

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

Relatório de Estágio do Mestrado de Podiatria Clínica

Por

Cláudia Castro

Vila Nova de Famalicão

Dezembro, 2013

Índice

Índice de Figuras.....	V
Índice de Anexos.....	VII
Lista de Siglas.....	IX
Resumo.....	XI
Abstract.....	XIII
Introdução.....	1
1 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho.....	3
1.1 História.....	3
1.2 Caracterização.....	3
1.3 Consulta de Ortopedia.....	5
1.3.1 Equipa médica e subespecialidades de consulta.....	5
1.3.2 Instalações.....	5
1.3.3 Estágio.....	6
1.4 Conclusão.....	14
2 Centro Hospital do Alto do Ave – Unidade de Guimarães.....	17
2.1 História.....	17
2.2 Caracterização.....	18
2.3 Consulta de Podologia.....	18
2.3.1 Equipa médica.....	19
2.3.2 Instalações.....	19
2.3.3 Estágio.....	20
2.3.4 Suportes Plantares.....	24
2.3.5 Conclusão.....	25
3 Centro Hospitalar de São João.....	27
3.1 História.....	27

3.2	Localização	27
3.3	Consulta de Podologia.....	28
3.3.1	Equipa médica	28
3.3.2	Instalações	28
3.3.3	Estágio	28
3.3.4	Suportes Plantares.....	33
3.3.5	Cirurgias.....	33
3.3.6	Conclusão	34
4	Apoio ao peregrino a Fátima.....	35
4.1	Conclusão	35
5	Seminários e Congresso.....	37
5.1	Conclusão	39
6	Referências bibliográficas.....	41
Anexos	45

Índice de Figuras

FIGURA 1 – UNIDADE I DO CENTRO HOSPITAL DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO.....	4
FIGURA 2- UNIDADE II DO CENTRO HOSPITALAR DE VILA NOVA DE GAIA / ESPINHO	4
FIGURA 3 – SALA DE ATENDIMENTO DAS CONSULTAS DE ORTOPEDIA	6
FIGURA 4 - GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A IDADE.....	6
FIGURA 5 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS PACIENTES SEGUNDO O GÉNERO	7
FIGURA 6 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DAS PATOLOGIAS MAIS COMUNS	7
FIGURA 7 - GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A IDADE.....	9
FIGURA 8 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS PACIENTES SEGUNDO O GÉNERO	9
FIGURA 9 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DAS PATOLOGIAS MAIS COMUNS.....	10
FIGURA 10 - GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A IDADE.....	12
FIGURA 11 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS PACIENTES SEGUNDO O GÉNERO	13
FIGURA 12 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DAS PATOLOGIAS MAIS COMUNS.....	13
FIGURA 13 – CENTRO HOSPITALAR DO ALTO DO AVE – UNIDADE DE GUIMARÃES	18
FIGURA 14 – CONSULTÓRIO DE PODOLOGIA – UNIDADE DE GUIMARÃES	19
FIGURA 15 - GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A IDADE.....	20
FIGURA 16 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO O GÉNERO.....	20
FIGURA 17 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A PATOLOGIA DE DIABETES.....	21
FIGURA 18 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES O TIPO DE DIABETES	21
FIGURA 19 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DE ANOS QUE O PACIENTE TEM DIABETES.....	22
FIGURA 20 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A PATOLOGIA HIPERTENSÃO ARTERIAL	22
FIGURA 21 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A PATOLOGIA COLESTEROL.....	23
FIGURA 22 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DAS PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES NA CONSULTA DO PÉ DIABÉTICO.....	23
FIGURA 23 – UNIDADE DE VALONGO – CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO	27
FIGURA 24 – CONSULTÓRIO DE PODOLOGIA – UNIDADE DE VALONGO	28
FIGURA 25 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DOS PACIENTES ATENDIDOS	29
FIGURA 26 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS PACIENTES ATENDIDOS SEGUNDO O GÉNERO	29
FIGURA 27 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES SEGUNDO A PATOLOGIA DE DIABETES.....	30
FIGURA 28 – GRÁFICO COM A DISTRIBUIÇÃO DOS PACIENTES O TIPO DE DIABETES	30
FIGURA 29 – GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O TEMPO QUE TEM A PATOLOGIA DOS DIABETES	31
FIGURA 30 – GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ANTECEDENTE MÉDICO HIPERTENSÃO ARTERIAL	31
FIGURA 31 – GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO O ANTECEDENTE MÉDICO COLESTEROL.....	32
FIGURA 32 – GRÁFICO DA DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO A PATOLOGIA MAIS FREQUENTE	32
FIGURA 33 – ÚLCERA NO DORSO DO SEGUNDO DEDO (A – ANTES DO TRATAMENTO; B – DEPOIS DO TRATAMENTO).....	III
FIGURA 34 – AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE COM O DIAPASÃO (A E B).....	III

FIGURA 35 - AVALIAÇÃO DA SENSIBILIDADE COM O MONOFILAMENTO 10G	III
FIGURA 36 – EXAME COM DOPPLER.....	IV
FIGURA 37 – IMAGEM DO APOIO PLANTAR ATRAVÉS DO PODOSCÓPIO	IV
FIGURA 38 – MOLDES EM ESPUMA FENÓLICA	IV
FIGURA 39 – HIPERQUERATOSE PLANTAR.....	V
FIGURA 40 – ÚLCERA NO DORSO DO SEGUNDO DEDO.....	V
FIGURA 42 – ÚLCERA PLANTAR A NÍVEL DA TERCEIRA CABEÇA METATARSAL	V
FIGURA 43 - ONICOGRIFOSE.....	VI

Índice de Anexos

ANEXO I – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE	I
ANEXO II – IMAGENS DE ALGUNS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO HOSPITALAR DO ALTO DO AVE – UNIDADE DE GUIMARÃES.....	III
ANEXO III - IMAGENS DE ALGUNS PACIENTES ATENDIDOS NO CENTRO HOSPITALAR DE SÃO JOÃO – UNIDADE DE VALONGO ...	V

Lista de Siglas

RN – recém-nascido

LCA – Luxação Congênita da Anca

Resumo

Este relatório final de estágio corresponde às atividades desenvolvidas nos três locais de estágio inerentes ao Mestrado de Podiatria Clínica.

Neles constam, a história e a localização dos hospitais em questão, a carga horária, as atividades efetuadas, as patologias mais comuns e a sua descrição. Serão também desenvolvidos temas que foram falados em seminários durante o período de estágio, entre os quais, seminário do calçado, das feridas, da reumatologia, da ortopedia infantil, da biomecânica e da homeopatia. Além disso serão referidos os temas falados no congresso de Podologia.

Este estágio permitirá ao aluno adquirir competências no âmbito da sua autonomia técnica e clínica no exercício profissional e em complementaridade funcional com outros grupos profissionais da saúde.

Palavras-chave: DIABÉTICOS, TRATAMENTOS HOSPITALARES, PODOLOGIA.

Abstract

This report corresponds to the final stage activities at the three sites internship inherent master's degree Podiatry Clinic.

Contained therein, the history and location of the hospitals in question, workload, activities performed, the most common pathologies and their description. It will also be developed themes that were spoken at seminars during the probationary period, including, seminar footwear, wounds, rheumatology, orthopedics child, biomechanics, homeopathy. Besides the themes that will be spoken at the Congress of Podiatry.

This internship will allow the student to acquire skills in the technical and clinical autonomy of professional practice and in complementarity with other functional groups of health professionals.

Keywords: DIABETICS, HOSPITAL TREATMENT, PODIATRY.

Introdução

O estágio de Podiatria Clínica foi um período orientado em prestação de serviços de Podologia, de natureza essencialmente prática, em contexto real de trabalho.

A componente lectiva desta Unidade curricular teve como objectivos permitir ao estagiário um desenvolvimento do seu conhecimento teórico e prático previamente adquiridos durante o 1º ano curricular do curso de Mestrado. A prática clínica em meio real de trabalho permite ao profissional uma maior destreza e autonomia no exercício das suas funções.

O estágio profissional permitiu a integração do aluno em equipas multidisciplinares, de forma a encontrar soluções terapêuticas adequadas a cada indivíduo assim como contextualizar o mestrando no âmbito da observação e da intervenção podológica em diferentes contextos clínicos, nomeadamente na área do pé diabético, ortopedia, traumatologia, neurologia.

Esta Unidade Curricular de estágio foi distribuída por diversas componentes, designadamente pelo estágio profissionalizante, seminários e orientação tutória, com uma carga horária total de 330 horas. O estágio profissionalizante decorreu de 2 de novembro de 2011 a 12 de maio de 2012 e os seminários de 22 de outubro de 2011 a 26 de Maio de 2012.

O estágio em contexto real de trabalho decorreu em várias Unidades Hospitalares, nomeadamente no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho - Unidade I e II, Centro Hospitalar do Alto do Ave – Unidade de Guimarães e Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo.

Este relatório de estágio está dividido em 5 capítulos, sendo que o primeiro, segundo e terceiro capítulos são dedicados ao estágio que decorreram no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, no Centro Hospitalar do Alto do Ave – Unidade de Guimarães e no Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo, respectivamente.

O quarto capítulo refere-se ao acompanhamento feito pelos estagiários aos peregrinos durante o seu percurso a Fátima.

No quinto capítulo apresenta-se os temas dos seminários e do congresso de Podologia e por último, no sexto capítulo, as referências bibliográficas.

1 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

1.1 História

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, a rainha D. Amélia ordenou a construção de uma rede de sanatórios, um dos quais em Vila Nova de Gaia para combater a epidemia que arrasou Portugal, a tuberculose (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013). O sanatório em Vila Nova de Gaia foi batizado com o nome de "Hospital de Repouso de D. Manuel II" – mais tarde denominado de Sanatório D. Manuel II - em honra do último rei de Portugal, que evoluiu para o atual Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE que teve a sua origem numa reunião no Palácio dos Carrancas, a 11 de Novembro de 1908 (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

Em 1975 devido à necessidade de aproveitamento das estruturas existentes e sua inclusão na rede de cuidados hospitalares gerais, o Sanatório D. Manuel II converteu-se, em 1975, em Hospital Geral Central (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

Em 1977, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia agregou o Hospital Eduardo Santos Silva, propriedade do Estado, o Hospital Distrital de Gaia, pertencente à Santa Casa da Misericórdia, e o Sanatório Marítimo do Norte, que, por doação, foi integrado no património do hospital (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

Atualmente constituído por três unidades, instaladas nos concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, este centro hospitalar é um dos principais complexos assistenciais do norte do país (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

1.2 Caracterização

Atualmente, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho tem instalações distribuídas por estes dois concelhos vizinhos. Em Gaia, localizam-se a Unidade I – Hospital Eduardo Santos Silva, no Monte da Virgem, e Unidade II – antigo Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros. Em Espinho, encontra-se a unidade III, antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

A Unidade I situa-se na freguesia de Vilar de Andorinho na Rua Conceição Fernandes. Esta unidade tem implantada a prestação de cuidados em regimes de internamento, ambulatório e meios complementares de diagnóstico e outros serviços de apoio, bem como a grande maioria das

valências médico-cirúrgicas – Anatomia Patológica, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardio-torácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Maxilo-facial, Dermatologia, Apoio Nutricional e Dietética, Endocrinologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Imagiologia, Imuno-alergologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Doenças Infecciosas, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pneumologia, Pneumologia Oncológica, Psicologia, Psiquiatria e Urologia. São nestas instalações que estão também localizados o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar (Figura 1) (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).



