



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

CURSO DE MESTRADO EM PODIATRIA GERIÁTRICA

2º ANO

ANO LECTIVO 2011/2012

ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

Tiago José Almeida Saramago

Nº 12211

Gandra, 20 de Dezembro de 2013

Índice

Índice de Figuras.....	V
Identificação	7
Introdução	8
1 Enquadramento teórico.....	9
2 Caracterização dos centros de estágio.....	12
2.1 Centro Hospitalar de São João, EPE - Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo	12
2.1.1 Serviço de Pediatria.....	12
2.1.2 Serviço de Ortopedia	13
2.1.3 Casos clínicos assistidos no Serviço de Urgências	16
2.1.4 Serviço de Reumatologia Pediátrica.....	16
2.2 Clínica Pediátrica de Braga.....	19
2.3 Clínica Nova Saúde – Unidade de Famalicão.....	19
2.4 Laboratório de Ortopodologia – Escola Superior do Vale do Sousa ...	19
2.5 Clínica Nova Saúde – Unidade Clínica de Gandra	20
2.6 Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação Desportiva – Vila Nova de Famalicão	21
Atividades realizadas	24
2.7 Seminários	24
2.7.1 Calçadoterapia.....	24
2.7.2 Biomecânica e Ortopedia	24
2.7.3 Avaliação Podológica na Infância	24
2.7.4 Técnicas/manipulações articulares e Bandas Neuromusculares..	25
2.7.5 Congresso Nacional de Podologia.....	25

2.8	Escolas.....	25
2.9	I Feira da Saúde de Ermesinde.....	30
2.10	Orientação tutória	30
	Conclusão	31
	Referências bibliográficas	32

Índice de Figuras

FIGURA 3 – TABELA DA DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA ABSOLUTA DO TIPO DE CALÇADO QUE USA HABITUALMENTE	27
FIGURA 4 – TABELA DA DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA ABSOLUTA DA FÓRMULA DIGITAL	27
FIGURA 3 – TABELA DA DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE PONTOS DOLOROSOS/ALTERAÇÕES DIGITAIS	28
FIGURA 4 – TABELA DA DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE ALTERAÇÕES DÉRMICAS E UNGUEAIS	29
FIGURA 5 – TABELA DA DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE ALTERAÇÕES DA PEGADA PLANTAR NO PODOSCÓPIO NO PÉ ESQUERDO	29
FIGURA 6 – TABELA DA DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE ALTERAÇÕES DA PEGADA PLANTAR NO PODOSCÓPIO NO PÉ DIREITO	29

Identificação

Instituição: Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS)

Curso: Mestrado em Podiatria Infantil

Disciplina: Estágio Profissionalizante

Ano letivo: 2011/2012

Nome da aluna: Tiago José Almeida Saramago

Nomes dos orientadores: Professor Doutor Manuel Fontoura

Mestre Miguel Oliveira

Mestre Manuel Portela

Mestre Vítor Hugo Oliveira

Dr. Nuno Alegrete

Dr.^a Iva Brito

Centros de estágio:

Centro Hospitalar de São João, EPE (HSJ)

Unidade Clínica de Gandra

Unidade Clínica de Vila Nova de Famalicão

Centro de Medicina do Desporto e da Reabilitação

Escolas do Agrupamento de Felgueiras

Data de elaboração: Ano lectivo 2011/2012

Introdução

Estágio profissionalizante caracteriza uma prática de caráter pedagógico, que promove a aquisição de competências profissionais, desenvolve habilidades, hábitos e atitudes. Todo estágio deve contribuir para formação profissional, caracterizando-se como uma formação complementar.

O estágio profissionalizante na 2ª edição do Mestrado em Podiatria Infantil compila uma componente observacional no Hospitalar de São João, EPE, Centro medicina e reabilitação desportiva, Escolas do agrupamento de Felgueiras, Clínica pediátrica de Braga, Clínica do Instituto politécnico de saúde do norte, escola superior de saúde vale do Sousa e Clínica do Instituto politécnico de saúde do norte, escola superior de saúde vale do Ave.

Além disto, integraram-se nesta disciplina aulas de orientação tutória, seminários e congressos.

Esta disciplina mostra-se de grande importância, pela observação e aplicação prática, permitindo a consolidação de conhecimentos através da aplicação prática de noções teóricas.

Este relatório pretende descrever a caracterização geral de cada local de estágio, a observação e intervenção aplicadas durante a componente prática da disciplina. Elucidar os conceitos compreendidos durante a componente teórica, nomeadamente nos seminários assim como os conceitos consolidados durante o estágio prático.

1 Enquadramento teórico

A placa de crescimento representa uma estrutura epifisária dos ossos longos, responsável pelo crescimento longitudinal do osso. Quando ocorre lesão, pode resultar em sequelas no crescimento ósseo, deformidade ou encurtamento do membro. As lesões da placa de crescimento classificam-se mediante o prognóstico e o tipo de tratamento.

Na classificação destas lesões identificam-se o tipo I em que a fratura é horizontal a cartilagem de crescimento. O prognóstico é favorável, pois não há acometimento da camada germinativa e o tratamento é conservador.

Nas lesões tipo II, há um fragmento metafisário triangular o prognóstico e o tratamento são os mesmos que no tipo I.

No tipo III, o traço da fratura atinge verticalmente o núcleo de crescimento, da superfície articular, até a cartilagem de crescimento, seguindo para a periferia do osso. O prognóstico é desfavorável, pois com a consolidação secundária, há neoformação óssea interna, que bloqueia o crescimento da região, surgindo a deformidade. O tratamento deve ser cirúrgico.

