

Relatório de Estágio

Raquel Cardoso

Dezembro 2013



Raquel Cardoso

Relatório de Estágio



Dezembro 2013



Raquel Marina Pereira da Silva Cardoso

Relatório de Estágio

Mestrado em Podiatria Clínica

Dezembro 2013

Índice

Índice de Figuras	VII
Índice de Gráficos	IX
Índice de Anexos	XI
Listas	XIII
Abreviaturas.....	XIII
Símbolos.....	XIII
Siglas	XIV
Introdução	1
1 Estágio Clínico	3
1.1 Estado da Arte	3
1.1.1 Patologias de foro dermatológico a nível do pé.....	3
1.1.1.1 Helomas.....	3
1.1.1.2 Hiperqueratoses	4
1.1.1.3 Dermatomicoses.....	4
1.1.1.4 Úlceras.....	5
1.1.2 Onicopatias	6
1.1.2.1 Onicocriptose	6
1.1.2.2 Onicodistrofia.....	9
1.1.2.3 Onicomucose	9
1.1.3 Educação Podológica	10
1.1.4 Patologias do membro inferior	11
1.1.4.1 Fratura de Jones.....	11
1.1.4.2 Encurtamento Tendão de Aquiles.....	11
1.1.5 Instrumentos de avaliação do membro inferior	12

1.1.5.1	Monofilamento	12
1.1.5.2	Diapasão	12
1.1.5.3	Doppler	13
1.1.6	Ortótese Plantar.....	13
1.2	Centro Hospitalar do Alto Ave.....	14
1.2.1	Consulta de Podologia Pé Diabético	15
1.2.2	Abordagens terapêuticas.....	19
1.2.3	Sugestões e/ou Críticas	21
1.3	Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia	23
1.3.1	Consulta externa de Ortopedia.....	23
1.3.1.1	Caso Clínico 1	25
1.3.1.2	Bloco Operatório.....	26
1.3.1.3	Caso Clinico 2	26
1.3.2	Considerações Finais	26
1.4	Unidade de Saúde de Famalicão	27
1.4.1	Unidade Clínica	27
1.4.2	Consulta Podologia	28
1.4.3	Caso Clínico 3.....	28
1.5	Laboratório de Ortopodologia ESSVA.....	29
1.6	Apoio ao Peregrino.....	30
2	Seminários	31
2.1	Seminário de Calçadoterapia	31
2.2	Seminário de Biomecânica	32
2.3	Seminário de Feridas e Viabilidade Tecidual	32
2.4	Seminário de Reumatologia	33
2.5	Seminário de Ortopedia Infantil.....	34
2.6	Seminário de Homeopatia.....	34

3	Encontros Científicos	37
3.1	VII Congresso Nacional de Podologia.....	37
3.2	Jornadas do Pé Diabético	37
4	Conclusão	39
5	Referências Bibliográficas.....	41
	Anexos	I
	Anexo I – Cronograma	III
	Anexo II – VII Congresso Nacional de Podologia	V
	Anexo III – Jornadas do Pé Diabético	VII

Índice de Figuras

FIGURA 1 – HELOMA.	3
FIGURA 2 – HIPERQUERATOSE.	4
FIGURA 3 – DERMATOMICOSE.	4
FIGURA 4 – ÚLCERA NEUROPÁTICA.	5
FIGURA 5 – ONICOCRIPTOSE.	9
FIGURA 6 – ONICOMICOSE.....	10
FIGURA 7 - MONOFILAMENTO 10G DE SEMMES-WEINSTEIN.	12
FIGURA 8 - DIAPASÃO DE 128 HZ.	13
FIGURA 9 – DOPPLER.	13
FIGURA 10 - ORTÓTESE PLANTAR.....	14
FIGURA 11 – IMAGEM RADIOLÓGICA DE UMA FRATURA DA BASE DO 5º METATARSO. ("FRATURA DO QUINTO METATARSO/ FRATURA DE JONES," S. D.).	25
FIGURA 12 – IMAGEM ILUSTRATIVA DE UMA ONICOCRIPTOSE.	28

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES DIABÉTICOS E NÃO DIABÉTICOS.	16
GRÁFICO 2 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES SEGUNDO O GÉNERO.	16
GRÁFICO 3 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES HIPERTENSOS E DISLIPIDÉMICOS.	17
GRÁFICO 4 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM ANTECEDENTES DE ULCERAÇÃO OU AMPUTAÇÃO.	18
GRÁFICO 5 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM TRATAMENTO QUIROPODOLÓGICO.	18
GRÁFICO 6 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DE PACIENTES COM TRATAMENTO ORTOPODOLÓGICO.....	19
GRÁFICO 7 – REPRESENTAÇÃO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS NAS DIVERSAS PATOLOGIAS.	21
GRÁFICO 8 – REPRESENTAÇÃO DA DISTRIBUIÇÃO DO GÉNERO.	24
GRÁFICO 9 – REPRESENTAÇÃO DAS PATOLOGIAS ENCONTRADAS NA CONSULTA DE ORTOPEDIA.	24

Índice de Anexos

ANEXO I – CRONOGRAMA	III
ANEXO II – VII CONGRESSO NACIONAL DE PODOLOGIA.....	V
ANEXO III – JORNADAS DO PÉ DIABÉTICO	VII

Listas

Abreviaturas

cm – centímetros

DM – Diabetes Mellitus

Dr. – Doutor

Dra. – Doutora

Eng. – Engenheiro

g – grama

Hz – Hertz

mm – milímetros

Prof. – Professor

Prof^a. – Professora

Símbolos

I – Um

II – Dois

III – Três

XIX – Dezanove

XVI – Dezasseis

XX – Vinte

Siglas

APP – Associação Portuguesa de Podologia

CESPU – Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário

CHAA – Centro Hospitalar do Alto Ave

CHVNGE – Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

CTCP – Centro Tecnológico do Calçado de Portugal

DL – Decreto-lei

EPE – Entidade Pública Empresarial

ESSVA – Escola Superior de Saúde do Vale do Ave

ESSVS – Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

SA – Sociedade Anónima

Introdução

A Podiatria Clínica é uma especialidade da Podologia que inclui a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das diferentes repercussões sistêmicas do organismo humano no membro inferior, tratando de forma preventiva e curativa as patologias do pé.

Este relatório tem como objetivo principal descrever as atividades realizadas durante o estágio profissionalizante nos diferentes locais. O estágio teve o objetivo de aplicar em ambiente real os conceitos teóricos aprendidos e verificar a sua aplicabilidade.

O mestrado em Podiatria Clínica pretende complementar a formação base, possibilitando uma atualização em áreas especializadas da Podologia. O plano curricular do mestrado no 1º ano é composto por unidades curriculares como: Pé Diabético; Pé Geriátrico; Pé Neurológico; Pé Vascular; Propedêutica Clínica e Dor. No 2º ano do curso de mestrado são duas as unidades curriculares: Trabalho de Projeto e Estágio Profissionalizante.

A Unidade Curricular de Estágio Profissionalizante tem como objetivo permitir que os alunos desenvolvam tanto os seus conhecimentos teóricos como práticos que foram previamente adquiridos, através da integração dos alunos em equipas multidisciplinares, com a observação e intervenção podológica em diferentes contextos clínicos. É também objetivo o desenvolvimento de técnicas de análise de dados via metodologia quantitativa e qualitativa, e o desenvolvimento do conhecimento para a realização de relatórios sobre a Podiatria Clínica em contexto real de trabalho.

Este estágio pretende dotar o Podiatra de competências específicas para o desenvolvimento e domínio de prática clínica, designadamente em Pé Diabético, em que o Podiatra deverá reconhecer os fenómenos decorrentes da diabetes mellitus (DM), os seus fatores de risco, e as suas consequências a longo prazo; Pé Geriátrico, deverá reconhecer toda a fisiologia do

envelhecimento, adequando os conhecimentos ao paciente idoso de forma a permitir uma abordagem clínica e terapêutica mais adequada; Pé Neurológico, deverá identificar e discriminar eficazmente o paciente saudável e patológico bem como referenciar as patologias neurológicas associadas à Podologia; Pé Vascular, o Podiatra deverá aprofundar conhecimentos de patologia vascular e compreender as manifestações da lesão vascular no pé, conhecer os meios auxiliares e complementares de diagnósticos aplicados na avaliação vascular; Propedêutica Clínica, o Podiatra deverá ter conhecimento do conjunto de meios que permitam recolher e interpretar tudo quanto possa fornecer informação sobre o conhecimento do doente, conhecer os sistemas humanos cujas patologias mais se repercutem no membro inferior, interpretar a sua função fisiológica e patológica, permitindo uma avaliação clínica do doente; Dor, deverá ser capaz de identificar e utilizar estratégias e metodologias de avaliação da dor, e proporcionar a terapêutica adequada às diferentes situações de dor podológica.

Este estágio decorreu na Consulta de Podologia do Centro Hospitalar do Alto Ave (CHAA) – Unidade de Guimarães, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho (CHVNGE) – Unidade de Ortopedia, na Unidade Clínica de Famalicão Rede Nova Saúde (Clínica de Podologia), no Laboratório de Ortopodologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Ave (ESSVA), no apoio ao peregrino, de acordo com a calendarização do estágio (Anexo I).

Para além da componente de estágio, esta Unidade Curricular apresenta uma componente de Seminários, cujo objetivo foi proporcionar aos alunos de mestrado uma contextualização com a prática clínica e atualização de novas metodologias de avaliação e terapêutica podológica.

1 Estágio Clínico

Neste capítulo são apresentados os locais onde teve lugar o estágio profissionalizante em ambiente real de trabalho, designadamente, CHAA, CHVNGE, Unidade Clínica de Famalicão; Laboratório de Ortopodologia ESSVA e o Apoio ao Peregrino, assim como uma revisão do estado da arte das patologias com maior incidência neste estágio.

1.1 Estado da Arte

Neste subcapítulo apresentamos um enquadramento teórico das patologias mais frequentes neste estágio profissionalizante.

