

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

Relatório do Estágio Profissionalizante

Por

Sónia Isabel Monteiro Bessa

Gandra

Abril, 2013

Índice

Índice de Figuras	V
Índice de Anexos	VI
Introdução	1
1 Pé infantil.....	3
2 Patologias frequentes na infância	4
3 Afeções podológicas frequente na criança.....	7
4 Importância da avaliação podológica	9
5 PAPI	10
6 Exame Médico-desportivo.....	11
7 Estágio	13
7.1 Clínica Pediátrica de Braga.....	13
7.2 Unidade Clínica de Gandra e de Famalicão	14
7.3 Laboratório de ortopodologia.....	15
7.4 Agrupamento de escola de Felgueiras:	17
7.5 Alguns casos clínicos encontrados.....	21
7.6 Hospital São João – endocrinologia pediátrica	23
7.7 Hospital São João – Reumatologia pediátrica.....	27
7.8 Hospital São João – Ortopedia infantil	29
7.9 Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação.....	35
8 Orientação Tutorial.....	38
9 Seminários	41
9.1 Seminário de calçadoterapia	41
9.2 Seminário do Professor Roberto Pascual	41
9.3 Seminário de bandas neuromusculares.....	41
9.4 Congresso da Associação Portuguesa de podologia	42

10	Conclusão.....	43
11	Referências bibliográficas	44
	Anexos	47

Índice de Figuras

FIGURA 1 – CONSULTÓRIO MÉDICO NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE BRAGA	13
FIGURA 2 – SALA DA CONSULTA DE PODOLOGIA	14
FIGURA 3 – SUPORTES PLANTARES	FIGURA 4 - SUPORTES PLANTARES EM ACABAMENTOS.....16
FIGURA 5 – LABORATÓRIO DE ORTOPODOLOGIA.....	17
FIGURA 6- GRÁFICO DE DISTRIBUIÇÃO DA IDADE DOS INDIVÍDUOS DA AMOSTRA	18
FIGURA 7 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DO GÉNERO DOS INDIVÍDUOS DA AMOSTRA ...	19
FIGURA 8- GRÁFICO REPRESENTATIVO DA FÓRMULA DIGITAL DA NOSSA AMOSTRA	19
FIGURA 9 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS PONTOS DOLOROSOS E ALTERAÇÕES DIGITAIS PRESENTES NA AMOSTRA.....	20
FIGURA 10 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DAS ALTERAÇÕES DÉRMICAS E UNGUEAIS DA NOSSA AMOSTRA.....	20
FIGURA 11 – ONICOMICOSE NO HÁLUX	21
FIGURA 12 – CRIANÇA COM.....	21
FIGURA 13 – PÉ DIREITO COM AUSÊNCIA DO	21
FIGURA 14 – PEGADA PLANTAR ASSIMÉTRICA	22
FIGURA 15 – TESTE DE HIPERMOBILIDADE	22
FIGURA 16 – PÉ ESQUERDO APRESENTA	22
FIGURA 17 – PEGADA PLANTAR VISTA	22
FIGURA 18 – ESQUEMA DE FUNCIONAMENTO DA TIROIDE	25
FIGURA 19 – TALA DENNIS BROWN	31
FIGURA 20 – CENTRO DE MEDICINA DO DESPORTO E REABILITAÇÃO DE FAMALICÃO ..	36
FIGURA 21 – CONSULTÓRIO PARA REALIZAÇÃO DE ELECTROCARDIOGRAMA	36
FIGURA 22 - ZONA DA PISCINA, JACUZI E HIDROTERAPIA	37
FIGURA 23 – CONSULTÓRIO DE PODOLOGIA	37
FIGURA 24 – LOGOTIPO DA ACREDITAR	40

Índice de Anexos

Anexo I – Papi 1ª edição	I
Anexo II – Papi 2ª edição	III
Anexo III – Exame médico desportivo	VI
Anexo IV – Entrevista clínica	VII
Anexo V – Ação de sensibilização aos pais	IX
Anexo VI – Carta aos pais.....	XVII
Anexo VII – Questionário aos pais	XVIII
Anexo VIII – Pólo	XIX
Anexo IX – Guia de saúde do pé infantil	XX
Anexo X – Apresentação dos resultados.....	XXI
Anexo XI – Carta aos pais das crianças com alterações significativas..	XXVIII
Anexo XII – Relatório de avaliação podológico-desportivo	XXIX
Anexo XIII – Crachá da festa da criança	XXX
Anexo XIV – Convite do jantar de beneficência	XXXI
Anexo XV – Apresentação da Conferência na I feira da Saúde de Ermesinde	XXXIII
Anexo XVI – Folha para levar para casa com a impressão plantar	XL
Anexo XVII – Ilustração para pintar	XLI
Anexo XVIII – Poster de podiatria infantil	XLIII
Anexo XIX – Programa do Congresso Nacional de Podologia	XLIV
Anexo XX – Registo de presenças	XLV
Anexo XXI – Registo de presenças nos seminários	XLIV

Introdução

O estágio do mestrado de podiatria infantil foi realizado no âmbito da disciplina de estágio profissionalizante durante o ano letivo de 2011/2012, em diversas instituições médicas, tendo como objetivo a avaliação podológica nas crianças. Nas Unidades clínicas de Gandra e Famalicão e na Clínica pediátrica de Braga, foram avaliadas crianças e jovens com diversas patologias. No estágio e rastreio realizado no Agrupamento de Escolas de Felgueiras foram rastreados cerca de 830 crianças com idades entre os 2 anos e os 18 anos também se realizou um rastreio a cerca de 20 crianças da Escola primária de Ermesinde, no âmbito da Feira de Saúde desta mesma freguesia. No Centro de Medicina Desportiva e de Reabilitação de Vila Nova de Famalicão, foram avaliados atletas, sendo todas crianças e jovens. Para finalizar, no estágio realizado no Hospital de São João foram consultadas diversas crianças de diferentes idades com algumas patologias crónicas desde diabetes a patologias agudas. No presente documento também se vai abordar as aulas de Orientação tutorial e os seminários que se teve durante o mestrado.

O presente relatório de estágio tem como principal objetivo ilustrar as várias atividades desenvolvidas durante o estágio, refletindo acerca da importância que o pé assume na criança desde muito cedo, bem como que as alterações morfológicas e funcionais que o pé pode provocar na sua funcionalidade. Este é composto por uma breve introdução, onde são apresentados os objetivos do mesmo, uma pequena revisão da literatura onde são abordados conceitos como pé da criança, avaliação podológica e algumas patologias mais frequentemente observadas. O relatório é ainda composto por uma descrição dos referidos locais de estágio, por uma análise estatística dos dados resultantes das crianças/jovens observados, bem como o desenvolvimento de alguns casos clínicos, nos quais se evidencia a análise podológica realizada e os respetivos procedimentos preventivos e / ou terapêuticos. Por último abordou-se as aulas de

orientação tutorial e os seminários, apresentam-se as conclusões dos dados e experiências obtidas no estágio e as respectivas referências bibliográficas utilizadas.