No tipo IV, a fratura atinge a articulação, o núcleo de ossificação, cruzando a cartilagem de crescimento e culmina na metáfise. O prognóstico mostra-se desfavorável e o tratamento deve ser cirúrgico.

No tipo V, verifica-se esmagamento da cartilagem por força axial. Este tipo de lesão não é visível inicialmente, mas muito grave sem tratamento específico (MinistérioSaúde, 2012).

As doenças congénitas e as doenças de desenvolvimento representam condições que afetam as crianças, por vezes alterações que tendem a corrigir espontaneamente. No entanto, existem afeções importantes com manifestações banais, que devem ser reconhecidas. Deste modo, torna-se importante o interrogatório sobre o desenvolvimento da criança, evolução do problema e exames complementares (MinistérioSaúde, 2012).

Todos os sintomas mencionados devem ser atendidos, principalmente os comentários que os progenitores vão lançando. Em outras situações, uma alteração muito evidente que preocupa os pais como o caso de genu valgum, pode ser simplesmente uma variação fisiológica (Thomson & Volpe, 2001; Vopon, 1993).

O pé boto representa uma deformidade complexa que surge com o nascimento e resulta da associação das posições em equino, cavo, varo e adducto do pé. O equino faz com que o calcâneo se encontre num plano acima do antepé, o varo implica torção do pé, fazendo que a face plantar fique voltada medialmente (em relação ao corpo) e adducto faz com que o antepé se desvie medialmente. Esta alteração na posição do pé surge em metade dos casos nos meninos, que se não for tratado atempadamente pode resultar numa deformidade crónica que pode levar ao processo de várias alterações em todo o membro inferior e coluna. (Ministério Saúde, 2012; Thomson & Volpe, 2001)

No diagnóstico de pé boto, o tratamento deve ser ortopédico utilizando férulas, devendo também ser efetuado o diagnóstico diferencial, no caso de mielomeningocele, e de má postura do pé da criança intrauterina. No diagnóstico desta alteração utiliza-se o raio x e a exploração física (Thomson & Volpe, 2001).

O pé plano é um pé muito flexível, observando-se um valgo do retro pé no contacto inicial com o solo, em casos mais acentuados, há anulação do arco longitudinal associado a uma abdução do antepé levando a um cansaço do paciente (Skinner, 2005).

O pé plano é uma alteração muito frequente podendo tornar-se doloroso e afetar o equilíbrio do corpo. Quando um membro se encontra sobrecarregado pode desencadear um pé plano (Beloto, Mantovani, & Bertoloni, 2004).

A origem do pé plano pode ser congénita, estando presente desde o nascimento mas que poderá não ser muito evidente nos primeiros anos de vida. Quando a causa é adquirida, o pé apresentava o arco longitudinal funcionalmente normal, mas com o passar do tempo foi progressivamente abatendo (Skinner, 2005).

A impressão plantar do pé plano, distingue-se em quatro graus. No pé plano de primeiro grau verifica-se que a largura do istmo é igual ou superior à da largura do antepé. No pé plano de segundo grau existe contacto do bordo interno com o solo, mantendo-se a abóbada, parecendo que o arco interno cede mas sem o abatimento da abóbada. O pé plano de terceiro grau verifica-se quando a largura do istmo é igual ou superior à da largura metatársica e a abóbada plantar desaparece. Por fim, no pé plano de quarto grau, existe uma convexidade do bordo interno, havendo um maior apoio na zona central em relação às zonas anterior e posterior (Skinner, 2005).

Até aos 2-3 anos de idade, considera-se normal coxim gorduroso que preenche o arco longitudinal interno do pé. Os pais normalmente referem o aspeto do pé com a deformação provocada pelo valgismo do pé. A criança pode referir cansaço

A partir desta idade até os seis anos o arco se desenvolve. Assim, o pé plano tem grande tendência para corrigir-se espontaneamente até os seis anos de idade. Estes pés, mesmo parcialmente corrigidos, são assintomáticos na idade adulta (MinistérioSaúde, 2012).

Para o tratamento de pé plano utilizam-se suportes plantares personalizados de modo a uniformizar o apoio (MinistérioSaúde, 2012; Skinner, 2005).

Estes temas foram referenciados, pois ao longo do estágio verificou-se com alguma frequência, além de representarem patologias comuns nas crianças e nas quais, a podiatria pode contribuir para o tratamento das mesmas.

Caracterização dos centros de estágio

1.1 Centro Hospitalar de São João, EPE - Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

O Hospital de São João (HSJ) é o maior hospital do Norte, ligado à Faculdade de Medicina do Porto, instalada no mesmo edifício. O edifício principal dispõe de 11 pisos, com os serviços de urgência, internamento, laboratórios e imagiologia, rodeado de outros edifícios satélite. Dentro das várias especialidades médicas e cirúrgicas, destaca-se endocrinologia pediátrica, ortopedia infantil e reumatologia pediátrica, onde foi lecionado o estágio.

1.1.1 Serviço de Pediatria

A Endocrinologia Pediátrica é a área da medicina que cuida de crianças e de adolescentes com problemas hormonais. As hormonas são substâncias essenciais para manter o equilíbrio do nosso corpo e assim proporcionar à criança e/ou ao adolescente um crescimento e desenvolvimento adequado.

As situações mais recorrentes a este serviço são as alterações no crescimento, tratamentos para a obesidade e suas complicações, diabetes mellitus, sinais de puberdade precoce ou tardia, crianças com excesso de pêlos muitas vezes associadas à acne e cabelos oleosos, podendo indicar uma produção excessiva de hormonas masculinas, distúrbios da menstruação, cansaço, hipoatividade ou aumento do volume do pescoço que podem indicar mau funcionamento da tiroide, problemas ósseos e fraturas frequentes, podem indicar doença genética como osteogénese imperfeita e por fim orientação para prevenir doenças metabólicas que afetam mais as crianças prematuras ou que nasceram com peso inferior a 2,5kg.