Figura 1 – Unidade I do Centro Hospital de Vila Nova de Gaia / Espinho

Na Unidade II – antigo Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, situada junto ao Tribunal de Vila Nova de Gaia, encontramos o serviço de Ortopedia, o Departamento Materno-Infantil, com as valências de Medicina de Reprodução, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

Para além deste, o Centro Hospitalar integra as seguintes unidades de dia: Doenças Infecciosas, Hemodiálise, Oncologia Médica, Hematologia Clínica e Medicina (Figura 2) (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).



Figura 2- Unidade II do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho

Na Unidade III em Espinho funcionam dois serviços: a Convalescença que está inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, 2013).

1.3 Consulta de Ortopedia

“Ortopedia, como ciência, tem por objectivo investigar, estudar, prevenir e tratar as afeções do aparelho locomotor e de sustentação, excetuando o tratamento clínico das afeções miopáticas, neurológicas e reumáticas autoimunes.” (Volpon, 2011, p.6)

A consulta de Ortopedia avalia e trata de doenças e afeções do sistema neuromusculoesquelético e locomotor principalmente, patologia associada a ossos, estruturas articulares, músculos, tendões, ligamentos e, por vezes nervos periféricos (Fitzgerald, Kaufer e Malkani, 2004).

Existem diversas subespecialidades na ortopedia: ombro, coluna vertebral, mão, punho, anca, joelho, pé e ortopedia infantil.

1.3.1 Equipa médica e subespecialidades de consulta

O serviço de Ortopedia possui a colaboração de vários médicos, sendo o Doutor Rolando Freitas o Diretor do Serviço de Ortopedia e António Resende o Enfermeiro Chefe.

As subespecialidades deste serviço são as seguintes: coluna, membro superior, membro inferior e infantil.

1.3.2 Instalações

As instalações do serviço de Urgências eram compostas por diversas salas de atendimento. O atendimento era feito por um(a) único(a) médico(a), em cada sala, acompanhado pelos estagiários, e por um intercomunicador de rádio que fazia a ligação para chamar os doentes que se encontravam nas salas de espera. O gabinete era composto por uma secretária, uma marquesa, um computador, impressora e cadeiras de apoio (Figura 3).



Figura 3 – Sala de atendimento das consultas de Ortopedia

1.3.3 Estágio

O estágio foi realizado na Unidade I no serviço de Urgências – Ortopedia e na Unidade II no serviço de Ortopedia Infantil e no serviço Ortopedia.

A carga horária do estágio no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia / Espinho foi de 30 horas, divididas por 6 dias, 5 horas por dia, das 8 horas à 13 horas, nos dias 2, 3, 8, 9, 15 e 17 de Novembro.

1.3.3.1 Serviço de Urgência - Ortopedia

O estágio na Unidade I – serviço de Urgência foi realizado a 6 pacientes, com idades compreendidas entre os 10 e os 90 anos. Para melhor compreensão dos dados os indivíduos foram divididos em escalões etários (Figura 4). Observou-se que o maior número de pessoas atendidas era a partir dos 65 anos (n=5).

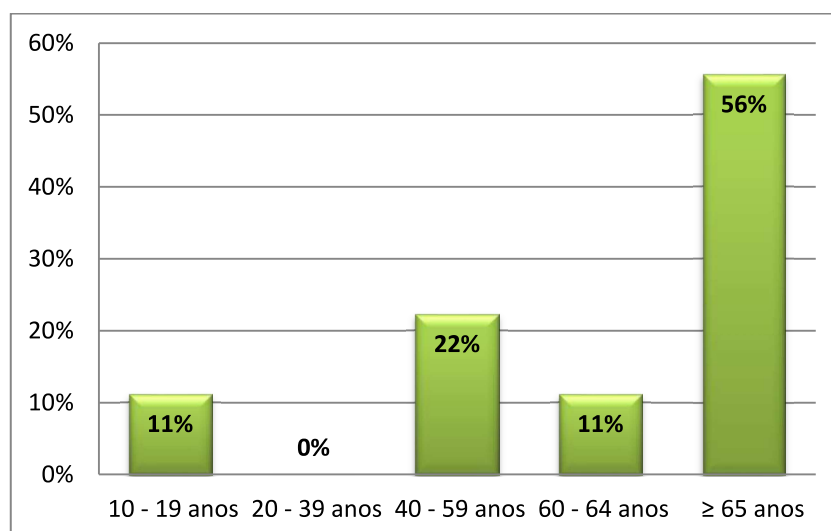


Figura 4 - Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a idade

Relativamente ao género dos pacientes, observamos na figura 5 que a maioria dos indivíduos era do sexo feminino.

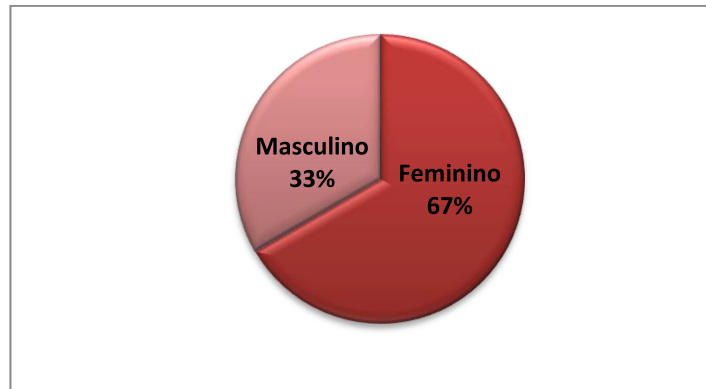


Figura 5 - Gráfico representativo dos pacientes segundo o género

De todas as patologias que apareceram não houve nenhuma que fosse mais prevalente, pois foram em igual número (Figura 6).

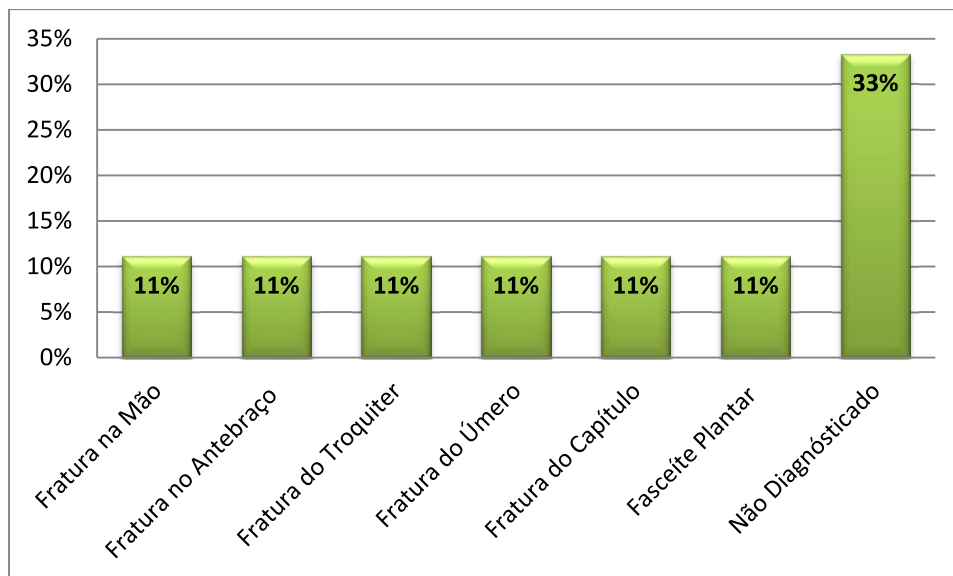


Figura 6 – Gráfico representativo das patologias mais comuns

1.3.3.1.1 Fasceíte Plantar

Segundo Volpon (2011) a fásia plantar é uma estrutura laminar que se origina no calcanhar e recobre a superfície plantar do pé.

Abreu (2000) refere que a fásia plantar insere-se nas tuberosidades interna e externa do calcâneo e a base situa-se ao nível da extremidade anterior dos metatarsos onde se dividem em cinco cintas pré-tendinosas divergentes, uma para cada dedo do pé.

A fásia plantar redistribui forças e funciona como amortecedor por meio de movimentos de alongamentos e encurtamentos, conforme os passos. Este movimento repetitivo pode causar alterações na fásia representada por microrroturas e posteriormente degeneração, inflamação-fasceite- e dor (Volpon, 2011).

Segundo Zanon, Brasil e Imamura (2006) e Alves, Lima, Seixlack, Berrolini, Buzanello (2008) a fasceíte plantar é uma síndrome degenerativa da fásia plantar que atinge cerca de 10% da população, sendo as mulheres obesas em idade média as mais afetadas. A etiologia mais comum é de origem mecânica, envolvendo forças compressivas que aplanam o arco longitudinal interno do pé.

Conforme Volpon (2011) a origem mais frequente da inflamação da fásia é no calcanhar, onde dá dor, sendo mais frequente na mulher de meia idade, e nos jovens pode estar associada a prática desportiva (correr, saltar) e no homem adulto pode estar associada a hiperuricemia.

Segundo Volpon (2011) o sintoma típico é a dor na face medial-plantar do calcanhar que é pior de manhã ao sair da cama ou após períodos de repouso, e após os primeiros passos a dor melhora mas, depois volta. Muitas vezes denominado erradamente "esporão do calcâneo" pois na radiografia há ossificação na origem da fásia plantar, contudo esta achado é casual e não é o esporão que causa a sintomatologia, mas o processo inflamatório.

O tratamento fundamentalmente é conservador com banhos de imersão na água quente, uso de calcanheiras, aplicação de ultrassom terapêutico e alongamentos. Contudo, a sintomatologia pode permanecer e só vai diminuindo com o tempo. Raramente há indicação para cirurgia (Volpon, 2011).

1.3.3.2 Serviço de Ortopedia Infantil

Neste serviço foram atendidas 26 crianças e verificou-se que o maior número de crianças atendidas tinha menos de um ano (Figura 7).

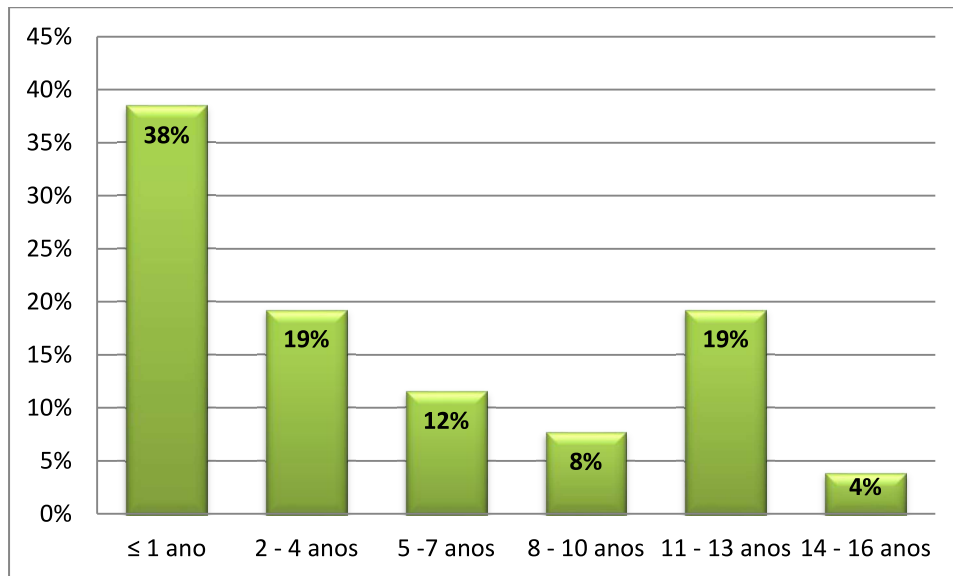


Figura 7 - Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a idade

Quanto ao género dos pacientes, observamos na figura 8, que a maioria dos indivíduos era do sexo masculino (n=16).