1.1.1 Patologias de foro dermatológico a nível do pé

1.1.1.1 Helomas

O heloma trata-se de uma hiperqueratose associada à presença de um núcleo com formato cónico, em que a zona mais estreita se localiza na zona mais interna, normalmente não atinge a derme mas se caso acontecer forma-se um heloma vascular ou neurovascular, podem também aparecer devido a hiperpressões da estrutura do próprio pé ou até mesmo provocado pelo calçado, outras vezes sem causa aparente (Bega, 2006).



Figura 1 – Heloma.

1.1.1.2 Hiperqueratoses

As Hiperqueratoses têm etiologia semelhante aos helomas, mas não contém o núcleo, normalmente expandem-se na horizontal formando uma ou mais placas de queratose (Bega, 2006).



Figura 2 – Hiperqueratose.

1.1.1.3 Dermatomicoses

As dermatomicoses são infecções fúngicas que afetam a pele, com etiologia por fungos dermatófitos (gênero *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*), leveduras (gênero *Candida*) (Wille, Arantes, & Silva, 2009).

O paciente pode apresentar sintomatologia dolorosa, prurido, maceração, descamação, fissuras, inflamação e rubor na pele. É importante salientar que a desinfecção e arejamento do calçado/meias é um fator primordial para o tratamento de uma dermatomicose (Bega, 2006).



Figura 3 – Dermatomicose.

1.1.1.4 Úlceras

A úlcera é uma lesão por perda tecidual, com evolução crônica, pode ser agrupada em três tipos:

- A úlcera neuropática caracteriza-se pela forma arredondada, presença de um bordo epitelial proliferativo e caloso bem definido, o fundo da úlcera contém tecido de granulação, normalmente não são dolorosas, mas poderá existir casos em que existe dor (Goméz, 2005).
- A úlcera venosa caracteriza-se por diferentes lesões na pele associadas à insuficiência venosa, os doentes frequentemente apresentam edema dos membros inferiores com dilatação do sistema venoso, poderão ter sintomatologia venosa e apresentar pigmentação escurecida pelo extravasamento de sangue ou atrofia branca (pele atrófica), que poderá evoluir para uma úlcera (Mendoza & Ronderos, s.d.).
- A úlcera neuro isquémica localiza-se frequentemente nos dedos, pode também aparecer sobre a 1ª e 5ª cabeças metatarsais, associa-se à neuropatia, e caracteriza-se pela diminuição ou ausência de pulsos periféricos, são dolorosas e raramente tem tecido de granulação, têm forma irregular e bordos mal definidos, podendo evoluir para uma necrose seca (Goméz, 2005).



Figura 4 – Úlcera neuropática.

1.1.2 Onicopatias

1.1.2.1 Onicocriptose

A onicocriptose é uma patologia em que a lâmina ungueal lesiona o bordo peri-ungueal devido aos sucessivos traumatismos que provoca durante o seu crescimento, é comum provocar dor, inflamação e limitação funcional, localizando-se principalmente no hallux (Madrid, 2006).

A Onicocriptose pode resultar de vários fatores como:

- Corte inadequado das unhas;
- Maceração dos tecidos por hiperidrose;
- Curvatura patológica da lâmina ungueal;
- Alteração da morfologia ungueal (onicogrifose, onicomucose);
- Traumatismos ou microtraumatismos de repetição;
- Uso de calçado inadequado;
- Alterações biomecânicas;
- Deformações digitais;
- Anomalias congénitas;
- Obesidade (Nova, 2006b).

As onicocriptoses podem ser classificadas de quatro graus:

Grau I (Inflamatório): Caracteriza-se pela presença de eritema, ligeiro edema e dor á pressão no bordo ungueal. O canal ungueal não ultrapassa os limites da lâmina ungueal;

Grau IIa: Caracteriza-se por o aumento dos sintomas de etapa I. A dor e o edema aumentam, sinais de hiperestesia. Pode haver líquido purulento. O canal ungueal ultrapassa a lâmina ungueal com um tamanho inferior a 3mm;

Grau IIb: Os sintomas são similares aos da etapa anterior, mas a dor, edema e eritema aumentam, pode haver infeção piogénica O canal ungueal hipertrófico ultrapassa a lâmina com um tamanho superior a 3 mm;

Grau III: Aumentam os sintomas da etapa II mas há tecido de granulação e hipertrofia crónica do canal ungueal, podendo este cobrir parcialmente a lâmina ungueal;

Grau IV: Evolução da etapa III, com uma deformidade grave e crónica da unha, afetando ambos os bordos (Nova, 2006b).

Segundo Blanco e Ortiz (2006) a anestesia local mais utilizada é o bloqueio digital ou troncular do dedo – Técnica H de Frost, deve ser utilizada a quantidade mínima recomendada de solução anestésica e são desaconselhadas a soluções com propriedades vasoconstritoras, este procedimento consiste em duas punções de modo a bloquear os quatro nervos que enervam os dedos, dois nervos dorsais e dois plantares.

Um bom anestésico deve ter as seguintes propriedades:

- Período de latência curto,
- Grande potência anestésica,
- Pouca toxicidade,
- Ação reversível,
- Ação prolongada,
- Estabilidade face á esterilização (Blanco & Ortiz, 2006).

A técnica de excisão em cunha da unha e bordo periungueal foi descrita por Winograd em 1929 como alternativa às técnicas existentes na altura. A técnica tal como se realiza hoje em dia é uma modificação da técnica original na qual se realiza uma excisão semielíptica do bordo hipertrofiado.

Descrição da técnica:

- Exploração do canal ungueal com escópolo ou goiva para avaliar a porção de lâmina e tecido hipertrofiado que se eliminará;
- Separação do canal ungueal, seguindo-se a separação da lâmina ungueal do eponíquio do tecido periungueal lateral que está hipertrofiado, com escópolo;

- Corte longitudinal da lâmina ungueal. Procede-se ao corte da lâmina ungueal seja com tesoura e/ou bisturi De seguida introduz-se o bisturi para continuar o corte em toda a sua extensão. Tomando precaução de fixar a restante lâmina com a mão passiva para evitar descolamentos;
- Exérese da porção lateral da unha. Utilizando um mosquito curvo para fixar a unha, realiza-se um movimento de rotação seguido de tração superior e proximal;
- Incisão do tecido periungueal para exérese do bordo hipertrofiado. Primeiro realizar uma incisão com o bisturi e lâmina 15 preferencialmente, com cerca de 2 a 3 mm de profundidade. Esta incisão é reta, estendendo-se desde o eponíquio ao hiponíquio com 0,5 cm da unha;
- De seguida realiza-se uma segunda incisão, em forma semielíptica, com alguma obliquidade, estendendo-se desde o início ao fim da incisão anterior de dorsal a plantar, de forma a permitir a exérese de uma porção de tecido com forma de cunha, que corresponde a todo o tecido hipertrofiado;
- Segue-se a curetagem exaustiva da porção da matriz ungueal e do leito periungueal utilizando a cureta de *Volkman*. A curetagem deverá ser dorsal, plantar e lateral, para que se eliminem todas as células de matriz ungueal;
- Lavagem com soro fisiológico à pressão;
- Aproximação do canal ungueal à lâmina e comprovação dos bordos. Caso se verifique existência de um excesso de pele por cima da lâmina ungueal procede-se à sua exérese através de uma incisão reta e em linha do corte lateral da lâmina;
- Coaptação do bordo ungueal lateral à lâmina ungueal, procede-se á colocação de pontos de sutura na zona distal e proximal. Na zona da lâmina ungueal colocam-se tiras de aproximação, com certa

separação entre elas, para permitir a drenagem serosa pós-operatória;

- Colocação de penso antiaderente impregnado com Povidona Iodada e ligadura semicompressiva do dedo e antepé (Maldonado & Bueis, 2006).

1.1.2.2 Onicodistrofia

Quando a lâmina ungueal se apresenta hiperqueratósica, engrossada e hipertrófica, com uma coloração amarelada, aspeto sujo e rugoso estamos perante uma onicogribose. Associado à grossura da unha, os pacientes tornam-se incapazes de realizar um corte correto da lâmina ungueal. Pode-se associar a micoses, psoríase, microtraumatismos, transtornos circulatórios e principalmente pelo próprio envelhecimento (Ruiz, 2006).



Figura 5 – Onicocriptose.

1.1.2.3 Onicomucose

A onicomucose é uma infeção que atinge as unhas, causada por fungos dermatófitos (género *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton*), leveduras (género *Candida*) e fungos filamentosos não dermatófitos (Wille et al., 2009).

Representam cerca de 18% a 40% das patologias ungueais, e são vários os fatores que influenciam a onicomucose, como a idade (maiores de 60 anos tem uma prevalência de 25 a 40%), microtraumatismos, alterações

sistêmicas (vasculares, neuropáticas), predisposição genética (Ruiz, 2006). Existem 4 tipos de onicomicoses que se apresentam pelas diferentes formas de invasão: subungueal distal, subungueal proximal, superficial branca e distrófica total (Roberts et al., 1998 citado por Ballesté, Mousqués, & Gezuele, 2003).



Figura 6 – Onicomicose.

1.1.3 Educação Podológica

Para a prevenção de complicações relacionadas com a DM devem ser abordados os cuidados básicos a ter com os membros inferiores, tais como:

- Observação diária para a prevenção de feridas e úlceras, no caso de o paciente não conseguir inspecionar sozinho deve pedir ajuda de outra pessoa;
- Lavagem diária com água tépida de preferência com sabão de pH ácido, é importante educar o paciente para secar cuidadosamente os pés com uma toalha clara e de algodão dando especial atenção aos espaços interdigitais evitando a fricção;
- A hidratação dos pés é fundamental visto que a DM provoca alterações a nível da sudação. É importante salientar que os pacientes não devem cortar as unhas mas sim lima-las com uma lima de cartão;

- As meias são um elemento fundamental para evitar fricções dentro do calçado e para proteção contra pequenas agressões, por exemplo areias, são também importantes na absorção da sudação evitando a maceração, em contra partida deve-se ter em conta o elástico para evitar o garrote;
- A educação sobre o calçado é outro fator fundamental para a prevenção de lesões, utilizar calçado amplo, confortável e sem costuras, verificando sempre que não existam elementos agressores externos, nomeadamente legos, pedras, alfinetes (Associação Protectora Dos Diabéticos de Portugal, 2010).