1.1.1.1 Casos clínicos

- Criança do género masculino, 3 anos, com hipertiroidismo congénito. Tratamento farmacológico para controlo das hormonas tiroideias.
- Criança do género masculino, 6 anos, com défice da hormona de crescimento. Tratamento hormonal para normalizar o crescimento.
- Criança, género feminino, de 3 semanas de vida, sob aleitamento materno. A mãe refere choro, mesmo depois da mamada. Após avaliação, verificou-se que a bebé se encontra em hipogalactia, isto significa que o leite que a mãe produz não é suficiente para alimentar a criança, e por conseguinte a bebé chora pois não se sente satisfeita. Aconselhamento para a compra de leite específico.
- Criança, género masculino, 13 anos, com problema testicular, a localização dos testículos não é normal. A criança foi proposta a cirurgia.
- Criança, sexo masculino, 13 anos, com défice de hormona de crescimento. Tratamento hormonal diário para normal crescimento, desde os 9 anos.
- Jovem, sexo masculino, 16 anos, com défice de hormona de crescimento. Tratamento hormonal desde os 5 anos até Outubro de 2011. Recorreu à consulta para controlo, verificando-se um crescimento normal.

1.1.2 Serviço de Ortopedia

A Ortopedia Infantil está vocacionada para a prevenção e tratamento de doenças músculo-esqueléticas na criança e no adolescente, assumindo uma importância fulcral no largo espectro de problemas ortopédicos que podem afetar a criança no período de crescimento.

1.1.2.1 Casos clínicos

- Jovem, género feminino, 17 anos, proposta a cirurgia à coluna vertebral, por escoliose. Consulta controlo revela situação pós-cirúrgica estável.
- Bebé, género masculino, 2 meses recorreu à consulta por suspeita de pé boto unilateral. Após avaliação verificou-se que não há motivo de alarme.
- Criança, género feminino, 10 anos, recorreu à consulta porque os pais achavam que apresentava uma marcha anormal. Após avaliação, verificou-se uma marcha normal, no entanto padecia de uma verruga no centro do calcanhar. Aconselhamento de Verrumale® .
- Jovem, género feminino, 17 anos, apresenta angioma nas costas e uma escoliose. Proposta para cirurgia.
- Jovem, sujeita a osteotomia. Compareceu à consulta pós-cirúrgica e tudo se apresentou dentro da normalidade.
- Jovem de 14 anos, veio à consulta, com ligeira assimetria da coluna. Após visualização do RX, aconselhou-se vigilância.
- Criança, género feminino, 7 anos, sujeita a cirurgia ao fémur. Recorreu à consulta após 3 meses, sem qualquer sintomatologia.
- Criança, género masculino, 12 anos, apresenta cifose e utiliza colete desde 2008. O colete encontra-se pequeno, tendo que adquirir novo colete.
- Criança, género masculino, 5 anos, apresenta escoliose, encontra-se em tratamento. Recorreu à consulta para verificação do colete, que se encontra ajustado.
- Criança com 4 meses, apresenta pé boto. Encontra-se em tratamento desde os seus 8 dias, já fez gessos e atualmente está a usar as talas de Denis Brown durante 18h.

- Criança, de sexo masculino com pé boto, encontra-se em tratamento desde os seus 9 dias. Esta usa talas de Denis Brown durante 18h, mas naquele dia, reduziu-se para 16h de uso diário.
- Criança, género masculino, 4 anos e 10 meses, com recidiva de pé boto. Apresenta marcha em intraversão, tratamento com talas de Denis Brown.
- Paciente, género masculino, recorreu ao serviço de urgências com dor entre o 2º e o 3º espaço interdigital, sem qualquer história de trauma. Após avaliação concluiu-se que se tratava de um neuroma de Morton. O paciente realizou raio x e verificou-se pouco espaço interdigital, o que veio a confirmar mais o diagnóstico. No entanto, pediu-se ao paciente para fazer uma ecografia aquele local específico para se poder confirmar definitivamente o diagnóstico.
- Criança, género masculino, 4 anos, com recidiva de pé boto após cirurgia. Tratamento com gessos para redução da deformidade e será intervencionado cirurgicamente antes dos 5 anos.
- Criança, de género feminino com 2 meses e meio, apresenta pé boto. Tratamento efetuado com gessos e atualmente usa talas de Denis Brown.
- Criança, género feminino com 2 semanas, apresenta pé boto. Recorreu à consulta para aplicação do 2º gesso para corrigir a deformidade existente.
- Criança, género masculino, com 4 anos e meio, com pé boto corrigido. Recorreu à consulta de controlo após 3 meses. Este paciente fez gessos e usou talas de Denis Brown.
- Criança, género masculino, 10 anos, apresenta síndrome de insensibilidade à dor e com atraso no desenvolvimento cognitivo. Recorreu à consulta para aplicação de penso no calcâneo e no joelho uma vez que com esta síndrome, o paciente faz lesões e não sente.

