

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

Relatório de Estágio

Por

Liliana Patrícia Oliveira Sousa

Vila Nova de Famalicão

Fevereiro, 2013

Índice

Introdução	1
1 Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE	3
1.1 História	3
1.2 Caracterização	5
1.3 Consulta de Ortopedia.....	7
1.3.1 O que é	7
1.3.2 Equipa Médica e Especificidades de consulta	8
1.3.3 Estágio	9
1.4 Conclusão.....	20
2 Centro Hospitalar do Alto Ave	23
2.1 História	23
2.2 Serviços Clínicos.....	26
2.3 Podologia.....	26
2.3.1 Consulta de Podologia.....	27
2.4 Conclusão.....	39
3 Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (Centro Hospitalar de São João)	41
3.1 História	41
3.2 Caracterização	42
3.3 Podologia.....	42
3.3.1 Consulta de Podologia.....	42
3.4 Conclusão.....	52
4 Apoio ao Peregrino	55
4.1 História	55
4.2 Características da peregrinação a Fátima	56

4.3	A podologia Apoia o Peregrino	58
4.4	Conclusão	59
5	Seminários	61
5.1	Calçadoterapia	61
5.2	Jornadas Ibéricas de Podologia.....	62
5.3	Biomecânica e Ortopodologia	62
5.4	Feridas	62
5.5	Reumatologia	63
5.6	Ortopedia Infantil	63
5.7	VII Congresso Nacional de Podologia.....	64
5.8	Homeopatia	64
6	Conclusão Final	65
	Anexos	67

Introdução

No âmbito da Unidade Curricular de Estágio profissionalizante, do plano curricular do Mestrado em Podiatria Clínica da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, apresento o relatório de estágio fruto do estágio realizado em vários centros de estágio em hospitais, com a finalidade de obtenção do grau de mestre do curso de Mestrado em Podiatria clínica, no ano curricular de 2011/2012.

Este relatório foi elaborado com base na experiência vivida em vários centros hospitalares onde decorreu o estágio, designadamente no Centro Hospitalar do Alto Ave, do Centro Hospitalar do S. João e do Centro Hospitalar de Gaia.

Assim sendo, o trabalho apresenta-se dividido em seis capítulos: Centro Hospitalar de Gaia/Espinho, Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães, Centro Hospitalar de São João – Valongo, Apoio ao Peregrino a Fátima, Seminários e Conclusão.

No primeiro capítulo, referente ao Centro Hospitalar de Gaia/Espinho, foram abordados temas como a história e a caracterização do hospital, a consulta de ortopedia, a equipa médica e especialidades de consulta, o Estágio e a conclusão.

No segundo capítulo, referente ao Centro Hospitalar do Alto Ave – Guimarães foram abordados temas como a história e os serviços clínicos do hospital, a podologia, a consulta de podologia, a consulta de pé diabético, a diabetes, o estágio, o laboratório de ortopodologia da escola superior de saúde do vale do ave e a conclusão.

No terceiro capítulo, referente ao Centro Hospitalar de São João – Valongo foram abordados temas como a história e caracterização do hospital, a podologia, a consulta de podologia, a consulta de pé diabético, a diabetes, o estágio e a conclusão.

No quarto capítulo, referente ao Apoio ao Peregrino a Fátima, foram abordados temas como a história, as características da peregrinação a Fátima, o objetivo da podologia no apoio ao peregrino e a conclusão.

No quinto capítulo, foram abordados todos os Seminários lecionados: Calçadoterapia, Ortopedia Infantil, Homeopatia, Biomecânica e Ortopodologia, Feridas, Reumatologia, Jornadas Ibéricas de Podologia e VII Congresso nacional de Podologia.

No sexto e último capítulo apresentam-se as conclusões do trabalho.

Esperamos com este trabalho relatar os conhecimentos e experiências apreendidas, dar a conhecer e partilhar as mais-valias deste estágio.

1 Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, EPE foi criado pelo Decreto-Lei nº 50 – A/2007, de 28 de Fevereiro de 2007, por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e do Hospital Nossa Senhora da Ajuda, de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.

Hospital central da região de Entre Douro e Vouga, tem todas as valências básicas, intermédias, diferenciadas e praticamente todas as altamente diferenciadas, algumas das quais consideradas como referência na zona Norte. Um perfil assistencial que permite ao Centro Hospitalar assegurar integralmente o funcionamento de um Serviço de Urgência Polivalente, de acordo com os requisitos legais.

(http://www.chvng.pt/assets/html/chvnge_Apresenta.html)

1.1 História

No final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, a tuberculose assolou o país. Para combater a epidemia, a rainha D. Amélia ordenou a construção de uma rede de sanatórios, um dos quais em Vila Nova de Gaia.

Batizado com o nome de “Hospital de Repouso de D. Manuel II” – mais tarde denominado de Sanatório D. Manuel II - em honra do último rei de Portugal, aquele que serve de “berço” ao atual Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE teve a sua origem numa reunião no Palácio dos Carrancas, a 11 de Novembro de 1908. Segundo o jornal “O Comércio do Porto”, a rainha deslocou-se ao Porto “vergada pelo mais cruciante luto” – afinal, apenas tinha passado um mês sobre o Regicídio – desejando dar um “exemplo de abnegação pelos pobres e pelos doentes”.

O lançamento da primeira pedra aconteceu 25 anos após essa reunião, a 1 de Maio de 1933. Seriam, porém, necessários mais 14 para concluir o primeiro pavilhão, onde foram internados os primeiros 30 doentes.

No mês de Setembro desse ano de 1947, o Sanatório D. Manuel II iniciou a sua atividade, tendo-se transformado, nas duas décadas seguintes, numa das grandes referências nacionais da luta contra a tuberculose. Para tal,

contribuíram decisivamente o seu pioneirismo em técnicas de cirurgia pulmonar e cardíaca, e o profissionalismo de grandes pneumologistas.

Com a alteração da política de saúde na área da tuberculose, e da simultânea necessidade de aproveitamento das estruturas existentes e sua inclusão na rede de cuidados hospitalares gerais, o Sanatório D. Manuel II converteu-se, em 1975, em Hospital Geral Central.

Dois anos depois, é criado, pelo Decreto-Lei nº 20/77 de 16 de Março, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia, que irá agregar o Hospital Eduardo Santos Silva, propriedade do Estado, o Hospital Distrital de Gaia, pertencente à Santa Casa da Misericórdia, e o Sanatório Marítimo do Norte, que, por doação, foi integrado no património do hospital.

Atualmente constituído por três unidades, instaladas nos concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, este centro hospitalar é um dos principais complexos assistenciais do Norte do país.

Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros

Localizado junto à Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, o Hospital foi construído pela Santa Casa da Misericórdia – entidade à qual ainda pertence -, com contribuições do Estado e dos gaieses. Perante o aumento populacional, as forças vivas do concelho procuraram dar, assim, uma resposta para melhorar as condições de cuidados de saúde dos habitantes da margem sul do Douro.

A unidade hospitalar abriu as portas em 1966, com uma capacidade de internamento de cerca de 130 camas, e colocou à disposição dos utentes consultas externas de diversas especialidades.

Hospital Nossa Senhora da Ajuda

Batizado com o nome da padroeira da cidade de Espinho, este Hospital vai buscar as suas raízes históricas à Associação de Assistência Pública do concelho, fundada em 24 de Fevereiro de 1917, por iniciativa de José de Barros e Sousa, juiz da Comarca da Vila da Feira. A instituição dará origem à Santa Casa da Misericórdia, que constrói o seu primeiro hospital na rua 8, em 1 de Setembro de 1941. Este era constituído por uma enfermaria de

partos, duas enfermarias para homens e mulheres, posto de socorros e curativos e uma sala de operações.

O atual hospital, localizado entre a avenida 24 e a rua 37, é concluído em 1956, sendo os doentes da rua 8 transferidos para a nova unidade.

A sua inauguração oficial ocorreu em Julho de 1957, tomando então a designação de Hospital de Espinho. Viria muito mais tarde, em 1996, a tomar oficialmente a designação de Hospital de Nossa Senhora da Ajuda. Na verdade, este foi sempre o seu nome, conforme deliberação da Mesa Administrativa da Santa Casa da Misericórdia de Espinho, de 9 de Agosto de 1955. (http://www.chvng.pt/assets/html/chvnge_historia.html)

1.2 Caracterização

Atualmente, o Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho tem instalações distribuídas por estes dois concelhos vizinhos. Em Gaia, localizam-se a Unidade I – antigos Sanatório Manuel II e Hospital Eduardo Santos Silva, no Monte da Virgem – onde virá a ser erguido o novo hospital e a Unidade II. No município limítrofe, encontra-se a unidade III, antigo Hospital Nossa Senhora da Ajuda.

A Unidade I é constituída por vários edifícios, numa área de cerca de 212 hectares. Aqui, 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 – Anatomia Patológica, Anestesiologia, Angiologia e Cirurgia Vascular, Cardiologia, Cirurgia Cardiorácica, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica e Maxilofacial, Dermatologia, Apoio Nutricional e Dietética, Endocrinologia, Estomatologia, Gastrenterologia, Hematologia Clínica, Imagiologia, Imuno-alergologia, Imuno-hemoterapia, Medicina Física e de Reabilitação, Doenças Infeciosas, Medicina Interna, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia Médica, Otorrinolaringologia, Patologia Clínica, Pneumologia, Pneumologia Oncológica, Psicologia, Psiquiatria e Urologia. São nestas instalações que

estão também localizados o Serviço de Urgência e a Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente do Centro Hospitalar.

Na Unidade II – antigo Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, situada a cerca de quatro quilómetros da Unidade I, junto ao Tribunal de Vila Nova de Gaia, encontramos o serviço de Ortopedia, o Departamento Materno-Infantil, com as valências de Medicina de Reprodução, Obstetrícia/Ginecologia, Pediatria, Neonatologia e Cirurgia Pediátrica.

Para além deste, o Centro Hospitalar integra as seguintes unidades de dia: Doenças Infeciosas, Hemodiálise, Oncologia Médica, Hematologia Clínica e Medicina.

Em Espinho, com a fusão com o Hospital Nossa Senhora da Ajuda, na rua 37 com a avenida 24, foram instaladas duas unidades: Convalescença, com 27 camas e inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, e a Unidade de Cirurgia de Ambulatório, que centraliza grande parte deste regime de cirurgia praticado no Centro Hospitalar. Consultas externas de várias especialidades estão também disponíveis na Unidade III.

Com uma lotação de 558 camas, divididas por várias especialidades, o Centro Hospitalar é visitado diariamente por mais de dois mil utentes.

Em 2008, o hospital tornou-se num dos sócios-fundadores do Health Cluster Portugal.

Serviço de Urgência Polivalente

O Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho possui um Serviço de Urgência Polivalente, que garante uma resposta altamente diferenciada às situações de emergência e que recebe uma média de 500 utentes por dia.

Este serviço sofreu, durante o ano de 2007, uma profunda transformação, após ter sido objeto de obras de beneficiação e ampliação que permitiram criar melhores condições de atendimento, conforto e habitabilidade, tendo sido implementada a Triagem de Manchester.

Entre as especialidades do Serviço de Urgência contamos com Cardiologia, Cirurgia Vasculuar, Cardiologia de Intervenção, Medicina Interna,

Pneumologia, Neurologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Análises Clínicas, Urologia, Cirurgia Plástica e Maxilofacial, Cirurgia Cardiorácica, Gastrenterologia, Obstetrícia, Ginecologia, Anestesia, Imuno-hemoterapia, Radiologia, Oftalmologia, Neurologia e Neurocirurgia.

(http://www.chvng.pt/assets/html/chvnge_caracterizacao.html)

1.3 Consulta de Ortopedia

Vamos proceder á caracterização desta consulta, uma vez que o nosso estágio foi realizado na consulta de ortopedia.

1.3.1 O que é

A Ortopedia é a especialidade médica que cuida das doenças e deformidades dos ossos, músculos, ligamentos, articulações, enfim, tudo o que se relacione com o aparelho locomotor. A Traumatologia é a especialidade médica que lida com o trauma do aparelho músculo-esquelético.

Existem diversas doenças ósseas, como o cancro ósseo, luxações congénitas e deformidades ósseas que necessitam de tratamento médico. As hérnias discais, causadoras de dores intensas na coluna, podem ser operadas tanto por ortopedistas como por neurocirurgiões, dependendo da sua formação.

O aumento da velocidade de locomoção do ser humano fez com que o trauma fosse considerado uma doença, ao contrário de antigamente que se utilizava o termo "acidente".

Outro importante campo de atuação da especialidade é na área do desporto, onde temos as lesões desportivas com características próprias de cada desporto em particular (um gesto, uma lesão). As lesões decorrentes das atividades desportivas envolvendo o sistema músculo-esquelético de um modo geral envolvem os músculos, tendões, cápsula e ligamentos articulares e os ossos nos mais diversos graus de comprometimento,

afastando o atleta das suas atividades desportivas por tempo determinado, de acordo com a gravidade da lesão.

Um acidente de trânsito terrestre, aéreo ou mesmo doméstico pode acarretar fraturas ósseas complexas, com perdas sanguíneas importantes. As fraturas podem ser "fechadas", quando a parte fraturada não se comunicou com a parte exterior, sendo por isso considerada uma fratura limpa e que pode ser alinhada e mantida imobilizada com gesso. Outro tipo de fratura é a "exposta", que ocorre quando a fratura tem alguma comunicação com o meio exterior (Exemplo: fémur fraturado que rasgasse a pele e aparecesse do lado de fora da perna).

Embora a traumatologia pareça ser o estudo de todos os tipos de trauma, lida apenas com as lesões ósseas e tendinosas dos membros superiores, inferiores, bacia e coluna. O trauma abdominal é visto pelo cirurgião geral e o trauma craniano pelo neurocirurgião.

(http://www.clinicadechelas.com/public/Sections.php?section_id=13).

1.3.2 Equipa Médica e Especificidades de consulta

O serviço de ortopedia que funciona na Unidade II – antigo Hospital Comendador Manuel Moreira de Barros, tem como Diretor de Serviço o Dr. Rolando Freitas e como Enfermeiro-Chefe o Enfermeiro António Resende.

Este serviço tem a colaboração de diversos ortopedistas, alguns deles com especialidades em áreas específicas da ortopedia e que estão divididos por diferentes tipos de consulta.