1.1.4 Patologias do membro inferior

1.1.4.1 Fratura de Jones

As fracturas apofisárias da base do quinto metatarso, normalmente, acontecem devido a um movimento forçado em inversão, semelhante a um entorse (McCormack & Hoppenfeld, 2001).

Para o tratamento de uma fractura deste tipo temos de ter em atenção ao alinhamento anatómico de forma a minimizar problemas na marcha e no ajuste com o calçado. Será sempre necessário aparelho gessado quando o fragmento ósseo se separa mais de 2mm ou ligadura e bota ambulatória quando o afastamento é inferior a 2mm. Nestas fracturas a consolidação óssea acontece 6 a 8 semanas após o traumatismo (McCormack & Hoppenfeld, 2001).

1.1.4.2 Encurtamento Tendão de Aquiles

O tendão de Aquiles é constituído por tecido fibroso que liga o calcanhar aos músculos da perna, sendo o tendão mais grosso e mais forte do corpo. Todo o grupo muscular da perna permite os movimentos do pé, possibilitando o caminhar. O tendão de Aquiles está sujeito a todo o peso do corpo em cada passo, suportando 3 a 12 vezes o peso corporal durante o exercício ("Achilles Tendon Information," 2013).

No caso de haver um encurtamento do tendão de Aquiles poderemos utilizar a técnica de Z-plastia como tratamento cirúrgico. O alongamento Z-plastia envolve uma incisão longitudinal no tornozelo, o que expõe o tendão, um corte Z é realizado no tendão e em seguida suturado. Este permite o alongamento mais controlado do conjunto tendão e músculo (Norman, s. d.).

1.1.5 Instrumentos de avaliação do membro inferior

1.1.5.1 Monofilamento

O monofilamento 10g de Semmes-Weinstein é frequentemente utilizado para avaliar o risco de ulceração (Boulton, 2004). O monofilamento deve ser testado inicialmente num membro superior para que o paciente tenha percepção da sensação, é aplicado em diferentes zonas do pé, oito na planta e dois no dorso para verificar a sensibilidade de cada um dos pés do paciente (Remacha & Sánchez, 2001). O movimento deve ser uniforme e perpendicular à pele, exercendo pressão para que o filamento dobre, a aproximação o contacto e o afastamento nunca deve exceder os dois segundos (Bakker, Apelqvist, & Schaper, 2011).

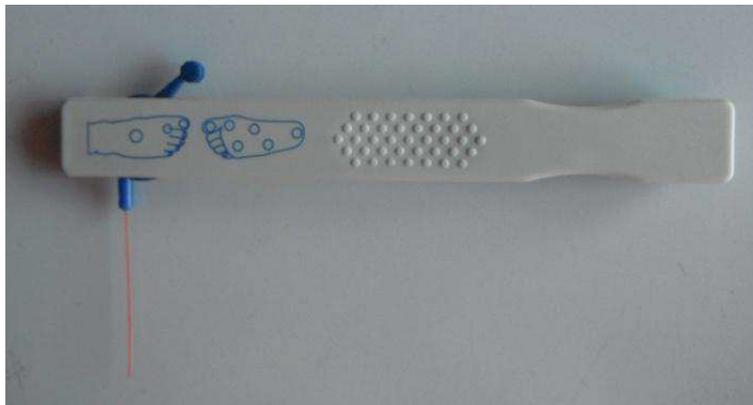


Figura 7 - Monofilamento 10g de Semmes-Weinstein.

1.1.5.2 Diapasão

O diapasão de 128 Hz deve ser testado inicialmente num membro superior para que o paciente tenha percepção da sensação vibratória, coloca-se o

diapasão no tornozelo, cabeças metatarsais e na zona distal dos dedos, registando-se o momento em que o paciente deixa de sentir a vibração, anotando o número correspondente à escala, a aplicação deve ser repetida em 3 pontos diferentes nos dois pés, se o valor indicado pela escala for inferior ou igual a quatro verifica-se uma alteração da sensibilidade vibratória (Remacha & Sánchez, 2001).



Figura 8 - Diapasão de 128 Hz.

1.1.5.3 Doppler

O doppler é o instrumento mais utilizado através do qual podemos avaliar os pulsos distais e obter informação mais precisa dos fluxos arteriais (Serra, 2008).

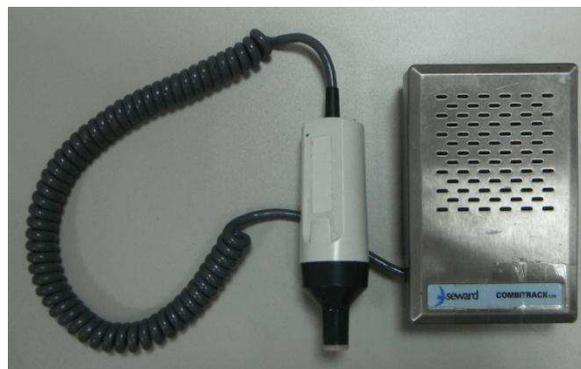


Figura 9 – Doppler.

1.1.6 Ortótese Plantar

De acordo com Kirby (2010, p. 20) ortótese plantar personalizada é “um dispositivo ortopédico concebido para alterar a magnitude e padrões temporais das forças de reação que atuam na planta do pé de modo a permitir a função normal do pé e da extremidade inferior e diminuir as

cargas patológicas nos componentes estruturais do pé e extremidade inferior durante a atividade”.

As ortóteses plantares podem ser classificadas como:

- Padronizadas ou Pré-fabricadas: estas podem ser retificáveis (são ortóteses que permitem efetuar algumas alterações) ou não retificáveis (não são aconselhadas, pois não permitem realizar alterações);
- Personalizadas ou à medida: são ortóteses realizadas de acordo com as características da patologia dos doentes e são realizadas por medida. Classificam-se em três grupos: por elementos (sobre o suporte plantar acrescenta-se elementos de contenção, estabilização e/ou descarga), termoformadas (o suporte plantar é adaptado sobre o molde ou diretamente no pé do paciente) e mistas (os suportes plantares são adaptados no molde de gesso e de seguida são adaptados os elementos de estabilização e descarga mediante calor e vácuo) (Benasuly, 2003).



Figura 10 - Ortótese plantar.

1.2 Centro Hospitalar do Alto Ave

O CHAA abrange os concelhos de Guimarães, Fafe, Vizela, Cabeceiras de Basto, Celorico de Basto e Felgueiras, com uma população de aproximadamente 400 mil pessoas, o objetivo do centro hospitalar é a

prestação de cuidados de saúde de excelência e garantir o desenvolvimento profissional daqueles que cooperam para assegurar os cuidados de saúde da população (Ave, s.d.).

Inicialmente denominado Hospital da Misericórdia de Guimarães, foi fundado nos finais do século XVI nas instalações do Convento dos Capuchos, alterando a designação após a Revolução de 1974 para Hospital Distrital de Guimarães. Devido à diminuta capacidade das instalações do Convento, foi construído um novo edifício para dar resposta às necessidades da população, edifício que se mantém até à atualidade. No ano de 2002, com o DL nº 285/2002, o hospital é passa a ser Sociedade Anónima (SA), gerido por capitais públicos. Mais tarde, a SA é substituída por Entidades Públicas Empresariais (EPE), pelo DL nº 233/2005. O DL 50-A/2007 introduz uma nova designação para o hospital de CHAA.

Cada vez mais nos deparamos com a necessidade da podologia integrada no meio hospitalar, tanto pela tipologia de utentes que recorreram ao hospital, como pela realidade económica atual. Estes utentes necessitam de um acompanhamento constante tanto pela podologia como de toda uma equipa multidisciplinar.

1.2.1 Consulta de Podologia Pé Diabético

A Consulta de Podologia- Pé diabético está integrada na consulta externa I desde 2001/2002, no âmbito do protocolo existente entre o CHAA e a Cooperativa de Ensino Superior Politécnico e Universitário (CESPU), verificando-se um aumento exponencial do número de utentes desde então.

Esta consulta é formada por podologistas, designadamente Mestre Helena Grenha e Mestre Vítor Hugo Oliveira, assim como pelos alunos de mestrado Raquel Cardoso, André Azevedo, Maria Luísa Silva, Sara Moreira, Salomé Silva, Maria Cristiana Sá.

A consulta é composta por um consultório principal e pontualmente foi utilizado um consultório geral.

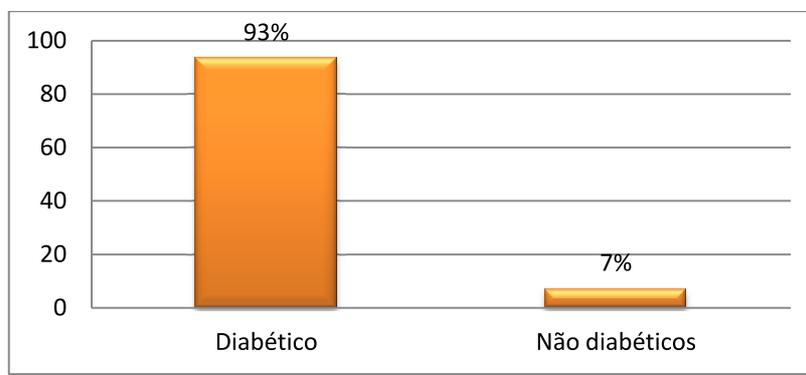
- Consultório um: consultório principal equipado com cadeira de podologia incorporada com aspiração e micromotor, secretária de

atendimento, esterilizador de bolas, um podoscópio, computador, sistema de plataforma de pressões (FootScan, RS Scan).

- Consultório dois: utilizado pontualmente para avaliações, equipado com secretária de atendimento, podoscópio, duas marquesas.