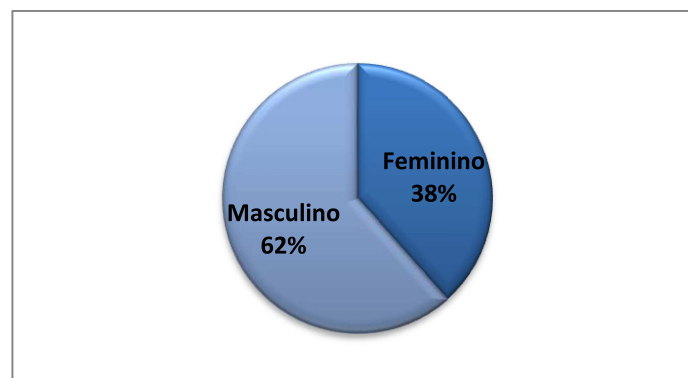


Figura 8 - Gráfico representativo dos pacientes segundo o género

De entre todas as patologias que surgiram, destacou-se a luxação congénita da anca (n=4), (Figura 9).

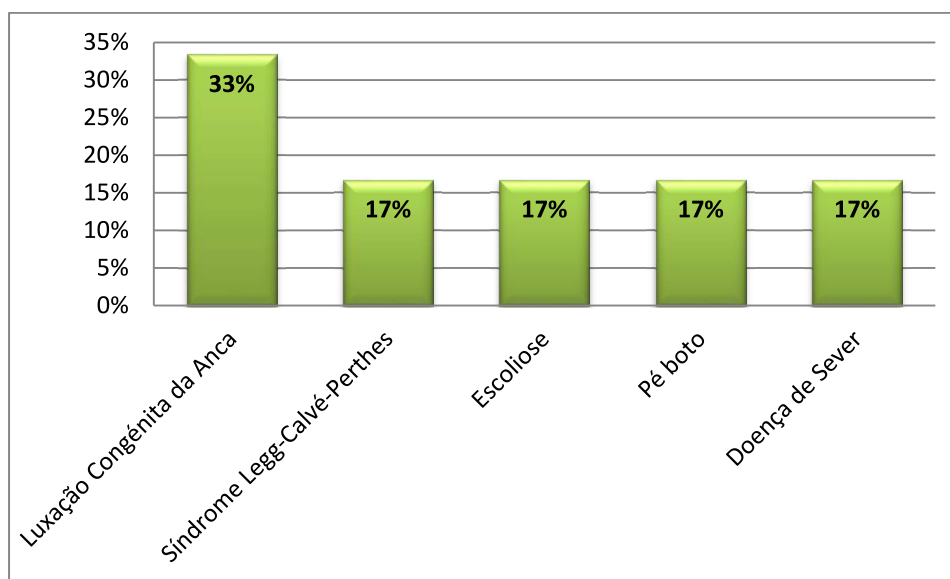


Figura 9 - Gráfico representativo das patologias mais comuns

1.3.3.2.1 Luxação Congénita da Anca

Segundo Anna (2009) o conceito de Luxação Congénita da anca tem vindo a ser substituído pelo de displasia de desenvolvimento da anca.

A Luxação Congénita da Anca (LCA) é a forma mais comum de instabilidade, normalmente surge isoladamente e não tem manifestação exterior no recém-nascido (RN), ou seja, não provoca deformidade, é indolor e não limita os movimentos. Por isso a patologia só será diagnosticada se pesquisada objetivamente. A LCA típica é uma afeção em que não há grandes alterações da coxofemoral no RN, sendo mais uma instabilidade que permite que a cabeça femoral se encaixe e se desencaixe parcialmente do acetábulo sob ação dos músculos (Volpon,2011).

Guarniero (2010) refere que um em cada mil RN pode nascer com a anca luxada e cerca de 10 em mil com a anca subluxada (instável).

Segundo Volpon (2011) e Pires e Melo (2005) a LCA pode ser devida a uma displasia acetabular e/ou frouxidão capsuloligamentar. Na displasia o acetábulo é raso e não sustenta adequadamente a cabeça do fémur, na frouxidão ligamentar a cabeça escapa porque a cápsula é muito frouxa e não a segura dentro do acetábulo.

Como refere Volpon (2011) o diagnóstico da LCA é feito pela manobra de Ortolani que consiste em colocar a criança em decúbito dorsal, segurando os membros inferiores pelos joelhos, com a anca flexionada em 90° e mantidos em adução. A partir dessa posição faz-se abdução. Repete-se várias vezes, simultaneamente para as duas ancas ou fixa-se um lado e testa-se o outro. Quando existe instabilidade, esta manobra faz com que a cabeça do fêmur se encaixe melhor no acetábulo o que se sente na mão, chamado sinal do ressalto ou Ortolani positivo. Contudo esta manobra por vezes é confundida com sons causados pela movimentação e provocados pelo deslize de fâscia ou tendão sobre saliências ósseas. Se houver dúvidas outro médico deverá examinar a criança dentro das primeiras vinte e quatro horas ou fazer uma ultrassonografia passado três semanas de idade, pois mostra todos os componentes cartilagosos da anca. Este sinal deve ser pesquisado nas primeiras 48 horas de vida, pois com o passar dos dias a sua frequência diminui.

O tratamento no RN é simples, seguro e com 97% de sucesso. Faz-se a manobra de Ortolani e mantém-se a posição de abdução de mais ou menos 70° e flexão em torno de 100°, esta posição conserva o quadril reduzido e pode ser mantido por meio de aparelho gessado (atualmente só são usados em casos especiais) ou por aparelhos ortopédicos confeccionados em correias, plástico, metal ou tecido. Um dos mais utilizados são os suspensórios de Pavlik que são usados por dois a três meses, ininterruptamente. Neste período ocorre a remodelação da articulação e a cápsula recupera a tensão normal., sendo a criança seguida até completa maturação da anca (Volpon, 2011).

Volpon (2001) refere que após os três meses de idade e antes da deambulação ainda é possível reverter por meio de tração, sendo possível reduzir a luxação, imobilizar em gesso e posteriormente utilizar outro aparelho em média por seis meses. A cirurgia só é feita se não se conseguir a redução ou para completar alguma correção. Após a deambulação o tratamento geralmente é cirúrgico sendo que a probabilidade de insucessos aumenta com a idade de início de tratamento.

1.3.3.2.2 Pé Boto

Segundo Fernandes (2010) o pé boto, ou pé equinovaro congénito é uma das deformidades mais comuns do membro inferior. A incidência desta patologia é de um em mil nascimentos, surge mais frequentemente no sexo masculino e em 50% dos casos é bilateral, sendo unilateral aparece mais no membro inferior direito. A sua etiologia ainda é desconhecida.

O pé boto é uma deformidade tridimensional complexa que tem quatro componentes essenciais: aduto (posição da adução na articulação tarso-metatarsiana), cavo (exagero do arco longitudinal

interno na articulação médio-társica), varo (posição de inversão na articulação sub-astragalina) e equino (movimento de flexão na articulação tibio-társica). A união musculotendinosa do trícipete sural e do tibial posterior encontra-se menos desenvolvida e mais encurtada num pé boto que num pé normal (Fernandes, 2010).

Segundo Volpon (2011) o diagnóstico é clínico e radiográfico. As alterações anatomopatológicas são essencialmente de partes moles (cápsula, ligamento, tendão, músculos) não havendo alterações ósseas no recém-nascido. O tratamento deve ser realizado logo após o nascimento e consiste na realização de manipulações e gesso segundo a técnica de Ponseti. Os gessos são trocados todas as semanas e corrigem o cavo, varo e aduto, mas não o equino, esta deformidade é tratada com a tenotomia percutânea do tendão de Aquiles.

1.3.3.3 Serviço de Ortopedia

Relativamente à idade dos pacientes, observamos na figura 10, que a faixa etária em que há maior número de pacientes é a partir dos 65 anos (n=14).

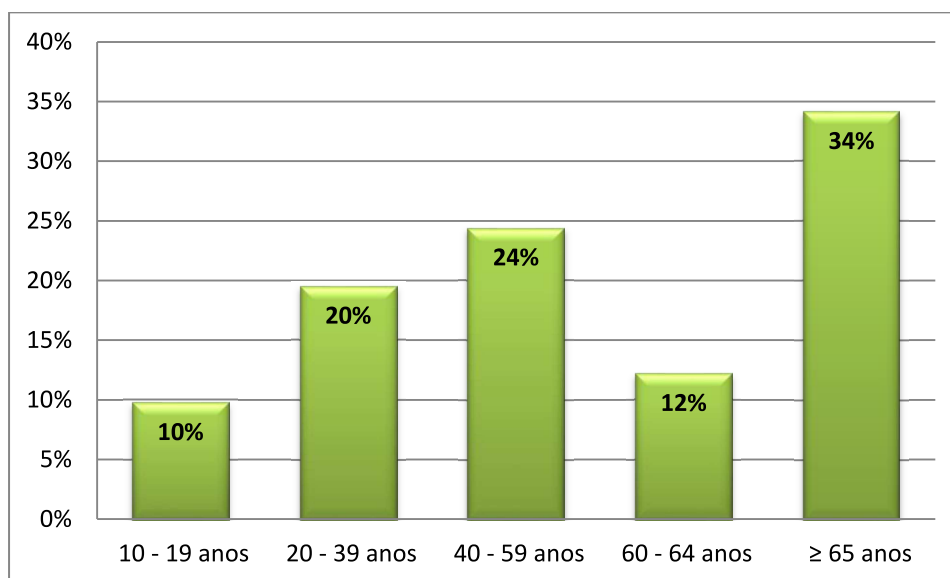


Figura 10 - Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a idade

Neste serviço podemos verificar que dos 41 pacientes atendidos 23 foram do género feminino (Figura 11).

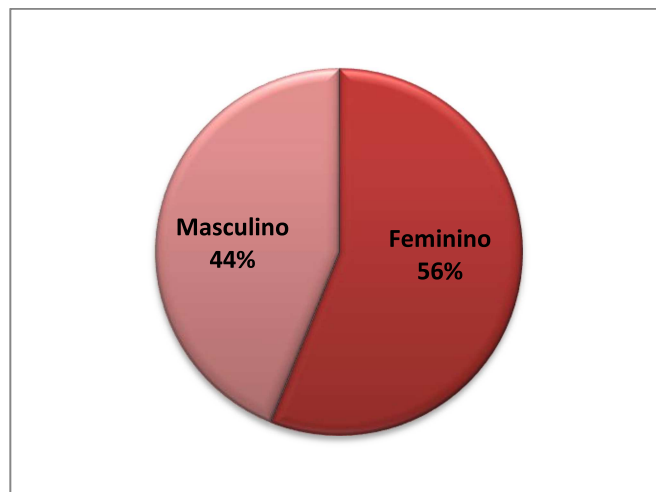


Figura 11 - Gráfico representativo dos pacientes segundo o género

Ao nível das patologias mais frequentes podemos verificar, na figura 12, que a mais comum foi a coxartrose (n=8) seguida pela fratura na perna (n=7).

