

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

# **Relatório de Estágio**

Por

**Joana Sofia Sameiro da Cruz**

Vila Nova de Famalicão

Dezembro, 2013



# Índice

Índice.....	I
Índice de Imagens .....	V
Índice de Tabelas.....	VI
Índice de Anexos .....	VII
Listas .....	VIII
Abreviaturas.....	VIII
Símbolos.....	VIII
Siglas .....	IX
Introdução .....	1
1 Estágio profissionalizante .....	3
1.1 Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães .....	3
1.1.1 História da Instituição.....	3
1.1.2 Recursos Materiais e Humanos.....	4
1.1.3 Consulta de Podologia.....	4
1.1.4 Equipa médica .....	4
1.1.5 Estágio .....	4
1.1.6 Dados do estágio .....	7
1.1.7 Conclusão .....	18
1.2 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho .....	19
1.2.1 História da Instituição.....	19
1.2.2 Recursos Materiais e Humanos.....	19
1.2.3 Consulta de ortopedia.....	19
1.2.4 Equipa médica .....	20
1.2.5 Estágio .....	20
1.2.6 Dados do estágio .....	22

1.2.7	Conclusão .....	31
1.3	Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo.....	33
1.3.1	História da Instituição.....	33
1.3.2	Recursos Materiais e Humanos.....	33
1.3.3	Consulta de Podologia.....	34
1.3.4	Equipa médica .....	34
1.3.5	Estágio .....	34
1.3.6	Dados do estágio .....	35
1.3.7	Conclusão .....	43
2	Apoio ao Peregrino .....	45
3	Seminários .....	47
3.1	Seminário de calçado-terapia .....	47
3.2	Seminário de Biomecânica .....	48
3.3	Seminário de Reumatologia .....	49
3.4	Seminário de Feridas e pensos .....	49
3.5	Ortopedia infantil.....	55
3.6	Homeopatia .....	58
4	Encontros científicos .....	61
4.1	VII Jornadas Ibéricas de Podologia - "No caminho da investigação" 61	
4.2	VII Congresso Nacional de Podologia.....	63
5	Conclusão .....	65
6	Referências bibliográficas .....	67
	Anexos .....	69
	Anexo I - Cronograma do Estágio Profissionalizante .....	I
	Anexo II - Registo de Presenças nos Locais de Estágio .....	III
	Anexo III – Excerto do Diário da República .....	V

Anexo IV – Protocolo entre a Cespu e os Hospitais de Guimarães e de Valongo.....	VII
Anexo V – Programa das VII Jornadas Ibéricas de Podologia .....	IX
Anexo VI – Programa do VII Congresso Nacional de Podologia .....	XI



## Índice de Imagens

IMAGEM 1 - ULCERAÇÃO DO 4º ESPAÇO INTERDIGITAL DO PÉ DIREITO, NO PRIMEIRO DIA, APÓS DO TRATAMENTO .....	13
IMAGEM 2 - ULCERAÇÃO NO DORSO DA ARTICULAÇÃO IF PROXIMAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO .....	14
IMAGEM 3 - ULCERAÇÃO NA ZONA DA 5ª CABEÇA METATARSAL DO PÉ DIREITO .....	15
IMAGEM 4 - ASPETO DO LOCAL COM O PENSO CIRÚRGICO ORIGINAL .....	17
IMAGEM 5 - ASPETO DO LOCAL NA ÚLTIMA SESSÃO DE TRATAMENTO .....	17
IMAGEM 6 - ULCERA NO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO .....	36
IMAGEM 7 - ULCERA NA FACE LATERAL DO 2º DEDO DO PÉ ESQUERDO .....	37
IMAGEM 8 - ULCERA NA 1ª ARTICULAÇÃO MTF DO PÉ ESQUERDO 1ª CONSULTA .....	38
IMAGEM 9 - ULCERA NA FACE LATERAL DA 1ª ARTICULAÇÃO MTF DO PÉ ESQUERDO 2ª CONSULTA .....	38
IMAGEM 10 - ASPETO DA LESÃO DO ERITEMA PÉRNIO NO 4º DEDO DO PÉ ESQUERDO.....	39
IMAGEM 11 - ONICOCRIPTOSE BILATERAL DE AMBOS OS HÁLLUX DE UM PACIENTE SUBMETIDO À TÉCNICA DE FENOL-ALCOOL .....	40

## Índice de Tabelas

TABELA 1 - AVALIAÇÃO VASCULAR DO PÉ.....	9
TABELA 2 - AVALIAÇÃO SENSITIVA COM MONOFILAMENTO E DIAPASÃO .....	10
TABELA 3 - POSIÇÃO DO CALCÂNEO EM BIPEDESTAÇÃO .....	11
TABELA 4 - RESULTADOS IMAGIOLÓGICOS E Nº DOS PACIENTES QUE OS APRESENTAVAM .....	23
TABELA 5 - RESULTADOS OS DO EXAME CLÍNICO.....	26
TABELA 6 - RESULTADOS IMAGIOLÓGICOS DOS PACIENTES .....	28
TABELA 7 - RESULTADOS DO EXAME CLINICO .....	29



## **Índice de Anexos**

ANEXO I - CRONOGRAMA DO ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE .....	I
ANEXO II - REGISTO DE PRESENÇAS NOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....	III
ANEXO III – EXCERTO DO DIÁRIO DA REPÚBLICA .....	V
ANEXO IV – PROTOCOLO ENTRE A CESPU E OS HOSPITAIS DE GUIMARÃES E DE VALONGO .....	VII
ANEXO V – PROGRAMA DAS VII JORNADAS IBÉRICAS DE PODOLOGIA .....	IX
ANEXO VI – PROGRAMA DO VII CONGRESSO NACIONAL DE PODOLOGIA.....	XI

# **Listas**

## **Abreviaturas**

V. Ex.<sup>a</sup> – vossa excelência

seg. – segundo

N<sup>o</sup> - número

p. – página

Hz – hertz

Dr. – Doutor

Dr<sup>a</sup> – Doutora

g - gramas

HQ – hiperqueratoses

mg – miligrama

mmHg – milímetros de mercúrio

mm – milímetros

## **Símbolos**

% - Percentagem

+ - Mais

/ - E, ou

.<sup>o</sup> e .<sup>a</sup> - Indicador ordinal

® - marca registrada

## **Siglas**

ALI – Arco Longitudinal Interno

APP – Associação Portuguesa de Podologia

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

CH – unidade de medida da homeopatia

DL – Decreto de lei

DM – Diabetes Mellitus

EDE – Entidade Pública Empresarial

ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

HTA – Hipertensão Arterial

HAV – Hallux Abductus Valgus

HNSCV – Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo

IF – Interfalângica

MTF – Metatarsofalângica

TPA – Tíbio-perónio-astragalina

SNC – Sistema Nervoso Central

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana



## **Introdução**

Em Portugal, o mestrado em Podiatria Clínica iniciou pela 1ª vez em Dezembro de 2010. Este mestrado permite aos profissionais de Podiatria uma preparação específica, teórica e prática, que complemente a sua formação de base de Podologia ("Mestrado em Podiatria Clínica," 2010).

O estágio profissionalizante (estágios hospitalares, seminários e orientações tutórias), relativo ao 2º ano da 2ª edição, do curso de mestrado em Podiatria Clínica da Escola Superior de Saúde Vale do Ave, decorreu de 17 de Outubro de 2011 a 18 de Junho de 2012 com o total de 1120 horas (Anexo III- Excerto do Diário da República).

A unidade curricular de Estágio profissionalizante é uma disciplina anual, de carácter prático e tem como objetivo principal permitir aos alunos o desenvolvimento dos seus conhecimentos teóricos e práticos, previamente adquiridos. Assim, é realizada a integração destes, ao longo do estágio em equipas multidisciplinares, em áreas como o pé diabético, a ortopedia, a traumatologia, a neurologia, entre outros, para a observação e intervenção podológica.

Este relatório está dividido em diferentes capítulos, sendo o primeiro sobre os locais de estágio, o segundo capítulo sobre o apoio ao peregrino, o terceiro sobre os seminários, o quarto sobre os encontros científicos e terminando com a conclusão. A cada subcapítulo do primeiro capítulo, corresponde um local diferente de estágio. Assim, os subcapítulos são:

- Centro Hospitalar Alto Ave - Guimarães;
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho;
- Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo;

Ao longo deste relatório irei descrever resumidamente as atividades desenvolvidas e assistidas, assim como descrever alguns dos casos clínicos mais interessantes. As sugestões e/ou críticas a cada serviço e local de estágio também serão expostas.



# **1 Estágio profissionalizante**

Neste ponto vou apresentar e explorar no ponto de vista da semiologia e propedêutica podiátrica, do tratamento aplicado e das possíveis abordagens ou derivações sugeridas, alguns dos casos clínicos mais interessantes, uma vez que seria exaustiva a descrição da totalidade dos doentes observados em cada consulta a que assisti.

## **1.1 Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães**

### **1.1.1 História da Instituição**

O Centro Hospitalar do Alto Ave 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.

Em 2007, houve nova alteração com a criação do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, pelo DL 50-A/2007 de 28 de fevereiro. Fundindo os antigos hospitais da Senhora da Oliveira e S. José de Fafe num único Centro Hospitalar, com sede em Guimarães.

Este centro tem como missão prestar cuidados de saúde de qualidade a esta população e assegurar o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores.

Está dotado de praticamente todos os serviços de prestação de cuidados, complementados por serviços de suporte, assim como de serviços de gestão e logística.

Tem um total de quase 1700 profissionais, dispersos pelos diversos Serviços e por ambas as Unidades.

A CESPU tem protocolo assinado desde 2001 com o Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, em Guimarães atual Centro hospitalar do Alto Ave - Guimarães (Anexo IV).

### **1.1.2 Recursos Materiais e Humanos**

O Hospital de Guimarães tem cerca de 485 camas, abrangendo a maioria das valências hospitalares e é constituído por dois edifícios, um principal com 11 pisos, e o segundo corpo com 3 pisos, reservado para a Medicina Física e de Reabilitação e para parte das Consultas Externas. Todas as valências apresentam pessoal médico e técnico especializado, enfermeiros e auxiliares de ação médica.

A sala de Podologia encontra-se equipada por uma cadeira de Podologia com micromotor incorporado, uma secretária com uma cadeira, um computador ligado ao sistema informático do hospital, um podoscópio, uma régua de Perthes, um goniómetro, monofilamentos, diapasão de 128Hz e os materiais descartáveis, cremes e fármacos tópicos.

### **1.1.3 Consulta de Podologia**

O estágio neste local foi orientado por, Mestre Helena Grenha e Mestre Vítor Hugo Oliveira.

A patologia predominante neste Centro Hospitalar é o Pé diabético, que segundo (Rocha, Zanetti, & Santos, 2009) surge como uma das complicações crónicas mais incapacitantes da patologia, advindo do mau controlo da mesma. Representando um grande impacto social e económico para as suas famílias, para a sociedade e o sistema de saúde, quer em países desenvolvidos ou emergentes.

### **1.1.4 Equipa médica**

As consultas de Podologia eram supervisionadas por um profissional de saúde especializado em Podologia, e realizadas por estagiários de Podologia, no âmbito dos estágios dos mestrados.

### **1.1.5 Estágio**

Durante a consulta de podologia, inicialmente era realizada a anamnese, questionando os dados pessoais, a história da doença atual, a medicação,



os fatores de risco sistêmico, as doenças concomitantes e consequentes, obtendo as seguintes informações:

- Nome;
- Idade;
- Sexo;
- Profissão atual;
- Atividades complementares;
- Duração, condições de diagnóstico, tipo, frequência das medições, níveis médicos e tipo de medicação utilizada no tratamento da diabetes;
- Medicação atual;
- Fatores de risco sistêmico, como hipertensão arterial, dislipidemias e colesterolemia;
- Doenças concomitantes e consequentes existentes;

De seguida eram realizadas as avaliações em sedestação, tais como:

- Inspeção;
- Palpação;
- Avaliação neurológica ou sensitiva, realizada com diapasão, que segundo Costa (2005) é um instrumento metálico, em forma de U com uma haste e é utilizado na neurologia para pesquisar a sensibilidade vibratória, e um monofilamento 10g, que segundo Leite et al (2010), era colocado perpendicularmente sobre a pele, no dorso e na planta do pé, aplicando-se alguma pressão, até dobrar, durante aproximadamente 1seg., e esperando resposta positiva ou negativa do paciente, sendo esta segunda representante da perda da capacidade protetora do pé;
- Avaliação muscular – Segundo Reese (2000), este teste se baseia em cinco graus para classificar o tipo de força muscular que foi desenvolvida. Assim tem-se:

- ❖ Grau zero: nenhuma evidência de contração pela visão ou palpação;
- ❖ Grau 01: ligeira contração, nenhum movimento;
- ❖ Grau 02: Movimento através da amplitude completa na posição com gravidade eliminada;
- ❖ Grau 03: Movimento através da amplitude completa contra a gravidade;
- ❖ Grau 04: Movimento através da amplitude completa contra a gravidade e capaz de prosseguir contra uma resistência moderada;
- ❖ Grau 05: Movimento através da amplitude completa contra a gravidade e capaz de prosseguir contra uma resistência máxima
  - Avaliação articular;
  - Avaliação vascular – Segundo Nova (2006), a palpação dos pulsos é realizada com a colocação das pontas dos dedos sobre o trajeto arterial, sendo que ao nível do pé devem ser avaliadas a artéria tibial posterior (passa atrás do maléolo interno) e a pediosa (palpa-se depois da segunda cunha, no início do primeiro espaço intermetatarsal, lateralmente ao extensor próprio do hallux);

Em bipedestação, a avaliação era realizada sobre um podoscópio, com o auxílio da régua de Perthes, avaliando:

- A pegada plantar – Segundo Sánchez (2004), a pegada estática pode ser obtida por um sistema computadorizado, por um podoscópio, com tinta-tampão, fotopodograma, entre outros, e permite-nos obter informação sobre a forma de apoio do pé, e avaliar quais as alterações no apoio muitas vezes associadas a assimetrias ao nível da perna, definindo o tipo de pé como plano ou cavo, através da largura do istmo, a direção de apoio do calcanhar e a presença de estruturas características do tipo de pé;
- A linha de Helbing – Segundo Sánchez (2004), esta evidencia os desvios do eixo do calcanhar, que podem ser em valgo ou em varo, e esta será em valgo quando o ângulo formado pelo eixo da tíbia com o

- eixo do calcâneo tem vértice interno e varo quando o vértice é externo;
- Alterações femorotibiais – Segundo Sánchez (2004), esta permite avaliar a articulação do joelho, que pode estar em varo ou em valgo, sendo que estão em varo quando os joelhos se afastam em posição bípede e estática, e em valgo quando se juntam nas mesmas condições, e permite também avaliar as rotações e o alinhamento tibial, como é o caso das tíbias varas ou valgas, que se caracterizam pelo arqueamento com convexidade externa ou interna, respetivamente;
  - Assimetrias e dismetrias – Segundo Greenman (2001) a assimetria e normalmente obtida através da observação e da palpação, e está associada ao sistema músculo-esquelético, pode caracterizar alterações funcionais ou estruturais, comparando uma região com a mesma região contra lateral;

Por vezes eram utilizados meios de diagnósticos complementares, como análises clínicas, ou imagens radiológicas, para confirmação ou melhor exploração de algumas patologias, com o objetivo final de chegar a um diagnóstico correto podendo assim realizar o tratamento mais adequado.

### **1.1.6 Dados do estágio**

Durante este período foram avaliados 80 pacientes em 8 dias diferentes, dos quais 33 eram homens e 47 eram mulheres.

