigando-o a uma tomada de consciência do seu ser peregrino. Chamou Abraão e fê-lo sair de Ur para Canaã, uma nova terra, constituindo-o pai de gerações incontáveis que se realizarão como peregrinos: «Sai da tua terra... e vai para a terra que eu te mostrar» (Gn 12, 1). A peregrinação, se é uma dimensão antropológica de fundamento, também é um processo socio-antropológico de memória.

De acordo com o autor Lima (2001), este disse que, se «os peregrinos» se dedicassem à leitura da sua própria experiência errante, assumindo desilusões num processo de amadurecimento, cedo se aperceberiam de que a distância sentida indicava a prévia proximidade e que no fundo toda a ausência não é senão o lugar simbólico de uma presença que se perdera, na acumulação de poeiras, sobretudo quando a viagem não foi profundamente assumida. Cada um não peregrina como castigo, mas sai de si na medida que encontra Aquele que saiu primeiro ao seu encontro. «Não me procurarias, se não me tivesses encontrado já», o que acontece dada a precedência da peregrinação de Deus. Deus precede qualquer caminhada dos peregrinos. No passado, as tribulações levaram o nome de epidemias, pestes, lutos e fomes; hoje apresenta-se como dramas pessoais, como perdas de sentido para viver, como vírus malignos, doenças incuráveis, vícios sociais de consequências funestas ou ainda derrocadas políticas, infortúnios de alta corrupção ou desesperos advindos de fenómenos sociais incontroláveis (desemprego, emigração). Caso o peregrino caminhe leve, fá-lo na ânsia de vencer todas estas provações e oferecendo ao Deus invisível a totalidade do corpo dos homens que sofrem, entregando-Lhe ofertas de amor propiciatório ou sujeitando-se a rituais de purificação. Os gestos dos peregrinos após o término da caminhada são a descarga do peso acumulado ao longo dos dias, a entrega catártica das tribulações ou, para dizer de outra forma, oferecimento ritualizado de uma síntese das agruras da vida e ramalhete de um projeto renovador. Do ponto de vista teológico, toda a peregrinação comporta uma dimensão de agonia e, neste sentido, é “*sequaela sub lumine crucis*”, isto é, é o itinerário do discípulo sob o impulso luminoso da Cruz do seu Mestre.

As peregrinações vão aparecendo na sociedade como um itinerário de conjunto. O peregrino faz o seu trajeto em bando e sobretudo, dá-se conta que a sua memória se refresca no contacto com os seus companheiros e no simples confronto com a hospitalidade dos irmãos da mesma raça. O itinerário de grupo, a peregrinação lembra ao peregrino e a si mesmo enquanto se enfrenta com os outros, enquanto a sua identidade se afina na diferença de quem o acompanha. Trata-se de um itinerário de estruturação pessoal (Lima, 2001).

Antropologicamente, a peregrinação é a descoberta do outro diferente, do mundo diferente, do espaço diferente, da organização ritual da vida diferente, e também de uma orquestração do quotidiano diferente. Esta diferença também é novidade em relação ao outro, ao mundo habitado, ao espaço, à organização da vida. Tudo isto sob o fascínio de um ponto de chegada, seja ele, um santuário, uma ermida, uma catedral, uma cidade santa. Quantos lugares não exprimem este fascínio. “Levas e levas de peregrinos”, aparecem, pelo menos, como confirmação da necessidade de alguma transcendência, lugares tais como: Fátima, Sameiro, São Bento, Peneda, Remédios, Vila

Viçosa. A peregrinação surge como a síntese de uma procura, a dos homens, que só encontrará resposta adequada no coração de Deus, o santuário definitivo (Lima, fevereiro 2001).

De acordo com os autores, Carneiro e Vassallo (2010), Santiago de Compostela tornou-se o grande destino da peregrinação cristã a par de Roma e Jerusalém. Quer seja a pé, de burro ou a cavalo, e mais recentemente de bicicleta, milhares e milhares de peregrinos deixaram a sua marca nos vários caminhos: o francês, o primitivo e o do Norte, o inglês, o da Via da Prata, o de Finisterra e o português. Todas estas eram rotas principais para onde convergiam os peregrinos, sendo que o ponto de partida era pura e simplesmente a porta das suas casas. O apogeu do fluxo da peregrinação deu-se na Idade Média e fama do caminho começou a atrair mais do que caminhantes movidos pela fé: ladrões e burlões aproveitavam-se da fraqueza de quem se aventurava em território desconhecido, longínquo ou atravessando áreas mais isoladas. Havia quem se disfarçasse de peregrino para poder usufruir da caridade e hospitalidade alheia.

De acordo com os autores, Gil e Rodrigues (1997), as condições sociais e económicas europeias favorecem também a mobilidade populacional que tomará forma nas peregrinações medievais cristãs. Logo, para a maioria, não só nenhum interesse material os retém como o próprio espírito da religião os impele. Nesta terra de exílio, o homem é um perpétuo peregrino – tal é o ensinamento da Igreja, que quase não necessita de repetir a palavra Cristo: «*Deixa tudo e segue-me.*» São inúmeros os que nada – ou muito pouco – possuem e que facilmente se põem a caminho. O instrumento – bem depressa transformado em símbolo – destes caminheiros é o bastão, o bordão em forma de tau em que se apoiam, curvados, o eremita, o peregrino, o mendigo e o doente.

No entanto, a peregrinação como penitência era muito praticada e era curiosa, uma vez que fizeram uso dela tanto o poder eclesiástico como o temporal. Quer os sacerdotes ou fiéis recebiam como penitência canónica a obrigação de peregrinar e, muitas vezes, tinham que o fazer nas condições mais duras, quer fosse em jejum ou com poucas roupas. Os homicidas eram colocados em correntes feitas com a arma do crime cometido, outros criminosos faziam a peregrinação descalços ou até nus. Existe um registo curioso de uma peregrinação de três mil peregrinos flamengos que saíram de Bruges, em 1350, como castigo por terem sido derrotados na guerra contra a França (Fioravanti, 2001).

Sem dúvida que a motivação religiosa era o pretexto fundamental das peregrinações: peregrinava-se para ganhar indulgências, para fazer penitência e até por encomenda e em nome de alguém que podia fazê-lo pessoalmente. Também se peregrinava em cumprimento de condenação por um delito

e, sobretudo, «*por aventura, para conhecer o mundo e ter novas experiências*» como dizia um investigador espanhol do tema, Luis Carandell (Gil e Rodrigues, agosto 1997).

Afirma-se que todas as crenças humanas falam sobre caminhadas sendo que grande parte delas estimulam a as peregrinações a lugares especiais, que possuam um forte poder energético. Durante o caminho o peregrino encontra provas, que são verdadeiros testes à sua disposição de caminhante determinado, contudo também vai encontrar purificações, que são as cargas que ele vai eliminar. Normalmente a purificação implica dor física ou moral. Nos dias de hoje o peregrino vai motivado por uma busca espiritual, para fazer turismo cultural, praticar desporto, por razões místicas ou esotéricas ou por espírito de aventura (Fioravanti, 2001).

Quem parte em busca de modificações interiores deve avaliar a sua fé, manter a esperança, exercer caridade, aceitar o sacrifício, ter muita humildade, estar pronto à reconciliação com Deus e abrir deste modo o seu coração para fazer a religação com a energia divina (Fioravanti, 2001).

As sete palavras-chave para a peregrinação são: fé, esperança, caridade, sacrifício, humildade, reconciliação e religação. Realizar as seis primeiras só depende do peregrino, receber a última é uma decisão que vem de Deus e do peregrino, uma vez que esta acontece quando se trabalha para merecê-la (Fioravanti, 2001).

2.2 A peregrinação a Fátima

“Todos somos peregrinos, pois a nossa vida é uma constante peregrinação. Caminhamos através da nossa existência terrena em busca de algo, que muitas vezes nem sabemos o que é.” (Fioravanti, 2001).

No fim da tarde de treze de maio de 1917, Jacinta Marto (1910-1920) e o seu irmão Francisco Marto (1908-1919), revelaram aos pais e aos irmãos que, juntamente com a prima Lúcia de Jesus Santos (1907-2005) tinham visto Nossa Senhora, no sítio da Cova da Iria, onde pastoreavam os seus rebanhos. A notícia que foi confirmada por Lúcia no dia seguinte foi espalhada rapidamente. Por volta de seis de março de 1922, pessoas desconhecidas invadiram o pequeno templo da Cova da Iria, facto este que levou, finalmente, a três de maio de 1922, a abertura de um processo canónico diocesano para a averiguação dos acontecimentos de 1917. Processo este que se arrastou por oito anos, mas, com a anuência do bispo, a Cova da Iria foi adquirindo as características de um santuário de peregrinação: a construção de um fontenário e de edifícios para acolhimento de doentes e de

outros peregrinos, que começavam a afluir em grande escala, principalmente nos dias treze de cada mês, e de uma capela de confissões. O *L'Osservatore Romano*, um órgão oficioso da Santa Sé, publicaria uma crónica da peregrinação de treze de maio de 1928, dia este em que se deu início à construção da grande igreja (futura basílica), dedicada a Nossa Senhora do Rosário (Cristino, fevereiro 2001).

A chamada «Virgem Peregrina» já percorreu quase todos os países do mundo, inclusive alguns do Leste Europeu, suscitando nos cinco continentes um incremento da devoção mariana, à luz de Fátima. O papa Pio XII determinou que o Ano Santo, iniciado em 1950, fosse encerrado em Fátima a treze de outubro de 1951, enviando um seu legado ao santuário, que se foi tornando cada vez mais uma meta de peregrinação de pessoas de todas as condições e de grandes figuras da Igreja e dos Estados. Recordando até à atualidade, os que já visitaram o santuário de Fátima foram eles: o cardeal Roncalli (eleito mais tarde papa João XXIII – 1956), o papa Paulo VI (1967), o cardeal Luciani (mais tarde papa João Paulo I - 1977) e o papa João Paulo II (1982 e 1991). Certos acontecimentos tiveram dado grande projeção internacional ao Santuário de Fátima, onde aflui um número cada vez maior de peregrinos e turistas de todo o mundo, não só nos dias das chamadas peregrinações aniversárias (dias treze de maio a outubro) ou mensais (dias treze de novembro a abril), assim como nos fins de semana de todo o ano (Cristino, fevereiro 2001).

A localização geográfica de Fátima, cujo acesso tem sido facilitado pela criação ou beneficiação das vias de comunicação e de outras infraestruturas, próprias de um aglomerado em grande crescimento, tem determinadas alterações de monta no ordenamento urbanístico do santuário e da vila, acolhendo deste modo com mais condições não só peregrinos e turistas como todas as outras pessoas e entidades que pretendem efetuar em Fátima as mais diversas atividades. (Cristino, fevereiro 2001).

De acordo com os autores Fortuna e Ferreira (1992), a peregrinação a pé ao Santuário de Fátima é uma prática que recria outras experiências semelhantes de forte sentido medievalista e pode dar a entender, ilustrar a inscrição destas tendências na sociedade portuguesa. Parafraseando Fortuna e Ferreira (1992), quando os peregrinos regressam, estes dizem-se “sentir-se melhor”, reconfortados e gratificados. A peregrinação é tal como o turismo, ou seja, é um rito sujeito ao jogo duplo de “atração” (a aproximação de símbolos e mitos unificadores) e de “distração” (a fuga à diferenciação social e maior permissividade no quotidiano da caminhada), independentemente do investimento requerido em trabalho e penosidade. Este peregrino que regressa a casa e se reintegra moralizado

na sua comunidade e na sua condição social, autopromovido a uma condição de credor de sinais, favores e benesses divinos.