1 Pé infantil

O pé é um segmento corporal que serve de apoio de todo o ser humano e é responsável por suportar todo o peso corporal na posição bípede e durante o caminhar (Beloto, Mantonavi, & Bertolini, 2004). O pé humano é uma estrutura ortopédica composta por 26 ossos. Cada osso articula-se com um ou mais ossos, possibilitando os movimentos necessários para que possamos caminhar, saltar e correr. Os ossos do pé mantem-se sempre na forma original depois de realizarmos qualquer esforço. Isso acontece-se porque temos músculos e ligamentos que são responsáveis pelas contrações e relaxamentos que irão dirigir a intensidade, o tempo e a velocidade com que estas acomodações deverão ocorrer (Piedade, 2008).

Durante o crescimento, o pé muda não só suas dimensões físicas mas também seu aspeto e forma, sendo grandes as variações entre diferentes faixas etárias ou até na mesma idade (Volpon, 1993), no entanto existem 3 fases bem definidas: o pé da criança de 1 a 5 anos, dos 5 aos 10 anos e na idade adulta. Ao fim do primeiro ano de vida, o pé mede cerca de 12 cm, que representa cerca de 44% do tamanho final. Por volta dos 4 anos, todas as estruturas ósseas encontram-se em plena ossificação, exceto o tubérculo do calcâneo. Também por volta desta idade começa a formação do arco longitudinal interno. O pé dos 5 aos 10 anos mede cerca de 17 cm, isto constitui cerca de 63% do tamanho final. Por volta dos 8 anos, o pé da criança encontra-se ossificado, no entanto radiologicamente verifica-se ainda a epífises de crescimento. Para terminar, todo o pé do adulto encontrar-se em perfeito equilíbrio, através dos arcos plantares, dirigidos por um sistema com caracter proprioceptivo (López, 1999).

2 Patologias frequentes na infância

Embora as crianças e jovens possuam ossos mais duros que os recém-nascidos, eles não são suficientemente resistentes para impedir deformidades ou alterações posturais que poderão levar ao aparecimento de dificuldades em caminhar, limitações na prática de determinados desportos, conseqüências na coluna vertebral entre outras. Como conseqüência do aparecimento destas deformidades, pode surgir calosidades, onicocriptoses, hálux abductus valgus, etc (Piedade, 2008). Nas deformidades dos pés é importante diferenciar as deformidades congénitas das deformidades do desenvolvimento. São consideradas patologias congénitas tais como metatarsus aductus ou varus, pé boto (equinvaro congénito) e pé plano congénito. Por sua vez são vistas como deformidades de desenvolvimento pé plano infantil, pé plano flexível, pé plano com retração do tendão de aquiles, pé plano por fusão társica (barra társica), pé plano neuromuscular e pé cavo. Começemos por explicar as patologias congénitas:

- ❖ **Metatarsus aductus ou varus:** É a deformidade mais comum do pé, com uma incidência de 1/1.000 nascimentos, sendo mais frequente no género feminino (Sant'Anna & Neves, 2009). Os metatarsos encontram-se voltados para dentro. (posição aducta) Pode originar problemas com o uso de calçado e obriga a tratamento com gessos seriados para correção, seguidos de ortóteses para manutenção da correção (Costa, 2011).
- ❖ **Pé plano congénito:** Geralmente este está relacionado a más formações congénitas mais ou menos complexas que vão desde a acondroplasia, pseudartroses congénitas da tibia, síndrome de Down, às mais simples, como a associação com escafoides acessórios ou barras társicas (Costa, 2011).
- ❖ **Pé boto (pé equinvaro congénito):** é visto como sendo uma das deformidades congénitas mais comum no membro inferior, afetando cerca de 1 a 3 crianças em cada 1000 nascimentos. Atinge predominantemente as crianças do género masculino (3:1) e em metade dos casos ambos os pés encontram-se afetados. Trata-se de

uma deformidade tridimensional complexa que tem 4 componentes essenciais: aducto (o pé encontrar-se rodado para dentro na articulação tarso-metatarsica), varo (o calcâneo aponta para a zona medial do corpo por rotação na articulação subastragalina) e equino (o pé encontrar-se a apontar para baixo em flexão plantar, a nível da articulação tibiotársica (Alegrete, 2011b) .

Deformidades de desenvolvimento:

- ❖ **Pé plano:** O pé plano é caracterizado pela diminuição do arco longitudinal interno durante a fase de apoio no ciclo do caminhar. Este pode estar associado ao valgo do calcânhar e em alguns casos pode produzir sintomas (Cock, Lapedes, Prada, & Pérez, 2005).
- ❖ **Pé plano flexível:** É considerado um pé fisiológico, o chamado pé plano do desenvolvimento, não estando associado a qualquer anomalia, mas sim ao normal desenvolvimento do pé do lactente até cerca dos 3 anos de idade. É um pé forte (gordinho) motivado pela presença de uma camada de tecido adiposo armazenada na planta pé (Costa, 2011).
- ❖ **Pé plano neuromuscular:** Esta relacionado a doenças neuromusculares como a paralisia cerebral, miopatias ou outras, é de um modo geral de diagnóstico simultâneo com a patologia de base. É de difícil tratamento (Sant´Anna & Neves, 2009).
- ❖ **Pé cavo:** É uma deformidade caracterizada pela acentuação do arco plantar que pode ser subsequente de alteração isolada localizada no antepé ou no retropé, ou ainda resultar da combinação das duas situações. É uma alteração complexa que pode associar-se a outras deformidades como o varismo, calcâneo equino, adução e garras dos dedos (Aminian & Sangeorzan, 2008).
- ❖ **Pé plano por fusão társica (barras társicas):** Esta é descrita como sendo uma deformidade rígida e dolorosa, que se caracteriza por um pé plano, associado a uma espasticidade dos músculos peroneais e que, quando assintomática, pode passar despercebida (Sant´Anna &

Neves, 2009). Estas também são chamadas de coalizões tarsianas que se descrevem por a fusão de um ou mais ossos do tarso levando a formação do pé produzindo assim rigidez articular (Cock, et al., 2005).

