

Olga Isabel Oliveira da Silva

Relatório de Estágio Profissionalizante em Podiatria Infantil

Relatório de Estágio

Mestrado em Podiatria Infantil

Fevereiro 2013

Índice

Mestrado em Podiatria Infantil.....	9
Introdução	11
Aulas de Estágio - Orientações Tutoriais de Estágio (OTE).....	13
Clínica Pediátrica de Braga.....	17
Laboratório de Ortopodologia na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa	19
Rastreio / Visita em Bragança no Centro APADI (Associação de Pais e Amigos do Diminuído e Intelectual)	21
Clínica Nova Saúde - Unidade Clínica de Vila Nova de Famalicão	25
Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva CESPU de V. N. Famalicão ..	27
Dia Mundial da Criança - no Porto - Palácio de Cristal.....	29
Clínica Nova Saúde - Unidade Clínica de Gandra.....	31
Centro Social de Baltar.....	37
Escolas onde foram realizados rastreios podológicos	43
Escola Básica de Cristal	44
Jardim de Infância de Lagar - Vandoma – Baltar.....	48
Dados estatísticos das Escolas visitadas e da Clínica CESPU - Gandra	53
Escolas da Lixa – Amarante	57
Estágio no Hospital S. João – Porto	59
Seminários na Escola Superior de Saúde do Vale de Sousa CESPU-Gandra	75
Avaliação global da participação nos seminários.....	80
Conclusão	81
Bibliografia.....	83
Anexos	85
Anexo I – PAPI (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil)	87

Anexo II – PAPI (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil)	89
Anexo III – Folheto de Podologia Infantil.....	91
Anexo IV – Poster de Podologia Infantil.....	93
Anexo V – Folha de Pedigrafia	95
Anexo VI – Folha de Ilustração para pintar	97
Anexo VII – Poster 1.....	99
Anexo VIII – Poster 2	101
Anexo IX – Poster 3.....	103
Anexo X – Registo de Presenças	105
Anexo XI – Declaração de Presenças em Seminários	125

Índice de Figuras

Figura 1 - Foto representativa do Mestrado em Podiatria Infantil.....	9
Figura 2 - Tema apresentado no congresso	15
Figura 3-Claudicação Figura 4-Caminhar Figura 5-Ava. Hiper. MI.	15
Figura 6 - Clínica Pediátrica de Braga	17
Figura 7 - Consultório de Podologia Infantil na Clínica Pediátrica de Braga	18
Figura 8 - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa onde se encontra o departamento de Ortopodologia	19
Figura 9 - Grupo que esteve no centro Figura 10 - Logotipo do APADI....	21
Figura 11 - Unidade Clínica Famalicão Figura 12 - Consultório de Podologia	25
Figura 13 - Instalações do Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação	27
Figura 14 - Atividades realizadas com as crianças no Jardim do Palácio de Cristal no Porto.....	29
Figura 15 - Instalações da Cespu – Gandra	31
Figura 16 - Consultório onde se efetuam as consultas e na qual se realiza a avaliação	32
Figura 17 - Observação no podoscópio durante a recolha de dados.....	32
Figura 18 - Centro Social de Baltar.....	37
Figura 19 - Centro Social de Baltar – Parque infantil	37
Figura 20 - Instalações da Escola de Mariz	55
Figura 21 - Hospital S. João do Porto.....	59
Figura 22 - Símbolo da Ala Pediátrica do Hospital S. João “O Joãozinho”...	70
Figura 23 - Aplicação no pé de Bandas Neuromusculares	76
Figura 24 - VI Congresso Nacional de Podologia e I Jornadas de Podiatria	79

Índice de Quadros

Quadro 1 – Alterações mais frequentes e os respetivos tratamentos.....	23
Quadro 2 – Caraterização da amostra por idades.....	33
Quadro 3 – Caraterização do tamanho do calçado.....	33
Quadro 4 – Alterações estruturais, dérmicas e ungueais	34
Quadro 5 – Avaliação do joelho no plano frontal e no plano sagital.....	34
Quadro 6 – Caraterização da avaliação no podoscópio.....	35
Quadro 7 – Caraterização da manobra de Jack.....	35
Quadro 8 – Caraterização da manobra de pontas.....	35
Quadro 9 – Caraterização do retropé	36
Quadro 10 – Caraterização de pedigrafias	36
Quadro 11 – Caraterização por idades	38
Quadro 12 – Caraterização consoante o número do calçado	38
Quadro 13 – Alterações estruturais e dérmicas	39
Quadro 14 – Avaliação do joelho no plano frontal e sagital.....	39
Quadro 15 – Avaliação pelo podoscópio	40
Quadro 16 – Avaliação da manobra de Jack.....	40
Quadro 17 – Avaliação manobra de pontas.....	40
Quadro 18 – Avaliação do retropé.....	41
Quadro 19 – Caraterização das pedigrafias.....	41
Quadro 20 – Caraterização por idades	44
Quadro 21 – Alterações estruturais e dérmicas	45
Quadro 22 – Caraterização dos joelhos no plano frontal e sagital	45
Quadro 23 – Caraterização do podoscópio.....	45
Quadro 24 – Caraterização da manobra de Jack	46
Quadro 25 – Caraterização da manobra de pontas.....	46
Quadro 26 – Caraterização do retropé	46
Quadro 27 – Caraterização de pedigrafias	47
Quadro 28 – Caraterização por idades	48
Quadro 29 – Caraterização pelo número do calçado	48
Quadro 30 – Alterações estruturais e dérmicas	49
Quadro 31 – Caraterização do joelho no plano frontal e sagital.....	49
Quadro 32 – Caraterização no Podoscópio	49
Quadro 33 – Caraterização da manobra de Jack	50

Quadro 34 – Caraterização da manobra de pontas.....	50
Quadro 35 – Caraterização do retropé	50
Quadro 36 – Caraterização de Pedigrafias	51
Quadro 37 – Caraterização por faixa etária.....	53

Índice de Anexos

Anexo I – PAPI (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil)	87
Anexo II – PAPI (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil)	89
Anexo III – Folheto de Podologia Infantil.....	91
Anexo IV – Poster de Podologia Infantil.....	93
Anexo V – Folha de Pedigrafia	95
Anexo VI – Folha de Ilustração para pintar.....	97
Anexo VII – Poster 1.....	99
Anexo VIII – Poster 2	101
Anexo IX – Poster 3.....	103
Anexo X – Registo de Presenças	105
Anexo XI – Declaração de Presenças em Seminários	125

Mestrado em Podiatria Infantil



Figura 1 - Foto representativa do Mestrado em Podiatria Infantil

A Podiatria Infantil é uma especialidade da Podologia que inclui o diagnóstico e o tratamento do pé infantil e alterações do caminhar. Esta especialidade aborda as atuais patologias do pé infantil e previne o aparecimento de problemas futuros.

O Mestrado em Podiatria Infantil tem como objetivo, a especialização bem como a complementaridade dos estudos na área da Podologia, nomeadamente através dos cuidados primários, paliativos, corretivos e compensatórios do pé da criança, a frequente atualização de conhecimentos torna-se imprescindível para que os profissionais que exercem a Podologia num contexto multidisciplinar no tratamento dessas patologias, possam assim reunir uma maior capacidade de intervenção para o benefício do utente e da Saúde Pública.

Introdução

O Relatório de Estágio do Mestrado em Podiatria Infantil do 2º ano foi realizado durante o ano letivo de 2011 e está enquadrado na disciplina do Estágio Profissionalizante.

Este estágio percorreu vários locais entre eles estão a Clínica Nova Saúde de Gandra e de Famalicão, o Laboratório da Ortopodologia de Gandra, o Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva de Famalicão, a Clínica Pediátrica de Braga, o Agrupamento das Escolas do Porto, da Maia, de Paredes, de Amarante e da Lixa, o Centro de APADI em Bragança, o dia Mundial da Criança no Palácio de Cristal na cidade do Porto e o Hospital de São João do Porto em alguns serviços.

Neste Estágio estivemos sempre acompanhados sob a orientação de um orientador de estágio e de acordo com os locais nos quais estagiamos, entre os quais o Mestre Miguel Oliveira, o Professor Doutor Manuel Fontoura, a Professora Doutora Iva Brito, o Doutor Nuno Alegrete, o Mestre Manuel Azevedo Portela, o Mestre Vítor Hugo Oliveira e o Doutor Domingos Gomes.

Os Seminários que se realizaram no âmbito do estágio, ocorreram nas instalações da Cespu – Escola superior de saúde do Vale do Sousa. E estiveram presentes os seguintes Palestrantes: o Professor Doutor Simon Spooner, o Professor Doutor Sebastian Gabriel Demoiny, o Mestre Eduardo Merino, o Professor Doutor Ricardo Moreira da Silva, o Doutor Roberto Pascoal e ainda os Palestrantes do congresso. No entanto um dos seminários foi realizado no VI Congresso Nacional de Podologia e nas I Jornadas de Podiatria, sendo estes realizados na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e entre como palestrantes, estiveram presentes o Doutor Robert Issacs, a Professora Doutora Iva Brito e a Doutora Patricia Pinto.

Neste Relatório de Estágio descreveu-se as atividades desenvolvidas em cada um dos locais, o que se observou e o que se realizou durante todo este estágio incluindo a recolha de dados que se efetuou.

Como considerações finais podemos encontrar as conclusões, nas quais descrevo a experiência gratificante que foi este estágio, bem como os ensinamentos que este me proporcionou, e que bem úteis serão no meu futuro no enquadramento profissional tal como a nível pessoal.

Aulas de Estágio - Orientações Tutoriais de Estágio (OTE)

O responsável por este estágio foi, Mestre Miguel Oliveira. Tendo sido este realizado nas instalações da Escola Superior de Saúde Vale do Sousa Cespu - Gandra.

Durante este estágio que envolveu todos as colegas do mestrado realizamos várias atividades, das quais efetuamos as seguintes ações:

- Preparamos diversos documentos e elaboramos várias cartas necessárias de acordo com os procedimentos necessários no âmbito deste estágio, tais como as autorizações para as escolas nas quais realizamos os rastreios e ainda entre outras como as cartas para a nossa dissertação de mestrado.
- A preparação do dia Mundial da Criança no dia 1 de Junho de 2011, envolveu todas as alunas deste mestrado, tendo sido para o efeito necessário várias reuniões de forma a planear todas as atividades e materiais necessários para que fosse possível uma ação de sensibilização e informação sobre o papel da Podiatria Infantil no Dia Mundial da Criança, para o efeito elaboramos para esse dia um poster informativo sobre a Podiatria Infantil, um desdobrável informativo para as crianças entregarem aos seus pais, com informações acerca dos seus pés, e a elaboração de uma folha com desenhos atrativos que serviria para a recolha da pegada plantar através de um pedigrafo, isto é, o exame que regista graficamente a pegada plantar em papel apropriado, tendo sido esta oferecida à criança para ela a levar para casa e mostrar aos seus progenitores, de forma a que estes ficassem informados sobre as intervenções da Podiatria Infantil. Os desenhos foram impressos em folhas A4 com figuras subjacentes à informação que queríamos passar, sendo estas simultaneamente educativas e divertidas permitindo que as crianças as pudessem pintar com os lápis de cores fornecidos para o efeito, todos estes elementos gráficos utilizados nesta ação estão presentes nos anexos deste relatório.

- A organização e recolha dos materiais necessários para a realização do evento do Dia Mundial da Criança, envolveu todas as colegas, tendo sido os materiais utilizados durante esta ação, as mesas, as cadeiras, as fotocópias, os lápis de cor, pedigrafos, etc, estes eram os materiais necessários e estavam de acordo com o planeado e com as várias atividades que pretendíamos realizar com as crianças nesse dia.

- O PAPI (Anexo I) é um Protocolo de Avaliação da Podiatria Infantil e foi realizado e construído pelas alunas do primeiro mestrado em Podiatria Infantil como ferramenta para uma avaliação completa e como um meio para conseguirmos abranger todas as áreas da avaliação e ainda abranger um pouco de cada área específica em particular, e ainda nos fosse possível obter um maior número de dados e informação para avaliação integrada, de forma a diagnosticar e tratar as diversas patologias ocorridas no membro inferior, bem como para podermos avaliar e encaminhar outras patologias que não são tratadas pelos Podiatras.

- O 1º PAPI elaborado inicialmente era muito extenso, pelo que decidimos reduzi-lo de forma a que este ficasse menor e simplificado de forma a que a sua utilização nos fosse mais prática e simplificada, nomeadamente na recolha de dados, uma vez que esta iria ser aplicada em crianças e que estas como são impacientes, nomeadamente as mais novas, ao fim de algum tempo poderiam perder a paciência e ainda pelo facto de este protocolo ser muito extenso, mesmo para o que o profissional tenha o trabalho de recolha facilitado aumentando assim o seu interesse na sua utilização e não perca demasiado tempo na recolha de dados.

- Elaboração de um novo PAPI (Anexo II), simplificado e sintetizado que tornou possível a recolha de dados sem perder demasiado tempo e simultaneamente valorizando os dados importantes e necessários e que estes não fossem insuficientes nessa recolha.

- Elaboramos e apresentamos o protocolo do PAPI para apresentação no VI Congresso Nacional de Podologia e o I Jornadas de Podiatria.



Figura 2 - Tema apresentado no congresso

Elaboramos três Posters (Anexos VI, VII e VIII) para apresentar no VI Congresso Nacional de Podologia e I Jornadas de Podiatria com os seguintes temas:

- A Claudicação na Criança (Figura 3).
- O Caminhar na Ponta dos Pés (Figura 4).
- Avaliação da Hiper mobilidade do Membro Inferior, Revisão da Literatura (Figura 5).



Figura 3-Claudicação

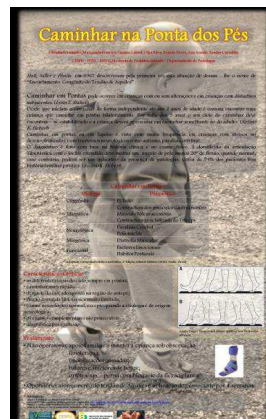


Figura 4-Caminhar



Figura 5-Ava. Hiper. MI

- Discussão de ideias de forma a definirmos a forma como iríamos efetuar o rastreio nas escolas e quais as escolas que elegeríamos para efetuar o rastreio.

- Efetuamos ainda para a utilização nas diversas ações camisolas, t-shirts e polos e batas com desenhos identificativos e relacionados com Podiatria Infantil para que mais facilmente nos reconhecessem nas diversas atividades que iríamos realizar.

Clínica Pediátrica de Braga

O responsável por este estágio foi o Mestre Manuel Azevedo Portela. Este foi realizado nas instalações da Clínica Pediátrica de Braga no dia 14 de Fevereiro de 2011 das 14:00 horas às 20:00 horas.



Figura 6 - Clínica Pediátrica de Braga

Em Braga existe uma parceria entre a Cespu e a Clínica Pediátrica de Braga, sendo esta uma Clínica de Pediatria com várias especialidades entre as quais se encontra a consulta de Podologia Infantil, sendo esta realizada por um profissional da podologia o Mestre Manuel Portela. Recorrem a esta consulta os encarregados de educação com as crianças, para observar essencialmente as deformações ou alterações que os pés dos seus filhos apresentam e queixas que as crianças também referem. O tipo de utentes que normalmente surgem nesta consulta são, crianças entre os dois e os três anos de idade até os dez a doze anos de idade, tanto do género feminino como masculino, sendo as patologias apresentadas diversas entre as mais comuns as deformidades do pé, tais como por exemplo os pés planos valgus, onde se realizam vários estudos e se aplica um tratamento ortopodológico segundo uma ortótese plantar. Surgem ainda patologias

dermatológicas que aparecem com alguma frequência, uma das mais comuns são os Papilomas víricos as ditas verrugas plantares, que segundo Buxton (2003) são lesões epiteliais hiperqueratósicas e circunscritas de natureza originada pelo vírus do papiloma humano e são mais comuns em pacientes mais jovens, e para as quais existem vários tratamentos locais podológicos para sua eliminação.

Nesta consulta observei duas crianças de seis anos e dez anos de idade que vieram realizar a continuação do tratamento por apresentarem papilomas víricos na planta dos seus pés. Foi efetuado um tratamento local, o mais comum e usado na Podologia sendo este a utilização do ácido Nítrico e após a sua aplicação, colocou-se um pequeno penso protetor que seria removido no dia seguinte, e viria realizar a continuação do seu tratamento passado os sete dias, e assim consecutivamente até desaparecer por completo a lesão. As outras duas crianças de cinco anos e de sete anos de idade vieram a esta consulta já com tratamentos realizados já de algum tempo e vieram realizar um controlo dos suportes plantares que lhe tinham sido aplicados há cerca de quinze dias, estes estavam bem adaptados sem necessidade de qualquer retificação e sem qualquer queixa por parte da criança, tanto num caso como no outro, pois estas já usavam suportes plantares há algum tempo, estes apenas eram novos porque o seu pé cresceu e os suportes plantares ficaram mais curtos nos seus pés, viriam a fazer novo controlo dos seus suportes plantares daí a seis meses.



Figura 7 - Consultório de Podologia Infantil na Clínica Pediátrica de Braga

Este estágio foi muito interessante, visto a clínica se dedicar única e exclusivamente à Pediatria.

Laboratório de Ortopodologia na Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

O responsável por este estágio foi o Mestre Vítor Hugo Oliveira. Este foi realizado nas instalações da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Cespu - Gandra. E foi realizado no dia 18 de Fevereiro de 2011 das 14:00 horas às 20:00 horas e no dia 13 de Maio de 2011 das 14:00 horas às 20:00 horas, no departamento de Ortopodologia.