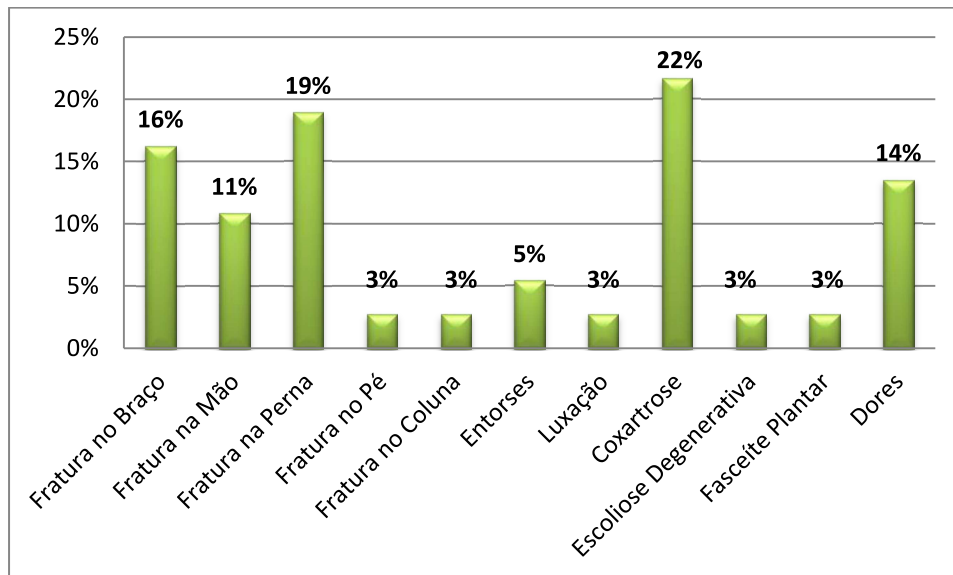


Figura 12 - Gráfico representativo das patologias mais comuns

1.3.3.3.1 Coxartrose

Giordano, Oliveira, Mesquita (2003) refere que a osteoartrose ou doença articular degenerativa consiste na destruição progressiva da cartilagem articular, acompanhada das respostas intrínsecas do organismo a esta agressão, como uma tentativa de reparação cartilaginosa, remodelação e esclerose do osso subcondral e, normalmente, formação de quistos ósseos subcondrais e osteófitos marginais. Ocorre com grande frequência nas articulações: mãos, pés, joelhos, quadris e coluna, podendo afetar qualquer outra articulação.

A coxartrose ou doença articular degenerativa do quadril afeta cerca de 3,5% da população entre os 65 e 74 anos, sendo uma das afeções mais incapacitante do aparelho locomotor (Giordano, Oliveira, Mesquita, 2003).

Hebert et al. (2009) citado por Verderi (2009) refere que a coxartrose é uma patologia de carácter evolutivo, que compromete a adaptação das funções da anca com relação às sobrecargas mecânicas, levando à perda da força muscular, da estabilidade articular e da propriocepção.

Giordano, Oliveira, Mesquita (2003) referem que o objetivo de tratamento da coxartrose é basicamente eliminar a dor e melhorar a função. As opções terapêuticas: tratamento não-cirúrgico, através de ortóteses e fisioterapia; tratamentos cirúrgicos, como substituições articulares.

1.3.3.4 Serviço de Cirurgia

Neste serviço assistimos a duas cirurgias, uma delas foi uma artroplastia total da anca e a outra foi uma correção de uma fratura no úmero.

Tanto a artroplastia total da anca como a correção da fratura do úmero foram feitas a pacientes do género masculino.

1.4 Conclusão

De um modo geral toda a equipa de Ortopedia foi muito acessível, esclareceram todas as dúvidas colocadas e perante os casos que foram aparecendo ainda nos deixaram colaborar conforme foi possível.

Em relação ao aconselhamento médico acho que poderiam reencaminhar mais para a área de Podologia, pois há casos em que podemos ser uma mais-valia principalmente no que se refere à subespecialidade de Ortopodologia, pois recomendar ao paciente que compre umas palmilhas

numa loja na minha opinião não é o mais correto, pois as palmilhas que são elaboradas pelas empresas são standardizadas e não são exclusivas para a pessoa em questão. Se todas as especialidades interagissem como uma equipa multidisciplinar, todos os pacientes teriam melhores cuidados de saúde.

2 Centro Hospital do Alto do Ave – Unidade de Guimarães

2.1 História

As raízes históricas do Hospital iniciam-se em finais do Século XVI, altura em que foi criado o Hospital da Misericórdia de Guimarães. Funcionou assim até à Revolução de 1974, altura a partir da qual passou a ser designado de Hospital Distrital de Guimarães. Contudo em meados dos anos 80 do século passado, a capacidade do Hospital estava cingida pelas pequenas instalações do Convento dos Capuchos, daí a necessidade da construção de um novo edifício para servir adequadamente a população da região (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

Segundo o Centro Hospitalar do Alto do Ave (2013) a tradição religiosa da região ajudou a dar o nome à instituição de “Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães” (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

O novo Hospital entrou em funcionamento a 25 de Setembro de 1991, tendo sido inaugurado oficialmente a 8 de Fevereiro de 1992 pelo Primeiro-ministro, Professor Aníbal Cavaco Silva. Funcionou neste formato até ao ano de 2002, quando foi transformado em Sociedade Anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos pelo Decreto-Lei nº 285/2002, como outros hospitais do país (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

Essa alteração baseou-se na implementação de uma forma de gestão de natureza empresarial. Tendo como objetivos aumentar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar o acesso e maximizar a eficiência e controlo da despesa total (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

Em 2005 houve nova alteração na natureza jurídica do Hospital, decretada pela tutela central. Todos os hospitais até então SA passavam a Entidades Públicas Empresariais (EPE), pelo Decreto-Lei nº 233/2005. O regime jurídico manteve-se semelhante, sendo reforçado o carácter público dos hospitais até à data SA (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

Em 2007, ocorreu uma nova alteração com a criação do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, pelo DL 50-A/2007 de 28 de fevereiro. Fundindo os antigos hospitais da Senhora da Oliveira e S. José de Fafe num único Centro Hospitalar, com sede em Guimarães. Mantendo-se o estatuto jurídico EPE (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

2.2 Caracterização

A sede deste Centro Hospitalar localiza-se no distrito de Braga, concelho de Guimarães, Freguesia de Creixomil (Portal da Saúde, 2013).

O Centro Hospitalar do Alto Ave (2013), figura 13, refere que atualmente o Centro Hospitalar tem por área de influência os Concelhos de Guimarães, Fafe, Vizela, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto e Felgueiras. Esta área compreende um total de cerca de 400 mil pessoas.



Figura 13 – Centro Hospitalar do Alto do Ave – Unidade de Guimarães

Possui praticamente todos os serviços de prestação de cuidados, complementados por serviços de suporte, assim como de serviços de gestão e logística (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

Tem um total de quase 1700 profissionais, dispersos pelos diversos Serviços e por ambas as Unidades (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

Tem em vista vários projetos para futuro. Destacando-se a certificação pela Qualidade através de entidade idónea internacional, a Joint Commission International, pretendendo ficar com parâmetros de qualidade ao mais elevado nível (Centro Hospitalar do Alto do Ave, 2013).

2.3 Consulta de Podologia

Segundo Espinoza (2012) a Podologia é o ramo da saúde que estuda o comportamento biofísico dos pés, as alterações morfofuncionais e as diferentes patologias diretas ou referidas que possam apresentar, assim como seu tratamento e prevenção. Participa na promoção da saúde, na prevenção de patologias e deformidades dos pés, trata de dar respostas a estes transtornos quando aparecem, mediante a aplicação de técnicas diagnosticadas e de tratamentos adequados.

2.3.1 Equipa médica

O serviço de Podologia – pé diabético tem a colaboração de dois Podologistas, mestre Helena Grenha e mestre Vítor Hugo, que durante o estágio foram nossos monitores, um por cada dia de estágio, e de 7 estagiários Podologistas.

2.3.2 Instalações

Este Centro Hospitalar para a área de Podologia no serviço Pé Diabético possui uma sala, figura 14, com cadeira elétrica, micromotor, móvel de assistência ao profissional, podoscópio, uma secretária, um computador, material utilizado em consultas de podologia: bisturi, lâminas, brocas, goivas, alicates, pinças de Adison, diversos tipos de cremes medicamentosos, esterilizador a microesferas e material descartável (compressas, luvas, máscaras). Contudo o Centro Hospitalar cedeu-nos mais uma sala com marquesa e secretária para podermos fazer as avaliações neurológicas, vasculares e biomecânicas.



Figura 14 – Consultório de Podologia – Unidade de Guimarães

2.3.3 Estágio

A carga horária do estágio no Centro Hospitalar do Alto Ave – Unidade de Guimarães foi de 40 horas, divididas por 8 dias, 5 horas por dia, das 9 horas à 13 horas, nos dias 14, 18, 21, 25 e 28 de Novembro e 2, 5, 7 de Dezembro de 2011.

Relativamente a este Centro Hospitalar verificou-se que dos 63 pacientes atendidos a faixa etária que mais prevaleceu foi a dos 60 aos 69 anos, $n=19$, Figura 15.

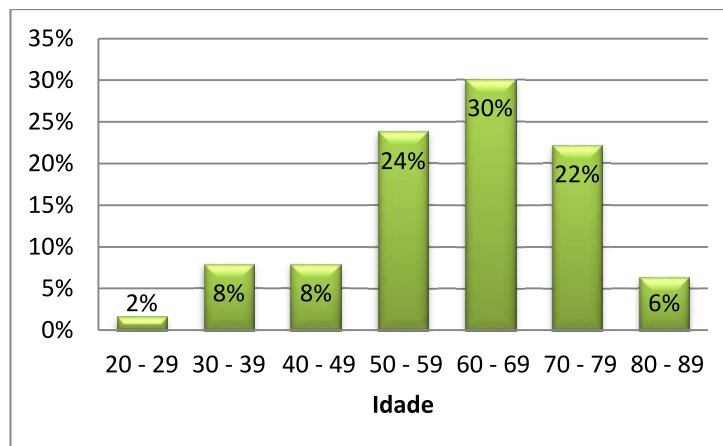


Figura 15 - Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a idade

Dos 63 pacientes observamos através da figura 16, que a maioria dos pacientes era do género feminino ($n=40$).

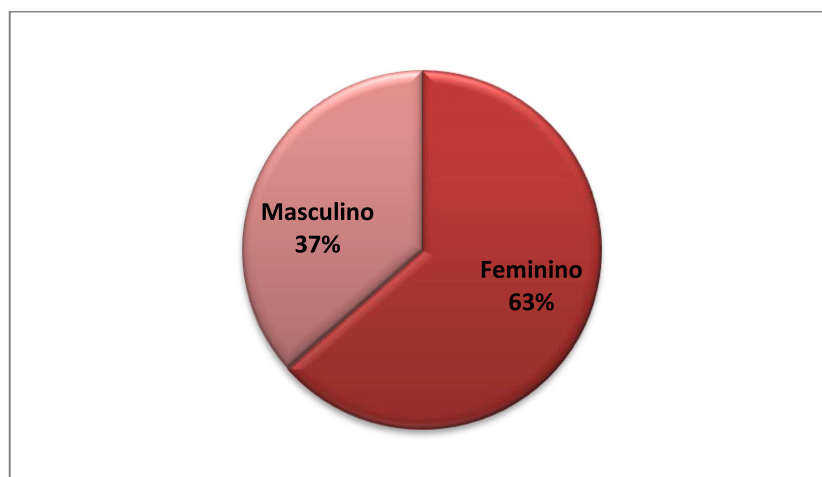


Figura 16 – Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo o género

Dos pacientes atendidos podemos observar, na figura 17, que a maioria era diabético (n=54).