Relativamente aos antecedentes médicos apresentavam enúmeras patologias mas as mais frequentemente citadas foram, a Diabetes, a HTA, dislipidemias, patologias cardíacas, vasculares periféricas, nefropatia e retinopatia. Do total dos 80 pacientes avaliados, 72,5% eram diabéticos e maioritariamente do tipo II numa percentagem de 58,75% dos casos e contrariamente ao esperado, devido ao tempo avançado de doença a maioria é insulínica. Curiosamente o tempo de diagnóstico da diabetes variou entre os 35% entre os 11 e os 30 anos de evolução, 15% entre os 0 e os 10 anos de evolução e finalmente com apenas 11,25% dos

casos com tempo de evolução da diabetes estimado entre os 31 anos e os 50 anos.

Ainda na anamnese dos pacientes observamos que os fármacos mais ingeridos pelos pacientes eram: os anti hipertensores, antidiabéticos orais ou injetáveis, fármacos de ação no sistema nervoso central (ansiolíticos, analgésicos, antipiréticos), anti dislipidémicos, anticoagulantes e anti trombóticos e ainda fármacos para o aparelho digestivo (antiácidos e anti ulcerosos). Em pormenor: 82,50% dos pacientes tomavam anti hipertensores e o mais receitado era o furosemida; 78,75% dos pacientes tomavam antidiabéticos e em particular desse valor 43,75% dos pacientes tomavam antidiabéticos orais; 48,75% tomavam fármacos que atuam no SNC na maioria ansiolíticos, sedativos e hipnóticos; 43,75% dos pacientes tomavam anti dislipidémicos com a prevalência da sinvastatina; 38,75% doa pacientes tomavam anticoagulantes e anti trombóticos e o mais receitado neste caso era o Ácido acetilsalicílico; 23,75% dos pacientes tomavam também antiácidos e anti ulcerosos, sendo o pantoprazol o mais receitado.

Iniciando o exame clinico, relativamente à inspeção do membro inferior foram identificados como mais frequentes os seguintes casos: 22,5% dos pacientes apresentavam HAV bilateral, 15% apresentavam dedos em garra, 11% ulcerações no ou nos pés e 6,25% apresentavam onicopatias e hiperqueratoses. Dos restantes problemas identificamos mas não tão significativos foram encontradas alterações na posição dos dedos (infraductos ou supraductos), amputações de dedos, Joanetes de Sastre, dermatopatias, tumores de Konen e proeminências astragalinas.

No que respeita a avaliação articular apenas encontramos apenas um caso de limitação da TPA e outro caso com limitação da mobilidade do 1º raio e o mesmo caso apresentava também aplanamento do arco transversos.

Na avaliação muscular dos 80 pacientes, 47,5% destes apresentaram força muscular com valor de 5 na escala de avaliação muscular, e 18,75% dos casos força muscular com valor de 4. Os restantes apresentavam força muscular inferior a 4.

Os resultados que obtivemos na avaliação vascular dos pulsos pediosos e do tibial posterior bilateralmente mostraram-nos que, na maioria dos casos a pulsação do pulso pedioso do pé direito era avaliado com 0 em 2,5% dos casos, com o sinal + em 17,5% dos casos, com ++ numa percentagem de 36,25% dos casos e com +++ em 5% dos casos. Já no pulso pedioso esquerdo os valores só se alteraram na avaliação de ++ que foi frequente em apenas 35% dos casos e que a ausência de pulso pedioso do pé esquerdo foi superior, apresentando o valor de 5% dos casos. No que respeita ao pulso do tibial posterior a maioria apresentava num valor percentual de 28,75% pulsação classificada com ++ enquanto que, a classificação de ausência de pulsação do tibial posterior foi mais comum no tibial posterior da perna direita com um valor percentual de 7.5% dos casos frente a apenas 2.5% dos casos com ausência de pulsação no tibial posterior da perna esquerda (Tabela 1).

Tabela 1 - Avaliação vascular do pé

<b>Avaliação vascular</b>	<b>Ausente (nº de pacientes)</b>	<b>Diminuído (nº de pacientes)</b>	<b>Normal (nº de pacientes)</b>	<b>Intenso (nº de pacientes)</b>
<b>Artéria pediosa do pé direito</b>	2	14	29	4
<b>Artéria pediosa do pé esquerdo</b>	4	21	28	4
<b>Artéria tibial posterior do pé direito</b>	6	11	27	5
<b>Artéria tibial posterior do pé esquerdo</b>	4	6	21	3

De seguida partimos para a avaliação sensitiva com o uso de monofilamento de 10g e diapasão de 128Hz. Os resultados obtidos para a avaliação com o monofilamento mostraram que a maioria apresentava uma sensibilidade normal havendo a diferença de que no pé direito a percentagem de pacientes com sensibilidade normal foi de 58,75% e no caso do pé esquerdo foi de 63,75% dos casos com sensibilidade normal ao monofilamento. No teste do diapasão a maioria apresentava sensibilidade presente num valor percentual de 43,75% dos 80 pacientes (Tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação sensitiva com monofilamento e diapasão

<b>Avaliação sensitiva</b>		<b>Diminuído</b>	<b>Normal</b>	<b>Aumentado</b>
<b>Monofilamento</b>	Pé direito	8	47	1
	Pé esquerdo	4	51	1
<b>Diapasão</b>	Pé direito	21	35	0
	Pé esquerdo	19	37	0

Passamos de seguida para a avaliação em CCA e CCF. Na avaliação em CCA realizada a alguns pacientes foi possível verificar que era mais predominante o pé cavo e o retropé varo. Já na avaliação em CCF foi avaliada a impressão plantar, a posição do calcâneo, a posição femorotibial e a presença de dismetrias/assimetrias. No que respeita à impressão plantar observamos que 33 pacientes (41,25%) apresentavam pé cavo contra os 22 pacientes (27,5%) que apresentavam pé plano. Outra característica que se mostrou bastante comum entre os pacientes observados foi que 34 pacientes (42,5%) não faziam apoio digital. Outras características presentes foram a hiperpressão na zona das cabeças metatarsais centrais, ausência de apoio da 1ª articulação metatarso falângica, diminuição de apoio do calcânhar e quebra das linhas fronteiriças. Na avaliação do calcâneo a predominância foi para um calcâneo valgo (Tabela 3) assim como na avaliação femorotibial a predominância foi de

geno valgo e rótulas divergentes. Ainda na avaliação em CCF fomos verificar se os pacientes apresentavam dismetrias ou assimetrias e assim sendo vimos que 60% dos pacientes apresentavam dismetrias. Desse número de pacientes 33,75% apresentava dismetria á direita enquanto 26,25% apresentava dismetria à esquerda, sendo ainda de salientar que eram mais frequentes as dismetrias na parte superior do corpo não tão frequentes nos membros inferiores.

Tabela 3 - Posição do calcâneo em bipedestação

<b>Posição do calcâneo em bipedestação</b>	<b>Valgo (nº de pacientes)</b>	<b>Varo (nº de pacientes)</b>	<b>Neutro (nº de pacientes)</b>
<b>Pé direito</b>	30	23	1
<b>Pé esquerdo</b>	32	19	2

Já numa fase final da consulta, procedemos a diagnóstico das patologias presentes. Assim sendo, o diagnóstico mais frequente foi hiperqueratoses na zona das cabeças metatarsais em 16 pacientes dos 80 avaliados, seguido de onicomiose em 11 pacientes e helomas que estiveram presentes em 9 pacientes. Tivemos também algumas situações de ulcerações como diagnóstico, sendo elas presentes mais frequentemente nos dedos.

O tratamento mais utilizado foi a deslaminação da HQ, enucleação dos helomas, rebaixamento ungueal e respetivo corte. Por vezes usamos como tratamento paliativo/corretivo ou compensatório, a elaboração de ortóteses em silicone ou suportes plantares.

De seguida vamos abordar os vários tipos de úlceras que tivemos oportunidade de observar e tratar neste estágio.

Segundo Fitzpatrick et al (2001), uma úlcera de pressão desenvolve-se nas superfícies expostas a proeminências ósseas, o que leva à compressão da pele por forças de cisalhamento e de atrito, produzindo necrose isquêmica dos tecidos. Aparecem com maior frequência em pacientes com sensibilidade reduzida na região afetada, e gera um eritema local, que desvanece com a pressão.

Estas são classificadas em 4 estadios, que a classificam segundo o seu aspeto, e a área afetada:

- Estadio I: Eritema da pele íntegra, que não diminui sob pressão;
- Estadio II: Necrose superficial ou de espessura parcial envolvendo a epiderme e/ ou a derme, começando por apresentar flictenas, depois necrose dérmica e por fim úlcera superficial;
- Estadio III: apresenta necrose profunda, com ulceração em forma de cratera, levando à perda total da derme, sem atingir a fáscia;
- Estadio IV: apresenta ulceração de espessura total com lesão/necrose extensiva, até aos músculos, ossos ou estruturas de sustentação.

Primeiro caso foi o de uma ulceração de estadio IV do 4º espaço interdigital do pé direito em que o paciente apresentava o pé direito edemaciado, com dor, e havia solução de continuidade no bordo interno do 5º dedo, ao nível do quarto espaço interdigital, com presença de queratose nos bordos da lesão, sem fistulação e com algum exsudado purulento, o que levou à maceração do respetivo local (Imagem 1).





Imagem 1 - Ulceração do 4º espaço interdigital do pé direito, no primeiro dia, após do tratamento

O tratamento realizado na primeira sessão de tratamento foi o seguinte: desbridamento mecânico com bisturi; limpeza com soro fisiológico e penso com Varihesive e Betadine; Durante o tratamento verificamos que conseguíamos visualizar a falange proximal do 5º dedo, tendo-se recomendado a toma de Ciprofloxacina 750 mg.

Na segunda consulta de tratamento, a úlcera apresentava um aspeto menos seco e sem queratose, mas continuava exsudativa. Assim, realizou-se novo tratamento limpando com soro fisiológico do espaço interdigital, desbridando mecanicamente com bisturi e realizando penso com Aquacel Ag.

Já na terceira consulta de tratamento, efetuou-se novo tratamento, com o objetivo de promover a granulação tecidual deslaminando com bisturi do tecido desvitalizado, limpando com soro, aplicando Betadine e penso com Varihesive.

Na última consulta, manteve-se o mesmo tipo de tratamento, mantendo o mesmo objetivo de estimulação tecidual e prevenção de novos aparecimentos ulcerativos noutros locais. Assim sendo limpou-se com soro a lesão, deslaminou-se o tecido desvitalizado e fez-se penso com Varihesive. Recomendamos á paciente que em casa aplica-se Betadine nos espaços interdigitais.

O caso que se seguiu foi o caso de uma ulceração de estadio IV no dorso da articulação interfalângica proximal do 2º dedo do pé esquerdo

Na primeira consulta, o paciente apresentava uma ulceração, com tecido de granulação desvitalizado e alguma queratose nos bordos, sem dor, sem fistulações, com exposição óssea, sem exsudação significativa, com uma rigidez articular irreduzível, o que levava ao conflito constante do local com o sapato (Imagem 2).



Imagem 2 - Ulceração no dorso da articulação IF proximal do 2º dedo do pé esquerdo

O tratamento realizado consistiu em desbridamento mecânico com bisturi do tecido desvitalizado, limpeza com soro fisiológico e penso com Aquacel Ag. Recomendou-se posteriormente a toma de ciprofloxacina 750 mg:

Na segunda visita á nossa consulta, verificamos que aumentou o tecido cicatricial, sendo necessário seguir a mesma linha de tratamento, recomendando-se que continuasse a antibioterapia. Assim sendo, efetuou-se a remoção do tecido desvitalizado, com desbridamento mecânico com bisturi e penso com Aquacel Ag.

Os casos seguintes não possuem registo fotográfico, trata-se de um caso de uma ulceração na base do hallux e um outro caso, este de uma ulceração no dorso do 2º dedo do pé direito.

No que respeita ao caso da ulceração de estadio III na base do hallux efetuou-se apenas uma única consulta de tratamento da ulceração na base do primeiro dedo do pé direito, ao nível da articulação interfalângica. Apresentava algum exsudado, bordos com queratose e sem fistulações. O tratamento realizado consistiu em limpar com soro e Cyteal; desbridar mecanicamente o tecido desvitalizado; aplicar Betadine e colocar penso com Aquacel Ag e Varihesive gel.

No outro caso da ulceração no dorso do 2º dedo do pé direito realizou-se uma única sessão de tratamento. Verificamos que o paciente apresentava uma ulceração de estadio III, no dorso do segundo dedo do pé direito com 2 meses de duração. A lesão tinha tecido desvitalizado e não tinha fistulações. O tratamento realizado foi o desbridamento do tecido desvitalizado e penso com Varihesive.

Por fim o ultimo caso clinico de ulcerações, em que um paciente possuía uma ulceração na zona da 5ª cabeça metatarsal do pé direito de estadio IV como podemos visualizar na imagem 3.



Imagem 3 - Ulceração na zona da 5ª cabeça metatarsal do pé direito

Neste caso o tratamento realizado consistiu em limpeza com soro fisiológico, desbridamento mecânico com o bisturi, descarga em feltro com cut-out da região afetada e penso com Aquacel Ag.

Aquando da segunda consulta de tratamento, a úlcera apresentava tecido cicatricial e algum tecido desvitalizado e os bordos encontravam-se macerados. Nesse dia realizou-se novo tratamento com lavagem com soro fisiológico, desbridamento do tecido desvitalizado, colocação de Fitocreme nos bordos da úlcera e colocação de penso com Aquacel Ag.

Na terceira e última consulta de tratamento, seguiu-se a mesma estratégia de tratamento, ainda que não fossem visualizadas melhorias significativas desde o último tratamento. Realizou-se tratamento com lavagem com soro fisiológico, desbridamento do tecido desvitalizado, colocação de Fitocreme nos bordos da úlcera e penso com Aquacel Ag.

### **Realização de pensos pós-cirúrgicos sucessivos**

Durante o estágio neste local também tivemos oportunidade de realizar pensos pós-cirúrgicos.

Na imagem 4 visualizamos o penso pós cirúrgico da paciente que tinha sido intervencionado, na clínica Nova Saúde (CESPU), aos dois hallux, para remoção definitiva dos dois bordos ungueais, tendo em conta que eram várias as recidivas de onicocriptoses. A paciente compareceu, ao fim de uma semana após a cirurgia, à consulta no hospital para realização de novo penso e avaliação pós-cirúrgica. O local encontrava-se com aspeto normal pós-cirúrgico, com algum sangramento, sem infeção, e a paciente referia que sentia alguma dor, tendo seguido os cuidados prévios recomendados.



Imagem 4 - Aspeto do local com o penso cirúrgico original

A paciente voltou à consulta 15 dias após a cirurgia, para realização de novo penso e nova avaliação, constatando-se uma boa evolução cicatricial e referia menos dor. Realizou-se o penso após limpeza do local com soro e foi aplicada nova compressa não adesiva embebida em Betadine.

Na última sessão de tratamento que aconteceu na terceira semana após a cirurgia, observamos uma boa evolução cicatricial, sem infecção e sem dor. O tratamento consistiu em extrair o penso e limpeza com soro. Recomendou-se à paciente a aplicação de Nívea diariamente para hidratação dos tecidos. (Imagem 5)



Imagem 5 - Aspeto do local na última sessão de tratamento

### **1.1.7 Conclusão**

Este estágio mostrou-se muito útil para o aumento da destreza e rapidez de resposta nas diferentes situações da prática clínica. Serviu também para a consolidação de alguns dos conhecimentos obtidos durante a licenciatura e que eventualmente não tivessem sido observados na prática clínica.

O ambiente vivido durante este estágio foi muito bom, havia bastante vontade entre os colegas durante as avaliações e o orientador mostrava-se sempre disponível para auxiliar sempre que necessário.