1.1.3 Casos clínicos assistidos no Serviço de Urgências

- Senhora, 70 anos, apresenta dor na zona lombar na coluna após queda, com duração de uma semana. O RX mostrava fratura da L4. Aconselhou-se a toma de Ibuprofeno e de paracetamol de 8 em 8 h.
- Senhor, 35 anos, queda sobre o braço direito e faz traumatismo do cotovelo, apresenta dor à mobilização. Suspeita de fratura do cotovelo, solicitação de RX. Até à hora de saída não se obteve mais informações sobre este caso.
- Menino, 12 anos, apresenta dores no 4º dedo da mão direita. Solicitou-se RX, que apresentou fissura. Tratamento através de imobilização.
- Menino 12 anos, sexo masculino, recorreu às urgências com dor no 5º dedo da mão direita. Efetuou-se RX e verificou-se uma luxação no 5º dedo. O paciente voltou para se averiguar a situação e retirar as ligaduras.
- Senhora, 60 anos, recorreu às urgências por queda 4 dias antes com dor na bacia. Suspeita-se de fratura na anca esquerda. Solicitou-se a realização de RX.
- Senhora, 35 anos apresentou-se na urgência após acidente de trabalho com edema e dor na mão direita após queda de objeto pesado.

1.1.4 Serviço de Reumatologia Pediátrica

As doenças reumáticas englobam um amplo espectro de patologias da infância e juventude, que têm como característica afetar estruturas específicas do aparelho locomotor e também outros órgãos e sistemas, como pele, olhos, rim, pulmões, coração, tubo digestivo entre outros.

O reconhecimento dos sintomas de exigência de doença reumática numa criança é fundamental para uma abordagem atempada e eficaz, de forma a diminuir o impacto destas situações em fases tão importantes.

As principais doenças reumáticas da infância e adolescência são:

- Artrite idiopática juvenil
- Artrite associada a outras doenças crónicas
- Esclerodermia
- Dermatomiosite juvenil
- Lúpus eritematoso sistémico juvenil
- Vasculites
- Doença mista do tecido conjuntivo e síndromes de sobreposição
- Síndromes febris periódicos
- Síndromes auto-inflamatórios
- Osteomielite crónica recorrente multifocal
- Síndrome de hiper mobilidade articular benigno
- Síndromes de dor crónica e de amplificação dolorosa

1.1.4.1 Casos clínicos

- Menina, 14 anos recorreu à consulta com manchas na cara e pés, cansaço persistente. Diagnóstico de doença mista no tecido cognitivo.
- Menina, 11 anos com acompanhamento regular. Diagnóstico de Artrite idiopática juvenil em remissão.
- Menina, 14 anos com diagnóstico de doença de Crohn e Espondilite anquilosante, como sintomas apresentava diarreia e dor abdominal.
- Rapaz, 14 anos com diagnóstico de Artrite idiopática juvenil (poliarticular). Em Dezembro sem sintomatologia, no entanto, de manhã apresenta baixa amplitude de movimentos principalmente nos membros inferiores e apresenta dor noturna.
- Rapaz, 13 anos com baixa estatura (1,28 m), diagnóstico de Lupus com cansaço repentino. Tratamento com hormona de crescimento.

- Menina, 14 anos recorreu à consulta com dor abdominal com duração de 5 dias, acompanhada de vômitos e diarreia. Foram solicitados exames.
- Menino, 6 anos com dores de crescimento, queixas alérgicas a nível do membro inferior que tem melhorado com paracetamol.
- Rapaz, 11 anos com diagnóstico de Artrite idiopática juvenil (Oligoarticular) com atingimento dos joelhos mãos e pés.
- Menina, 16 anos, primeira consulta com suspeita de Lupus. À cerca de um ano começou com dores musculares e fadiga.

Na observação deste estágio o que chamou mais à atenção foi a Artrite idiopática juvenil.

A artrite é a uma inflamação de uma articulação. As causas podem ser variadas, podendo ser agudas ou crónicas, mas a nível pediátrico maioria decorrem com artrite crónica.

A artrite idiopática (sem causa conhecida) é a mais comum nas crianças e jovens. Para tratar adequadamente, o importante é verificar se existe sintomas ou não de febre associada e o número de articulações que atingem. O subtipo mais comum é a artrite idiopática juvenil oligoarticular que envolve até quatro articulações nos primeiros seis meses da doença, que representa quase 50% da totalidade dos doentes com esta patologia. De seguida vem a artrite idiopática poliarticular. Esta envolve cinco ou mais articulações com fator reumatoide negativo.

As crianças do género feminino são mais afetadas por esta patologia em comparação com os rapazes, surgindo em qualquer idade, em ambos os sexos.

1.2 Clínica Pediátrica de Braga

Este estágio decorreu no dia 14 de Novembro de 2012 e lecionado pelo Mestre Manuel Portela. Nesta clinica existe uma equipa de médicos especialistas em Pediatria, enfermeiros e outros técnicos de saúde, que trabalham em conjunto. Esta componente de estágio foi observacional.

A maioria das crianças observada, já apresentava continuidade de tratamento na clinica, em que os tratamentos aplicados foram ortopodológicos e quiropodológicos.

1.3 Clínica Nova Saúde – Unidade de Famalicão

Este estágio decorreu nos dias 17, 23 e 30 de Novembro de 2011 e lecionado pelo Mestre Manuel Portela.

A área reservada às consultas de Podologia constitui duas salas de consulta geral, com marquesa e podoscópio, dispunha de sala para moldes, salas para tratamentos de Quiropodologia e laboratório de Ortopodologia.

As crianças que compareceram à consulta, já dispunham de acompanhamento, nomeadamente suportes plantares para correções várias

1.4 Laboratório de Ortopodologia – Escola Superior do Vale do Sousa

Este estagio decorrei nos dias 8 e 20 de Janeiro de 2012, lecionado pelo Mestre Vitor Hugo Oliveira.

Nesta componente do estágio, foram aprofundadas as técnicas na confeção e correção de suportes plantares

Os suportes plantares, permitem correção de deformações no pé e a prevenção de problemas no mesmo e nos restantes membros inferiores. Ajudam a diminuir a dor no pé e em outras estruturas (joelhos, ancas, coluna),

a aumentar o conforto e a estabilidade, prevenir lesões e deformidades futuras e a melhorar a postura e o rendimento.