3 Afeções podológicas frequente na criança

Muitas das patologias que podem aparecer na criança, são a nível das unhas, chamam-se assim onicopatias. Uma das onicopatias que pode surgir na criança é a **onicomicose**, este é um problema da atualidade (Vogeleer & Lachapelle, 2005). Esta patologia apesar de ser um problema da atualidade, apresenta uma baixa frequência em crianças (Chauvin, 2010). Tal acontecimento é atribuído ao facto do crescimento mais rápido da unha, da menor área superficial para invasão, probabilidade reduzida de trauma, e menor contato com esporos contaminantes (Arenas & Ruiz-Esmenjaud, 2004). No entanto, a incidência desta patologia nas crianças tem vindo a aumentar (Gupta & Skinne, 2004). As manifestações clínicas presentes nas unhas dos pés vão desde pequenas manchas esbranquiçadas, até ao espessamento com destruição da lâmina da ungueal, às hiperqueratoses subungueais (Cabrita, Esteves, Batista, Rodrigo, & Gomes, 1992; Tomaz, 2011). Perante a suspeita de tal diagnóstico, é indispensável realizar um exame micológico para confirmação deste Segundo Gupta e Skinne (2004), em crianças com menos de 7 anos, a frequência de onicomicose nas unhas das mãos pode ser superior à dos pés.

Uma onicopatia que também está muitas vezes presente na idade pediátrica é a **onicocriptose**, sendo uma patologia que ocorre na lâmina ungueal, onde esta última é lesionada por tecidos periungueais e pelo traumatismo continuado. Esta afeção provoca dor, inflamação e limitação funcional (Nova, Rodriguez, & Peña, 2007). No que concerne ao género, afeta mais o género feminino com uma relação 3:1, podendo surgir em qualquer idade. No entanto verifica-se que afeta mais frequentemente adolescentes e adultos, podendo contudo, aparecer no primeiro ano de vida (Merino & Delgadillo, 2004).

Uma outra patologia que pode surgir na criança é a **onicofagia**, ato de roer as unhas. Este é um problema comum de saúde na pediatria (Tanaka, Vitral, Tanaka, Guerrero, & Camargo, 2008). Por outras palavras a onicofagia é descrita pela autodestruição da própria unha. O ato de roer as unhas na infância pode manifestar-se como alívio da ansiedade, solidão,

crianças com sentimento de insegurança, em relação ao amor e aos seus relacionamentos (Pelc & Jaworek, 2003).

A **onicogrifose** é caracterizada pelo aumento da espessura da unha que pode estar associada a outra deformidade ou pode ser secundária a traumatismos que tenham ocorrido na unha. O seu tratamento consiste no desbridamento periódico da unha, que pode ser por procedimentos mecânicos fazendo-se rebaixamento ungueal, ou por procedimentos químicos, usando-se cremes com ureia a 40% (Suárez, 2011).

Uma outra patologia que aparece com frequência na criança é o papiloma vírico mais conhecido por **verruca**. Esta quando detetada apresenta uma placa queratósica umbilicada, halo hiperqueratósico com pontos escuros no centro, muito dolorosa ao beliscão e à deambulação (Liquornik, 2006).

Para ultimar este ponto, as **dermatomicoses** representam as infecções fúngicas superficiais mais difundidas entre os humanos, sendo uma causa importante de morbidade. Apesar de raramente apresentarem risco de vida para os pacientes, podem acarretar efeitos debilitantes, afetando a sua qualidade de vida (Borgers, Degreef , & Cauwenbergh, 2005; Charles, 2009). Esta afeção é mais frequente em crianças, jovens ou adultos e não se relacionam obrigatoriamente com qualquer ocupação ou atividade (Parada, 2007).

4 Importância da avaliação podológica

Os pés estão anatomicamente organizados para atender a três objetivos fundamentais que são de promover o caminhar, sustentar o peso corporal, e de amortizar os impactos do pé no solo, mas é também sobre eles que se obtém a posição ereta e a postura (Christian Álvarez Camarena & Villegas, 2010). Os recetores dos músculos dos pés e os recetores de pressão sob a pele têm significativa atuação sobre a regulação da postura. Nesse aspeto, uma alteração na postura ou na coluna vertebral não deve ser visualizada simplesmente como ação de certos grupos musculares mas também o seu significado tem relação com os impulsos recebidos dos recetores dos membros inferiores.

O pé, base do aparelho locomotor, funciona como segmento de suporte e estabilização do corpo humano, principal recetor de impactos, compressões e tensões, alavanca propulsora, transmissor do peso do corpo e das forças resultantes e perceptor dos vários estímulos externos (Fuente, 2005).

As alterações podais podem e devem ser avaliadas atempadamente de modo a impedirem a adulteração da marcha. Estas alterações podem ser averiguadas através de diversos métodos de avaliação do arco. Estes podem ser através de exames imagiológicos (mais dispendiosos) ou através da avaliação da força muscular e amplitude articular, e da obtenção da impressão (menos dispendioso e de avaliação simples) (Minghelli, et al., 2011).

5 PAPI

O papi (Protocolo de Avaliação em Podiatria Infantil) (anexo I) trata-se de um relatório de recolha de dados clínicos no atendimento de uma criança numa consulta de podiatria infantil. A 1ª edição do mestrado elaborou este documento. Mas nesta 2ª edição do mestrado optou-se por reestruturar o papi (anexo II) pois alguns elementos do mestrado iam aproveitar os rastreios para recolher dados para as teses.

Este relatório contempla os seguintes parâmetros:

- Identificação da criança (idade, género, peso, altura, número do calçado);
- Parâmetros de inspeção e palpação (sudação, temperatura, pele, coloração, tónus muscular, pontos dolorosos, alterações dérmicas e ungueais);
- Reflexo rotuliano, aquiliano e cutâneo plantar;
- Exame biomecânico para despistar qualquer alteração biomecânica anormal na pegada plantar e nos joelhos;
- Avaliação da impressão plantar através da pedigrafia
- Exame do caminhar (análise e avaliação do calcanhar ao solo, apoio médio do pé, elevação digital e observação do ângulo do caminhar).
- Exame de avaliação da hiperlaxidez articular (análise de parâmetros associados a laxidez das articulações).

6 Exame Médico-desportivo

O exame médico-desportivo (anexo III) é obrigatório, em todas as situações e para todos os praticantes desportivos se pretendam associar em federações de utilidade pública desportiva, no entanto, também é aconselhável a todos os que querem praticar qualquer actividade desportiva, nomeadamente no início ou reinício dessa actividade.

Por questões legais, e já decretadas em Diário da República, todos os exames médico-desportivos são obrigatórios e deverão ser realizados por cada atleta no mês do seu aniversário.