2.3 O apoio da Podologia ao peregrino de Fátima

De acordo com a Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, instituição de interesse público reconhecida pelo Decreto-Lei 270/97 de 4 de outubro, instituída pela CESPU - Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário, C.R.L. e atualmente integrada no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, reconhecido de interesse público pelo Decreto-Lei 404/99 de 14 de outubro ministra cursos na área das tecnologias da saúde, nomeadamente o curso de Podologia, que recentemente foi aprovado como Licenciatura bietápica pela port. 101/2001 de 16 de fevereiro.

O Núcleo de Podologia foi criado a 1 de fevereiro de 2001 pela Associação Académica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, que no âmbito da sua ação académica e pedagógica desenvolve atividades que visam a prestação de serviços de saúde na área da Podologia à comunidade, divulgação do curso e da Instituição e informação a profissionais, alunos e restante comunidade (CESPU, 2008). Foi no decorrer do atual exercício que surgiu a atividade "PodoFátima 2001", onde essencialmente se pôs em prática toda uma série de fatores, já acima descritos, servindo como palco o trajeto percorrido no grande movimento adventício em peregrinação ao local de Fátima, na pretérita semana que antecedeu o dia 13 de maio (Sofia, 2008).

De acordo com o Dr. Manuel Portela, presidente da Associação Portuguesa de Podologia e docente da CESPU, "*são muitos os quilómetros percorridos em pouco tempo, e a sobrecarga de longas caminhadas causam repetidos microtraumatismos nos pés dos peregrinos que se manifestam através das dores, bolhas, edemas, excesso de transpiração, entorses, ruturas ligamentares, queimaduras e incapacidade de marcha*" (CESPU, 2008)

Segundo os autores Falcão-Machado e Fernandes (2003), são estudantes que cuidam dos pés dos peregrinos sendo cerca de 150 jovens que participam numa atividade organizada por estudantes de podologia em Vila Nova de Famalicão para prestar apoio aos peregrinos de Fátima, pondo em prática a ciência dos pés. O objetivo do PodoFátima é ajudar as pessoas a chegarem ao fim dos seus objetivos, aproveitando-se também para estudar casos extremos de esforço. As equipas envolvem estudantes, professores e licenciados em regime de voluntariado. Atuam tanto em tendas da Cruz Vermelha como em casas particulares ou tendas (Falcão-Machado e Fernandes, 2003).

Além do apoio psicológico aos peregrinos, as equipas de podologia fazem tratamentos provisórios para minimizar a dor e os efeitos do excesso de esforço, podendo colocar ligaduras, desinfetar, curar feridas e também eliminar problemas que dificultem o andamento. Um dos cuidados mais apreciados pelos peregrinos é as chamadas 'almofadas milagrosas': trata-se de um feltro adesivo, com abertura onde há maior pressão sobre a planta do pé, por forma a aliviar essa mesma zona. "*O objetivo é ajudar o peregrino a chegar ao destino, cuidando o 'pé de esforço', e não desenvolver tratamentos específicos*", esclarece Manuel Portela, coordenador do curso de Podologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, cujo núcleo da Associação Académica lançou há 3 anos o PodoFátima (Falcão-Machado e Fernandes, 2003).

Além de ser uma ação humanitária de grande significado, a iniciativa assume-se como um meio promotor da Podologia, que é uma ciência recente em Portugal, implementada em 1994 através de um protocolo entre a Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU) e a Universidade de Barcelona (Falcão-Machado e Fernandes, 2003).

Como explica Manuel Portela, a podologia é uma ciência que "*procura resolver as causas dos problemas do pé, e não apenas tratar esses mesmos problemas, para prevenir, diagnosticar e tratar todas as patologias do pé, desde o simples calo até à unha encravada, verruga ou erros de constituição da planta do pé*" (Falcão-Machado e Fernandes, 2003).

2.4 O pé como base do aparelho locomotor

De acordo com o Prof. Doutor Marini-Abreu (2000), os nossos membros inferiores ou pélvicos, tal como os membros superiores, compreendem quatro partes ou segmentos que são, de cima para baixo: a anca, a coxa, a perna e o pé. Anca ou quadril é formada por um osso, o osso coxal (direito e esquerdo), que juntamente com o sacro o cóccix dá forma à pélvis (cintura pélvica), possuindo também a coxa um osso – o fémur – a perna, dois ossos – a tibia e o perónio- e o pé vinte e seis ossos, repartidos pelo tarso (sete ossos), metatarsos (cinco ossos) e dedos (quatorze ossos).

No que toca aos ossos do tarso, são constituídos pelo astrágalo, calcâneo, cuboide, escafoide e os três ossos cuneiformes ou cunhas. Quanto aos ossos dos metatarsos, os ossos dos dedos sendo em número de cinc.. Os ossos sesamoides do pé, são pequenos ossos arredondados e curtos, que se desenvolvem em torno das articulações do pé (Marini-Abreu, 2000).

O pé representa o conjunto final na cadeia cinética que se opõe a resistências externas. Tendo uma boa articulação entre o pé e o tornozelo, irá proporcionar ao membro inferior a capacidade de atenuar forças de pressão. O membro inferior deve distribuir e dissipar as forças que incidem durante a marcha, as forças de compressão, tração, de tesoura e rotativas. Se houver uma força desadequada de distribuição, esta pode conduzir a uma marcha anômala, produzindo mais stress sobre a estrutura muscular, tendinosa e óssea, levando ao aparecimento de patologias (Cailliet, 1997).

De acordo com o autor Fuente (2009), o pé é a unidade funcional que equilibra todo o aparelho locomotor durante a marcha, através do contato com o solo, demonstrando uma grande adaptabilidade e flexibilidade, formando assim o primeiro recetor e transmissor de impactos, tensões e compressões.

A biomecânica normal de um pé é uma combinação do efeito de músculos, tendões, estruturas ósseas e ligamentos, sendo que, a ação coordenada e unificada de todos estes constituintes do pé, possibilitam uma maior e mais eficiente atenuação de forças e pressões (Cailliet, 1997).

O equilíbrio físico no apoio bipodal é mantido através de segmentos ósseos como as articulações da anca, do joelho, do tornozelo e da subastragalina, que se situam em planos transversos paralelos à superfície em que se apoiam (Restoy & Calvo, 2006).

O pé é descreve-se como o órgão que recebe e transmite as forças de reação do solo ao resto do corpo, tendo a capacidade de as absorver e controlar adequadamente, prevenindo lesões (Stagni et al., 2003).

2.5 O ciclo do caminhar

Segundo as autoras Perry e Burnfield (2010), marcha é uma sequência de movimentos repetidos e simultâneos que aprimoraram o movimento do corpo para frente mantendo a estabilidade de apoio, ao qual chamamos ciclo do caminhar. Este ciclo pode ser dividido em três abordagens básicas, numa primeira abordagem e mais simples, o sistema subdivide o ciclo da marcha de acordo com as variações no contato recíproco no solo pelos dois pés; o segundo método usa o tempo e as qualidades da distância do caminhar; por último identifica o significado funcional dos eventos dentro do ciclo da marcha (CM) e designa estes intervalos como fases funcionais da marcha.

O ciclo da marcha é dividido em dois períodos: o apoio (representando 62%) e a oscilação (com 38%). O apoio é para designar o período em qual o pé está assente no chão e a oscilação, designa o período em que o pé está levantado do chão. O apoio está subdividido em 3 intervalos, o período de contacto, o período de médio apoio e o período propulsivo (Perry e Burnfield 2010).

O caminhar também foi identificado como o ciclo da marcha e é baseado nas ações de um membro. A duração do caminhar é o intervalo entre duas sequências do contato inicial no chão pelo mesmo membro, e o passo refere-se ao tempo entre dois membros. Existem dois passos em cada caminhada (ou ciclo da marcha). No ponto médio, de uma caminhada, o outro pé contata o chão para iniciar o seu próximo período da postura. O intervalo entre o contacto inicial de cada pé é o passo (isto é, esquerdo e depois o direito). O mesmo deslocamento no tempo será repetido de forma recíproca ao longo da caminhada (Perry e Burnfield 2010).

De acordo com Perry e Burnfield (2010), cada passo envolve uma constante mudança de alinhamento entre o corpo e o pé que apoia durante o apoio e o avanço seletivo do membro em oscilação. São reações que resultam numa série de padrões de movimento, que são executados pela pélvis, joelho e tornozelo. Sendo evidente que cada passada contém 8 fases funcionais, cada uma destas fases tem um objetivo funcional e um padrão crítico de movimento sinérgico seletivo para alcançar este objetivo. As 8 fases funcionais da marcha, estão assim classificadas: na fase 1 temos o contato inicial: nesta fase inclui o instante em que o pé contata o solo e a reação imediata para o início da transferência do peso do corpo. A pélvis está fletida, o joelho estendido e o tornozelo em dorsiflexão neutra, o contato com o solo feito é com o calcanhar; na fase 2 é a resposta de carga: esta segunda fase é contida no período de duplo apoio inicial, ou seja, o peso do corpo é transferido para o membro seguinte. Usando o calcanhar como um suporte, o joelho é fletido para a absorção do choque. A fase 3 ou apoio médio: aqui o ciclo da marcha é a primeira metade do intervalo do suporte do único membro. Começa como o outro pé elevado e continua até o peso corporal ser alinhado ao longo do antepé. A fase 4 ou apoio terminal: o ciclo da marcha nesta fase completa o suporte do único membro, começa com a ascensão do calcanhar até que o outro pé toque no chão. O peso corporal move-se para a frente durante esta fase.

Pré – oscilação ou fase 5: esta fase final do apoio é o segundo intervalo do apoio duplo (terminal) no ciclo da marcha. Esta fase começa com o contato inicial do membro oposto e termina com a elevação digital. Como a transferência abrupta do peso corporal descarrega rapidamente o membro, a extremidade à direita contribui para o avanço com um “empurrão” para a frente que também prepara o membro para a rápida oscilação. Portanto a pré-oscilação representa o compromisso

funcional para iniciar o movimento para a frente que é usado na marcha. Na fase 6, oscilação inicial: esta primeira fase da oscilação é aproximadamente um terço do período de oscilação. Começa com o pé elevado do chão e termina quando o pé que oscila é oposto ao pé de apoio. A flexão do joelho aumentou e o pé é elevado e flexão da pélvis avança o membro. Quanto à fase 7, a oscilação média: nesta fase o terço médio do período de apoio, começa com o pé que está em balanço ser o oposto no membro de apoio. A fase termina quando o membro é balançado para a frente e a tibia fica verticalizada (isto é, as posturas de flexão da pélvis e joelho são iguais) e o tornozelo continua com a dorsiflexão neutra. Por último a fase 8 ou oscilação terminal: nesta fase final de oscilação, começa com a tibia verticalizada e termina quando o pé atinge o solo. O avanço do membro é completado com a perna a mover-se à frente da coxa. É completado pela extensão do joelho. A pélvis desce ligeiramente e o tornozelo permanece em dorsiflexão neutra, e o outro membro está em posição terminal.

Stagni et al., (2003), o pé desempenha duas importantes funções, a de apoio e a função de propulsão do corpo, comportando-se assim como uma alavanca flexível, possibilitando a estabilidade em superfícies irregulares, também ao mesmo tempo como uma estrutura rígida para a sustentação do corpo e permitir que o antepé atue como uma alavanca rígida na propulsão.

2.6 O calçado

O calçado tem sido utilizado pelo homem desde os princípios com a função de proteger os pés de agentes externos como a rugosidade do solo, o frio, a água e outras variáveis do meio ambiente. A evidência da primeira utilização de calçado pelo Homem nos espécimes bem preservados de sandálias feitas de fibras de plantas e/ou couro, encontradas na América do Norte e que foram datadas entre o ano 8.500 e 11.000 A.C. (Thrinckaus, 2005).