A consulta de ortopedia está dividida, segundo a área/segmento do corpo, para que mais facilmente distribuam e avaliem o doente. Em alguns casos os próprios médicos são recrutados de acordo com alguma especialidade que possuam.

As divisões que encontrei e pelas quais passei, mesmo não sabendo se existem outras, são: serviço de urgência (unidade de ortopedia), consulta de ortopedia pediátrica, consulta do pé, consulta do membro superior e consulta da coluna.

Existe ainda a unidade de cirurgia, pela qual passei também, que é realizada sempre no bloco operatório e cujos médicos são recrutados de acordo com o seu turno de trabalho.

1.3.3 Estágio

A unidade curricular de estágio foi realizada neste hospital durante 36 horas, sempre sob a orientação de um monitor de estágio. Dentro do serviço de ortopedia, passei por várias consultas que foram diferenciadas de acordo com a área/segmento corporal, como já foi referenciado no ponto anterior.

Apesar de a consulta ser direcionada apenas para um segmento corporal (Ex: consulta da coluna), foram avaliados outros tipos de lesão de outras partes do corpo.

1.3.3.1 Serviço de Urgência – Unidade de Ortopedia

No dia 2 de Novembro de 2011, durante a urgência, foram avaliados 8 doentes, maioritariamente do género feminino e com idades compreendidas entre os 10 e os 74 anos.

Na sua grande maioria os doentes recorreram á urgência no seguimento de quedas que após a realização de radiografias comprovaram a existência de fraturas em diversas partes do corpo, nomeadamente, nos dedos das mãos, no radio, no troquiter umeral e no capitulo (parte do úmero, que se articula com a cabeça do rádio).

Encontrei ainda doentes com fasceite plantar e com lombalgia de esforço que surgiu apos uma queda.

A quando da entrada do paciente na urgência, era feita uma anamnese completa, com a descrição de todos os sinais e sintomas referidos pelo paciente ou pelo seu acompanhante.

Para verificar o tipo de lesão de que padecia, o paciente era encaminhado para fazer uma radiografia e quando chegava o diagnóstico o paciente era novamente chamado para realizar o tratamento adequado.

Uma vez que no serviço de urgência de ortopedia o que mais surge são fraturas, o tratamento de referência passa pela imobilização ou através de talas ou através de gesso, dependendo da localização.

Após diagnóstico clínico e imagiológico as fraturas dos dedos foram tratadas com talas de metal e ligaduras durante o tempo de restabelecimento total do dedo que depende da localização, da gravidade da fratura e da idade do paciente.

Na fratura do troquiter umeral o tratamento utilizado foi o ortopédico em que o braço foi colocado sobre uma de tala para o manter em ângulo reto em relação ao corpo durante 4-6 semanas.

O tratamento da fratura do radio passou pela realização de um novo gesso, uma vez que a paciente foi á urgência no seguimento do tratamento da fratura já existente á mais ou menos 15 dias. Primeiramente a ortopedista retirou o gesso anterior, com uma serra elétrica do tipo oscilatório que não permite cortar pele, de seguida e com a minha ajuda, foi realizada uma tração do radio que no local da fratura estava sobreposto, com a ortopedista a fazer força para cima e eu a fazer força para baixo. Já com a fratura estabilizada a outra ortopedista que estava a ajudar colocou a ligadura de algodão para proteger a pele e logo de seguida colocou a ligadura gessada, previamente molhada para facilmente se moldar ao braço.

A fratura do capítulo, como já tinham 1 semana de evolução e não apresentava qualquer tipo de melhoras, foi indicada para cirurgia.

O tratamento domiciliário recomendado, principalmente para o alívio das dores foi a toma de anti-inflamatório (Brufen) ou analgésico (Ben-u-ron), normalmente de 8 em 8 horas.

1.3.3.2 Consulta de Ortopedia Pediátrica

No dia 3 de Novembro de 2011, durante esta consulta, foram avaliados 13 crianças, maioritariamente do género masculino e com idades compreendidas entre os 2 meses e os 15 anos.

As duas patologias que mais apareceram neste dia á consulta foram a luxação congénita da anca e o pé boto, sendo que crianças com outras patologias como metatarso aducto, displasia cleidocraniana, osteomielite, legg perthes calvé, pé cavo e Hallux abductos valgus, também foram avaliadas neste dia.

A quando da entrada da criança na consulta, era feita uma anamnese completa aos pais se a criança fosse demasiado pequena para responder ou á própria criança se esta já se encontrasse em idade de responder, com a descrição de todos os sinais e sintomas referidos pelas crianças ou pelos pais.

Logo de seguida a Ortopedista realizava a avaliação física a cada criança, executando algumas provas/manobras específicas, de acordo com a suspeita de diagnóstico.

Sempre que necessário eram pedidos exames complementares de diagnóstico, para que fosse realizado um diagnóstico mais fidedigno e também para que o tratamento fosse o mais adequado a cada caso, sendo que a radiografia era quase sempre a primeira escolha dos ortopedistas.

O tratamento indicado para as crianças que padeciam de luxação congénita da anca e pé boto era a colocação de gessos (Método de Ponseti para tratamento de pé boto), para imobilizar e fixar a anca ou o pé na posição correta, ainda que numa das crianças com pé boto tivesse sido executada uma tenotomia do tendão de aquilies e noutra criança foi apenas recomendada fisioterapia. Além destes tratamentos para a correção do pé boto, a ortopedista recorreu á utilização de umas férulas de Dennis Brown para usar 23 horas por dia (só era permitida a retirada das férulas para tomar banho ou para fazer a higiene da criança), já depois de retirado o gesso.

Gostaria de salientar um caso, do qual não tinha qualquer conhecimento e que recorreu á consulta no dia do meu estágio. Uma criança do género masculino com 7 meses apareceu na consulta ao colo da mãe já com um diagnóstico de displasia cleidocraniana (DCC) que é uma doença rara dos ossos (1:1.000.000 pacientes) e que apresenta um padrão de herança

autossômica dominante, embora a mutação espontânea ocorra em 20 a 40% dos casos, não apresentando predileção por sexo. A DCC é causada por um defeito do gene CBFA1, presente no cromossomo 6p21. As principais manifestações da doença são aplasia ou hipoplasia clavicular, aumento exagerado do diâmetro transversal do crânio, com retardo no fechamento das suturas e fontanelas, hipodesenvolvimento do terço médio da face, falha na erupção dos dentes permanentes, presença de dentes supranumerários e uma variedade de outras desordens esqueléticas.

A aparência clínica dos indivíduos portadores da DCC é bastante característica. De maneira geral, apresentam uma baixa estatura e as clavículas podem ser rudimentares ou estar completamente ausentes, permitindo que aproximem os ombros anteriormente até a linha média. (http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-40122010000300016&lng=pt&nrm=iso)

Esta criança tinha a mesma doença da sua mãe que não tinha clavículas e que aos 30 anos ainda tinha dentes a nascer.

Pelo facto de existir esta doença, havia suspeitas da criança ter uma luxação da anca que não foi confirmada após realização de ecografia.

1.3.3.3 Consulta de Ortopedia – Coluna

No dia 8 de Novembro de 2011, durante esta consulta, foram avaliados 15 doentes, maioritariamente do género feminino e com idades compreendidas entre os 40 e os 70 anos.

Na sua maioria os doentes recorreram à consulta ou por fraturas em diversas partes do corpo ou por hérnias discais na coluna e com diversas localizações, quer ao nível cervical, torácico ou lombar.

Encontrei ainda doentes com diversas patologias tais como: rutura do menisco interno do joelho direito, espondilistese em L5-S1, Artrodese em L4-L5 e abcesso peridural C2/3/4 da coluna cervical.

A quando da entrada do paciente na consulta, era feita uma anamnese completa, com a descrição de todos os sinais e sintomas referidos pelo paciente.

Logo de seguida o Ortopedista realizava a avaliação física a cada doente, executando algumas provas/manobras específicas, de acordo com a suspeita de diagnóstico.

Quando o doente se dirigia àquela consulta pela primeira vez eram pedidos exames complementares de diagnóstico, para que fosse realizado um diagnóstico mais fidedigno e também para que o tratamento fosse o mais adequado a cada caso.

O Meio complementar de diagnóstico mais usado pelos especialistas nesta consulta é a radiografia, e mesmo que o doente chegasse à consulta com outro exame (TC por exemplo), era pedida na mesma a radiografia, pois segundo o monitor de estágio, além de ser o exame mais barato consegue mostrar com muita evidência o local e a lesão em si. Em alguns casos como me explicou, a radiografia é suficiente para avaliar a lesão.

O tratamento indicado para a grande parte destes doentes foi a cirurgia, apesar de ter encontrado alguns que recorreram à consulta no seguimento de um pós-operatório de algumas semanas ou alguns meses, dependendo do caso.

Fazia também parte do tratamento de alguns doentes, na sua maioria os doentes com mais de 50 anos e com histórico recentes de fraturas, a medicação. Duas das substâncias mais prescritas foram o Cálcio que tem como finalidade ajudar a fratura a consolidar mais rapidamente e o Protelos que tem uma dupla ação, além de diminuir a reabsorção de osso, que é o mecanismo de ação da maioria dos fármacos, aumenta a formação de massa óssea ajudando assim a prevenir a osteoporose.

Independentemente da lesão e do seu local, quando os doentes vinham com um pos-operatório de algumas semanas ou com bom calo osseo, era recomendada a fisioterapia.

Gostaria de salientar um caso, do qual não tinha qualquer conhecimento e que recorreu à consulta no dia do meu estágio. Uma paciente do género feminino com 68 anos que apareceu na consulta por agravamento da situação neurológica devido a recidiva de um processo infeccioso peridural. Esta infecção foi tratada por drenagem da colecção purulenta cervical por

via anterior 3 meses antes. Da infecção pós operatoria resultou um quadro clinico de tetraparésia de que recuperou parcialmente.

1.3.3.4 Consulta de Ortopedia – Pé

No dia 15 de Novembro de 2011, durante esta consulta, foram avaliados 21 doentes, maioritariamente do género masculino e com idades compreendidas entre os 30 e os 72 anos.

Na sua maioria os doentes recorreram à consulta devido a fraturas localizadas em diferentes partes do pé, sendo a mais frequente no 5º metatarso, e surgiu também uma doente com fratura no 5º metacarpo, um doente com fratura no radio e uma doente com fratura da clavícula (membro superior).

Encontrei ainda doentes com diversas patologias tais como: HAV, gonartrose, fasceite plantar, coxartrose, luxação no cotovelo, cialgia, hemangioma e verrugas.

A quando da entrada do paciente na consulta, era feita uma anamnese completa, com a descrição de todos os sinais e sintomas referidos pelo paciente.

Logo de seguida a Ortopedista realizava a avaliação física a cada doente, executando algumas provas/manobras específicas, de acordo com a suspeita de diagnóstico.

Quando o doente se dirigia àquela consulta pela primeira vez eram pedidos exames complementares de diagnóstico, para que fosse realizado um diagnóstico mais fidedigno e também para que o tratamento fosse o mais adequado a cada caso.

O Meio complementar de diagnóstico mais usado pelos especialistas nesta consulta é a radiografia, que em alguns casos como me foi explicado, é suficiente para avaliar a lesão.

No caso de ser mesmo necessário, exames como TC ou RMN, também eram solicitados ao doente.

O tratamento indicado para a grande parte destes doentes foi a cirurgia, apesar de ter encontrado alguns que recorreram á consulta no seguimento de um pós-operatório de algumas semanas ou alguns meses, dependendo do caso.

Outra parte dos doentes, nomeadamente os que sofriam de fratura surgiram na consulta, já com a gesso colocado, apenas para fazer um controle, submetendo-se antes de entrar na consulta a uma radiografia, para verificação de presença ou ausência de calo ósseo.

Alguns pacientes foram derivados para especialidades como a Podologia no caso das verrugas e da fasceite plantar e para Cirurgia Vasculuar no caso do hemangioma.

A medicação como parte do tratamento de alguns doentes foi apenas usada em dois casos específicos. No caso do doente com coxartrose de grau III que apesar de indicação cirúrgica, recusou, foi receitado Tramadol que pertence á classe dos analgésicos opioides em conjunto com Paracetamol que pertence á classe dos analgésicos para alivio das dores 3 vezes ao dia. No caso do doente com gonartrose, o tratamento administrado foi uma infiltração com Depo-medrol (metilprednisolona) que é um corticosteroide (Anti-inflamatório esteroide) da família dos glucocorticoides.

Independentemente da lesão e do seu local, quando os doentes vinham com fraturas, com um pos-operatório de algumas semanas ou com bom calo osseo, era recomendada a fisioterapia.

Gostaria de salientar um caso, de uma doente com 38 anos e que recorreu á consulta com uma malformação plantar dolorosa, de cor violácea, com aproximadamente 3cm de diametro á qual a paciente referia dor á palpação e á marcha e que a RMN indicou como sendo um Hemangioma (tumor benigno causado por um crescimento anormal de vasos sanguíneos) A doente foi indicada para cirurgia vascular, para possivel remoção da lesão.

1.3.3.5 Consulta de Ortopedia – Membro Superior

No dia 17 de Novembro de 2011, durante esta consulta, foram avaliados 16 doentes, maioritariamente do género feminino e com idades compreendidas entre os 6 e os 71 anos.

Na sua maioria os doentes recorreram à consulta devido a fraturas localizadas em diferentes partes do membro superior e do pé também, sendo a mais frequente no úmero, fémur e no 5º metatarso respetivamente.

Encontrei ainda doentes com diversas patologias tais como: HAV, gonartrose, neuroma de morton, coxartrose, quistos sinoviais, cialgia, síndrome do túnel cárpico, tumor benigno de células gigantes na base do 5º metacarpo, doença de Kienbock e rotura do tendão extensor e do tendão supra espinhoso.

A quando da entrada do paciente na consulta, era feita uma anamnese completa, com a descrição de todos os sinais e sintomas referidos pelo paciente.

Logo de seguida o Ortopedista realizava a avaliação física a cada doente, executando algumas provas/manobras específicas, de acordo com a suspeita de diagnóstico.

Quando o doente se dirigia àquela consulta pela primeira vez eram pedidos exames complementares de diagnóstico, para que fosse realizado um diagnóstico mais fidedigno e também para que o tratamento fosse o mais adequado a cada caso.