O exame médico-desportivo é constituído pelos seguintes parâmetros:

1. Declarações pessoais (antecedentes patológicos do organismo em geral);
2. Antecedentes familiares (fatores familiares que possam indicar uma probabilidade de hereditariedade de algumas patologias);
3. Antecedentes pessoais (hospitalizações, traumatismos, doenças com influência na prática desportiva);
4. Antecedentes desportivos (relativos à prática desportiva realizada);
5. Exame biométrico (medição do peso, estatura, dando um acesso rápido ao índice de massa corporal e, eventualmente, à abordagem precoce de um possível problema do excesso ponderal, o qual poderá predispor para um aumento das lesões osteo-músculo-tendinosas, por sobrecarga do aparelho locomotor);
6. Exame ectoscópico (caraterização da morfologia do atleta, nomeadamente desenvolvimento, alterações dermatológicas/ cicatrizes, escoliose, cifose, lordose, dismetria dos membros inferiores, genu valgus ou varus, morfologia do pé, hérnias / varizes, etc). O candidato deve manter-se em posição ortostática, com o mínimo de roupa possível para que possa ser observado numa visão anterior, posterior e de perfil. No caso da medição dos membros inferiores pode proceder-se à medição desde a espinha ilíaca antero-superior até ao maléolo tibial. A avaliação de possíveis

alterações morfológicas e posturais é fundamental, uma vez que pequenas alterações levam a uma errada distribuição das pressões e dos esforços, que quando expostas a cargas "erradas" de forma repetida podem conduzir a uma maior ocorrência de lesões desportivas;

7. Exame oftalmológico (neste ponto é mensurada a acuidade visual, de forma a detectar situações potencialmente susceptíveis de correção, de forma a beneficiar a saúde do próprio atleta e o seu desempenho desportivo);

8. Exame O.R.L. (para detetar possíveis alterações da audição, a qual é fundamental para o desempenho do atleta como sistema de alerta, antecipado o contacto, ou captando avisos ou sinais acústicos próprios de certas modalidades);

9. Exame estomatológico (no qual é feita a pesquisa sistemática de cáries dentárias, que são focos de infeção crónica e facilitam a ocorrência de lesões músculo-tendinosas de repetição);

10. Exame do abdómen (organomegalia, hérnias, etc);

11. Exame génito-urinário (menarca, alterações do ciclo menstrual, hematuria, proteinuria, glicosuria, entre outros);

12. Exame cárdio-circulatório e respiratório (composto por alguns aspectos fundamentais, tais como palpação dos pulsos radiais e femorais; auscultação cardíaca, auscultação pulmonar, medição da pressão arterial e frequência cardíaca);

São ainda ser realizados exames complementares de diagnóstico, tais como Rx, eletrocardiograma, ecocardiograma, análises sanguíneas.

7 Estágio

Este estágio foi realizado no âmbito da disciplina de estágio profissionalizante do Mestrado de Podiatria Infantil no ano letivo de 2011/2012. O estágio foi realizado na Clínica pediátrica de Braga, Hospital São João no Porto no serviço de endocrinologia pediátrica, ortopedia infantil e reumatologia pediátrica. Realizou-se estágio também na Unidade Clínica de Gandra e de Famalicão, no laboratório de ortopodologia em Gandra, Centro de Medicina Desportiva e Reabilitação em Famalicão, e no agrupamento de escolas de Felgueiras.

7.1 Clínica Pediátrica de Braga

Esta clínica situa-se na Rua Sá de Miranda, 248 em Braga. Esta contém 17 especialidades médicas dedicadas à criança desde pediatria, neuropediatria, psicologia pediátrica, ortopedia infantil, apoio pedagógico e podologia são alguma das especialidades que se mantêm até hoje atuante e em crescimento. Nesta clinica apenas realizei estágio no dia 21/11/2011 com o mestre Manuel Portela. A sala da consulta era constituída por secretária, cadeira para o podologista, cadeira para o paciente e para o acompanhante, marquesa, e podoscópio.



Figura 1 – Consultório médico na Clínica pediátrica de Braga¹

¹ Imagem retirada do site <http://www.clinicapediatricadebraga.pt/instalacoes/47>

Neste dia recebeu-se, vários pacientes com pé plano valgo diagnosticado assim sendo, nas consultas que teve nesse dia, esteve-se a verificar se suportes plantares estavam bem adaptados e se ainda se encontravam adequados. Também recebeu-se a 1ª consulta de um paciente, sexo feminino, 6 ano com joelho valgus, e aconselhou-se aos pais a realização de suportes plantares para redução da deformidade. Os pais aceitaram o conselho e assim se realizou os moldes em semicarga.

7.2 Unidade Clínica de Gandra e de Famalicão

A unidade clínica de Gandra situa-se na Rua Central de Gandra, nº 1317 em Gandra e a Unidade clínica de Famalicão na Avenida Marechal Humberto Delgado, nº 14 em Famalicão. O estágio foi realizado entre o dia 23 de Março a 20 de Abril de 2012 em Gandra e foi orientado pela Professora Doutora Liliana Ávidos. Já o estágio realizado em Famalicão foi desde o 17 de Novembro a 30 de Novembro de 2011 e foi dirigido pelo Mestre Manuel Portela. Nestes locais, as salas de consultas continham sempre: secretária, cadeira para o podologista e cadeira para o paciente e acompanhante, marquesa, podoscópio e lavatório. A sala de tratamentos quiropodológicos era constituída por cadeira de podologia, banco do podologista, bancada de trabalho, lavatório e consumíveis necessários para o tratamento.



Figura 2 – Sala da consulta de podologia

Na Unidade Clínica de Gandra atendeu-se nos dias de estágio crianças da instituição " Mãe d'Água". Esta instituição é um centro de acolhimento que se localiza na Irmandade da Santa casa da Misericórdia de Valongo, e acolhe crianças que não tem estrutura familiar apta para garantir a educação, bem-estar e desenvolvimento integral. A todas as crianças que foram atendidas foram realizadas uma entrevista clínica (anexo IV) onde se apurou todos os dados clínicos necessários para posteriormente se discutir os casos e delinear um tratamento, no entanto não foram realizados tratamentos a qualquer uma das crianças pois não se tinha autorização para tal. Relativamente à unidade Clínica de Famalicão os pacientes que se atendeu ou eram consultas controlo, isto é revisão dos suportes plantares ou eram consultas de entrega de suportes plantares. Em ambos os locais, a turma foi dividida em binómios ou então individualmente e teve de atender pelo menos um paciente.

Resumindo no estágio encontrou-se pacientes com alterações podológicas relativamente frequentes, tais como pé plano valgo, joelhos valgos e verrugas.