Figura 17 – Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a patologia de diabetes

Dos pacientes atendidos a maioria era diabético tipo II (n=45) e que já possuíam a patologia entre 11 a 20 anos (n=22), figura 18 e 19 respetivamente.

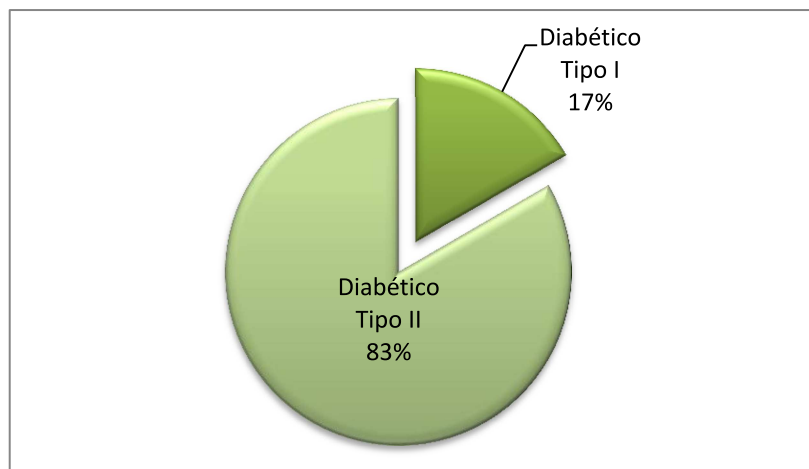


Figura 18 – Gráfico com a distribuição dos pacientes o tipo de diabetes

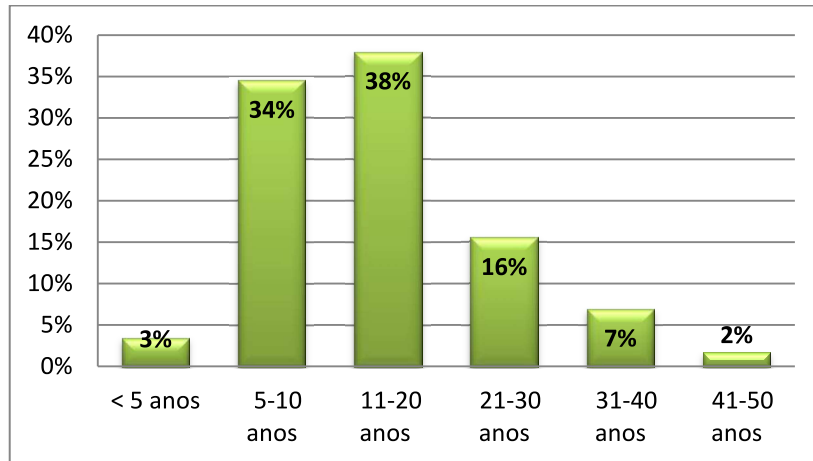


Figura 19 – Gráfico com a distribuição de anos que o paciente tem diabetes

Em relação aos antecedentes médicos podemos observar pela figura 20 que a maioria tinha hipertensão arterial (n=41).

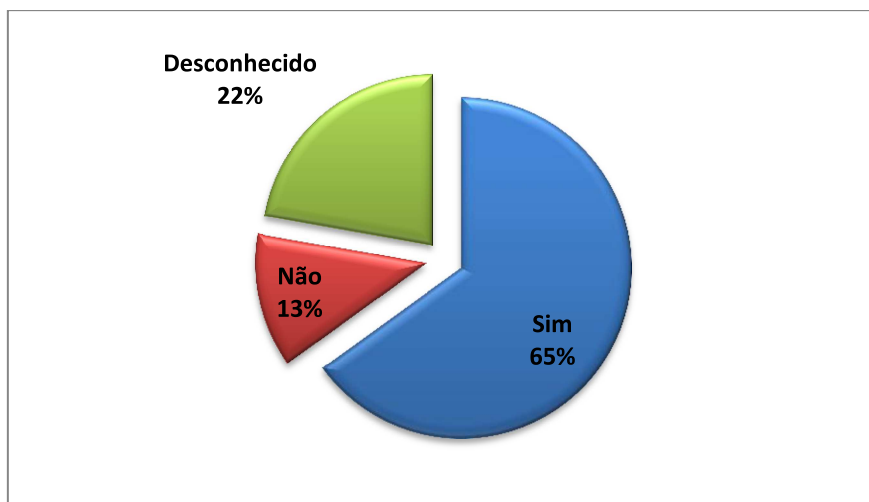


Figura 20 – Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a patologia Hipertensão arterial

Relativamente ao antecedente médico colesterol observamos, figura 21, que a maioria dos pacientes tinha colesterol (n=29).

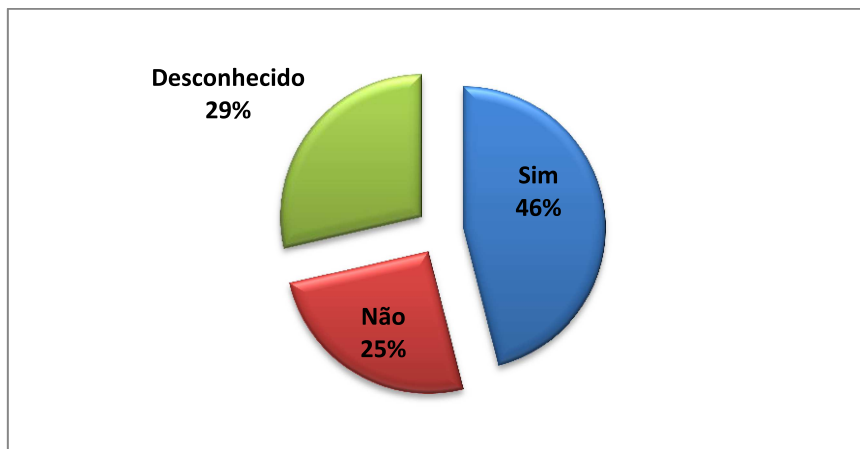


Figura 21 – Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a patologia colesterol

Dos 63 pacientes atendidos, verificamos através da figura 22 que as patologias mais frequentes em consulta foram a hiperqueratose (n=19) e a onicogribose (n=14).

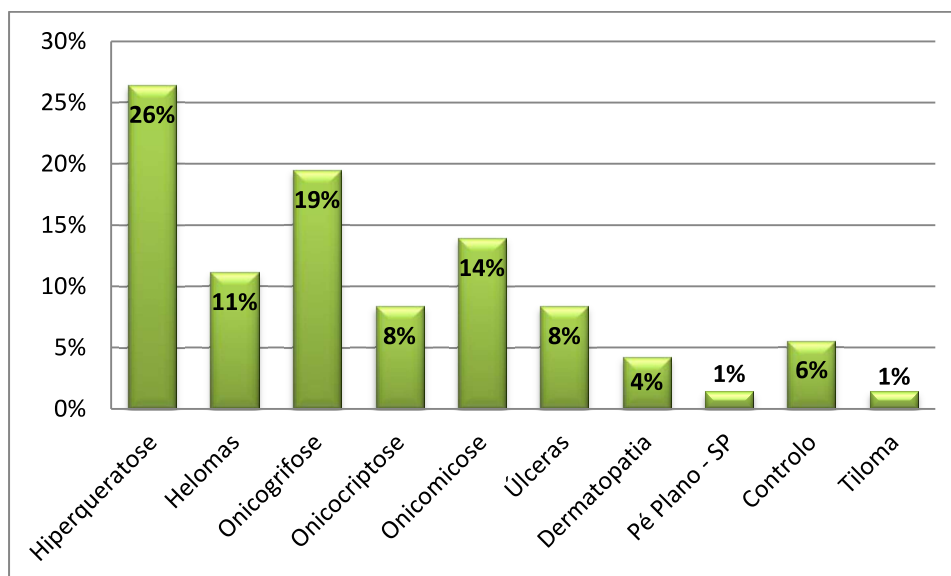


Figura 22 – Gráfico com a distribuição das patologias mais frequentes na consulta do pé diabético

2.3.3.1 Hiperqueratose

Segundo Pinto citado por Ferrari, Santos, Araújo, Cendoroglo e Trevisani (2009) hiperqueratoses são zonas de calosidades que surgem em locais de proeminência óssea após muito tempo de hiperpressão e de atrito.

Esteves, Baptista, Rodrigo e Gomes (2005) definem a hiperqueratose como sendo um espessamento duro circunscrito da pele, cuja superfície por regra é áspera e rugosa.

Segundo Esteves, Baptista, Rodrigo e Gomes (2005) na velhice a pele torna-se seca, áspera fina, apergaminhada e transparente, pouco resistente à tração e sem elasticidade.

Conforme citado por La Fuente (2005) como tratamento deve-se deslaminar a hiperqueratose e posteriormente deve-se avaliar a morfologia, biomecânica e o calçado utilizado para realizar um tratamento etiológico. Também se deve prevenir com proteções, com ortóteses em silicone, com palmilhas ortopédicas que redistribuem adequadamente as pressões sofridas pelo pé. Contudo no caso de haver alguma exostose ou deformidade deve-se recorrer a correção cirúrgica.

2.3.3.2 Onicogrifose

Esteves, Baptista, Rodrigo e Gomes (2005) referem que na onicogrifose a lâmina ungueal está hipertrofiada, escura, negra, torcida e córnea, sendo mais frequente nas unhas dos primeiros dedos dos pés. Também refere que os traumatismos repetitivos parecem ser os causadores, contudo, as polinevrites, a insuficiência cardíaca e a disfunção tiroidea também podem ser a causa da unha ficar hipertrófica. Apoiado por Lorimer, Frebch, O'Donnell, Burrow e Wall (2006) que referem que os sapatos apertados também podem originar a hipertrofia da unha.

Lorimer, Frebch, O'Donnell, Burrow e Wall (2006) referem que o tratamento consiste na redução da hipertrofia ungueal com micromotor e que deve ser efetuado periodicamente de forma que o paciente não se sinta desconfortável.

2.3.4 Suportes Plantares

Cruz, Correia e Tavares (2005) citando Lacuesta (1999) referem que na prática clínica da consulta de Podologia a aplicação de suportes plantares é frequente. Estes autores também citam La Fuente (2003) referindo que são utilizados para minimizar o efeito de alterações estruturais do pé e para controlar as consequências de algumas disfunções orgânicas que trazem repercussões no pé e se traduzem em apoios viciados e adoção de posições de defesa.

Os suportes plantares podem ser de vários tipos: de correção, indicadas para o tratamento de diversas patologias do pé; de manutenção, indicadas para retirar a dor e ajudar a correção enquanto usadas; de compensação, utilizadas em caso de dismetrias ou heterometrias e de amputações (Mira, 2010).

No decorrer deste estágio também elaboramos suportes plantares para pacientes da consulta do centro hospitalar. Os suportes plantares foram elaborados na Escola Superior de Saúde de Vale do Ave (ESSVA).

2.3.5 Conclusão

Neste Centro Hospitalar o material para trabalhar era escasso, pois tinha de se colocar o material a esterilizar que se tinha utilizado na consulta anterior para podermos ter material para a próxima consulta, só havia uma sala com cadeira eléctrica, a sala era pequena para tantos alunos, na minha opinião deveriam alargar o serviço de podologia, pois a nossa área é muito importante para dar assistência aos diabéticos e a maioria das outras áreas da saúde não dão muito interesse aos pés e como sabemos os pés são um dos primeiros a serem afetados em pessoas diabéticas. Se houvesse mais condições poderiam colocar mais podologistas e consequentemente atender mais pessoas diabéticas (o tempo de espera não seria tão grande), diminuir a percentagem de amputações e melhorar a qualidade de vida dos pacientes.