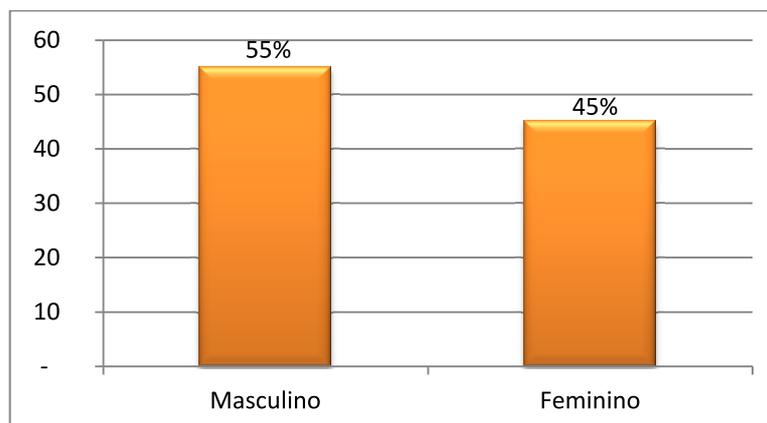
Durante o meu período de estágio, na consulta de Pé Diabético foram atendidos 89 pacientes, dos quais 83 são diabéticos (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Representação da distribuição de pacientes diabéticos e não diabéticos.



Dos 89 pacientes, 49 eram do sexo masculino (Gráfico 2), com uma média de idade de 61 anos.

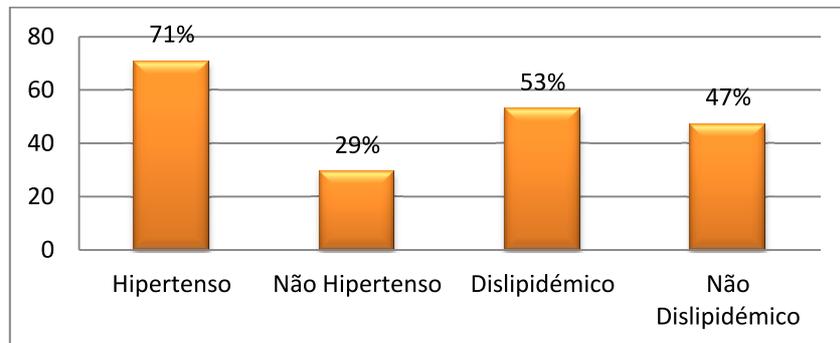
Gráfico 2 – Representação da distribuição de pacientes segundo o género.



Os fatores de risco têm um papel fulcral na evolução da doença e 63 pacientes tem hipertensão arterial e 47 têm dislipidemias, valores demasiado elevados que contribuem para complicações crónicas da diabetes (Gráfico 3).

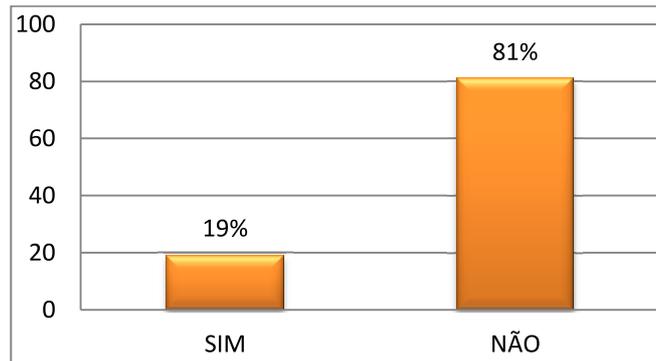
Os estudos epidemiológicos designam que a HTA nos doentes diabéticos é 2 a 3 vezes mais frequente do que na população em geral e admite-se uma prevalência das dislipidemias na DM de cerca de 20% a 60%, dependendo do tipo de diabetes e do controlo metabólico (Remacha, Sánchez, & Lamazière, 2001).

Gráfico 3 – Representação da distribuição de pacientes hipertensos e dislipidémicos.



Há que salientar que apenas 17 destes pacientes tem historial de amputações e/ou ulcerações, que se poderá relacionar com a existência desta consulta, há cerca de 12 anos e do trabalho de prevenção realizado (Gráfico 4).

Gráfico 4 – Representação da distribuição de pacientes com antecedentes de ulceração ou amputação.



Além da realização das provas de sensibilidade (diapasão 128 Hz, monofilamento 10g) e doppler, foram realizados em 71 pacientes tratamentos quiropodológicos e em 5 pacientes tratamento ortopodológico (Gráficos 5 e 6)

Gráfico 5 – Representação da distribuição de pacientes com tratamento quiropodológico.

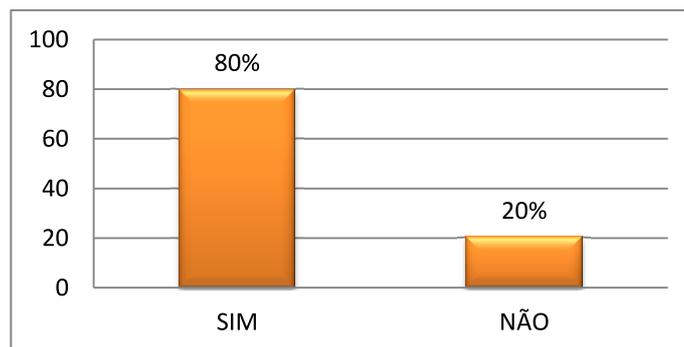
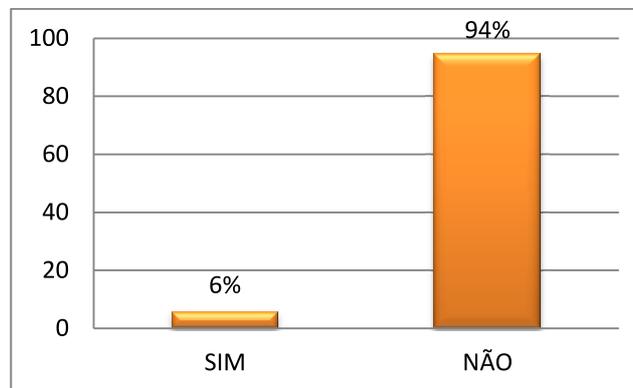


Gráfico 6 – Representação da distribuição de pacientes com tratamento ortopodológico.



1.2.2 Abordagens terapêuticas

Durante o estágio no CHAA realizamos vários tratamentos e verificamos que algumas patologias eram mais frequentes (descritas anteriormente) assim sendo passo a nomear e explicar os tratamentos efetuados.

Depois de avaliar as possíveis causas do heloma, o paciente foi remetido para ortopodologia e/ou para quiropodologia, onde se removeu o tecido hiperqueratósico por deslaminação e anucleação, recomendando a aplicação de creme hidratante.

Como a maioria dos tratamentos realizados eram a hiperqueratoses, o paciente foi remetido para ortopodologia e/ou quiropodologia após avaliação da causa da patologia, posteriormente foi efetuada a deslaminação da zona e hidratação da mesma.

Nas dermatomicoses os pacientes foram aconselhados a utilizar um assepticizante durante a lavagem dos membros inferiores e um antifúngico local, não houve necessidade de recomendação de antifúngico oral a nenhum paciente.

Nos pacientes que recorreram à consulta de podologia com ulcerações, de etiologia vascular, neuropáticas ou neuro isquémicas, era efetuada a assepticização e limpeza das mesmas. O tratamento era efetuado de acordo com o estado da úlcera.

Depois de verificar a causa da onicocriptose, informamos o paciente com os cuidados podológicos que deve manter para evitar uma recidiva. Na consulta encontramos vários casos, que se orientaram de diferentes formas, os casos com congestionamentos ungueais (grau I e grau IIa), removeu-se a porção de unha que criava o conflito – extração de espicula. Os pacientes com onicocriptose de grau III foram encaminhados para a Unidade Clínica de Famalicão, para ser realizada uma pequena cirurgia, no âmbito do protocolo celebrado entre CHAA e CESP.U.

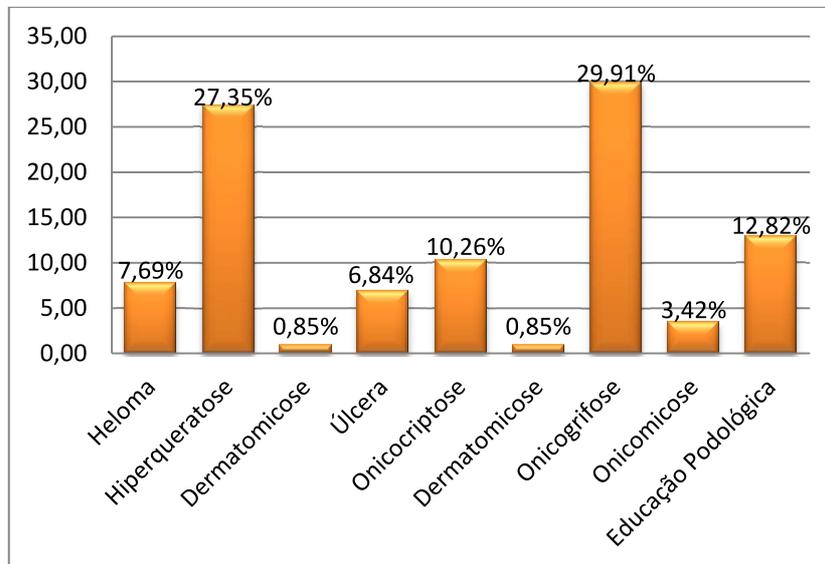
Nos casos de onicodistrofias foi realizado rebaixamento ungueal com micromotor e corte ungueal. O mais importante nestes pacientes será um bom aconselhamento de como cuidar as suas lâminas ungueais.

Os pacientes com onicomicoses normalmente apresentam um quadro de unha hipertrófica e hiperqueratósica. Realizamos rebaixamento ungueal com micromotor para manter a lâmina ungueal o menos espessa possível para haver uma maior penetração do antifúngico local.

Nos pacientes que não apresentavam qualquer tipo de patologia foram abordados os cuidados básicos a ter com os membros inferiores (já descritos anteriormente).

O gráfico seguinte identifica os tratamentos realizados em patologias como hiperqueratoses, onicogrifoses, helomas entre outros.

Gráfico 7 – Representação dos tratamentos realizados nas diversas patologias.



1.2.3 Sugestões e/ou Críticas

A consulta de Pé Diabético no CHAA é imprescindível para os utentes, por ser um meio para os doentes com DM terem as patologias do pé controladas e com um custo reduzido, dada toda a conjuntura na sociedade atual.