7.3 Laboratório de ortopodologia

A ortopodologia é um dos ramos da podologia que visa o tratamento conservador através suportes plantares (Toledo, 2010). Estes últimos são confeccionados no laboratório de ortopodologia e são definidos como sendo um conjunto de elementos que combinados entre si e em contacto com o pé tentam conseguir uma maior funcionalidade estática e dinâmica do mesmo (Goldcher, 2001). Existem diversos tipos de suportes plantares:

- **Corretivos:** Tem por objetivo restabelecer as relações osteoarticulares normais aplicando uma força externa que supera a que provoca a alteração (Goldcher, 2001);

- **Compensadores:** Tem por objetivo proporcionar um apoio mais funcional, permitindo a estabilização das estruturas do pé² (Goldcher, 2001);
- **Paliativos:** Tem por objetivo provocar uma descarga funcional dirigida a diminuir a dor, sendo esta localizada ou generalizada (Goldcher, 2001);
- **Substitutivos:** Tem por objetivo substituir um segmento ou parte dele tentando melhorar a sua funcionalidade (Goldcher, 2001).

Assim sendo, o laboratório de ortopodologia em que realizei o estágio localiza-se na Escola Superior Saúde do Vale de Sousa, na Cespu, na Rua Central de Gandra, nº 1317. Este estágio foi dirigido pelo Mestre Vítor Hugo Oliveira no dia 20 de Janeiro de 2012. O laboratório tinha todos os equipamentos necessários para a realização de suportes plantares, tais como 3 polidoras, 3 fornos, um adaptador de suportes em vaco, uma mesa de trabalho e placas de diversos materiais (subortholen, resina verde e branca, microcortiça, rovalfoam duro e mole...). Aqui realizou-se suportes plantares dos diversos casos clínicos surgidos nas consultas efetuadas na Unidade Clínica de Gandra (os suportes plantares efetuados foram do tipo corretivo) e também discutiam-se tratamentos dos casos clínicos.



Figura 3 – Suportes plantares prontos a seres entregues



Figura 4 - Suportes plantares em acabamentos

² O suporte plantar corretivo pode ser retirado ao fim de um certo período de tempo, já o compensador deverá usá-lo sempre.



Figura 5 – Laboratório de ortopodologia

7.4 Agrupamento de escolas de Felgueiras:

Este estágio e rastreio foi realizado na Escola EB de Lagares no Lugar Monte das Ruas 945, Lagares- Felgueiras, e em todas as escolas pertencentes ao agrupamento de escolas de Felgueiras:

Centro Escolar de Jugueiros, Felgueiras

Centro Escolar de Lagares, Felgueiras

Centro Escolar de Pombeiro de Ribavizela, Felgueiras

Centro Escolar de Torrados, Felgueiras

EB do Cruzeiro, Vizela (São Jorge)

EB do Montinho, Regilde

EB do Ribeirinho, Penacova

EB do Seixo, Penacova

Este estágio foi orientado pelo mestre Miguel Oliveira e foi efetuado entre 26 de Janeiro a 2 de Março de 2012. Antes de se começar com o estágio e rastreio foram realizadas várias ações de sensibilização aos pais e encarregados de educação (anexo V) de forma a sensibilizar estes à vigilância e à promoção da saúde do pé infantil. Foi dado a conhecer a estes a realização destas ações e do rastreio através de uma carta que se produziu para o efeito (anexo VI). Estas ações foram realizadas no dia 13-01-2012 às 19h e às 21h, e dia 20-01-2012 às 19h e às 21h, com o total de

494 pais inscritos. Entregou-se também um questionário aos pais (anexo VII) com o intuito de obter mais informação sobre as crianças. De maneira a que todos os elementos da turma fossem identificados para o efeito, fez-se um polo com o nome do mestrado nas costas e uns pés marcados na frente (anexo VIII).

Vejamos os resultados obtidos deste estágio e rastreio:

- Amostra do estudo constituída por **827 alunos** de ambos os géneros (feminino e masculino).
- Média de Idade aproximadamente **10 anos** (9,50 anos).
- Média do Peso - **37kg**
- Média da Altura - **1,39m**

Durante o estágio profissionalizante realizou-se o exame podológico a 827 crianças cujas idades variavam dos 3 anos e os 17 anos de idade e verifica-se no gráfico acima que o desvio padrão das idades é de 3,34.

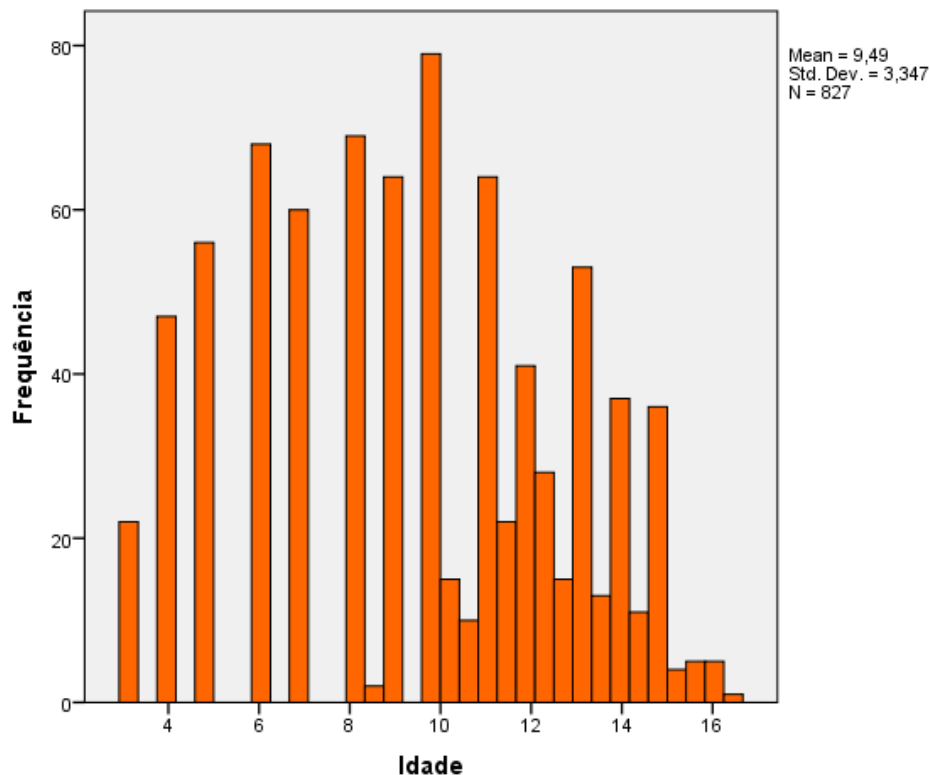


Figura 6- Gráfico de distribuição da idade dos indivíduos da amostra

O sexo predominante durante o estágio foi o masculino sendo o feminino de 48,5%.