O Meio complementar de diagnóstico mais usado pelos especialistas nesta consulta é a radiografia, que em alguns casos como me foi explicado, é suficiente para avaliar a lesão.

No caso de ser mesmo necessário, exames como TC ou RMN, também eram solicitados ao doente.

O tratamento indicado para a grande parte destes doentes foi a cirurgia, apesar de ter encontrado alguns que recorreram á consulta no seguimento

de um pós-operatório de algumas semanas ou alguns meses, dependendo do caso.

Outro grupo de doentes, nomeadamente os que padeciam de fratura, surgiram na consulta, já com a gesso colocado, apenas para fazer um controle, submetendo-se antes de entrar na consulta a uma radiografia, para verificação de presença ou ausência de calo ósseo.

Alguns pacientes foram derivados para especialidades como a Podologia no caso dos neuromas de morton para nova avaliação e possível realização de suportes plantares com descarga retrocapital.

A medicação como parte do tratamento dos doentes era diferente consoante o diagnóstico. No caso de a patologia ser a fratura (independentemente da sua localização) e se o doente apresenta-se muitas dores era recomendado o Indocid que tem como princípio ativo a Indometacina e que pertence à classe dos anti-inflamatórios não esteroides, recorrendo na maior parte dos casos ao uso conjugado de um protetor gástrico, nomeadamente o Omeprazol que pertence à classe dos inibidores da bomba de prótons.

Quando a patologia era crónica como por exemplo a coxartrose e o paciente referia dores fortes que não passavam com outros medicamentos mais básicos como o Brufen ou Bem-U-Ron e enquanto aguardavam a cirurgia, era receitado o Tridural que tem como princípio ativo o Cloridrato de Tramadol e que pertence à classe dos analgésicos opioides fortes.

Na maioria das restantes patologias que encontrei nesta consulta e que já foram citadas em cima, o tratamento medicamentoso era igual. O ortopedista receitava Adalgur que tem na sua composição duas substâncias ativas: Paracetamol que pertence à classe dos analgésicos e o Tiocolquicosido que pertence à classe dos miorelaxantes (relaxantes musculares) conjugado com o Keplat na forma de pensos transdérmicos que tem como princípio ativo o Cetoprofeno que pertence à classe dos Anti-inflamatórios não esteroides para uso tópico.

No caso dos doentes com gonartrose e neuroma de morton, o tratamento administrado foi uma infiltração com Depo-medrol (metilprednisolona) que

é um corticosteroide (Anti-inflamatório esteroide) da família dos glucocorticoides e Lidocaina que é um anestésico local.

Independentemente da lesão e do seu local, quando os doentes apresentavam fraturas, com um pos-operatório de algumas semanas ou com bom calo ósseo, era recomendada a fisioterapia.

No caso da cialgia o Ortopedista recomendou também que o doente fizesse hidróginstica porque reduz o risco de lesões e permite até a reabilitação de pessoas com alguma restrição ao exercício de sobrecarga vertical.

Gostaria de salientar um caso, de uma doente com 34 anos e que recorreu á consulta no seguimento do tratamento da Doença de Kienböck. Segundo me explicou o monitor de estágio, esta patologia é uma necrose avascular do osso semi-lunar do carpo que deixa de receber sangue, atrofia e provoca desgaste do punho. O tratamento anteriormente a esta consulta efectuado foi um encurtamento do rádio através de intervenção cirurgica para haver uma melhor distribuição de forças no punho. A paciente realizou uma radiografia que mostrou uma boa evolução da cirurgia.

1.3.3.6 Unidade de Cirurgia – Bloco Operatório

No dia 9 de Novembro de 2011, depois de devidamente vestida, entrei no bloco operatório, para assistir a 4 cirurgias diferentes, realizadas duas a duas em 2 salas, uma ao lado da outra, por 2 equipas de ortopedistas, com aproximadamente 6 pessoas cada, entre elas, ortopedistas, anestesistas e enfermeiras.

A primeira cirurgia, foi realizada a um paciente do género masculino que foi intervencionado para correção de uma fratura do úmero. Já com o paciente anestesiado e posicionado em decúbito dorsal, primeiramente os cirurgiões asseptizaram o local a intervencionar com betadine, de seguida colocaram os campos estéreis com abertura no local da fratura e depois iniciaram a disseção com um bisturi, até conseguirem visualizar o osso. Depois colocaram uma placa metálica que foi fixada aos 2 topos da fratura com 6 parafusos. De seguida e com ajuda do aparelho de Rx que entrou no bloco

antes da cirurgia se iniciar, fizeram uma radiografia para confirmar se a placa e os parafusos estavam bem orientados e a fixar os seguimentos em causa. A última etapa passou por suturar a ferida e realizar um penso de proteção.

A segunda cirurgia e a mais complexa, foi realizada a um paciente do género masculino que foi intervencionado para realização de uma artroplastia total da anca (colocação de prótese total da anca). Já com o paciente anestesiado, primeiramente os cirurgiões colocaram o doente em decúbito lateral e asseptizaram o local a intervencionar com betadine. Posteriormente colocaram os campos estéreis com abertura na zona da anca e iniciaram a disseção com um bisturi, até conseguirem visualizar o osso. Depois foram dissecando as estruturas envolventes ao osso, desde músculos e tendões de modo a que o osso ficasse liberto para mais facilmente ser realizada a osteotomia. De seguida seccionaram o trocanter femoral um pouco abaixo da cabeça com serra elétrica, tanto para ser mais fácil implantar a prótese e também porque a lesão estava situada naquele nível. Já com o osso seccionado, colocaram a prótese em metal que ficou fixa no canal medular do osso existente. Depois colocaram um acetabulo também em prótese, para facilitar a congruência articular e permitir a marcha do doente.

A última etapa passou por suturar por planos, nomeadamente, músculos, ligamentos, tendões e pele e fazer um penso para proteger.

A terceira cirurgia e a mais simples, foi realizada a uma paciente do género feminino que foi intervencionada apenas para retirar o material metálico que tinha sido usado no tratamento de uma fratura.

Já com a paciente anestesiada e posicionada em decúbito dorsal, primeiramente os cirurgiões asseptizaram o local a intervencionar com betadine, depois colocaram os campos estéreis com abertura na zona da anterior da fratura e iniciaram a disseção com bisturi, até conseguirem visualizar o osso. Após o campo aberto e identificado o material de osteossíntese, desapertaram os parafusos e retiraram a placa.

A última etapa passou por suturar a pele e fazer um penso para proteger.

A quarta e última cirurgia, foi realizada a um paciente do género masculino que foi intervencionado para retirar fragmentos do disco vertebral que se encontravam a comprimir as raízes nervosas. A estes fragmentos dá-se o nome de hérnias discais. Já com o paciente anestesiado, primeiramente os cirurgiões colocaram o doente em decúbito ventral e asseptizaram o local a intervencionar com betadine, depois colocaram os campos estéreis com abertura na zona da coluna e fizeram uma incisão de 3 a 4 cm sobre a coluna na zona lombar com a ajuda de um bisturi, até conseguirem visualizar a vertebra. Depois da incisão, com um afastador separaram os músculos, deixando a zona posterior da coluna exposta. Posteriormente retiraram um osteófito e libertaram os ligamentos, permitindo acesso à raiz nervosa e ao disco. Os fragmentos do disco foram retirados até que o nervo estivesse suficientemente livre. Essa parte da cirurgia foi feita com recurso ao uso de um microscópio, que permitisse uma melhor visualização do nervo.

A última etapa passou por suturar a incisão com fio de sutura 2/0, intradérmico, com um fio reabsorvível, por forma a manter a estabilidade das estruturas.

1.4 Conclusão

Em jeito de conclusão, gostaria de fazer uma análise crítica aos pontos fortes e fracos que encontrei neste hospital.

Um dos pontos fortes, foi o acolhimento dos podologistas, permitindo-nos observar o método de trabalho e aprender com os profissionais de outras especialidades.

Outro ponto forte é o facto de todos os mestrandos terem tido acesso ao contacto com a realidade hospitalar de trabalho. Quero com isto dizer que dentro do hospital, tivemos a oportunidade de estar integrados numa equipa multidisciplinar na área da ortopedia. Conhecemos ainda as instalações e os meios que tem á disposição para avaliação e tratamento dos doentes.

Um dos pontos fracos é o facto de este hospital não ter ainda implementado a consulta de podologia. A meu ver muitos doentes iriam beneficiar desta consulta, uma vez que poderíamos resolver e dar solução a muitos problemas que os ortopedistas não conseguem ou não têm meios para os solucionar, tentando evitar muitas vezes tratamentos mais invasivos realizados por eles como as infiltrações ou a intervenção cirúrgica.

2 Centro Hospitalar do Alto Ave

O Centro hospitalar da alto ave é formado através de uma conjugação de dois polos hospitalares, a unidade de Guimarães e a unidade de Fafe e tem como presidente do conselho de administração Delfim Pereira Neto Rodrigues.

2.1 História

Guimarães: As raízes históricas do Hospital iniciam-se em finais do Século XVI, altura em que foi instituído o Hospital da Misericórdia de Guimarães. Funcionou neste formato até à Revolução de 1974, altura a partir da qual passou a ser designado de Hospital Distrital de Guimarães. Mas em meados dos anos 80 do Século passado, a capacidade do então Hospital estava bloqueada pelas exíguas instalações do Convento dos Capuchos, daí a necessidade de construção de um novo edifício para servir adequadamente a população da região. Assim começa a história das atuais instalações.

O início da execução do projeto data de 1978. Perspetivando um total de 485 camas e dotado de quase todas as valências hospitalares. A área do terreno onde viria a ser edificado, uma antiga quinta, estava dotada de cerca de 86 mil metros quadrados. Ficando localizado à entrada sul da cidade. Foi dotado de dois edifícios, um corpo principal em altura com 11 pisos, tendo os dois primeiros pisos edifícios circundantes funcionando como uma espécie de base. O segundo corpo foi dotado de 3 pisos, ligado ao edifício principal por galeria semienterrada. Este ficou reservado para a Medicina Física e de Reabilitação e para parte das Consultas Externas.

A tradição religiosa da região ajudou a batizar a instituição de "Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães", não esquecendo a proteção da virgem milagrosa. Segundo rezam as crónicas, o milagre de "reverdecimento" de uma oliveira gerou, no Século XIV, um impacto tal que Santa Maria de Guimarães passou a designar-se por Santa Maria da Oliveira e começou a escrever-se sobre os milagres da Senhora da Oliveira. Ao que parece, consta ainda do currículo da Santa 44 curas: 23 cegos, 11 endemoinhados,

5 paráliticos, 3 mudos, 1 surda e 1 inchada. Aliás, tudo isto levou os Reis D. João I, D. Afonso V e D. João V a dedicarem devoção especial à milagreira. A dedicação à Senhora da Oliveira manteve-se, daí a escolha do nome do Hospital.

O novo Hospital entrou em funcionamento a 25 de Setembro de 1991, tendo sido inaugurado oficialmente a 8 de Fevereiro de 1992 pelo então Primeiro-ministro, Prof. Aníbal Cavaco Silva.

Funcionou neste formato até ao ano de 2002, quando foi transformado em Sociedade Anónima (SA) de capitais exclusivamente públicos pelo Decreto-Lei nº 285/2002. A par de vários outros hospitais do país.

Essa alteração baseou-se na implementação de uma forma de gestão de natureza empresarial. Tendo como objetivos aumentar a qualidade dos cuidados prestados, melhorar o acesso e maximizar a eficiência e controlo da despesa total. Uma das grandes inovações deste método de gestão foi a introdução do contrato individual de trabalho. Esta modalidade pretendeu aprofundar a autonomia de gestão dos hospitais. O Hospital continuou integrado no Serviço Nacional de Saúde. Segundo o referido Decreto-Lei: "O processo de «empresarialização» hospitalar envolve a adoção de um novo estatuto jurídico, bem como de um novo modelo de gestão e de um novo modelo de contratação e financiamento das prestações de saúde".

Em 2005 houve nova alteração na natureza jurídica do Hospital, decretada pela tutela central. Todos os hospitais até então SA passavam a Entidades Públicas Empresariais (EPE), pelo Decreto-Lei nº 233/2005. O regime jurídico manteve-se semelhante, sendo reforçado o carácter público dos hospitais até à data SA. "Deve ser inequívoca a natureza pública das instituições do Estado prestadoras de cuidados de saúde, havendo que compatibilizar este princípio com os instrumentos de gestão mais adequados à natureza específica das suas atividades", segundo este Decreto-Lei.

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. Mantendo-se o estatuto jurídico EPE.

Fafe: Conhecido até ao passado recente por Hospital de S. José de Fafe tem uma lotação de cerca de 100 camas. Tendo por zona de influência direta os Concelhos de Fafe, Celorico e Cabeceiras de Basto.

Tem as valências de Medicina Interna, Cirurgia, Ortopedia, Medicina Física e Reabilitação, Patologia Clínica, Imagiologia e Hemodiálise.

Possui área de Internamento, Consultas Externas, Bloco Operatório e MCDT.

Pelo DL 50-A/2007 de 28 de fevereiro passou a fazer parte do Centro Hospitalar do Alto Ave, EPE, juntamente com o antigo Hospital de Guimarães, desde 1 Março de 2007.

Visão Geral: Atualmente o Centro Hospitalar tem por área de influência os Concelhos de Guimarães, Fafe, Vizela, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto e Felgueiras. Esta área compreende um total de cerca de 400 mil pessoas.

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.

Tem em carteira vários projetos de futuro. Destacando-se a certificação pela Qualidade através de entidade idónea internacional, a Joint Commission International, pretendendo ficar com parâmetros de qualidade ao mais elevado nível. Quase 100 profissionais estão envolvidos nesta tarefa de adequar o Hospital e cumprir os requisitos normalizados por um Manual de Qualidade.

Salienta-se ainda grande aposta numa parceria com a Escola de Ciências da Saúde da Universidade do Minho, desde 2003, para lecionação de aulas na

sede do Centro Hospitalar aos alunos do curso de Medicina. Vários serviços recebem alunos dos anos mais avançados de Medicina. Esta aposta traz desafios aos profissionais e garante a qualidade contínua na prestação de cuidados de saúde. Aguarda-se com entusiasmo que seja classificado como Centro com ensino universitário.