Durante o decorrer da história o uso de calçado foi utilizado como elemento diferenciador de classes sociais. Na Grécia Antiga, os escravos eram diferenciados por não usarem qualquer tipo de cobertura nos pés, enquanto as camadas mais nobres usavam sandálias feitas com fios de ouro. Já em Roma, o imperador Marco Aurélio determinou que apenas ele e seus descendentes poderiam usar as famosas sandálias romanas na cor vermelha. Na Baixa Idade Média, segundo o professor de História da Arte e da Moda da Faculdade de Artes Plásticas do Brasil, João Braga, "o tamanho do bico do sapato indicava o grau de prestígio social". Apenas a partir do século XVIII iniciou-se a produção de calçado em larga escala com o aparecimento no final deste mesmo século das primeiras fábricas de

calçado na Europa, tornando o produto mais barato e acessível à população. Além disso, foi no início do século XIX que os sapatos começaram a ter formato de pés direito e esquerdo. Também foi no decorrer deste século que foram lançados os primeiros sapatos desportivos, após a invenção da máquina de costura por Elias Howe (Manzano, 5 junho 2008).

Atualmente o calçado define-se como: "*todos os artigos de design e solas aplicadas para proteger e cobrir o pé...*", normalmente constituído de uma parte exterior do corte com forro e uma sola com um tacão (Silva et al, 2007).

O calçado pode-se dividir em diferentes tipologias (conforme referenciado no relatório técnico ISO 20880:2007 e nas EN ISO 20345/6/7:2004), segundo o utilizador final: Calçado de moda; Calçado infantil; Calçado Segurança, Proteção e ocupacional; Calçado Casual; Calçado Clássico homem; Calçado Clássico senhora; Calçado desportivo; Calçado escolar; Calçado ambientes frios e neve. O Calçado de tacão alto é reconhecido como a tipologia que mais poderá afetar a saúde do pé. Neste calçado o pé tende a deslocar-se para a frente durante a margem, por um efeito tipo rampa, o que poderá levar a potenciais efeitos nos pés como: sobrepressão nos metatarsos e peito do pé, instabilidade do tornozelo, ocorrência de calos e alterações a nível da postura (Dananberg e Trachtenberg, fevereiro 2000; Baker, setembro 2002).

Nas botas de cano alto, para além de se assegurar o ajuste no pé, é necessário assegurar o ajuste adequado à perna, sobretudo a 3 níveis: entrada do pé (calce), dimensões a nível da perna e forma da bota na perna (Baker, setembro 2002).

O calçado de segurança deve ser equipado com biqueiras de proteção contra impactos com um nível de energia de equivalente a 200J e contra compressões a uma força de 15.000 newtons. Quanto ao calçado de proteção, o nível de energia deve ser equivalente a 100J para a proteção contra impactos e de 10.000 newtons para a proteção contra a compressão. Relativamente ao calçado de trabalho para uso ocupacional, este não assegura a proteção dos pés contra impactos/quedas de objetos, nem de compressões (Baker, setembro 2002).

O calçado desportivo tem dois pontos importantes que devem ser considerados. Vulgarmente conhecido como "sports" uso em massa entre os jovens. O sapato de desporto é concebido de acordo com cada modalidade desportiva.

O uso do calçado desportivo como calçado corrente, não é recomendado porque não trás nenhum benefício para seus utilizadores e muitas vezes podem causar vários problemas, considerando que são utilizados para fins para os quais não foram concebidos. Na sua realização intervém diversas borrachas, elastômeros e termoplásticos, cada um com um coeficiente diferente de degradação, por isso com o uso há torção sobre si mesmos e acabam a fazer o mesmo com a pele, que adota a deformidade do calçado que é a força dominante. Também não fornecem um bom arejamento, levando a acumular-se dentro, humidade e calor por ser incapaz de se evaporar o suor produzido pela pele e as infeções especialmente as fúngicas são muito comuns. Independentemente das particularidades para cada modalidade desportiva, o calçado tem que cumprir as seguintes funções: diminuir o esforço durante o movimento; proteger o pé, durante a prática desportiva; contribuir para a realização do máximo aproveitamento do trabalho músculo-esquelético; evitar lesões em situações de máximo risco; prover as solicitações biomecânicas máximas tão seguras quanto cada desporto e evitar as repercussões sobre o sistema músculo-esquelético do impacto do pé no chão (Fuente, 2009).

2.7 Lesões mais comuns encontradas no membro inferior – o pé

De acordo com o Manual Merck, alguns problemas do pé iniciam-se no próprio pé, por exemplo, por uma lesão; outros são resultado de doenças que afetam todo o organismo. Qualquer osso, articulação, músculo, tendão ou ligamento do pé pode ver-se afetado. Qualquer dos ligamentos do tornozelo pode-se lesar. As entorses costumam ocorrer quando o tornozelo roda para fora, fazendo com que a planta do pé fique virada para o outro pé (se inverta). Os ligamentos frouxos no tornozelo, os músculos fracos, as lesões dos nervos da perna, certos tipos de calçado (como os sapatos de salto alto e estreito) e certas maneiras de caminhar, tendem a provocar a rotação do pé para fora, aumentando o risco de uma entorse.

Quando a lâmina penetra na pele na prega ungueal pode originar uma infeção. Uma lâmina ungueal de aspeto normal pode causar desconforto como resultado da pressão externa. (Robbins, 1995).

As vesículas ou flitenas formam-se por causa da fricção e da tensão das camadas da pele. Normalmente as flitenas surgem no início do treino após a mudança de sapatos, ou devido ao uso de sapatos mal ajustados. Forma-se um rasgo horizontal dentro da epiderme e fluido seroso, por vezes misturado com sangue, acumula-se entre as camadas da pele. As flitenas geralmente ocorrem na pele que é fixa para os tecidos subjacentes, como a pele plantar na área do metatarso ou da

borda medial do primeiro dedo do pé na base da falange distal. Outra área propensa a bolhas é o calcanhar posterior onde o contador do sapato esfrega (Baxter E. Donald, 1995). De acordo com os autores Birrer R. et al. (1998), os principais locais incluem o calcanhar posterior, os dedos, as falanges e a zona do pé debaixo das cabeças metatarsais. Os sintomas incluem dor e sensibilidade, sendo que os sinais clínicos são bolhas cheias de líquido claro.

De acordo com o autor Baxter E. Donald (1995), os calos são hiperqueratoses causadas por atrito pela pressão que pode ou não ser dolorosa. Os calos surgem nas áreas de maior espessura da camada de queratina da pele como resposta ao aumento da pressão ou fricção. As hiperqueratoses geralmente estão localizadas na pele do pé, tais como a pele plantar sob as cabeças dos metatarsos ou na articulação interfalângica do hálux. Contudo, com o aumento da pressão esta pode ser secundária a causas externas, como sapatos mal ajustados, ortóteses, ou almofadas de sapato colocadas incorretamente. Nas causas internas do aumento da pressão, incluem-se o alinhamento anormal e a causas biomecânicas.

Os hematomas devem-se a uma concentração de sangue extravasado dos tecidos cutâneo e subcutâneo, podendo ser elevado ou não, de tamanhos variados, apresentando cor que varia do vermelho vivo (no momento em que a lesão ocorreu e até mesmo algum tempo depois), ao vermelho escuro (esta cor geralmente aparece depois de o sangue extravasado secar) (Bega, A. 2006).

As alergias geralmente são uma resposta imune anormal e adquirida a uma substância (alergénio) que normalmente não causa uma reação. É realizada uma sensibilização necessária ou uma exposição inicial ao alergénio; contudo o contacto subsequente com o mesmo resulta numa ampla gama de repostas inflamatórias. Sendo assim, as condições alérgicas mais comuns são o eczema, a coriza, a rinite alérgica ou febre dos fenos, a asma brônquica, a urticária e a alergia alimentar. Os alergénios podem ser introduzidos pelo contacto, ingestão, inalação ou injeção. Existem vários tipos de reações alérgicas. As do tipo I (imediatas) devem-se a uma resposta inflamatória anafilática local ou sistémica. A urticária é um exemplo de resposta local. A alergia de contacto é uma reação de hipersensibilidade que se deve ao contacto direto com o alergénio ao qual o indivíduo é sensível (Clayton, T. 2000).

De acordo com Clayton T. (2000), a dermatite é uma inflamação da pele que se evidencia por coceira, rubor e diversas lesões cutâneas. Pode-se dever a várias causas, desde doenças sistémicas, irritantes da pele, ácidos e álcalis ou hipersensibilidade por parte do doente, a condições que causariam irritação cutânea em pessoas não hipersusceptíveis.

As câibras são contrações dolorosas e involuntárias da musculatura esquelética, sendo que a câibra muscular pode ocorrer com o indivíduo em repouso, geralmente à noite. Estas são assimétricas e normalmente afetam os músculos da perna – os gêmeos - e os pequenos músculos do pé. Estas iniciam-se quando um músculo que já se encontra na sua posição mais encurtada, se contraia involuntariamente (Clayton, T. 2000).

2.8 Classificação e definição de Dor

A definição de dor segundo a “International Association for the study of Pain” como “experiência sensitiva e emocional desagradável, associada a lesão tecidual residual ou potencial ou descrita em termos de lesão”, esta definição que limita a ligação estreita entre dor e estímulo periférico, colocando este no mesmo plano da dimensão cultural e afetiva (Ducla Soares, setembro 2007).

A dor é um sintoma primordial, uma vez que é a causa frequente pela qual o doente procura ajuda do médico que geralmente conduz a atenção deste para uma região anatómica específica, que normalmente é o local da lesão tecidual (DeGowin, 1994). A dor pode ser de dois tipos: dor aguda e dor crónica. A dor aguda relaciona-se temporalmente com a lesão e diminui com a cura da mesma, e as alterações secundárias de stress, como o aumento da frequência cardíaca e contrações musculares são frequentes. No que respeita à dor crónica, é assim denominada quando esta persiste por mais de três meses ou se mantém além da cura da lesão. Neste caso, as alterações emocionais (psicológicas e/ou comportamentais) são constantes, constituindo assim o critério mais importante para a caracterização da dor crónica não maligna, que não segue nenhum propósito biológico, constituindo uma doença em si mesma – a dor doença (Ducla Soares, setembro 2007).

A nível fisiopatológico, a dor pode corresponder a três mecanismos distintos: dor nociceptiva, a dor neuropática e dor psicogénea (Ducla Soares, setembro 2007).

Segundo o autor Soares, D. (setembro 2007), a dor é caracterizada seguindo vários aspetos, sendo as circunstâncias do aparecimento uma delas; outros aspetos são a localização e distribuição da dor, a qualidade, a intensidade, os fatores moduladores, a evolução temporal, os sintomas acompanhantes e o impacto da dor na vida de relação. Outros factos a ter em atenção são a história médica passada, a história familiar e a história psicológica e psicossocial.

No que respeita à intensidade da dor, por vezes a utilização de uma escala visual analógica com uma gradação de 1 a 10 (ver figura 1) é muito útil para a interpretação e avaliação da importância

da dor, monitorizando assim a eficácia terapêutica. O seu uso regular, por exemplo no pós-operatório, foi considerado o 5º sinal vital (Ducla Soares, setembro 2007).

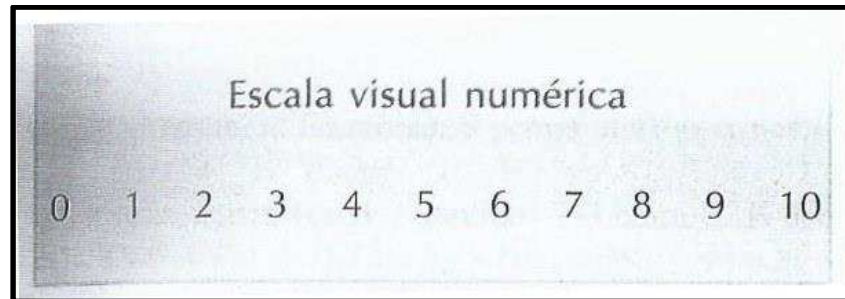


Figura 17 – Escala verbal numérica de intensidade da dor (Retirada de: Ducla Soares, setembro 2007)

3. Desenho de Investigação

Fortin, et al., (2006), diz-nos que o desenho de investigação é definido como o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que nos permita explorar de forma empírica as questões de investigação ou verificar as hipóteses. O investigador também é conduzido no desenho de investigação para a planificação e realização do seu estudo para que os seus objetivos sejam atingidos.