Houve uma boa aceitação por parte dos pacientes sem causar grandes estranhezas aos mesmos na presença de vários prestadores de cuidados.

Com a realização deste estágio foi também possível obter à-vontade para lidar com uma faixa etária muitas vezes reprimida e fechada, adquirindo assim métodos para uma melhor obtenção de dados necessários para uma boa análise clínica, muitas vezes omitidos por pudor.

É de realçar que por vezes o tempo da consulta de estágio era curto para tantos pacientes, o que levava a erros de preenchimento ou à falta de informação nos relatórios clínicos. Isso influenciou os dados totais do relatório. Por vezes, também o próprio paciente omitia informação necessária e pedida, o que levou a incoerências nos dados.

Assim, para finalizar considero positiva a realização deste estágio, para a obtenção de prática e destreza clínica, quer seja hospitalar ou não, e importante a consolidação de conhecimentos através da visualização de casos clínicos, mais ou menos comuns.

## **1.2 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho**

### **1.2.1 História da Instituição**

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho é constituído por três unidades, distribuídas pelos concelhos vizinhos. Em Gaia, localizam-se a Unidade I – antigo Sanatório Manuel II e Hospital Eduardo Santos Silva, no Monte da Virgem – Unidade II e no município limítrofe, encontra-se a unidade III, antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda.

O Estágio Profissionalizante decorreu na Unidade I onde está implantada a prestação de cuidados em regimes de internamento, ambulatório e meios complementares de diagnóstico e outros serviços de apoio, bem como a grande maioria das valências médico-cirúrgicas. Nestas instalações estão também localizados o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar e teve como orientação o Doutor Rolando Freitas, diretor do serviço de Ortopedia.

### **1.2.2 Recursos Materiais e Humanos**

O serviço de Ortopedia (consulta externa) é constituído por ortopedistas, enfermeiros e pessoal auxiliar. Este serviço apresentava 6 consultórios médicos, cada um equipado com uma secretária e cadeiras, um computador com ligação ao sistema informático do hospital, uma marquesa, um negatoscópio e um podoscópio.

### **1.2.3 Consulta de ortopedia**

Neste Centro Hospitalar não existe consulta de especialidade de Podologia, no entanto acompanhamos as consultas de Ortopedia na Unidade de gestão de cirurgia – Serviço de Ortopedia, pois neste caso são as consultas que, quando direcionadas para o membro inferior, mais se assemelham à nossa prática clínica e nestas podemos também visualizar diferentes técnicas de abordagem terapêutica por outros profissionais de saúde.

Segundo Luís Serra (2001), a Ortopedia trata as deformidades, as doenças e as lesões traumáticas do sistema músculo-esquelético locomotor,

excluindo a cabeça. O ortopedista necessita do apoio de outras áreas de tratamento médico e de ter conhecimentos nas derivadas ciências médicas e em disciplinas periféricas, para uma boa prática clínica e compreensão dos materiais utilizados e suas características.

#### **1.2.4 Equipe médica**

O diretor de serviço responsável por esta Unidade do serviço hospitalar é, Dr. Rolando Freitas e o Enfermeiro-Chefe é Enfermeiro António Resende. Nesta unidade estão também presentes vários ortopedistas, estudantes de medicina em estágio, enfermeiros e auxiliares de ação médica.

#### **1.2.5 Estágio**

Na prática clínica na unidade hospitalar, inicialmente eram obtidos os seguintes dados do paciente: nome; data de nascimento; atividades complementares; motivo da consulta; sintomas; alterações/evolução clínica associada à enfermidade; história clínica familiar e observações importantes a ter em conta, fornecidas pelo paciente.

Segundo Anthony Fauci et al. (2008), a anamnese deve ser obtida calmamente e sempre prestando atenção às informações fornecidas pelo paciente, pois, por vezes mesmo parecendo triviais tem importância clínica. É com a obtenção de uma boa anamnese que é possível obter toda a informação para a realização de uma boa prática e diagnóstico. Assim é também possível criar uma boa relação profissional-paciente, obtendo alguns traços da sua personalidade. Esta anamnese deve conter os factos referidos pelo paciente com importância clínica como os eventos recentes relacionados, uma relação ordenada dos sintomas, a história clínica, social e familiar, e as implicações sociais e financeiras causadas pela patologia.

Após a obtenção da anamnese, nas primeiras consultas era realizado o exame físico do paciente, realizando-se segundo Reider (2001), em decúbito a inspeção, a palpação de proeminências ósseas, a avaliação dos alinhamentos, a avaliação articular e muscular.



Reider (2001) afirmou que a inspeção é a primeira etapa do exame físico, e deve ser realizada na área da lesão, e caracteriza-se por ser uma inspeção do visual do aspeto externo e da amplitude de movimento do segmento corporal.

A palpação de proeminências ósseas, segundo Reider (2001) consiste na avaliação de um local através da realização de pressão, normalmente com a ponta dos dedos, esta permite a obtenção de pontos de referência específicos, facilitando a interpretação de sintomas;

O mesmo autor defende que a avaliação dos alinhamentos permite descrever as relações existentes entre as estruturas ou os segmentos corporais, averiguando a existência de desvios, que podem existir nos diferentes planos;

No que respeita à avaliação articular Luís Serra (2001) diz que esta consiste na avaliação e a mensuração dos graus dos movimentos de uma articulação, desde a posição neutra;

Com avaliação muscular através de diferentes métodos é possível avaliar a força de grandes músculos ou grupos musculares, capazes de movimentar as diferentes articulações que se pretendem avaliar.

Em bipedestação eram realizadas: avaliações dos alinhamentos dos membros e da coluna vertebral em posição ortoestática e a avaliação da marcha.

Segundo Reider (2001), esta avaliação permite complementar o exame clínico através da análise do ciclo da marcha, ou seja, do choque dos calcanhares, fase de apoio total dos pés, o despegue dos mesmos e a fase do duplo apoio;

Em bipedestação e com recurso ao podoscópio eram avaliadas as pegadas plantares, as direções dos desvios do retropé e a sua movimentação com a subida à meia ponta. Segundo Bega (2006), o podoscópio permite verificar o apoio plantar com o paciente em ortostatismo, sendo este aparelho constituído por uma base acrílica ou em vidro, e um espelho abaixo, o que

permite a visualização da pressão exercida pela planta dos pés na base acrílica ou vítrea.

Nas consultas sucessivas, o exame físico passava pela avaliação do local da patologia previamente tratada para a avaliação da sua evolução.

Segundo Anthony Fauci et al. (2008), o exame físico tem como objetivo identificar os sinais físicos presentes no paciente, confirmando a anamnese obtida previamente, demonstrando as alterações funcionais e/ou estruturais existentes. Este exame deve ser metódico e cuidadoso, respeitando o conforto e o pudor do paciente em questão. Em consultas sucessivas o exame clínico deve ser focalizado na avaliação da zona da enfermidade, no entanto na primeira consulta, este deve ser realizado da cabeça aos pés, de forma que outras alterações que poderão estar associadas à patologia, sem que tenham sido referidas, passem despercebidas. Devem ser realizados sistematicamente, visto que os sinais físicos sofrem alterações ao longo do tempo. O uso de outros métodos complementares de diagnóstico, como as imagens radiológicas, pode complementar este exame.

### **1.2.6 Dados do estágio**

Durante este período foram avaliados 100 pacientes em sete dias diferentes.

Na descrição das consultas deste local de estágio decidi expor por dias e não na globalidade visto que o estágio foi mais de carácter observacional e não prático. Assim sendo passo a descrever o sucedido nas consultas dos 7 diferentes dias de estágio.

— 24 de Janeiro de 2012

Apresentaram-se na consulta externa de ortopedia 25 pacientes, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 13 e os 83 anos.

Relativamente aos antecedentes médicos, 52% dos pacientes apresentavam queixas álgicas; 40% apresentavam antecedentes cirúrgicos; 28% tinham sofrido fraturas nos membros e apenas 16% dos casos referiam parestesias

e inflamações. Destes doentes 2 já se encontravam a seguir um tratamento de Fisioterapia.

Na realização do exame clínico, foi necessário recorrer a exames radiológicos por várias vezes, obtendo os resultados demonstrados na tabela que se segue.

Tabela 4 - Resultados imagiológicos e nº dos pacientes que os apresentavam

<b>Resultados imagiológicos</b>	<b>Nº de pacientes que apresentavam as alterações</b>
<b>Limitação articular</b>	2
<b>Boa consolidação da fratura</b>	1
<b>Má consolidação da fratura</b>	1
<b>Achados e deformidades ósseas</b>	3
<b>Diagnóstico de fratura</b>	2
<b>Desgaste protésico</b>	1

Na continuação do exame clínico, relativamente ao membro inferior, foram obtidas as seguintes informações: dor à mobilização articular em 3 pacientes; nódulo no trajeto tendinoso num paciente; alterações ungueais num paciente; alterações dérmicas em 3 pacientes; alterações biomecânicas do pé em 4 pacientes e por fim, recidiva cirúrgica de HAV num paciente.

Os diagnósticos realizados variaram entre alterações anatómicas como HAV, dedos em garra, fratura do rádio e fratura de Jones mal consolidada; reações alérgicas a uso da ortótese pós-cirúrgica em silicone, alterações das articulações como por exemplo reumatismo, inflamação da sincondrose do escafoide com um osso acessório, inflamação do seio do tarso e artroses; alterações dos ligamentos, num caso de entorse do joelho. No que respeita a alterações tendinosas surgiu um caso de encurtamento do tendão de Aquiles.

De seguida vou descrever as patologias encontradas durante as consultas.

Segundo Luís Serra (2001) a artrose pode ser idiopática, ou seja sem causa aparente, ou secundária a outras doenças ou à irregularidade das superfícies articulares, neste caso sendo geralmente mono-articular, e segundo este autor, esta patologia tem maior incidência em mulheres a partir dos 45 anos e nas articulações do joelho, anca, metatarso-falângicas do hallux e interfalângicas distais da mão;

Fratura é a perda total ou parcial da integridade do osso, pode ser traumática, de ação, de tração, de fadiga ou patológica. Segundo este autor a fratura de Jones situa-se na base do 5º metatarso, é uma das fraturas mais frequente e está relacionada com pequenos acidentes durante a marcha, como as entorses;

Bega (2006) descreve *Hallux Abductus Valgus* sendo uma patologia caracterizada pelo desvio medial do primeiro metatarso e lateral da falange proximal do hallux, associando-se à deformação em valgo do mesmo dedo, muitas vezes deve-se ao tipo de calçado utilizado, existindo também alguns fatores genéticos associados. Esta deformação leva à formação do joanete ao nível da cabeça metatarsal, devido à fricção com o calçado, que leva à degeneração da respetiva articulação metatarso falângica bem como os tendões e os músculos a ela associados.

Dedos em garra devem-se a contracturas das estruturas do dedo, que podem afetar desde as articulações metatarso-falângicas às articulações interfalângicas. Estas deformações podem-se dever a alterações musculares e ao uso de sapatos inadequados (Subotnick, 1999).

A inflamação da sincondrose do escafoide com o osso acessório deve-se segundo Seeley, Stephens & Tate (2005), a resposta inflamatória ocorre em sequência de uma lesão dos tecidos ou em associação com uma resposta imunitária e embora os agentes que podem provocar estas reações sejam de variadas origens, a resposta é sempre semelhante, mobilizando as defesas, isola e destrói microrganismos e outros agentes, materiais estranhos e células danificadas, demonstrando os cinco sinais inflamatórios: dor, calor, rubor, tumor e perda de função;

No que respeita ao caso clínico da reação alérgica ao silicone da ortótese pós-cirúrgica de HAV, segundo Seeley et al. (2005), uma reação alérgica caracteriza-se por ser uma reação de hipersensibilidade, processando-se de forma semelhante a uma reação imunitária, associando-se muitas vezes a reações inflamatórias exacerbadas, e podem ser imediatas ou retardadas, de acordo com o tempo de aparecimento após a exposição ao alérgico;

Falando de reumatismo, Seeley et al. (2005), defende que com o envelhecimento, as articulações podem sofrer alterações, sendo as de tipo sinovial as mais afetadas, o que leva à alteração no ritmo de regeneração dos tecidos, tornando-se mais lento tal com a taxa de proliferação celular e a taxa de desenvolvimento de novos tecidos, levando a um desgaste das superfícies articulares, diminuição da produção de líquido sinovial, ao encurtamento e rigidez dos ligamentos que rodeiam as articulações, o que diminui a amplitude e a capacidade das articulações.

Os tratamentos de eleição para os diagnósticos realizados foram maioritariamente o tratamento cirúrgico. O tratamento paliativo, compensatório ou protetor, com recurso a talas e palmilhas foi o segundo tratamento mais aconselhado.

Segundo Snider et al. (2000), as ortóteses plantares são aparelhos realizados por técnicos especializados, que após um exame físico adequado e um perfeito entendimento da biomecânica do pé, irão realizar um palmilha, tala ou outro tipo de dispositivo, adaptado ao pé e ao problema em questão, com o objetivo de sustentar, limitar o movimento, amortecer ou acomodar a área afetada, possibilitando assim uma deambulação mais eficaz.

Outros tratamentos recomendados foram: repouso, fisioterapia, infiltrações com cortisona e toma de anti-inflamatórios que o mais frequentemente recomendado foi o Arcoxia devido aos seus reduzidos efeitos secundários.

Segundo Kisner e Colby (2007), a fisioterapia tem como objetivo melhorar ou restaurar a função, prevenir a disfunção, diminuir os fatores de risco e otimizar o estado de saúde do paciente, com o recurso a movimentos,

posturas ou atividades físicas específicas para cada caso e paciente em avaliação;

No que respeita a infiltrações, Snider et al. (2000) o recurso a corticosteroides têm como objetivo uma melhoria sintomática rápida e que pode durar várias semanas, podem ser realizadas nas zonas articulares, nas estruturas ligamentares (aumentando o risco de rutura das mesmas) e nas regiões onde existem compressões nervosas, como a região do túnel tarsico (aumentando o risco de lesão nervosa, caso estas sejam puncionadas);

— 26 De Janeiro de 2012

Apresentaram-se na consulta de ortopedia 17 pacientes, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 1 e os 20 anos.

Relativamente aos antecedentes médicos, apresentavam maioritariamente alterações articulares em 35,29% seguido de alterações da marcha em 29,41% e em 17,64% dos casos alterações ósseas. Outros antecedentes descritos mas menos comuns nos 17 pacientes avaliados foram queixas álgicas e cirurgias prévias.

Na realização do exame clínico, foi necessário recorrer a exames radiológicos 5 vezes, 4 pacientes apresentavam achados e deformidades ósseas e só um apresentava alterações articulares. Os resultados do exame clínico mostraram as informações que se seguem na tabela 5 que se segue.

Tabela 5 - Resultados os do exame clínico

<b>Resultados de exame clínico</b>	<b>Nº de pacientes</b>
<b>Alterações biomecânicas do pé</b>	6
<b>Alterações articulares à mobilização</b>	7
<b>Escoliose</b>	1
<b>Laxidez ligamentar</b>	1
<b>Dismetria</b>	2
<b>Edema da primeira vertebra dorsal</b>	1
<b>Contractura muscular</b>	1

Os diagnósticos realizados foram os seguintes: um paciente com marcha em extraversão; dois pacientes com marcha em intraversão fisiológica; dois pacientes com joelhos valgos; um paciente com dismetria compensada; um paciente com dismetria não compensada; um paciente com um quisto ósseo na cabeça do úmero; um paciente com uma escoliose torácica; um paciente com pé cavo paradoxal; um paciente com pé plano flexível; um paciente com contratura dos esternocleidomastóideos, um paciente com hemiplegia espástica; um paciente com artrose transversa ilíaca; um paciente com o Síndrome de Springel; um paciente com pé talus fisiológico e um paciente com uma verruga.