Como em todos os serviços em geral esta consulta tem algumas situações menos boas. Apesar das boas condições, quer do espaço físico quer do equipamento, este é reduzido em termos de área. É de salientar que se torna complicado realizar tratamentos ortopodológicos, pois os moldes são efetuados na consulta no hospital e a sua realização em Vila Nova de Famalicão na ESSVA, o transporte é da responsabilidade do orientador ou dos alunos e posteriormente se for necessário alguma modificação terá de voltar às instalações da ESSVA, uma vez que o hospital não possui laboratório de Ortopodologia. O consultório possui uma plataforma de

pressões que devido à falta de tempo e principalmente de espaço não é utilizada.

Penso que esta consulta também poderia ter um melhor aproveitamento em alguns tipos de tratamento se houvesse a possibilidade de alguns pacientes utilizarem um calçado Ortopédico, se houvesse forma de os demonstrarmos na consulta ou até mesmo alguma forma de comparticipação.

A consulta de pé diabético teria outra dinâmica aquando da sua integração numa equipa multidisciplinar eficaz, onde o utente seria acompanhado por diversas especialidades médicas, e onde estas teriam como única máxima o real estado de saúde do paciente. Desde a implementação da consulta do Pé Diabético (2001/2002), o número de consultas aumentou consideravelmente. É importante salientar que os utentes são idosos e com mobilidade reduzida, tornando-se o horário disponível para as consultas diminuto. Estando a consulta a funcionar apenas de manhã, a disponibilidade para urgências e outras situações tornam-se impossíveis de resolver em tempo útil, por isso seria de ponderar a abertura de um novo horário para estas situações mais pertinentes que não podem aguardar por uma próxima consulta, que seria passado algumas semanas ou até meses.

Relativamente às cirurgias, na minha opinião, seria mais fácil o acompanhamento dos pacientes e dos mestrandos, se as cirurgias pudessem ser realizadas no próprio hospital, o paciente não necessitava de se deslocar, e os mestrandos e orientador acompanhavam todo o processo. No nosso caso apenas acompanhamos o pré-cirúrgico e a cirurgia, os pensos foram realizados por outros podologistas, nunca chegando a ver o paciente com alta clínica.

É imprescindível a continuação da Podologia num hospital como este e deveria tornar-se um exemplo para outros tantos, por todo o trabalho de acompanhamento e prevenção das patologias do pé diabético.

1.3 Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

É um dos centros hospitalares da região norte, composto por três unidades e sediado nos concelhos de Vila Nova de Gaia e de Espinho, com uma oferta de diversas especialidades (Espinho, s.d.).

Foi mandado construir por ordem da rainha D. Amélia uma rede de santórios para tratar a tuberculose que assolou o país no final do século XIX e início do século XX, um desses santórios ficou localizado em Vila Nova de Gaia, denominado de Hospital de Repouso de D. Manuel II, vindo mais a ser Sanatório D. Manuel II, instalações onde se situa atualmente o CHVNGE (Espinho, s. d.).

O estágio profissionalizante decorreu na unidade II - Consulta Externa de Ortopedia e bloco operatório de ortopedia.

O orientador de estágio foi o Diretor do serviço de Ortopedia Dr. Rolando Freitas, e como orientadora da consulta de ortopedia a Dr.^a Sara Macedo e na cirurgia a Dr.^a Mafalda Santos, os mestrandos foram André Azevedo, Raquel Cardoso, Maria Luísa Silva, Fernando Pereira.

1.3.1 Consulta externa de Ortopedia

O serviço de Ortopedia é constituído por ortopedistas, enfermeiros e auxiliares. Este serviço apresentava seis consultórios médicos cada um equipado com uma secretaria, computador, marquesa e negatoscópio.

Na consulta de Ortopedia visualizamos 19 consultas das quais 84,2% eram do sexo feminino (Gráfico 8). Na consulta predominaram patologias do membro inferior, 22,8% dos doentes apresentavam patologias pé/tornozelo Com queixas do membro superior apenas 15,8% dos doentes (Gráfico 9). Durante todo o estágio eram ouvidas as nossas opiniões sobre os possíveis tratamentos podológicos e debatidas as opiniões.

Gráfico 8 – Representação da distribuição do género.

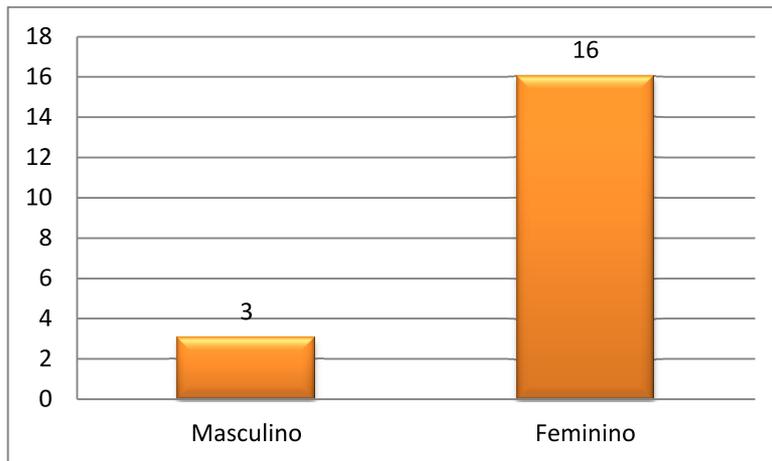
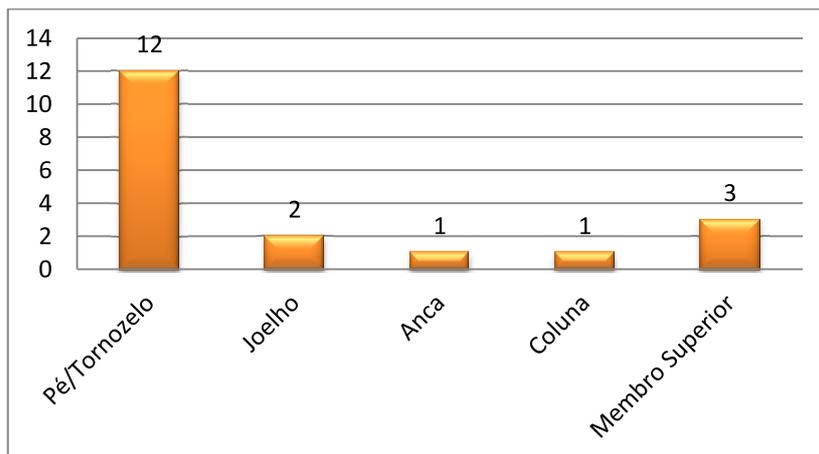


Gráfico 9 – Representação das patologias encontradas na consulta de ortopedia.



1.3.1.1 Caso Clínico 1

Paciente do sexo feminino com 63 anos de idade apresentou-se no serviço de urgência há cerca de 5 semanas antes da consulta, após uma queda na cozinha. Paciente refere que ao escorregar torceu o pé e a partir desse momento não o conseguiu mobilizar mais. Apresentava edema, dor à palpação, hematoma e limitação funcional e claudicação.

Após comprovação por imagem radiológica da fratura da base do 5º metatarso – Fratura de Jones, foi realizado a imobilização com bota gessada até ao momento da consulta.

Foi conveniente alertar a paciente que a marcha iria ser dolorosa, quando fosse retirado o gesso, principalmente na fase de impulso, sendo que esta iria adotar uma marcha antiálgica. Aquando da carga total é possível a existência de nova fratura. Para prevenir este tipo de reincidência, seria aconselhável o uso de suportes plantares com descarga da zona e estabilidade de articulação tibiotársica.

A figura 1 identifica um dos tipos de fratura da base do quinto metatarso.



Figura 11 – Imagem radiológica de uma fratura da base do 5º metatarso.
("Fratura do quinto metatarso/ fratura de Jones," s. d.).

1.3.1.2 Bloco Operatório

O serviço de cirurgia é constituído por auxiliares, enfermeiros, anestesista, instrumentista, técnico de radiologia e dois ortopedistas. De entre alguns casos visualizados passo a descrever aquele com mais interesse na área da podologia.

1.3.1.3 Caso Clínico 2

Paciente de 10 anos, sexo masculino, sem alterações clínicas relevantes e com diagnóstico de encurtamento do tendão de Aquiles na perna direita. O paciente caminhava com a ponta do pé direito, conseqüentemente apresentava alterações e dificuldade em caminhar. Após vários tratamentos de fisioterapia sem melhorias evidentes foi proposto para cirurgia, para alongamento do tendão.

O paciente foi sujeito a anestesia geral e colocado decúbito ventral e a técnica cirúrgica utilizada foi o Alongamento do tendão de Aquiles através de Z-plastia, foi realizada uma bota gessada que iria manter num período de 4 a 6 semanas e posteriormente ira recomeçar os tratamentos de fisioterapia.

1.3.2 Considerações Finais

O estágio no CHVNGE foi muito importante pois colocou-nos perante outra perspectiva da nossa profissão, tanto no bloco operatório como na consulta. Na consulta de Ortopedia podemos observar bastantes casos de patologias do membro inferior, onde constatamos a lacuna que existe no sistema nacional de saúde perante o facto de a Podologia não estar integrada numa equipe multidisciplinar.

Muitos dos casos observados poderiam ter a intervenção de um podologista de modo a evitar algumas cirurgias ou até mesmo intervir de forma paliativa, melhorando a qualidade de vida destes pacientes.

Na minha opinião a maior desvantagem foi não termos um espaço adequado e com as condições necessárias para os mestrandos puderem intervir e realizar avaliações.

1.4 Unidade de Saúde de Famalicão

A Unidade de Saúde de Famalicão iniciou um projeto de desenvolvimento da Podologia em 1999. Desde então, a clínica tem sido uma Unidade de Saúde em expansão. Como administradora da unidade está a Dr.^a Filomena Salazar e como diretora Clínica a Dr.^a Ana Sousa, o orientador de estágio foi o Mestre Manuel Portela

1.4.1 Unidade Clínica

A clínica é constituída por várias unidades:

Unidade de pediatria:

- Três consultórios.
- Uma sala de observações.
- Um quarto de observações com cama.