3.1 Metodologia

Citando Fortin, et al., (2006), a metodologia é o conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a realização do processo de investigação científica, sendo também, a secção de um relatório de investigação que descreve os métodos e as técnicas utilizadas no quadro da investigação em curso.

A metodologia neste estudo é a nível quantitativa, ou seja, “é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação dos factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. (...), e tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos (...)” (Fortin, Côté, & Fillion, 2006)

Para Fortin, et al., (2006), a investigação quantitativa tem como objetivo estabelecer factos, colocar em evidência relações entre variáveis por meio da verificação de hipóteses, predizendo resultados de causa e efeito, ou verificando teorias ou mesmo preposições teóricas.

3.2 Tipo de estudo

Este é um estudo descritivo simples e de nível I. Segundo Fortin (2003), a descrição e a exploração de fenómenos podem ser efetuadas com a ajuda de desenhos descritivos. Este tipo de estudos leva-nos a uma denominação, classificação, descrição de uma população ou à conceptualização de uma situação. Este tipo de estudo implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, para que se possa estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

3.3 População e amostra

A população é um conjunto de todas as pessoas ou outros elementos de um grupo bem definido, que têm em comum uma ou várias características semelhantes e sobre o qual assenta a investigação (Fortin, 2003).

A população alvo é aquela para a qual será generalizada os resultados de uma investigação obtida a partir de uma amostra (Fortin, 2003).

A amostra deste estudo foi composta por 145 peregrinos, de ambos os géneros, que recorreram ao apoio podológico, aquando da sua peregrinação a Fátima.

Neste estudo, a população é definida por critérios de inclusão e critérios de exclusão, sendo que os critérios de inclusão correspondem às características essenciais dos elementos da população. Os critérios de exclusão servem para determinar os indivíduos que não farão parte da amostra (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

Os critérios de inclusão deste estudo foram sobretudo peregrinos que recorreram ao apoio podológico durante os dias 7 a 11 de maio de 2012 e de 6 a 12 de maio de 2015.

Os critérios de exclusão neste estudo foram todas as pessoas que não faziam peregrinação.

3.4 Meio

Este tipo de estudo não foi realizado em laboratório, considerando-se assim um estudo conduzido em meio natural. Um meio que não tem um controlo rigoroso como o laboratório é designado de meio natural. Grande parte dos estudos, sejam eles descritivos, explicativos ou experimentais, são guiados em meio natural, porque na maior parte dos casos eles têm lugar no domicílio dos sujeitos, no ambiente de trabalho ou nos estabelecimentos de ensino ou de saúde (Fortin, Côté, & Fillion, 2006).

Este estudo foi realizado no ambiente mais natural possível, diretamente no centro de apoio podológico ao peregrino de Fátima, mais concretamente, uma unidade móvel destinado para esse efeito, que dispunha de todas as condições necessárias para a realização do estudo em questão.

3.5 Aspectos éticos

Em ética, qualquer que seja o aspeto estudado, a investigação é conduzida respeitando os direitos da pessoa. (Fortin, Côté, & Filion, 2006). Foi questionado a cada peregrino se aceitava participar num estudo/inquérito, sendo este de natureza anónima e sem grandes incómodos.

Na realização deste estudo teve-se em conta o seguimento de aspetos éticos, tais como informar, respeitar e garantir dos direitos daqueles que voluntariamente participaram no estudo, garantindo o anonimato da informação recolhida e a confidencialidade.

3.6 Variáveis

Na investigação, as variáveis são as unidades de base. Como têm diferentes valores, estes podem ser medidos, manipulados ou controlados (Fortin, Côté, & Filion, 2006)

Estas podem ser classificadas como variáveis dependentes ou variáveis independentes. A variável dependente é a que sofre o efeito da variável independente, enquanto a variável independente é a que se manipula para estudar os efeitos sobre a variável dependente (Fortin, Côté, & Filion, 2006).

Como tal, neste estudo definimos como variáveis dependentes a caracterização dos peregrinos de Fátima que recorrem ao apoio podológico. As variáveis independentes são as principais lesões podológicas apresentadas.

3.7 Materiais

A grelha de observações (anexo V), que foi elaborada para este estudo, foi dividida em duas partes: a primeira parte consiste em informação sócio demográfica e características antropométricas, bem como escalas de avaliação, sejam elas de dor ou de satisfação quanto aos tratamentos recebidos; a segunda parte consiste numa avaliação podológica ao peregrino relativa às lesões apresentadas e à sua localização.

3.8 Colheita de dados

A colheita de dados foi realizada de forma aleatória a todos os peregrinos que recorreram ao apoio podológico durante a peregrinação a Fátima (nos dias antecedentes a treze de maio) e que se voluntariaram para este estudo, assinando a folha de consentimento (Anexo).

Os instrumentos de recolha de dados foram: um inquérito seguido de uma “grelha de observações” e material didático. A colheita era feita de forma verbal e visual, questionando o paciente e posteriormente observando o seu pé, enquanto este era atendido e tratado pelos/as podologistas voluntários. Inicialmente o inquérito seria preenchido pelo próprio peregrino, mas devido a certos fatores tal não foi possível, sendo preenchido pela própria investigadora, mas seguindo os parâmetros tal como se fosse o próprio peregrino a preencher.

3.9 Procedimentos estatísticos

Após a terminação da recolha de dados, procede-se à sua análise e interpretação. A apresentação desta será acompanhada de tabelas e texto informativo que demonstre os resultados obtidos pelo inquérito realizado e a grelha de observações.

Desde o início da análise estatística, havia o objetivo de realizar uma caracterização da amostra e das respetivas variáveis em estudo; recorreu-se a uma análise estatística descritiva, mais concretamente à análise de frequências relativas e absolutas (percentagem), assim como ao cálculo e interpretação dos valores da média e desvio padrão. As variáveis aqui em estudo e analisadas seriam os dados sócio demográficos e antropométricos. A caracterização foi sintetizada sobre a forma de tabela e podendo os dados ser considerados relevantes.

Para o tratamento estatístico de dados, utilizou-se o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) - versão 18.

4. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados obtidos através da colheita de dados, onde numa fase inicial teremos a caracterização da amostra, seguida dos resultados da avaliação das lesões no pé do peregrino.

4.1 Caracterização da amostra

A amostra foi constituída por 145 peregrinos que recorreram ao apoio podológico durante a sua peregrinação a Fátima. Em relação aos inquiridos neste estudo, verificou-se que a grande maioria dos pacientes avaliados era do género feminino. De acordo com a caracterização da amostra (145 peregrinos), verifica-se que 64,1% dos peregrinos são do género feminino e os restantes 35,9% são do género masculino (Tabela 1).

Tabela 1 – Tabela de géneros

Género	Frequência	Percentagem (%)
(N = 145)		
Masculino	52	35,9
Feminino	93	64,1
Total	145	100,0

Relativamente à idade, esta foi analisada independentemente do género. Logo, neste estudo observou-se uma variação de idades entre os 17 e os 79 anos, sendo que a média desta é de 44,37 anos (Tabela 2).

Tabela 2 - Idade

(N = 145)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	17	79	44,37	11,492

Continuando com o inquérito, agora acerca da peregrinação a Fátima, se era a primeira vez que participava ou não, dos 145 peregrinos somente 63 dos inquiridos fazia a peregrinação pela primeira vez, enquanto os 82 restantes não (tabela 3).

Tabela 3 - É a primeira vez que vai em peregrinação a pé a Fátima?

(N = 145)	Frequência	Porcentagem (%)
Não	82	56,6
Sim	63	43,4
Total	145	100,0

Relativamente à tabela anterior, dos 82 inquiridos que não peregrinavam pela primeira vez, questionou-se o número de vezes que já o fizeram. Constatou-se que o mínimo de vezes que se deslocaram a Fátima a pé, foi de uma única vez, contra um máximo de 29 peregrinações, perfazendo uma média de 6,10 peregrinações a Fátima realizadas ao longo da sua vida (tabela 4).

Tabela 4 – Número de vezes que fez a peregrinação

(N = 145)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Se respondeu não. Quantas vezes já realizou a peregrinação a Fátima a pé (excluindo a atual)	1	29	6,10	6,725

Ainda que relacionado com a tabela anterior, foi questionado ao peregrino, qual ou quais as outras ocasiões do ano em que realizaram a peregrinação, sendo que o mês de maio foi o mês em que mais peregrinações se realizaram, seguido do mês de agosto e outubro. Esta tabela mostra-nos, por exemplo, uma única frequência correspondente aos meses de maio, julho e agosto. Isto significa que esse peregrino já realizou várias peregrinações ao longo da sua vida e que as efetuou em ocasiões diferentes, podendo ter sido no mesmo ano ou em anos diferentes (tabela 5).

Tabela 5 – Em que outras alturas do ano já fez a peregrinação?

(N = 145)	Frequência	Percentagem (%)
Agosto	1	,7
Maio	71	49,0
Maio e abril	1	,7
Maio e agosto	2	1,4
Maio e outubro	3	2,1
Maio e setembro	2	1,4
Maio, julho e agosto	1	,7
Outubro e abril	1	,7
Total	145	100,0

No que diz respeito aos locais de onde iniciaram a partida para a sua peregrinação, podem ser encontrados peregrinos oriundos de várias localidades do país, quer sejam do Norte, do centro ou do interior. Na tabela seguinte correspondente aos locais de onde partiram os 145 peregrinos inquiridos, verificando-se que a maioria é oriunda de Paredes, com cerca de 16 peregrinos, seguida de Vila Nova de Gaia, Gondomar e Viseu (tabela 6).

Tabela 6 – De onde iniciou a partida

Principais locais de partida	Frequência	Percentagem (%)
Alfena	1	,7
Alijó	1	,7
Arcos de Valdevez	1	,7
Baião	2	1,4
Bragança	2	1,4
Canelas	1	,7
Chaves	1	,7
Coimbra	2	1,4
Gondomar	10	6,9
Grijó	1	,7
Guimarães	1	,7
Lamego	2	1,4
Lousada	3	2,1
Maia	5	3,4
Marco de Canaveses	3	2,1
Monção	1	,7
Paços de Ferreira	5	3,4
Paredes	16	11,0
Penafiel	9	6,2
Ponte da Barca	5	3,4
Porto	5	3,4
Póvoa de Calde	1	,7
Póvoa de Varzim	4	2,8
Rio Tinto	2	1,4
S. Mamede de Infesta	2	1,4
S. Pedro da Afurada	2	1,4
S. Pedro da Cova	1	,7
Santo Tirso	2	1,4
Sta. Maria da Feira	1	,7
Tondela	4	2,8
Trancoso	1	,7
Valongo	3	2,1
Viana do Castelo	8	5,5
Vila do Conde	4	2,8
Vila Nova de Famalicão	5	3,4
Vila Nova de Gaia	10	6,9
Vila Real	3	2,1
Viseu	14	9,7
Vouzela	1	,7
Total	145	100,0

No que diz respeito aos dias em que iniciaram a partida, os peregrinos inquiridos partiram entre os dias 1 e 10 de maio, sendo que uma grande maioria, cerca de 37,2% dos peregrinos, iniciaram a partida no dia 6 de maio (Tabela 7).

Tabela 7 – Dia de início da partida

Dias da partida (mês de maio)	Frequência	Porcentagem (%)
1	1	,7
2	1	,7
3	2	1,4
4	17	11,7
5	40	27,6
6	54	37,2
7	23	15,9
8	5	3,4
10	2	1,4
Total	145	100,0

Relativamente ao número de quilómetros que cada peregrino percorreu desde que iniciou a peregrinação até ao momento do inquérito, e ao número de quilómetros percorridos por dia (uma média que cada peregrino estimou), observou-se uma média de 161,81 quilómetros percorridos desde que iniciaram a peregrinação e uma média de 42,12 quilómetros por dia (tabela 8).