(http://www.chaa.min-saude.pt/Hospital/Historia/?sm=1_0)

2.2 Serviços Clínicos

A estrutura organizacional contempla a existência dos seguintes serviços de prestação de cuidados distribuídos pelas seguintes áreas: A área Médica integra serviços como os de cardiologia integrando: a unidade de cuidados intensivos de cardiologia, o departamento de psiquiatria e saúde mental, a gastroenterologia, a medicina interna, a neurologia, a pediatria/neonatologia, a pneumologia e a unidade de imunoalergologia. A área Cirúrgica integra serviços como os de anestesiologia e unidade da dor, a cirurgia vascular, o departamento de cirurgia (serviço de cirurgia geral, serviço de urologia, unidade de estomatologia, competência de cirurgia pediátrica, competência de cirurgia reconstrutiva), a dermatologia, a ginecologia/obstetrícia: integrando a unidade de medicina de reprodução, a oftalmologia, a ortopedia e a otorrinolaringologia. A área de Emergência integra serviços como os de cuidados intensivos polivalentes, a emergência médica, a urgência básica e a urgência Médico-cirúrgica. Por fim a área de Ambulatório integra serviços como os de medicina física e reabilitação, a hemodialise, a anatomia patológica, a patologia clínica, a imagiologia, a imunohemoterapia e a oncologia.

(http://www.chaa.min-saude.pt/ServicosClinicos/ServicosUnidade/?sm=2_0)

2.3 Podologia

A Podologia é a Ciência na área da Saúde que analisa e investiga o membro inferior e tem como objetivo o diagnóstico e a terapêutica das patologias que afetam o pé e as suas repercussões no organismo humano.

Na Podologia Infantil o diagnóstico e o tratamento precoce do pé da criança é fundamental para assegurar um crescimento correto e prevenir o aparecimento de alterações estruturais e funcionais. O crescimento e desenvolvimento do pé da criança, deve ser acompanhado pelo Podologista assegurando um tratamento especializado e personalizado.

Na Podologia Geriátrica, as alterações não corrigidas, as múltiplas agressões e as manifestações nefastas no pé do idoso são significativas. Contribuindo para a melhoria da qualidade de vida destes doentes, a Podologia apresenta um serviço especializado no tratamento da mobilidade e da dor do pé.

No Pé de Risco, o doente diabético pode apresentar alterações do pé, classificado como Pé Diabético. O Pé Diabético é uma consequência da Diabetes, com risco significativo no aparecimento de úlceras (feridas) e de amputações. A atenção e tratamento especializado e criterioso dos Pés dos diabéticos é essencial para evitar graves complicações.

Na Podologia Desportiva, o Pé é a base fundamental de apoio, equilíbrio e funcionamento do organismo humano. A prática desportiva é uma das formas mais maravilhosas de comunicação do Homem com a natureza e é essencial para manter o bem-estar físico e psíquico do indivíduo. O estudo e tratamento preventivo do pé do desportista evita o aparecimento de algumas lesões. O tratamento podológico das lesões do pé provocadas pelo desporto é indispensável para proporcionar uma melhor qualidade de vida e um melhor rendimento desportivo http://www.appodologia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=19&Itemid=5).

2.3.1 Consulta de Podologia

A consulta de Podologia é uma consulta muito específica e personalizada, onde realizamos um relatório clínico podológico completo e exames complementares de diagnóstico ao membro inferior, especificamente ao pé, e suas repercussões no corpo humano antes de iniciar qualquer tipo de tratamento. O material usado nos tratamentos podológicos é previamente lavado, desinfetado, esterilizado e é exclusivamente de uma só utilização. (http://www.consultoriodepodologia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=70)

Apesar de não ter-mos acesso á informação sobre qual a unidade em que se insere a consulta de podologia, podemos afirmar que existem muitos doentes deste hospital ou recomendados por médicos de centros de saúde, dentro da cidade ou nas aldeias a recorrer aos nossos serviços e a deslocar-se até a este hospital para terem acesso ao tratamento das suas patologias.

2.3.1.1 Consulta de Pé Diabético

A consulta de pé diabético insere-se na consulta de podologia, uma vez que é a prioridade nos hospitais tratar os doentes diabéticos e visto que a podologia ainda não esta regulamentada pelo governo e não existe nos centros de saúde e em outros hospitais. Nesta consulta, durante toda a duração do estágio, avaliamos e tratamos vários doentes, sendo que nem todos eram diabéticos, alguns deles vieram encaminhados de especialidades dentro do hospital, mas a sua grande maioria tinha a doença.

2.3.1.1.1 Diabetes

A diabetes é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar toda a glicose proveniente dos alimentos. À quantidade de glicose no sangue chama-se glicemia e quando esta aumenta diz-se que o doente está com hiperglicemia.

A diabetes é uma doença em crescimento, que atinge cada vez mais pessoas em todo o mundo e em idades mais jovens. No entanto, há grupos de risco com fortes probabilidades de se tornarem diabéticos: pessoas com familiares diretos com diabetes, homens e mulheres obesos, homens e mulheres com tensão arterial alta ou níveis elevados de colesterol no sangue, mulheres que contraíram a diabetes gestacional na gravidez, crianças com peso igual ou superior a quatro quilogramas à nascença e doentes com problemas no pâncreas ou com doenças endócrinas.

Nos adultos, a diabetes é, geralmente, do tipo 2 e manifesta-se através dos seguintes sintomas: urinar em grande quantidade e muitas vezes, especialmente durante a noite (poliúria), sede constante e intensa

(polidipsia), fome constante e difícil de saciar (polifagia), fadiga, comichão (prurido) no corpo, designadamente nos órgãos genitais e visão turva.

Nas crianças e jovens, a diabetes é quase sempre do tipo 1 e aparece de maneira súbita, sendo os sintomas muito nítidos. Entre eles encontram-se: urinar muito, podendo voltar a urinar na cama, ter muita sede, emagrecer rapidamente, grande fadiga, associada a dores musculares intensas, comer muito sem nada aproveitar e dores de cabeça, náuseas e vômitos.

É importante ter presente que os sintomas da diabetes nas crianças e nos jovens são muito nítidos. Nos adultos, a diabetes não se manifesta tão claramente, sobretudo no início, motivo pelo qual pode passar despercebida durante alguns anos.

Os sintomas surgem com maior intensidade quando a glicemia está muito elevada. E, nestes casos, podem já existir complicações (na visão, por exemplo) quando se deteta a doença.

Se o paciente sentir alguns ou vários dos sintomas deve consultar o médico do centro de saúde da sua área de residência, o qual lhe pedirá para realizar análises ao sangue e à urina e assim diagnosticar a diabetes.

Um indivíduo pode ser considerado diabético, se tiver uma glicemia ocasional de 200 miligramas por decilitro ou superior com sintomas ou se tiver uma glicemia em jejum (oito horas) de 126 miligramas por decilitro ou superior em duas ocasiões separadas de curto espaço de tempo.

Existem três tipos de diabetes: A Diabetes Tipo 2 (Não Insulinodependente), é a mais frequente (90% dos casos). O pâncreas produz insulina, mas as células do organismo oferecem resistência à ação da insulina. O pâncreas vê-se, assim, obrigado a trabalhar cada vez mais, até que a insulina produzida se torna insuficiente e o organismo tem cada vez mais dificuldade em absorver o açúcar proveniente dos alimentos. Este tipo de diabetes aparece normalmente na idade adulta e o seu tratamento, na maioria dos casos, consiste na adoção duma dieta alimentar, por forma a normalizar os níveis de açúcar no sangue. Recomenda-se também a atividade física regular. Caso não consiga controlar a diabetes através de dieta e atividade física regular, o doente deve recorrer a medicação

específica e, em certos casos, ao uso da insulina. Neste caso deve consultar sempre o seu médico. A Diabetes Tipo 1 (Insulinodependente), é mais rara. O pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente ou em qualidade deficiente ou ambas as situações. Como resultado, as células do organismo não conseguem absorver, do sangue, o açúcar necessário, ainda que o seu nível se mantenha elevado e seja expelido para a urina. Contrariamente à diabetes tipo 2, a diabetes tipo 1 aparece com maior frequência nas crianças e nos jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Não está diretamente relacionada, como no caso da diabetes tipo 2, com hábitos de vida ou de alimentação errados, mas sim com a manifesta falta de insulina. Os doentes necessitam de uma terapêutica com insulina para toda a vida, porque o pâncreas deixa de a produzir, devendo ser acompanhados em permanência pelo médico e outros profissionais de saúde. A Diabetes Gestacional surge durante a gravidez e desaparece, habitualmente, quando concluído o período de gestação. No entanto, é fundamental que as grávidas diabéticas tomem medidas de precaução para evitar que a diabetes do tipo 2 se instale mais tarde no seu organismo. A diabetes gestacional requer muita atenção, sendo fundamental que, depois de detetada a hiperglicemia, seja corrigida com a adoção duma dieta apropriada. Quando esta não é suficiente, há que recorrer, com a ajuda do médico, ao uso da insulina, para que a gravidez decorra sem problemas para a mãe e para o bebé. Uma em cada 20 grávidas pode sofrer desta forma de diabetes.

Algumas das complicações associadas à diabetes são: retinopatia (lesão da retina), nefropatia (lesão renal), neuropatia (lesão nos nervos do organismo), macroangiopatia (doença coronária, cerebral e dos membros inferiores), hipertensão arterial, hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue), hiperglicemia (nível elevado de açúcar no sangue), lípidos no sangue (gorduras no sangue), pé diabético (arteriopatia, neuropatia), doenças cardiovasculares (angina de peito, ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais), obstrução arterial periférica (perturbação da circulação, por exemplo nas pernas e nos pés), disfunção e impotência sexual (a primeira manifesta-se de diferentes formas em ambos os sexos) e infeções diversas

e persistentes (boca e gengivas, infeções urinárias, infeções das cicatrizes depois das cirurgias).

Quanto ao tratamento, os doentes diabéticos tipo 1 podem ter uma vida saudável, plena e sem grandes limitações, bastando que façam o tratamento prescrito pelo médico corretamente. O objetivo do tratamento é manter o açúcar (glicose) no sangue o mais próximo possível dos valores considerados normais (bom controlo da diabetes) para que se sintam bem e sem nenhum sintoma da doença. Serve ainda para prevenir o desenvolvimento das manifestações tardias da doença e ainda para diminuir o risco das descompensações agudas, nomeadamente da hiperglicemia e da cetoacidose (acidez do sangue).

Este tratamento, que deve ser acompanhado obrigatoriamente pelo médico de família, engloba três vertentes fundamentais: adoção de uma dieta alimentar adequada, prática regular de exercício físico e o uso da insulina.

Nos doentes diabéticos tipo 2 o tratamento é semelhante mas, devido à menor perigosidade da doença, a maioria das vezes basta que a alimentação seja adequada e que o exercício físico passe a fazer parte da rotina diária para que, com a ajuda de outros medicamentos específicos (que não a insulina), a diabetes consiga ser perfeitamente controlada pelo doente e pelo médico. Os medicamentos usados no tratamento deste tipo de diabetes são geralmente fármacos (comprimidos) que atuam no pâncreas, estimulando a produção de insulina. Seguindo uma alimentação correta e adequada, praticando exercício físico diário e respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico, um doente com diabetes tipo 2 garante a diminuição do risco de trombozes e ataques cardíacos; a prevenção de doenças nos olhos e nos rins e da má circulação nas pernas e nos pés, facto que diminui significativamente o risco de amputações futuras.

A insulina é uma hormona hipoglicemiante segregada pelas células beta dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, que é usada no tratamento dos doentes diabéticos. Pode ser obtida a partir do pâncreas do porco ou feita quimicamente e de forma idêntica à insulina humana através do uso de

tecnologia do DNA recombinante ou da modificação química da insulina do porco.

Em Portugal só é comercializada insulina igual à insulina humana, produzida com recurso a técnicas de engenharia genética, sendo as reações alérgicas muito raras em virtude da sua grande pureza. No mercado estão disponíveis diversas concentrações de insulina. No nosso país, só se encontra disponível a concentração U-100 (1ml=100 unidades).

A insulina é necessária para o tratamento da diabetes tipo 1, porque, nestes doentes as células do pâncreas que produzem insulina foram destruídas, motivo pelo qual este produz muito pouca ou nenhuma insulina. Como sem insulina não se pode viver, a administração de insulina produzida laboratorialmente é um tratamento imprescindível de substituição.

O tratamento com insulina é feito através de injeção na gordura por baixo da pele ou através da utilização da bomba de perfusão subcutânea de insulina.

Até à data o desenvolvimento científico ainda não conseguiu produzir nenhuma forma de insulina que possa ser tomada por via oral, uma vez que o estômago a destrói automaticamente. (<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>)

2.3.1.1.2 Estágio

A unidade curricular de estágio foi realizada neste hospital num período que decorreu de 14 Novembro a 7 de Dezembro, durante 48 horas, sempre sob a orientação de um monitor de estágio.

Avaliamos um total de 59 doentes diabéticos, sendo que 31 eram do género feminino e 28 do género masculino e com idades compreendidas entre os 37 e os 84 anos. Na sua grande maioria os pacientes eram reformados.

Quanto á duração da diabetes, a maior parte dos pacientes sofriam de diabetes há entre 11 e 15 anos. Dois deles não faziam ideia da duração da sua diabetes.

Grande parte dos pacientes descobriram a doença, depois de queixas ao médico de família de muita sede (um dos sintomas da diabetes), e após análises clínicas ou análises de rotina, sendo que duas pacientes referiram que sofreram de diabetes gestacional e um paciente mencionou que passou a sofrer de diabetes após um acidente sofrido que lhe afetou o pâncreas.

Quanto ao tipo de diabetes, 46 doentes sofriam diabetes tipo 2 (não insulíndependentes) e 13 sofriam diabetes tipo 1 (insulíndependentes). A maior parte referiu-nos que fazia medições dos níveis de glicose 2 vezes ao dia, assim como também a maioria nos referiu que os valores dos níveis médios de glicose estavam dentro dos parâmetros normais, ressaltando que a diferença entre os pacientes que tinham níveis normais de glicose e os que tinham níveis alterados, foi de apenas 1 doente.

Um dos grandes problemas dos pacientes idosos é a polimedicação e uma vez que tivemos mais doentes desta faixa etária, este foi um dos nossos maiores problemas, ou por que não traziam o nome da medicação e ficavam de trazer na próxima consulta ou porque tomavam tantos medicamentos que antes de medicarmos para uma patologia, mesmo que simples como por exemplo uma onicomicose, tínhamos que enviar uma carta ao médico de família para este poder decidir se os doentes podia ou não fazer a medicação recomendada por nós. Dentro da polimedicação de quase todos os pacientes, faziam parte a insulina, medicamentos para patologia cardíaca, para o colesterol e para a hipertensão.