Figura 8 - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa onde se encontra o departamento de Ortopodologia

Esta aula foi realizada no laboratório de ortopodologia segundo a orientação do Mestre Vítor Hugo Oliveira, durante a qual se apresentou com dois casos clínicos, já com diagnóstico, um com o pé plano valgo e o outro com um pé cavo tendo como objetivo a realização de uns suportes plantares para cada um dos casos, de acordo com a patologia já previamente diagnosticada. Efetuaram-se sobre os moldes já realizados, o desenho do padrão, elegeram-se os materiais indicados para a patologia, sendo que neste caso foi escolhido o subortholen de espessura de 3mm. De seguida iniciou-se o seu corte, passando depois à construção do suporte plantar, que necessitou do aquecimento dos componentes para posteriormente estes se moldarem através do vácuo, estes foram posteriormente estabilizados e finalmente polidos, foi ainda realizado um reforço plantar total com microcortiça. Após esta operação foi efetuado um polimento em varo no calcanhar bilateral,

para o caso do pé plano valgo e para o outro caso de um pé cavo, apenas se colocou um "post" no calcanhar bilateralmente com o polimento uniforme para estabilizar o calcanhar.

Após a conclusão do suporte plantar, procedeu-se a uma discussão final com os colegas intervenientes sobre a aplicação, a eleição do material e a confeção do suporte plantar tendo em conta as patologias apresentadas e a escolha desta técnica tanto para um caso como para o outro.

Este estágio foi muito produtivo, pois os meios utilizados na aprendizagem serviram de reciclagem e permitiram relembrar alguns conceitos anteriormente adquiridos e ainda tive a oportunidade de colocar em prática novos conhecimentos que enriqueceram a minha aprendizagem.

Rastreio / Visita em Bragança no Centro APADI (Associação de Pais e Amigos do Diminuído e Intelectual)

O responsável por esta participação / estágio foi o Mestre Miguel Oliveira, tendo sido realizada esta visita ao Centro no dia 16 de Março de 2011.



Figura 9 - Grupo que esteve no centro Figura 10 - Logotipo do APADI

A APADI é uma instituição promotora do individuo enquanto pessoa. Os utilizadores são pessoas portadoras de deficiência mental grave, do distrito de Bragança. As instalações da APADI, estão distribuídas por dois edifícios que têm a capacidade para 77 utentes em lar residencial e 30 em CAO – Centro de Atividades Ocupacionais.

No âmbito da nossa visita a este centro, que tinha como objetivo efetuar um rastreio aos seus utentes, no entanto devido à condição de saúde física dos mesmos, não foi possível efetuar uma avaliação o mais correta possível.

Contudo, os utentes que foram avaliados num total de 22, apenas 11 foram avaliados em bipedestação, sendo que os restantes estavam em cadeiras de rodas.

Os utentes que apresentavam alguma autonomia foram avaliados e foi verificado que o seu pé era em Equino, sendo este tipo de pé mais

frequente e que correspondeu a 27,3%, seguindo-se o pé plano com 18,2%.

Os utentes que estavam em cadeira de rodas apresentavam maioritariamente pés com astrágalo verticalizado.

Outras patologias avaliadas, tais como as alterações dérmicas que foram muito frequentes, predominando ainda a desidratação, as hiperqueratoses e as querotodermias, verificou-se ainda que as hiperqueratoses e os helomas também eram frequentes sendo estas verificadas nos pés Equinos.

Ao nível ungueal as onicomicoses apresentavam uma maior prevalência tendo sido estas verificadas em cerca de 50% do total dos casos avaliados.

Os dedos em garra e os HAV (Hallux Abductos Valgus) foram as alterações estruturais mais frequentes entre estes utentes.

Procedeu-se a algumas intervenções nos utentes tendo-lhes sido aplicados os seguintes tratamentos:

Quiropodologia – em cerca de 50% dos utentes maioritariamente deslaminação de hiperqueratoses e helomas e rebaixamento das lâminas ungueais, devido à sua espessura excessiva.

Ortopodologia – aconselhou-se o uso de suportes plantares em seis dos utentes avaliados, isto é em cerca de 27,27%.

Alterações Dérmicas	Desidratação	7	72.7%
	Hiperqueratoses	4	
	Queratodermias	4	
	Helomas	4	
	Hiperhidrose	2	
	Dermatomicose	2	
Alterações Ungueais	Onicomicoses	11	50%
	Onicogrifoses	4	18.2%
	Onicocriptoses	2	9.1%
Tipos de Pé	Pé Plano	4	18.2%
	Pé Cavo	1	4.5%
	Pé Equino	6	27.3%
Alterações Estruturais	HAV	5	22.7%
	Dedos em Garra	7	31.8%

Tratamentos	Quiropodologia	50%
	Ortopodologia	27,27%

Quadro 1 – Alterações mais frequentes e os respetivos tratamentos

O quadro 1 caracteriza de forma percentual as alterações mais observadas assim como a atividade desenvolvida por nós neste centro, com os seus utentes.

Este estágio foi muito interessante porque me permitiu ter contato, com uma população que normalmente não está acessível no meu habitat profissional.

Clínica Nova Saúde - Unidade Clínica de Vila Nova de Famalicão

O responsável por este estágio foi o Mestre Manuel Azevedo Portela. Este estágio foi realizado nas instalações da Clínica Nova Saúde – Unidade Clínica de Vila Nova de Famalicão pertencente à Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Cespu – V N Famalicão. Foi realizado no dia 2 de Março de 2011 das 14:00 horas às 20:00 horas e no dia 23 de Março de 2011 das 14:00 horas às 20:00 horas.



Figura 11 - Unidade Clínica Famalicão Figura 12 - Consultório de Podologia

A utilização do espaço da Clínica durante período da tarde à 4ª feira é feita pela consulta de Podologia Infantil, orientada pelo Mestre Manuel Azevedo Portela. Este possui uma equipa bem formada e bem dirigida.

Nesta consulta avaliam-se crianças com patologias diversas entre as quais pudemos observar onicocriptoses e estas surgem com alguma frequência geralmente por mau corte das unhas, corte esse feito essencialmente pelos seus progenitores e como tal procedemos ao seu tratamento.

Outra patologia verificada com alguma frequência, é o aparecimento de Papilomas víricos, mais conhecidas por verrugas plantares e estas surgem com mais frequência nas crianças que frequentam piscinas ou balneários

entre outros locais. Também se procedeu ao seu tratamento local, sendo a aplicação do Ácido.

A consulta desta criança de três anos de idade veio remetida pelo Pediatra que por indicação a conduziu a esta consulta por suspeita de pé plano. Ao se proceder a uma avaliação física da criança foi observado que esta apresentava um pé plano dentro dos padrões de normalidade para a sua idade, no entanto aconselhamos o seguimento da sua evolução em nova consulta, passados seis meses para um melhor controlo da sua evolução, esperando que esta se venha a verificar dentro de um padrão de normalidade e que no futuro não ocorram alterações biomecânicas.

A outra consulta foi de controlo de suportes plantares entregues há quinze dias atrás visto a criança apresentar um pé plano valgo, e pudemos verificar que estes estavam bem adaptados e sem queixas do paciente, aconselhou-se ainda um novo controlo dos suportes plantares passados seis meses.

Esta consulta apresenta uma boa dinâmica e mesmo com uma pequena equipa esta funciona muito bem, assegurando esta consulta muito específica e tão necessária com uma equipa multidisciplinar em que nos podemos enquadrar.

Este estágio foi interessante, pois teve como pacientes uma população infantil e ainda consegui identificar as vantagens de um bom trabalho em equipa.

Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva CESPU de V. N. Famalicão

O responsável por este estágio foi o Doutor. Domingos Gomes e este foi realizado nas instalações do Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva, que pertence à Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Cespu – V. N. Famalicão. Foi realizado nos dias 19 de Março de 2011 das 14:00 horas às 19:00 horas, no dia 20 e 21 de Abril de 2011 das 14:00 horas às 19:00 horas.



Figura 13 - Instalações do Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação

Este centro pertence à CESPU de Famalicão e trata-se de um complexo médico no qual se efetua uma avaliação médica dos atletas praticantes de desporto.

O responsável por este estágio foi o Doutor Domingos Gomes sendo que estivemos acompanhados com a equipa residente e com outros profissionais de saúde.

A avaliação podológica do Exercício Físico e do Desporto, foi efetuada pelos profissionais residentes e a nossa intervenção teve que ser efetuada conjuntamente com os alunos do 2º ano de Mestrado de Podiatria do Exercício Físico e do Desporto, resumindo-se esta apenas a observar como se realiza essa avaliação podológica.

Já existia um relatório desportivo e nós como alunos de estágio em Podiatria Infantil apenas colaboramos no seu preenchimento, tendo verificado que neste relatório já existia uma parte referente ao membro inferior.

As avaliações efetuadas nos dias em que assisti, foram essencialmente consultas de avaliação de atletas praticantes da modalidade de futebol, todos estes eram do género masculino. Estes atletas iniciavam a sua avaliação efetuando o preenchimento de uma ficha clínica na qual eram registados os seus dados pessoais e de seguida era-lhes realizado um eletrocardiograma por um médico que continuava com o preenchimento da ficha clínica, seguidamente era-lhes realizada uma avaliação Podológico-Desportivo, sendo esta avaliação efetuada pelos colegas do Mestrado do 2º ano e cuja finalidade era a de recolher dados concretos, que permitissem obter uma avaliação o mais completa possível e sendo esta direcionada, mais especificamente a desportistas.

Esta pequena equipa ainda está em formação, mas com muitas perspetivas para realizar um bom trabalho, embora ainda se encontrem no início da sua atividade e com muito trabalho a realizar pela frente.

Este local de estágio foi distinto dos outros locais, pois a observação dos pacientes estava direcionada para a atletas, o que implica uma observação específica e ligada ao desporto, o que me permitiu adquirir conhecimentos e competências.

Dia Mundial da Criança - no Porto - Palácio de Cristal

O responsável por esta participação no âmbito do estágio foi o Mestre Miguel Oliveira. Este foi realizado no dia 1 de junho de 2011 no Dia Mundial das Crianças e foram utilizados os Jardins do Palácio de Cristal na Cidade do Porto.



Figura 14 - Atividades realizadas com as crianças no Jardim do Palácio de Cristal no Porto

No âmbito do estágio, os alunos do mestrado de Podiatria Infantil esteve presente nesta atividade realizada no dia 1 de junho de 2011 "Dia Mundial da Criança", promovendo assim um rastreio infantil e execução de algumas atividades lúdicas, sendo estas um meio de obter uma maior consciencialização, dos cuidados a observar no pé infantil, nesta atividade foram observadas mais de 3.500 crianças e esta ação teve como principais objetivos:

- Prevenir e detetar as alterações que ocorrem nos membros inferiores prevenindo assim as alterações que podem influenciar o correto desenvolvimento da criança;
- Educar as crianças e informar pais e educadores, acerca dos cuidados básicos de higiene, quais os sinais de alerta e o tipo de calçado mais indicado;

- Promover a preservação da integridade funcional dos pés.

Todos estes objetivos foram alcançados integralmente.

Para este evento utilizamos vários documentos que anexamos (Anexos, III, IV, V e VI), sendo estes III- Folheto de Podologia Infantil, IV- Poster da Podiatria Infantil, V - Folha da pedigrafia e VI - Folha de ilustração para pintar.

Foram também efetuadas varias atividades lúdicas para as crianças, nas quais nos envolvemos, pois como Mestrandos em Podiatria Infantil sabíamos da importância destas atividades lúdicas como um meio para promover também a saúde dos pés da criança, assim foram realizadas várias atividades, tais como a divulgação da nossa especialidade, através do recurso a meios didáticos e elaboramos um poster informativo sobre a Podiatria Infantil e no que consiste esta especialidade, elaboramos também um folheto informativo para as pessoas, pais e acompanhantes das crianças, sendo estes posteriormente afixados em local de fácil acesso para que os acompanhantes e as crianças, pudessem ler algumas informações que achamos importantes nos cuidados e alertas a ter com os pés da criança. No local colocamos também atividades para as crianças que se nos dirigiam, tais como desenhos divertidos para pintarem e ainda educativos e que tinham subjacente informações sobre os pés e foi preparada uma folha para realizarmos a recolha da impressão de uma pegada plantar, a qual era entregue às crianças depois de efetuada, para que as crianças a pudessem observar, com esta ação obtivemos uma boa resposta das crianças e estas ficaram admiradas com a observação da sua pegada. A pegada plantar foi realizada com a criança em bipedestação e nela foi possível registar a impressão plantar em papel apropriado.

Este estágio foi muito interessante, porque permitiu aliar uma parte lúdica com a parte profissional, que foi muito bem aceite pelas crianças e os seus acompanhantes, num espaço bem aberto e diferente de uma consulta habitual.

Clínica Nova Saúde - Unidade Clínica de Gandra

O responsável por este estágio foi o Mestre Miguel Oliveira sendo este realizado nas instalações da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, Cespu – Gandra e este foi realizado nos dias 23 de Fevereiro de 2011 das 14:00 horas às 18:00 horas, no dia 2 e 9 de Março de 2011 das 14:00 horas às 18:00 horas, na Clínica Nova Saúde - Unidade Clínica de Gandra das 14:00 horas às 18:00 horas.



Figura 15 - Instalações da Cespu – Gandra

Na Clínica Nova saúde da Cespu na Gandra foi possível avaliar crianças com idades compreendidas entre os 2 e os 16 anos de idade e estas eram oriundas do Centro de Acolhimento Mãe D' Água, localizadas em Valongo, com o qual a Cespu, detém um protocolo de colaboração entre estas duas entidades, as crianças foram avaliadas com o relatório (PAPI), sendo com este possível, efetuar uma recolha de dados, na qual participaram todos os elementos que compõe o curso de mestrado em Podiatria Infantil, seguidamente avaliamos os resultados recolhidos de acordo com o PAPI, e que apresento nos quadros em anexo.



Figura 16 - Consultório onde se efetuam as consultas e na qual se realiza a avaliação



Figura 17 - Observação no podoscópio durante a recolha de dados

Foi seguido o relatório segundo o PAPI.

- No seu total foram vistas 25 crianças.
- Género: Feminino - 14 crianças - 56%
Masculino - 11 crianças - 44%

As idades variavam entre os 2 anos de idade e os 16 anos de idade.

Idades	Nº crianças	Percentagem
2 anos	1	4%
3 anos	4	16%
4 anos	2	8%
5 anos	2	8%
6 anos	2	8%
9 anos	4	16%
10 anos	3	12%
11 anos	1	4%
12 anos	1	4%
14 anos	3	12%
16 anos	2	8%

Quadro 2 – Caraterização da amostra por idades

Número de calçado: O número do seu calçado varia entre o nº 18 e o nº 38.

Nº calçado	Nº crianças	Percentagem
Nº 18	1	4%
Nº 22	2	8%
Nº 24	1	4%
Nº 26	2	8%
Nº 27	1	4%
Nº 28	2	8%
Nº 30	1	4%
Nº 31	1	4%
Nº 32	2	8%
Nº 34	1	4%
Nº 35	3	12%
Nº 36	2	8%
Nº 37	2	8%
Nº 38	4	16%

Quadro 3 – Caraterização do tamanho do calçado

Fórmula digital:

- Egípcio - 15 crianças 60%
- Quadrado - 4 crianças 16%
- Grego - 6 crianças 24 %

Alterações estruturais e pontos dolorosos	Alterações dérmicas e ungueais
A (Astrágalo) - 3 crianças DG (Dedos em Garra) - 4 crianças DM (Dedos em Martelo) - 1 criança DSD (Dedos Supraductus) - 3 crianças E (Escafoide) - 6 crianças HAV (Hallux Abd Valgus) - 5 crianças	ECZ (Eczema) - 2 crianças HQ (Hiperqueratoses) - 1 criança ONC (Onicocriptosis) - 2 crianças ONM (Onicomicoses) - 4 crianças VR (Verrugas) - 5 crianças

Quadro 4 – Alterações estruturais, dérmicas e ungueais

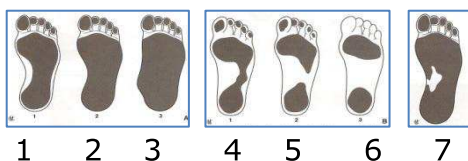
Plano Frontal			Plano Sagital		
	N	%		N	%
G. Valgo	13	52%	G. Hiperextensus	6	24%
G. Normal	9	36%	G. Normal	16	64%
G. Varo	1	4%	G. Flexus	1	1%

Quadro 5 – Avaliação do joelho no plano frontal e no plano sagital

A amostra total foram 25 crianças, no entanto excluímos 2 crianças - 8%.

No entanto não foi efetuado o estudo em duas crianças, porque uma delas com dois anos de idade apresentava síndrome alcoólico-fetal e ainda não se conseguia manter em bipedestação e a outra criança porque estava de canadianas.

Podoscópio:



Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	5	20%	Fig. 1	2	8%
Fig. 2	5	20%	Fig. 2	8	32%
Fig. 3	-	-	Fig. 3	-	-
Fig. 4	9	36%	Fig. 4	11	44%
Fig. 5	2	8%	Fig. 5	-	-
Fig. 6	2	8%	Fig. 6	2	8%
Fig. 7	-	-	Fig. 7	-	-

Quadro 6 – Caracterização da avaliação no podoscópio

Manobra de Jack:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	12	48%	Normal	11	44%
Incompleto	4	16%	Incompleto	5	20%
Patológico	7	28%	Patológico	7	28%

Quadro 7 – Caracterização da manobra de Jack

Manobra de Pontas:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	21	84%	Normal	21	84%
Patológico	2	8%	Patológico	2	8%

Quadro 8 – Caracterização da manobra de pontas

Retropé:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Varo	2	8%	Varo	2	8%
Valgo	19	76%	Valgo	19	76%
Neutro	2	8%	Neutro	2	8%

Quadro 9 – Caraterização do retropé

Pedigrafias:



1 2 3 4 5 6 7

Simétricas - 15 pedigradias - 60%

Assimétricas - 8 pedigradias - 32%

Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	6	24%	Fig. 1	6	24%
Fig. 2	4	16%	Fig. 2	5	20%
Fig. 3	-	-	Fig. 3	-	-
Fig. 4	12	48%	Fig. 4	10	40%
Fig. 5	1	4%	Fig. 5	2	8%
Fig. 6	-	-	Fig. 6	-	-
Fig. 7	-	-	Fig. 7	-	-

Quadro 10 – Caraterização de pedigrafias

Este estágio permitiu uma experiência muito gratificante, pois participamos numa das melhores recolhas de dados com as crianças, sendo esta bastante enriquecedora tanto a nível profissional como pessoal.