Tabela 8 – Número de quilómetros percorridos no total e número de quilómetros por dia

Número de quilómetros feitos e média	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Desde que iniciou esta peregrinação quantos quilómetros já percorreu?	40	370	161,81	70,218
Quantos quilómetros faz, em média, diariamente?	20	70	42,12	7,628

No que diz respeito ao dia em que cada peregrino tencionava chegar a Fátima, verificou-se que um grande número dos inquiridos, cerca de 62,8%, tencionava chegar no dia 11, seguida de 36,6% que tencionava chegar no dia 10 (tabela 9).

Tabela 9 – Dia em que tencionava chegar

Em que dia tencionava chegar a Fátima?	Frequência	Percentagem (%)
10	53	36,6
11	91	62,8
12	1	,7
Total	145	100,0

Foi colocada ao peregrino uma questão acerca do tipo de apoio que cada um tinha para transporte dos seus bens materiais, independentemente dessa ajuda ser de amigos ou familiares. Verificou-se em 145 peregrinos que apenas quatro não tiveram apoio em relação ao transporte dos seus bens, sendo que os restantes 141 tiveram (tabela 10).

Tabela 10 – Ajuda “material” ao longo do percurso

Ajuda ao longo do percurso	Frequência	Percentagem (%)
Não	4	2,8
Sim	141	97,2
Total	145	100,0

Uma das outras questões aplicadas no inquérito ao peregrino questionava se tiveram algum imprevisto/lesão durante o percurso, sendo que 86,9% dos peregrinos responderam que sim, ao contrário dos restantes 13,1% dos inquiridos (tabela 11).

Tabela 11 – Imprevisto/lesão durante o percurso

Teve algum imprevisto/lesão durante o percurso?	Frequência	Percentagem (%)
Não	19	13,1
Sim	126	86,9
Total	145	100,0

Contudo também era inquirido aos peregrinos se tiveram ou tinham algum problema de saúde. Observou-se que 52 dos 145 peregrinos padeciam de algum problema de saúde, sendo que os restantes 93, não referiram qualquer tipo de problema (tabela 12).

Tabela 12 – Se teve ou tem algum problema de saúde

Teve ou tem algum problema de saúde?	Frequência	Porcentagem (%)
Não	93	64,1
Sim	52	35,9
Total	145	100,0

Àqueles que responderam afirmativamente à questão anterior foi questionado se tomavam medicação. Apenas 33,8% dos inquiridos afirmou tomar algum tipo de medicação (tabela 13).

Tabela 13 – Medicação

Toma alguma medicação?	Frequência	Porcentagem (%)
Não	96	66,2
Sim	49	33,8
Total	145	100,0

De acordo com uma escala de cinco pontos, onde 1 significava “nada satisfeito” e 5 significava “muito satisfeito”, era solicitado a cada peregrino uma opinião acerca do profissional que o estava a tratar. Pelo que se pode observar, relativamente à “importância do tratamento para conseguir prosseguir”, obteve-se uma média de 4,95 pontos (tabela 14).

Tabela 14 - Classificação do atendimento feito pelos Podologistas

Classificação do atendimento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Qualidade global do atendimento quanto aos cuidados de saúde prestados:	0	5	4,92	,464
Competência técnica:	0	5	4,90	,482
Cordialidade/simpatia:	0	5	4,92	,464
Informação prestada:	0	5	4,42	,948
Importância do tratamento para conseguir prosseguir:	0	5	4,95	,430

Relativamente à classificação do grau de dor que apresentavam, foi usada uma escala de 10 pontos, onde “0” significava “sem dor” e “10” significava “muita dor”. Foi colocada a mesma questão para antes do tratamento e depois do tratamento. Antes do tratamento verifica-se uma média de 6,30 na escala de dor, sendo que depois do tratamento se verificou uma descida deste valor para 1,70 (tabela 15).

Tabela 15 – Classificação do grau de dor

Classificação da dor	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Dor Antes do tratamento:	0	10	6,30	2,780
Dor Depois do tratamento:	0	9	1,70	1,777

4.2 Caracterização das lesões encontradas e sua localização

As tabelas seguintes dizem respeito à grelha de observações onde se destacam as lesões encontradas e a sua localização. Relativamente ao tipo de lesões encontradas e sua frequência, verificou-se que as flitenas/vesículas foram as mais incidentes com 91,7 % dos casos registados. No entanto houve casos isolados com apenas uma única incidência, tais como onicocriptose, cãibras, gretas e feridas (tabela 16).

Tabela 16 – Tipo de lesões encontradas

Tipo de Lesões		Frequência	Porcentagem (%)
Flitenas/Vesículas	Não	12	8,3
	Sim	133	91,7
Alergias	Não	133	91,7
	Sim	12	8,3
Onicocriptose	Não	143	98,6
	Sim	2	1,4
Traumatismo Ungueal	Não	141	97,2
	Sim	4	2,8
Entorses	Não	143	98,6
	Sim	2	1,4
Hematomas	Não	141	97,2
	Sim	4	2,8
Cãibras	Não	144	99,3
	Sim	1	,7
Dermatite	Não	142	97,9
	Sim	3	2,1
Contratura muscular	Não	143	98,6
	Sim	2	1,4
HQ	Não	143	98,6
	Sim	2	1,4
Gretas	Não	144	99,3
	Sim	1	,7
Papiloma Vírico	Não	143	98,6
	Sim	2	1,4
Feridas	Não	144	99,3
	Sim	1	,7
Total		145	100,0

Sendo assim, na tabela seguinte, no que respeita às flitenas/vesículas, podemos observar que no pé esquerdo dedo dorsal 1 (Hállux ou 1º dedo, zona dorsal), foram registados 17 casos, e no pé direito 16 casos (tabela 17).

Tabela 17 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 1

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo dorsal 1			Pé direito dedo dorsal 1		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	11	116	127	11	117	128
	Sim	1	17	18	1	16	17
	Total	12	133	145	12	133	145

Na tabela seguinte podemos observar que há um maior número de casos (n=15) na zona dorsal do 2º dedo do pé direito (PD), em relação aos 4 observados no pé esquerdo (PE) (Tabela 18).

Tabela 18 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 2

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo dorsal 2			Pé direito dedo dorsal 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	118	130	12	129	141
	Sim	0	15	15	0	4	4
	Total	12	133	145	12	133	145

Relativamente às lesões encontradas no 3º dedo, estas tiveram uma pequena diferença, sendo 5 caos no PE e 3 no PD (tabela 19).

Tabela 19 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 3

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo dorsal 3			Pé direito dedo dorsal 3		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	128	140	11	130	141
	Sim	0	5	5	1	3	4
	Total	12	133	145	12	133	145

No que respeita às lesões encontradas no 4º dedo, não se observaram diferenças, ou seja, quer o PE quer o PD obtiveram a mesmo número de casos (tabela 20).

Tabela 20 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 4

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo dorsal 4			Pé direito dedo dorsal 4		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	128	140	12	128	140
	Sim	0	5	5	0	5	5
	Total	12	133	145	12	133	145

Na tabela seguinte podemos observar uma ligeira diferença de 19 casos encontrados no PE e 20 no PD (tabela 21).

Tabela 21 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo dorsal 5

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo dorsal 5			Pé direito dedo dorsal 5		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	11	114	125	11	113	124
	Sim	1	19	20	1	20	21
	Total	12	133	145	12	133	145

Contudo no 1º espaço interdigital do PE e PD observamos resultados muito semelhantes (tabela 22).

Tabela 22 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdigital 1

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo espaço interdigital 1			Pé direito espaço interdigital 1		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	126	138	12	127	139
	Sim	0	7	7	0	6	6
	Total	12	133	145	12	133	145

No 2º espaço interdigital do PE e PD o número de casos encontrados é diferente: houve 1 caso no PE e 5 no PD (tabela 23).

Tabela 23 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdígital 2

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo espaço interdígital 2			Pé direito espaço interdígital 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	132	144	12	128	140
	Sim	0	1	1	0	5	5
	Total	12	133	145	12	133	145

O número de lesões encontradas no 3º espaço interdígital foi mais uma vez muito semelhante: 1 caso no PE e 2 no PD (tabela 24).

Tabela 24 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdígital 3

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo espaço interdígital 3			Pé direito espaço interdígital 3		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	132	144	12	131	143
	Sim	0	1	1	0	2	2
	Total	12	133	145	12	133	145

Foi verificado que no 4º espaço interdígital do PE e do PD, houve uma ligeira diferença entre os casos encontrados (tabela 25).

Tabela 25 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito espaço interdígital 4

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo espaço interdígital 4			Pé direito espaço interdígital 4		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	11	128	139	12	124	136
	Sim	1	5	6	0	9	9
	Total	12	133	145	12	133	145

No que diz respeito aos dados seguintes, observou-se que no 1º dedo do PE a nível plantar houve 10 casos, e no PD houve 9 de flitenas/vesículas (tabela 26).

Tabela 26 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 1

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo plantar 1			Pé direito dedo plantar 1		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	124	136	12	123	135
	Sim	0	9	9	0	10	10
	Total	12	133	145	12	133	145

Contudo, na tabela seguinte não houve diferenças em relação às lesões encontradas, quer no 2º dedo a nível plantar do PE, quer no do PD, pois em ambos os casos se obteve os mesmos resultados (tabela 27).

Tabela 27 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 2

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo plantar 2			Pé direito dedo plantar 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	125	137	12	125	137
	Sim	0	8	8	0	8	8
	Total	12	133	145	12	133	145

No 3º dedo do PE e PD a nível plantar, observou-se uma pequena diferença, de 6 casos para 9, respetivamente (tabela 28).

Tabela 28 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 3

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo plantar 3			Pé direito dedo plantar 3		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	127	139	12	124	136
	Sim	0	6	6	0	9	9
	Total	12	133	145	12	133	145

Relativamente ao 4º dedo do PE a nível plantar, observou-se uma pequena diferença relativamente ao PD (tabela 29).

Tabela 29 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 4

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo plantar 4			Pé direito dedo plantar 4		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	117	129	12	119	131
	Sim	0	16	16	0	14	14
	Total	12	133	145	12	133	145

Na tabela seguinte mostra-se mais uma vez uma pequena diferença bilateral entre os dedos (tabela 30).

Tabela 30 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito dedo plantar 5

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo dedo plantar 5			Pé direito dedo plantar 5		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	96	108	12	95	107
	Sim	0	37	37	0	38	38
	Total	12	133	145	12	133	145

Na tabela seguinte podemos observar uma ligeira diferença entre PE (n=52) e PD (n=56) (tabela 31).

Tabela 31 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 1

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo metatársica 1			Pé direito metatársica 1		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	81	93	12	77	89
	Sim	0	52	52	0	56	56
	Total	12	133	145	12	133	145

Seguidamente pode-se observar uma diferença entre o PE (n=32) e o PD (n=26) (tabela 32).

Tabela 32 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 2

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo metatársica 2			Pé direito metatársica 2		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	101	113	12	107	119
	Sim	0	32	32	0	26	26
	Total	12	133	145	12	133	145

No que diz respeito às lesões encontradas no 3º metatarso, observamos 22 casos no PE e 18 no PD (tabela 33).

Tabela 33 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 3

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo metatársica 3			Pé direito metatársica 3		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	11	111	122	12	115	127
	Sim	1	22	23	0	18	18
	Total	12	133	145	12	133	145

Como se pode observar na tabela seguinte no 4º metatarso os casos encontrados foram muito semelhantes (tabela 34).

Tabela 34 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 4

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo metatársica 4			Pé direito metatársica 4		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	120	132	12	119	131
	Sim	0	13	13	0	14	14
	Total	12	133	145	12	133	145

No 5º metatarso, quer do PE ou do PD, o número de lesões aqui encontradas, foram menores que nos casos anteriores, apenas se observando uma maior incidência do PE (n=7) (tabela 35).