Os tratamentos de eleição para os diagnósticos realizados foram: utilização de tratamento paliativo/ compensatório/ protetor em 4 casos, uso de analgésicos num caso, conselho de suspensão do uso calcanheira num caso específico e o de vigiar a escoliose em outro caso clínico. No entanto, 4 tiveram alta clínica, 1 realizará infiltração se houver queixas álgicas posteriores e 1 foi derivado para a dermatologia.

— 31 de Janeiro de 2012

Apresentaram-se na consulta de ortopedia 22 pacientes, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 45 e os 93 anos.

Relativamente aos antecedentes médicos, a maioria dos casos clínicos o antecedente mais comum era queixas álgicas em 18 casos dos 22; antecedentes cirúrgicos em 11 casos, em 7 casos clínicos alterações ósseas e em menor numero alterações articulares em 3 casos clínicos. Outros antecedentes pontuais foram: rutura de tendões, doença de Crohn, VIH, obstrução arterial dos membros e parestesias. O uso de palmilhas *standard* foi citado em 2 casos clínicos.

Destes doentes 2 já se encontravam a seguir um tratamento de Fisioterapia.

Na realização do exame clínico, foi necessário recorrer a exames radiológicos 10 vezes, obtendo os resultados que estão representados na tabela seguinte.

Tabela 6 - resultados imagiológicos dos pacientes

<b>Resultados imagiológicos</b>	<b>Nº de pacientes</b>
<b>Alterações articulares</b>	5
<b>Achados e deformidades ósseas</b>	2
<b>Boa recuperação cirúrgica</b>	1
<b>Boa recuperação de fratura</b>	2

Na continuação do exame clínico, foram observadas duas alterações biomecânicas do pé; quatro alterações articulares e duas queixas álgicas.

Os diagnósticos realizados foram os seguintes: dois pacientes com contraturas nas costas, dois com metatarsalgias de subcarga, um com artrose do tornozelo, um com necrose avascular do astrágalo, um com fascíte plantar, um com uma osteotomia do 1º metatarso do pé direito em recuperação, um com uma fratura do côndilo externo do fémur direito, um com uma fratura de Jones e um osso acessório, um com subluxações das articulações metatarso-falângicas, um com uma fratura consolidada, um com sindesmoses mal consolidadas, um com compressões neurológicas ao nível da coluna, um com uma tendinite no ombro, um com pé equino, varo, aducto e cavo, um com o 2º dedo supraducto e por fim outro paciente com dedos em garra.

Os tratamentos de eleição para os diagnósticos realizados foram na maioria dos casos fisioterapia e medicação á base analgésicos e anti-inflamatórios. Houve também tratamento que consistiram em repouso, uso de tratamento paliativo/compensativo ou até mesmo cirurgia.

O tratamento farmacológico recomendado foi essencialmente constituído por cortisona, tramadol e paracetamol.



Por fim, 4 pacientes tiveram alta clínica, 3 aguardam nova reavaliação, dois destes com recurso a imagem radiológica e 1 aguarda o início da realização de fisioterapia.

— 2 De Fevereiro de 2012

Apresentaram-se na consulta de ortopedia 5 pacientes, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 4 e os 18 anos.

Relativamente aos antecedentes médicos, apresentavam: queixas álgicas; problemas de coluna; pé plano; atitude escoliótica e alterações ósseas.

Na realização do exame clínico observou-se o que se encontra detalhado na tabela 7 abaixo representada.

Tabela 7 - Resultados do exame clínico

<b>Resultados de exame clínico</b>	<b>Nº de pacientes</b>
<b>Atitude escoliótica com dupla curvatura</b>	3
<b>Dismetria</b>	3
<b>Vertebras lombares muito salientes</b>	1
<b>Quebras no tecido elástico nas costas</b>	1
<b>Deficit da musculatura posterior</b>	1
<b>Alterações biomecânicas do pé</b>	3

Os diagnósticos realizados consistiram numa escoliose compensada por dupla curvatura em dois casos clínicos, pé plano de 2º grau num caso e uma escoliose de compensação de dismetria dos membros noutra caso clínico.

Os tratamentos de eleição para os diagnósticos realizados foram o uso de tratamento paliativo/ compensativo num caso de escoliose e a realização de exercício físico para potenciação muscular no outro caso clínico.

Assim, um paciente teve alta clínica e um aguarda nova reavaliação com recurso a imagem radiológica.

— 7 De Fevereiro de 2012

Apresentaram-se na consulta de ortopedia 12 pacientes, maioritariamente do sexo feminino e com idades compreendidas entre os 11 e os 65 anos.

Relativamente aos antecedentes médicos, 66,67% dos 12 pacientes apresentavam queixas algícas, 41,67% cirurgias prévias, 16,67% alterações articulares, parestesias e dismetrias e por fim 8,33% dos casos apresentavam doença de Perthes, escoliose, hérnia discal e edema do dedo indicador da mão direita.

Na realização do exame clínico registou-se a presença de dor num caso, encurtamento do membro inferior num caso, escoliose noutra caso e edema e exsudação do dedo indicador direito num outro caso. Destas avaliações cinco necessitaram de recurso a raio x.

Os diagnósticos realizados resumiram-se a uma artrose da anca da perna esquerda, uma escoliose com rotação associada, uma recidiva de cirurgia lombar e uma discopatia.

Os tratamentos de eleição para os diagnósticos realizados foram a cirurgia e a fisioterapia associadas a repouso.

Por fim deste dia de estágio, 1 paciente teve alta clínica, e 4 devem manter a vigilância e o controlo.

— 9 De Fevereiro de 2012

Apresentaram-se na consulta de ortopedia pediátrica 18 pacientes, distribuídos por ambos os géneros igualmente e com idades compreendidas entre os 0 e os 16 anos.

Relativamente aos antecedentes médicos, cinco pacientes apresentavam cirurgias prévias, três apresentavam queixas algícas, dois apresentavam pé boto tratado segundo o método de Ponseti, um paciente apresentava joelhos valgus, um paciente neurofibromatose nervosa, outro tinha uma fratura do rádio, um paciente apresentava uma luxação congénita da anca,

um apresentava uma hemiplegia espástica, um outro tinha uma hiperostose da cortical na tíbia e dois casos apresentavam quistos.

Na realização do exame clínico, encontramos 17 casos com achados podológicos que na maioria eram alterações biomecânicas do pé ou da marcha. Outros achados consistiam em alterações de retropé valgo em três casos, pés varos, supra ou infradução de dedos, abatimentos do ALI, astrágalo plantar flexionado, escafoides acessórios e diminuições de amplitude de movimento de articulações.

No que respeita a alterações biomecânicas observamos um caso de joelhos valgus, um caso de genu recurvatum, um caso de uma escoliose, um caso de uma dismetria, quatro casos de rotação da cabeça para a direita e um caso de inclinação da cabeça para a direita.

Os diagnósticos realizados foram os seguintes: um caso de um 5º dedo supraducto, um caso de pé plano bilateral e dois casos de joelhos valgus.

Os tratamentos de eleição para os diagnósticos realizados foram a fisioterapia em dois casos e de cirurgia em outros dois casos.

Terminamos o dia de estágio em que 1 paciente teve alta clínica, 2 devem manter a vigilância e o controlo e 9 aguardam reavaliação e destes 5 com recurso a imagem radiológica.

— 13 De Março de 2012

Neste dia de estágio fizemos observação da realização de gessos para uma luxação congénita da anca no bloco operatório.

### **1.2.7 Conclusão**

Durante este estágio clínico é de referir a abertura e a exposição dos profissionais presentes para uma avaliação do ponto de vista podológico, permitindo-nos como Podologistas, estar presentes e até expor novos pontos de vista. Fui sempre muito bem tratada e permitiram-me até efetuar algumas avaliações mesmo sendo a consulta dada pelo ortopedista.

Foi também possível com este estágio compreender a destreza, clareza e rapidez necessária para um bom funcionamento da prática hospitalar. Considero ter sido muito proveitoso, não só no que respeita às várias patologias abordadas, bem como à abordagem realizada às diferentes faixas etárias encontradas.

Com este estágio apercebi-me do quanto útil e necessária é a presença de um Podologista na consulta de ortopedia hospitalar. Esta traria algumas vantagens, como uma resposta mais rápida e eficaz nos casos em que eram aconselhados dispositivos ortopédicos específicos adaptados à patologia, bem como na realização de uma análise biomecânica mais afundada.

## **1.3 Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo**

### **1.3.1 História da Instituição**

O Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV) agregou-se ao Hospital de S. João fazendo parte do Centro Hospitalar de S. João. O hospital situa-se na região do grande Porto, na cidade de Valongo. As áreas de influência são – a freguesia de Gandra, o concelho de Paredes, o concelho de Gondomar e o concelho de Valongo. O HNSCV abrange cerca de 80 mil utentes (Portal da Saúde, 2013).

A CESPU celebrou com o Hospital Nossa Senhora da Conceição um acordo semelhante ao efetuado com o Hospital de Guimarães, em Valongo que entrou em vigor a partir de Outubro de 2006 (Anexo IV).

Este hospital serve a população com consultas de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica reconstrutiva e estética, Estomatologia, Medicina Interna, Ortopedia, Patologia Clínica, Psiquiatria e mais recente iniciou-se a consulta de Podologia (Portal da saúde, 2013). Esta iniciativa, em cooperação com a Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), permitiu à população abrangida, a possibilidade de ter um acompanhamento personalizado de Podologia. Esta consulta é destinada para os doentes internados no hospital e para os utentes que frequentam consultas da respetiva unidade hospitalar (Soares, 2006).

### **1.3.2 Recursos Materiais e Humanos**

Como refere a cooperativa, em comunicado, este acordo segue os parâmetros de um outro estabelecido com o Hospital Senhora da Oliveira, em Guimarães, onde as consultas nestas áreas já atingem os 150 utentes mensais, atendidos por 15 profissionais de saúde (Actualidades, 2006).

### **1.3.3 Consulta de Podologia**

As consultas de Podologia são consultas de especialidade, realizadas no serviço de Consultas Externas, onde existem dois consultórios devidamente equipados. Podemos encontrar uma box equipada com uma cadeira de Podologia, um podoscópio, autoclave e os materiais necessários para a realização dos tratamentos de Podologia.

A patologia predominante neste Centro Hospitalar é o Pé diabético, que segundo Rocha, Zanetti e Santos (2008), surge como uma das complicações crónicas mais incapacitantes da patologia, advindo do mau controlo da mesma. Representando um grande impacto social e económico para as suas famílias, para a sociedade e o sistema de saúde, quer em países desenvolvidos ou emergentes.

### **1.3.4 Equipa médica**

As consultas de Podologia são supervisionadas por um profissional de saúde especializado em Podologia, e realizadas por estagiários de Podologia, no âmbito dos estágios dos mestrados.

Neste local de estágio fomos orientados pela Dr.<sup>a</sup> Angélica Andrade e pela Professora Doutora Liliana Ávidos.

### **1.3.5 Estágio**

A avaliação efetuada neste local de estágio foi idêntica ao que efetuamos no estágio no Hospital de Guimarães. Assim, inicialmente era realizada a anamnese, questionando os dados pessoais, a história da doença atual, a medicação, os fatores de risco sistémico, as doenças concomitantes e consequentes e os antecedentes familiares. Seguidamente, eram realizadas as avaliações em sedestação, tais como, a inspeção, a palpação e as avaliações sensitivas, e articulares.

Por vezes, eram utilizados meios de diagnóstico complementares, como análises clínicas, ou imagens radiológicas, ou outros, presentes no relatório clínico, para confirmação ou melhor exploração de algumas patologias, com o objetivo final de chegar a um diagnóstico acertado.

### **1.3.6 Dados do estágio**

Durante este período de estágio foram avaliados 26 pacientes em 5 dias diferentes, dos quais 16 eram mulheres e 10 eram homens.

Relativamente aos antecedentes médicos, apresentavam enumeras patologias mas as mais frequentemente citadas foram, a DM, a HTA, hipercolesterolemia, dislipidemias, patologias cardíacas, vasculares periféricas, nefropatia e retinopatia. Do total dos 26 pacientes avaliados, 24 eram diabéticos e maioritariamente do tipo II numa percentagem de 69,23% dos casos e a maioria é insulino dependente. Curiosamente o tempo de diagnóstico da diabetes variou entre os 61,54% com menos de 10 anos de evolução, 30,77% com mais de 20 anos de evolução e em menor numero com mais de 10 anos e menos de 20 numa percentagem de 26,92% dos pacientes.

No que respeita a antecedentes familiares com diabetes, na maioria dos casos a pessoa mais frequente com diabetes é a mãe e o irmão, seguidos do pai e em menor numero o filho.

Durante exame clinico avaliamos a presenta de deformidades estruturais (anatômicas), onde verificamos que 9 pacientes dos 26 tinham HAV e avaliamos também a história de úlcera no pé ou amputação onde verificamos que um paciente tinha tido uma úlcera na perna e outro tinha feito uma amputação de um dedo.

De seguida partimos para a avaliação sensitiva com o uso de monofilamento de 10gr e diapasão de 128Hz, esta avaliação não foi efetuada em todos os pacientes visto que já havia registos e o facto de também haver alguma falta de tempo, o que nos fazia direcionarmos a consulta para o motivo principal da mesma. Ainda assim nesta avaliação 6 pacientes apresentaram sensibilidade normal e um paciente apresentou ausência de sensibilidade ao monofilamento de 10g e o mesmo paciente apresentava perceção da vibração do diapasão de 128Hz.

Após todas as avaliações, chegamos ao diagnóstico e aí observamos que as patologias mais frequentes nestes 26 pacientes foram, a onicogribose numa

percentagem de 65,38% e as hiperqueratoses numa percentagem de 50% dos casos clínicos. Outras patologias que também surgiram mas em menor número de casos foram helomas, xerose, onicomucose, onicocriptose e úlceras.

No que respeita ao tratamento mais usado nos pacientes, constatamos que o corte e o rebaixamento ungueal eram o mais frequente (92,3% dos casos), seguidos da deslaminação das hiperqueratoses com uma frequência de 50% dos pacientes e outros tratamentos mais utilizados foram também a limpeza dos canais ungueais e a enucleação dos helomas.

Neste estágio tivemos oportunidade de tratar alguns casos de úlceras, apresento de seguida cada caso clinico descrito detalhadamente e com registo fotográfico das lesões.

Na figura 6 encontra-se representada uma ulceração de estadio II, sem exsudação, nem fistulação, com formação queratósica nos bordos da ferida, apresentando boa cicatrização. Consequentemente, o tratamento realizado, foi: deslaminação do tecido desvitalizado; assepsização com Cyteal; penso com Aliagen.



Imagem 6 - Úlcera no 2º dedo do pé esquerdo

O paciente representado na figura 7, apresentava uma úlcera de estadio II peri-ungueal no 2º dedo do pé esquerdo, com 1 mês e meio de duração, apresentando tecido de granulação, com algum exsudado seroso e sem fistulação. O tratamento realizado, foi, limpeza com soro e cyteal; aplicação de penso Suprasorb C e aplicação de penso Aquacel Ag.