Outros dos parâmetros que estavam inseridos no relatório clínico eram os fatores de risco sistémico. O objetivo destes parâmetros era avaliar os fatores de risco do doente, assim como os seus antecedentes familiares. Grande parte dos pacientes, para além da diabetes, ainda sofriam de hipertensão e de dislipidemias. Mesmo não tendo acesso a toda a medicação porque muitos doentes não a trouxeram á consulta, aqueles que trouxeram estavam medicados tanto para um problema como para outro, levando a crer que á partida estes problemas pudessem estar controlados, uma vez que também quase todos nos referenciaram que mediam a

pressão arterial, uns 1 vez por semana, outros 1 vez por mês, outros 2 vezes por mês e outros de 2 em 2 meses.

Mesmo existindo um grande equilíbrio, 27 pacientes responderam-nos que passam mais tempo a caminhar e 26 pacientes responderam-nos que passam mais tempo sentados.

Quanto aos antecedentes familiares, quase todos tinham pelo menos uma ou mais pessoas da família com diabetes, nos mais diversos graus de parentesco, mas principalmente parentes diretos. Os mais frequentes eram o pai, mãe e irmãos, sendo que tios também foram referidos. Ainda assim 6 pacientes referiam que ninguém da família sofria de diabetes.

As doenças concomitantes ou consequentes que os doentes mais referiram foram a patologia cardíaca, seguida da nefropatia, a doença vascular periférica, a retinopatia, a patologia respiratória e a neuropatia e por ultimo as hepatopatias. Não tivemos casos de pacientes que nos relatassem como doença concomitante a proteinúria. Tivemos ainda presença de outras patologias não especificadas no relatório clínico, mas que os doentes nos relataram, tais como, a obesidade, a doença de Parkinson, a osteoartrose, anemia, escoliose, hemocromatose, alergias, hérnia inguinal, nódulos na tiroide, gastrite, hérnias discais, colite ulcerosa dos intestinos e epilepsia.

Como fatores de risco locais, 2 doentes referiram-nos que tinham sofrido amputações apenas nos dedos e 12 doentes referiram-nos que tinham sofrido ulcerações, nas mais diversas partes do pé, desde os dedos ao calcanhar.

As deformidades estruturais anatómicas do pé que encontramos foram, Hallux Abductus Valgus em 18 pacientes, dedos em garra em 8 pacientes, joanete de sastre em 3 doentes, hallux hiperextensos em 2 doentes e dedos supraductos e clinodactilia em apenas um doente cada.

Aquando dos testes sensitivos, a maior parte dos doentes apresentou sensibilidades normais, tanto ao monofilamento de 75g, como ao diapasão. Ressalvo que, apesar de raras vezes, a sensibilidade podia estar presente num pé e ausente ou diminuída no outro pé. Os doentes foram induzidos a alertar o médico de família para este problema.

A avaliação dos pulsos, mostrou-nos que a maioria apresentava a artéria pediosa e a artéria tibial posterior palpáveis, fortes e ritmadas, ainda que muitas das avaliação com o doppler não fossem realizadas, devido ao aparelho se encontrar avariado.

Quanto aos testes musculares, a maior parte dos doentes apresentava força de grau 5 (força total), ainda que muitos doentes apresentassem força de grau 4 (movimento contra a resistência).

Quanto á avaliação das alterações de retropé e antepé em cadeia cinética aberta, tivemos um problema de falta de tempo e por isso mesmo não nos foi possível avaliar a maioria dos doentes.

Da avaliação em cadeia cinética fechada, descobrimos as duas características mais apresentadas pelos pacientes, que foram a ausência de apoio digital (total ou parcial) e o istmo diminuído. Na posição do calcâneo, o valgo predominou, tanto no pé esquerdo como no pé direito, ainda que por ligeira margem do varo. A alteração femuro-tibial mais encontrada foi o genu-valgo e as dismetrias/assimetrias quer nos ombros, na crista ílíaca ou fossas poplíteas, predominaram do lado direito.

No parâmetro que falava do serviço de quiropodologia era nos pedido um diagnóstico. As três patologias mais apresentadas pelos pacientes foram a Hiperqueratose, o heloma e a onicomicose, sendo que, a onicogrifose, as úlceras, as onicocriptoses, os tilomas, a maceração interdigital e as flitenas também surgiram e por esta ordem de frequência. Quanto á localização das lesões, descobrimo-las em quase todos os pontos dos pés, nos dedos (polpa, plantar ou dorsal, sendo que as lesões predominaram no hallux e no 5º dedo), interdigitais, no bordo externo ou interno do pé, na planta e no calcanhar.

Os tratamentos efetuados, variaram muito, principalmente consoante a patologia. Uma vez que a maiorias dos pacientes eram idosos e não apresentavam patologias com relevo, o tratamento mais efetuado foi o corte e rebaixamento ungueal, pois devido á idade avançada, tem tendência a ter unhas mais espessas ou mesmo onicogrifóticas, muito também devido

à falta dos cuidados básicos que por outros fatores associados os doentes não conseguem fazer.

De seguida as patologias mais tratadas foram as queratopatias (tilomas, helomas e hiperqueratoses). Foi realizada a deslaminação da lesão e enucleação aquando da existência de helomas. Esta patologia surge muito, devido principalmente á estrutura inadequada do pé no solo, ou devido á utilização de calçado inadequado (apertado, com saltos altos ou com biqueira estreita).

Informamos os pacientes sobre os cuidados com a compra de calçado e explicamos ainda a forma que usamos para tentar corrigir, palear ou compensar as alterações estruturais do pé, realizando moldes em espumas fenólicas em alguns deles, para posteriormente realização dos suportes plantares que seriam aplicados na consulta seguinte, após realização dos mesmos no laboratório de ortopodologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave.

Realizamos também hidratação na maioria dos pacientes, principalmente para os incentivarmos a fazer o mesmo em casa, sendo este um fator muito importante num pé diabético.

Outro tratamento muito realizado foi a limpeza dos canais ungueais, fazendo desobstrução dos mesmos para que as unhas pudessem crescer sem encravar, uma vez que a conjugação do calçado e da falta de hidratação originavam a secura da pele, tapando os canais.

Em alguns casos foi necessário a realização de ortóteses de silicone, para situações pontuais de alívio de cargas, de fácil resolução e de atuação imediata. A ortótese mais realizada foi a interfalângica, independentemente da sua localização uma vez que, por vezes separar os dedos ou dar-lhes mais apoio é suficiente para evitar ou mesmo erradicar a formação de queratopatias ou lesões mais graves como úlceras ou onicocriptoses.

Em caso de onicocriptoses, o tratamento passava por remover a espícula e fazer um penso com antibiótico tópico, sendo no entanto em casos de infeções severas ou presença de granulomas, necessário recomendar antibioterapia oral (normalmente ciprofloxacina 500 mg de 12/12 horas).

Muitos destes casos foram derivados para a realização de uma intervenção cirúrgica, com conseqüente remoção de parte da matriz da unha, para que esta não voltasse a crescer, não encravando mais. Alguns dos fatores a ter em conta na derivação dos doentes para a intervenção cirúrgica é a cronicidade da situação, a dor, a falha de outros procedimentos e a presença de granulomas.

No caso de o paciente apresentar úlceras, devido ao facto de existir uma ferida aberta e que pode melhorar ou regredir a qualquer momento, podendo mesmo por em causa a vida do doente ou a viabilidade de um membro ou parte dele, os podologistas, põe em pratica um "protocolo", que é igual para todos e apenas varia na fase final.

O objetivo principal é limpar o melhor possível a ferida, removendo o máximo de microrganismos e evitando possíveis colonizações. Para isso utilizamos soro e cyteal ou diaseptil que são ambos antissépticos, diferindo apenas no ponto em que um tem de ser retirado com soro e o outro não.

O passo seguinte e não menos importante seria a remoção de tecido desvitalizado, que faz toda a diferença no processo de cura. Ao eliminar o tecido morto, permitimos ao tecido neoformado que cresça e feche a ferida.

O que difere no tratamento das úlceras, e tendo em conta o estadio em que se encontra é os materiais com que fazemos o penso. Tudo vai depender se a ulcera se encontra muito exsudativa ou com infecção e nesse caso usamos um Aquacel Ag, penso este que contem prata que ajuda a secar a ferida e a combater a infeção. No caso de ser apenas necessário uma ajuda na cicatrização utilizamos um fitocrema (adjuvante da cicatrização). Se a ferida for seca e com crosta, difícil de remover mesmo através do desbridamento mecânico, utilizamos um varihesive hidrogel, que vai ter uma ação de desbridamento autolítico das lesões, com esfacelos e ou tecidos necrosados.

Quando a infecção era grande o suficiente para não conseguirmos trata-la apenas topicamente com os pensos, era recomendado aos doentes, um antibiótico via oral, normalmente ciprofloxacina 500mg de 12 em 12 horas, para através da via sistémica, ajudar a combater a infecção.

Depois do penso feito e da ferida tapada, em quase todos os casos era essencial realizar uma descarga em feltro adesivo, para descarregar a pressão da zona da ferida, ajudando assim a cicatrizar mais facilmente.

O tratamento domiciliário recomendado para a maioria dos pacientes era apenas a hidratação, uma vez que estávamos a lidar com pacientes de risco e com pés diabéticos. Dependendo do caso e da patologia, recomendamos vários hidratantes, mas os que mais vezes foram usados foram o akileine (2 vezes ao dia) e o ureadin (1 vez ao dia). Aos pacientes que apresentaram onicomicose foi recomendado o uso de mycoster (anti-fungico de ação tópica), uma vez ao dia e ainda em casos de maceração interdigital recomendamos o uso de betadine diretamente na zona da lesão ou em banhos de água morna e betadine, para ajudar a secar os espaços interdigitais.

Alguns pacientes recorreram á consulta apenas para controlo, aos quais foram feitos todas as avaliações e não apresentaram qualquer tipo de problema ou lesão.

2.3.1.1.2.1 Laboratório de Ortopodologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

Durante o período de estágio e sob orientação do Mestre Manuel Portela, foram realizados no laboratório de ortopodologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, todos os suportes plantares cujos moldes tinham sido elaborados na consulta de pé diabético do Hospital de Guimarães.

Uma vez que os moldes foram realizados em espumas fenólicas, o primeiro passo a dar, aquando da chegada ao laboratório era encher os mesmos com gesso. Foi-nos ensinado que para um gesso corretamente elaborado temos de juntar 2/3 gesso e 1/3 de água. Depois de enchidos os moldes, tínhamos de os deixar secar até ao ponto de secagem para retirar a espuma sem partir o gesso. Depois de retirada e descartada a espuma, ficamos com os moldes prontos para ser usados na realização do padrão.

O padrão foi realizado numa folha de papel respeitando os 5 pontos que temos de marcar consoante a morfologia e tamanho do pé: 3 pontos no

calcanhar unidos por uma semicircunferência e 2 pontos na zona metatarsal (1ª e 5ª articulação metatarso-falângica) unidas de acordo com a forma metatarsal do paciente. Por fim une-se a zona anterior á zona posterior com duas linhas tracejadas retas e paralelas.

Partindo do princípio que a patologia vinha previamente escrita na caixa das espumas fenólicas e já com o padrão pronto e cortado, o passo seguinte seria transcrever o projeto (padrão) dos suportes plantares para o material a utilizar que seria escolhido de acordo com a patologia que queríamos tratar. Depois de escolhido o material (termoplástico ou termoformado), cortamos o mesmo e polimos o material até eliminar a linha de marcação.

O próximo passo passava por levar o material ao forno até o aquecer ao ponto de poder ser moldado, e logo de seguida tínhamos de adapta-lo ao molde em gesso, dando forma de acordo com a patologia. Depois de adaptado finalizamos, juntando ou não outro tipo de materiais escolhidos de acordo com o objetivo do tratamento e com a patologia do doente.

Após realizados todos os suportes plantares, os mesmos foram identificados e levados de volta ao hospital de Guimarães, para que pudessem ser entregues ao doente na consulta seguinte.

2.4 Conclusão

Em jeito de conclusão, gostaria de fazer uma análise crítica aos pontos fortes e fracos que encontrei neste hospital.

Um dos pontos fortes, é o facto de ser dos poucos hospitais públicos do país a confiar no trabalho dos podologistas e implementar a especialidade no hospital, permitindo a que muita gente consiga ser tratada corretamente.

Outro ponto forte é o facto de todos os profissionais que por lá passaram, terem tido acesso ao contacto com a realidade hospitalar de trabalho. Quero com isto dizer que dentro do hospital, tivemos a sorte de conhecer médicos de outras especialidades, que nos derivaram doentes ou para os quais derivamos nós os doentes, pois dentro do meio hospitalar é sempre mais fácil.

Um dos pontos fracos é o facto de o gabinete ser bastante pequeno, não nos permitindo ter todas as condições de trabalho que desejaríamos e todo o equipamento necessário.

Outro ponto fraco é o facto de só podermos atender doentes diabéticos. Apesar destes doentes serem a nossa prioridade, outros tantos que não sofrem de diabetes, precisavam tanto ou mais do que estes de serem tratados e como muitos deles não tem possibilidades de ir a uma consulta particular, ficam com os problemas por tratar.

Outro ponto fraco na minha opinião foi o facto de o gabinete não ter as condições mínimas para receber os estagiários, ou pelo menos tantos estagiários de cada vez, o que levou a alguma desorganização no trabalho e alguma confusão com os relatórios clínicos e com a ordem de chamada dos doentes.

3 Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (Centro Hospitalar de São João)

O Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo (HNSCV) encontra-se situado na região nordeste do grande centro urbano denominado "Grande Porto", na cidade de Valongo (capital do Concelho com o mesmo nome), limítrofe com a cidade de Ermesinde e o Concelho de Gondomar, sendo ambas estas áreas abrangidas pelo Hospital. A própria cidade de Valongo é uma das "cidades dormitório" do Grande Porto, com uma grande densidade populacional. Esta área de referência abrange aproximadamente 80 mil utentes, o que significa uma necessidade de cuidados de saúde considerável. (<http://www.apca.com.pt/documentos/UCHospValongo.pdf>)

3.1 História

No dia 1 de Abril de 2011, o Hospital de São João e o Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo fundiram-se no Centro Hospitalar de São João, Entidade Pública Empresarial (CHSJ, EPE). Esta união é o resultado da reestruturação do parque hospitalar numa lógica de complementaridade e concentração de recursos que pretende melhorar a prestação de serviços de saúde, garantindo à população melhor acesso, maior diversidade, qualidade e eficiência dos mesmos.