Centro Social de Baltar

O responsável por este estágio foi o Mestre Miguel Oliveira, sendo este realizado no Centro Social de Baltar no dia 22 de Junho de 2011 das 09:00 horas às 13:00 horas.



Figura 18 - Centro Social de Baltar



Figura 19 - Centro Social de Baltar – Parque infantil

Neste estágio as crianças foram avaliadas segundo o relatório (PAPI), sendo possível com este efetuar uma recolha de dados completa nas crianças, nesta recolha participaram, todos os elementos que compõe o curso de Mestrado em Podiatria Infantil. Seguidamente avaliamos os resultados recolhidos de acordo com o relatório o PAPI, e que apresento nos quadros em anexo.

Foram observadas no total cerca de 126 crianças, no entanto foram excluídas 3 crianças (2,4%):

Género: Feminino - 61 crianças - 49%

Masculino - 62 crianças - 50,4%

Peso: Criança com menos peso 10,9kg, criança com mais peso 40,4kg, média do peso 19,1kg.

As idades variaram entre 1 e os 6 anos de idade.

Idades	Nº crianças	Percentagem
1 ano	5	4,1%
2 anos	13	10,6%
3 anos	18	14,6%
4 anos	34	27,6%
5 anos	37	30,1%
6 anos	16	13%

Quadro 11 – Caraterização por idades

Número de calçado: O número do seu calçado varia entre o nº 18 e o nº 33.

Nº calçado	Nº crianças	Percentagem
Nº 18	1	0,8%
Nº 20	2	1,6%
Nº 21	6	4,9%
Nº 22	5	4,1%
Nº 23	4	3,3%
Nº 24	10	8,1%
Nº 25	9	7,3%
Nº 26	11	8,9%
Nº 27	16	13%
Nº 28	18	14,6%
Nº 29	16	13%
Nº 30	13	10,6%
Nº 31	3	2,4%
Nº 32	3	2,4%
Nº 33	3	2,4%

Quadro 12 – Caraterização consoante o número do calçado

Fórmula digital:

- Egípcio - 82 crianças 66,7%
- Quadrado - 20 crianças 16,3%
- Grego - 21 crianças 17,1%

Inspeção: Sete crianças com hiperidrose.

Alterações estruturais e pontos dolorosos	Alterações dérmicas e ungueais
E (Escafoide) - 1 criança DG (Dedos em Garra) - 11 crianças DIA (Dedos Infraductus) - 1 criança DM (Dedos em Martelo) - 1 criança DSA (Dedos Suprabortus) - 4 crianças DSD (Dedos Supraductus) - 4 crianças HAV (Hallux Abd Valgus) - 6 crianças Hállux hiperextensus - 1 criança Hállux limitus - 2 crianças HV (Hallux Varus) - 1 criança Sindactília - 2 crianças	DTM (Dermatomicoses) - 1 criança HQ (Hiperqueratoses) - 1 criança ONC (Onicocriptosis) - 1 criança ONG (Onicogrifosis) - 1 criança ONM (Onicomicoses) - 6 crianças VR (Verrugas) - 1 criança

Quadro 13 – Alterações estruturais e dérmicas

Joelhos:

Plano Frontal			Plano Sagital		
	N	%		N	%
G. Valgo	121	98,4%	G. Hiperextensus	-	-
G. Normal	2	1,6%	G. Normal	120	97,6%
G. Varo	-	-	G. Flexus	3	2,4%

Quadro 14 – Avaliação do joelho no plano frontal e sagital

Podoscópio:



1 2 3 4 5 6 7

Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	51	41,5%	Fig. 1	48	39%
Fig. 2	30	24,4%	Fig. 2	34	27,6%
Fig. 3	10	8,1%	Fig. 3	9	7,3%
Fig. 4	14	11,4%	Fig. 4	18	14,6%
Fig. 5	7	5,7%	Fig. 5	4	3,3%
Fig. 6	-	-	Fig. 6	-	-
Fig. 7	11	8,9%	Fig. 7	11	8,9%

Quadro 15 – Avaliação pelo podoscópio

Manobra de Jack:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	120	97,6%	Normal	121	98,4%
Incompleto	2	1,6%	Incompleto	1	0,8%
Patológico	1	0,8%	Patológico	1	0,8%

Quadro 16 – Avaliação da manobra de Jack

Manobra de Pontas:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	123	100%	Normal	123	100%
Patológico	0	0%	Patológico	0	0%

Quadro 17 – Avaliação manobra de pontas

Retropé:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	Nº crianças	Percentagem		Nº crianças	Percentagem
Varo	0	0%	Varo	0	0%
Valgo	123	100%	Valgo	123	100%
Neutro	0	0%	Neutro	0	0%

Quadro 18 – Avaliação do retropé

Pedigrafias:



1 2 3 4 5 6 7

Simétricas - 103 pedigradias 83,7%

Assimétricas - 20 pedigrafias 16,3%

Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	26	21,1%	Fig. 1	30	24,4%
Fig. 2	39	31,7%	Fig. 2	36	29,3%
Fig. 3	15	12,2%	Fig. 3	17	13,8
Fig. 4	29	23,6%	Fig. 4	28	22,8%
Fig. 5	5	4,1%	Fig. 5	4	3,3%
Fig. 6	1	0,8%	Fig. 6	1	0,8%
Fig. 7	8	6,5%	Fig. 7	7	5,7%

Quadro 19 – Caracterização das pedigrafias

Observações: As crianças observadas apresentaram a seguintes alterações:

- Uma criança com metatarsus aductus;
- Uma criança com limitação da tibiotársica pé direito (devido a acidente);
- Uma criança com limitação da tibiotársica bilateral;

- Uma criança refere dor no calcanhar pé direito;
- Uma criança com hipermobilidade da tibiotalársica;
- Uma criança com metatarso aducto com aparência de Síndrome de Down;
- Uma criança usava Suporte Plantar recomendado pelo Ortopedista;
- Oito crianças com nevos.

Escolas onde foram realizados rastreios podológicos

O responsável por este estágio foi o Mestre Miguel Oliveira sendo este realizado nas várias Escolas visitadas durante vários dias.

O rastreio de Podiatria Infantil foi realizado nestas escolas através de um Protocolo que existe entre a Instituição e a Cespu, nomeadamente com os alunos de Medicina Dentária e estas instituições de ensino do 1º ciclo. Como a Cespu já era detentora deste protocolo nós como alunos de Podiatria Infantil da mesma instituição, associamo-nos aos alunos de Medicina Dentária com o objetivo de realizar também um rastreio nas escolas que estavam já pré destinadas a grupos de dois estagiários de Medicina Dentária e o nosso grupo associou-se a cada grupo destes alunos em grupos de 2 ou 3 colegas do mestrado de Podiatria Infantil.

Nas escolas em que tive oportunidade de acompanhar o rastreio, este foi efetuado conjuntamente com os alunos estagiários de Medicina Dentária, em algumas escolas não nos foi possível efetuar o rastreio porque a Medicina Dentária utilizou todo o tempo disponibilizado pela escola, não nos sendo possível efetuar o rastreio de Podologia Infantil, no entanto acompanhamos o rastreio deles.

Na continuação deste estágio, efetuei ainda o acompanhamento e participei conjuntamente com uma colega do mestrado na sua recolha de dados para a sua dissertação da tese de mestrado, efetuamos essa recolha de dados nos agrupamentos: Amadeu de Sousa Cardoso na Amarante e do Dr. Leonardo de Coimbra na Lixa, esses agrupamentos incluíam várias Escolas da zona de Amarante e da Lixa, nesta recolha observamos no total cerca de 950 crianças.

Escola Básica de Cristal

Esta escola foi visitada a 13 de Maio de 2011, e fica localizada na Maia.

Foram avaliadas um total de 15 crianças.

Género: Feminino - 7 crianças - 46,7%

Masculino - 8 crianças - 53,3%

As idades variaram entre 6 anos de idade e os 9 anos de idade.

Idades	N	%
6 anos	10	66,7%
7 anos	3	20%
9 anos	2	13,3%

Quadro 20 – Caraterização por idades

Peso: Criança com menor peso 17,2kg, criança com maior peso 35,4kg, média do peso 24kg.

Altura: Criança mais baixa 115cm, criança mais alta 132cm, média da altura 122,1cm.

Número de calçado: O número do seu calçado varia entre o nº 27 e nº 33

Nº calçado	N	%
Nº 27	<u>1</u>	6,7%
Nº 28	<u>4</u>	26,7%
Nº 29	<u>2</u>	13,3%
Nº 30	<u>1</u>	6,7%
Nº 31	<u>1</u>	6,7%
Nº 32	<u>4</u>	26,7%
Nº 33	<u>2</u>	13,3%

Fórmula digital:

- Egípcio - 11 crianças 73,3%
- Quadrado - 1 criança 6,7%
- Grego - 3 crianças 20%

Inspeção: Quatro crianças com hiperidrose.

Alterações estruturais e pontos dolorosos	Alterações dérmicas e ungueais
DID (Dedos Infraductus) - 1 criança DSD (Dedos Supraductus) - 1 criança HV (Hallux Varus) - 4 crianças	HQ (Hiperqueratose) - 1 criança HL (Heloma) - 1 criança ONM (Onicomicose) - 1 criança

Quadro 21 – Alterações estruturais e dérmicas

Joelhos:

	Plano Frontal		Plano Sagital		
	N	%		N	%
G. Valgo	13	86,7%	G. Hiperextensus	-	-
G. Normal	2	13,3%	G. Normal	15	
G. Varo	-	-	G. Flexus	-	-

Quadro 22 – Caracterização dos joelhos no plano frontal e sagital

Podoscópio:



Figuras	Pé Direito		Pé Esquerdo		
	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	9	60%	Fig. 1	10	66,7%
Fig. 2	1	6,7%	Fig. 2	1	6,7%
Fig. 3	-	-	Fig. 3	-	-
Fig. 4	4	26,7%	Fig. 4	3	20%
Fig. 5	1	6,7%	Fig. 5	1	6,7%
Fig. 6	-	-	Fig. 6	-	-
Fig. 7	-	-	Fig. 7	-	-

Quadro 23 – Caracterização do podoscópio

Manobra de Jack:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	13	86,7%	Normal	13	86,7%
Incompleto	-	-	Incompleto	-	-
Patológico	2	13,3%	Patológico	2	13,3%

Quadro 24 – Caraterização da manobra de Jack

Manobra de Pontas:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	15	100%	Normal	15	100%
Patológico	0	0%	Patológico	0	0%

Quadro 25 – Caraterização da manobra de pontas

Retropé:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Varo	0	0%	Varo	0	0%
Valgo	15	-	Valgo	15	-
Neutro	0	0%	Neutro	0	0%

Quadro 26 – Caraterização do retropé

Valor mais baixo valgo: 2 graus

Valor mais alto valgo: 9 graus

Média de valgo: 6 graus

Valor mais baixo valgo: 3 graus

Valor mais alto de valgo: 10 graus

Média de valgo: 5,9 graus

Pedigrafias:



1 2 3 4 5 6 7

Simétricas - 14 pedigradias 93,3%

Assimétricas - 1 pedigrafia 6,7%

Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	8	53,3%	Fig. 1	9	60%
Fig. 2	3	20%	Fig. 2	2	13,3%
Fig. 3	-	-	Fig. 3	-	-
Fig. 4	4	26,7%	Fig. 4	4	26,7%
Fig. 5	-	-	Fig. 5	-	-
Fig. 6	-	-	Fig. 6	-	-
Fig. 7	-	-	Fig. 7	-	-

Quadro 27 – Caraterização de pedigrafias

Observações: A amostra total eram 15 crianças e nenhuma foi excluída, no então verificamos a seguintes alterações:

- Uma criança apresentava dor no pé esquerdo na zona plantar;
- Uma criança apresentava dor ao realizar flexão dorsal bilateralmente;
- Uma criança apresentava um nevo no pé esquerdo na zona plantar;
- Uma criança tinha autismo.

Jardim de Infância de Lagar - Vandoma – Baltar

Esta escola foi visitada no dia 16 de Maio de 2011 e está localizada em Baltar - Paredes.

Nesta Escola foram avaliadas um total de 17 crianças.

Género: Feminino - 7 crianças - 41,1%

Masculino - 10 crianças - 58,8%

As idades variaram entre 3 anos de idade e os 5 anos de idade.

Idades	N	%
3 anos	3	17,6%
4 anos	8	47,1%
5 anos	6	35,3%

Quadro 28 – Caraterização por idades

Peso: Criança com menor peso 16,3kg, criança com maior peso 28,5kg, média do peso 19kg.

Altura: Criança mais baixa 100cm, criança mais alta 115cm, média da altura 107cm.

Número de calçado: O número do seu calçado varia entre o nº 24 e o nº 29.

Nº calçado	N	%
Nº 24	2	11,8%
Nº 25	1	5,9%
Nº 26	3	17,6%
Nº 27	4	23,5%
Nº 28	3	17,6%
Nº 29	3	5,9%

Quadro 29 – Caraterização pelo número do calçado

Fórmula digital:

- Egípcio - 12 crianças 70,6%
- Quadrado - 0 crianças 0%
- Grego - 5 crianças 29,4%

Alterações estruturais e pontos dolorosos	Alterações dérmicas e ungueais
DG (Dedos em Garra) - 3 crianças DID (Dedos Infraductus) - 1 criança DSD (Dedos Supraductus) - 3 crianças HAV (Hallux Abd Valgus) - 7 crianças	DTM (Dermatomicoses) - 1 criança ONM (Onicomiose) - 1 crianças

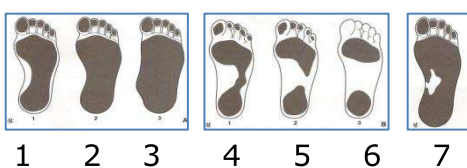
Quadro 30 – Alterações estruturais e dérmicas

Joelhos:

Plano Frontal			Plano Sagital		
	Nº crianças	Percentagem		Nº crianças	Percentagem
G. Valgo	11	64,7%	G. Hiperextensus	1	5,9%
G. Normal	6	35,3%	G. Normal	16	94,1%
G. Varo	0	0-%	G. Flexus	0	0%

Quadro 31 – Caracterização do joelho no plano frontal e sagital

Podoscópio:



Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	N	%	Figuras	N	%
Fig. 1	4	23,5%	Fig. 1	4	23,5%
Fig. 2	3	17,6%	Fig. 2	3	17,6%
Fig. 3	1	5,9%	Fig. 3	1	5,9%
Fig. 4	7	41,2%	Fig. 4	7	41,2%
Fig. 5	2	11,8%	Fig. 5	2	11,8%
Fig. 6	0	0%	Fig. 6	0	0%
Fig. 7	0	0%	Fig. 7	0	0%

Quadro 32 – Caracterização no Podoscópio

Manobra de Jack:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	13	76,5%	Normal	13	76,5%
Incompleto	4	23,5%	Incompleto	4	23,5%
Patológico	0	0%	Patológico	0	0%

Quadro 33 – Caraterização da manobra de Jack

Manobra de Pontas:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Normal	16	94,1%	Normal	16	94,1%
Patológico	1	5,9%	Patológico	1	5,9%

Quadro 34 – Caraterização da manobra de pontas

Retropé:

Pé Direito			Pé Esquerdo		
	N	%		N	%
Varo	0	0%	Varo	0	0%
Valgo	11	64,7%	Valgo	10	58,8%
Neutro	6	35,3%	Neutro	7	41,2%

Quadro 35 – Caraterização do retropé

Pedigrafias:



1 2 3 4 5 6 7

Simétricas - 10 pedigráficas 58,8%

Assimétricas - 7 pedigrafias 41,2%

Pé Direito			Pé Esquerdo		
Figuras	Nº crianças	Percentagem	Figuras	Nº crianças	Percentagem
Fig. 1	4	23,5%	Fig. 1	8	23.5%
Fig. 2	3	17,6%	Fig. 2	3	17.6%
Fig. 3	-	5,9%	Fig. 3	-	-
Fig. 4	10	58,8%	Fig. 4	6	35,3%
Fig. 5	0	0%	Fig. 5	0	0%
Fig. 6	0	0%	Fig. 6	0	0%
Fig. 7	0	0%	Fig. 7	0	0%

Quadro 36 – Caraterização de Pedigrafias

Observações: A amostra total eram 17 crianças e excluimos 1 criança - 5,9%.

- Uma criança apresentava nevo no dorso do pé esquerdo.

Dados estatísticos das Escolas visitadas e da Clínica CESPu - Gandra

Dados Gerais

A recolha de Dados do estágio foi efetuado nas Escolas visitadas e ainda nas crianças do Centro Mãe D'Água avaliadas na Clínica da CespU - Gandra, foram avaliadas no total: 339 crianças.

Idades: Variaram entre 1 ano de idade e os 16 anos de idade.

Idades	Nº crianças	Percentagem
1 anos	5	1,5%
2 anos	14	4,1%
3 anos	39	11,5%
4 anos	68	20,1%
5 anos	95	28%
6 anos	47	13,9%
7 anos	3	0,9%
8 anos	13	3,8%
9 anos	25	7,4%
10 anos	8	2,4%
11 anos	1	0,3%
12 anos	1	0,3%
14 anos	3	0,9%
16 anos	2	0,6%

Quadro 37 - Caracterização por faixa etária

Género: Feminino - 173 crianças - 51%

Masculino - 166 crianças - 49%

Os dados recolhidos revelam-se de extrema importância para que se possa realizar um bom diagnóstico das patologias que surgem nas crianças avaliadas e assim as podermos tratar quando conseguimos, precocemente diagnosticar algumas patologias e ainda identificá-las e se estas não forem

da nossa área podermos reencaminha-las para um profissional de saúde que as possa resolver e acompanha-las durante o seu desenvolvimento. Sabemos que através da prevenção podemos intervir e prevenir alterações que mais tarde podem surgir e as vir a afetar em adulto.