3 Centro Hospitalar de São João

3.1 História

Segundo o Centro Hospitalar de São João (2011) no dia 1 de Abril de 2011 o Hospital de São João e o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo fundiram-se no Centro Hospitalar de São João, Entidade Pública Empresarial (CHSJ, EPE). Esta união enquadra-se na reestruturação do parque hospitalar para complementar e concentrar recursos que pretendem melhorar a prestação de serviços de saúde, garantindo á população melhor acesso, maior diversidade, qualidade e eficiência dos mesmos.

A relação do Centro Hospitalar com a Faculdade de medicina vai ser mantida e desenvolvida. Centro Hospitalar de São João (2011)

O novo Centro Hospitalar de São João será constituído por dois pólos, o do Porto (Hospital de São João) e o de Valongo (Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo). O polo de Valongo manterá o Serviço de Urgência, o internamento de Medicina Interna e de Psiquiatria, a Unidade de Convalescença, integrada na rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, a atividade de ambulatório (consulta externa), aumentando o número de especialidades disponíveis em função da procura verificada na região que o polo serve.

3.2 Localização

Como foi referido os dois polos do Centro Hospitalar de São João localizam-se no distrito do Porto, um na cidade do Porto e o outro na cidade de Valongo, figura 23.



Figura 23 – Unidade de Valongo – Centro Hospitalar de São João

3.3 Consulta de Podologia

3.3.1 Equipa médica

O serviço de Podologia – pé diabético possui a colaboração de dois podologistas, doutora Liliana Ávidos e mestre Janete Leiras, que durante o estágio foram nossas monitoras, uma por cada dia de estágio, e por 7 estagiários Podologistas.

3.3.2 Instalações

Este Centro Hospitalar para a área de Podologia no serviço Pé Diabético possui duas salas, uma das salas é maior, dá assistência à mais pequena a nível de material preciso para as consultas, e possui uma secretária, um computador, uma cadeira elétrica com micromotor incorporado (Figura 24), podoscópio; a outra sala mais pequena com cadeira elétrica e micromotor portátil, também com móvel de assistência profissional e material utilizado em consultas de podologia: bisturi, lâminas, brocas, goivas, alicates, pinças de Adison, diversos tipos de cremes medicamentosos, material descartável (compressas, luvas, máscaras).



Figura 24 – Consultório de Podologia – Unidade de Valongo

3.3.3 Estágio

A carga horária do estágio no Centro Hospitalar de São João – Unidade de Valongo foi de 40 horas, divididas por 8 dias, 5 horas por dia, das 9 horas à 13 horas, nos dias 23, 24, 30 e 31 de Janeiro e 6, 7, 13 e 14 de Fevereiro de 2012.

Dos 55 pacientes atendidos podemos observar, figura 25, a faixa etária que mais prevaleceu foi dos "60 - 69"(n=22).

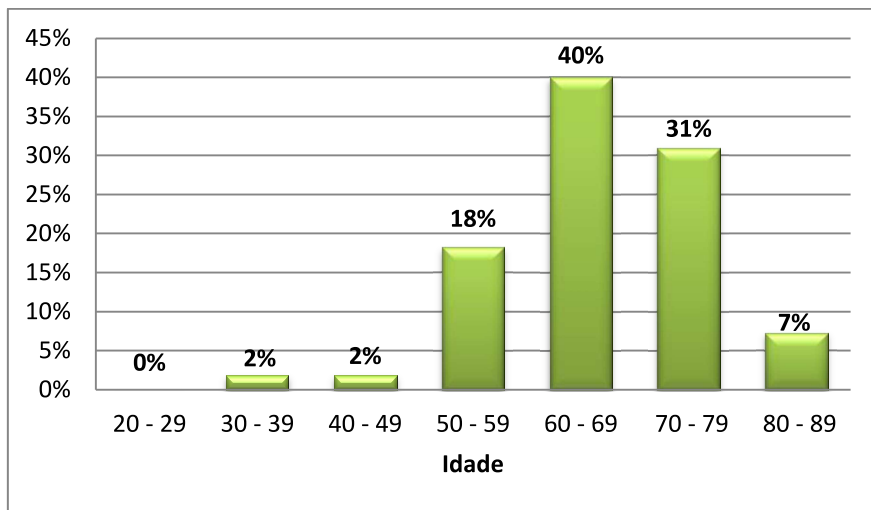


Figura 25 – Gráfico com a distribuição da idade dos pacientes atendidos

Relativamente ao género dos pacientes, observamos na figura 26, que a maioria dos pacientes era do sexo feminino, no entanto com números não muito afastados.

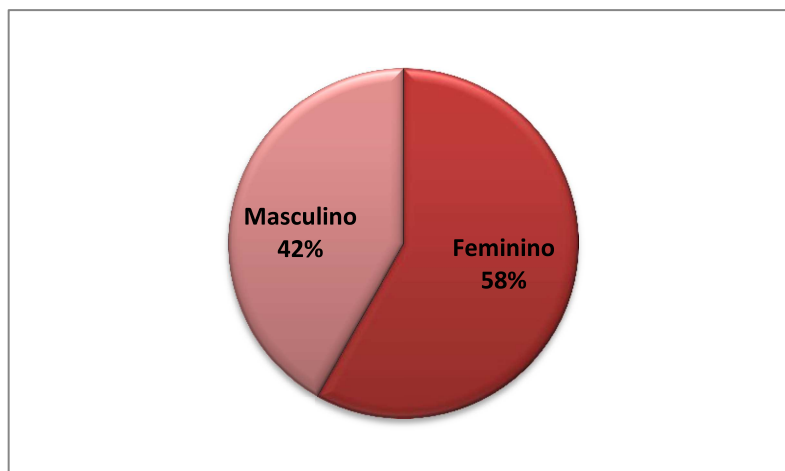


Figura 26 - Gráfico representativo dos pacientes atendidos segundo o género

Conforme podemos observar na figura 27, só uma minoria não era diabético (n=1).

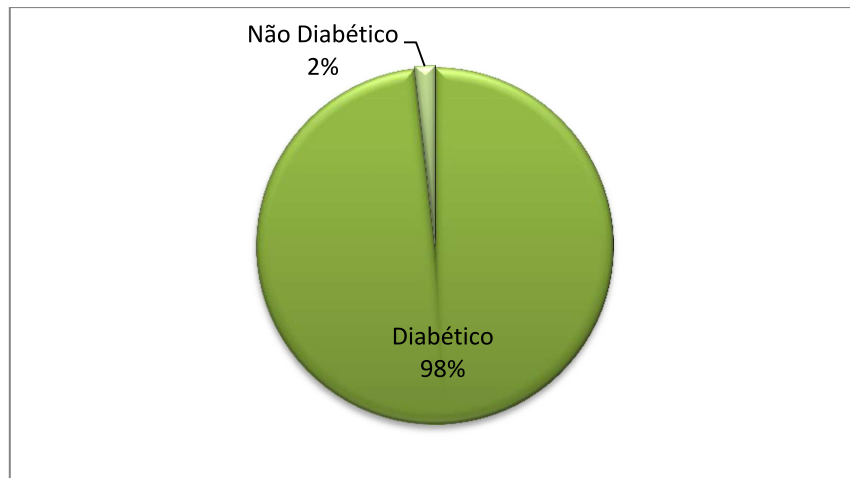


Figura 27 – Gráfico com a distribuição dos pacientes segundo a patologia de diabetes

Dos pacientes atendidos, a maioria era diabético tipo II (n=47), figura 28, e podemos verificar na figura 29 que o tempo predominante que já tinham conhecimento da patologia foi "< 5 anos" e dos "5 – 10 anos" (n=14).

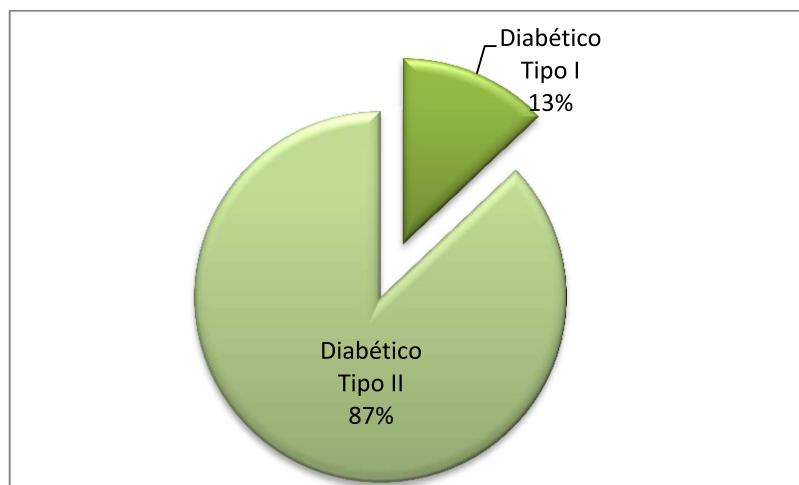


Figura 28 – Gráfico com a distribuição dos pacientes o tipo de diabetes

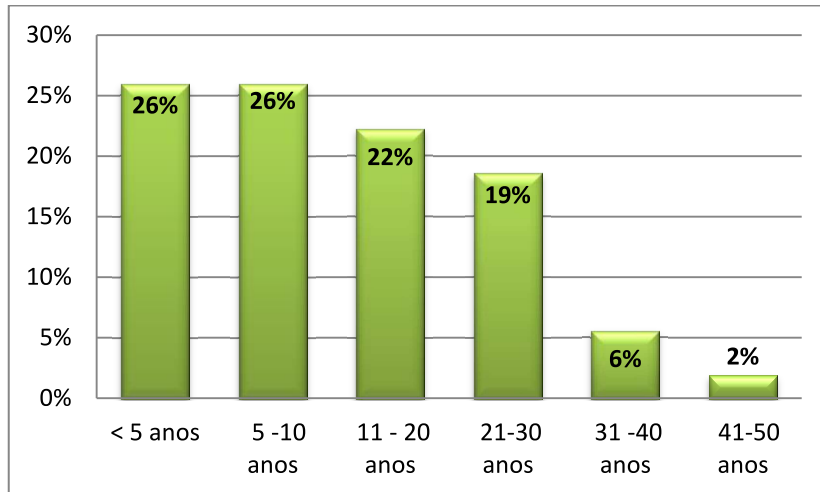


Figura 29 – Gráfico de distribuição segundo o tempo que tem a patologia dos diabetes

Segundo a figura 30 podemos verificar que a maioria das pessoas tinha hipertensão arterial (n=46).