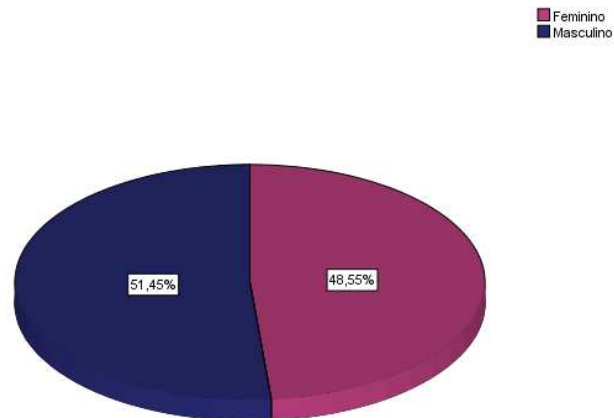


Figura 7 – Gráfico representativo do gênero dos indivíduos da amostra

Relativamente a morfologia digital, como se pode aferir na figura 8, mais de 60% (496 alunos) possui um pé egípcio.

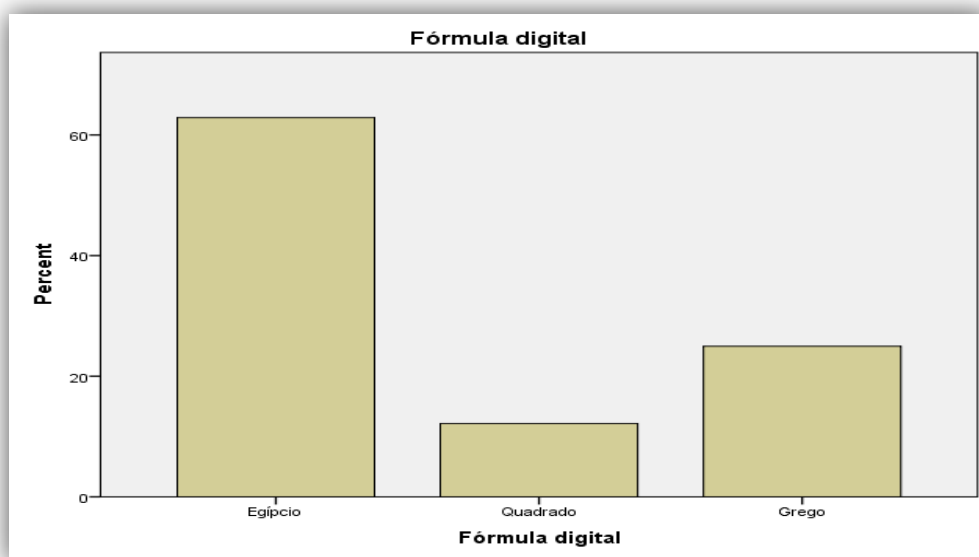


Figura 8- Gráfico representativo da fórmula digital da nossa amostra

Em relação a pontos dolorosos / alterações digitais, conferiu-se que uma grande percentagem de alunos possui alterações digitais como HAV (60,98%) e dedos em garra (24,39%).

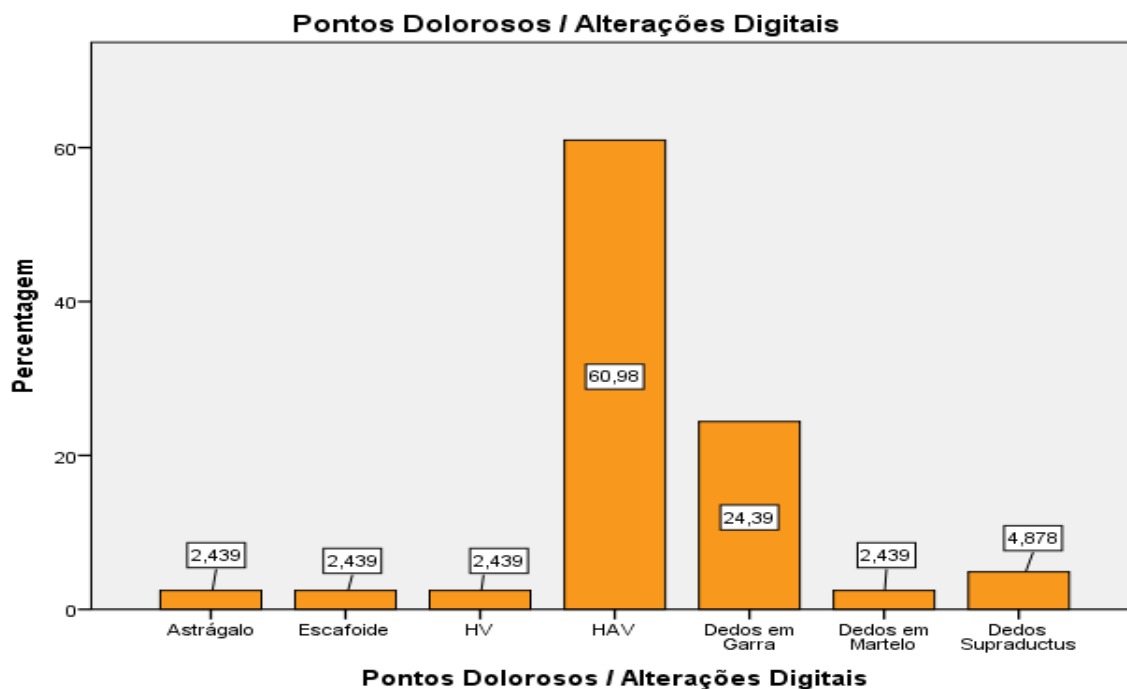


Figura 9 – Gráfico representativo dos pontos dolorosos e alterações digitais presentes na amostra

Relativamente às alterações dérmicas ou ungueais, verificou-se que das 827 crianças que se avaliou, cerca de 118 apresentavam alterações.