Escola de Mariz – Porto

A escola foi visitada dias 17 e 20 de Junho de 2011 e localizada no Porto.



Figura 20 - Instalações da Escola de Mariz

Esta foi a Escola que elegi para a recolha de dados a utilizar no estudo realizado na minha tese de mestrado, ficando esta situada no concelho do Porto, para obter as autorizações, foi elaborado uma apresentação do estudo aos Diretores da Escola de Mariz e outra que foi entregue aos pais e encarregados de educação dos alunos desta Escola, de forma a que estes fossem informados do objetivo do estudo e ao mesmo tempo puderem autorizar e permitir a recolha de dados dos alunos desta escola, pois estes servem de suporte na elaboração do estudo da minha dissertação na tese de mestrado. Fui muito bem acolhida e recebida pelos funcionários, professores e diretores, tendo sido este bom acolhimento imprescindível para uma boa recolha dos dados, pois estes criaram todas as condições necessárias para a recolha e os alunos foram espetaculares porque depois serem informados sobre os procedimentos, estes revelaram-se muito participativos e pacientes o que facilitou a recolha dos dados, tendo sido todas as tarefas muito agradáveis para mim e reciprocamente também para todos eles.

Nesta escola foi possível observar um total de 90 crianças que variavam entre os dois anos até aos sete anos de idade, tanto do género feminino como do género masculino.

Este estágio foi muito especial para mim, pois a recolha de dados aqui efetuada foi muito importante para o meu estudo.

Escolas da Lixa – Amarante

Estas Escolas foram visitadas nos dias 30 de Maio de 2011, no dia 6 de Junho de 2011, no dia 8 de Junho de 2011, no dia 9 de Junho de 2011 e no dia 16 de Junho de 2011.

As escolas que visitamos e nas quais efetuamos a recolha de dados, pertencem ao agrupamento, Amadeu de Sousa Cardoso localizado em Amarante e ainda a outro agrupamento do Dr. Leonardo da Coimbra situado na Lixa.

Nesta recolha tive a oportunidade de a efetuar conjuntamente com uma colega de Mestrado, com objetivo de poder recolher dados para a realização da sua dissertação da tese de mestrado.

Visitamos várias escolas nas quais fomos previamente autorizadas, tanto pelos seus diretores como pelos encarregados de educação das crianças, para assim pudermos efetuar a recolha de dados durante a qual foi preenchido um pequeno questionário e ainda com recurso à utilização de um pedigrafo para a recolha da pegada plantar dos alunos, procedemos ainda à recolha dos inquéritos entregues previamente aos encarregados de educação das crianças e aos quais estes responderam às questões lá colocadas.

Nesta recolha de dados realizou-se o seguinte:

-Análise geral da marcha; observação dos pés, se existia alguma malformação ou algum problema dermatológico, se os alunos se queixavam de alguma dor no pé mais propriamente no calcanhar e por fim a recolha da pegada plantar através de um pedigrafo.

De todas as escolas visitadas observamos e recolhemos dados no total cerca de 950 crianças.

Este estágio permitiu ainda efetuar mais uma recolha de dados e informação que me permitiu utilizar conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado.

Estágio no Hospital S. João – Porto



Figura 21 - Hospital S. João do Porto

Serviço de Pediatria

Este estágio foi realizado no Serviço de Pediatria - na consulta externa - e teve como responsável o Pediatra Professor Doutor Manuel Fontoura sendo este realizado nos dias 27 e 28 de Junho de 2011 e nos dias 5 e 6 de Julho de 2011.

A consulta externa da Pediatria

O responsável por este estágio foi o Professor Doutor Manuel Fontoura responsável pela consulta de Pediatria sendo que estivemos acompanhados por uma equipa multidisciplinar de Pediatria e podemos observar e acompanhar a sua dinâmica e inicialmente observamos pacientes conjuntamente com a equipa de enfermagem várias tarefas que estas realizavam, registo e medições do peso, a altura, o perímetro cefálico entre outras nas crianças, sendo este dados registados no seu boletim.

Nos adolescentes mediu-se Tensão Arterial, efetuou-se a recolha de urina para fazer as tiras Combur-Teste®, estas são adequadas para a verificação rápida de doenças renais e do trato genito - urinário, alterações do

metabolismo dos hidratos de carbono (diabetes mellitus), doenças hepáticas e de doenças hemolíticas. O reconhecimento e o despiste precoce destas doenças permitem iniciar um tratamento mais cedo possível com o objetivo de prevenir ou atrasar complicações mais graves.

Seguidamente passavam à consulta propriamente dita, sendo que cada uma destas crianças eram dirigidas para o seu médico especialista.

No entanto esta consulta era realizada em pequenos consultórios o que nos permitia apenas algumas vezes entrar na consulta, porque a sala tinha dimensões reduzidas e não permitia a existência de várias pessoas, sendo que os intervenientes eram os pais da criança, a criança e o médico, o que nos dificultava a presença e a possibilidade de ouvir a história e o exame clínico que lá era efetuado.

Esta consulta de Pediatria tem várias especialidades, entre as quais a consulta de Alergologia, na qual estive presente com a Dra. Luísa e observei foi uma criança com Fibrose Quística, uma doença hereditária que faz certas glândulas produzirem secreções anormais, resultando disso vários sintomas, sendo os mais importantes os que afetam o trato digestivo e os pulmões (Fauci, et al., 2008). Esta doença estava controlada sendo esta apenas uma consulta de rotina e verificou-se que se encontrava tudo bem ou seja, não havia nenhuma queixa do paciente nem nenhuma pergunta efetuada pelos seus pais, no entanto é normal surgirem questões porque os pais vão acompanhando os seus filhos, marcou-se de seguida uma consulta para a continuação da vigilância, sendo a próxima consulta passados os seis meses.

A outra especialidade na qual estive presente foi com a Dra. Maria do Céu da consulta de Nutrição onde observei uma criança com seis anos de idade do género feminino, doente esta com um diagnóstico de obesidade tendo sido encaminhada para esta consulta por uma colega da pediatria geral onde era acompanhada para vigilância e sem nenhum problema de desenvolvimento. Neste momento está bem controlada tendo o seu excesso de peso desaparecido e esta voltou a ter um peso normal, atualmente o seu peso é de 23Kg e a sua altura é de 1,20cm. Esta criança na sua primeira consulta foi-lhe prescrita uma dieta rigorosa e adequada à sua idade, pois como não apresentava qualquer outra patologia não foi necessário efetuar

mais nenhuma intervenção. Esta obesidade advinha um pouco porque a criança comia muitos alimentos calóricos tais como, doces, batatas fritas e outros não referidos pela sua Avó que a acompanhou nesta consulta, e tinha uma atividade muito sedentária pois via muita televisão e passava muito tempo com jogos de computador, ou seja muitas horas sentada o que lhe proporcionava esta obesidade, mas como cumpriu a dieta e passou menos horas sentada, conseguiu com sucesso a perda significativa de peso, passando este para valores considerados normais para a sua idade. No entanto deve continuar com a sua dieta e reduzir o sedentarismo, tendo sido marcada uma outra consulta para vigilância passados seis meses.

Ainda realizei outra especialidade com a Dra. Ana Maia Pediatra geral na qual observei uma criança com oito anos de idade do género feminino com uma queixa dos seus pais, visto a criança rressonar muito principalmente durante a noite, pela observação feita e sem outros sintomas aparentes não se observou mais do que um pequeno e ligeiro aumento das suas amígdalas, sendo o seu desenvolvimento normal até à data e sem outros problemas de saúde, observou-se como diagnóstico uma possível Roncopatia e a criança foi então encaminhada para outra colega da especialidade de Otorrino e foi efetuada a marcação de consulta para esta especialidade.

Serviço de Ortopedia Infantil

Este estágio foi realizado no serviço de Ortopedia Infantil e teve como responsável o Ortopedista o Doutor Nuno Alegrete sendo este realizado nos dias 4 de Julho de 2011, no dia 7 de Julho de 2011, no dia 13 de Julho de 2011, no dia 15 de Julho de 2011 e no dia 26 de Julho de 2011.

O responsável por este estágio foi o Doutor Nuno Alegrete responsável pela consulta de ortopedia sendo que estivemos acompanhados por uma equipa multidisciplinar de Ortopedia composta por enfermeira, enfermeiro instrumentista, anestesista e pelos médicos estagiários.

Neste serviço de Ortopedia Infantil percorremos vários serviços:

Na consulta externa

Nesta consulta externa de Ortopedia Infantil é normal serem observadas crianças no entanto observei como exceção a consulta de dois casos nos quais foi observada uma paciente de 81 anos do género feminino vigiada há já muito tempo, sendo esta consulta uma revisão porque lhe tinha sido realizada uma cirurgia no joelho esquerdo por apresentar uma gonartrose bastante dolorosa nos últimos meses, esta foi de origem traumática ocasionada por um acidente que esta teve em criança (não se recorda da idade do acidente), encontra-se em recuperação com uma evolução muito boa, sem queixas tomando por vezes um Paracetamol, quando apresenta uma dor ligeira referiu a paciente, fez-se uma nova marcação de revisão passados seis meses.

E ainda uma outra paciente de sessenta e cinco anos do género feminino com prótese da anca bilateralmente, tendo sido a última colocada aproximadamente há cerca de um ano e meio e esta foi colocada após uma queda no quintal da sua casa, quando tratava dele. Diz apresentar um pouco de dor que vai aumentando ao longo do dia, no entanto com o descanso esta diminui bastante, por sua iniciativa toma às vezes Paracetamol e sente-se um pouco melhor, pela exploração clínica realizada não se verificou nenhuma alteração que justifica-se as queixas da paciente, mas em todo o caso vai-se pedir a execução de um RX exame este que irá ajudar a diagnosticar melhor esta situação clínica, recomendou-se um descanso relativo e indicou-se a toma do Paracetamol em caso de dor mais forte, foi ainda marcada uma nova consulta após a realização do exame complementar com o intuito de se avaliar novamente a paciente.

Depois destes dois casos excepcionais foi avaliada uma criança com quatro anos de idade que recorreu ao serviço de urgência por ter sofrido uma queda no infantário e esta apresentava um edema no seu membro superior do lado direito, veio a esta consulta para se observar se a sua lesão estava a regredir bem e sem nenhuma alteração, a criança não tinha qualquer queixa e dizia a Mãe que não manifestava qualquer outra queixa, cumpriu todo o tratamento que lhe foi recomendada que esta respeitou na íntegra.

Foi-lhe marcado um novo Rx para que pudesse ser observada numa nova consulta de vigilância passados três meses.

Consulta de Criança de sete anos do género masculino, também oriunda do serviço de urgência à já algum tempo, pois esta criança tinha faltado à última consulta que estava marcada, justificando o pai que a acompanhava ter estado doente mas não referiu a causa, a criança apresentava um ligeiro edema no seu joelho esquerdo por ter sofrido uma queda em casa dos Avós numa brincadeira com os primos, quando estes jogavam à bola no jardim da casa, diz ter realizado o tratamento que lhe foi indicado, tendo repousado e colocado frio na zona afetada e nos primeiros dias tomou um anti-inflamatório não esteroide (AINE), neste momento apresentava-se sem qualquer sintoma local e a criança não referia qualquer queixa e após apalpação e mobilização do seu joelho, não se verificou qualquer problema e o seu desenvolvimento parece estar dentro do normal, marcou-se nova consulta passados seis meses para nova avaliação.

Consulta de criança de treze anos de idade do género feminino que veio a esta consulta por queixas de dor nas costas mais especificamente na zona torácica, sendo esta mais intensa ao fim do dia e já dura à algum tempo, no RX que apresentou não se observava qualquer alteração. Referiu que desde Janeiro de 2011 lhe tinha surgido a Menarca e estava tudo dentro da normalidade. Referiu também a Avó que a acompanhava que esta passa muito tempo no computador com os jogos e conseqüentemente muito tempo lá sentada, não gosta muito de desporto diz ser muito "caseira", daí ter obtido maus hábitos posturais, o mais importante desta consulta foi observar se existia ou não alguma alteração a nível da coluna, o que poderia afetar o seu desenvolvimento, como não se observou nada de significativo esta vai-se manter em vigilância e ter nova consulta passados oito meses para nova avaliação.

Consulta de criança com seis meses de idade do género feminino veio a esta consulta por apresentar uma ligeira rotação do seu pescoço para o lado direito, após observação, esta encontra-se realmente com uma limitação ligeira e vai realizar fisioterapia para poder recuperar essa pequena contractura muscular, sendo necessário manter a vigilância através da

marcação de uma nova consulta passados quatro meses para ser novamente observada.

Consulta de criança de cinco anos de idade enviada pelo serviço de urgência com lesão do seu cotovelo, membro superior do lado direito originado por uma queda em casa, foi-lhe aplicado uma tala durante este tempo, esta tala foi removida e após a observação esta encontrava-se bem, conseguia-se mexer normalmente e a sua mobilidade encontrava-se dentro dos parâmetros normais para este tipo de lesão, foi marcado um novo Rx em Setembro de 2011 de forma a ser avaliado em nova consulta.

Consulta de criança com doze anos de idade do género feminino, que apresenta como diagnóstico uma Escoliose Idiopática, isto é um desvio da coluna vertebral, com uma curva para a direita ou para a esquerda em forma de "S", esta deformidade patológica normalmente é hereditária e sem causas definidas (Serra, 2001). Esta criança está ser controlada nesta consulta com uma periodicidade de seis meses, para acompanhar o seu crescimento e prevenir a ocorrência de algum problema, pois a sua curva é de 15° (é uma curva considerada pequena) e que se tem vindo manter, com este RX que realizou antes de vir à consulta ainda apresenta o mesmo valor da sua curvatura, o que irá implicar a marcação de novas revisões a cada seis meses, a criança realiza como atividade desportiva a piscina três vezes por semana e não apresenta qualquer queixa.

Consulta de Criança com oito anos de idade do género masculino, que foi encaminhada pelo serviço de urgência, por ter sofrido uma queda no recreio da escola quando esta brincava com os seus colegas, fez uma contusão no seu braço direito e este apresentava-se com muito edema, mas sem sinais de fratura, tendo-lhe sido aplicado na altura uma Tala de Gesso, presentemente realizou-se a remoção da Tala de Gesso e a criança sentia-se bem, não apresentava dor após a execução de alguns movimentos, pelo que se indicou poder fazer a sua vida normal e teve alta clínica.

Consulta de Criança com seis anos de idade do género masculino que sofreu uma fratura no braço direito, esta foi uma consulta de vigilância, sem queixas por parte da criança e tinha feito uma vida normal, mesmo os movimentos do braço direito, na consulta anterior foi colocada em questão se seria necessário a realização de fisioterapia, o que se verificou não ser

preciso, esta criança realiza como atividade física a frequência da piscina duas vezes por semana, aconselhou-se a continuação de uma vida normal e nos movimentos do seu membro superior, marcou-se a realização de um novo RX de forma a ser novamente reavaliado passados seis meses em nova consulta.

Consulta de Criança com dez anos de idade que se apresentou a esta consulta, sendo acompanhada de uma carta passada, pelo seu médico da unidade de saúde familiar na área da sua residência, a criança apresentava um Quisto Sinovial, isto é uma espécie de dilatação patológica da membrana sinovial de algum tendão que armazena um líquido lubrificante que permite um melhor deslizamento dos tendões dentro das suas respectivas bainhas, a causa real é ainda desconhecida, mas esta pode surgir por traumatismos, sendo esta uma lesão de esforço repetitivo que resulta numa degeneração do tecido fibroso. O quisto é formado por um líquido sinovial e translúcido e pode aparecer em vários locais, mas ocorrendo este normalmente no punho (Fauci, et al., 2008). Este está localizado na sua mão esquerda apresentando dor aproximadamente há seis meses, já lhe tinha sido realizado uma Ecografia aos tecidos moles e um RX, como este quisto esta em crescimento e é doloroso indica-se a sua remoção através de cirurgia tendo-lhe sido pedidos exames complementares para a realização desta cirurgia e marcada nova consulta, no entanto foi-lhe indicado fazer algum repouso e tomar um Paracetamol para alívio da dor.

Consulta de Criança com três anos de idade do género masculino remetido pela urgência após uma queda, realizou um RX na urgência na qual se observou uma fratura no cotovelo esquerdo foi-lhe colocada uma tala, nesta consulta removeu-se a tala e foi feito novo RX, sendo necessário manter a vigilância e prescreveu-se um Paracetamol caso a criança se queixa-se de dor e foi marcada nova consulta passados quinze dias.

Consulta de Criança de quatro anos de idade do género masculino com diagnóstico de Exostose múltipla esta é hereditária ou osteo-condromatose múltipla, é uma anomalia do desenvolvimento do esqueleto, caracterizado pelo aparecimento na infância e adolescência, de exostoses cobertas por uma capa de cartilagem hialina, preferencialmente na região metafisária dos ossos longos, de dimensões diversas com distribuição geralmente

simétrica (Staheli, 2008). A criança foi encaminhada para esta consulta por outra colega da Pediatria, a criança não tinha queixas e apresentava uma exostose no seu braço direito na parte distal do cubito, efetuou um novo RX de todo o seu esqueleto, para observar melhor todo o seu corpo, só se recorrendo a cirurgia se houver muita dor, sendo no entanto necessário vigiar, pois ainda é cedo para se proceder a uma intervenção cirúrgica, irá ser realizada nova consulta passados seis meses e como esta anomalia se manifesta pelas deformidades limitando a mobilidade articular é necessário vigiar continuamente se ocorre alguma alteração no seu crescimento, porque esta anomalia atinge a cartilagem de crescimento e aí podemos avaliar e assim tentar controlar a anomalia dentro do que é possível.