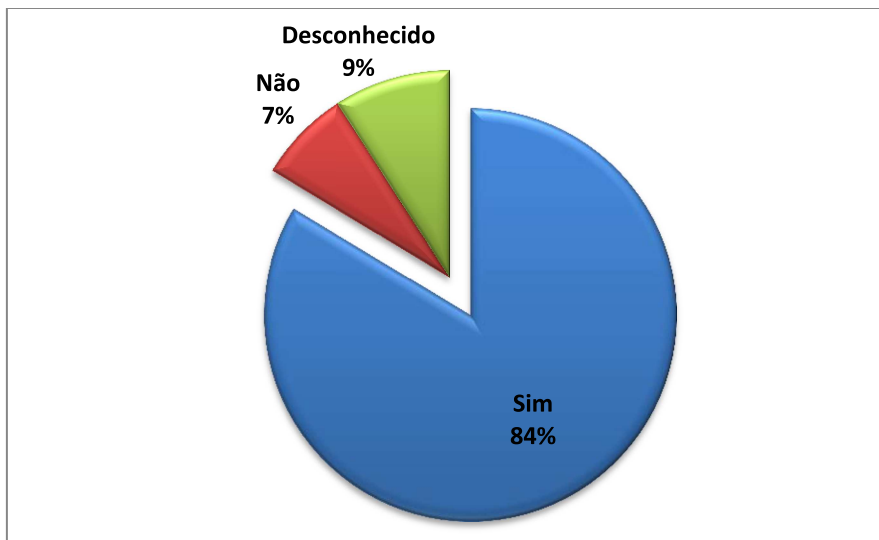


Figura 30 – Gráfico da distribuição segundo o antecedente médico Hipertensão arterial

Dos 55 pacientes, como podemos observar na figura 31, a maioria tinha colesterol (n=29).



Figura 31 – Gráfico da distribuição segundo o antecedente médico colesterol

As patologias tratadas nas consultas encontram-se representadas na figura 32, sendo as patologias mais frequentes a onicogribose (n=35) e a hiperqueratose (n=25).

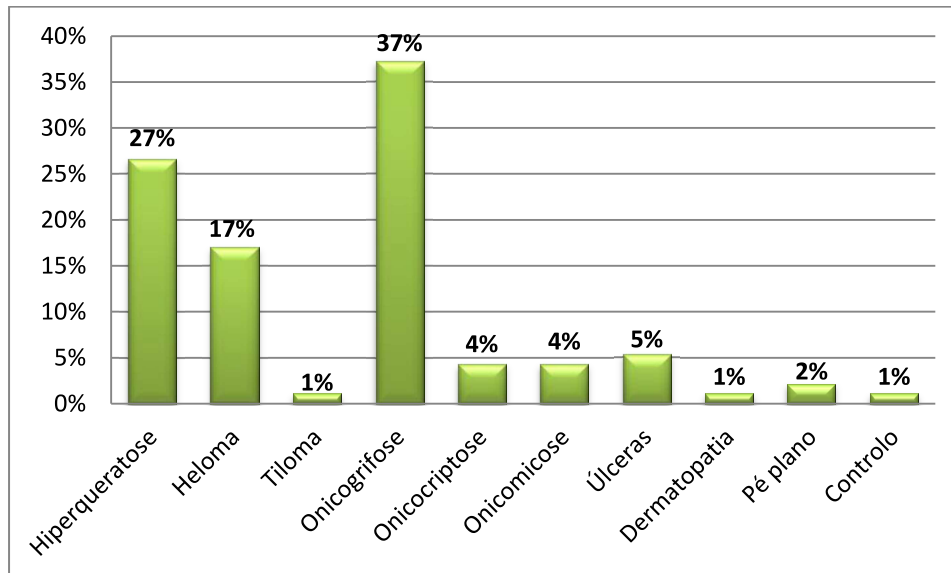


Figura 32 – Gráfico da distribuição segundo a patologia mais frequente

3.3.4 Suportes Plantares

Neste hospital também houve pacientes que precisavam de suportes plantares que foram elaboradas por nós, estagiários, na Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa.

3.3.5 Cirurgias

Neste Centro Hospitalar houve uma manhã só para fazer tratamento de onicocriptoses através de matrisectomias em que pudemos participar nas mesmas, no meu caso clínico aplicamos a técnica química de fenol-álcool.

Segundo Azevedo (2012) o procedimento mais aceite e usado mundialmente para o tratamento de onicocriptoses é a matrisetomia química com fenol. Esta técnica é mais segura e de fácil aplicação devido aos seus altos níveis de efetividade e tem vantagens que superam largamente as suas complicações e inconvenientes.

Azevedo (2012) descreve a matrisetomia segundo Boll (1945) que refere que a técnica se baseia em três fases diferentes. A primeira fase ungueal: exérese ungueal

- Exploração do canal ungueal com o fim de avaliar o grau de encravamento. Pode-se realizar com escópolo ou goiva.
- Separação do canal ungueal, seguido da separação da lâmina ungueal de toda a zona do eponíquio que corresponde à porção ungueal que se vai extrair, e do tecido periungueal lateral.
- Despegue da lâmina ao leito ungueal. Posteriormente, separa-se a porção de lâmina ungueal que iremos retirar e seu correspondente leito ungueal.
- Corte lateral da lâmina ungueal. Procede-se ao corte com tesoura, bisturi ou ambos. Normalmente, utilizam-se ambos os instrumentos, de maneira a colocar-se a lâmina plana da tesoura entre a unha e o leito ungueal em toda a sua longitude. Assim se procede a um corte reto. De seguida, introduz-se o bisturi, para continuar o corte em toda a sua extensão. A porção de lâmina ungueal que se extrai deverá ser o equivalente a aproximadamente 1/8 da lâmina ungueal, segundo os dados recolhidos em avaliação prévia.
- Exérese da porção lateral da unha. Utiliza-se um mosquito curvo para clampar a unha e realiza-se um movimento de rotação e tracção superior e proximal.

Segunda fase: Curetagem

- Realiza-se curetagem da matriz, leito e sulcos ungueais com uma cureta.

- Lavado com soro fisiológico de toda a zona raspada, seguido de secagem.

Terceira fase: Matricetomia química – a fenolização deverá ser realizada apenas quando a zona a cauterizar se encontra seca e livre de sangue. A primeira aplicação de fenol de 30 segundos. Impregna-se uma zaragatoa com fenol e introduz-se na zona da matriz. Deve-se ter o cuidado de limpar o fenol excedente que possa ficar, de maneira que apenas contate fenol com a zona da matriz e não com o tecido envolvente. Lavado a pressão com álcool. A segunda aplicação de fenol de 30 segundos, segundo lavado com álcool, e posteriormente secagem da zona.

Esta técnica foi a que se aplicou na realização das matricetomias, contudo houve uma alteração, em vez de se impregnar a zaragatoa com o fenol impregnou-se uma “ponta” da compressa com fenol.

Segundo Azevedo (2012) descreve como vantagens: diminuição do desconforto pós-operativo, simplicidade e facilidade de execução, baixa taxa de recorrência, bons resultados estéticos e funcionais, não necessita de equipamento especial, diminuição da dor pós-operatória devido a uma acção neurolítica do fenol.

Azevedo (2012) descreve como desvantagens e complicações: aplicação descuidada pode dar origem a linhas de Beau, aumento do tempo de cura devido à queimadura química produzida pelo fenol, dando lugar a uma reacção inflamatória na zona eponiquial e uma drenagem serosa prolongada, queimaduras químicas, onde a intensidade da resposta inflamatória e da duração da drenagem são directamente proporcionais à extensão do tecido lesado, amputação do hallux como resultado de uma queimadura após aplicação do fenol.

3.3.6 Conclusão

Neste Centro Hospitalar já possuíamos duas salas contudo uma delas era muito pequena, o material também não era muito, contudo já tinha mais material que o Centro Hospital do Alto do Ave. Acho que deviam apostar mais na área da Podologia, não só dando assistência a pessoas diabéticas mas também a pessoas não diabéticas. A Podologia é importante para todas as pessoas não só para os diabéticos. Melhorar a qualidade de vida das pessoas todas, pois todos sofrem de problemas nos pés. Os pés funcionando bem as pessoas vivem melhor, trabalham melhor, praticam desporto coisa que muitas não fazem não só devido aos pés.

Em relação ao estágio em si neste centro hospitalar acho que deviam apostar mais na formação das matricetomias.

4 Apoio ao peregrino a Fátima

O apoio ao peregrino a Fátima tem como objectivo ajudar os peregrinos na sua caminhada até Fátima prestando-lhes cuidados podológicos necessários.

Esta iniciativa decorreu de 7 a 12 de maio e teve vários postos como: Maia, Oliveira de Azeméis, Águeda, Mealhada, Pombal e Fátima.

Nos diversos postos estiveram vários podologistas e estagiários que ao longo do dia foram tratando essencialmente das pernas cansadas e das flictenas nos pés dos peregrinos.

A propósito, refiro que, segundo Horta (2011), as flictenas resultam da fricção da pele por agentes traumáticos que provoca um descolamento das camadas mais superficiais da pele, dando origem a uma bolsa de conteúdo líquido.

O mesmo autor refere que o tratamento da flictena passa por desinfectar em primeiro lugar a pele com Betadine, seguidamente picar o bordo da flictena uma agulha e drenar-la e por fim desinfectar novamente a pele.

4.1 Conclusão

Como resultado desta iniciativa todo o nosso objectivo foi conseguido com sucesso tanto a nível de apoio físico como também um certo apoio psicológico de modo a que todos os peregrinos conseguissem com sucesso atingir a sua meta.

Esta atividade foi muito benéfica pois aprendemos a lidar com todo o tipo de pessoas, assim como trabalhar em equipa e ajudar de forma voluntária quem mais necessita ao longo da sua caminhada religiosa a Fátima.

5 Seminários e Congresso

De horas de estágio tivemos ainda os seminários seguintes;

- “O Calçado”, que teve como palestrante o Doutor Ricardo Silva, e foi realizado nos dias 22 e 29 de Outubro na Escola Superior de Saúde de Vale do Sousa;
- “Feridas”, com as palestrantes Doutora Assunção e Doutora Liliana Ávidos, realizado no dia 25 de Fevereiro;
- “Reumatologia”, com o palestrante Doutor Domingos Araújo, realizado nos dias 10 e 31 de Março;
- “Ortopedia infantil” com, o palestrante Doutor Nuno Alegrete, realizado nos dias 14 de Abril e 9 de Junho;
- “Biomecânica”, com os palestrantes Joaquim Paez e Rafael Gonzalez, realizado no dia 17 de Dezembro;
- “Homeopatia”, com a palestrante Doutora Anne Wickel, realizado no dia 26 de Maio.

Os temas abordados em cada um dos seminários foram os seguintes:

- Calçado
 - o sector do calçado em Portugal;
 - o calçado, efeitos barreira;
 - materiais para o calçado;
 - metodologias da caracterização de materiais e calçado.
- Feridas
 - fases de cicatrização;
 - feridas;
 - viabilidade tecidual;
 - terapêutica tópica.
- Reumatologia
 - doenças inflamatórias auto-imunes (esclerose sistémica; artrite reumatóide e espondilite anquilosante).
- Ortopedia Infantil
 - alterações fémuro tibiais (doença de Blount e raquitismo);
 - pé plano (pé plano laxo infantil e pé plano rígido);
 - pé boto.

- Biomecânica
 - articulação subastragalina (técnica de root);
 - métodos quantitativos de análise clínica (FPI).
- Homeopatia
 - alergias;
 - contusões;
 - entorses;
 - artroses.

Assistimos também ao Congresso que decorreu nos dias 27 e 28 de Abril, 2012, no Centro de Congressos de Aveiro, onde foram falados diversos temas em diferentes áreas: podiatria infantil, podiatria clínica, pé diabético, podiatria geriátrica, homeopatia em geriátrica, inovação e desenvolvimento em podiatria, calçado terapia, podiatria cirúrgica.

No dia 28 foram apresentados e abordados diversos temas por área:

Na área de Podiatria Infantil:

- Doença de Sever, a Eficácia das Ortóteses Plantares Personalizadas na Diminuição da Dor em Crianças com idade entre os 8 e os 12 anos;
- Alterações dermatológicas no pé da Criança.