Para a sua confeção, é necessária uma avaliação, através de uma observação minuciosa, do pé em movimento e estático, e tendo em conta os aspetos próprios de cada caso. Isto inclui fatores como idade, sexo e tipo de atividade profissional.

A Ortopodologia pretende a distribuição e equilíbrio das pressões que chegam ao pé, através dos distintos sectores de força, conseguindo assim uma correcta funcionalidade estática e dinâmica.

Mediante a duração do tratamento pode ser provisoria ou definitiva, e segundo o efeito terapêutico pode ser paliativa, corretiva, compensatória ou substitutiva.

Durante este estágio foram produzidos suportes plantares personalizados e adequados a cada caso clinico apresentado.

1.5 Clínica Nova Saúde – Unidade Clínica de Gandra

Este estagio decorreu nos dias 23 de Março e 20 de Abril de 2012 e lecionado pela Professora Doutora Liliana Ávidos.

Nesta componente de estágio foi efetuado rastreio às crianças do centro de acolhimento Mãe D'Água, uma instituição de acolhimento de crianças e jovens garantido os cuidados adequados às suas necessidades e proporcionar condições para a sua educação, bem-estar e desenvolvimento.

Neste rastreio aplicaram-se vários métodos de diagnóstico e poucos tratamentos pelo facto de se tratar de um rastreio a crianças muito pequenas. No entanto este rastreio seguiu um relatório específico constituindo a seguinte informação:

- Género,
- Idade,

- Peso,
- Altura,
- Prática desportiva,
- Inspeção,
- Palpação,
- Teste de Jack,
- Manobra de pontas,
- Desvio do calcão,
- FPI 6,
- Ângulo intermaleolar,
- pedigrafia

No final, foram discutidos os casos clínicos, permitindo a consolidação de conhecimentos sobre diagnóstico.

1.6 Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação Desportiva – Vila Nova de Famalicão

Este estágio foi de caráter observacional e decorreu nos dias 16, 30 de Abril e 7, 14 de Maio de 2013, onde os pacientes são todos jovens desportistas, que recorrem a este centro para avaliações específicas.

A primeira abordagem é efetuada por um médico que utiliza um modelo aprovado para o exame médico desportivo e é solicitada a realização de um eletrocardiograma. O paciente presta as suas declarações pessoais e são registados os antecedentes pessoais, familiares e desportivos.

No registo pessoal e familiar é indispensável mencionar situações que contraindicam a prática desportiva e registar a existência de morte não traumática antes dos 30 anos na família.

O registo da pratica desportiva permite conhecimentos sobre o desporto praticado assim como o tipo de treinos que o paciente efetua.

A biometria permite avaliar a evolução do índice de massa corporal e o exame ectoscópico elucida para a morfologia do atleta, ou seja identificar alterações que possam implicar malformações cardíacas.

A infeção herpética ao nível cutâneo, molluscum contagium, tinea corporis ou escabiose contraindicam temporariamente a pratica de desporto em que há contacto corporal direto.

Além disto, devem pesquisar-se assimetrias entre membros, que podem solicitar a aplicação de tratamentos, na presença de assimetrias ou atrofias.

Estando o jovem em posição ortostática, observam-se as curvaturas raquidianas, anteriormente e de perfil, observando-se a posição dos ombros e cristas ilíacas. Na perspetiva posterior observa-se a presença de escoliose confirmada através da manobra de Adams, a posição dos joelhos. Além disto devem ser observadas as articulações escapulo-umeral e tibiotársica, por maior solicitação no desporto. Quando observadas hérnias e varizes, o paciente deve ser reencaminhado para tratamento das mesmas, pois a sua presença pode implicar outras complicações com a prática desportiva

A posição do calcanhar é um ponto fulcral de observação, pois mediante a sua posição podem ser necessários tratamentos para melhor apoio.

Os exames oftalmológicos e ORL permitem detetar situações suscetíveis de correção. A audição também é avaliada pois mostra-se importante a sua integridade na prática desportiva.

A presença de caries dentárias por tratar representa focos de infeção crónica que deve ser anulada, pois facilita lesões musculotendinosas de repetição.

Na observação do abdómen, verifica-se a presença de organomegalias, que no caso das hépato ou esplenomegalia implicam posterior investigação, além de representar maior vulnerabilidade para o atleta.

O exame genito-urinário contempla a presença de alterações qualitativas da urina e a pesquisa de varicocele (e hérnias) que, não contraindicando, podem condicionar algumas modalidades.

O exame cardio-circulatório e respiratório consistem na palpação dos pulsos radiais e femorais, auscultação cardíaca e pulmonar, medição da pressão arterial e frequência cardíaca.

Os exames complementares de diagnóstico devem passar pelo eletrocardiograma anual, análise à urina tipo II e raio x ao torax de 3 em 3 anos.

Apos o preenchimento do modelo, os pacientes são reencaminhados para Podologia para aplicação de diversos tratamentos

2 Atividades realizadas

2.1 Seminários

2.1.1 Calçadoterapia

O seminário de calçadoterapia ocorreu durante os dias 22 e 29 de Outubro de 2011, lecionado pelo Professor Ricardo Moreira Silva.

Neste seminário foram abordados a história, materiais, processos, componentes do calçado. Além disto, a classificação do calçado de segurança e ocupacional foram temas também abordados. Os ensaios e análises específicas, físico-mecânicas, físico-químicas, microbiológicas, térmicas e propriedades e aplicações praticas foram de igual modo assuntos abordados.

2.1.2 Biomecânica e Ortopedia

O seminário de biomecânica ocorreu no dia 17 de Dezembro de 2011, lecionado pelos podologistas Rafael González Úbeda e Joaquin Páez Moguer.