Consulta de criança com onze anos de idade do género feminino, tendo-lhe sido diagnosticada uma Escoliose Secundária caracterizada por um desvio da coluna vertebral para a esquerda ou direita, resultante em um formato de "S" ou "C". É um desvio da coluna no plano frontal acompanhado de uma rotação e de uma gibosidade (corresponde a uma latero-flexão vertebral). A escoliose é uma deformidade vertebral de diversas origens, neste caso foi diagnosticada como sendo uma escoliose secundaria derivada de uma curvatura vertebral (Hebert, Xavier, Jr, & Filho, 1998). Esta criança foi operada há um ano atrás à sua coluna vertebral e tem esta encontra-se bem apresentando uma boa evolução, esta criança tem como exercício físico a utilização da piscina três vezes por semana, faz bicicleta quase diariamente e executa ainda caminhadas, a criança encontrava-se sem qualquer queixa, sendo apenas necessária uma nova consulta passados seis meses para novo controlo.

Consulta de Criança com catorze anos de idade do género masculino, que se apresentou nesta consulta por suspeita de apresentar uma Escoliose, realizou um RX e após a sua observação que não apresentou nenhuma anormalidade como não existiam outras queixas por parte da criança e como se encontrava bem ou dentro da normalidade para a sua idade esta teve alta clinica.

Consulta de criança com dezassete anos de idade do género feminino, que se deslocou a esta consulta, também como no caso anterior por suspeita de Escoliose, realizou-se um RX e após observação do mesmo não se

encontrou nenhuma alteração a única queixa da paciente era que tinha uma saliência que se localizava na apófise espinhosa de C7, ou seja esta encontrava-se mais elevada, mas sem relevo clínico e foi explicado à paciente toda esta situação e que não precisava de se preocupar e teve alta clínica.

Consulta de criança com treze anos de idade de género feminino, encaminhada pelo colega da Pediatria, a criança apresentava parestesias na sua mão direita e pela observação do exame complementar a Eletromiografia, chegou-se a um diagnóstico clínico de que a paciente apresentava um Síndrome do Túnel Cárpico e pelos sintomas que esta apresentava, ela seria remetida para a consulta de cirurgia tendo sido a paciente encaminhada.

Consulta de criança com dezessexes anos de idade do género feminino, na qual lhe foi diagnosticado uma Displasia da Anca bilateralmente e e que lhe tinha sido colocada uma prótese da Anca há cerca de seis meses no seu lado direito, efetuou um RX que se encontrava normal e como a paciente não apresentava qualquer queixa, pois esta teve uma boa adaptação e iniciou a execução de exercício físico na piscina uma vez por semana. Neste momento a sua única queixa era ter uma dor na perna esquerda por sobrecarga, esta paciente irá ser vigiada até ao seu limite, pois quanto mais tempo conseguirmos aguentar ou adiar a colocação de uma prótese do lado esquerdo, melhor será para a paciente. Prescreveu-se um Anti-inflamatório e um Paracetamol para quando tiver dor. Foi efetuada a marcação de uma nova consulta passados oito meses sendo necessário a realização de um novo RX antes de vir à consulta.

No Serviço de Ortopedia no piso 8 – Reunião de serviço

Neste serviço os seus profissionais têm uma reunião semanal na qual levam a discussão os casos clínicos mais complexos, verificando as diferentes opções de tratamento cirúrgico e possíveis implicações ou vantagens de uma intervenção, nestas reuniões é necessária a participação de todos profissionais para que em conjunto se determine a melhor estratégia de

intervenção em benefício do potenciando assim o sucesso da intervenção bem como o melhor tratamento e recuperação.

Ficou estabelecido que teria oportunidade de participar numa destas reuniões, limitando a minha ação apenas à minha observação sem outra ação, no entanto nesta manhã não foi possível a minha presença nessa reunião, pois esta foi adiada para mais tarde por falta de alguns médicos pois sem eles não era possível tomar uma boa decisão para o caso clínico em discussão.

No Serviço do Bloco Operatório

Esta atividade realiza-se semanalmente à 5ª feira tendo o seu início pelas 8.00 horas da manhã e termina por volta da 14.00horas, ou seja desde a preparação até ao fim das cirurgias marcadas.

Aqui existe um ritual protocolado desde o seu início, no qual todos os profissionais têm que se vestir num vestiário com pijamas cirúrgicos, próprios para a entrada no bloco operatório, removendo a nossa roupa e outros adereços ou objetos que levamos connosco, calçamos sapatos ou socas cirúrgicas, seguidamente entramos na sala de assepsia, na qual se realiza a lavagem das mãos e se veste o restante vestuário ou seja as batas cirúrgicas esterilizada, bem como as luvas, os gorros de cabeça e assim estamos prontos para entrarmos na sala de cirurgia propriamente dita

Existe uma equipa multidisciplinar composta pelas enfermeiras assistentes, a enfermeira instrumentista a Anestesista e a sua colaboradora e ainda os médicos internos de ortopedia mais o ortopedista neste caso o Dr. Nuno Alegrete. Cada um destes profissionais tem a sua função bem determinada e todos eles são muito colaborantes uns com os outros fazendo assim com que tudo funcione na máxima perfeição e evitando falhas ou surpresas.

Nessa manhã observou-se uma criança de 9 anos de idade do género masculino com um caso de um tumor ósseo benigno no seu ombro esquerdo. Este tumor era de grandes dimensões e segundo o diagnóstico a que o ortopedista Dr. Nuno Alegrete chegou, este devia ser removido por estar a comprometer as outras estruturas à sua volta.

A cirurgia foi longa, devido à sua localização, dureza e ao seu tamanho no entanto ao fim da manhã a cirurgia terminou com bastante sucesso e tudo correu muito bem. Seguidamente o tumor “uma massa” recolhida na cirurgia, foi colocada num recipiente próprio de forma a ser enviado a anatomia patológica e poder ser analisado e confirmar se o seu resultado era como supusemos inicialmente benigno.

O tumor ósseo benigno é uma manifestação pouco frequente em crianças e quando este se apresenta em crescimento pode comprometer o crescimento normal e desfigurar o membro afetado e daí a sua remoção cirúrgica (Snider, 2007). O outro caso analisado foi o de uma criança de um ano de idade do género feminino no qual efetuamos a colocação de talas de gesso por apresentar um diagnóstico de uma LCA (Luxação Congénita da Anca).

A Luxação Congénita da Anca (LCA) ou a Displasia Congénita da Anca é uma malformação congénita em que ao nascimento existe uma separação efetiva entre a epífise femoral proximal e o acetábulo, esta alteração é bastante frequente e está presente em cerca de 10% das crianças, caso seja detetada prematuramente, pode ser eliminada eficazmente, através de um simples tratamento ortopédico, o qual previne o aparecimento de problemas secundários (Staheli, 2008).

Entre os problemas secundários que podem surgir um deles é o atingimento do tornozelo e do pé, a má formação atinge tanto as estruturas ósseas, como o astrágalo e este fica em flexão plantar e em inversão, e tanto as estruturas musculotendinosas e ligamentares como o tornozelo podem ficar com hipotrofia e o pé fica consideravelmente mais pequeno tanto na sua largura como no seu comprimento (Staheli, 2008).

No Serviço de Urgência de Pediatria

No mês de Julho que coincide com o fim do ano letivo das escolas não há uma grande afluência ao mesmo porque as lesões não surgem e não se justifica estar um profissional deslocado para esse serviço quando não há doentes para esta especialidade, este estará lá quando é chamado pelos colegas de urgência se necessário pois este encontra-se de serviço no hospital a tratar de outros pacientes.

Na Consulta de Pediatria "O Joãozinho"



Figura 22 - Símbolo da Ala Pediátrica do Hospital S. João "O Joãozinho"

Na nova Ala Pediátrica do Hospital de S. João encontramos "O Joãozinho" um local onde se pretende melhorar os cuidados prestados às crianças, melhorando o seu serviço e reorganizando-o. Tem como objetivos grande rigor no tratamento, um compromisso, excelência, integridade, privacidade, partilha, acompanhamento são os baluartes do projeto "um lugar pró Joãozinho".

Foi efetuada a observação das crianças que estavam internadas nesta Ala após as suas cirurgias pois estão aqui internados, a forma como era efetuada a mudança de gessos novos no tratamento LCA e ainda em revisões de tratamentos realizados, para continuação ou o seu seguimento.

As crianças observadas foram: Uma criança de dezassete meses do género feminino com diagnóstico de LCA e em tratamento, em 18 de Julho de 2011 foi ao bloco fazer renovação de um novo gesso, encontra-se tudo bem e vai continuar em vigilância até aos seus dezoito meses.

Uma outra criança com diagnóstico de LCA agora com nove meses de idade e em tratamento desde os três meses de idade, faz revisões periódicas e vai

ao bloco operatório no dia 18 de Agosto de 2011 para mudar e colocar um novo gesso para dar continuidade ao seu tratamento.

Outra criança com oito anos de idade internada a quem se fez uma avaliação de um gesso colocado recentemente com o objetivo de realizar um alongamento da tíbia no seu membro inferior esquerdo, esta criança encontrava-se bem sem qualquer queixa e com bom prognóstico, irá ser pedido dentro dos próximos dias um novo Rx para o avaliar novamente e controlar sua situação clínica.

Outra criança com três anos de idade do género feminino que apresentava um Pé Boto em consequência de um mielomeningocele (MMC), que consiste numa malformação ou Herniação congénita, raramente adquirida, dos tecidos da medula espinhal e meninges, devido a um defeito ósseo na coluna vertebral, na sua maioria destes defeitos ocorre na região lombosacral. Esta condição pode estar associada a outros problemas e malformações, sendo que neste caso apresentava uma hidrocefalia, que também era acompanhado por um Pé Boto (Cock, Lapedes, Prada, & Pérez, 2006). Estava a ser acompanhada já algum tempo nesta consulta e era vigiada com certa regularidade, ou seja esta consulta cumpriu a sua função de vigilância.

Serviço de Reumatologia Pediátrica

Este Estágio foi realizado no serviço de Pediatria na consulta de Reumatologia Pediátrica e esteve como responsável a Professora Doutora Iva Brito e este foi realizado nos dias 13 de Julho de 2011, no dia 20 de Julho de 2011, no dia 22 de Julho de 2011 e no dia 27 de Julho de 2011.

Na Consulta externa da Reumatologia Pediátrica

Nesta consulta foi onde observei casos clínicos apesar das suas condições físicas serem reduzidas, ou seja as infraestruturas do consultório era muito pequenas e um espaço já com muitos anos e na qual se encontravam muitas pessoas nessa mesma sala, no entanto foi muito produtivo. Encontravam-se muitas pessoas entre elas a Professora Doutora Iva Brito,

duas Internas e duas Mestrandas de Podiatria Infantil e por vezes três. No entanto os pacientes foram bastante recetivos à nossa presença, depois de explicada a nossa situação de meras observadoras.

Em geral nestas consultas que são previamente marcadas, os pacientes faltam bastante e surgindo no entanto vários casos de revisão ou de 1ª primeiras consultas, sendo estes pacientes encaminhadas pelos outros colegas.

Foi observada uma Criança de quinze anos de idade do género feminino e que desde os seus nove anos de idade lhe foi diagnosticado Lupus Eritematoso Sistémico (LES) de acordo com Len, Terreri, & Hilário (2002) esta é uma doença auto-imune do tecido conjuntivo, de causa desconhecida que pode afetar qualquer parte do corpo, resultando em inflamação e destruição dos tecidos. Pode ainda afetar quase todos os órgãos e sistemas. Podem ainda predominar lesões apenas na pele e nas articulações, mas também podem ocorrer noutros locais, tais como nos rins, coração, pulmões ou no sangue. Esta criança apresenta Anemia, Poliartrite, Artralgias, Rash – vasculite cutânea por isso não pode apanhar sol, presentemente esta a tomar uma nova medicação, desde a última consulta e tem-se sentido bastante bem e estável, vai continuar com a mesma medicação até à próxima consulta que foi marcada para Novembro de 2011.

Observou-se uma Criança com dezasseis anos de idade do género feminino, que desde os oito anos lhe foi diagnosticada uma Artrite Reumatoide Juvenil esta é uma doença auto-imune sistémica, caracterizada pela inflamação das articulações (artrite), e pode levar a incapacidade funcional, além de destruir as articulações, possui manifestações sistémicas tais como: rigidez matinal, fadiga e perda de peso. Esta foi a sua segunda consulta nesta especialidade de Reumatologia, a paciente apresenta uma forma poliarticular, que lhe atingiu os ombros, a anca e os joelhos (Queiroz, 1998). Está a fazer uma medicação de corticoterapia, com a qual se está a dar bem e sem queixas da paciente apresentando apenas aquelas que são consideradas normais, foi marcada uma nova consulta passados seis meses.

Uma Criança com dezassete anos de idade do género feminino, veio a esta consulta reencaminhada por outro colega, a paciente diz ter dores nos joelhos e realizou um RX aos joelhos e efetuou análises clínicas e os

resultados apresentavam valores normais e dentro dos parâmetros da sua idade, não existindo nada mais a acrescentar nesta especialidade teve alta clínica.

Foi observada uma criança com três anos de idade do género feminino tendo sido a sua primeira consulta em Junho de 2011 na qual lhe foi diagnosticada Artrite Idiopática Aditiva Juvenil, forma oligoarticular, nas análises que efetuou o resultado da Proteína C reativa estava um pouco elevada do seu normal, nos dois meses anteriores, teve uma dor nos joelhos, teve rigidez matinal mas com o tempo foi passando e já se encontra sem queixas, está medicada com um anti-inflamatório e com a corticoterapia e vai continuar com o mesmo tratamento. Foi reencaminhada para a consulta de oftalmologia para despiste de uma Uveíte e vai fazer nova consulta para nova avaliação passado um mês.

Observamos uma Criança de dois anos e meio do género feminino, com diagnóstico de Artrite Idiopática Juvenil Pountney (2008), apresenta gonoartrite bilateral, com dor e certa rigidez matinal e com uma evolução de aproximadamente dois meses. Foi marcada uma consulta de Oftalmologia para despiste de alguma alteração. A sua medicação inclui um anti-inflamatório, um corticoide e um protetor gástrico. Foi ainda marcada nova consulta passados três meses.

Uma criança com quinze anos de idade do género masculino foi observada, doente com queixas nos joelhos desde o ano passado, no entanto com a prática de desporto melhorou, vai realizar um RX aos joelhos na próxima consulta, sendo necessária a sua vigilância uma vez ao ano, aconselhou-se a continuar com o exercício físico e foi marcada uma nova consulta.

Foi observada uma Criança com nove anos de idade do género masculino, com diagnóstico de Artrite Reumatoide Juvenil – forma sistémica, com poliartrite e que apresenta problemas ao nível do pescoço e da anca, encontra-se bem sem queixas, continua a fazer exercício físico na piscina duas vezes por semana, está controlada e vai continuar com a mesma medicação, volta a esta consulta passados seis meses.

Observou-se uma Criança com treze anos de idade do género masculino, que desde os seus oito anos de idade lhe foi diagnosticado uma Psoríase

que consiste numa doença inflamatória da pele, crónica, não contagiosa multigénica, com incidência genética em 30% dos casos. Caracteriza-se por lesões avermelhadas e descamativas, normalmente em placas, que aparecem em geral no couro cabeludo, cotovelos e joelhos (Buxton, 2003). Este paciente efetua medicação para a sua patologia e esta bem controlado, veio a esta consulta enviado pelos outro colega que acompanha esta criança, esta não apresenta qualquer queixa relativa a esta especialidade e a nível reumatológico não apresenta nem se observou qualquer sintoma para se poder prevenir ou tratar pelo que lhe foi dada alta clinica.

Avaliação global do estágio no hospital

Este estágio teve para mim uma grande importância e foi o meu local preferido, pois visto que estive num meio diferente e no qual aprendi muito, pude ter acesso a conhecimentos que não estão acessíveis a uma consulta de rotina, a variedade de casos observados permitiu-me o acesso a uma grande informação, o que valorizou a minha aprendizagem a todos os níveis, tanto a nível pessoal, como profissional e todos os profissionais destes locais, foram excepcionais, manifestando sempre grande disponibilidade para com todos os estagiários.

Seminários na Escola Superior de Saúde do Vale de Sousa CESPUGandra

Seminário de Biomecânica

Este seminário foi realizado nos dias 4 e 5 de Fevereiro de 2011 das 9:00 horas às 13:00 horas e das 14:00 às 18:00. Tendo sido realizado pelo palestrante, Professor Doutor Simon K Spooner.

Neste estágio foi abordado como tema principal a biomecânica, nomeadamente ortopodologia sendo esta especialidade aplicada na execução ortóteses plantares

O professor explicou como funcionam as Ortóteses, efetuou uma pequena abordagem à teoria da tensão dos tecidos de Fuller, descreveu a Biomecânica das ortóteses plantares, como deve ser efetuada a prescrição de ortóteses plantares, tendo em conta as opções de design de ortoses para o retopé, apresentou ainda alguns testes clínicos na prescrição de ortóteses.

Finalizando a sua palestra com o estudo de alguns casos clínicos.

Seminário de Cirurgia

Este seminário foi realizado no dia 7 de Abril de 2011 entre as 15:00 horas e as 20:00 horas. O palestrante foi o Professor Doutor Sebastian Gabriel Demoiny, neste seminário foi efetuada uma abordagem do pé plano infantil, bem como algumas técnicas de cirurgia do Pé na criança ou ainda o recurso a utilização de técnicas de gesso em contrapartida com as cirurgias, (pé boto) versus (gessos) ou seja Ponsetti, foi ainda abordada a cirurgia dos dedos em garra.

Seminário de Bandas Neuromusculares e de Manipulação Mobilização de Membro inferior

Este seminário foi realizado em dois dias, sendo o primeiro no dia 9 de Julho de 2011 das 9:00 horas às 13:00 horas e das 14:00 horas às 18:00 horas. E o segundo dia que foi realizado no dia 23 de Julho de 2011 9:00 horas às 13:00 horas e das 14:00 horas às 18:00 horas.