Imagem 7 - Úlcera na face lateral do 2º dedo do pé esquerdo

Na figura 8 colhida na primeira consulta vemos uma ulceração no estágio VI com edema dos membros inferiores. Vemos que a lesão encontra-se com sinais de inflamação, eritema e com exposição óssea assim como algum exsudado seroso. Durante a avaliação da úlcera foi possível verificar que existiam locas nos bordos da lesão. Este paciente além dos sinais de edema já referidos era um paciente que sofria de HTA e referia um cansaço anormal nos membros inferiores o que nos levou a suspeitar de insuficiência cardíaca. Com os sinais e os sintomas apresentados, em conjugação com os antecedentes clínicos do paciente, como prevenção do surgimento de um acidente vascular, recomendou-se a ida ao médico de clínica geral, e realizou-se uma carta de exposição do caso clínico, para o início de tratamento com antibioterapia, por exposição óssea, e o uso de diurético, para o edema, bem como a realização de uma avaliação vascular urgente.



Imagem 8 - Ulcera na 1ª articulação MTF do pé esquerdo 1ª consulta

O paciente voltou à consulta já passado um tempo mais alargado que o previsto, após um enfarte do miocárdio. Encontrava-se sem edema dos membros inferiores, referiu a realização de novos exames complementares, que denunciavam a existência de uma neoplasia a nível visceral.

Nesta segunda consulta o local da lesão apresentava-se com menos edema, tal como está presente na figura 9, sem melhoras cicatriciais, mantendo as locas, o exsudado e a exposição óssea. Manteve-se a realização do mesmo tratamento e o mesmo tipo de penso, realizando-se também o desbridamento mecânico com bisturi.



Imagem 9 - Ulcera na face lateral da 1ª articulação MTF do pé esquerdo 2ª consulta

Outro caso bastante interessante que nos surgiu durante este estágio foi o caso clínico de eritema pérmio que se encontra registado na figura 10.



Imagem 10 - Aspeto da lesão do eritema pérmio no 4º dedo do pé esquerdo

Esta paciente surgiu na consulta de podologia com lesões já cicatrizadas resultantes do eritema pérmio. A paciente queixava-se de muito prurido o qual deu origem devido ao coçar, a feridas na ponta do terceiro dedo de ambos os pés, e no bordo tibial da base do hallux direito. Durante a avaliação observamos a existência de zonas eritematocianóticas, na ponta do 3º dedo bilateral e na base do hallux, aprestando-se mais exacerbadas na ponta do 2º dedo do pé direito. Tendo em conta que a paciente apresentava nas zonas cicatrizadas uma ligeira hiperqueratose, derivada da pressão exercida em excesso resultante de uma ligeira garra desses dedos, foi realizado desbridamento mecânico e recomendada a submersão das extremidades em água morna e o uso de calçado e meias/ luvas quentes nos dias de maior frio.

Segundo Azulay et al (2008), o eritema pérmio, ou perniose, ou frieira, é uma afeção de caráter agudo, mais comum em jovens do sexo feminino, e caracteriza-se pela presença de áreas infiltradas eritmatocianóticas, com os seus limites imprecisos, por vezes nodulares, e tem como principal causa a exposição ao frio. Numa fase mais avançada também é comum o aparecimento de bolhas e ulcerações necróticas. Os pacientes apresentam

um prurido muito exacerbado nas regiões afetadas, provocando assim lesões secundária da derme. A localização mais comum é nas extremidades, como nos dedos, calcanhares, bordo cubital das mãos, orelhas e nariz. Os vasodilatadores, a submersão dos pés e das mãos são utilizados como ativadores da circulação no surgimento da patologia, e o vestuário e o resguardo do frio como medida profilática.

### **Técnicas cirúrgicas abordadas**

Segundo Nova (2006), o termo onicocriptose é uma patologia do complexo ungueal, em que a lâmina lesiona o bordo periungueal, devido ao traumatismo constante causado pelo seu contínuo crescimento. Esta provoca dor, inflamação e limitação funcional. A O seu surgimento pode dever-se à hipertrofia dos bordos ungueais, certas morfologias ungueais, corte incorreto das unhas, maceração dos tecidos circundantes, calçado inadequado, traumatismos diretos, alterações biomecânicas, curvaturas patológicas da unha, iatrogenias, excesso de peso, formula digital egípcia, entre outras.

Durante este estágio tivemos oportunidade de abordar e praticar avaliando e tratando cirurgicamente onicocriptoses, como é o caso presente na imagem seguinte.



Imagem 11 - Onicocriptose bilateral de ambos os hallux de um paciente submetido à técnica de fenol-álcool

Segundo Nova (2006), existem quatros estadios de classificação da patologia:

- Estadio I ou inflamatório - presença de eritema, edema leve e dor à pressão direta no bordo (este bordo não sobrepõe a lâmina ungueal);
- Estadio II ou de abcesso - divide-se em 2 sub-estadios:
  - ❖ IIa: Aumento da sintomatologia, em relação ao estadio anterior, com a possibilidade de presença de conteúdo seroso e infeção, e o bordo ungueal pode sobrepor a unha num máximo de três milímetros;
  - ❖ IIb: Sinais e sintomas semelhantes a IIa, aumentando a possibilidade de infeção por agentes piogénicos e os bordos ungueais podem sobrepor a lâmina mais de três centímetros;
- Estadio III - Existe uma exacerbação dos sintomas da etapa anterior, há a formação de tecido de granulação e hipertrofia crónica do bordo ungueal, cobrindo amplamente a unha;
- Estadio IV - Caracteriza-se pela evolução do estadio III, para uma deformidade grave e crónica da unha, dos bordos laterais e do distal.

O autor Nova (2006) refere também que existem dois tipos de abordagem:

- Conservadora - caracteriza-se pela extração da espícula causadora da patologia, realizando-se previa desinfeção da zona, limpeza do canal ungueal, e rebaixamento da unha, seguidamente com um bisturi com lâmina nº15, com o fio de corte para cima, deve-se cortar a unha de forma reta, até posterior do local afetado, extraíndo-se seguidamente a espícula com a ajuda de pinças;
- Cirúrgica - podem-se realizar matricectomias totais ou parciais, dependendo do estadio da lesão.

Após a análise pré cirúrgica, e avaliação analítica dos pacientes propostos à cirurgia, foi realizada uma avaliação vascular mais aprofundada, obtendo o índice de Yao, definido por Nova (2006) como o índice do tornozelo-braço, e que é obtido após a medição da pressão sistólica da artéria pediosa e da

umeral, com a ajuda dum doppler e dum esfigmomanómetro, deve ter um valor entre 0,85 e 1,2, e é obtido pela fórmula:

— Índice de Yao = pressão tibial / pressão umeral;

Relativamente às técnicas cirúrgicas realizadas no âmbito do estágio clínico, os pacientes foram inicialmente preparados para a realização das técnicas, tal como os passos de preparação cirúrgica descritos por Nova (2006):

- Raspagem dos pelos e assepsização de todo o pé, lavando no sentido de distal para proximal, seguido de um banho com soro fisiológico e álcool a 70º e posteriormente pincelado com povidona iodado, nunca esquecendo os espaços interdigitais;
- Administração de anestésico (mepivacaína) com carpule, segundo a técnica anestésica troncular (1ª punção no bordo peronial do hallux, com lateralização da agulha, e flexão dorsal do dedo, após a administração do anestésico e 2ª punção no bordo tibial do mesmo dedo);
- Colocação do campo estéril e realização de hemostasia local com anel hemostático ou fita elástica, ou ao nível do supramaleolar, colocando-se o manguito ao nível do tornozelo, previamente protegido com uma ligadura de algodão, e antes de insufla-lo até à pressão correta para uma hemostasia completa (aproximadamente 250 mmHg), elevar a perna 5 minutos para prevenir as trombozes.

Após a realização destes paços indispensáveis à prática cirúrgica foram realizadas as seguintes técnicas, previamente escolhidas de acordo com o caso clínico e seguindo o autor Nova (2006).

Técnica do fenol-álcool, caracteriza-se pela realização da extração espícula ungueal, semelhante à técnica conservadora descrita anteriormente, mas desta vez até a região mais proximal possível, pinçando-se e tracionando dorsalmente. Posteriormente é realizada a curetagem de todo o local exposto, exceto do bordo situado por baixo da unha, depois aplica-se uma zaragatoa embebida em fenol por 30 segundos girando-a no sentido contrário da lâmina e irriga-se abundantemente com álcool. Este processo

ao todo deve ser realizado duas vezes, e seguidamente deve ser lavado com soro fisiológico à pressão;

Técnica do Winograd, esta técnica tal como a anteriormente descrita inicia-se com a extração da espícula ungueal, o mais proximal possível, com o uso de uma pinça mosquito, e curetagem, e só posteriormente é realizada uma recessão, do tecido do bordo periungueal que se encontra em conflito com a unha, em cunha, muitas vezes hiperqueratósico. Realiza-se uma incisão reta da zona da matriz até ao bordo distal (5mm no bordo proximal e no distal), unindo-se depois estes dois pontos do mais distal ao mais proximal, em meia-lua, com alguma obliquidade, realizando uma cunha. Neste caso existe a possibilidade da realização de um ponto simples em cada bordo, no caso de resistência dos bordos à união;

Relativamente ao penso, deve ser colocada pomada antibiótica no local intervencionado, seguida de tiras de aproximação, e de um apósito antiaderente estéril, e como finalização, deve ser realizada uma ligadura semi-compressiva do primeiro dedo.

### **1.3.7 Conclusão**

Este estágio foi extraordinariamente importante para a obtenção de mais despreza na prática clínica, especificamente na realização de diagnósticos e tratamentos de lesões do membro inferior.

Foi um estágio onde tivemos algumas dificuldades no que respeita a colheita de informação completa para preenchimento do relatório clínico visto que o número de consultas era excessivamente grande e não podíamos perder tempo, avaliando assim mais ao promenos o motivo que trouxe o paciente á consulta.

Este estágio permitiu por em prática alguns conhecimentos ainda teóricos, como a realização de técnicas cirúrgicas, o que é uma mais valia para a prática clínica de um profissional de podologia.

Considero que foi um estágio muito proveitoso graças á grande quantidade de experiência e conhecimentos adquiridos no seu decorrer, permitindo-nos como profissionais realizar o cruzamento de informações, obtidas

teóricamente, através da visualização dos sinais e sintomas apresentados, permitindo-nos assim prevenir e diagnosticar doenças, fora do nosso campo de tratamento, encaminhando assim os paciente para outras especialidades.

Na minha opinião, esta experiencia veio mais uma vez contribuir para realçar a importância de uma equipa multidisciplinar com o Podologista como parte integrante da mesma.



## **2 Apoio ao Peregrino**

O apoio ao peregrino, realizado pelos alunos do curso de Podologia da ESSVA, teve início no ano de 2001, sendo uma das primeiras iniciativas, idealizadas e postas em prática, pelo núcleo de Podologia criado nesse mesmo ano, com o intuito de promover o curso e realizar atividades para prestação de cuidados de saúde à comunidade, tal como de formação educativa da mesma e de profissionais (Sofia, 2013).

A APP começou em 2004, a apoiar esta atividade disponibilizando uma unidade móvel com capacidade para a disponibilização de cuidados mais especializados e com normas de desinfeção e esterilização mais adequados.

Este evento tem como objetivo o acompanhamento dos peregrinos, que se deslocam a Fátima na semana antecedente ao 13 de Maio, data celebrada todos os anos por milhares de pessoas de todo o país.

O apoio ao peregrino em 2012 aconteceu de 7 a 13 de Maio e contou com o voluntariado dos alunos dos três anos de licenciatura de Podologia, com os alunos dos mestrados de Podiatria, e com alguns profissionais de saúde ligados à Associação Portuguesa de Podologia.

As patologias mais frequentes, encontradas nesta atividade são sobretudo as flictenas, as hiperqueratoses, a maceração interdigital, as onicocriptoses, onicomicoses, dermatomicoses, a hiperhidrose, as reações alérgicas, as fissuras dérmicas, as metatarsalgias, as úlceras, os hematomas, as mialgias e as lesões musculares e tendinosas.

Os tratamentos realizados eram específicos para os casos encontrados, sendo os mais frequentes: drenagem das flictenas, com agulha ou com bisturi; colocação de Betadine nos espaços interdigitais; hidratação da pele; descarga das pressões nas regiões mais afetadas, com recurso a placas de feltro, posteriormente adaptadas; imobilizações articulares; técnicas de relaxamento muscular; recurso a fármacos, como pomadas anti-inflamatórias (Voltaren), com agentes corticoesteróides (Synalar), anticoagulantes de uso tópico (Hirudoid), entre outros.

Esta atividade tem também o objetivo de educar e aconselhar os peregrinos ao longo da caminhada, para prevenir situações graves, que podem impedir o cumprimento do objetivo.

Com esta experiência os alunos e os profissionais da Podologia aumentam a sua habilidade e destreza para tratamentos de situações clínicas agudas. Ajuda-nos também a melhorar a comunicação com os pacientes que são de variadas idades, os quais nos confidenciam as motivações para realizarem aquele objetivo tão ansiado sacrifício que é chegar a Fátima.

Foi muito gratificante para mim, ajudar nesta iniciativa ganhando experiência e melhorar as minhas capacidades comunicacionais, destreza na prática e acima de tudo compreensão pelas diferentes situações e razões, que levam à necessidade da realização daquele sacrifício.

## **3 Seminários**

### **3.1 Seminário de calçado-terapia**

Este seminário foi ministrado pelo Engenheiro Ricardo Silva (Engenheiro da unidade de Investigação e qualidade do Centro Tecnológico do Calçado).

Particpei no seminário no dia 22 de outubro de 2011.

O calçado por medida representa a combinação de fatores como a funcionalidade e estética. Através de conhecimentos na área da engenharia, na biomédica, na medicina e na ergonomia, o calçado poderá ter a funcionalidade de redistribuir as forças de reação do solo, de restringir movimento articular, de facilitar o caminhar e diminuir o aparecimento de lesões (White, 1994).

Este seminário iniciou-se por uma breve abordagem histórica da evolução do calçado, datando-se os primeiros espécimes de 8500 e 11000 a.c., vindo a sofrer evoluções, quer nos materiais, quer nas técnicas de produção, criando-se técnicas mais avançadas de produção no século XX, que diferem maioritariamente na forma de aplicação da sola.

Foi referido também que a construção base de um sapato passa pelas fases abaixo referidas:

- Corte das partes que constituem a parte superior do calçado;
- Operações de igualização, facear e aplicação de telas e fitas de reforço;
- Costura da gáspea;
- Colagem do forro ao corte;
- Operações de aplicação de testeiras, contrafortes, ilhós e passadores e pintura de bordos;

No que respeita à colocação da gáspea sobre a forma a aplicação da sola ao corte; operações de desenformagem aparar de linhas e pontas e colocação da palmilha e operações de acabamento e colocação na caixa.

O objetivo primordial do calçado é a proteção do pé das agressões exteriores, criando um efeito barreira. Isto só é possível se o sapato for possuidor de algumas características, como: resistência à abrasão; resistência à flexão; impermeabilidade; absorção de impactos (atenuação da força de reação ao solo); resistência ao calor; resistência ao frio; resistência aos microrganismos; dureza e propriedades elétricas (isolantes, condutivas e anti estáticas).

Para a obtenção destes resultados, recorre-se à utilização de materiais, mais ou menos flexíveis, resistentes, moldáveis ou amortecedores, como o couro, a borracha vulcanizada, o poliuretano, o poliuretano termoplástico, a borracha de látex, termoplástica ou natural, o policloreto de vinilo, o acetato de etileno-vinilo ou então a poliolefina elastómera.

Por fim, é de salientar a importância de reconhecer e perceber os diferentes tipos de calçado, bem como a boa confeção e o respeito da morfologia do pé pelo perímetro do sapato, só assim é possível para este objeto cumprir o seu principal objetivo, a proteção.

Foi importante a presença neste seminário para perceber a quantidade infundável de materiais existentes para o fabrico do calçado, assim como a sua aplicabilidade a um sem número de patologias.