O Centro Hospitalar de São João é constituído por dois polos, o do Porto (Hospital de São João) e o de Valongo (Hospital Nossa Senhora da Conceição de Valongo). Este segundo polo mantém o Serviço de Urgência, o internamento de Medicina Interna e de Psiquiatria, bem como, a Unidade de Convalescença, integrada na RNCCI, Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Para Valongo passou também toda a cirurgia de ambulatório do CHSJ, deixando de ser feita no polo do Porto.

No polo de Valongo mantém-se, ainda, a atividade de ambulatório (Consulta Externa) ampliando o número de especialidades disponíveis em função da procura verificada na região que o polo serve. (http://www.chsj.pt/?WMCM_PaginaId=28015¬iciaId=31270&pastaNoticiasReqId=28006)

3.2 Caracterização

O HNSCV possui as valências de Cirurgia Geral, Medicina Interna, Psiquiatria, Ortopedia, Cirurgia Plástica, Anestesia e Análises Clínicas. Possui também uma Urgência Básica com serviço permanente.

3.3 Podologia

A Podologia é a Ciência na área da Saúde que analisa e investiga o membro inferior e tem como objetivo o diagnóstico e a terapêutica das patologias que afetam o pé e as suas repercussões no organismo humano.

3.3.1 Consulta de Podologia

A consulta de Podologia é uma consulta muito específica e personalizada, onde realizamos um relatório clínico podológico completo e exames complementares de diagnóstico ao membro inferior, especificamente ao pé, e suas repercussões no corpo humano antes de iniciar qualquer tipo de tratamento. O material usado nos tratamentos podológicos é previamente lavado, desinfetado, esterilizado e é exclusivamente de uma só utilização. (http://www.consultoriodepodologia.com/index.php?option=com_content&view=article&id=48&Itemid=70)

Apesar de não ter-mos acesso á informação sobre qual a unidade em que se insere a consulta de podologia, podemos afirmar que existem muitos doentes deste hospital ou recomendados por médicos de centros de saúde, dentro da cidade ou nas aldeias a recorrer aos nossos serviços e a deslocar-se até a este hospital para terem acesso a tratamento das suas patologias.

3.3.1.1 Consulta de Pé Diabético

A consulta de pé diabético insere-se na consulta de podologia, uma vez que é a prioridade nos hospitais tratar os doentes diabéticos e visto que a podologia ainda não esta regulamentada pelo governo e não existe nos centros de saúde e em outros hospitais. Nesta consulta, durante toda a duração do estágio, avaliamos e tratamos vários doentes, sendo que nem todos eram diabéticos, alguns deles vieram encaminhados de especialidades dentro do hospital, mas a sua grande maioria tinha a doença.

3.3.1.1.1 Diabetes

A diabetes é uma doença crónica que se caracteriza pelo aumento dos níveis de açúcar (glicose) no sangue e pela incapacidade do organismo em transformar toda a glicose proveniente dos alimentos. À quantidade de glicose no sangue chama-se glicemia e quando esta aumenta diz-se que o doente está com hiperglicemia.

A diabetes é uma doença em crescimento, que atinge cada vez mais pessoas em todo o mundo e em idades mais jovens. No entanto, há grupos de risco com fortes probabilidades de se tornarem diabéticos: pessoas com familiares diretos com diabetes, homens e mulheres obesos, homens e mulheres com tensão arterial alta ou níveis elevados de colesterol no sangue, mulheres que contraíram a diabetes gestacional na gravidez, crianças com peso igual ou superior a quatro quilogramas à nascença e doentes com problemas no pâncreas ou com doenças endócrinas.

Nos adultos, a diabetes é, geralmente, do tipo 2 e manifesta-se através dos seguintes sintomas: urinar em grande quantidade e muitas vezes, especialmente durante a noite (poliúria), sede constante e intensa (polidipsia), fome constante e difícil de saciar (polifagia), fadiga, comichão (prurido) no corpo, designadamente nos órgãos genitais e visão turva.

Nas crianças e jovens, a diabetes é quase sempre do tipo 1 e aparece de maneira súbita, sendo os sintomas muito nítidos. Entre eles encontram-se: urinar muito, podendo voltar a urinar na cama, ter muita sede, emagrecer rapidamente, grande fadiga, associada a dores musculares intensas, comer muito sem nada aproveitar e dores de cabeça, náuseas e vômitos.

É importante ter presente que os sintomas da diabetes nas crianças e nos jovens são muito nítidos. Nos adultos, a diabetes não se manifesta tão claramente, sobretudo no início, motivo pelo qual pode passar despercebida durante alguns anos.

Os sintomas surgem com maior intensidade quando a glicemia está muito elevada. E, nestes casos, podem já existir complicações (na visão, por exemplo) quando se deteta a doença.

Se o paciente sentir alguns ou vários dos sintomas deve consultar o médico do centro de saúde da sua área de residência, o qual lhe pedirá para realizar análises ao sangue e à urina e assim diagnosticar a diabetes.

Um indivíduo pode ser considerado diabético, se tiver uma glicemia ocasional de 200 miligramas por decilitro ou superior com sintomas ou se tiver uma glicemia em jejum (oito horas) de 126 miligramas por decilitro ou superior em duas ocasiões separadas de curto espaço de tempo.

Existem três tipos de diabetes: A Diabetes Tipo 2 (Não Insulinodependente), é a mais frequente (90% dos casos). O pâncreas produz insulina, mas as células do organismo oferecem resistência à ação da insulina. O pâncreas vê-se, assim, obrigado a trabalhar cada vez mais, até que a insulina produzida se torna insuficiente e o organismo tem cada vez mais dificuldade em absorver o açúcar proveniente dos alimentos. Este tipo de diabetes aparece normalmente na idade adulta e o seu tratamento, na maioria dos casos, consiste na adoção duma dieta alimentar, por forma a normalizar os níveis de açúcar no sangue. Recomenda-se também a atividade física regular. Caso não consiga controlar a diabetes através de dieta e atividade física regular, o doente deve recorrer a medicação específica e, em certos casos, ao uso da insulina. Neste caso deve consultar sempre o seu médico. A Diabetes Tipo 1 (Insulinodependente), é mais rara. O pâncreas produz insulina em quantidade insuficiente ou em qualidade deficiente ou ambas as situações. Como resultado, as células do organismo não conseguem absorver, do sangue, o açúcar necessário, ainda que o seu nível se mantenha elevado e seja expelido para a urina. Contrariamente à diabetes tipo 2, a diabetes tipo 1 aparece com maior frequência nas crianças e nos jovens, podendo também aparecer em adultos e até em idosos. Não está diretamente relacionada, como no caso da diabetes tipo 2, com hábitos de vida ou de alimentação errados, mas sim com a manifesta falta de insulina. Os doentes necessitam de uma terapêutica com insulina para toda a vida, porque o pâncreas deixa de a produzir, devendo ser acompanhados em permanência pelo médico e outros profissionais de saúde. A Diabetes Gestacional surge durante a gravidez e desaparece, habitualmente, quando concluído o período de gestação. No entanto, é

fundamental que as grávidas diabéticas tomem medidas de precaução para evitar que a diabetes do tipo 2 se instale mais tarde no seu organismo. A diabetes gestacional requer muita atenção, sendo fundamental que, depois de detetada a hiperglicemia, seja corrigida com a adoção duma dieta apropriada. Quando esta não é suficiente, há que recorrer, com a ajuda do médico, ao uso da insulina, para que a gravidez decorra sem problemas para a mãe e para o bebé. Uma em cada 20 grávidas pode sofrer desta forma de diabetes.

Algumas das complicações associadas à diabetes são: retinopatia (lesão da retina), nefropatia (lesão renal), neuropatia (lesão nos nervos do organismo), macroangiopatia (doença coronária, cerebral e dos membros inferiores), hipertensão arterial, hipoglicemia (baixa do açúcar no sangue), hiperglicemia (nível elevado de açúcar no sangue), lípidos no sangue (gorduras no sangue), pé diabético (arteriopatia, neuropatia), doenças cardiovasculares (angina de peito, ataques cardíacos e acidentes vasculares cerebrais), obstrução arterial periférica (perturbação da circulação, por exemplo nas pernas e nos pés), disfunção e impotência sexual (a primeira manifesta-se de diferentes formas em ambos os sexos) e infeções diversas e persistentes (boca e gengivas, infeções urinárias, infeções das cicatrizes depois das cirurgias).

Quanto ao tratamento, os doentes diabéticos tipo 1 podem ter uma vida saudável, plena e sem grandes limitações, bastando que façam o tratamento prescrito pelo médico corretamente. O objetivo do tratamento é manter o açúcar (glicose) no sangue o mais próximo possível dos valores considerados normais (bom controlo da diabetes) para que se sintam bem e sem nenhum sintoma da doença. Serve ainda para prevenir o desenvolvimento das manifestações tardias da doença e ainda para diminuir o risco das descompensações agudas, nomeadamente da hiperglicemia e da cetoacidose (acidez do sangue).

Este tratamento, que deve ser acompanhado obrigatoriamente pelo médico de família, engloba três vertentes fundamentais: adoção de uma dieta alimentar adequada, prática regular de exercício físico e o uso da insulina.

Nos doentes diabéticos tipo 2 o tratamento é semelhante mas, devido à menor perigosidade da doença, a maioria das vezes basta que a alimentação seja adequada e que o exercício físico passe a fazer parte da rotina diária para que, com a ajuda de outros medicamentos específicos (que não a insulina), a diabetes consiga ser perfeitamente controlada pelo doente e pelo médico. Os medicamentos usados no tratamento deste tipo de diabetes são geralmente fármacos (comprimidos) que atuam no pâncreas, estimulando a produção de insulina. Seguindo uma alimentação correta e adequada, praticando exercício físico diário e respeitando a toma dos comprimidos indicada pelo médico, um doente com diabetes tipo 2 garante a diminuição do risco de trombozes e ataques cardíacos; a prevenção de doenças nos olhos e nos rins e da má circulação nas pernas e nos pés, facto que diminui significativamente o risco de amputações futuras.

A insulina é uma hormona hipoglicemiante segregada pelas células beta dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, que é usada no tratamento dos doentes diabéticos. Pode ser obtida a partir do pâncreas do porco ou feita quimicamente e de forma idêntica à insulina humana através do uso de tecnologia do DNA recombinante ou da modificação química da insulina do porco.

Em Portugal só é comercializada insulina igual à insulina humana, produzida com recurso a técnicas de engenharia genética, sendo as reações alérgicas muito raras em virtude da sua grande pureza. No mercado estão disponíveis diversas concentrações de insulina. No nosso país, só se encontra disponível a concentração U-100 (1ml=100 unidades).

A insulina é necessária para o tratamento da diabetes tipo 1, porque, nestes doentes as células do pâncreas que produzem insulina foram destruídas, motivo pelo qual este produz muito pouca ou nenhuma insulina. Como sem insulina não se pode viver, a administração de insulina produzida laboratorialmente é um tratamento imprescindível de substituição.

O tratamento com insulina é feito através de injeção na gordura por baixo da pele ou através da utilização da bomba de perfusão subcutânea de insulina.

Até à data o desenvolvimento científico ainda não conseguiu produzir nenhuma forma de insulina que possa ser tomada por via oral, uma vez que o estômago a destrói automaticamente. (<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/diabetes.htm>)

3.3.1.1.2 Estágio

A unidade curricular de estágio foi realizada neste hospital num período que decorreu de 23 Janeiro a 14 de Fevereiro, durante 48 horas, sempre sob a orientação de um monitor de estágio.

Avaliamos um total de 47 doentes diabéticos, sendo que 29 eram do género feminino e 18 do género masculino e com idades compreendidas entre os 39 e os 88 anos. Na sua grande maioria os pacientes eram reformados.

Quanto á duração da diabetes, a maioria dos pacientes sofriam de diabetes há entre 1 e 5 anos. Dois deles não faziam ideia da duração da sua diabetes.

Na sua quase total maioria, os pacientes descobriram a doença, depois de queixas ao médico de família de muita sede (um dos sintomas da diabetes), e após análises clínicas ou análises de rotina, sendo que uma paciente referiu que descobriu que tinha diabetes aquando do nascimento do filho mais novo, o que nos leva a crer que a mesma pode ter sofrido de diabetes gestacional, uma vez que lhe perguntamos e não nos soube explicar.

Quanto ao tipo de diabetes, 43 doentes tinham diabetes tipo 2 (não insulíndependentes) e apenas 4 tinham diabetes tipo 1 (insulíndependentes). A maior parte referiu-nos que fazia medições dos níveis de glicose 2 vezes ao dia, assim como também a maioria nos referiu que os valores dos níveis médios de glicose estavam dentro dos parâmetros normais.

Um dos grandes problemas dos pacientes idosos é a polimedicação e uma vez que tivemos mais doentes desta faixa etária, este foi um dos nossos maiores problemas, ou por que não traziam o nome da medicação e ficavam de trazer na próxima consulta ou porque tomavam tantos medicamentos que antes de medicarmos para uma patologia, mesmo que simples como por exemplo uma onicomicose, tínhamos que enviar uma carta ao médico de família para este poder decidir se os doentes podia ou não fazer a medicação recomendada por nós. Dentro da polimedicação de quase todos os pacientes, faziam parte a insulina, medicamentos para patologia cardíaca, para o colesterol e para a hipertensão.

Outros dos parâmetros que estavam inseridos no relatório clínico eram os fatores de risco sistémico. O objetivo destes parâmetros era avaliar os fatores de risco do doente, assim como os seus antecedentes familiares. Mais de metade dos pacientes, para além da diabetes ainda sofriam de hipertensão e de dislipidemias. Mesmo não tendo acesso a toda a medicação porque muitos doentes não a trouxeram á consulta, aqueles que trouxeram estavam medicados tanto para um problema como para outro, levando a crer que á partida estes problemas pudessem estar controlados, uma vez que também quase todos nos referenciaram que mediam a pressão arterial, uns 1vez por semana, outros 1 vez por mês, outros 2 vezes por mês e outros de 2 em 2 meses.