Durante este seminário foram abordadas teorias e técnicas de Root, Dananberg, Kirby, Fuller, McPoli, o tema Pé infantil, testes clínicos. Além disto, foi mencionada a utilização das resinas, casos e métodos em Ortopodologia.

2.1.3 Avaliação Podológica na Infância

Este seminário ocorreu nos dias 11 e 12 de Novembro de 2011, lecionado pelo professor Roberto Pascual.

O tema de maior relevo foi o pé plano infantil, debatido posteriormente à palestra relativamente ao tratamento mais adequado. O protocolo de avaliação biomecânica infantil foi de igual modo um tema debatido. Além disto, foram

abordadas as dismetrias na infância, alterações da marcha assim como diferentes abordagens terapêuticas.

2.1.4 Técnicas/manipulações articulares e Bandas Neuromusculares

Este seminário decorreu nos dias 21 de Janeiro e 4 de Fevereiro de 2012, lecionado pelo Mestre Eduardo Merino.

Durante este seminário foram abordadas diversas técnicas articulares, mobilidade articular, tipos de mobilização e indicações/ contraindicações das mesmas. Além destes temas, foram abordadas as bandas neuromusculares, que consistem em bandas elásticas auxiliares da função muscular não limitando amplitudes/ movimentos. A sua aplicação melhora o funcionamento muscular, circulatório, atuando nas articulações através de proprioceptividade, correção do movimento e melhor estabilidade.

Na componente prática, foram abordados casos clínicos como hallux abductus valgus, dedos em garra, supra ou infradução dos dedos, fascite plantar, pé plano e lesões no joelho.

2.1.5 Congresso Nacional de Podologia

Este decorreu nos dias 27 e 28 de abril de 2012 no Centro de Congressos de Aveiro, em que foram abordados vários temas.

Durante a mesa de Podiatria Infantil abordaram-se temas como a cirurgia do pé plano, síndrome de Hiper mobilidade do membro inferior, Doença de Sever e alterações dermatológicas no pé da criança.

2.2 Rastreio nas escolas

Foi realizado um rastreio ao agrupamento de escolas com o objetivo de sensibilizar os pais para os problemas a nível do pé da criança.

Demos a conhecer a especialidade de Podiatria infantil como sendo uma área que inclui o diagnóstico e o tratamento do pé infantil e anomalias do caminhar, a fim de prevenir problemas no futuro.

As patologias mais frequentes na idade pediátrica podem ser:

- Alterações estruturais (alteração nos ossos)
- Alterações no caminhar
- Alterações dos dedos
- Osteocondrites
- Alterações na pele
- Alterações nas unhas

Os pais devem começar a ter cuidados com os pés dos filhos logo à nascença. Os primeiros meses de vida não se deve calçar mas sim aconchegar com uma meia, incentivar o caminhar precoce das crianças, lavar diariamente e secar bem principalmente entre os dedos. Deve de ser ter atenção a forma de cortar as unhas pois deve ser de forma reta e estar atento a alterações da unha.

Relativamente ao calçado adequado deve ser de pouco peso para não esforçar em demasia a musculatura e deve ajustar-se sem provocar qualquer tipo de lesão. O contraforte deve ser resistente de modo a proteger a zona do tornozelo e evitar maus movimentos do pé. Quanto a sola deve ser flexível mas principalmente ter uma boa aderência.

Depois da apresentação aos pais foram realizadas avaliações aos pés das crianças, nomeadamente:

- Inspeção
- Alterações das unhas/pele
- Avaliação biomecânica/caminhar
- Avaliação no podoscópio
- Realização de pedigrafias

Após analisadas 827 alunos de ambos os géneros, verificou-se uma média de Idade de 9 anos, de peso 37kg e de altura 1,39m.

O calçado mais frequente foi a sapatilha verificando-se em 480 alunos (84,96%).

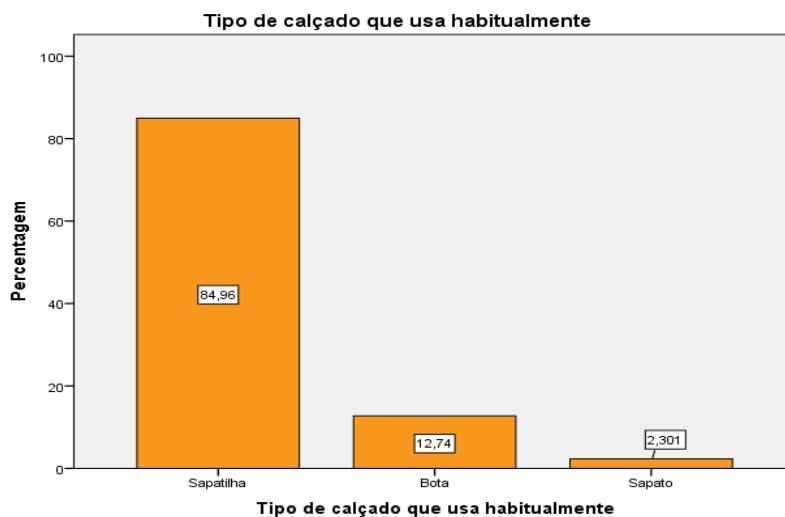


Figura 1 – Tabela da distribuição da frequência absoluta do tipo de calçado que usa habitualmente

Em relação a fórmula digital mais de 60% (496 alunos) possui um pé Egípcio.