### **3.2 Seminário de Biomecânica**

O seminário de biomecânica foi ministrado por Joaquim Paez e Rafael Gonzalez, na Escola Superior de Saúde de Vale do Ave (ESSVA), no dia 17 de Dezembro de 2011.

Neste seminário foram abordadas e lembradas algumas das teorias biomecânicas mais importantes. Algumas destas teorias já se encontram em desuso, e outras são agora tidos como mais viáveis, sendo estas a Teoria biomecânica de Root, Teoria biomecânica de Hicks, Teoria biomecânica de Lievre, Teoria biomecânica de Danamberg, Teoria biomecânica de Kirby, Teoria biomecânica do Redmond, Teoria biomecânica de McPoil, Teoria biomecânica de Fuller e a Teoria biomecânica de Demp.

Posteriormente foram também abordados alguns testes de mobilização e de diagnóstico, como a manobra de Jack, o teste de resistência à supinação, o teste de pronação máxima e o teste dinâmico de Hicks.

Este seminário ajudou-me a atualizar conceitos da biomecânica do membro inferior, e a lembrar alguns dos testes biomecânicos utilizados para realização de diagnósticos.

### **3.3 Seminário de Reumatologia**

O seminário sobre reumatologia foi ministrado pelo Dr. Domingos Araújo, na ESSVA, em dois dias distintos, no dia 10 e no dia 31 de Março de 2012.

No seminário de reumatologia foram abordadas algumas patologias osteoarticulares, como:

- Artrite reumatoide – Grande expressão ao nível da sinovial, maior atingimento ao nível das articulações metatarsofalângicas e nas interfalângicas proximais, não estando presente nas distais;
- Artrite psoriática;
- Espondilite anquilosante;
- Esclerose sistémica – Afetação dérmica, com espessamento e perda de rugas da mesma, bem como limitação em alguns movimentos, podendo também existir constrição dos vasos periféricos;
- Gota;
- Osteoartrose – Afeta a cartilagem.

Este seminário permitiu-me realizar a revisão de algumas patologias e obter novos conhecimentos sobre a matéria abordada, bem como uma consciencialização para a mesma, no meu dia-a-dia de prática clínica.

### **3.4 Seminário de Feridas e pensos**

O seminário sobre feridas e pensos foi-nos apresentado pela Professora Doutora Liliana Ávidos e pela Dr.<sup>a</sup> Assunção Alves, na ESSVA, no dia 25 de Fevereiro de 2012.

Os temas abordados foram sobre úlceras, a sua etiologia, tipo, sinais e sintomas, repercussões sistêmicas e os tipos de pensos utilizados nos seus diferentes estádios.

Segundo as oradoras, uma ulceração tem cronograma normal de evolução que pode estagnar em qualquer uma das fases devido diversos fatores, intrínsecos e extrínsecos, que alteram a capacidade de resposta do paciente. Na formação e desenvolvimento de uma úlcera, podem ser encontradas várias fases:

- Hemostase – Após o ferimento, são desencadeados os processos normais de hemóstase, como a agregação plaquetária local e a ativação da cascata de coagulação, pelos fatores de crescimento tecidular;
- Inflamação – Logo após o estabelecimento da hemóstase, dá-se início ao processo inflamatório, com a libertação de fatores quimiotáxicos, que ativa a resposta imunitária local, com o aporte de granulócitos, linfócitos e macrófagos, o que permite a neovascularização do local;
- Epitelização – As células epiteliais do estrato germinativo começam a sofrer alterações, e as células intactas dos bordos formam pseudópodes, o que possibilita a migração das células que vão originar novos tecidos, ao local da ferida;
- Neovascularização – É essencial para todo este processo, pois permite o restabelecimento sanguíneo ao local lesionado, após o dano sofrido previamente pela rede vascular;
- Síntese do colagénio – Nesta fase já não existe processo inflamatório. Os fibroblastos presentes na lesão desde o fim da fase inflamatória, iniciam a produção de colagénio, que se deposita de forma disforme no leito da ferida, que posteriormente se vai moldando cruzando as suas fibras. Todo o colagénio em excesso é eliminado por um processo denominado lise de colagénio;
- Contração da ferida e remodelação – Esta contração de forma centrípeta, permite a formação e a remodelação da cicatriz

Na presença de uma úlcera é necessário ter em conta alguns aspetos, para uma boa avaliação, observação, correta abordagem da lesão, educação do paciente e posteriormente realização de tratamento, sendo estes:

- Causa da ferida: neuropática, isquémica, vascular/venosa, neoplasias, tumorações de células gigantes, entre outras;
- Imagem clara do surgimento da úlcera: tempo, etiologia, etc;
- Imagem compreensiva do paciente;
- Fatores contribuintes;
- Comunicação com outros prestadores de cuidados de saúde;
- Continuidade dos cuidados;
- Localização centralizada para a informação dos cuidados a ter com a ferida;
- Componentes do plano de cuidados à ferida;
- Complicações derivadas da ferida.

Num avaliação geral do paciente, é de extrema importância estar atento à história clínica e o estado atual, obtendo informações sobre as patologias que este possui, a medicação utilizada e os níveis séricos de indicadores como o colesterol, a hemoglobina glicosilada e o índice glicémico diário.

Segundo as oradoras, quando os níveis glicémicos se mantêm elevados, podem ser um indicativo da presença de infeção na ulceração, que muitas vezes, quando associadas a neuropatia, não são visíveis, apenas apresentando os primeiros sintomas numa fase mais avançada, de afetação profunda dos tecidos com mais perfusão. Por vezes, na 3ª idade, a infeção, ao contrário dos sinais e sintomas normais causados num indivíduo jovem, Podem levar ao aparecimento de hipotermia. É também importante recordar que todas as feridas estão colonizadas, mas nem todas estão infetadas.

Por vezes, os pacientes apresentam síndromes e patologias associadas, que retardam e muitas vezes impedem o desenvolvimento cicatricial, por exemplo, o síndrome de Ehlers-Danlos caracteriza-se por problemas cicatriciais congénitos e pela formação de queloides; no caso de doentes

anêmicos é importante recordar que nem todos são ferropénicos, e a dependência alcoólica diminui a sensibilidade e aumenta o risco de subnutrição e de alterações hepáticas.

Na avaliação local da lesão, devemos sempre averiguar as seguintes condições:

- Isquemia – Inicialmente, a região apresenta-se branca, e depois adquire uma coloração vermelha, devido à vasodilatação dos capilares, como última instância, continuando os pulsos não palpáveis. Por vezes, existe um aporte sanguíneo mínimo, no entanto a perfusão de oxigénio, não é suficiente para aumentar a cicatrização;
- Teste da perfusão dérmica – Com a realização de pressão com a ponta do dedo, sobre a pele edemaciada, esta deverá demorar três segundos para retomar a coloração normal e perder a depressão, que foi realizada;
- Tamanho da lesão – Deve ser feita esta avaliação com alguma periodicidade, de forma a manter o perímetro da úlcera em constante controlo. Para a realização desta avaliação, é necessário colocar um material limpo e graduado, formando 2 linhas perpendiculares, medindo na sua maior largura e comprimento, em cm;
- Sinus tractus – É importante realizar a fiscalização dos bordos ulcerativos com uma goiva ou pinça, para realizar o despiste da presença de locas (espaço sem preenchimento nos bordos) e fistulas (trajeto sem preenchimento, por baixo da pele, que une duas feridas).

Os edemas são muito frequentes em pacientes com úlceras, estes atrasam o processo cicatricial. Estes edemas podem ser dos membros, comuns em alterações venosas e insuficiências cardíacas, ou generalizados, como nos casos em que existem alterações renais ou linfáticas.

Na abordagem local de tratamento, após a avaliação inicial, devem-se ter em atenção alguns paços a por em prática e alguns processos que devem



der estimulados, ou seja, durante o ato de uma colheita microbiana, a úlcera deve ser lavada abundantemente com soro, e de seguida realizar-se á a colheita com uma zaragatoa; sempre que for necessária a realização de antibioterapia local, esta não deve ter um período de duração superior a 2 semanas e deve ser seguida corretamente, visto o risco de resistência aumenta quando esta não corretamente utilizada. Em casos de atingimento ósseo, infecção generalizada ou urgência sem certeza do tipo de infecção, deve ser utilizado um antibiótico de largo espectro. Sempre que se recorre a este medicamento, é necessário ter em atenção que existem comprometimentos imunitários, como nos doentes oncológicos e nas crianças, em o tratamento de eleição será bactericida, no entanto num indivíduo adulto será um bacteriostático; a úlcera, no ato normal de tratamento, deve ser lavada com substâncias cujo ph seja neutro; todo o tecido necrótico e desvitalizado, presente na úlcera, deve ser removido, por ação mecânica, com recurso a um bisturi, normalmente doloroso para paciente com a sensibilidade intacta, poderá ser quimicamente, com a colocação de um agente químico que realize esta ação, ou autolítica, com o recurso a hidrogéis ou hidrocolóides, que promovem o desbridamento através de estimulação local; o tecido de granulação, muitas vezes presente na úlcera, tem aspeto visual semelhante a uma couve-flor, e representa um processo mais evolutivo da cicatrização, que por vezes necessita do estímulo de um certo tipo de penso que estimule a epitelização, para dar continuidade ao processo.

Relativamente aos tipos de pensos, à sua utilização e às suas características, a informação fornecida pelas oradoras, e segundo Dealey (2006) foi:

- Compressas absorventes – são relativamente baratos, não devem ser utilizados como penso primeiro, mas sim como secundário, em feridas com exsudado abundante e são compostos por um núcleo absorvente e cobertos por material sintético;
- Pensos celulósicos absorventes – Podem ser usados em contato direto em feridas, com exsudado abundante, e são compostos por uma única peça com múltiplas camadas, altamente absorventes;

- Pensos adesivos – Compostos por uma compressa central coberta por uma banda mais larga, com proteção adesiva, tem pouca capacidade de absorção, não são bons pensos primários e são normalmente usados em feridas pós-cirúrgicas;
- Alginatos (Suprasorb® A) – Contêm alginato de cálcio ou de sódio, ao absorver o exsudado o penso passa de textura fibrosa a gel, podem ser encontrados em vários formatos (achatados, em fio, extra-absorventes e com proteção adesiva) e devem ser usados em feridas com exsudado médio a abundante;
- Hidrocolóides (Suprasorb® H, Varihesive® Gel Control)– São constituídos por uma base hidrocolóide de celulose, gelatinas e pectinas e por uma película ou espuma de poliuretano, podem ser adquiridos com vários tamanhos, formas, espessuras e capacidade de absorção. Estes dilatam com a absorção do exsudado, moldando-se à ferida que não deve ser totalmente preenchida, pelo que deve ser usado em feridas com exsudado;
- Hidrofibras (Aquacel®) – São feitos de fibras hidrocolóides, que se transformam em gel na presença de exsudado, têm grande capacidade de absorção, podem ser adquiridos em forma de chapa com diversos tamanhos ou fita para cavidades e não devem ser utilizados sobre feridas necrosadas secas;
- Hidrogéis (Suprasorb® G, Varihesive® Higrogel) – São constituídos por polímeros insolúveis e com alto conteúdo de água, que requerem um penso secundário. Estes géis têm capacidade de absorver o exsudado e de hidratar feridas secas e necrosadas, promovendo assim o desbridamento, podendo ser utilizados em feridas com exsudado de moderado a fraco e com pequenas cavidades;
- Pensos de baixa aderência (Solvaline®) – Estes pensos não têm capacidade de absorção, e servem para sobrepor a colocação de outros tipos de materiais, como géis, não devem ser utilizados em feridas muito exsudativas e tal como o nome indica são de baixa

- aderência, podendo também ser adquiridos com a impregnação de povidona-iodada;
- Pensos de prata e carvão (Aquacel® Ag, Suprasorb® A+Ag) – Estes podem conter prata, que é um bom antibacteriano e tecido de carvão ativado, que apresenta capacidade de absorção de químicos libertados por feridas fétidas. Estes são utilizados como penso primário e requerem compressa de cobertura;
  - Pomadas e cremes – De acordo com as oradoras, muitas vezes recorre-se à associação de pomadas e cremes a pensos secundários como é o caso da Ulcerase® (colagenase) e de Aliagen® (Ácido hialurónico), com o intuito de promover a limpeza enzimática da ferida e o estímulo da granulação, e a promoção cicatricial através do estímulo da re-epitelização, respetivamente. A pomada Halibut®, bem como outras fórmulas semelhantes, são muitas vezes utilizadas também nos bordos da ferida, devido às suas capacidades regeneradoras, protetoras e cicatrizantes.

Este seminário foi de grande importância para mim visto ter ajudado a fundamentar conhecimentos sobre as lesões ulcerativas e os tratamentos adequados a usar em cada um dos casos.

### **3.5 Ortopedia infantil**

O seminário de ortopedia infantil foi ministrado nos dias 14 de Abril e no dia 9 de Junho de 2012, na ESSVA pelo Dr. Nuno Alegre (Médico Ortopedista).

Segundo o orador, a abordagem clínica de uma criança deve ser bastante cuidadosa da forma que é feita pelo prestador de cuidados de saúde. A criança encontra-se normalmente intimidada pelo ambiente do consultório, pela falta de confiança no profissional e muitas vezes com dificuldades comunicacionais, tende a omitir e por vezes mentir sobre a informação necessária.

Assim, para facilitar a prática clínica deve-se ter em conta alguns aspetos:

- Não usar bata;

- Manter a dignidade própria e respeitar a vergonha e a dignidade do doente e do respetivo acompanhante;
- Tentar obter a informação diretamente da criança e perceber quem se encontra mais preocupado com o desenvolver da doença;
- Não usar expressões negativas;
- Observar a criança sem lhe tocar e sem esta se aperceber;
- O primeiro contacto deve ser inofensivo, num local sem dor;
- As crianças pequenas devem ser avaliadas ao colo dos pais ou acompanhantes;
- Primeiro deve ser avaliado o lado assintomático;
- Minimizar o desconforto do exame clínico, sem prejudicar o seu objetivo e pedir aos pais para colaborar no exame se assim for necessário;
- Uma terceira pessoa deve estar sempre presente durante a avaliação;
- Aparentar calma, tranquilidade e disponibilidade, mesmo quando existe dificuldade acrescida em completar todo o exame clínico;
- Assumir a necessidade de obter mais informação quando existirem dúvidas;
- Sempre que os pais demonstrem dificuldade em compreender o problema, ou refiram informações contraditórias, tentar explicar e expor a informação, se necessário por escrito, tentando não contrariá-los;
- Sempre que necessário comunicar e interagir com médicos e técnicos de outras especialidades.

Ao nível do membro inferior, existem algumas patologias que preocupam os pais, fazendo-os recorrer à consulta de ortopedia. Assim, numa breve abordagem, segundo o orador, as mais frequentes são:

- Marcha antiálgica;

- Marcha de Tredelenburg (devido a fraqueza muscular);
- Marcha por fraqueza muscular proximal;
- Marcha espástica (paralisia cerebral – espasticidade dos isquiotibiais, adutores, gastrocnémios, hemiplegia;
- Marcha por encurtamento do membro;
- Patologia articular da coxo-femural – sinovite transitória, artrite séptica;
- Coxa vara;
- Doença de Legg-Perthes-Calvé;
- Epifisiólise femoral proximal;
- Condrólise;
- Osteocondrite dissecante;
- Síndromes de sobrecarga;
- Neoplasias;
- Alterações fémur-tibiais – *genu varum*, *genu valgum*, *genu recurvatum*, rótulas divergentes e convergentes;

Relativamente ao pé, a marcha em intraversão é uma das patologias que mais preocupa os pais. Esta pode dever-se a uma anteversão femoral exacerbada, que com o crescimento tende a diminuir, ou à torção tibial que pode aumentar com o desenvolvimento. Esta intraversão dos pés pode também dever-se à presença de patologias como *metatarsus adductus*, pé supinado, equino varo-equino.