Como palestrante tivemos o Mestre Eduardo Merino, que o abordou com uma fase inicial teórica e de introdução ao tema Podologia baseada na evidência e uma segunda parte dedicada a uma exploração prática mostrando a implementação e o manuseamento de algumas técnicas, nomeadamente a Mobilização articular, foi feita uma abordagem das terapêuticas do síndrome miofascial, a utilização da electroacupuntura e por fim abordamos a aplicação de bandas neuromusculares.



Figura 23 - Aplicação no pé de Bandas Neuromusculares

Este seminário foi bastante interessante visto que teve um carácter muito prático e com uma grande interação com todas as colegas do mestrado, incluindo o professor que foi muito ativo e produtivo, contribuindo assim para a aprendizagem de novos conceitos e desta forma enriquecermos mais a nossa área interventiva.

Seminário sobre o Calçadoterapia

Este seminário foi realizado nos dias 22 e 29 de Outubro de 2011 das 9:00 horas às 13:00 horas e das 15:00 horas às 18:00 horas.

O palestrante foi o Professor Doutor Ricardo Moreira da Silva, que desenvolve a sua atividade profissional no Centro Tecnológico do calçado de Portugal.



Neste seminário dedicado à Importância do calçado nos dias de hoje, aonde foram abordados vários temas, entre os quais a Introdução ao calçado, breves notas históricas e estatísticas.

Foram abordados os detalhes dos processos de fabrico do calçado, a caracterização dos materiais utilizados, bem como os seus componentes e as partes no processo de produção de polímeros (Borracha, Termoplásticos e Poliuretanos), vimos ainda a importância dos Ensaio específicos, tais como os físico-mecânicos; físico - químicos, microbiológicos, térmicos e outros.

Classificamos ainda o calçado de segurança e ocasional, nomeadamente quanto à Saúde e Bem-estar do calçado, bem como observamos a definição de conforto, nomeadamente em relação aos materiais, metodologia e aplicação prática.

Foram expostos os principais defeitos do calçado, bem como a utilização de substâncias perigosas no calçado para a saúde humana.

Seminário de Ortopediatria

Este seminário foi realizado nos dias 11 e 12 de Novembro de 2011 das 9:30 horas às 13:00 horas e das 15:00 horas às 18:30 horas. O palestrante foi o Professor Robert Pascoal Podólogo e professor na universidade em Espanha.

Um dos temas referenciado neste seminário foi sobre o pé plano infantil e a sua atual situação. Falou-se ainda de um protocolo de exploração

biomecânica infantil que é usado por outros profissionais, neste caso os Podólogos que trabalham em Espanha e que está bastante completo para uma avaliação da criança, foram relatados alguns casos clínicos, referenciado este mesmo método de exploração biomecânica aplicado à criança. Outro dos temas abordados foi as assimetrias da longitude na extremidade inferior na criança, com referência à sua monitorização, decisão, diagnóstico e orientação de tratamento, sendo ainda relatado um caso clínico. Outro tema abordado foi as "Growing pains" ou seja, as dores de crescimento que muitas vezes são referenciadas pelos pais e que são o motivo de muitas consultas, como deve ser abordar o tema com os pais e também como conseguir obter um diagnóstico diferencial que é bastante importante, tendo sido feito novamente um relato de um caso clínico. Efetuou-se ainda uma referência às alterações da marcha da criança, entre as quais o tipo de marcha "in-toeing" (marcha em Adução) e "out-toeing" (marcha em Abdução) na criança e estas relacionaram-se conjuntamente com um recente conceito do "Gait Plate" aplicável na marcha em abdução, finalmente foi feita a avaliação de mais um caso clínico sobre o tema referenciado. E por último foi abordado o tema "Toe-Walkers, (marcha em pontas) que também é um dos motivos que leva a visitada criança à consulta, mas os pais nem sempre estão atentos a esta alteração, tendo sido efetuados finalmente mais um relato de um caso clínico com esta alteração na criança.

Seminário do VI Congresso de Podologia e das I^{as} Jornadas de Podiatria

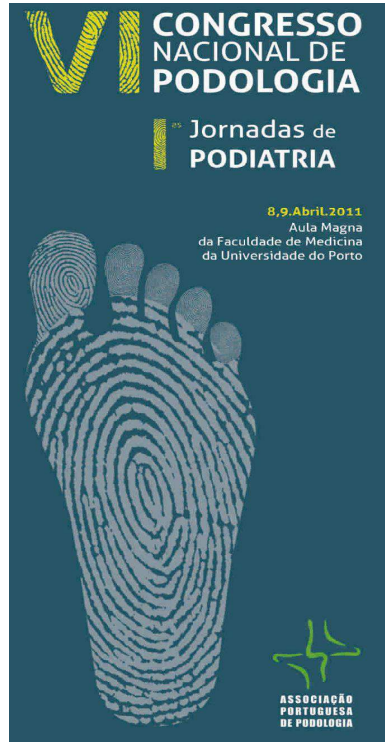


Figura 24 - VI Congresso Nacional de Podologia e I Jornadas de Podiatria

Este seminário foi realizado no Auditório da Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto nos dias 8 e 9 de Abril de 2011 das 9:00 horas às 13: 00 horas e das 15:00 horas às 19:00 horas.

Entre os vários temas abordados neste congresso, dois deles foram enquadrados nos seminários. Sendo uma dos seminários dedicado ao tema da Posturologia, na qual se discutiu a temática da avaliação postural; nomeadamente a avaliação postural no desportista; abordamos ainda o Sistema torácica postural.

Neste congresso ainda foi efetuado duas palestras uma dedicada ao tema a "Biomecânica das alterações da tíbia", bem como outra palestra dedicada ao tema Cirurgia "Offset-V Osteotomia; 1St MPT Implants."

Finalmente foi ainda realizado um seminário dedicado à podologia Infantil, no qual se abordou um tema dedicado à Neurologia infantil, referenciou-se ainda um tema alusivo à Reumatologia infantil.

Finalmente foi realizada uma palestra sobre o Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil (PAPI)

De entre as várias palestras lá realizadas e cujos conteúdos foram muito bons e de grande utilidade, destaco a apresentação do protocolo (PAPI) por uma colega do mestrado tendo sido este muito bem aceite e sentiu-se um grande interesse por este tema pela plateia.

Avaliação global da participação nos seminários

Todos estes seminários, nos quais tive oportunidade de participar, foram muito enriquecedores e de grande importância quanto ao seu conteúdo de informação, sendo que todos eles contribuíram para o meu enriquecimento pessoal e profissional, sendo uma mais-valia no conhecimento presente e futuro e imprescindíveis para o desenvolvimento da minha atividade profissional.

Conclusão

O relatório de estágio do mestrado de Podiatria infantil do 2º ano que foi realizado durante o ano letivo de 2011 que está enquadrado na disciplina de estágio profissionalizante foi muito proveitoso e enriquecedor, pois permitiu-me desenvolver competências e aplicar novos conceitos, contribuindo assim para um crescimento tanto a nível profissional, bem como a nível pessoal e este ficará para sempre na minha memória como sendo um dos marcos atingidos durante o meu percurso profissional.

De forma geral o estágio correu muito bem, pois tivemos a oportunidade de frequentar vários locais com características bem distintas e reveladoras da realidade dos profissionais na área da saúde, tivemos ainda a oportunidade de obter informações e conhecimentos muito uteis para a prática da nossa profissão e que conjuntamente os conhecimentos que eu já detinha, serviram para reforçar tudo o que de novo aprendi, bem como cimentar e renovar os conhecimentos que eu já possuía.

Todos os profissionais que estiveram diretamente envolvidos neste estágio, sem exceção foram inexcedíveis na passagem de novos conhecimentos, bem como na motivação para a prática da nossa especialidade todos eles contribuíram com informação muito importante, no decurso da minha formação

Realço ainda o companheirismo de todas as colegas neste estágio, pois fomos muito unidas e amigas, como companheiras de estudo, partilhamos todos os conhecimentos e interagimos muito bem umas com as outras durante todo o estágio, bem como durante todo o mestrado.

Neste estágio os objetivos inicialmente propostos para este, foram amplamente conseguidos e atingidos tanto ao nível dos formandos que ao nível dos formadores, pois penso que este foi enriquecedor para ambas as partes.

Bibliografia

- Buxton, P. K. (2003). *ABC of Dermatology* (4ª ed.). London: BMJ Books.
- Cock, P. R., Lapedes, J. L. D., Prada, I. C. U., & Pérez, C. A. T. (2006). *Ortopedia Infantil*. Madrid: Panamericana.
- Fauci, A. S., Kasper, D. L., Longo, D. L., Braunwald, E., Hauser, S. L., Jameson, J. L., et al. (2008). *Harrison Medicina Interna* (17ª ed.). Rio Janeiro: AMGH Editora
- Hebert, S., Xavier, R., Jr, A. G. P., & Filho, T. E. P. B. (1998). *Ortopedia e Traumatologia - Princípios e Prática* (2ª ed.). Potro Alegre: Artemed.
- Len, C. A., Terreri, M. T., & Hilário, M. O. E. (2002, Jul. / Ago.). Lúpus Eritematoso Sistêmico Juvenil e infecção. *Rev. Bras. Reumatol*, 42, 218-222.
- Pountney, T. (2008). *Fisioterapia Pediátrica*. Rio Janeiro: Elsevier.
- Queiroz, M. V. (1998). *Reumatologia Clínica*. Lisboa: Lidel.
- Serra, L. M. A. (2001). *Critérios Fundamentais em Fracturas e Ortopedia* (2ª ed.). Lisboa Lidel.
- Snider, R. K. (2007). *Tratamento das Doenças do Sistema Musculoesquelético*. São Paulo: Manole.
- Staheli, L. T. (2008). *Ortopedia Pediátrica na Prática* (2ª ed.). São Paulo: Artemed.

Anexos

Anexo I – PAPI (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil)

Nome/Entidade: _____

Código: ____

Nome: _____

Idade: _____ **Peso:** _____ kg **Altura:** _____ cm **Género:** M F

Parto: Distócito Eutócito _____ **Tempo de Gravidez:** _____ **Pré-termo** **Termo** **Pós-termo**


Gatinhou? Sim Não **Obs.:** _____ **Início do Caminhar:** _____ (meses)

Dispositivo Ortopédico: Sim Não **Obs.:** _____

Calçado Habitual: _____ **Obs.:** _____


N.º Calçado: _____ **Long. Calçado:** _____ cm **Long. Pé:** D. _____ cm E. _____ cm

Deformação do calçado: Sim Não **Varo** **Valgo**



Fórmula Digital

1. Egípcio
2. Quadrado
3. Grego

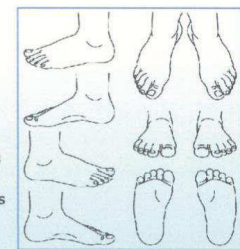


Inspeção: Coloração _____
Sudação _____
Temperatura _____
Pele _____
Tónus _____

rotações Interna Anca: M.D. _____ M. E. _____ **rotações Externa:** M.D. _____ M. E. _____

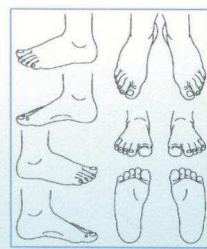
Alterações Estruturais (■) e Pontos Dolorosos (●)

- (A) Astrágalo
- (E) Escafóide
- (CM) Cabeça 1ºMtt
- (HV) Hallux Varus
- (HAV) Hallux Abd Vagus
- (DG) Dedos em Garra
- (DM) Dedos em Martelo
- (DSD) Dedos Suprproductus
- (DID) Dedos Infraductus
- (DSA) Dedos Suprabductus
- (DIA) Dedos Infrabductus
- (AE) Apófise Estilóide



Alterações Dérmicas e Ungueais (x)

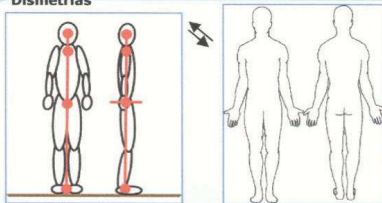
- (ONM) Onicomicoses
- (DTM) Dermatomicoses
- (ONC) Onicocriptoses
- (ONG) Onicogrifoses
- (ECZ) Eczema
- (FL) Flictenas
- (HL) Heloma
- (HQ) Hiperqueratoses
- (VR) Verrugas
- (ED) Edema



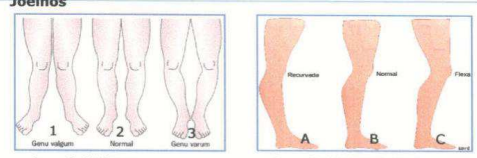
Reflexos – Rotuliano Normal Patológico **Aquiliano** Normal Patológico **Cutaneo plantar** Normal Patológico

Obs: _____

Dismetrias




Joelhos



1. G. Valgum _____
2. G. Normal _____
3. G. Varum _____

- A. G. Hiperextensus _____
- B. G. Normal _____
- C. G. Flexus _____

Podoscópio



Teste de Jack: P.D. N I P P.E. N I P

Manobra de Pontas: P.D. N P P.E. N P

Retropé (PCR): P.D.: Varo Valgo Neutro _____°
P.E.: Varo Valgo Neutro _____°

Obs.: _____

Pedigrafias: Simétricas Assimétricas



Obs.: _____

Lunge Test: P.D. ____ P.E. ____ (?????)

Navicular Drop: P.D. Diferencial: _____ P.E. Diferencial: _____

Navicular Drift: P.D. Diferencial: _____ P.E. Diferencial: _____

Laxitude Ligamentar: Sim Não

Análise da Marcha: Simétricas Assimétricas

Choque Calcânhar Varo Valgo Neutro

Apoio Médio Pronado Supinado Neutro

Elevação Digital 1º Raio Raios Centrais Bloco

Angulo de Fick ↑ Angulo de Fick ↓

Marcha:
Normal
ADD Unilateral Bilateral _____
ABD Unilateral Bilateral _____
Claudicante

Obs.: _____

Pronação

FPI 6

1. Palpação Cabeça Astrágalo	P.D. -2 -1 0 +1 +2	P.E. -2 -1 0 +1 +2
2. Curvatura Supra e Infra Maleolar	P.D. -2 -1 0 +1 +2	P.E. -2 -1 0 +1 +2
3. Posição do Calcâneo no Plano Frontal	P.D. -2 -1 0 +1 +2	P.E. -2 -1 0 +1 +2
4. Proeminência Talonavicular	P.D. -2 -1 0 +1 +2	P.E. -2 -1 0 +1 +2
5. Congruência do A.L.I.	P.D. -2 -1 0 +2 +1	P.E. -2 -1 0 +1 +2
6. ABD / ADD Antepé-Retropé	P.D. -2 -1 0 +1 +2	P.E. -2 -1 0 +1 +2

Marcha Claudicante

- Início:** _____ Gradual Súbito
- Associação:** Sim Não _____
- Visão Geral:** Lado Normal / Afetado - Dir. Esq.
- Circundução - Presente Ausente
- Fase de apoio mais prolongada - Dir. Esq.
- Padrão da Marcha - Normal Patológica
- Movimentos dos M.S. _____

Tipo de Marcha: Antálgica
Trendelemburg
Equino
Circundução

Exame Neurológico

- Coordenação Motora M.I.** M.D. N. P. M.E. N. P. Obs.: _____
- Equilíbrio: Sinal de Romberg** R - R + Obs.: _____
- Tónus Muscular** _____
- Reflexo Rotuliano:** M.D. N. P. M.E. N. P. **Reflexo Aquiliano:** M.D. N. P. M.E. N. P.
- Reflexo Cutâneo plantar:** M.D. N. B. + M.E. N. B. + Obs.: _____
- Força Muscular:**

Prova de Mingazzini	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	Teste Av. Glúteo Máximo	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>
Prova de Wartemberg	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	Teste do Quadríceps Femoral	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>
Manobra de Barré	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	Teste do Nervo Ciático	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>
Teste do M. Íliopsoas	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	Teste M. Solear e Gastrocnémios	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>
Teste de ADD das Pernas	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	Teste do M. Extensor do Hallux	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>
Teste de ABD das Pernas	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>	Sinal de Gowers	N. <input type="checkbox"/> P. <input type="checkbox"/>

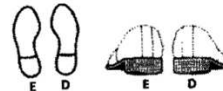
Obs.: _____

- Sensibilidade:** Dolorosa N. P. **Postural** N. P.
- Tactil N. P. **Vibratória** N. P.
- Térmica N. P. **Esterognósica** N. P. Obs.: _____

Anexo II – PAPI (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil)


ENTIDADE: _____ Código: _____

Nome: _____
 Idade: _____ Peso: _____ kg Altura: _____ cm Gênero: F M
 N.º Calçado: _____ Long. Calçado: _____ cm Long. Pé: D. _____ cm E. _____ cm
 Deformação do calçado: Sim Não Varo Valgo
 Calçado Habitual: _____
 Dispositivo Ortopédico: Sim Não Obs. _____ Botas Palmilhas



Fórmula Digital

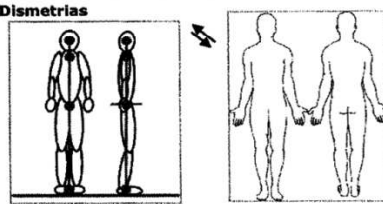
- Egípcio
- Quadrado
- Grego



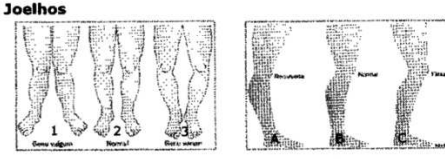
Retropé

Dir.: Varo Valgo Neutro
 Esq.: Varo Valgo Neutro

Dismetrias



Joelhos

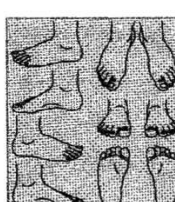


- G. Valgum
- G. Normal
- G. Varum

- G. Hiperextensus
- G. Normal
- G. Flexus

Proeminências Ósseas


- (A) Astrágalo
- (E) Escafóide
- (1ºCM) Cabeça 1ºMtt
- (HV) Hallux Varus
- (HAV) Hallux Abd Valgus
- (DG) Dedos em Garra
- (DM) Dedos em Martelo
- (DSD) Dedos Supradductus
- (DID) Dedos Infradductus
- (DSA) Dedos Supradductus
- (DIA) Dedos Infradductus




Análise da Marcha: Simétrica Assimétrica
 ADD ABD Claudica Normal
 Obs.: _____

Pedigrafias

Simétricas Assimétricas



Podoscópio



Teste de Jack: P.D. N I P P. E. N I P

Manobra de Pontas: P.D. N P P. E. N P

Lunge Test: P.D. _____ P. E. _____

Navicular Drop: P.D. Neutro _____ Relaxado _____
 P.E. Neutro _____ Relaxado _____

Navicular Drift: P.D. Neutro _____ Relaxado _____
 P.E. Neutro _____ Relaxado _____

Laxitude Ligamentar: Sim Não


Eixo Long. Interno: _____
Rotações Interna: P.D. _____ P. E. _____
Rotações Externa: P.D. _____ P. E. _____

FPI 6

- Palpação Cabeça Astrágalo: -2 -1 0 +1 +2
- Curvatura Supra e Infra Maleolar: -2 -1 0 +1 +2
- Posição do Calcâneo no Plano Frontal: -2 -1 0 +1 +2
- Proeminência Talonavicular: -2 -1 0 +1 +2
- Congruência do A.L.I.: -2 -1 0 +1 +2
- ABD / ADD Antepé-Retropé: -2 -1 0 +1 +2


Lesões Dérmicas e Ungueais

- (ONM) Onicomicoses
- (DTM) Dermatomicoses
- (ONC) Onicocriptoses
- (ONG) Onicogrifoses
- (ECZ) Eczema
- (FL) Flictenas
- (ERT) Eritema
- (HL) Heloma
- (HQ) Hiperqueratoses
- (VR) Verrugas





Anexo III – Folheto de Podologia Infantil

Nome: _____
Idade: _____ Data: _____



O estudo e diagnóstico precoce do pé da criança pode ajudar a evitar patologias na idade adulta.