Unidade de Ginecologia:

- Um consultório.
- Uma sala de enfermagem de apoio à ginecologia.

Unidade de Cardiologia:

- Um consultório.
- Uma sala de exames pediátricos.

Unidade de Dentária:

- Três consultórios.
- Uma sala de esterilização.

Dois consultórios polivalentes.

Um consultório de Oftalmologia/Otorrino.

Uma sala de Enfermagem Adulto.

Uma sala de esterilização.

Uma sala de Radiologia (Raio-X).

1.4.2 Consulta Podologia

A unidade da Podologia é constituída por um podologista e uma auxiliar. Estando totalmente equipada por:

- Dois consultórios de tratamento (Quiropodologia), cada um com uma cadeira de podologia com mesa de apoio e micromotor integrado.
- Dois consultórios de atendimento, cada um com uma secretaria, computador, uma marquês, um podoscópio, sistema de plataforma de pressões (FootScan, RS Scan) e negatoscópio.
- Um Laboratório de Ortopodologia.
- Uma sala de moldes.
- Uma sala de alunos.

Foram reencaminhados do serviço de Podologia- Pé diabético do CHAA quatro pacientes com onicocriptose no hallux em estadio Grau III.

1.4.3 Caso Clínico 3

Paciente do sexo feminino, com 65 anos de idade, sem alterações clínicas relevantes, apresentava uma onicocriptose do bordo tibial do hallux do pé direito com granuloma piogénico com processo inflamatório na zona.



Figura 12 – Imagem ilustrativa de uma onicocriptose.

A técnica de Winograd está indicada para onicocriptoses de Grau III, com presença de tecido de granulação e hipertrofia crónica superior a 3mm (Nova, 2006a).

A paciente foi remetida para cirurgia onde foi administrada uma anestesia troncular do dedo – Técnica H de Frost e realizada a Técnica de Winograd, foi recomendado a toma de Ciprofloxacina 500 mg/g (12/12h) como profilaxia, Ibuprofeno 400mg/g (8/8h durante 3 dias) e Paracetamol em caso necessidade. Ao fim de 8 dias foram retiradas as tiras de aproximação e aos 15 dias foi dada a alta clínica ao doente.

1.5 Laboratório de Ortopodologia ESSVA

O laboratório de ortopodologia da ESSVA encontra-se equipado, por 3 polidoras, 1 forno de grande capacidade, várias pistolas de ar quente, uma bancada central e diversos materiais para a confeção dos suportes plantares personalizados.

Cada mestrando foi encarregue de uma função, de modo a que todos pudessem intervir tanto com a sua opinião sobre a composição do suporte plantar e a sua funcionalidade, como em toda a sua realização.

Foram realizados 5 suportes plantares personalizados para os utentes do CHAA, para patologias como heterometrias, 1º raio plantar flexionado, pé plano, insuficiência do tecido adiposo com metatarsalgia.

Apesar de se encontrar bem equipado, algum material já se encontra ligeiramente desatualizado. Atualmente existe grande diversidade de materiais para a confeção de suportes plantar personalizados, por exemplo fibras de carbono, forros com maior capacidade de absorção de pressões e da transpiração, que seria importante demonstrar aos alunos. Relativamente à maquinaria de confeção dos suportes atualmente o mercado disponibiliza máquinas mais ergonómicas e com maior proteção para os profissionais.

Quanto ao sistema de adaptação nomeadamente termo vácuo e o sistema de adaptação dos suportes plantares diretamente no paciente através do sistema pneumático seriam opções interessantes para ter no laboratório.

Acho que também seria importante criar um grupo de investigação no ramo da biomecânica, aliado tanto à licenciatura como aos vários mestrados, aproveitando assim da melhor forma todos os recursos que a instituição possui, tanto o laboratório de ortopodologia, a clínica de podologia, centro de reabilitação desportivo, alunos e professores qualificados na área.

1.6 Apoio ao Peregrino

No ano de 2000 foi criada a atividade denominada por “Podofátima”, projeto de cariz solidário e pedagógico, que consiste em dar assistência podológica a peregrinos que caminham até à cidade de Fátima. Este projeto iniciou-se com os alunos do curso de podologia e posteriormente foi realizada uma parceria com a CESPUP e núcleo de podologia da ESSVA.

Mais tarde iniciou-se a parceria com a APP e com outros apoios externos (farmácias, laboratórios e casas comerciais) atualmente o projeto conta também com a ajuda dos alunos da licenciatura e outros podologistas.

Os alunos de mestrado que participaram no apoio ao peregrino encontraram uma realidade diferente do seu dia-a-dia. Este projeto permite alargar os nossos horizontes de conhecimento e integridade humana, oferecendo uma maior dinâmica de trabalho e sentido de responsabilidade, sem esquecer que esta atividade desempenha também a função de promover a Podologia.

Colaborei no Apoio ao peregrino no dia 5 Maio de 2012 com três colegas Podologistas, onde prestamos assistência podológica a um grupo de peregrinos da zona do Porto que pernoitava em Santa Maria da Feira, realizamos alguns tratamentos primários, prevenção e educação podológica. As patologias mais encontradas foram as flitenas, que eram drenadas e assepsiadas, realizando-se posteriormente uma descarga em feltro, com o objetivo de descarregar a zona de pressão caso fosse necessário.

2 Seminários

Neste capítulo são apresentados os seminários que foram integrados no estágio profissionalizante.

2.1 Seminário de Calçadoterapia

O seminário de Calçadoterapia foi lecionado pelo Engenheiro (Eng.) Ricardo Silva [Centro Tecnológico do Calçado de Portugal (CTCP)] na Escola Superior Saúde Vale do Sousa (ESSVS), nos dias 22 e 29 de Outubro de 2011, com a carga horária de 16 horas.

A indústria do calçado está em constante transformação e para que o setor português não perca competitividade, o CTCP desenvolve nos seus laboratórios um trabalho de estudo e investigação em áreas como: novos materiais e métodos de ensaio, que visem um maior conforto e segurança nos produtos e processos de fabrico mais eficazes e ao mesmo tempo mais económicos.

Além destes temas, foram abordados outros como os materiais constituintes do calçado (couro e materiais poliméricos), processos de fabricação do calçado, aspeto pouco conhecido por parte dos profissionais mas que poderá se tornar interessante.

O calçado de segurança e ocupacional que tanto se fala na atualidade, trata-se de um calçado cada vez mais exigido e obrigatório em diversas áreas pela higiene e segurança no trabalho, onde a podologia tem um papel fulcral na Podologia Laboral. Relembrando que a legislação foi alterada no ano de 2004.

A investigação sobre materiais e diversas conjugações dos mesmos são a zona de conforto do Eng. Ricardo Silva onde nos abordou sobre alguns ensaios clínicos que estão a ser realizados

A função primordial do calçado é a proteção contra os agentes externos aliado ao conforto, facilitando assim a função do pé, se este for inadequado poderão surgir lesões e deformidades. Novos materiais, metodologias, aplicações práticas e principais defeitos do calçado, são fatos estudados diariamente que tornam a investigação nesta área tão importante.

Neste seminário pudemos rever conceitos há muito esquecidos e foi muito importante conhecer um pouco da boa investigação realizada no nosso país. A área do calçado cada vez mais é reconhecida como fundamental para a saúde e bem-estar dos nossos pés como de todo o organismo humano.

2.2 Seminário de Biomecânica

O seminário de Biomecânica foi dirigido pelo Dr. Joaquim Paez e Dr. Rafael Gonzalez na ESSVA, no dia 17 de Dezembro de 2011, com a carga horária de 8 horas.

Neste seminário foi possível atualizar os conhecimentos sobre biomecânica e a evolução de algumas teorias, nomeadamente teorias de Lelievre, Root, Dananberg, Kirby, McPoil, Fuller.

Além do seminário teórico tivemos uma componente prática onde utilizamos novos materiais e realizamos novas técnicas de adaptação em direto por exemplo heel skive medial. Há que salientar a importância do intercâmbio científico-cultural para a evolução da Podologia.

2.3 Seminário de Feridas e Viabilidade Tecidual

O seminário de Feridas e Viabilidade Tecidual foi ministrado pela Dr^a. Assunção Alves e Prof^a. Doutora Liliana Ávidos na ESSVA, no dia 25 de Fevereiro de 2012, com a carga horária de 4 horas.

A formação de uma úlcera pode ser consequência da dificuldade de cicatrização, causada por diferentes etiologias como isquemia,

hiperpressões, fatores imunológicos. O seu tratamento depende do formato, tamanho, quantidade de exsudado e localização.

O tipo de lesão é importante na cicatrização, uma ferida limpa, com uma quantidade mínima de tecido de granulação é um dos fatores favoráveis à regeneração tecidual (Cunha, 2006).

Este seminário foi importante para lembrar alguns conceitos que podem passar despercebidos mas que são fundamentais para a cicatrização, como o protocolo e a terapêutica a seguir. Uma boa avaliação das características da ferida (fundo, leito, exsudado) é fundamental para a escolha da terapêutica. Mais do que passar uma informação, saliento a disponibilidade das palestrantes para a troca de ideias/informações.

Mais que uma problemática, as feridas são uma realidade que preocupam os profissionais de saúde, a viabilidade tecidual sempre será o objetivo de todos os profissionais.

2.4 Seminário de Reumatologia

O seminário de Reumatologia foi dirigido pelo Dr. Domingos Araújo na ESSVA, no dia 10 e 31 de Março de 2012, com a carga horária de 8 horas.

Reumatologia é a especialidade médica que se dedica a várias patologias, a maioria de etiologia desconhecida, dos tecidos moles e articulações bem como das doenças autoimunes. Os temas Reumatismos inflamatórios (artrite reumatoide, espondiloartropatias), artrites microcristalinas (gota, condrocalcinose, osteoartrose) foram alguns dos escolhidos para serem debatidos.

Um dos objetivos deste seminário foi abordar um pouco de cada problemática que nos debatemos no nosso dia-a-dia, a osteoartrose doença que atinge, fundamentalmente, a cartilagem articular, que é um tecido conjuntivo elástico que se encontra nas extremidades dos ossos que se articulam entre si, e as suas formas clínicas foi outro dos temas debatidos.