Tabela 35 – Flitenas/Vesículas: Pé esquerdo e direito metatársica 5

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo metatársica 5			Pé direito metatársica 5		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	126	138	12	129	141
	Sim	0	7	7	0	4	4
	Total	12	133	145	12	133	145

No que diz respeito a lesões encontradas na inserção do Tendão de Aquiles, não se observaram diferenças entre ambas, uma vez que se obteve os mesmos valores ($n=10$) (tabela 36).

Tabela 36 – Pé esquerdo e Pé direito Inserção do Tendão de Aquiles

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo Tendão de Aquiles			Pé direito Tendão de Aquiles		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	12	123	135	12	123	135
	Sim	0	10	10	0	10	10
	Total	12	133	145	12	133	145

Tal como observado na tabela anterior, também se pode afirmar que não houve diferenças encontradas no calcanhar do PE ($n=12$) e do PD ($n=11$) na face interna (tabela 37).

Tabela 37 – Pé esquerdo e Pé direito Calcanhar Face Interna

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo Calcanhar face Interna			Pé direito Calcanhar face Interna		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	10	121	131	10	122	132
	Sim	2	12	14	2	11	13
	Total	12	133	145	12	133	145

Relativamente aos dados observados na tabela anterior, o calcanhar do PD (n=22) na face externa, teve um valor mais elevado que o encontrado no PE (n=18) (tabela 38).

Tabela 38 – Pé esquerdo e Pé direito Calcanhar Face Externa

		Flitenas/Vesículas					
		Pé esquerdo Calcanhar face Externa			Pé direito Calcanhar face Externa		
		Não	Sim	Total	Não	Sim	Total
Outro tipo de lesões	Não	11	115	126	10	111	121
	Sim	1	18	19	2	22	24
	Total	12	133	145	12	133	145

4.3 Tipo de calçado, meias e formas de usar

No que respeita ao tipo de calçado, houve uma percentagem de 80% no que respeita à escolha de sapatilhas/tênis, sendo que os chinelos foram apenas registados cerca de 4,1% dos casos (tabela 39).

Tabela 39 – Tipo de Calçado

Tipo de Calçado	Frequência	Percentagem (%)
Sapatilhas/Tênis	116	80,0
Botas	6	4,1
Sandálias	12	8,3
Chinelos	5	3,4
Sapato de Rede	6	4,1
Total	145	100,0

Quanto ao tipo de peúgas/meias, observou-se cerca de 45,5% como sendo de desporto e 35,2% de algodão finas e apenas dois casos com 1,4% como sendo de fibras sintéticas (tabela 40).

Tabela 40 – Tipo de peúgas/meias

Tipo de peúgas/meias	Frequência	Percentagem (%)
Desporto	66	45,5
Algodão finas	51	35,2
Algodão e outras fibras	26	17,9
Fibras Sintéticas	2	1,4
Total	145	100,0

Quanto à forma de as usar, 64,1% usaram do avesso e somente 35,9% usaram normalmente (tabela 41).

Tabela 41 – Forma de usar

Forma de usar	Frequência	Percentagem (%)
Do avesso	93	64,1
Normalmente	52	35,9
Total	145	100,0

5. Discussão

Após análise estatística dos resultados recolhidos, seguiu-se uma análise mais crítica, tendo como referências os objetivos propostos. Os resultados serão discutidos de acordo com ordem apresentada no capítulo anterior.

Este estudo foi ao encontro do apoio que a Podologia tem com o peregrino de Fátima.

Após a apresentação dos resultados, passou-se a uma análise mais profunda sobre o tema deste estudo, seguida de uma interpretação dos resultados onde se fez uma comparação e discussão dos resultados obtidos neste estudo, de acordo com a revisão bibliográfica. Como não existem dados na literatura sobre este tema, fez-se uma reflexão baseada na nossa experiência e interpretação dos fatos.

Em resultado disso, este trabalho faz parte de uma gama de estudo ainda pouco investigada e a bibliografia era relativamente escassa ou sem relevância para o estudo em questão.

O objetivo primordial deste estudo foi caracterizar os peregrinos de Fátima que recorrem ao apoio podológico e determinar o grau de satisfação do acompanhamento podológico, bem como as principais lesões por eles apresentadas.

Primariamente, na caracterização da amostra do estudo e de acordo com o inquérito realizado, analisou-se o género e a idade mais frequente na peregrinação, registando-se uma prevalência, sendo o género feminino com maior registo ($n=64,1\%$) em relação ao género masculino com $35,9\%$ e uma média de idade de 44 anos, tal como refere Fortuna e Ferreira (1992), num estudo realizado, dizendo que 60% são do género feminino e 39% do género masculino e com uma média de idades de 37 anos. No estudo apresentado nesta dissertação, a média de idades não vai totalmente ao encontro do esperado pelos autores, encontrámos hoje uma população mais envelhecida, que se pode dever à situação atravessada pelo país.

Seguidamente, analisou-se se era a primeira vez que fazia peregrinação ou não; se não quantas vezes já a realizaram, excluindo a atual, e pôde-se verificar que dos 145 registos, somente $43,4\%$ dos inquiridos fazia a peregrinação pela primeira vez, enquanto os $56,6\%$ restantes não. Destes $56,6\%$ que não a realizavam pela primeira vez, obteve-se uma média de quase 6 vezes que cada peregrino realizou ao longo da sua vida a Fátima a pé. Estes dados vão de encontro ao referido por Fortuna e Ferreira (1992), que refere que estes peregrinos têm uma tendência para assumir a peregrinação como um ritual periódico e repetitivo. Juntamente com este inquérito também se analisou a altura do ano em que peregrinaram, sendo que o mês de maio foi o mês que mais peregrinações se realizaram, seguido do mês de outubro, sendo alguns realizados também nos meses de agosto e setembro.

No que diz respeito à análise aos locais de onde iniciaram a partida e o dia em que partiram para a sua peregrinação, pode-se observar peregrinos oriundos de várias localidades do país, quer sejam do norte, do centro ou do interior. Verificou-se que uma grande maioria oriunda de Paredes (norte), com 11%, seguido de Viseu com 9,7%, Vila Nova de Gaia e Gondomar com 6,9%, dados estes que vão ao encontro de um mapa ilustrativo dos autores Fortuna e Ferreira (1992), onde está assinalado os distritos do Porto e de Viseu com maior afluência de peregrinos. Em relação ao dia da partida, observaram-se partidas entre os dias 1 e 10 de maio, sendo que uma grande maioria, cerca de 37,2% dos peregrinos, partiram no dia 6 de maio, seguindo-se o dia 5 de maio com 27,6%.

Seguidamente analisaram-se o número de quilómetros que cada peregrino percorreu desde que iniciou a peregrinação até ao momento da avaliação, e quantos quilómetros percorram por dia (uma média que cada peregrino estimou), juntamente com o dia em que cada peregrino tencionava chegar a Fátima. Verificou-se uma média de 161,81 quilómetros percorridos desde que iniciaram a peregrinação, tendo percorrido uma média de 42,12 quilómetros por dia. A média de quilómetros que cada peregrino fez por dia vai ao encontro ao referido por Fortuna e Ferreira (1992), que refere uma média de 39 quilómetros. No que diz respeito aos quilómetros já percorridos, Fortuna e Ferreira (1992) referem uma média de 199 quilómetros, valores que fogem um pouco à média verificada neste estudo. Quanto ao dia em que os peregrinos tencionavam chegar, um grande número dos peregrinos, cerca de 62,8% planeava chegar no dia 11, seguida de 36,6% que tencionavam chegar no dia 10. Durante a elaboração deste inquérito e analisando a nossa experiência nos anos anteriores como voluntária no apoio ao peregrino, pudemos verificar que cada vez mais, os peregrinos nos dias de hoje, sentem necessidade de chegar bem e depressa e quanto mais cedo chegaram melhor, pois segundo os próprios, se chegarem cedo, obtém os melhores lugares para contemplarem as cerimónias religiosas.

Uma outra análise acerca do tipo de ajuda que cada um teve para transporte dos seus bens materiais e pessoais, independentemente dessa ajuda ser de amigos ou familiares, apenas 2,8% dos peregrinos em 145 não tiveram este tipo de ajuda. Juntamente com esta análise também podemos observar se o peregrino teve algum imprevisto/lesão durante o percurso, sendo que 86,9% dos peregrinos afirmaram que sim: os peregrinos que não tiveram qualquer tipo de apoio logístico e material, são comparáveis aos peregrinos de Santiago, que peregrinam de mochila aos ombros, e bem equipados, sem ajudas de terceiros.

Na análise relativa à questão da saúde, observou-se que 35,9% dos peregrinos padeciam de algum problema de saúde e destes, 33,8% tomavam medicação.

Destacando a questão da escala da classificação do atendimento feito pelos Podologistas aos peregrinos relativamente às seguintes características: qualidade global do atendimento quanto aos

cuidados de saúde prestados, competência técnica, cordialidade/simpatia, informação prestada e a importância do tratamento para conseguir prosseguir, observou-se em geral uma média de quase 5 pontos de grande satisfação dos peregrinos. Perante estes resultados, podemos referir que cada vez mais os peregrinos nos destacam e necessitam do apoio da Podologia, reconhecendo assim a importância da profissão.

Continuando com outra escala, neste caso, a classificação da dor – em que “0” significava “sem dor” e “10” significava “muita dor” – que cada peregrino apresentava antes e depois do tratamento, verificou-se que antes do tratamento há uma média de 6,30 na escala de dor, sendo que depois do tratamento se verifica uma média de 1,70 na escala de dor, ou seja, encontravam-se mais tranquilos e preparados para voltarem à estrada, sem grandes preocupações.

Relativamente à grelha de observações onde se analisou as lesões encontradas e sua localização, realizou-se uma tabela com todo o tipo de lesões encontradas e a sua frequência, sendo que a lesão flitenas/vesículas ocorreu em 91,7% dos casos, um valor que podemos referir como esperado. Seguidamente temos as alergias (podiam dever-se ao pó, ou a outras intempéries) com uma prevalência de 8,3%.

Contudo no que diz respeito às lesões e suas localizações, uma vez que o tipo de lesão flitenas/vesículas, foram as mais relevantes, decidiu-se dar ênfase a esse tipo de lesão e sua localização específica no pé.

No dorso dos dedos, é mais incidente surgir lesões no pé esquerdo que no direito. Em relação ao espaço interdigital e a lesões nos dedos a nível plantar, o pé direito é o mais afetado pelas lesões podológicas. A nível metatarsal, o pé esquerdo apresenta mais lesões em relação ao direito. Nas lesões no tendão de Aquiles, não se verificaram alterações, enquanto que nas lesões presentes no calcâneo (face externa e interna), há uma pequena diferença com prevalência no pé direito. Contudo também se registaram lesões noutra local, neste caso o maléolo tibial, onde se verificou-se uma única lesão e bilateral.

Para finalizar, em relação ao tipo de calçado, observou-se que 80% dos peregrinos escolheram caminhar de sapatilhas/tênis, seguido de 8,3% de sandálias, e 4,1% de sapatos de rede e botas.

Na análise ao tipo de peúgas/meias e à forma de as usar, observou-se que uma grande maioria usava meias de desporto com 45,5%, e de algodão finas com 35,2%, de algodão e outras fibras com 17,9%, e por último de fibras sintéticas com 1,4%. Quanto à forma de as usar, grande maioria dos inquiridos, 64,1% usou as meias do avesso e 35,9% usaram normalmente.

Neste estudo não foi possível encontrar informação bibliográfica referente ao número de lesões encontradas em cada pé detalhadamente, bem como o tipo de calçado e meias/peúgas mais usadas

pelos peregrinos, o que dificultou de certa forma a realização da discussão de resultados e interpretação dos mesmos.