Para assegurar um correto crescimento do pé deve visitar um Podologista uma vez por ano



MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL
Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva, Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral

www.cespu.pt | Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 GANDRA PRD | +351-224 157 100 | fmiguel.oliveira@ipsn.cespu.pt

PODOLOGIA INFANTIL



Guia para a Saúde do Pé Infantil

O **PODOLOGISTA** assegura um tratamento especializado e personalizado do pé da criança

O diagnóstico e o tratamento precoce do pé da criança é fundamental para assegurar um crescimento correcto e prevenir o aparecimento de alterações estruturais e funcionais.



As alterações congénitas não desaparecem com o crescimento; Não deve esperar que a criança comece a andar para cuidar de um problema que tenha detetado antes.

O facto de a criança não se queixar não é um sinal confiável; Os ossos do pé em crescimento são muito flexíveis, podem sofrer alterações sem provocar dor ou desconforto.

Caminhar é o melhor exercício para os pés; Deve observar cuidadosamente a forma como o seu filho caminha, a maior parte dos problemas são corrigíveis quando detectados atempadamente.

Andar descalço é uma actividade saudável desde que seja em solo flexível; Caminhar descalço em pavimentos sujos expõe o pé a perigo de infecção por cortes accidentais e traumatismos. Outro problema potencial são as verrugas plantares, condição provocada por um vírus que invade a planta do pé, requerem tratamento podológico e pode impedir a criança de praticar algumas actividades.

O calçado e as meias devem acompanhar o crescimento do pé e promover o normal desenvolvimento do pé da criança

O tamanho inadequado do calçado pode provocar alterações nos pés. O pé da criança deve ser cuidadosamente medido antes de comprar calçado e deve ter atenção aos sinais de irritação da pele e queixas dolorosas.

Nunca utilizar calçado já usado por outros. O facto de um determinado tipo de calçado se adaptar correctamente ao pé de uma criança, não significa que se adapta correctamente a todas as crianças. Além disso, a partilha de calçado pode ser uma fonte de infecções fúngicas como o pé de atleta.

Examine a sola do sapato. O desgaste irregular da sola pode ser sinal de patologia dos pés

O calçado não precisa de um período de adaptação. Deve ser imediatamente confortável.

O SEU FILHO USA CALÇADO ADEQUADO?

Faça o teste 1, 2, 3:

1. Verifique a rigidez do contraforte: Pressione ambos os lados do contraforte do calcanhar. Eles não devem colapsar.
2. Verifique a flexibilidade da biqueira: O sapato deve dobrar com os dedos de seu filho. A biqueira não deve ser demasiado rígido ou dobrar muito.
3. Verifique a rigidez da zona média: O calçado não deve dobrar na zona média. Se tiver dúvidas sobre a saúde do pé do seu filho contacte um Podiatra.

 CORRECTO	 INCORRECTO
 CORRECTO	 INCORRECTO
 CORRECTO	 INCORRECTO

Anexo IV – Poster de Podologia Infantil

Podiatria Infantil

O diagnóstico e o tratamento precoce do pé da Criança é fundamental para assegurar um crescimento correcto e prevenir o aparecimento de alterações estruturais e funcionais.

CONSELHOS SOBRE SAÚDE PODOLÓGICA INFANTIL PARA OS PAIS E EDUCADORES:

As alterações congénitas não desaparecem com o crescimento; Não deve esperar que a criança comece a andar para cuidar de um problema que tenha detetado antes.

• **O facto de a criança não se queixar não é um sinal confiável;** Os ossos do pé em crescimento são muito flexíveis, podem sofrer alterações sem provocar dor ou desconforto.

• **Caminhar é o melhor exercício para os pés;** Deve observar cuidadosamente a forma como o seu filho caminha, a maior parte dos problemas são corrigíveis quando detectados atempadamente.

• **Andar descalço é uma actividade saudável desde que seja em solo flexível;** Caminhar descalço em pavimentos sujos expõe o pé a perigo de infecção por cortes acidentais e a severas contusões, entorses ou fracturas. Outro problema potencial são as verrugas plantares, condição provocada por um vírus que invade a planta do pé, requerem tratamento podológico e pode impedir a criança de praticar algumas actividades.

O calçado e as meias devem acompanhar o crescimento do pé e promover o normal desenvolvimento do pé da criança

• **O tamanho inadequado do calçado pode provocar alterações nos pés.** O pé da criança deve ser cuidadosamente medido antes de comprar calçado e deve ter atenção aos sinais de irritação da pele e queixas dolorosas.

• **Nunca utilizar calçado já usado por outros.** O facto de um determinado tipo de calçado se adaptar correctamente ao pé de uma criança, não significa que se adapta correctamente a todas as crianças. Além disso, a partilha de calçado pode ser uma fonte de infecções fúngicas como o pé de atleta.

• **Examine a sola do sapato.** O desgaste irregular da sola pode ser sinal de patologia dos pés

• **O calçado não precisa de um período de adaptação.** Deve ser imediatamente confortável. Tenha a certeza que as meias e os collants utilizados na altura da compra, são os indicados para aquele tipo de calçado.

Adaptado de American Podiatric Medical Association, 2011

O **PODOLOGISTA** assegura um tratamento especializado e personalizado do pé da criança



CESPU
COOPERATIVA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
E UNIVERSITÁRIO, CRL

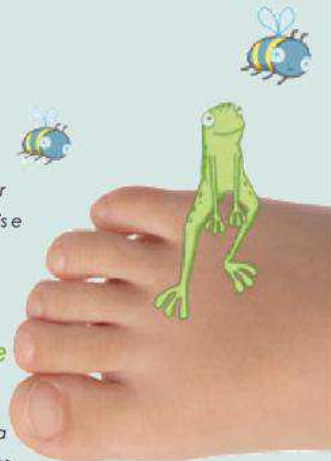


**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VAL DO SOUSA

MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL (1ª edição)

Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva,
Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral

www.cespu.pt | Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 GANDRA PRD | +351-224 157 100 | fmiguel.oliveira@ipsn.cespu.ptcespu.pt



Anexo V – Folha de Pedigrafia

O **PODOLOGISTA** assegura um tratamento especializado e personalizado do pé da criança

O diagnóstico e o tratamento precoce do pé da criança é fundamental para assegurar um crescimento correcto e prevenir o aparecimento de alterações estruturais e funcionais.



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE VALTER BOSA

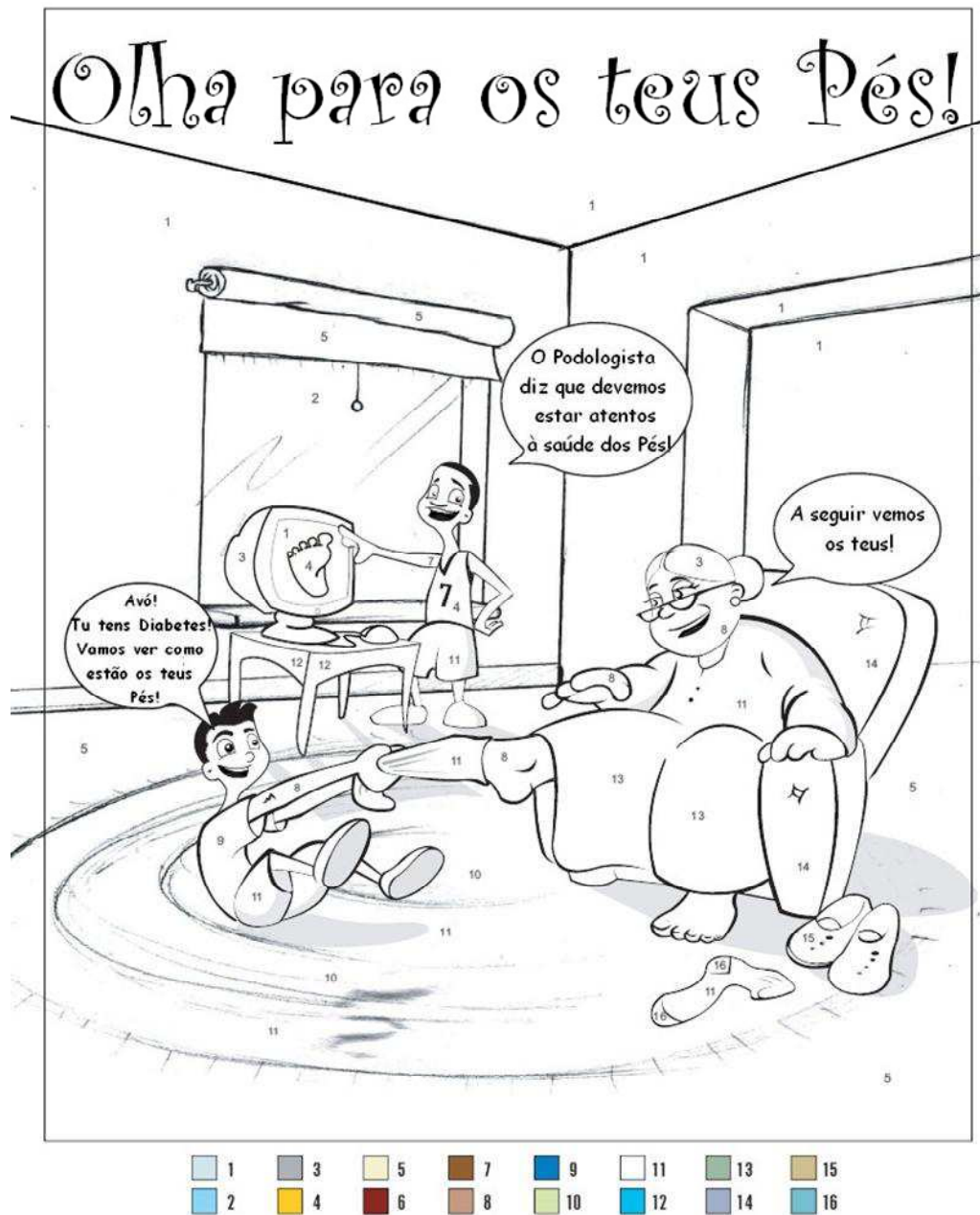
MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL (1ª edição)

Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva, Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral

www.cespu.pt | Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 GANDRA PRD | +351-224 157 100 | fmiguel.oliveira@ipsn.cespu.pt



Anexo VI – Folha de Ilustração para pintar



O PODOLOGISTA assegura um tratamento especializado e personalizado do pé da criança



MESTRADO EM PEDIATRIA INFANTIL

Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva, Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral

www.cespu.pt | Rua Central de Gandra, 1317, 4585-116 GANDRA PRD | +351-224 157 100 | fmguel.oliveira@ipsn.cespu.pt

Anexo VII – Poster 1

CLAUDICAÇÃO NA CRIANÇA

Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva, Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral

Mestrado em Podiatria Infantil – ESSVS-IPSN-CESPU

INTRODUÇÃO

Diversas são as causas para essa condição, identifica-las torna-se um desafio. Quanto maior a idade do paciente melhor se realiza a anamnese tornando-se o exame físico mais completo e facilitando o raciocínio na procura da origem do distúrbio (Palencia, 2000).

O caminhar é um acto complexo que permite o movimento do indivíduo, devido a um conjunto de processos que envolve vários órgãos, aparelhos e sistemas (Palencia, 2000).

A alteração de qualquer destes elementos originara um transtorno do caminhar com características específicas. O que nos leva a estudar o caminhar é pensar “esta criança, não caminha bem”, o que nos leva a analisar onde está o transtorno (Garcia & Coelho, 2009).

DEFINIÇÃO

Claudicação é um caminhar anormal geralmente causada por dor, fraqueza ou deformidade.

CAMINHAR ANTALGICO	CAMINHAR DO ABDUTOR	CAMINHAR EM EQUINO	CAMINHAR HEMIPARETICO
<ul style="list-style-type: none">•CAUSAS<ul style="list-style-type: none">•Trauma•Fracturas•Infecção/inflamação•Síndrome excesso de uso•CARACTERISTICAS<ul style="list-style-type: none">•Dolorosa•Presença de uma fase de apoio mais curta do lado afectado•Local mais frequente é a anca•Aumento da sensibilidade•Diminuição da amplitude de movimento•EXAMES /TESTES<ul style="list-style-type: none">•Radiografias•Estudo analítico (HC, VSG, PCR)	<ul style="list-style-type: none">•CAUSAS<ul style="list-style-type: none">•Paralisia cerebral•Displasia da anca•CARACTERISTICAS<ul style="list-style-type: none">•Fraqueza dos musculos abdutores•Displasia da anca•Disturbio neuromuscular da anca•Oscilação lateral do ombro•Queda da pelve sobre o lado sem apoio durante a fase de apoio sobre uma perna – sinal de trendelenburg•EXAMES/ TESTES<ul style="list-style-type: none">•Radiografia da pelve em ortostatismo•Exame neurologico	<ul style="list-style-type: none">•CAUSA<ul style="list-style-type: none">•Paralisia cerebral•Marcha idiopatica em pentas•Pé boto•CARACTERISITCAS<ul style="list-style-type: none">•Contractura do aquiles•Hiperextensão do joelho ou genu recurvatum em crianças menores•Dorsiflexão do tornozelo inferior a 10graus•EXAMES /TESTES<ul style="list-style-type: none">•Exame neurologico	<ul style="list-style-type: none">•CAUSA<ul style="list-style-type: none">•Pé doloroso•Heterometria dos M.I•CARACTERISTICAS<ul style="list-style-type: none">•Lesão na via piramidal•Peso do corpo sobre o membro não afetado•Membro afetado movimentado em arco•Membro superior afetado encontra-se junto ao corpo em semiflexão•EXAMES /TESTES<ul style="list-style-type: none">•Avaliação dos cumprimento dos membros•Exame neurologico•Avaliação da amplitude de movimento•Ortodiagramas

CURIOSIDADE

Segundo Choban e Killian (1990) numa avaliação a sessenta crianças, constataram que a anca é o local de origem da claudicação mais frequente e o pé e a coxa são os menos frequente.

Constaram também que as três causas mais frequentes da claudicação é sinovite tóxica, e a artrite séptica e trauma (citado por Staheli, L. T., 2008).

BIBLIOGRAFIA

Garcia, C., & Coelho, M. H. (2009). Neurologia Clínica, Princípios Fundamentais: Lidel.

Palencia, R. (2000). Trastornos de la marcha. Protocolo diagnóstico. Bol Pedriatria. 40. p. 97-99.

Staheli, L. T. (2008). ORTOPEDIA PEDIATRICA NA PRÁTICA (2ª Ed.): Artmed Editora S.A.



Caminhar na Ponta dos Pés

Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Susana Cabral, Olga Silva, Renata Neves, Ana Araújo, Sandra Carvalho

CESPU – IPSN – ESSVS, Mestrado de Podiatria Infantil – Departamento de Podologia

Hall, Salter e Bhalla em 1967 descreveram pela primeira vez esta situação de deram – lhe o nome de “Encurtamento Congénito do Tendão de Aquiles”.

Caminhar em Pontas pode ocorrer em crianças com ou sem alterações e em crianças com distúrbios subjacentes. (Lynn T. Staheli)

Desde que iniciam o caminhar de forma independente até aos 2 anos de idade é comum encontrar uma criança que caminhe em pontas bilateralmente. Por volta dos 3 anos o seu ciclo do caminhar deve encontrar – se estabilizado e a criança deverá apresentar em caminhar semelhante ao do adulto. (Sizínio K. Hebert)

Caminhar em pontas ou em Equino é visto com muita frequência em crianças com atrasos no desenvolvimento e com trastornos neurológicos como autismo, paralisia cerebral.