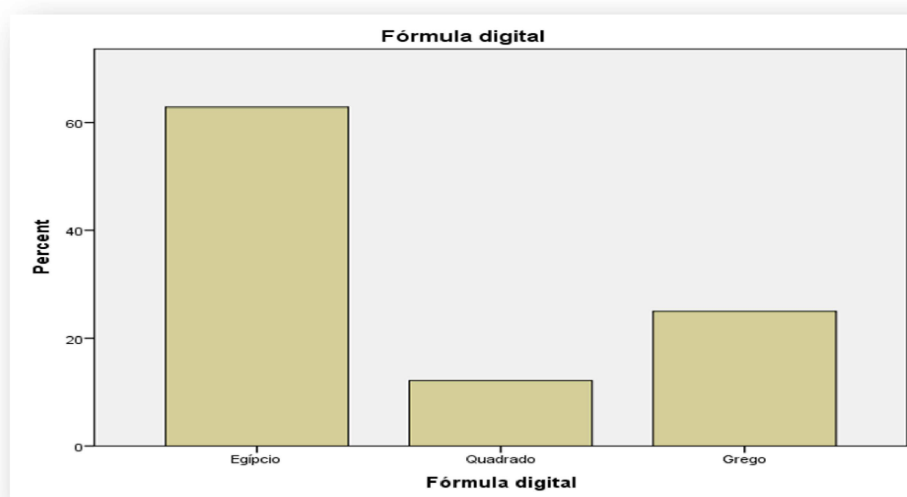


Figura 2 – Tabela da distribuição da frequência absoluta da fórmula digital

Muitas das crianças apresentavam sintomatologia dolorosa ou alterações digitais. Verificou-se uma grande percentagem acentuada de alterações digitais como HAV (60,98%) e dedos em garra (24,39%).

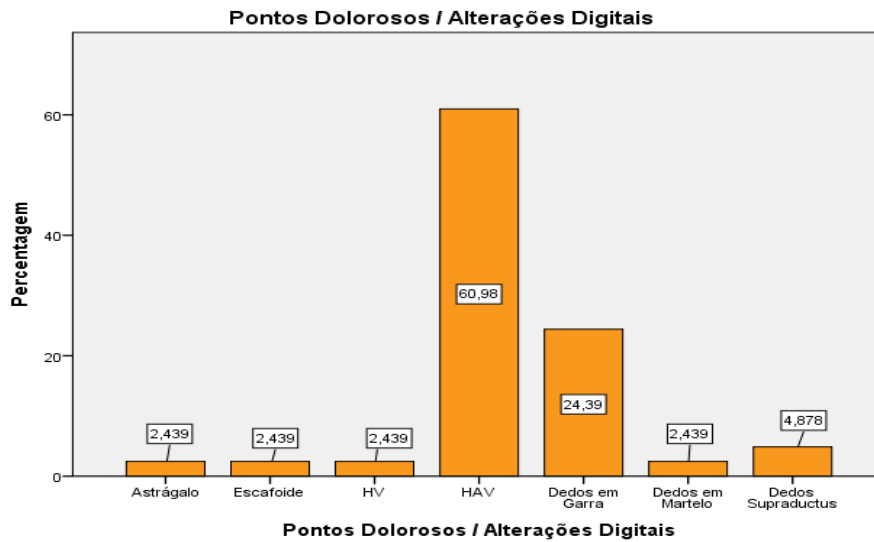


Figura 3 – Tabela da distribuição da frequência absoluta de pontos dolorosos/alterações digitais

Das 827 crianças, 118 apresentavam alterações dérmicas ou ungueais, sendo que a hiperqueratose é a mais frequente com 39,83%.

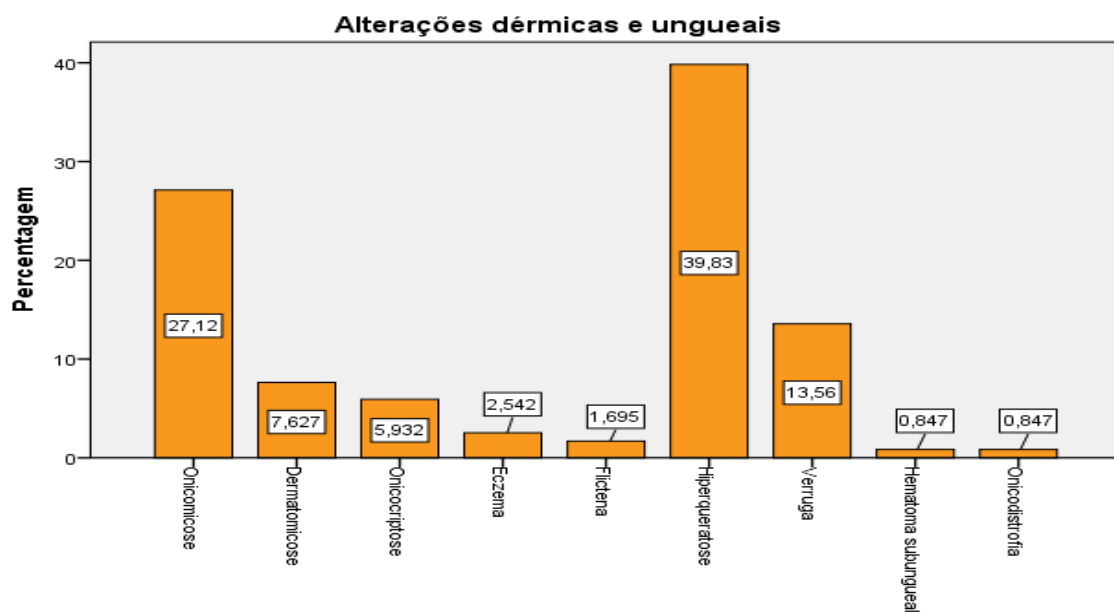


Figura 4 – Tabela da distribuição da frequência absoluta de alterações dérmicas e ungueais

Em relação a pegada plantar verificou-se no pé esquerdo uma predominância de pé cavo em 580 crianças, enquanto que no pé direito apenas em 491.