Outras alterações que atingem também o pé são o pé plano laxo-infantil, a ausência do arco longitudinal interno, a incapacidade de caminhar com os calcanhares no chão (normal até aos 3 anos de idade).

Por último, vimos que é importante saber a diferença entre um calçado ortopédico, que permite alterações, e o semi-ortopédico, que impossibilita alterações, sendo adquirido com elementos *standard*, para uma melhor abordagem terapêutica.

Este seminário foi muito enriquecedor para mim, tendo em conta que aprendi com um profissional com muitos anos de prática clínica a importância de como lidar com uma criança em consulta. Foi interessante também rever patologias comuns nas crianças e cimentar alguns conhecimentos novos que nos foram transmitidos.

### **3.6 Homeopatia**

O seminário sobre homeopatia foi ministrado pela Dr.<sup>a</sup> Anne Wickel, na ESSVA no dia 26 de Maio de 2012.

O objetivo deste seminário foi incentivar o uso na prática clínica de uma abordagem mais naturalista e tradicional, como resposta às patologias encontradas. Foram também dadas algumas dicas de prescrição alternativa para patologias comuns.

Relativamente à abordagem terapêutica, o recurso a fármacos rege-se por esta ordem de ideias:

- Casos agudos - diluição baixa;
- Casos agudos a crónicos – diluição média;
- Casos crónicos – diluição alta.

Na realização da prescrição esta deve seguir o seguinte esquema:

- Origem;
- Diluição;
- Forma galénica.
- Ex: Nux vómica 5 CH

1 tubo grânulos

No que respeita a casos agudos relativamente á posologia, podem ser diluídos 5 grânulos numa garrafa de água de litro e meio, para consumo durante o dia. Em casos crónicos ou de toma periódica, o paciente deve retirar os grânulos do frasco com a tampa respetiva, sem exercer qualquer tipo de contacto com a substancia, colocando diretamente na boca, deixando derreter debaixo da língua. Para qualquer um dos casos, o

indivíduo deve realizar jejum absoluto, até de tabaco, desde uma hora antes da toma, até uma hora a seguir a esta.

Assim, algumas das terapêuticas alternativas abordadas, bem como a sua posologia, foram:

- Inflamação: couve fervida colocada indiretamente no local, e argila verde;
- Contusões: Arnica 5 CH 1 tubo grânulos (3 grânulos no traumatismo, e mais 3 em 15,30 e 60 min após), Belladonna, Ledum,...;
- Traumatismos cirúrgicos: Arnica, Ruta graveolens, Rhus toxicodendron, ..., 5 CH 1 tubo grânulos 3 vezes ao dia durante 5 dias;
- Entorses: Arnica, Bryonia, Rhus Tox, ...;
- Cansaço dos membros inferiores: Aesculus, Hamamelis; Bellis Pernis, 5CH 1 tubo grânulos, 3 grânulos 1 a 2 vezes ao dia de segunda à sexta nos meses de verão;
- Verrugas: Thuya 15 CH, 1 tubo grânulos, 5 grânulos 1 vez por semana durante um mês;
- Molúsculo contagioso: Causticum 5 CH 1 tubo de grânulos, 5 grânulos 1 vez por semana durante 1 mês;
- Pós-trombótico: Vipera 5CH 1 tubo de grânulos, 3 grânulos 3 vezes ao dia;
- Bursite: aguda – Apis, Bryonia e Sticta pulmonária; crônica – Kalum iodatum, Sticta Pulmunária, Synoviale, 7 a 9 CH;
- Hállux Valgus: Agaricus e Arnica 5 CH, Hekla lava 4 CH, Sticta pulmonária;
- Hematoma: Arnica;
- Esporão do calcâneo: Hekla Lava 5 CH 3 grânulos 3 vezes ao dia 15 dias;
- Gretas ou fissuras: Nitricum Ácidum 15 CH;

— Calosidades: Antimonium crudum 5CH (associada a sensibilidade ao toque), graphites 5CH (associadas a oncodistrofias) e Radium bromatum 5 CH (associadas a dor exacerbada).

No fim deste seminário cheguei á conclusão que podemos enriquecer a ajuda aos nossos pacientes não só recorrendo à medicina convencional como também à medicina natural. Gostei muito de aprender mais sobre a medicina natural e o seu modo de emprego.



## **4 Encontros científicos**

### **4.1 VII Jornadas Ibéricas de Podologia - “No caminho da investigação”**

Estas jornadas decorreram nos dias 25 e 26 de novembro de 2011, na cidade Guimarães (Anexo III). Foram dois dias onde se promoveram o diálogo e a troca de opiniões. Destaca-se a realização de inúmeras questões, que ajudaram no meu desenvolvimento profissional.

Ao longo destas jornadas foram abordados vários temas, que abrangiam a biomecânica, a quiropodologia, a ortopodologia, e técnicas cirúrgicas. Esta exposição científica teve também como objetivo a divulgação de algumas investigações, realizadas no âmbito de disciplinas de Investigação em Podologia, para obtenção dos graus de Licenciatura e de Mestrado. Alguns dos temas abordados, tal como o que está representado no anexo V foram sobre a prática desportiva e patologias associadas; sobre o estudo das alterações biomecânicas associadas à gravidez, a obesidade e ao crescimento; sobre a abordagem ortopodológica da marcha em intraversão; sobre a ação antifúngica de estratos naturais em dermatomicoses e onicomioses; sobre a ação terapêutica do ácido retinóico tópico nas lesões dermatológicas do pé; sobre a avaliação da prevalência de desvios ósseos associados a patologias; sobre a importância da Podologia na unidade de pé diabético e sobre a abordagem podológica e valorização de resultados em técnicas cirúrgicas.



## **4.2 VII Congresso Nacional de Podologia**

O VII Congresso Nacional de Podologia realizou-se nos dias 27 e 28 de Abril de 2012, no Centro de Congressos de Aveiro.

Durante o congresso foram abordadas as seguintes áreas, tal como está representado no anexo VI:

- Podiatria infantil – Abordando a técnica cirúrgica do pé plano infantil, hiper mobilidade do membro inferior, doença de Sever e a eficácia do seu tratamento e as alterações dermatológicas no pé da criança;
- Podiatria Clínica – Cujos temas passavam pelas bandas neuromusculares e a sua aplicabilidade no pé plano infantil, os princípios gerais do uso do laser e a sua aplicabilidade;
- Pé Diabético – Conceito e evolução do pé diabético, a importância da Podologia na consulta multidisciplinar do pé diabético, a oxigenoterapia tópica no tratamento das úlceras, e o tratamento ortopodológico deste tipo de pé;
- Podiatria Geriátrica – Com uma abordagem do Doente geriátrico, das osteonecroses e osteocondrites presentes no pé do idoso, e a relação entre a dor e a limitação funcional nesta comunidade;
- Homeopatia em Podiatria – Abordando os princípios fundamentais e a aplicabilidade da Homeopatia, e da Medicina Bioreguladora;
- Inovação e Desenvolvimento em Podiatria – Com uma abordagem da importância, da evolução e dos estudos realizados com meias especializadas para o pé diabético e para as dermatomicoses, bem como a influência hemodinâmica do uso de meias compressivas;
- Calçadoterapia – Abordagem das investigações e inovações realizadas no setor do calçado, da sua especialização e da avaliação do conforto do mesmo;
- Podiatria Cirúrgica – Abordagem à técnica cirúrgica percutânea do HAV, do 1º raio, do ante-pé, às complicações pós cirúrgicas, às patologias suscetíveis de cirurgia MIS;

— Temas livres – Simpósio terapêutico podológico, teoria de Rothbart, Panorama Nacional da Podologia, entre outros.

A participação neste congresso foi de grande valor para mim enquanto profissional de saúde, visto que serviu para atualizar os meus conhecimentos científicos.

## **5 Conclusão**

No fim deste trabalho cheguei á conclusão que a unidade curricular de Estágio profissionalizante permitiu-me desenvolver os seus conhecimentos teóricos e práticos, previamente adquiridos.

Ao longo do estágio fiz parte de equipas multidisciplinares, em áreas como o pé diabético, a ortopedia, a traumatologia, a neurologia, entre outros, para a observação e intervenção podológica. Com esta participação promovi uma boa relação com os doentes, e tentei envolvê-los, assim como aos cuidadores, no processo de prevenção e cura das patologias.

Foi uma experiência muito enriquecedora, com a qual aprendi muito e onde pude estabelecer convivências com outros profissionais de saúde abrindo portas a possíveis contactos futuros.



## 6 Referências bibliográficas

- Actualidades. (2006). Consultas gratuitas de estomatologia e podologia no Hospital de Guimarães. Retrieved from [http://noticias.portugalmail.pt/artigo/consultas-gratuitas-de-estomatologia-e-podologia-no-hospital-de-guimaraes\\_192593](http://noticias.portugalmail.pt/artigo/consultas-gratuitas-de-estomatologia-e-podologia-no-hospital-de-guimaraes_192593) website:
- Antony S. Faudi, M., Dennis L. Kasper, M., Dan L. Longo, M., Eugene Braunwald, M., Stephen L. Hauser, M., J. Larry Jameson, M., PhD, & Joseph Loscalzo, M., PhD. (2009). *Harrison medicina interna* (17ª ed. Vol. v. 2). Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil.
- Azulay, R., Azulay, D., Azulay-Abulafia, L. (2008). *Dermatologia* (5ª edição ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Bega, A. (2006). *Tratado de Podologia*. São Caetano do sul: Yendis Editora.
- Costa, M. F. (2005). Dicionário de termos médicos. In L. Porto Editora (Ed.). Porto.
- Dealey, C. (2006). *Tratamento de feridas Guia para enfermeiros*. . Lisboa: Climepsi - Sociedade Médico-Psicológica, Lda
- Fitzpatrick, T. B., Johnson, R. A., Klaus, W., & Suurmond, D. (2001). *Dermatologia Alas e Texto*. Rio de Janeiro: McGraw - Hill Interamericana do Brasil Ltda.
- Greenman, P. E. (2001). *Princípios da medicina manual*. São Paulo: Editora Manole Lda.
- Kisner, C., & Colby, L.A. (2009). *Exercícios terapêuticos: Fundamentos e técnicas*. São Paulo: Editora Manole Lda.
- Leite, S. N., Barros, A. R. S. B., Fonseca, M. C. R., Andrade, T. A. M., Foss, N. T., & Frade, M. A. C. (2010). Avaliação sensitiva de hansenianos pelos monofilamentos Semmes-Weinstein em serviço terciário de fisioterapia. *35* (2), 9-16.
- Ministério da Saúde. Prestadores: Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (Centro Hospitalar de São João, EPE) Retrieved 15 de Abril, 2013

- Nova, A. M. (2006). *Podología Atlas de cirugía ungueal*. Madrid: Editorial medica Panamericana.
- Reese, N. B. (2000). *Testes de função muscular e sensorial*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Reider, B. (2001). *O exame clínico em ortopedia*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Rocha, R. M., Zanetti, M. L., & Santos, M. A. (2009). Comportamento e conhecimento: fundamentos para a prevenção do pé diabético. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(1), 17-23.
- Sánchez, M. R. (2004). *Podología Los desequilíbrios del pie*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Seeley, R. R., Tate, P., & Stephens, T. D. (2005). *Anatomia & Fisiologia + Guia de Estudo*. Lisboa: Lusodidacta.
- Serra, L. M. A. (2001). *Critérios fundamentais em fracturas e ortopedia*. Lousã: Lidel - Edições técnicas, Lda.
- Soares, C. (2006). Hospital com medicina dentária Retrieved 15 de Abril, 2013
- Sofia, A. (2013). PodoFátima. *PodologiaPT*. Retrieved from [www.podologiapt.justdiscussion.com/t19-podofatima](http://www.podologiapt.justdiscussion.com/t19-podofatima) website:
- Subotnick, S. I. (1999). *Foot injuries*. In Subotnick, Steven I. - *Sports Medicine of the Lower extremity*. Philadelphia: Churchill Livingstone.
- White, J. (1994). Custom shoe therapy. Current concepts, designs, and special considerations. *Clin Podiatr Med Surg*, 11(2), 259-270.



## **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	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	Sa	Do	
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															
Janeiro																															
Fevereiro																															
Março																															
Abril																															
Mai																															
Junho																															

**Legenda:**

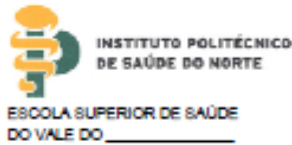
- C Carnaval
- P Páscoa
- N Natal
- EN Época Normal Exames
- F Férias
- F Feriado
- AU Ausas
- EIS Época de Recurso

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 ortopedia 2ª e 5ª feiras)  
 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (Centro de paralisia Cerebral 1ª 2ª 3ª feiras de cada mês)

  
 1 de Maio de 2012



# Anexo II - Registo de Presenças nos Locais de Estágio



ANO LETIVO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_

## REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: \_\_\_\_\_ ANO: \_\_\_\_\_

UNIDADE CURRICULAR: \_\_\_\_\_

LOCAL: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: \_\_\_\_\_

NOME ALUNO(A) (Nome completo): \_\_\_\_\_

ORIENTADOR(A) (Nome completo): \_\_\_\_\_

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: \_\_\_\_\_

O(A) MONITOR(A)

O(A) SUPERVISOR(A)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



# Anexo III – Excerto do Diário da República

## Aviso n.º 11271/2009

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

17 de Junho de 2009. — O Presidente da Direcção, *António Manuel de Almeida Dias*.

### Estrutura e Plano de Estudos do Ciclo de Estudos Conducente ao Grau de Mestre em Podiatria Clínica

- 1 — Estabelecimento de ensino: Instituto Politécnico de Saúde do Norte  
2 — Unidade Orgânica: Escola Superior de Saúde do Vale do Ave  
3 — Curso: Podiatria Clínica

- 4 — Grau: Mestre  
5 — Área científica predominante do curso: Ciências da Podologia  
6 — Número de créditos, segundo o sistema europeu de transferência de créditos, necessário à obtenção do grau ou diploma: 120 ECTS  
7 — Duração normal do curso: 4 semestres  
8 — Opções, ramos ou outras formas de organização de percursos alternativos em que o curso se estruture: não aplicável  
9 — Áreas científicas e créditos que devem ser reunidos para a obtenção do grau ou diploma:

Área científica	Sigla	Créditos
Ciências da Podologia	CP	88
Medicina	MED	20
Ciências Informáticas	CI	12
<i>Total</i>		120

10 — Plano de estudos:

### Instituto Politécnico de Saúde do Norte

Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Grau de Mestre

Podiatria Clínica

1.º Ano

QUADRO N.º 1

Unidades curriculares	Área científica	Tipo	Tempo de trabalho (horas)		Créditos
			Total	Contacto	
Pé Diabético	CP	Annual	320	TP:60; E:60	12
Pé Geriátrico	CP	Annual	270	TP:90	10
Pé Neurológico	CP	Annual	270	TP:90	10
Pé Vascular	CP	Annual	220	T:60; PL:60	8
Propedéutica Clínica	MED	Annual	270	TP:90	10
Dor	MED	Annual	267	TP:60	10

24606

Diário da República, 2.ª série — N.º 119 — 23 de Junho de 2009

2.º Ano

QUADRO N.º 2

Unidades curriculares	Área científica	Tipo	Tempo de trabalho (horas)		Créditos
			Total	Contacto	
Trabalho de Projecto	CI	Semestral	320	OT:120	12
Estágio Profissionalizante	CP	Annual	1120	E:240; OT:30; S:60	48

201918342





# Anexo IV – Protocolo entre a Cespu e os Hospitais de Guimarães e de Valongo

## Hospital de Guimarães fornece consultas gratuitas de estomatologia e podologia

LUSA 20/07/2006 - 11:21



[/http://imagens8.publico.pt/imagens.aspx/174018?tp=VH&dt=IMAGENS\)](http://imagens8.publico.pt/imagens.aspx/174018?tp=VH&dt=IMAGENS)

O bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas alertou esta semana para o facto de quase metade dos portugueses não ter acesso aos cuidados básicos de medicina dentária ADRIANO MIRANDA/PÚBLICO (ARQUIVO)

### TOPICOS (/TOPICOS)

[Serviço Nacional de Saúde \(/servico-nacional-de-saude\)](#)

[Guimarães \(/guimaraes\)](#)

[Saúde \(/saude\)](#)

Cerca de mil pessoas recorrem mensalmente a consultas gratuitas de estomatologia e podologia no Hospital de Guimarães, no âmbito de um protocolo com uma cooperativa privada que prevê a comparticipação destas especialidades pelo Serviço Nacional de Saúde.