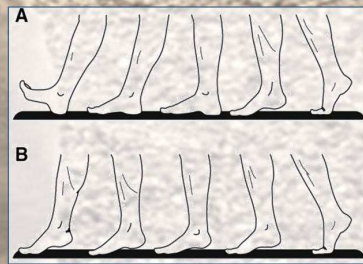
O diagnóstico é feito com base na história clínica e no exame físico. A dorsiflexão da articulação Tibiotársica com o joelho estendido deve mostrar um ângulo de pelo menos 20º de flexão, quando normal, caso contrário, poderá ser um indicativo da presença de patologias. Cerca de 71% dos pacientes têm história familiar positiva. (Sizínio K. Hebert)

Caminhar em Pontas	
Etiologia	Diagnóstico
Congénita	Pé boto
Idiopática	Contractura dos músculos Gastrocnémios
	Músculo Solear acessório Contractura generalizada do Triceps
Neurológica	Paralisia Cerebral
	Poliomielite
Miogénica	Distrofia Muscular
Funcional	Factores Emocionais
	Hábitos Posturais

Adaptado: Ortopedia Pediátrica na Prática, 2ª Edição; Artmed Editores 2008 S. Paulo - Brasil

Características Clínicas

- as diferentes etapas do ciclo sempre em pontas;
- caminhar mais rápido
- desgaste do calçado apenas na região do antepé;
- flexão dorsal da tibiotársica muito limitada;
- exame neurológico normal, excepto quando a etiologia é de origem neurológica;
- os exames complementares são pouco uteis
- diagnóstico por exclusão



Simba Tango: Experiment shows: walking heel first more efficient

Tratamento

- Não operatório: apoio familiar e manter a criança sob observação fisioterapia; imobilizações gessadas; tutores e injetores de botox; ortóteses pé –perna com bloqueio da flexão plantar
- Operatório: alongamento do tendão de Aquiles e aplicação de gesso curto por 4 semanas



Bibliografia:

Hebert, S. K. Ortopedia para Podiatras. Porto Alegre: ARTMED
 Simba (2010). Experiment shows: walking heel first more efficient, from <http://simba.tango.com/2010/02/16/experiment-shows-walking-heel-first-more-efficient/>
 Staheli, L. T. (2008). Ortopedia Pediátrica na Prática (2ª ed. Vol. 1). Porto Alegre: ARTMED
 Volpe, R., & Thomas, P. (2001). Introdução à Podiatria (2ª ed.). London: Elsevier.



Anexo IX – Poster 3

AVALIAÇÃO DA HIPERMIBILIDADE DO MEMBRO INFERIOR Revisão da Literatura

Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva, Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral
Mestrado em Podiatria Infantil – ESSVS-IPSN-CESPU

DEFINIÇÃO

A Hiper mobilidade Articular Benigna (HAB), de maneira isolada, foi citada inicialmente por Hippocrates, quando descreveu as Celtas como tendo membros tão longos que eram incapazes de pisar a corda de um arco ou lançar um dardo. Tal característica passou a ser reconhecida como uma entidade clínica no final do século XIX e representa uma variação extrema da mobilidade articular normal na maioria das articulações investigadas, não estando associada com doenças da tecido conectivo¹.

O estudo da hiper mobilidade articular, denominada por alguns autores de "erligma da fisiologia humana", tem despertado grande interesse nas últimas décadas, pois está implicada no possível desenvolvimento de vários quadros músculo-esqueléticos inespecíficos².

Vários estudos sobre hiper mobilidade articular revelam que a grau de mobilidade das articulações obedece à distribuição de Gauss, sendo os hiper móveis, a variação extrema da normalidade³.

A detecção precoce desta patologia na criança é imperativa, a correção e compensação funcional das alterações mecânicas no paciente pediátrico, pode evitar na idade adulta síndromes de dor e fadiga crónica e osteoartrite degenerativa⁴.

EPIDEMIOLOGIA

Em linhas gerais, poderá dizer que a prevalência estimada de hiper mobilidade articular generalizada é de 4% a 7% nos crianças em idade escolar.

É uma alteração mais comum em mulheres, caucasas e negras e muitas vezes é diagnosticada e vulgarizada como "dores de crescimento"⁴.

ETIOLOGIA

Alguns autores acreditam que os genes envolvidos na produção de fibrilina estejam alterados na hiper mobilidade articular generalizada, sendo outros possíveis envolvidos, os genes ligados à produção de glicoproteínas associada à miofibrina e proteínas semelhantes à fibrilina⁵. Outros sugerem que alterações dos mecanismos da propriocepção podem ser causa ou efeito da hiper mobilidade articular e postulam que os ligamentos laxos forneçam baixa regulação aferente aos receptores de alongamento do músculo, reduzindo a propriocepção. Uma alteração da acuidade proprioceptiva poderia levar a adoção de posturas biomecânicamente inadequadas, resultando em hiper extensão e hiper flexão articular, que acabam por expor a articulação a forças aumentadas, favorecendo os microtraumatismos. Tal fenómeno, favorecem as lesões de estruturas articulares e peri-articulares e, consequentemente, moles.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

Erigeira os sintomas sejam variáveis, uma das complicações mais frequentes são as dores no pé, joelho e anca associadas a uma complexa cascata de rotações compensatórias em cadeia cinética fechada que ocorrem no membro inferior, resultando na maioria das portadoras na antversão femoral, genuum valgum e hiper pronação do pé⁶.

tações óticas⁶.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS HAB	
SINAIS	SINTOMAS
Lesões mecânicas	Remissão das ténicas moles
Lesão do subacromio:	Osteíte
Joelho	epicondilitis
ombro	epicondilitis
articulação escapulo-humeral	epicondilitis
articulação temporomandibular	epicondilitis
Artrose	epicondilitis
Fracturas	epicondilitis
tendões	epicondilitis
	Ritmo articular
	temporomandibular
	Compressões nervosas:
	Síndrome túnel carpal
	Síndrome túnel tarsal
	Neuropatia
	Síndrome de Raynaud
	Hiper mobilidade do pé
	Artralgia inespecífica e migratória
	Distúrbio

O PÉ E O MEMBRO INFERIOR HIPERMÓVEL

A razão pela qual a hiper pronação afecta todo o membro inferior é explicada pelo princípio da cadeia cinética fechada: a cadeia cinética fechada tem início quando o pé encontra com o solo e qualquer movimento que ocorre num segmento da extremidade influencia os outros⁷.

Se um ou mais dos arcos do pé não fornecerem a sustentação necessária, as adaptações posturais anormais estão criadas. O stress adicional é colocado então em muitas articulações, ligamentos e músculos envolvidos na ajuda manter a postura erecta⁸.

Na HAB, a biomecânica normal do pé está comprometida. O movimento pronação do pé provoca a perda do arco longitudinal interno e aparentemente o seu alongamento devido à evensão do calcâneo e flexão plantar e adução do astrágalo que se desloca no sentido antero-medial e, assim corrigido o escoliose, colocando o pé em evensão e abdução. A articulação mediotarsiana distendida, pronação e distorsão, contraindo-se a uma flexão plantar e evensão do retro-pé. O aumento da largura astrágalo-calcâneo, o deslocamento do astrágalo no sentido antero-medial e a relação interna tibial. Provocam uma diminuição da eficiência da zona medial do antepé tornando o pé flexível e o joelho vago e recurvatum⁹.



Figura 1



Figura 2

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

Na literatura pesquisada, vários estudos foram realizados para identificar a hiper mobilidade articular generalizada, onde o método mais utilizado para análise da característica, foi a proposta por Beighton¹⁰, et al., incluído nos critérios propostos pela British Society for Rheumatology para identificar a SHA (Tabela 1), sendo sua utilização justificada por avaliar bilateralmente as articulações das diferentes partes do corpo, considerando-se hiper móveis os indivíduos que apresentam uma pontuação de no mínimo 5 pontos e no máximo 9 pontos nos somatório das cinco variáveis consideradas¹¹.

1. Opção passiva do polegar à face flexora do antebraço; (Fig. 3)
2. Deflexão passiva do quinto dedo a 90° (Fig. 4)
3. Hiper extensão do cotovelo >10° (Fig. 5)
4. Hiper extensão do joelho >10° (Fig. 6)
5. Flexão anterior do tronco, o indivíduo coloca as palmas das mãos no chão, sem flexão os joelhos; (Fig. 7)



Figura 3

Figura 4

Figura 5

Figura 6

Figura 7

Para qualquer estudo em Pediatría, os critérios de avaliação da hiper mobilidade podem não identificar os sujeitos que têm especificamente hiper mobilidade do membro inferior¹². Em 2005, foi publicado um novo índice de avaliação, que contempla apenas movimentos da extremidade inferior e inclui pelo menos um movimento de cada articulação de cada membro, incluindo as principais articulações do pé; obtendo uma pontuação máxima de 12 pontos em cada membro¹³.

- * Flexão da articulação coxo-femoral: Contato da face anterior da coxa com o pé (Fig. 8)
- * Abdução articulação coxo-femoral: Contato dos condilos laterais da femur com a mangueta (Fig. 9)
- * Hiper extensão do joelho: Afastamento do calcâneo da mangueta superior a 3 cm (Fig. 10)
- * Teste da gaveta anterior do joelho: positivo (Fig. 11)
- * Rotação do joelho: superior a 1 cm medial/lateral, ou superior a 2 cm total (Fig. 12)
- * Flexão dorsal da articulação do tornozelo: superior 15, corpeleja fechada (Fig. 13)
- * Teste da gaveta anterior do tornozelo: positivo (Fig. 14)
- * Inversão da articulação subtalargálica: superior a 45°, com proeminência lateral da cabeça do astrágalo (Fig. 15)
- * Inversão da articulação Mediotarsiana: superior a 45° (Fig. 16)
- * Abdução e adução + Flexão dorsal e plantar da articulação Mediotarsiana: superior a 1 cm de movimento (Fig. 17)
- * Flexão Dorsal da 1ª articulação metatarso-falangica: Superior a 90° (Fig. 18)
- * Diferencial escoliódico (Fig. 19)



Figura 8

Figura 9

Figura 10

Figura 11



Figura 12

Figura 13

Figura 14

Figura 15



Figura 16

Figura 17

Figura 18

Figura 19

BIBLIOGRAFIA

1. Girdler A, Reimer T. Joint hypermobility in pediatric practice: A review. J Rheumatol. v. 20, p. 3714, 1993.
2. Lanyon L, Macdonald G. Genetic considerations of hypermobility in the look pain disorder or restless nocturn. J Intern Med 1995; 238:241.
3. Malmqvist M, Sjogren J, Eriksson J. Joint hypermobility is not a contributing factor to musculoskeletal pain in pre-adolescents. J Rheumatol 1996; 23: 1863.
4. Murray SJ. Hypermobility disorders in children and adolescents. Best practice & research Clinical Rheumatology 2005; 25:505-531.
5. Morgan A, Bird H. A. Conference report- Special interest group for joint hypermobility. J Rheumatol. 1994; 23: 1028-31.
6. Hag M, Terall D, Hamberg T. The effect of the joint hypermobility syndrome on knee joint proprioception. Br J Rheumatol 1995; 34: 1214.
7. Murray J, Wood P. Beighton joint hypermobility in childhood rheumatology 2001; 40: 489-491.
8. Frenkel A, Kaye J, Taitman J. The relationship between instrumented measurements of ankle and knee joint proprioception and perceived joint stability. J Sport Medicine and Physical Fitness 2004; 44(1): 104-107.
9. Chavette M N. Foot Posture and Posture Dynamic. Chiropractic 2004.
10. Beighton P, Solomon D, Soskolne CL. Heritable mobility in the African population. Ann Rheum Dis 1973; 32(4): 318.
11. Ilied HA. Joint hypermobility. Reports from various World groups of annual general meeting of the British Society for Rheumatology. Br Rheumatol 1992; 22(2): 229.
12. Frenkel A, Parvizi C, Lim E, Hayward A. Joint hypermobility: The use of a new assessment tool to measure lower limb hypermobility. Clinical and Experimental Rheumatology 2005; 23:413-420.

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Podiatria Infantil ANO: 2º

UNIDADE CURRICULAR: Exercício Profissionalizante

LOCAL: Escola EB 1 Feira n.º 2 - Beira

INÍCIO: 09 105 12011 FIM: 1 1

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____

NOME ALUNO(A) (Nome completo): Olga Isabel Oliveira de Silva

ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
09 105 12011	9.00 H/13H	Olga Silva	<i>[Signature]</i>	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

O(A) SUPERVISOR(A)
[Signature]



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO Souze

ANO LECTIVO: 2011

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Podiatria Intensiva ANO: 2º

UNIDADE CURRICULAR: Exatias Profissionalizante

LOCAL: Escola de Ensino - Beira

INÍCIO: 11/10/2011 FIM: 1 1

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____

NOME ALUNO(A) (Nome completo): Olga Isabel Oliveira de Silva

ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
11/10/2011	9:00/13:00H	Olga		/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A) _____

O(A) SUPERVISOR(A)

IE.94A/01

FOLHA Nº _____

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: Podiatris Integrada ANO: 2^a
 UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante
 LOCAL: Centro Intercalar Legar - Vardone [Agência 6]
 INÍCIO: 16 Maio 2011 FIM: 1 1
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): Cláudia Isabel Oliveira de Silva
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
<u>16.05.2011</u>	<u>9h00-13h00h</u>	<u>Cláudia</u>	<u>Peres</u>	<u>1 1</u>	<u>1</u>		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____
 O(A) MONITOR(A) _____ O(A) SUPERVISOR(A) _____

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: Podiatria Intensiva ANO: 2º
 UNIDADE CURRICULAR: Estratégia Profissionalizante
 LOCAL: EB, Lame - Figueiras - Vila
 INÍCIO: 00/10/2011 FIM: 1 1
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): Olga Isabel Oliveira de Silva
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
<u>00/10/2011</u>	<u>7.05/11.00</u>	<u>Olga Silva</u>	<u>[Rúbrica]</u>	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A) [Assinatura]
 O(A) SUPERVISOR(A) [Assinatura]

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Podiatria Infantil ANO: 2º
 UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante
 LOCAL: EB1 de Freixo de Cima - Lixa
 INÍCIO: 09/06/2011 FIM: 1 1
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): Olga Isabel Oliveira de Sa
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): _____

DATA	HORA ENTRADA/SÁIDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SÁIDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
09/06/2011	8:00 / 12:00	<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A) *[Signature]* O(A) SUPERVISOR(A) *[Signature]*

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: Podiatria Art-ort ANO: 2º An
 UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante
 LOCAL: Escola de Meuz - Porto
 INÍCIO: 17 10 6 2011 FIM: 1 1
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): Olga Isabel Oliveira de Sá
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): D.ª Manuela

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
<u>17 10 6 2011</u>	<u>9.30+11.15</u>	<u>Olga IS</u>	<u>[Rúbrica]</u>	<u>1 1</u>	<u>/</u>		
<u>20 06 2011</u>	<u>9.30+11.15</u>	<u>Olga IS</u>	<u>[Rúbrica]</u>	<u>1 1</u>	<u>/</u>		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)
[Assinatura]

O(A) SUPERVISOR(A)
[Assinatura]

Anexo XI – Declaração de Presenças em Seminários



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Olga Isabel Oliveira de Silva
do 2º ano do Curso de Magistério de
Psicologia Infantil, portador do B.I.C.C. nº 08972237 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 4 e 5/02/2011 das
09:00 H às 18:00 horas, no Seminário
Bionecânica - Leuges realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Grande, 05/02/2011

(Local e Data)

O Secretário,

Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
ESCALA DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO NORTE

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Grande, 18/01/2012

(Local e Data)

O Secretariado de Curso


Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
ESCALA DEPARTAMENTO DE SAÚDE DO NORTE

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Olga Isabel Oliveira de Silva
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podiatria Infantil, portador do B.T.C.C. nº 08972237 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de —, esteve presente no dia 07/04/2011 das
14:00h às 19:00 horas, no Seminário
Cirurgia, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Gondar, 07/04/2011

(Local e Data)

O Docente

Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
UNIDADE DE SAÚDE DO NORTE DO SUDE

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Gondar, 18/04/2012

(Local e Data)

O Secretariado de Curso


Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
UNIDADE DE SAÚDE DO NORTE DO SUDE
Marta Gonçalves

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Olga Isabel Oliveira de Silva
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podiatria Infantil, portador do B.I.C.C. nº 08972237 emitido em - / - / -
do Arquivo de Identificação de -, esteve presente no dia 8 e 9 / 04 / 2011 das
9:00 h às 19:00 horas, no Seminário
VI Congresso de Podiatria e Ações para a Podiatria realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Porto, 09 / 04 / 2011
(Local e Data)

O Docente,

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO CAUCA

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Guimarães, 18 / 04 / 2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso


Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO CAUCA

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Olga Isabel Oliveira de Silva
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podologia Infantil, portador do B.T/CC. nº 0 897 2237 emitido em 7/1
do Arquivo de Identificação de —, esteve presente no dia 07/07/2011 das
9:00 H às 18:00 horas, no Seminário
Bundes Nova Romântica, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Guimarães, 07/07/2011
(Local e Data)

O Docente,


Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NAVE DO NORTE

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso:

Guimarães, 28/07/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso


Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NAVE DO NORTE

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Olga Isabel Oliveira de Silva
do 2.º ano do Curso de Mestrado de
Podologia / portador do BI/CC. nº 08972237 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de —, esteve presente no dia 23/07/2011 das
9.00 h às 18.00 horas, no Seminário
Manipulação e Mobilização do Membro Inferior, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Coimbra, 23/07/2011
(Local e Data)


O Docente

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOURO

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Coimbra, 18/07/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso


ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOURO
Aida Gonçalves

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Alce Isabel Oliveira de Silva
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podiatria Dentária portador do B.I.C.C. nº 08972237 emitido em — / — / —
do Arquivo de Identificação de —, esteve presente no dia 22 de 10 / 2011 das
9:00 # às 18:00 horas, no Seminário
Calçado, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Coimbra, 29 / 10 / 2011
(Local e Data)

O Secretário

Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
POLO DA SAÚDE DO NORTE DO VALE DO SOURO

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Coimbra, 18 / 07 / 2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso


Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
POLO DA SAÚDE DO NORTE DO VALE DO SOURO

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Olya Isabel Oliveira do Silva
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podiatria infantil, portador do B.TCC. nº 08972237 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 11/11/2011 das
9:30 # às 18:30 horas, no Seminário
Ortopediatria realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Grande 12/11/2011
(Local e Data)

O Presidente,
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO BRAGA

A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Grande 18/11/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO BRAGA
A. de Gonçalves