Mais de metade dos doentes responderam-nos que passam mais tempo sentados do que a caminhar, o que poderemos associar, para além da idade de muitos deles que já era avançada, às varias patologias que possuíam e para as quais estavam polimedicados, sendo que também tivemos alguns pacientes amputados.

Quanto aos antecedentes familiares, quase todos tinham pelo menos uma ou mais pessoas da família com diabetes, nos mais diversos graus parentesco, mas principalmente parentes diretos. Os mais frequentes eram o pai e a mãe, sendo que irmãos e primos também foram referidos.

As doenças concomitantes ou consequentes que os doentes mais referiram foram a patologia cardíaca, seguida da nefropatia, a patologia respiratória,

a retinopatia e por fim as hepatopatias e a doença vascular periférica. Não tivemos casos de pacientes que nos relatassem como doença concomitante a proteinúria e a neuropatia. Tivemos ainda presença de outras patologias, não especificadas no relatório clínico, mas que os doentes nos relataram, tais como, a obesidade, a doença de Parkinson, a artrite reumatoide, sangue gordo, neoplasias, osteoartrose, anemia, osteoporose, alergias e ansiedade.

Como fatores de risco locais, 3 doentes referiram-nos que tinham sofrido amputações, tanto de dedos como do membro inferior e 4 doentes referiram-nos que tinham sofrido ulcerações, nas mais diversas partes do pé, desde os dedos ao calcanhar.

As deformidades estruturais anatómicas do pé que encontramos foram, Hallux Abductus Valgus em 10 pacientes, dedos em garra em 5 pacientes e dedos infraductos e supraductos em dois pacientes cada.

Os testes sensitivos e os testes musculares, não nos foram possíveis realizar em grande parte dos doentes, devido a falta de tempo. No entanto tanto no monofilamento como no diapasão, a maior parte (dos doentes que foram avaliados) apresentavam sensibilidades normais, mas havendo também algumas ausências de sensibilidade mais ligeiras ou mais acentuadas e cujos doentes foram induzidos a alertar o médico de família para este problema.

Quanto á avaliação das alterações de retropé e antepé em cadeia cinética aberta e em cadeia cinética fechada, tivemos o mesmo problema de falta de tempo e por isso mesmo não nos foi também possível avaliar na maioria dos doentes.

No parâmetro que falava do serviço de quiropodologia era nos pedido um diagnóstico. As duas patologias mais apresentadas pelos pacientes foram a Hiperqueratose e o heloma, sendo que, úlceras, onicogrifoses, tilomas, onicomicoses e onicocriptoses também surgiram e por esta ordem de frequência. Quanto á localização das lesões, descobrimo-las em quase todos os pontos dos pés, nos dedos (polpa, plantar ou dorsal), interdigitais, no bordo externo ou interno do pé, na planta e no calcanhar.

Os tratamentos efetuados, variaram muito, principalmente consoante a patologia. Uma vez que a maiorias dos pacientes eram idosos e não apresentavam patologias com relevo, o tratamento mais efetuado foi o corte e rebaixamento ungueal, pois devido á idade avançada, tem tendência a ter unhas mais espessas ou mesmo onicogrifóticas, muito também devido à falta dos cuidados básicos que por outros fatores associados os doentes não conseguem fazer.

De seguida as patologias mais tratadas foram as queratopatias (tilomas, helomas e hiperqueratoses). Foi realizada a deslaminação da lesão e enucleação aquando de existir helomas. Esta patologia surge muito, devido principalmente á estrutura inadequada do pé no solo ou devido á utilização de calçado inadequado (apertado, com saltos altos ou biqueiras estreitas). Informamos os pacientes sobre os cuidados com a compra de calçado e explicamos ainda a maneira que usamos para tentar corrigir, palear ou compensar as alterações estruturais do pé, realizando moldes em espumas fenólicas em alguns deles, para posteriormente realização dos suportes plantares que seriam aplicados na consulta seguinte, após realização dos mesmos no laboratório de ortopodologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa.

Realizamos também hidratação na maioria dos pacientes, principalmente para os incentivarmos a fazer o mesmo em casa, sendo este um fator muito importante no pé diabético.

Outro tratamento muito realizado foi a limpeza dos canais ungueais, fazendo desobstrução dos mesmos para que as unhas pudessem crescer sem encravar, uma vez que a conjugação do calçado e da falta de hidratação originavam a secura da pele, tapando os canais.

Em alguns casos foi necessário a realização de ortóteses de silicone, para situações pontuais e de fácil resolução, uma vez que por vezes separar os dedos ou dar-lhes mais apoio é suficiente para evitar ou mesmo erradicar a formação de queratopatias ou lesões mais graves como úlceras ou onicocriptoses.

Em caso de onicocriptoses, o tratamento passava por remover a espícula e fazer um penso com antibiótico tópico, sendo no entanto em casos de infeções severas ou presença de granulomas necessário recomendar antibioterapia oral (normalmente ciprofloxacina 500mg de 12 em 12 horas).

Muitos destes casos foram derivados para a realização de uma intervenção cirúrgica, com conseqüente remoção de parte da matriz da unha, para que esta não voltasse a crescer, não encravando mais. Alguns dos fatores a ter em conta na derivação dos doentes para a intervenção cirúrgica é a cronicidade da situação, a dor, a falha de outros procedimentos e a presença de granulomas.

No caso de o paciente apresentar úlceras, devido ao facto de existir uma ferida aberta e que pode melhorar ou regredir a qualquer momento, podendo mesmo por em causa a vida do doente ou a viabilidade de um membro ou parte dele, os podologistas, põe em pratica um "protocolo", que apenas varia na fase final.

O objetivo principal é limpar o melhor possível a ferida, removendo o máximo de microrganismos e evitando possíveis colonizações. Para isso utilizamos soro e cyteal ou diaseptil que são ambos antissépticos, diferindo apenas no ponto em que um tem de ser retirado com soro e o outro não.

O passo seguinte e não menos importante seria a remoção de tecido desvitalizado, que faz toda a diferença no processo de cura. Ao eliminar o tecido morto, permitimos ao tecido neoformado que cresça e feche a ferida.

O que difere no tratamento das úlceras, e tendo em conta o estadio em que se encontra é os produtos com que fazemos o penso. Tudo vai depender se a úlcera se encontra muito exsudativa ou com infecção e nesse caso usamos um Aquacel Ag, penso este que contem prata que ajuda a secar a ferida e a combater a infeção. No caso de ser apenas necessário uma ajuda na cicatrização utilizamos um fitocrema (adjuvante da cicatrização).

Depois do penso feito e da ferida tapada, em quase todos os casos era essencial realizar uma descarga em feltro para descarregar a pressão da zona da ferida, ajudando assim a cicatrizar mais facilmente.

O tratamento domiciliário recomendado para a maioria dos pacientes era apenas a hidratação, uma vez que estávamos a lidar com pacientes de risco e com pés diabéticos. Dependendo do caso e da patologia, recomendamos vários hidratantes, mas os que mais vezes foram usados foram o flexital (1 vez ao dia) e o ureadin (1 vez ao dia). Aos pacientes que apresentaram onicomicose foi recomendado o uso de mycooster ou nailner (anti-fungicos de ação tópica), uma vez ao dia.

3.4 Conclusão

Em jeito de conclusão, gostaria de fazer uma análise crítica aos pontos fortes e fracos que encontrei neste hospital.

Um dos pontos fortes, é o facto de ser dos poucos hospitais públicos do país a confiar no trabalho dos podologistas e implementar a especialidade no hospital, permitindo a que muita gente consiga ser tratada corretamente.

Outro ponto forte é o facto de todos os profissionais que por lá passaram, terem tido acesso ao contacto com a realidade hospitalar de trabalho. Quero com isto dizer que dentro do hospital, tivemos a sorte de conhecer médicos de outras especialidades, que nos derivaram doentes ou para os quais derivamos nós os doentes, pois dentro do meio hospitalar é sempre mais fácil.

Outro ponto forte é o facto de ser das unidades com as melhores condições de trabalho. Temos duas salas, o que nos permite chamar dois doentes ao mesmo tempo e assim também conseguimos tratar mais doentes por dia. Outra coisa boa é termos uma auxiliar a colaborar connosco, que nos ajuda com a agenda do dia e também com a esterilização do material.

Um dos pontos fracos e comum ao outro hospital é o facto de só podermos atender doentes diabéticos. Apesar destes doentes serem a nossa prioridade, outros tantos que não sofrem de diabetes, precisavam tanto ou mais do que estes de serem tratados e como muitos deles não tem possibilidades de ir a uma consulta particular, ficam com os problemas por tratar.

Outro ponto fraco é o facto de termos muitas consultas por dia. Devido ao facto da lista de espera ser imensa, temos sempre muitas consultas por dia, que nem sempre nos permite avaliar e tratar corretamente, tendo em atenção todas as provas e avaliações que precisaríamos de fazer para termos resultados mais objetivos que nos permitissem ainda mais elaborar um tratamento mais assertivo.

4 Apoio ao Peregrino

A Associação Portuguesa de Podologia em conjunto com a CESPÚ e com os podologistas voluntários organiza há já vários anos a atividade de apoiar os peregrinos durante a sua caminhada, tendo postos de apoio nos locais onde os peregrinos costumam pernoitar, para poderem tratar os pés dos mesmos de modo a facilitar o melhor possível a caminhada.

4.1 História

A afluência de peregrinos a Fátima nasceu por iniciativa da Virgem Maria, que decidiu fazer uma peregrinação do Céu à Terra e aparecer aos pastorinhos, convidando-os a irem àquele lugar, durante seis meses, para o encontro com ela. Mas, as aparições não foram apenas portadoras de uma mensagem, no sentido de declarações, apelos, advertências e promessas do céu. Elas constituem, antes de mais, um acontecimento sobrenatural, que atingiu, penetrou e envolveu os pastorinhos, como uma luz divina. Assim testemunha a Irmã Lúcia, a mais velha dos videntes: "Vimos, sobre uma carrasqueira, uma Senhora, vestida toda de branco, mais brilhante do que o sol, espargindo luz, mais clara e intensa que um copo de cristal, cheio d'água cristalina, atravessado pelos raios do sol mais ardente. Parámos surpreendidos pela aparição. Estávamos tão perto, que ficávamos dentro da luz que a cercava ou que ela espargia, talvez a metro e meio de distância, mais ou menos" (Memórias, p.156 e 158).

Evocando a experiência espiritual vivida, a Irmã Lúcia conta que, quando a Senhora pronunciou as palavras "a graça de Deus será o vosso conforto", abriu pela primeira vez as mãos, comunicando-lhes uma luz tão intensa, como que reflexo que delas expedia, que penetrando-lhes no peito e no mais íntimo da alma, fazendo-os ver a si mesmos em Deus, que era essa luz, mais claramente que nos vemos no melhor dos espelhos (Memórias, p.158).

Na aparição seguinte, fazem de novo a mesma experiência: No momento em que disse as palavras "o meu imaculado coração será o teu refúgio e o

caminho que te conduzirá até Deus”, abriu as mãos e nos comunicou, pela segunda vez, o reflexo dessa luz imensa. Nela nos víamos como que submergidos em Deus. A Jacinta e o Francisco pareciam estar na parte dessa luz que se elevava para o Céu e eu na que se espargia sobre a terra” (Memórias, pág. 162).

Profundamente cativados pela bondade da Senhora e inflamados pela luz divina que lhes enchia os corações, os pastorinhos, que até então iam à Cova da Iria, para pastorear o rebanho, passaram a ir para responder ao convite da “Senhora mais brilhante que o Sol”. Entretanto, outras pessoas, tendo ouvido falar do acontecimento maravilhoso, começaram a ir àquele lugar: primeiro por curiosidade, mas também sedentas do sobrenatural e do maravilhoso que se contava sobre ele. Havia quem ia para suplicar graças para situações de aflição pessoal, familiar ou de alguém próximo; e ainda para agradecer dons recebidos e satisfazer promessas feitas. Depois das aparições, o lugar continuou a atrair a presença dos pastorinhos: para rezarem sozinhos ou acompanhar outros, que aprendiam com eles a pôr a sua confiança na Virgem Maria. A experiência espiritual vivida por umas pessoas motivava a repetição da peregrinação e contagiava outras para viverem algo de semelhante. Assim se foi propagando o interesse e o costume da peregrinação a Fátima. Desde então, não parou a afluência, pois a branca imagem da Virgem Maria, o lugar e a experiência atraem de modo irresistível.

A organização e institucionalização do lugar, com a construção do Santuário e a disponibilização de sacerdotes e outras pessoas para acolherem e apoiarem os peregrinos, veio melhorar as condições físicas, a informação e as propostas oferecidas, de modo a inserir a peregrinação na ação pastoral da Igreja. (<http://www.santuario-fatima.pt/portal/index.php?id=28898>)

4.2 Características da peregrinação a Fátima

O ponto de maior atração em Fátima é a imagem cativante da Virgem Maria e a sua Capelinha. A branca figura de Nossa Senhora encanta e emociona as pessoas tanto no seu no Santuário como pelo mundo fora, onde quer que

haja uma sua reprodução. Os fiéis aproximam-se, tocam a imagem, se o puderem fazer, rezam, fazem as suas ofertas e têm vários gestos de devoção. A Virgem Maria é o motivo central da peregrinação a Fátima. Uma outra característica é a densidade espiritual do lugar e a marca da esperança que tocam os corações e os atraem para este recinto sagrado. Com frequência, as pessoas testemunham que experimentaram algo de especial neste Santuário que não encontram em mais lado nenhum. Poderíamos dizer que o espiritual e sobrenatural toca-se em Fátima, pois há ali um ambiente especial que leva as pessoas a sentirem-se bem, encontrando a graça de Deus e a paz, através da Virgem Maria, na sua casa e como mãe que recebe com ternura os seus amados filhos. Fátima torna-se cativante também pela simplicidade da mensagem que nela nos foi dada pelo Céu. Ela é acessível a todos, podendo resumir-se no apelo materno à penitência e à oração, e no convite a confiar na Mãe do Céu que, na sua bondade, beleza e misericórdia, atende quem nela confia, especialmente quem sofre e quem procura um novo rumo para a sua vida. Neste Santuário, dá-se uma conjugação bastante harmoniosa das iniciativas espontâneas populares com as propostas do Santuário e dos ministros da Igreja, de tal modo que os peregrinos podem alcançar os seus objetivos e expectativas pessoais e, ao mesmo tempo, experimentar a comunhão espiritual com a grande família da Igreja Católica, participar nas celebrações comunitárias e ser instruído na fé pela palavra dos ministros sagrados. A oração e a penitência são as formas mais imediatas de realizar a peregrinação a Fátima. Os peregrinos praticam-nas de várias formas, associando atitudes, ações e palavras. Andar a pé longas ou pequenas distâncias, caminhar de joelhos em direção à Capelinha e à volta desta, ofertas de dinheiro, flores, cera ou outras, o cumprimento de promessas de súplica e de gratidão, a oração do rosário e de outras preces, invocações e fórmulas constituem um leque de múltiplas expressões de fé e devoção dos peregrinos.