6. Conclusão

Com o presente relatório de estágio pretendia-se caracterizar o apoio podológico ao peregrino de Fátima e as principais lesões apresentadas, bem como o grau de satisfação do acompanhamento da podologia.

Quando se analisou a relação das características sociodemográficas dos peregrinos, no que respeita aos géneros, o mais prevalente aqui encontrado foi o género feminino. A média de idades registada foi de 44 anos. A frequência com que fazem a peregrinação pela primeira vez, é relativamente maior do que aqueles que não peregrinavam pela primeira vez, sendo estes últimos com uma média de 6 peregrinações em toda a vida (Fortuna e Ferreira, 1992). O mês em que se registaram mais peregrinações foi o mês de maio e a maioria partiu de Paredes, com data de partida no dia 6 de maio, tendo percorrido uma média de 42 quilómetros por dia e 161 quilómetros desde que iniciaram (Fortuna e Ferreira, 1992). Sendo que a data de chegada prevista foi o dia 11, tendo uma larga maioria dos peregrinos apoio logístico durante a peregrinação. O grau de satisfação em relação ao apoio podológico, ultrapassou as expectativas.

Em relação à associação do tipo de lesões encontradas com o(s) pé(s) mais afetado(s), foi possível verificar que a maioria das lesões apresentadas foram as flitenas/vesículas, sendo o pé esquerdo mais afetado, contudo não encontramos literatura que o sustente.

O calçado preterido dos peregrinos são as sapatilhas/ténis, tendo como meias as de desporto e tendo preferência em usá-las do avesso.

6.1 Considerações finais

Na sua generalidade, dado que foi um estudo um tanto quanto pioneiro, foram encontrados obstáculos referentes a informação bibliográfica que era escassa, pelo que as comparações com estudos previamente publicados foram limitada ou não tinham significado para este estudo.

Em relação, ao número de inquiridos, cerca de 145 peregrinos foram inquiridos. Este número poderia ser maior, mas, devido ao espaço em que nos encontrávamos e as condições para a realização deste inquérito, este foi o número máximo que se pode atingir. Além disso a avaliação era demorada, e em muitos dos acabou por ser a investigadora em questão a preencher os dados e respostas dos peregrinos. Houve também casos de peregrinos que se recusaram a participar, apesar da garantia de anonimato.

Por fim, podemos concluir que apesar de ser um tema raramente explorado, este revelou-se interessante. Assim sendo, podemos afirmar que os objetivos propostos inicialmente foram

atingidos, tendo sido apresentados dados que poderão conduzir a trabalhos de investigação futuros. Portanto este trabalho serve de impulso para que mais investigação se faça nesta área da avaliação podológica do peregrino. Como já Robert Baden-Powell dizia, devemos deixar o mundo um pouco melhor do que o encontramos.

7. Referências bibliográficas

- Associação Portuguesa de Podologia - APP (2015), http://www.appodologia.com/images/pdf/Programa_congresso_Trptico_CNP_X_arte_final_2015.pdf
- Baker, T., *Avoiding health problems with high heeled shoes*, SATRA Bulletin, fevereiro 2003.
- Baxter, Donald E. (1995), *The foot and ankle in sport*, (1ª ed.), USA, Mosby-Year Book, Inc.
- Bega, Armando (2006), *Tratado de Podologia*, Brasil, Yendis Editora
- Birrer, Richard B., Dellacorte, Michael P., Grisafi, Patrick J., *Commom*(1998), *Foot Problems in Primary Care*, (2ª ed.), Philadelphia, Hanley & Belfus, Inc.
- Carneiro C., Vassallo J. (junho 2010). *Caminho Português de Santiago*. Alfragide - Portugal, Publicações Dom Quixote.
- Cailliet, R. (1997). *Foot and Ankle Pain* (3.º Vol.), Philadelphia, F. A. Davis company.
- CESPU. "Podologistas ajudam peregrinos a chegar a Fátima." from http://www.cespu.pt/pt-PT/noticias_eventos/2008/05/podologistas_ajudam_peregrinos_fatima.rhtml.
- Clayton L., Thomas (2000), *Dicionário Médico Enciclopédico – Taber*, (17ª ed. e 1ª ed brasileira), SP – Brasil, Editora Manole Ltda.
- Cristino, L. C. (fevereiro 2001). *Dicionário de História Religiosa de Portugal - Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa*. Dicionário de História Religiosa de Portugal. A. M. J. Direção Carlos Moreira Azevedo, Ana Maria Rodrigues, António Camões Gouveia, António Matos Ferreira, David Sampaio Barbosa, José da Silva Lima, Luís Filipe Thomaz, Paulo F. Oliveira Fontes, Samuel Rodrigues. Rio de Mouro, Círculo de Leitores. **C-I**: 245-249.
- Dananberg, H. J., Trachtenberg, G. C., (fevereiro 2000), *High heel design puts less pressure on forefoot*, Biomechanics, 75-80.
- DeGowin, Richard L., *Exame Clínico*, (6ª ed.), EUA, Editora McGraw-Hill
- Ducla Soares, J. L. (setembro 2007), *Semiologia Médica, Princípios Métodos e interpretação*, LIDEL edições técnicas
- Falcão-Machado (Lisboa), Fernandes, M. (Braga) (2003). "PEREGRINOS MAIS VISÍVEIS.", from <http://www.cmjornal.xl.pt/detalhe/noticias/nacional/portugal/peregrinos-mais-visiveis>.
- Fuente, J. L. M. (2009). *Podologia General Y Biomecanica* (2.ª ed.). Espanha: Elsevier Masson.

- Fioravanti, C. (2001). *Santiago pela Via Lunar - Peregrinação pelo Caminho Português*. Cascais - Portugal, Editora Pergaminho.
- Fortin, M.-F. (2003). *O Processo de Investigação - da conceção à realização* (3ª ed.). Loures: Lusociência.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortuna, C., Ferreira, Claudino (abril 1992). *Estradas e Santuários: Perfil Sócio-Religioso e Motivações dos Peregrinos-Caminhantes a Fátima*. Coimbra: Oficina do CES, Centro de Estudos sociais.
- Gil C., Rodrigues J. (agosto 1997). *Por Caminhos de Santiago - Itinerários Portugueses para Compostela*. Lisboa, Publicações Dom Quixote.
- Irion, G. L. (2012). *Feridas: Novas Abordagens, manejo clínico e atlas em cores*, (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, Lda.
- Lima, J. d. S. (fevereiro 2001). *Dicionário de História Religiosa de Portugal - Centro de Estudos de História Religiosa da Universidade Católica Portuguesa*. Dicionário de História Religiosa de Portugal. A. M. J. Direção Carlos Moreira Azevedo, Ana Maria Rodrigues, António Camões Gouveia, António Matos Ferreira, David Sampaio Barbosa, José da Silva Lima, Luís Filipe Thomaz, Paulo F. Oliveira Fontes, Samuel Rodrigues. Rio de Mouro, Círculo de Leitores. **J-P:** 429-436.
- Lins, D., Oliveira, M., Cavalcanti, N., & Lyra, R. (2013), *Definição, diagnóstico e classificação dos distúrbios no metabolismo dos hidratos de carbono*. In D. Lyra, & N. Cavalcanti, *Diabetes Mellitus* (pp. 33-38). São Paulo: AC Farmacêutica.
- Manual Merck (2015). <http://www.manualmerck.net/?id=82&cn=796>.
- Manzano B. (5 junho 2008), *The shoes history*, Cool Magazine, 69-71.
- Marini-Abreu, M., M. (2000). *Anatomia do Membro Inferior*. Gandra - Paredes.
- News Farma (2015), <http://www.newsfarma.pt/noticias/2648-x-congresso-nacional-de-podologia-com-programa-completo-e-diversificado.html>
- Perry, J., Burnfield, J., M. (2010), *Gait Analysis – Normal and Pathological Function* (2nd Ed.), N.J. – USA: Slack Incorporated.
- Porto Editora (2015), *Dicionário da Língua Portuguesa*, Porto, Porto Editora
- Portal da Saúde (2012), http://portal-chsj.min-saude.pt/frontoffice/pages/96?news_id=46
- Restoy, J. L. F., & Calvo, S. M. (2006). *Estudio biomecanico de la articulacion subastragalina*. *El Peu*, 26(1), 10-24.
- Robbins, J. M. (1995). *Podología Atención primaria*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.

- Silva J. P. (2015), <http://www.correiodominho.com/noticias.php?id=86804>
- Silva R. M., Pinto V. V., Freitas F., Ferreira M. J. (2007), *Characterization of Barrier Effects in Footwear*, Capítulo 13, em *Multifunctional Barriers for Flexible Structure*, Editores; S. Duquesne, C. Magniez e G. Camino, Springer-Verlag, Berlin.
- Soares, Carla, (2006), "Hospital com Medicina Dentária", http://www.jn.pt/paginainicial/interior.aspx?content_id=562901&page=1
- Sofia, A. (2008). "PodoFátima." from <http://podologiapt.justdiscussion.com/t19-podofatima>.
- Trinkaus, E., *Anatomical evidence for the antiquity of human footwear use*, J. Arqueol. Sci., 2005, 32, 1515-1526.
- Stagni, R., Leardini, A., O'Connor, J. J., & Giannini (2003). Role of passive structures in the mobility and stability of the human subtalar joint. A literature review. *Foot and Ankle International*, 24 (5), 402-409
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2014), *Diabetes: Factos e Números 2014 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 11/2014*, Letra Solúvel – Publicidade e Marketing, Lda., Lisboa.
- WHO (2015), <http://www.who.int/about/en/>

Anexos

Anexo I – Cronograma

MESTRADO EM PODIATRIA CLÍNICA - 2º ANO CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS 2014/2015

Mês	Dia	2º	3º	4º	5º	6º	Sa	Do	2º	3º	4º	5º	6º	Sa	Do	2º	3º	4º	5º	6º	Sa	Do	2º								
Outubro	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					
Novembro	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			
Dezembro	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
Janeiro	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
Fevereiro	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	
Março	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	
Abril	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	
Maio	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
Junho	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	
Julho	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

F Feriado
FE Férias

Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo
Horário do estágio: das 9h às 14h

Vila Nova de Famalicão, 6 de outubro de 2014

A Coordenadora do Curso



Anexo II – Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.1)



CESPU
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ANO LETIVO: 2014 / 2015

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO Ave

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Mestrado Podiatria Clínica ANO: 2º

UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante

LOCAL: HOSPITAL S. JOÃO - PÓLO VALONGO

INÍCIO: 06/10/2014 FIM: 31/07/2015

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: Podologia

NOME ALUNO(A) (Nome completo): MARIA CRISTIANA GONÇALVES DE SA

ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____


DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ESTUDANTE	RÚBRICA MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ESTUDANTE	RÚBRICA MONITOR(A)
06/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	11/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
07/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	21/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
10/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	24/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
13/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	25/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
14/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	28/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
17/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
20/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
21/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
24/10/14	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
27/10/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
28/10/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
29/10/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
03/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
04/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
07/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
10/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
11/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
14/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				
17/11/2014	9:00/14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]				

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

O(A) SUPERVISOR(A)

Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.2)



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO _____

ANO LETIVO: 2014/2015

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: MESTRADO PODIATRIA CLINICA ANO: (2014) 2º

UNIDADE: ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

CURRICULAR: _____

LOCAL: CENTRO HOSPITALAR S. JOÃO - UNIDADE DE VALONGO

INÍCIO: 2014 12 1 01 FIM: 1 1

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: PODLOGIA

NOME ALUNO(A) (Nome completo): MARIA CRISTIANA GONCALVES DE SÁ 8756

ORIENTADOR(A) (Nome completo): MANUEL AZEVEDO POMTELA

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
01/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	27/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
02/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	30/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
05/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	02/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
09/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	03/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	06/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
15/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	09/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
16/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	10/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
19/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	17/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
22/12/2014	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	20/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
25/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	23/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
06/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	24/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
07/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	25/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
12/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	27/02/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
13/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	03/03/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
16/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	06/03/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
19/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	09/03/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
20/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	10/03/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
23/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	13/03/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
26/01/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	16/03/2015	9:00/14:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>