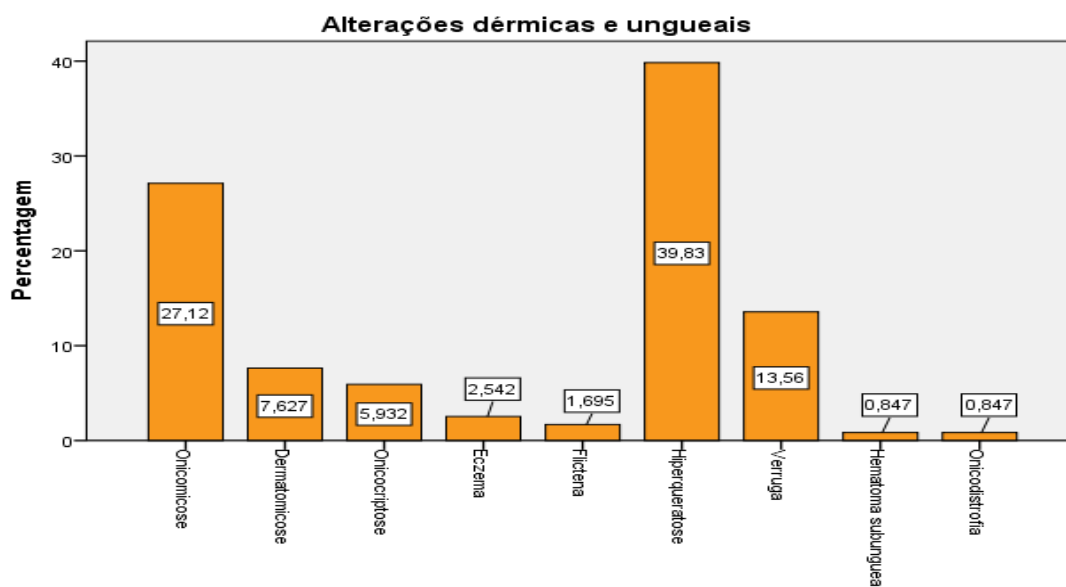


Figura 10 – Gráfico representativo das alterações dérmicas e ungueais da nossa amostra

É importante salientar que durante todo este estágio, forneceu-se um guia de saúde do pé infantil (anexo IX) com algumas indicações importantes para os educadores e uma pedigrafia (anexo XVI). Após o rastreio um mês e meio (20/4/2012), elaborou-se uma reunião para apresentação dos resultados obtidos (anexo X), e nessa mesma reunião salientou-se o facto de algumas crianças apresentarem alterações fora do parâmetro normal e entregou-se à diretora da escola uma carta (anexo XI) para entregar aos pais dessas mesmas crianças onde essa missiva explicava melhor o assunto.

7.5 Alguns casos clínicos encontrados



Figura 11 – Onicopatía no hálux



Figura 12 – criança com desnível pélvico



Figura 13 – Pé direito com ausência do 4º e 5º dedo



Figura 14 – Pegada plantar assimétrica



Figura 15 – teste de hiper mobilidade á tibiotársica



Figura 16 – Pé esquerdo apresenta o 4º dedo supraducto

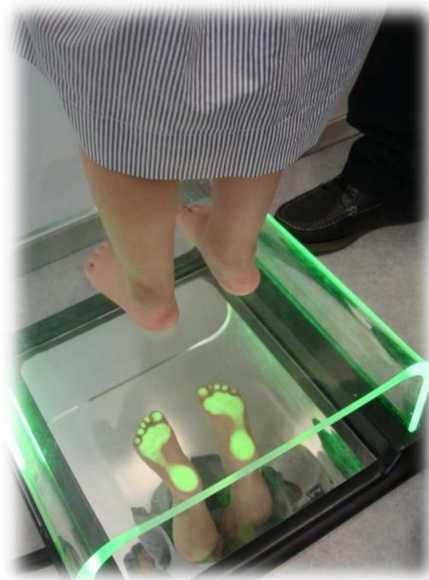


Figura 17 – Pegada plantar vista no podoscópio

7.6 Hospital São João – endocrinologia pediátrica

Este hospital existe desde 1959, tem 11 pisos, 2 dos quais se localizam no subsolo, e é composto por um conjunto satélite de edifícios. Localiza-se na Alameda Professor Hernâni Monteiro, Paranhos- Porto. O estágio realizado no serviço pediátrica - consultas de endocrinologia foi orientado pelo Professor Doutor Manuel Fontoura, foi realizado entre 16 de Abril de 2012 a 19 de Abril de 2012, nas consultas externas. Grande parte dos gabinetes de consultas externas eram constituídos por uma secretária, cadeira do médico, bancos para os estagiários presentes, cadeira para o doente e para o acompanhante e marquesa. Foram avaliadas crianças entre os 6 e os 16 anos, com défice de hormona de crescimento (HC). Todas estas crianças tomam HC com o objetivo de ficarem mais altas. Após avaliação de cada uma delas todas encontravam-se “mais crescidas”. A hormona de crescimento é produzida pelas células somatotróficas da hipófise anterior para a circulação sistémica e a sua principal função é promover o crescimento longitudinal pós-natal. No entanto, a HC exerce muitos outros efeitos metabólicos, tais como a regulação do metabolismo lipídico, crescimento da massa muscular esquelética e cardíaca, e da pressão arterial (Fontoura, 2010). Vejamos alguns dos casos que nos apareceram:

↪ Criança com 13 anos, com diabetes tipo I e doença celíaca. Como tratamento da diabetes, a paciente toma insulina mais que uma vez ao dia. Com o decorrer da consulta e após se analisar os níveis das glicemias ao longo de 3 meses verificou-se que a família da paciente e até a própria paciente não cooperam de forma a controlar os níveis de glicemia. A paciente volta passados 4 meses e caso os valores de glicemias não estejam mais controlados a paciente fica internada para se verificar melhor a situação. A nível do pé não se verificou alterações, no entanto a longo prazo pode começar a surgir.

A doença celíaca uma enteropatia (doença intestinal) que afeta o intestino delgado em crianças e adultos de forma hereditária, precipitada pela ingestão de alimentos que contêm glúten. O glúten são proteínas de

armazenamento do trigo, do centeio e da cevada, que dão à massa de farinha suas propriedades de cozedura desejadas (Bai, et al., 2005).

↪ Criança sexo masculino 3 anos com fibrose quística. Espera-se para esta criança um transplante dos pulmões. Entretanto o paciente usa bombas de oxigénio de forma a auxiliar o organismo. Este veio à consulta para se controlar o peso, a altura e os níveis de oxigénio.

A fibrose quística (FQ) é uma doença hereditária causada por mutações do gene que codifica a Cystic Fibrosis Transmembrane Regulator (CFTR), uma proteína presente na superfície apical das células epiteliais. A doença é multissistémica e afeta todos os órgãos que expressam CFTR, nomeadamente as vias aéreas, pâncreas, intestino, trato biliar, canais deferentes, glândulas sudoríparas e salivares. (Eric Alton, Jane Davies, & Duncan Geddes, 2007).

↪ Criança, sexo feminino, 7 anos com puberdade precoce. A paciente veio á consulta apenas por vigilância, e encontra-se clinicamente bem. Aconselhou-se para continuar a vigiar o caso.

↪ Criança, sexo masculino, 2 anos e 2 meses, problema na tiroide. O paciente apresenta a T4 livre elevada, o que pode levar ao aparecimento de hipertiroidismo.