As motivações para ir a Fátima podem ser variadas: a devoção, a fé ou a sua procura, como no exemplo do peregrino mencionado. Cada pessoa leva o seu motivo, embora o partilhe com muitos outros. Podem distinguir-se

diversas formas de peregrinação: a pessoal, a que se concretiza em família, em grupo de amigos ou vizinhos, e a das multidões em determinadas ocasiões, como nos aniversários das seis aparições de Nossa Senhora. As características mencionadas dão um colorido particular às peregrinações a Fátima e imprimem certas marcas no programa que se pretende realizar. (<http://www.santuario-fatima.pt/portal/index.php?id=28898>)

4.3 A podologia Apoia o Peregrino

O apoio ao peregrino realizado pelos podologistas voluntários, foi englobado na semana das celebrações de Fátima que este ano decorreu de 7 a 12 de Maio de 2012. O Apoio ficou localizado em diferentes locais, uma vez que tentamos acompanhar os peregrinos pelos sítios onde passaram com uma localização estratégica do camião da associação portuguesa de podologia.

O meu contributo foi dado no dia 9 de Maio, em Pombal, local onde estava localizada a Unidade Móvel montada em camião junto de um pavilhão onde já é frequente alguns grupos de peregrinos pernoitarem.

Realizei tratamento a 8 peregrinos, sendo que 6 eram do género feminino e 2 do género masculino e com idades compreendidas entre os 45 e os 55 anos.

Os peregrinos que tratei estavam inseridos em grupos que vinham de diferentes localidades: Vila Real, Porto, Penafiel, Gaia e Viseu e quase todos, além dos desempregados, tinham tirado aquela semana de férias para participarem na peregrinação.

Todas as patologias que os peregrinos apresentavam eram compatíveis com os muitos quilómetros de caminhada, tais como: queratopatias, flictenas, maceração interdigital e obstrução dos canais ungueais, lesões estas localizadas nos mais diversos locais do pé.

Quanto a tratamentos, aquando de queratopatias, fazíamos uma deslaminação da mesma, não muito profunda, para que a pele não ficasse demasiado sensível uma vez que ainda iam caminhar, aquando de maceração interdigital, provocada ou pela chuva ou pela transpiração, colocava-mos betadine para ajudar a secar.

Alguns peregrinos chegaram-nos com grandes queimaduras ou alergias nos pés e nas pernas provocados pelo sol que refletia no asfalto. Nesse caso colocávamos Fenistil.

Salvo raras exceções quase todos os peregrinos queixavam-se de um cansaço e dores extremas nos membros inferiores, ao qual nos fazíamos uma massagem com um anti-inflamatório, normalmente Voltaren (Diclofenac) ou simplesmente passávamos um creme refrescante.

No caso da obstrução de canais, fazíamos apenas uma limpeza dos mesmos.

O tratamento das flictenas, era quase sempre igual. Começávamos por fazer uma drenagem das mesmas, assepsizávamos com betadine diluído em soro e no fim fazíamos penso ou com Hallibut para ajudar a cicatrizar ou com Bacitracina quando as flictenas tinham sinais infecciosos ou exsudados sanguinolentos/purulentos. No fim realizávamos descargas em feltro adesivo, com diferentes milímetros de espessura que escolhíamos consoante o local da lesão, para que pudéssemos proporcionar uma caminhada o mais confortável possível, reduzindo as dores dos peregrinos.

4.4 Conclusão

Em jeito de conclusão, gostaria de fazer uma análise crítica aos pontos fortes e fracos que encontrei durante a atividade de apoio aos peregrinos.

Um dos pontos fortes, é o facto de muitos peregrinos lucrarem com a nossa ajuda, conseguindo chegar ao fim da caminhada em melhores condições físicas e psicológicas.

Outro ponto forte é o facto de tentarmos acompanhar os peregrinos durante a caminhada, uma vez que ficamos situados em vários pontos diferentes por onde eles passam e assim conseguir chegar a ainda mais peregrinos.

Outro ponto forte é o facto de termos instituições como a Associação Portuguesa de Podologia, a CESPUI e algumas farmácias que nos apoiam e nos fornecem grande parte do material que usamos no tratamento dos peregrinos. Sem estes apoios os custos seriam insuportáveis, uma vez que os tratamentos não são cobrados aos peregrinos.

Outro ponto forte é o facto de a Associação Portuguesa de Podologia alugar um camião, onde ficam guardados todos os materiais que utilizamos, assim como cadeiras e marquesas e que vai viajando com os peregrinos para os diferentes pontos de apoio.

Um dos pontos fracos é o facto de ainda falhar tratamento a muitos peregrinos, pois não nos é possível ter pontos de apoio ao longo de todo o percurso, tendo esse apoio apenas em lugares estratégicos. Com isto muitos peregrinos recorrem a outras entidades e a outros apoios que nem sempre são os melhores e os mais corretos.

Outro ponto fraco é o facto de muitos peregrinos ainda não conhecerem a podologia, pois assim podiam procurar-nos para lhes realizarmos um tratamento mais correto.

Outro ponto fraco é o facto de nem sempre termos os materiais mais corretos para tratar os peregrinos. O material que possuímos é nos oferecido, portanto nem sempre é o melhor, ou o que desejaríamos, tanto em qualidade como em quantidade.

Outro ponto fraco é o facto de o camião ser pequeno, o que não nos permite e apesar de sermos vários podologistas voluntários, tratar mais doentes e ao mesmo tempo.

5 Seminários

Durante o decorrer do ano letivo, apesar dos estágios, existiram também uns seminários com vários temas que nos permitiram aprender ainda mais sobre determinada área, tendo a hipótese de tirar dúvidas ou trocar ideias com os profissionais dessa mesma área. Existiram ainda umas jornadas e um congresso que tiveram como finalidade dar a conhecer á comunidade científica, novidades sobre a podologia e os seus tratamentos.

5.1 Calçadoterapia

Nos dias 22 e 29 de Outubro de 2011, no Auditório da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, o Dr. Ricardo Silva partilhou com todos os alunos de mestrado a sua experiencia sobre calçado.

Os principais temas abordados foram os materiais, os componentes e o calçado.

Na primeira parte, no dia 22, começou por nos explicar a história do calçado, que começou a ser utilizado nos anos 8500 e 11000 antes de cristo (A.C) e depois falou-nos do calçado em Portugal e no Mundo.

Posteriormente e entrando mais especificamente no tema calçado, falou-nos da sua tipologia: Calçado de moda, Calçado infantil, Calçado de segurança, de proteção e ocupacional, Calçado casual, Calçado clássico homem, Calçado clássico senhora, Calçado desportivo, Calçado escolar e Calçado para ambientes frios e neve. De seguida explicou-nos quais eram os componentes e os materiais utilizados no calçado, explicando também as características de cada um deles. Depois falou-nos dos processos por que passam o calçado: corte, costura, montagem e acabamento e deu-nos a conhecer todos os testes a que são sujeitos o calçado até serem considerados aptos e seguros para uso.

Na segunda parte, no dia 29, falou-nos do conforto, saúde e bem-estar no calçado, abordando também a biomecânica da marcha.

5.2 Jornadas Ibéricas de Podologia

Nos dias 25 e 26 de Novembro de 2011, a comunidade científica reuniu-se no Hotel de Guimarães para participar nas VII Jornadas Ibéricas de Podologia - "No caminho da Investigação".

Foram abordados vários temas e no fim de cada palestra foi aberta a discussão para que todos pudessem dar a sua opinião ou tirar algum tipo de dúvida que a apresentação não tivesse esclarecido. No final do encontro o resultado não podia ter sido mais positivo, porque todos aprenderam algo de novo.

5.3 Biomecânica e Ortopodologia

No dia 17 de Dezembro de 2011, na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, os Espanhóis Joaquim Paez e Rafael Gonzalez, falaram-nos de biomecânica e ortopodologia.

A apresentação consistiu na abordagem da biomecânica da marcha e dos modelos e investigadores que a descrevem, explicando todo o tipo de patologias que podem estar associadas.

5.4 Feridas

A 25 de Fevereiro de 2012, na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, a Dra. Assunção Alves e a Dra. Liliana Avidos, falaram-nos de feridas.

Na primeira parte do seminário, a Dra. Assunção abordou o tema da cicatrização das feridas, explicando-nos as fases da cicatrização, os fatores que complicam e ou podem influenciar o processo cicatricial (locais/sistémicos), a viabilidade cicatricial, os elementos recomendados para registo da avaliação e tratamento de feridas, necessidades da úlcera e curativos.

Na segunda parte do seminário, a Dra. Liliana abordou o tema: feridas, viabilidade tecidual e terapêutica tópica e explicou-nos que tipos de curativos existem, quais as categorias em que se inserem (penso, hidrogel, pomada) e quando é que estão adaptados a cada caso.

5.5 Reumatologia

Nos dias 10 e 31 de Março de 2012, na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, o Dr. Domingos Araújo, lecionou um seminário sobre Reumatologia.

No dia 10, falou-nos de artrites: artrite reumatoide, artrite psoriática e artrites microcristalinas e falou também da espondilite anquilosante, abordando, vários tópicos acerca destes temas, desde o que é cada uma delas, até como se diagnostica e trata.

No dia 31, falou-nos da osteoartrose, abordando todos os tipos e falou-nos também de antifúngicos, dando-nos a conhecer todas as classes e explicando-nos quais são os mais eficazes e adequados para cada caso.

5.6 Ortopedia Infantil

Nos dias 14 de Abril e 9 de Junho de 2012, na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, o Dr. Nuno Alegrete, lecionou um seminário sobre Ortopedia Infantil.

No dia 14, explicou-nos como examinar uma criança, falou-nos das alterações femuro-tibiais, uma vez que as patologias dos pés das crianças, podem ser apenas um sinal de uma doença generalizada, e explicou-nos também a definição, características clínicas, avaliação, diagnósticos diferenciais e tratamentos do joelho varo e do joelho valgo.

No dia 9, falou-nos da inquietação dos pais que recorrem á consulta de ortopedia infantil porque os filhos tem os pés rodados da para dentro e explicou-nos as causas dessa anomalia: ou porque existe uma torção do fémur e/ou da tibia ou porque existam patologias associadas como, Metatarsus adductos, pé supinador, pé boto varo-equino e pé talus valgus.

Explicou-nos ainda os motivos para as crianças mancarem, recorrendo á definição de cada tipo de marcha (Antálgica, Tipo Trendelenburg, Por fraqueza muscular proximal, Marcha espástica, Marcha por encurtamento de membro e Outros tipos) e abordou ainda o diagnóstico diferencial da claudicação em função da idade.

5.7 VII Congresso Nacional de Podologia

Nos dias 27 e 28 de Abril de 2012, a comunidade científica reuniu-se no Centro de Congressos de Aveiro para participar no VII Congresso Nacional de Podologia.

Foram apresentadas várias palestras que se inseriam em mesas redondas com vários temas: Podiatria Infantil, Podiatria clinica, Pé diabético, Podiatria geriátrica, homeopatia em Podiatria, inovação e desenvolvimento em Podiatria, Calçadoterapia, Podiatria cirúrgica e temas livres em Podiatria. No final de cada mesa redonda era aberta a discussão para que todos pudessem dar a sua opinião ou tirar algum tipo de dúvida que a apresentação não tivesse esclarecido.

A cada intervalo do congresso, tivemos ainda oportunidade de visitar os stands das marcas comerciais dos produtos que habitualmente usamos na consulta, que nos deram a conhecer melhor os seu produtos, ou novidades das marcas. No final do encontro o resultado não podia ter sido mais positivo, porque todos aprenderam algo de novo.

5.8 Homeopatia

A 26 de Maio de 2012, na Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, a Dra. Anne Wickel, lecionou um seminário sobre a homeopatia.

Foi-nos explicado o que é a homeopatia, as diluições que podemos fazer (4CH,5CH), como prescrever medicamentos homeopáticos, os tipos de plantas medicinais que existem (arnica, etc...) e para que situações podem ser usadas (entorses, contusões, etc...).

6 Conclusão Final

Após a finalização deste trabalho podemos concluir que este estágio pelos vários hospitais, foi muito importante, pois para além de termos tido contacto com a realidade hospital, tivemos o prazer de colaborar com médicos ortopedistas e de outras especialidades que nos receberam muito bem e contribuíram para a nossa formação.

Deixaram-nos intervir perante o doente, quando achamos necessário reforçando que, para aquele caso específico, a consulta de podologia podia solucionar o problema e ainda adquirimos muitos conhecimentos novos.

Nas outras unidades hospitalares onde trabalhamos diretamente com os podologistas e com a podologia, foi muito gratificante, poder receber os doentes e intervir com os recursos disponíveis.

Por vezes nem sempre tínhamos o tempo desejado para os doentes, mas ainda assim, tínhamos a certeza de que eles saiam da consulta muito satisfeitos com os resultados obtidos.

Adquirimos muitos conhecimentos novos, pois cada doente é único e o que resulta num doente, pode não resultar no outro.

Tivemos ainda a sorte de realizar algumas cirurgias a onicocriptoses, sempre com ajuda do monitor de estágio, mas que nos deixou tão satisfeitos ao ponto de desejarmos continuar a fazê-lo o resto da vida.

Por fim, e em jeito de reflexão, resta-me apenas dizer que se as entidades governativas tivessem conhecimento da importância da podologia e de todos os profissionais que exercem a sua atividade, perceberiam a falta que a especialidade faz em Portugal nos centros de saúde e nos hospitais e já tinha regularizado o exercício da profissão.

Anexos