Obs.: 190 horas

O(A) MONITOR(A)

[Signature]

190 horas

O(A) SUPERVISOR(A)

[Signature]

IE:94A/02

FOLHA Nº _____

Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.3)

ANO LETIVO: 2014 / 2015

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: MESTRADO PODIATRIA CLÍNICA ANO: 2º
 UNIDADE: ESTAGIO PROFISSIONALIZANTE
 CURRICULAR: _____
 LOCAL: _____
 INÍCIO: 2014 12 10 FIM: 1 1
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: PODOLOGIA
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): MARIA CRISTIANA GONCALVES DE SA - 8756
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): MANUEL AZEVEDO PORTELA

DATA	HORA ENTRADA/SÁIDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SÁIDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
2015 03 17	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 05 08	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 03 18	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 05 11	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 03 23	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 12	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 03 24	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 15	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 03 27	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 18	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 03 30	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 19	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 03 31	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 20	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 01	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 25	5:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 10	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 26	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 13	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 5 29	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 14	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 01	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 17	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 02	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 20	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 08	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 21	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 05	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 24	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 09	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 27	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 15	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 04 28	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 16	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 05 14	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 19	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]
2015 05 05	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]	2015 6 22	9:00 14:00	[Assinatura]	[Rúbrica]

Obs.:

O(A) MONITOR(A) + 190 horas

O(A) SUPERVISOR(A)

Registo de Presenças – Hospital de Valongo (p.4)



CESPU
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ANO LETIVO: 2014 / 2015

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: MESTRADO PODIATRIA CLÍNICA ANO: 2º

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

LOCAL: CENTRO HOSPITALAR S. JOÃO - UNIDADE VALONGO

INÍCIO: 2014/10 166 FIM: 29/07 37

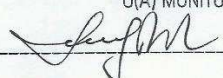
ESPECIALIDADE/SERVIÇO: PODOLOGIA

NOME ALUNO(A) (Nome completo): MARIA CRISTIANA GONÇALVES DE SA

ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ESTUDANTE	RÚBRICA MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ESTUDANTE	RÚBRICA MONITOR(A)
2015 06/23	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 06/26	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 06/29	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 06/30	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/06	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/03	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/07	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/10	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/13	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/14	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/17	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/20	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/22	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/24	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/27	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/28	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/29	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
2015 07/31	9:00/14:00	Maria C. Sa	[Rúbrica]	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)


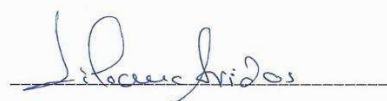
O(A) SUPERVISOR(A)

Anexo III – Carta de pedido de autorização do orientador

Declaração do Orientador

Para os devidos efeitos, eu Liliana Marta Mirra de Araújo Avidos, declaro que aceito ser orientadora do relatório de estágio cujo tema é "Caracterização dos peregrinos de Fátima que recorrem ao apoio podológico", da aluna Maria Cristiana Sá, do 2º ano do curso Mestrado em Podiatria Clínica, da Escola Superior de Saúde Vale do Ave do Instituto Politécnico de Saúde do Norte.

Atentamente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Liliana Avidos", is written over a horizontal line.

Liliana Avidos, PhD

Anexo IV – Declaração de consentimento informado

Avaliação nº: _____

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerado a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

"Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas)"

Pelo presente procedimento de investigação e após ter-me sido explicado o estudo a realizar para uma tese de Mestrado em Podiatria Clínica, declaro que fui suficientemente informado (a) e esclarecido (a) da conduta do estudo e que dela não fazem parte qualquer intervenção que coloquem em causa a minha integridade física.

Compreendo que tenho o direito de colocar, agora e durante o estudo, qualquer questão sobre este. Fui devidamente alertado (a) que será mantida a confidencialidade da minha identidade, através da codificação de toda a informação recolhida.

A minha participação será voluntária, pelo que poderei interrompê-la a qualquer momento.

Pelo presente documento, eu aceito participar neste estudo.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da (o) participante

A investigadora (Maria Cristiana Gonçalves de Sá)

Anexo V – Apresentação do estudo

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

TÍTULO

“Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas)”

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

O estudo contribui para um maior conhecimento das lesões apresentadas no pé do peregrino de Fátima, bem como o seu grau de satisfação.

OBJECTIVOS

Este estudo tem como objectivo geral estudar a relação entre as principais lesões apresentadas no pé do peregrino de Fátima que recorre ao apoio podológico e seu grau de satisfação do acompanhamento.

METODOLOGIA

O instrumento de colheita de dados baseia-se num relatório sociodemográfico e grelha de observações e da utilização de uma escala visual.

Esta medição não é invasiva não causando qualquer dor/transtorno ao peregrino.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A participação neste estudo é voluntária e anónima. Os dados são confidenciais e utilizados exclusivamente para o fim a que me proponho.

Investigador: Maria Cristiana Gonçalves de Sá

Orientadora: Prof. Doutora Liliana Avidos

Anexo VI – Grelha de recolha de dados (p.1)

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas.) Avaliação nº: _____

Inquérito:

Apelido:	Nome:
Data de Nascimento:	Sexo:

Q1: É a primeira vez que vai em peregrinação a pé a Fátima?

Sim Não

Q2: Se não. Quantas vezes já realizou a peregrinação a Fátima a pé (excluído a actual):

Q3: Das outras ocasiões em que altura do ano fez a peregrinação?

Maio Outubro Outras (quais): _____

Q4: De onde iniciou a partida? _____ Em que dia iniciou a partida? _____

Q5: Desde que iniciou esta peregrinação quantos quilómetros já percorreu?

Q6: Quantos quilómetros faz, em média, diariamente? _____

Q7: Em que dia tenciona chegar a Fátima? _____

Q8: Ao longo do percurso tem algum tipo de apoio, seja de amigos ou familiares (por exemplo no transporte de "coisas" de que precise)?

Sim Não

Q9: Teve algum imprevisto/lesão durante o percurso?

Sim Não

Grelha de recolha de dados (p.2)

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas.) Avaliação nº: _____

Q10: Que lesão/lesões teve durante a caminhada?

Qual/quais:

Flictenas/Bolhas Feridas Ruptura de ligamentos Cãibras

Outras (Qual?): _____

Localização:

Dedos (onde): _____ Calcânhar (onde): _____

Planta do pé (onde): _____

Q11: Teve ou tem algum problema de saúde?

Sim

Não

Qual/quais? _____

Q12: Toma alguma medicação?

Sim

Não

Qual/quais? _____

Usando uma escala de **5 pontos**, onde **1** significa "nada satisfeito" e **5** significa "muito satisfeito" e responda apenas se tiver uma opinião sobre o profissional que está a avaliar.

(Faça uma cruz ou um círculo sobre o número escolhido.)

Q13: Classifique o atendimento feito pelos Podologistas relativamente às seguintes características:

- Qualidade global do atendimento quanto aos cuidados de saúde prestados:

1 2 3 4 5

- Competência técnica

1 2 3 4 5

- Cordialidade/simpatia:

1 2 3 4 5

- Informação prestada:

1 2 3 4 5

Grelha de recolha de dados (p.3)

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas.) Avaliação nº: _____

Q14: Importância do tratamento para conseguir prosseguir:

1 2 3 4 5

Usando uma escala de **10 pontos**, onde **0** significa "sem dor" e **10** significa "muita dor" e responda apenas se tiver uma opinião sobre o profissional que está a avaliar.

(Faça uma cruz ou um círculo sobre o número escolhido.)

Q15: Classifique o grau de dor que apresenta:

- Antes do tratamento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Depois do tratamento:

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Q16: Se for necessário esclarecer algumas questões, estará disposto(a) a ser contactado de novo?

Sim

Não

Nome, morada, telefone ou telemóvel: _____

Grelha de recolha de dados (p.4)

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas.) Avaliação nº: _____

Grelha de Observações:

Lesões actuais:

Pé:	Esquerdo <input type="checkbox"/>	Direito <input type="checkbox"/>
Localização:		
- Dedos (dorsal):		- Dedos (dorsal)
- Primeiro <input type="checkbox"/>		- Primeiro <input type="checkbox"/>
- Segundo <input type="checkbox"/>		- Segundo <input type="checkbox"/>
- Terceiro <input type="checkbox"/>		- Terceiro <input type="checkbox"/>
- Quarto <input type="checkbox"/>		- Quarto <input type="checkbox"/>
- Quinto <input type="checkbox"/>		- Quinto <input type="checkbox"/>
- Espaço interdigital:		- Espaço interdigital:
- Primeiro <input type="checkbox"/>		- Primeiro <input type="checkbox"/>
- Segundo <input type="checkbox"/>		- Segundo <input type="checkbox"/>
- Terceiro <input type="checkbox"/>		- Terceiro <input type="checkbox"/>
- Quarto <input type="checkbox"/>		- Quarto <input type="checkbox"/>
- Dedos (plantar):		Dedos (plantar):
- Primeiro <input type="checkbox"/>		- Primeiro <input type="checkbox"/>
- Segundo <input type="checkbox"/>		- Segundo <input type="checkbox"/>
- Terceiro <input type="checkbox"/>		- Terceiro <input type="checkbox"/>
- Quarto <input type="checkbox"/>		- Quarto <input type="checkbox"/>
- Quinto <input type="checkbox"/>		- Quinto <input type="checkbox"/>
- Metatarsica:		- Metatarsica:
- Primeiro <input type="checkbox"/>		- Primeiro <input type="checkbox"/>
- Segundo <input type="checkbox"/>		- Segundo <input type="checkbox"/>
- Terceiro <input type="checkbox"/>		- Terceiro <input type="checkbox"/>
- Quarto <input type="checkbox"/>		- Quarto <input type="checkbox"/>
- Quinto <input type="checkbox"/>		- Quinto <input type="checkbox"/>
- Inserção do tendão de Aquiles <input type="checkbox"/>		- Inserção do tendão de Aquiles <input type="checkbox"/>
- Calcanhar:		- Calcanhar:
- Face interna <input type="checkbox"/>		- Face interna <input type="checkbox"/>
- Face externa <input type="checkbox"/>		- Face externa <input type="checkbox"/>
- Outra (qual): _____ <input type="checkbox"/>		- Outra (qual): _____ <input type="checkbox"/>

Grelha de recolha de dados (p.5)

Caracterização dos peregrinos de Fátima, que recorrem ao apoio Podológico (grau de satisfação do acompanhamento podológico e principais lesões podológicas apresentadas.) Avaliação nº: _____

Tipo de lesões:		
	- Flictenas/Vesículas 1	- Flictenas/Vesículas 1
	- Tendinopatias 2	- Tendinopatias 2
	- Alergias 3	- Alergias 3
	- Dor fascial 4	- Dor fascial 4
	- Onicopatias: 5	- Onicopatias: 5
	- Onicocriptose 5.1	- Onicocriptose 5.1
	- Deslocamento ungueal 5.2	- Deslocamento ungueal 5.2
	- Traumatismo ungueal 5.3	- Traumatismo ungueal 5.3
	- Entorses 6	- Entorses 6
	- Hematomas 7	- Hematomas 7
	- Cãibras 8	- Cãibras 8
	- Outra (qual): _____ 9	- Outra (qual): _____ 9

Tipo de Calçado:

- Sapatilhas/Tênis
- Botas
- Sandálias
- Chinelos
- Outro (qual): _____

Tipo de peúgas/meias:

- Tipo de peúgas/meias:

- Desporto: _____
- Algodão finas: _____
- Algodão e outras Fibras _____
- Fibras Sintéticas _____

- Forma de as usar:

- Do avesso: _____
- Normalmente: _____