Segundo fonte da Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), o objectivo é garantir aos utentes o acesso a cuidados básicos de saúde em especialidades que não estão disponíveis no sector público e são, por isso, maioritariamente asseguradas por médicos privados.

Já esta semana, em declarações à Lusa, a propósito de um encontro com o Presidente da República, Cavaco Silva, o bastonário da Ordem dos Médicos Dentistas alertara para o facto de quase metade dos portugueses não ter acesso aos cuidados básicos de medicina dentária.

Uma situação que, segundo Orlando Monteiro da Silva, se deve à dificuldade da população em pagar as consultas desta especialidade, disponível quase exclusivamente no sector privado devido à ausência de médicos dentistas nos serviços públicos de saúde.

Dado o sucesso do protocolo assinado em 2001 com o Hospital de Nossa Senhora da Oliveira, em Guimarães, a CESPU celebrou um acordo semelhante com o Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Valongo, que estará em prática a partir de Outubro.

Na área da medicina dentária, a cooperativa possui também desde Outubro de 2005 protocolos com o hospital Joaquim Urbano (Porto) e com o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia.

De acordo com os dados da CESPU, em Guimarães, cerca de 800 pessoas recorrem mensalmente às consultas de estomatologia e 150 às de podologia, asseguradas por 15 profissionais de saúde da cooperativa.

Ao abrigo do protocolo assinado com o hospital local, a CESPU garante, nas consultas externas, os serviços de saúde oral, medicina dentária e podologia para os utentes dos centros de saúde de Guimarães, os doentes admitidos nas urgências e pedidos internos feitos pelo hospital.

Constituída em 1982 para promover a criação de estabelecimentos de ensino superior, universitário e politécnico e a investigação científica e sua extensão universitária, a CESPU tutela administrativamente quatro estabelecimentos de ensino superior particular e cooperativo - o Instituto Superior de Ciências da Saúde/Norte, o Instituto Politécnico de Saúde do Norte, a Escola Superior de Saúde do Vale do Ave e a Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.



# Anexo V – Programa das VII Jornadas Ibéricas de Podologia

## PROGRAMA

### 25 de novembro de 2011

- 14:00H Abertura da Sessão/Entrega da Documentação
- 15:00H "Reflexão de práticas de trabalho para a investigação dos atores do território" (El Ferraz - Portugal)
- 15:30H "Luzes, mas frequentes a nível da espinha inferior na síndrome tarsal" (Marta Silva - Portugal)
- 16:00H "Estudo Comparativo de lesões Plantares em Pacientes antes e depois de eliminar as hiperquaternos" (Alberto Dias Gilvante - Espanha)
- 16:30H Intervalo - Coffee Break
- 17:30H "Aplicabilidade da escala de Índice de Marcha na investigação da incapacidade (MIPSI) associada a dor no pé do pé" (Luiza Maria Freitas - Portugal)
- 18:00H "Incidência e relevância de Dis Paronímia em um estudo radiológico sobre a presença de bursas sesamoideas no pé" (Marta Teresa Funch - Espanha)
- 18:30H "Apelo científico de estruturas através de seus componentes em estudos clínicos de dermatofitos responsáveis por dermatites e micomicoses" (Marta Cordeiro da Silva Campos Dias - Portugal)

20:30H Jantar das Jornadas

### 26 de novembro de 2011

- 10:00H "Comparação dos índices de resposta à dor em crianças de 4, 6 e 8 anos" (Marta Fidalgo - Portugal)
- 10:30H "Alterações do pé durante a gravidez" (Andre Figueira - Portugal)
- 11:00H "Consequências da obesidade infantil no pé da criança" (Margarida Ferreira - Portugal)
- 11:30H Intervalo - Coffee Break
- 12:00H "Saúde do pé do condutor" (Nuno Oliveira - Portugal)
- 12:30H "Estado clínico da acção terapêutica de telactin retratado típico em lesões dermatológicas do pé" (Luiz Maria Freitas - Espanha)
- 13:00H "Elemento subalveolar alternativo ortopédico para o tratamento da marcha em adduction" (Luiz Colares José - Espanha)
- 13:30H Pausa para almoço

- 15:00H "História quantitativa de lesões plantares clínicas de risco as lesões clínicas de podologia" (Miguel David Mendes - Espanha)
- 15:30H "Avaliação da prevalência da dor no pé associada em indivíduos com DM" (Marta Cordeiro - Portugal)
- 16:00H "O pé do idoso: desde uma perspectiva de suas interações podológicas com as tendências do envelhecimento" (Marta Beatriz Bastião - Espanha)
- 16:30H "O papel do podólogo em sua prática de pé diabético" (Marta Beatriz Bastião - Espanha)
- 17:00H Intervalo - Coffee Break
- 18:00H "Abordagem podológica de lesões dermatológicas do pé em pacientes com patologia psiquiátrica" (Luiz Maria Freitas - Espanha)
- 18:30H "Validação de resultados em intervenções de reabilitação, contrastes (mex) mediante análise de dados em planejamento de pesquisa" (Marta Cordeiro - Portugal)
- 19:00H "Estudo sobre incidência e prevalência de lesões de resposta à dor" (Luiz Maria Freitas - Espanha)
- 19:30H Sessão de Encerramento



# Anexo VI – Programa do VII Congresso Nacional de Podologia

PROGRAMA DO CONGRESSO	
<b>27 de Abril 2012 - Sexta - Feira</b>	
<b>8.30h - Abertura do Secretariado</b>	
<b>Conferência de Abertura</b>	
<b>9.30h - A Valorização do Pé na Abrangência Social</b>	Dr. Doutor Pinto da Costa Professor Catedrático Jubilado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto
<b>Podiatria Infantil</b>	
<b>10.00h - Cirurgia do Pé Plano Infantil: Técnicas/Indicações</b>	Dr. Alexandre Gaspar Ortopedista Especialista em Ortopedia Infantil Podologista / Mestrando em Podiatria Infantil
<b>Complicações</b>	
<b>10.15h - Hipermobidade Membro Inferior</b>	Dr. Alexandre Gaspar Ortopedista Especialista em Ortopedia Infantil Podologista / Mestrando em Podiatria Infantil
<b>10.30h - Doença de Sever, a Eficácia das Ortóteses Plantares Personalizadas na Diminuição da Dor em Crianças com Idade entre os 8 e 12 anos</b>	Dr. Sandra Carvalho Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil
<b>10.45h - Alterações Dermatológicas no Pé da Criança</b>	Prof. Doutor Osvaldo Correia Dr. Filipa Vieira / Diretor do Centro de Dermatologia <i>Epidérmis</i> Dermatologista / Centro de Dermatologia <i>Epidérmis</i>
<b>11.00h - 11.45h - Intervalo</b>	
<b>Podiatria Clínica</b>	
<b>11.45h - Bandas Neuromusculares</b>	Mestre Eduardo Menab Fisioterapeuta / Docente do IPSN - CESPU
<b>12.00h - Aplicabilidade das Bandas Neuromusculares no Pé Plano Infantil</b>	Dr. Liliana Pinto Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil
<b>12.15h - Princípios Gerais do Uso do Laser</b>	Mestre João Moutinho, Prof. Doutor Luis Monteiro - CESPU
<b>12.30h - Aplicabilidade da Terapia do Laser na Podologia</b>	Dr. Hermínia Manuela Sousa Podologista / Mestranda em Podiatria Clínica
<b>12.45h - Aplicabilidade do Laser VAG no Tratamento das Onicomicoses e Tratamento de Verrugas</b>	Dr. Jorge Alorda Gubelmau - (?)
<b>13.00h - 14.30h - Intervalo para almoço</b>	
<b>14.30h - Sessão de Abertura</b>	
<b>Pé Diabético</b>	
<b>15.00h - Pé Diabético - Conceito e Evolução ao Longo dos Tempos</b>	Dr. Símbes Pereira Endocrinologista / Diretor do Serviço de Endocrinologia do Hospital Infante D. Pedro, Aveiro
<b>15.15h - Podologia na Consulta Multidisciplinar do Pé Diabético</b>	Dr. Sónia Costa Podologista no Hospital Infante D. Pedro, Aveiro
<b>15.30h - Oxigenoterapia tópica no Tratamento de Úlceras</b>	Mestre Angélica Andrade Podologista / Prof.ª Adjunta do IPSN - CESPU
<b>15.45h - Tratamento Ortopodológico no Pé Diabético</b>	Mestre Vítor Oliveira Prof.ª Adjunta do IPSN - CESPU
<b>16.00h - Alimentação na Diabetes Mellitus</b>	Dr. Andréia Silva Nutricionista da Federação Portuguesa de Ténis
<b>16.30h - 17.30h - Intervalo</b>	
<b>Podiatria Geriátrica</b>	
<b>17.30h - O Doente Diabético</b>	Dr. Mário Pinto Clínico Geral / Mestre em Geriatria / Docente do IPSN - CESPU
<b>17.45 - Osteonecroses e Osteocondrites do Pé</b>	Prof. José Neto Ortopedista / Professor da Faculdade Medicina da Universidade do Porto
<b>18.00h - Relação entre a dor no pé e a Limitação Funcional na Comunidade Geriátrica</b>	Dr. Hélio Pereira Ortopedista / Presidente da Sociedade Portuguesa de Homeopatia
<b>Homeopatia em Podiatria</b>	
<b>18.30h - Princípios Fundamentais da Homeopatia</b>	Dr. Ricardo Dias Podologista / Pós graduação em Cirurgia Podológica / Pós graduação em Homeopatia
<b>18.45h - Aplicabilidade da Homeopatia à Podologia</b>	Dr. Fernando Aires Podologista / Especialista em Medicina Biológica e Acupunctura
<b>19.00h - Medicina Bioreguladora</b>	Dr. Fernando Aires Podologista / Especialista em Medicina Biológica e Acupunctura
<b>21.00h - Jantar do Congresso - Hotel Meliá, Rua Aveiro</b>	
<b>28 de Abril - Sábado</b>	
<b>Inovação e Desenvolvimento em Podiatria</b>	
<b>9.30h - Projectos de Investigação, Desenvolvimento e Inovação na Área das Peúgas</b>	Eng.º Paulo Rodrigues Doutorando em Engenharia Têxtil / Diretor Florima
<b>9.45h - As Peúgas no Pé Diabético - Avanços Tecnológicos</b>	Mestre Helena Grenha Podologista / Prof.ª Adjunta do IPSN - CESPU / Centro de Investigação Tecnológica da Saúde
<b>10.00h - Influência Hemodinâmica de Meias Compressivas</b>	Dr. Raquel Barro Cardiofisiologista / Docente do IPSN - CESPU
<b>10.15h - As Peúgas nas Dermatomicoses - Agentes Funcionalizantes</b>	Dr. Vítor Oliveira Podologista / Docente do IPSN - CESPU / Centro de Investigação em Tecnologias da Saúde
<b>10.30h - 11.30h - Intervalo</b>	
<b>Calçadoterapia</b>	
<b>11.30h - Investigação e Inovação no Sector do Calçado - Materiais, Componentes e Tecnologia para Calçado do Futuro</b>	Dr. João Vitor Vas Vas Pinto Direcção de Investigação e Qualidade do Centro Tecnológico do Calçado de Portugal
<b>11.45h - Sistemas Avançados para Avaliação do Conforto do Calçado</b>	Dr. João Vitor Vas Vas Pinto Investigadora no Centro Tecnológico do Calçado de Portugal
<b>12.00h - Calçado Adequado - Declive máximo Fisiológico</b>	Dr.ª Joana Azevedo Mestranda em Saúde / Responsável Podiatria Canal Suapo Saúde
<b>12.15h - A Podologia no Calçado Profissional</b>	Dr.ª Fatima C. Lopes, Carvalho Podologista / Especialista em Engenharia Humana pela UMinho e atual mestranda
<b>12.30h - O Calçado e o Doente Diabético</b>	Dr. André Magalhães Podologista / Mestrando em Podiatria Clínica
<b>13.00h - 15.00h - Intervalo para Almoço</b>	
<b>Podiatria Cirúrgica</b>	
<b>15.00h - Cirurgia Percutânea do HAV</b>	Dr. Alexandre Gaspar Podologista Mestre em Cirurgia Podológica pela Universidade de Barcelona
<b>15.15h - Complicações Pós Cirúrgicas da Cirurgia Podológica</b>	Dr. Patrício Esteban Serequeira Podologista / Clínica del Pie Pontevedra-Vigo
<b>15.30h - Patologias Suscetíveis de Cirurgia MIS</b>	Dr. Luis Castillo Sánchez Podologista / Máster em Cirurgia Podológica / Membre Fellow AAFAS
<b>15.45h - Cirurgia Podológica do 1.º raio</b>	Dr. Esteban de Hato Podologista / Clínica Podológica de Hato
<b>16.00h - Cirurgia do Antepé e Relação com o Antepé</b>	Dr. José Manuel Azevedo Podologista / Diretor da Clínica Mayral foot center / Federação de Baile Desportivo da Catalunha
<b>16.30h - 17.00h - Intervalo</b>	
<b>Temas Livres em Podiatria</b>	
<b>17.00h - Simpósio Terapêutico em Podologia</b>	Dr. Ricardo Jorge Farmacêutico / Autor do Guia Farmacológica de Utilização em Podologia - Espanha
<b>17.15h - Teoria de Rothbart</b>	Prof.ª Doutora Liliana Avóides Podologista / Coordenadora do IPSN - CESPU / Centro de Investigação Tecnológica da Saúde
<b>17.30h - Panorama Nacional da Podologia - A Propósito de um Estudo</b>	Marta Maciel Representante dos Alunos do 1.º Ano do Curso de Licenciatura em Podologia
<b>17.45h - Qualidade em Podologia: Avaliação da Perceção da Qualidade Assistencial na Área Clínica da Faculdade de Podologia de Sevilha</b>	Dr. Ricardo Jorge Podologista / Colaborador Clínico da Universidade de Sevilha
<b>18.00h - Deontologia - a Ética na Podologia</b>	Dr. Ricardo Jorge Jurista / Consultor Jurídico da Associação Portuguesa de Podologia
<b>18.30h - Sessão de Encerramento</b>	
<b>Comissão Científica:</b>	Mestre Manuel Azevedo Portela Presidente Dr. Pedro Serra Dr. Domingos Gomes Dr.ª Dousora Bogaça Cravo Prof.ª Doutora Liliana Avóides Mestre Manuel Azevedo Portela Mestre Miguel Oliveira Mestre Vítor Oliveira Mestre Angélica Andrade Mestre João Moutinho Mestre Janet Leiras
<b>Comissão Organizadora:</b>	Dr. José Mesado Dr. Jorge Proença Prof.ª Dr.ª Raquel Esteves Mestranda em Podiatria Dr. Filipo Baptista