Na área da Podiatria Clínica:

- Princípios gerais do uso do Laser;
- Aplicabilidade da terapia do Laser na Podologia;
- Aplicabilidade do Laser YAG no Tratamento das Onicomicoses e Tratamento de Verrugas.

Na seção do Pé Diabético:

- Podologia na Consulta multidisciplinar do Pé Diabético;
- Oxigenoterapia Tópica no Tratamento de úlceras;
- Tratamento Ortopodológico no Pé diabético.

Na área de Podiatria Geriátrica:

- Osteonecroses e Osteocondrites do Pé;
- Relação entre a dor no pé e a limitação Funcional na Comunidade Geriátrica.

No âmbito da Homeopatia em Podiatria:

- Princípios Fundamentais da Homeopatia.
- Aplicabilidade da Homeopatia à Podologia.

No dia 29 foram abordadas as áreas abaixo indicadas.

Inovação e Desenvolvimento em Podiatria:

- As peúgas no Pé Diabético – Avanços Tecnológicos;
- Influência Hemodinâmica de Meias Compressivas;
- As Peúgas nas Dermatomicoses – Agentes Funcionalizantes.

Calçadoterapia:

- Investigação e Inovação no Sector do Calçado – Materiais, Componentes e Tecnologia para o Calçado do Futuro;
- A Podologia no Calçado Profissional.

Podiatria Cirúrgica:

- Cirurgia Percutânea do HAV;
- Complicações Pós Cirúrgicas da Cirurgia Podológica.

5.1 Conclusão

Os seminários e o congresso foram uma mais valia para nós. Neles tomámos contato com profissionais experientes e conhecedores, atualizamos conceitos já aprendidos e obtivemos informação da evolução da ciência e das técnicas. Com os conhecimentos que adquirimos ficámos mais habilitados para na nossa prática clínica prestarmos mais competentes e melhores cuidados aos nossos doentes, tanto crianças, como adultos ou idosos.

6 Referências bibliográficas

- Abreu, M. M. M. A., (2000) *Anatomia do Membro Inferior*. Gandra.
- Alves, E., Lima, Z. B., Seixlack, M. A. L., Berrolini, G. R. F., Buzanello M. R., (2008) *Avaliação da pressão plantar em indivíduos com fascite plantar*. [Versão eletrónica] Revista Saúde e Pesquisa, 1(3):277-281.
- Anna, F. S., (2010) *Doença displásica da anca – conceitos básicos e orientações em Medicina Geral e Familiar*. [Versão eletrónica] Revista Portuguesa Clínica Geral 25:??-???. Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/460/1/Rev%20Port%20Clin%20Geral%202009_25_2.pdf.
- Azevedo, A. (2012) Revisão de tema – Técnica fenol – álcool. Revista da Associação Portuguesa de Podologia, 28:25-30.
- Centro Hospitalar do Alto Ave (2013). Acedido em 10 de janeiro, 2013, disponível em: <http://www.chaa.min-saude.pt/Hospital/Historia/>.
- Centro Hospitalar de São João (2011). Acedido em 24 de março, 2013, disponível em: http://www.chsj.pt/?WMCM_Paginald=28015¬iciald=31270&pastaNoticiasReqId=28006
- Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho (2013). Acedido em 19 de dezembro, 2012, disponível em: <http://www.chvng.pt/index.php>.
- Cruz, J. C. P., Correia, M. V. e Tavares, J. (2005) Análise da Variabilidade das Zonas de Pressão Plantar e efeitos Posturais: Implicações Biomecânicas dos Suportes Plantares. Acedido a 8 de abril, 2013, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/187/2/10466.pdf>.
- Espinoza, M. A. G. (2012) *A podologia no século XXI*. [Versão eletrónica] Revista Digital de Podologia. Acedido em 20 de janeiro, 2013, disponível em: <http://www.revistapodologia.com/download-revista-portugues>.
- Esteves, J. A., Baptista, A. P., Rodrigo, F. G. e Gomes, M. A. M. (2005) *Dermatologia* (3ª ed.). Lisboa: Fundação Clouste Gulbenkian.

- Ferrari, S. C., Santos, F. C., Araújo, M. S. L., Cendoroglo, M. S. e Trevisani V. F. M. (2009) *Patologias no pé do Idoso*. [Versão eletrônica]. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 6(1),106-118.
- Fernandes, F. A. L., (2010) Tratamentos Conservadores no pé Boto- Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/52154/2/Tratamentos%20Conservadores%20no%20P%20Boto.pdf>.
- Fitzgerald, R. H., Kaufer, H. e Malkani, A. L. (2004) Ortopedia. Madrid: Editorial Médica Panamerica S. A..
- Giordano, M., Oliveira, L. P., Mesquita K. C. (2003). *Doença articular degenerativa do quadril: etiopatogenia e classificações*. [Versão eletrônica] Arquivos em Ortopedia e Traumatologia. Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: https://www.sbotrj.com.br/aot/revista_aot_2.pdf
- Guarniero, R. (2010) *Displasia do desenvolvimento do quadril: atualização*. Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbort/v45n2/02.pdf>.
- Horta, L. (2011) *Prevenção de lesões no desporto*. Acedido em 10 de dezembro, 2013, disponível em: <http://books.google.pt/books?id=pgRgyd-XxUsC&pg=PA305&dq=flictenas&hl=pt-PT&sa=X&ei=J16sUoWHKcme7AbG5IAI&ved=OCDEQ6AEwAA#v=onepage&q=flictenas&f=false>.
- La Fuente, J.L. M. (2005). *Podología desportiva*. Barcelona: Masson
- Lorimer, D. L., French, G., O'Donnel, M., Burrow, J. G. e Wall, B. (2006). *Neale's Disorders of the Foot* (7ª ed.). Philadelphia: Elsevier SAS.
- Mira, P. G. F. (2010) Introdução a Ortopedia. [Versão eletrônica] Revista digital de Podologia 33: 4-6. Acedido a 8 de abril, 2013, disponível em: <http://www.revistapodologia.com/download-revista-portugues>.
- Pires, K. A., Melo, M. R. A. C., (2005) *Luxação Congénita do quadril: uma abordagem inicial*. Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n2/2_luxacao_congenita_do_quadril.pdf.
- Portal da Saúde (2013). Acedido em 10 de fevereiro, 2013, disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/servicos/prestadoresV2/?providerid=152>.

- Portal da Saúde (2013). Acedido em 15 de fevereiro, 2013, disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/Portal/servicos/prestadoresV2/?providetid=144>.
- Verdeti, E. B. L. P. (2011) *Mobilidade e função da articulação coxofemoral. Conceitos e considerações sobre disfunções motoras conseqüentes de uma má formação congénita em uma mulher de 53 anos. Um estudo de caso em busca do movimento.* [Versão eletrónica]. Coleção Pesquisa em Educação Física. 10(1):113-120. Acedido em 20 de março, 2013, disponível em: <http://www.fontouraeditora.com.br/periodico/vol-10/Vol10n1-2011/Vol10n1-2011-pag-113a120/Vol10n1-2011-pag-113a120.pdf>
- Volpon, J. B. (2011) *Texto básico de ortopedia e traumatologia para o académico.* Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/volpon/downloads/graduacao.pdf>.
- Zanon, R. G., Brasil, A. K., Imamura, M., (2006) Ultra-som contínuo no tratamento da fasciíte plantar crónica. Acedido em 23 de março, 2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/aob/v14n3/a04v14n3.pdf>.

Anexos

Anexo I – Cronograma do estágio profissionalizante

**MESTRADO EM PODIATRIA CLÍNICA
CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS 2011/2012**

Mês	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	
Outubro					F																			
Novembro					F	A1	A1																	
Dezembro																								
Janeiro																								
Fevereiro																								
Março																								
Abril																								
Mai																								
Junho																								

Legenda:

- Carnaval
- Páscoa
- Natal
- Época Normal Exames
- Férias
- Feriado
- Aulas
- Época de Recurso
- Apoio ao peregrino a Fátima
- Centro Hospitalar do Alto Ave - Unidade de Guimarães
- Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (serviço de ortopedias e 5ª feir)
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Centro de paralisia Cerebral 1ª 2ª 3ª feira de cada mês)

Anexo II – Imagens de alguns pacientes atendidos no Centro Hospitalar do Alto do Ave – Unidade de Guimarães

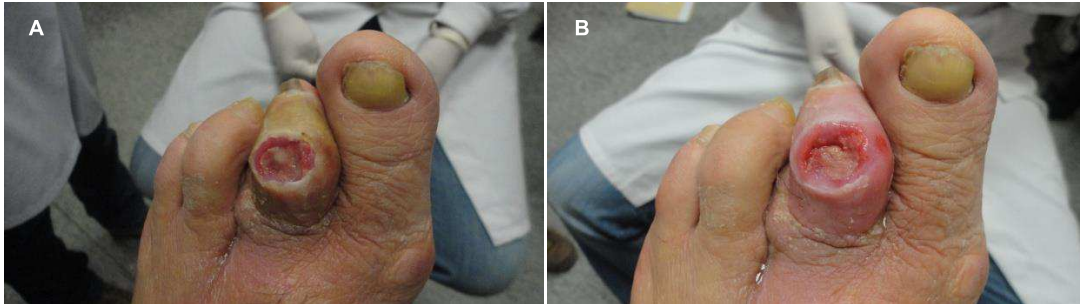


Figura 33 – Úlcera no dorso do segundo dedo (A – antes do tratamento; B – depois do tratamento)

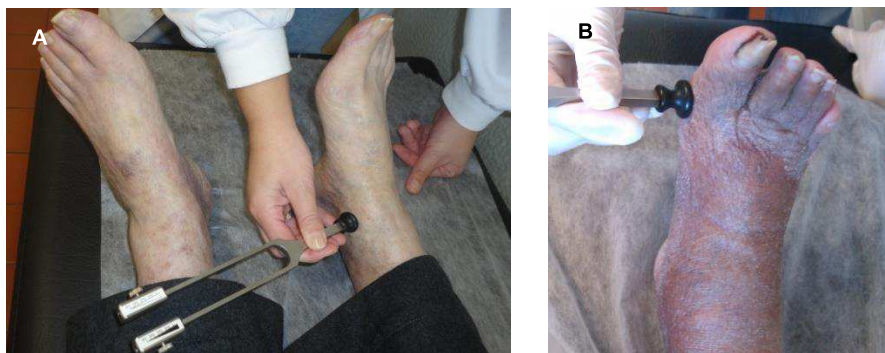


Figura 34 – Avaliação da sensibilidade com o diapasão (A e B)



Figura 35 - Avaliação da sensibilidade com o monofilamento 10g



Figura 36 – Exame com doppler



Figura 37 – Imagem do apoio plantar através do podoscópio

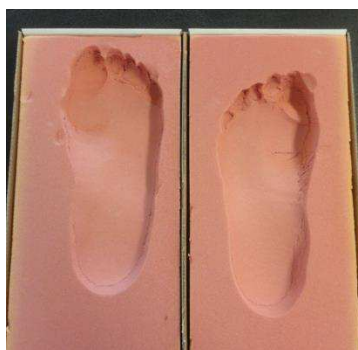


Figura 38 – Moldes em espuma fenólica

Anexo III - Imagens de alguns pacientes atendidos no Centro Hospitalar de São João – Unidade de Valongo



Figura 39 – Hiperqueratose plantar



Figura 40 – Úlcera no dorso do segundo dedo



Figura 41 – Úlcera plantar a nível da terceira cabeça metatarsal



Figura 42 - Onicogrifose