2.5 Seminário de Ortopedia Infantil

O seminário de Ortopedia Infantil foi lecionado pelo Dr. Nuno Alegrete na ESSVA, no dia 14 de Abril de 2012, com a carga horária de 4 horas.

A Ortopedia infantil é a especialidade focada na prevenção e tratamento das patologias músculo-esqueléticas das crianças e adolescentes.

Neste seminário pudemos ouvir, aprender, esclarecer dúvidas e dar a nossa opinião sobre as patologias que afetam o membro inferior das crianças e adolescentes. Mais uma vez foi nos inculido que a avaliação de uma criança começa desde o momento que entra no nosso consultório e que não nos devemos focar apenas em aspetos estáticos, e que temos sempre que estar atentos ao desenvolvimento/período de crescimento.

Debatemos também temas como desvios axiais dos membros inferiores e desvios rotacionais dos membros inferiores.

É de salientar que um seminário como este de ortopedia infantil é uma mais valia para a nossa prática clínica. Adquirir novos conhecimentos com o Dr. Nuno, uma pessoa dinâmica e versátil, dá-nos ainda mais vontade de querer saber sempre mais.

2.6 Seminário de Homeopatia

O seminário de Homeopatia foi dirigido pela Dr^a. Anne Vandewincuel na ESSVA, no dia 26 de Maio de 2012, com a carga horária de 4 horas.

A Homeopatia é uma terapia médica que se baseia em dois princípios fundamentais: a força vital do organismo e o princípio de semelhança.

Significa que o aparecimento de sintomas é provocado por uma perturbação da força vital/energia do organismo em diferentes níveis, e que necessita de tratamento ao nível da causa. O tratamento baseia-se a ajudar a força vital a reencontrar o equilíbrio natural.

Este seminário foi muito importante para dar a conhecer à Podologia o que realmente a Homeopatia é e o que faz. Conhecemos um pouco da sua

história e novos conceitos sobre o assunto. Conhecer o método de preparação, denominado de dinamização, que consiste na diluição e sucussão da substância numa série de passos, é importante para sabermos explicar e o que vamos aconselhar ao paciente. Fundamentalmente ficamos a conhecer a aplicabilidade da Homeopatia nas variadas patologias tanto do membro inferior como de outras partes do Corpo Humano.

3 Encontros Científicos

Cada vez mais a realização de eventos científicos se tem demonstrado fundamental para o desenvolvimento e valorização pessoal e profissional no âmbito da Podiatria. Apesar de escassos, estes eventos permitem a partilha e renovação de conhecimentos, permitindo aos profissionais maior contato com metodologias de diferentes países.

3.1 VII Congresso Nacional de Podologia

Este congresso foi realizado nos dias 27 e 28 de Abril de 2012, pela APP no Centro de Congressos de Aveiro (Anexo II). Neste congresso destacou-se a presença de alguns oradores, entre os quais Prof. Doutor Pinto da Costa, Prof. Doutor Osvaldo Correia, Dr. Nuno Alegrete, Dr. Patrício Esteban Serqueira, Dr. Santiago Gomez, Prof^a. Doutora Liliana Avidos. É de salientar e congratular a adesão de mestrandos a participar no congresso nacional. Mais uma vez a APP demonstrou uma boa capacidade organizativa num evento tão importante como este.

3.2 Jornadas do Pé Diabético

As jornadas decorreram no dia 7 de Julho de 2012 no auditório da ESSVA em Vila Nova de Famalicão (Anexo III). Estas jornadas primaram pela diferença porque se quebrou o protocolo, não havendo apenas partilha de informação por parte dos oradores. A plateia e os palestrantes trocaram ideias e informações sobre todos os temas de forma aberta e construtiva. Foi uma experiência enriquecedora e contribuiu para alargar conhecimentos a nível académico e profissional.

4 Conclusão

Este estágio profissionalizante permitiu que os alunos desenvolvessem os seus conhecimentos teóricos e práticos que foram previamente adquiridos através da integração dos alunos em equipas multidisciplinares, com a observação e intervenção podológica em diferentes contextos clínicos, permitindo compreender e verificar as diferenças entre a teoria e o contexto real. Na prática clínica ou hospitalar verificamos que os tratamentos têm que ser adaptados a cada paciente e a cada contexto. Como resultado da experiência nos diferentes locais de estágio conclui que a Podologia deveria estar integrada nas equipas multidisciplinares hospitalares.

Era importante poder acompanhar o doente desde a sua primeira consulta durante o estágio até ao fim do mesmo, de modo a avaliar a evolução do seu estado podológico, o que iria permitir um adequado plano de tratamentos e verificar se foram atingidos os objetivos.

A presença em bloco operatório permitiu adquirir mais e melhores conhecimentos de técnicas e possíveis complicações cirúrgicas, o que se demonstrou uma mais valia para a aquisição de conhecimentos científicos.

Nos locais onde a Podologia já se encontra integrada, verifiquei a enorme adesão e consciencialização por parte dos utentes da importância da Podologia, em prol do seu bem-estar.

O Congresso Nacional e as Jornadas do Pé Diabético foram extremamente produtivas, pois mantiveram-me atualizada nas diferentes áreas científicas.

Realço mais uma vez a importância do estágio profissionalizante que proporcionou aos alunos de mestrado uma atualização de novos conceitos e metodologias podológicas, demonstrando-se enriquecedor tanto a nível humano como científico.

5 Referências Bibliográficas

- . Achilles Tendon Information. (2013) Retrieved 12 de Novembro de 2013, from <http://achillestendon.com/achilles-tendon-information/>
- Associação Protectora Dos Diabéticos de Portugal. (2010). *Pé diabético. Caminhando para um futuro melhor*. Lisboa: Lidel.
- Ave, C. H. d. A. (s.d.). História Retrieved 10 de Dezembro de 2012, from http://www.chaa.min-saude.pt/Hospital/Historia/?sm=1_0
- Bakker, K., Apelqvist, J., & Schaper, N. C. (2011). Practical guidelines on the management and prevention of the diabetic foot. *Diabetes/Metabolic Research and Reviews*, 28(1), 225-231. doi: 10.1002/dmrr.2253
- Ballesté, R., Mousqués, N., & Gezuele, E. (2003). Onicomycosis. Revisión del tema. *Revista Médica del Uruguay*, 19, 93-106.
- Bega, A. (2006). Podopatias Diversas. In A. Bega (Ed.), *Tratado de Podologia* (pp. 213-258). São Caetano do Sul: Yendis.
- Benasuly, A. E. L. (2003). Esquema general de orteseología del pie. In A. E. L. Benasuly & J. M. C. Barragán (Eds.), *Ortopodología y aparato locomotor. Ortopedia de pie y tobillo* (pp. 39-58). Barcelona: Masson.
- Blanco, R. R., & Ortiz, M. S. (2006). Monotorización del paciente. Técnica anestesica para la cirugía ungueal. In A. M. Nova (Ed.), *Podología: Atlas de cirugía ungueal* (pp. 93-98). Madrid: Editorial Medica Panamaricana.
- Boulton, A. J. M. (2004). The diabetic foot: from art to science. The 18th Camilo Golgi lecture. *Diabetologia*, 47, 1343-1353. doi: 10.1007/s00125-004-1463-y
- Cunha, N. A. (2006). *Sistematização da assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas*. Bacharelato, União de Escolas Superiores da Funeso, Olinda.
- Espinho, C. H. V. N. G. (s. d.). História Retrieved 10 de Dezembro de 2012, from http://www.chvng.pt/assets/html/chvnge_historia.html
- Espinho, C. H. V. N. G. (s.d.). Caracterização Retrieved 10 de Dezembro de 2012, from http://www.chvng.pt/assets/html/chvnge_caracterizacao.html
- . Fratura do quinto metatarso/ fratura de Jones. (s. d.) Retrieved 10 de Dezembro de 2012, from http://andreninomiya.com/PDF_AULAS/Fratura%20do%20quinto%20metatarso.pdf
- Gómez, D. A. M. (2005). Síndromes clínicas del pie diabético. Modalidades terapéuticas establecidas. Sistemas de clasificación. In D. A. M. Gómez (Ed.), *Cuidados del pie diabético* (2^a ed., pp. 101-124). Madrid: Arán.
- Kirby, K. A. (2010). Evolution of foot orthoses in sports. In M. B. Werd & E. L. Knight (Eds.), *Athletic Footwear and Orthoses in Sports Medicine* (pp. 19-35). Florida: Springer.

- Madrid, V. C. (2006). Campo estéril, preparación del instrumental y hemostasia. In A. M. Nova (Ed.), *Podología: atlas de cirugía ungueal* (pp. 99-104). Madrid: Editorial Medica Panamaricana.
- Maldonado, B. V., & Bueis, M. M. d. I. (2006). Resección en cuña de la uña y del rodete periungueal. Técnica de Winograd. In A. M. Nova (Ed.), *Podología: Atlas de cirugía ungueal* (pp. 127-131). Madrid: Editorial Medica Panamaricana.
- McCormack, A. P., & Hoppenfeld, S. (2001). Fraturas da parte anterior do pé. In S. Hoppenfeld & V. L. Murthy (Eds.), *Tratamento e reabilitação de fraturas* (pp. 483-511). São Paulo: Editora Manole Lda.
- Mendoza, N., & Ronderos, M. C. (s.d.). Úlceras venosas de miembros inferiores: fisiopatogenia, manifestaciones clínicas y tratamiento. *Revista Universitas Medica*, 44(4).
- Norman, W. (s. d.). Procedimentos de alongamento do tendão de Aquiles Retrieved 15 de Novembro de 2013, from http://www.ehow.com.br/procedimentos-alongamento-tendao-aquiles-sobre_60188/
- Nova, A. M. (2006a). Indicaciones quirúrgicas de las patologías del aparato ungueal. In A. M. Nova (Ed.), *Podología: Atlas de cirugía ungueal* (pp. 39-44). Madrid: Editorial Medica Panamaricana.
- Nova, A. M. (2006b). Onicocriptosis. In A. M. Nova (Ed.), *Podología: Atlas de cirugía ungueal* (pp. 27-33). Madrid: Editorial Medica Panamaricana.
- Remacha, P. P. O., & Sánchez, F. J. A. (2001). Neuropatía periférica en la diabetes mellitus. In F. J. A. Sánchez & P. P. O. Remacha (Eds.), *El pie diabético* (pp. 83-98). Barcelona: Masson.
- Remacha, P. P. O., Sánchez, F. J. A., & Lamazière, J. M. D. (2001). Enfermedad vascular periférica en la diabetes mellitus. In F. J. A. Sánchez & P. P. O. Remacha (Eds.), *El pie diabético* (pp. 55-81). Barcelona: Masson.
- Ruiz, S. H. (2006). Patologías del aparato ungueal. In A. M. Nova (Ed.), *Podología: atlas de cirugía ungueal* (pp. 15-16). Madrid: Editorial Medica Panamaricana.
- Serra, L. M. A. (2008). *O pé diabético: manual para a prevenção da catástrofe*. Lisboa: Lidel.
- Wille, M. P., Arantes, T. D., & Silva, J. L. M. (2009). Epidemiologia das dermatomicoses em população da periferia de Araraquara - SP. *Revista Brasileira Clinica Medica*, 7, 295-298.