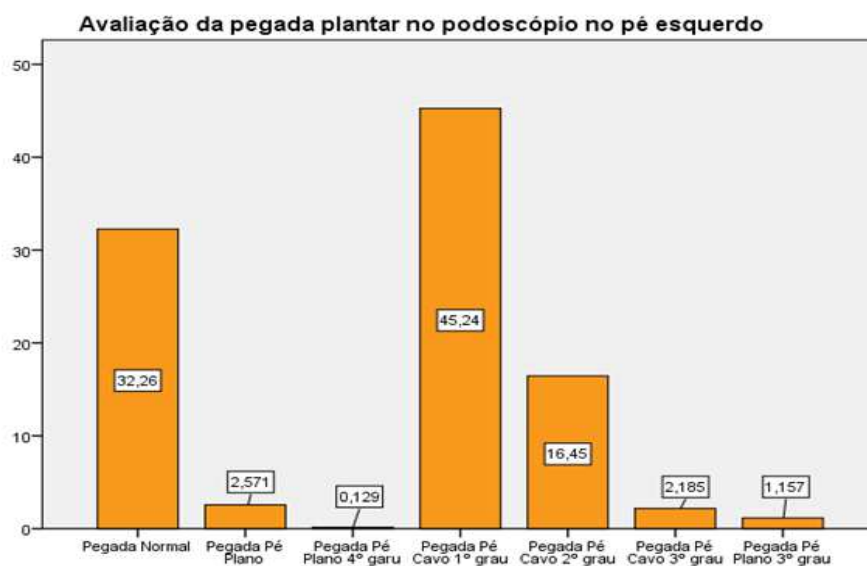


Figura 5 – Tabela da distribuição da frequência absoluta de alterações da pegada plantar no podoscópio no pé esquerdo

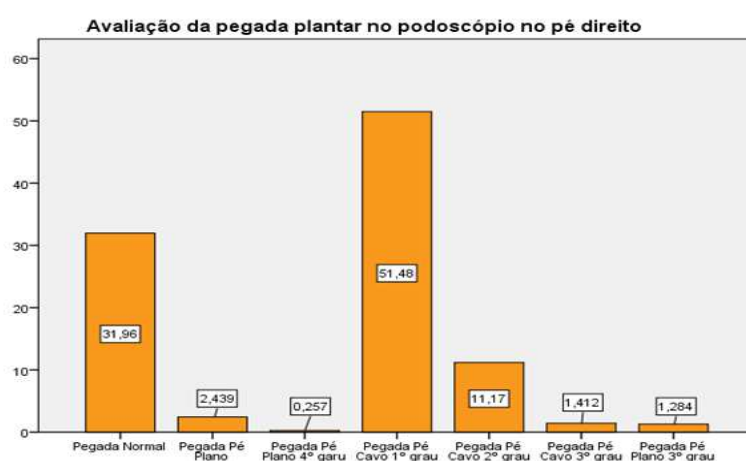


Figura 6 – Tabela da distribuição da frequência absoluta de alterações da pegada plantar no podoscópio no pé direito

Após o rastreio, detetou-se que 118 crianças apresentavam alterações dérmicas ou ungueais, 32 onicomicose (fungo nas unhas), 16 verruga, 9 dermatomicose, 7 onicocriptoses, 3 eczema. Estas condições requerem avaliação e tratamento. Observou-se alterações digitais como HAV (60,98%) e dedos em garra (24,39%). 31 Crianças apresentavam pé plano fora dos parâmetros normais com necessidade de tratamento.

2.3 I Feira da Saúde de Ermesinde

A I Feira da Saúde de Ermesinde ocorreu entre os dias 12 e 14 de Abril, organizada pela junta de freguesia de Ermesinde, com o apoio de varias instituições.

Nesta atividade integrou-se uma palestra de sensibilização em que foram mencionados os cuidados diários a ter com os pés, as patologias mais frequentes e características de um calçado adequado. Além desta palestra, foram realizados rastreios podológicos a crianças.

2.4 Orientação tutória

As aulas de orientação tutoria permitiram a organização e planeamento das atividades realizadas durante o estágio, lecionadas pelo Mestre Miguel Oliveira. Durante estas aulas foram elaborados todos os documentos necessários para as mesmas atividades, nomeadamente para a realização dos rastreios nas escolas. Além destes documentos, procedeu-se ao retoque do protocolo de avaliação em Podiatria Infantil, para recolha de mais informação pertinente no diagnóstico de patologia infantil.

Conclusão

A disciplina de estágio profissionalizante mostra muitas vantagens, pois além da consolidação de conhecimentos, permite perceber novas situações incluindo novos casos clínicos, ou seja novos conhecimentos.

Além disto, houve a oportunidade de estagiar em diferentes locais de estágio com diferentes formas de organização, o que foi bastante positivo, para percepção das diferentes formas de trabalhar.

Referências bibliográficas

- Beloto, A., Mantovani, J., & Bertoloni, S. (2004). *Estudo da prevalência de pé plano em indivíduos de diferentes faixas etárias da cidade de Maringá-PR* (Vol. 6).
- MinistérioSaúde. (2012). *Traumatologia e Ortopedia*. Brasília.
- Skinner, H. (2005). *Ortopedia diagnóstico e tratamento*.
- Thomson, P., & Volpe, R. (2001). *Introduction to podopediatrics*.
- Vopon, J. (1993). O pé em crescimento, segundo impressões plantares. *Revista brasileira de ortopedia*, 28.