Anexos

Anexo I – Cronograma

MESTRADO EM PODIATRIA CLÍNICA CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS 2011/2012

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

Legenda:

- Carnaval
- Páscoa
- Natal
- EN Época Normal Exames
- Férias
- Feriado
- Aulas
- Época de Recurso
- Apoio ao peregrino a Fátima
- Centro Hospitalar do Alto Ave - Unidade de Guimarães
- Hospital de Nossa Senhora da Conceição de Valongo
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia (serviço de ortopedia 2ª e 5ª feiras)
- Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

Anexo II – VII Congresso Nacional de Podologia

PROGRAMA DO CONGRESSO

27 de Abril 2012 - Sexta - Feira

8.30h - Abertura do Secretariado

Conferência de Abertura

9.30h - A Valoração do Pé na Abrangência Social
Prof. Doutor Pinto da Costa
Professor Honorário, Jubilado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Podiatria Infantil

10.00h - Cirurgia do Pé Plano Infantil: Técnicas/Indicações

/Complicações

Dr. Nuno Alegrete

Oropodesta / Especialista em Ortopedia Infantil

Dr. Ana Azeiteiro

Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil

10.30h - Doença de Sever, a Eficácia das Ortoteses Plantares Personalizadas na Diminuição da Dor em Crianças com Idade entre os 8 e 12 anos

Dr. António Monteiro

Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil

10.45h - Alterações Dermatológicas no Pé da Criança

Prof. Doutor Osvaldo Correia

Prof. Doutor António Monteiro

16.00h - Alimentação na Diabetes Mellitus

Dr. Andreia Santos

Nutricionista da Federação Portuguesa de Tênis

16.30h - 17.30h - Intervalo

Podiatria Geriátrica

17.30h - O Doente Geriátrico

Dr. Mário Pinto

Clinico Geral / Mestre em Geriatria / Docente do IPSN - CESPU

17.45 - Osteonecroses e Osteocondrites do Pé

Prof. José Neves

Ortopedista / Professor da Faculdade Medicina da Universidade do Porto

18.00h - Relação entre a dor no pé e a Limitação Funcional na

Comunidade Geriátrica

Dr. Bruno Oliveira

Podologista / Mestrando em Podiatria Geriátrica

Homeopatia em Podiatria

18.30h - Princípios Fundamentais da Homeopatia

Dr. Hélio Pereira

Oropedista / Presidente da Sociedade Portuguesa de Homeopatia

18.45h - Aplicabilidade da Homeopatia à Podologia

Dr. Ricardo Dias

Podologista / Pós-graduação em Cirurgia Podológica / Pós-graduação em Homeopatia

19.00h - Medicina Bioreguladora

Dr. Fernando Alves

Podologista / Especialista em Medicina Biológica e Acupuntura

21.00h - Jantar do Congresso - Hotel Meliá Ria-Aveiro

28 de Abril - Sábado

Inovação e Desenvolvimento em Podiatria

9.30h - Projectos de Investigação, Desenvolvimento e Inovação

na Área das Peleças

Eng.º Paulo Rodrigues

Doutorando em Engenharia Têxtil / Diretor Florina

9.45h - As Peleças no Pé Diabético - Avanços Tecnológicos

Mestre Helena Coimbra

Podologista / Pós-graduada do IPSN - CESPU / Centro de Investigação Tecnológicas da Saúde

10.00h - Influência Hemodinâmica de Meias Compressivas

Dr. Raquel Barros

Cardiopneumologista / Docente do IPSN - CESPU

10.15h - As Peleças nas Dermatoses - Agentes Funcion-

alizantes

Dr. Assunção Alves

Podologista / Docente do IPSN - CESPU / Centro de Investigação em Tecnologias da Saúde

10.30h - 11.30h - Intervalo

Calçadooterapia

11.30h - Investigação e Inovação no Sector do Calçado -

Materiais, Componentes e Tecnologia para Calçado do Futuro

Prof. Doutora Maria José Ferreira

Directora de Investigação e Qualidade do Centro Tecnológico do Calçado de Portugal

11.45h - Sistemas Avançados para Avaliação do Conforto do

Calçado

Prof. Doutora Vera Vaz Pinto

Investigadora no Centro Tecnológico do Calçado de Portugal

13.00h - Calçado Adequado - Declive máximo Fisiológico

Dra. Joana Azevedo

Mestre em Engenharia de Materiais

Grupo Cordeiro Saúde / Responsável Podiatria

Canal Sapo Saúde

13.15h - A Podologia no Calçado Profissional

Dr. Fátima

Podologista / Especialista em Engenharia Humana pela UMinho e atual

mestranda

13.30h - O Calçado e o Doente Diabético

Dr. António Esteves

Podologista / Mestrando em Podiatria Clínica

13.00h - 15.00h - Intervalo para Almoço

Podiatria Cirúrgica

15.00h - Cirurgia Percutânea do HAV

Dr. Alexandre Gaspar

Podologista / Mestre em Cirurgia Podológica pela Universidade de Barcelona

15.15h - Complicações Pós Cirúrgicas da Cirurgia Podológica

Dr. Patrício Esteban-Serrallera

Podologista / Clínica del Pie Pontevedra-Vigo

15.30h - Patologias Suscetíveis de Cirurgia MIS

Dr. Luis Castillo Sánchez

Podologista / Máster em Cirurgia Podológica / Membre Fellow AAFAS

15.45h - Cirurgia Podológica do 1º raio

Dr. Esteban de Hita-Carropo

Podologista / Clínica Podológica de Haro

16.00h - Cirurgia do Antepé e Relação com o Antepé

Dr. Manuel Cordero

Podologista / Director da Clínica Mayral foot center / Federação de Baile

Desportivo da Catalunya

16.30h - 17.00h - Intervalo

Temas Livres em Podiatria

17.00h - Simpósio Terapêutico em Podologia

Dr. Santiago Gómez

Podologista / Autor do Guia Farmacológica de Utilização em Podologia -

Espanha

17.15h - Teoria de Rothbart

Prof.ª Doutora Liliana Avidos

Podologista / Professora Coordenadora do IPSN - CESPU / Centro de Investigação

Tecnológicas da Saúde

17.30h - Panorama Nacional da Podologia - A Propósito de

um Estudo

Marta Maciel

Representante dos Alunos do 1º Ano do Curso de Licenciatura em Podologia

17.45h - Qualidade em Podologia: Avaliação da Perceção da

Qualidade Assistencial na Área Clínica da Faculdade de

Podologia de Sevilha

Dr. Manuel Coheira Jimenez

Podologista / Colaborador Clínico da Universidade de Sevilha

18.00h - Deontologia - a Ética na Podologia

Dr. Ricardo

Jurista / Conselheiro da Associação Portuguesa de Podologia

18.30h - Sessão de Encerramento

Comissão Organizadora: Comissão de Honra

Dr. Paulo Macedo

Presidente

Dr. Jorge Foz

Dr. António Esteves

Prof. Dr. Joaquim Moreira

Dr. Filipe Baptista

Comissão Científica

Prof.ª Doutora Alcino Almeida-Dias

(Presidente)

Prof. Doutor António Braga

Prof.ª Doutora Virginia Novel

Prof.ª Doutora Maria do Céu Monteiro

Prof.ª Doutora Liliana Avidos

Mestre Miguel Oliveira

Mestre Vera Vaz Pinto

Mestre Assunção Alves

Mestre Helena Coimbra

Mestre Ana Maria Oliveira

Dr.ª Liliana Pinto

Mestre Janeti Lenas

Anexo III – Jornadas do Pé Diabético

	
08h30 - Credenciação	12h20 - Debate
09h15 - "Pés a Caminho" - Caminhada pelos Diabéticos	13h00 - Almoço Livre
10h20 - Sessão de Abertura Presidente das Jornadas Prof. Doutor António Almeida-Dias Presidente do Grupo CESP	SESSÃO II
11h10 - Coffee-break - Visita a Exposição da Indústria	Moderador: Dr. Manuel Azevedo Portela
SESSÃO I	15h00 - Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes Dr. José Manuel Boavida Coordenador do Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Diabetes da DGS
Moderador: Dr. Domingos Gomes	15h20 - Feridas na Diabetes - Novas abordagens Terapêuticas Prof. Doutor Aníbal Justimiano Presidente da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas
11h40 - Diabetes no Quotidiano Prof. Doutor José Luís Medina Presidente da Sociedade Portuguesa de Diabetologia Professor Catedrático da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto	15h40 - Como Evitar as Amputações com Novas Tecnologias Prof. ^a Doutora Liliana Avidos Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Saúde do Norte
12h00 - Diabetes e Exercício Físico Prof. Doutor José Soares Professor Catedrático da Faculdade de Desporto da Universidade do Porto	16h00 - Debate
	16h30 - Encerramento
	16h40 - Farewell Coffee - Visita ao Espaço da Indústria
	20h00 - Jantar de Beneficência para os Diabéticos, com ementa elaborada pelo Chef Hélio Loureiro – Porto Palácio Hotel