Tireoide é uma glândula que produz as hormonas responsáveis pela regulação de todo o metabolismo do nosso organismo. A tireoide produz a triiodotironina (T3) e a tiroxina (T4) pela estimulação da hormona tireoestimulante hipofisário (TSH) produzido na hipófise, que por sua vez é regulada pela hormona libertadora da tireotrofina (TRH) produzido no hipotálamo. Se houver ocorrer qualquer alteração nesta regulação, isso pode levar a distúrbios na glândula tireoide, podendo ocasionar tanto um

hipotireoidismo como hipertireoidismo (Milhoransa & Soares, 2009). Vejamos o esquema seguinte para melhor compreendermos este processo.

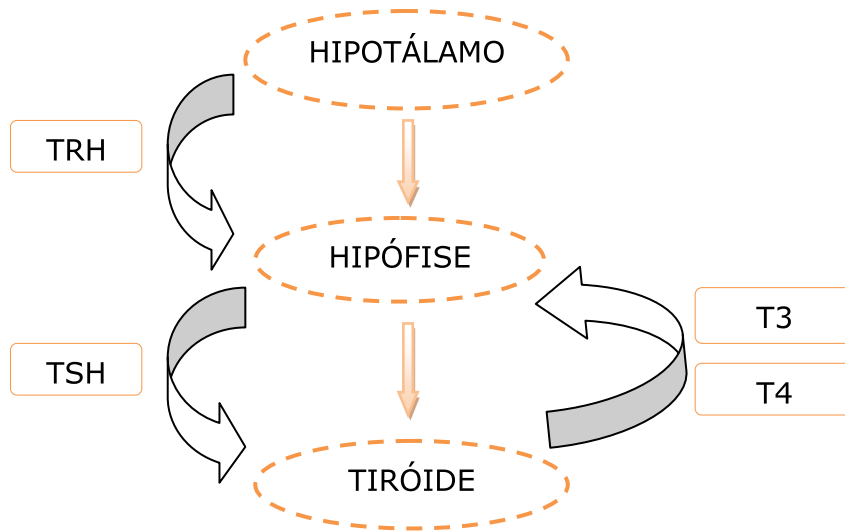


Figura 18 – Esquema de funcionamento da tiroide³

O paciente encontra-se a tomar medicação para a tiroide, com o objetivo de controlar os níveis das hormonas tiroideias.

↪ Jovem, sexo feminino, 13 anos, Diabetes tipo I. A paciente toma insulina de absorção rápida de dia e á noite insulina de absorção lenta. A paciente nota que quando faz 90 minutos de ténis que tem hipoglicemias. Assim sendo assim aconselhou-se à paciente para se alimentar melhor/alimentação mais rica em hidratos de carbono antes de cada jogo.

↪ Criança, sexo masculino 3 anos, tem hipertireoidismo congénito, encontra-se medicado como o objetivo de controlar as hormonas tiroideias

³ Esquema produzido através
<http://www.abc.net.au/health/library/stories/2005/06/16/1831822.htm#.UVB7cTfpzLs>

Criança sexo masculino, 6 anos, tem déficit da hormona de crescimento. O paciente encontra-se a fazer hormona de crescimento de forma a aumentar o seu crescimento.

↪ Criança, sexo feminino, de 3 semanas de vida está sob aleitamento materno. A mãe queixa-se que a criança chora muito mesmo depois da mamada. Após avaliação da bebé verificou-se que a bebé encontra-se em hipogalactia, isto significa que o leite que a mãe produz não é suficiente para alimentar a criança, e por conseguinte a bebé chora pois não se sente satisfeita. Assim sendo, aconselhou-se à mãe a compra de leite específico para a bebé o "Nan 1 Comfort ®".

↪ Jovem, sexo masculino, 16 anos, tem déficit de hormona de crescimento. Começou a fazer hormona de crescimento aos 5 anos, e terminou o tratamento em outubro de 2011. Veio à consulta apenas para avaliação da situação, não se notando abrandamento do crescimento.

↪ Jovem, sexo masculino, 15 anos, com atraso no desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários. Veio a uma consulta de endocrinologia pediátrica derivada de outra especialidade. Após inspeção e avaliação da situação, emitiu-se o pedido para fazer análises com os marcadores de diversas hormonas, tais como tiroideias e hipofisárias.

↪ Criança, sexo masculino, 12 anos, com atraso de crescimento. Até ao momento manteve-se vigilância e é para continuar pois no ponto de vista clínico, o atraso de crescimento não é muito significativo.

7.7 Hospital São João – Reumatologia pediátrica

O estágio que foi realizado neste serviço teve a orientação da Dra. Iva Brito, e foi realizado entre 13 de Abril a 9 de Maio de 2012. O estágio realizado neste serviço foi feito em duas manhãs e duas tardes nas consultas externas. Vejamos alguns dos casos clínicos que nos surgiram:

↳ Criança, sexo feminino 14 anos, apresenta doença mista no tecido conjuntivo. A paciente encontra-se a fazer medicação com o objetivo de reduzir as lesões e de modo a controlar a doença a nível sistémico.

Criança, sexo feminino, 11 anos com artrite idiopática juvenil em remissão. A Artrite Idiopática Juvenil (AIJ), previamente chamada de artrite reumatoide juvenil ou artrite crónica da infância, refere-se a um grupo de doenças caracterizadas por artrite crónica que ocorrem em crianças e adolescentes até os 16 anos. A principal manifestação clínica é a artrite, caracterizada por dor, inchaço e aumento de temperatura de uma ou mais articulações. Relativamente à dor essa pode ser mínima ou inexistente (Mariano, 2011). A criança veio à consulta apenas para averiguar se está controlada a doença. E verificou-se que efetivamente a doença estava controlada.

↳ Jovem, sexo feminino com 18 anos, hemiparesia do lado esquerdo do corpo provocado por (acidente vascular cerebral) AVC da carótida aos 2 anos. A jovem, pela primeira vez, veio à consulta de reumatologia para despiste de problemas reumáticos ou autoimunes. Fez-se então o pedido de diversas análises para despiste.

↳ Jovem, sexo feminino 19 anos, com lúpus (lúpus eritematoso sistémico). A paciente encontra-se em tratamento fazendo medicação para diminuir as dores que possa surgir e para controlo da doença. O Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), segundo a Sociedade Portuguesa de Reumatologia, é uma doença reumática sistémica. As dores nas articulações são o sintoma mais

comum, como em muitas outras doenças reumáticas. É sistémica porque afeta outros órgãos do corpo, além das articulações e músculos, pode afetar praticamente qualquer órgão do corpo. É uma doença crónica.

↪ Jovem sexo feminino, 18 anos, Lúpus (lúpus eritematoso sistémico) e nefropatia lúpica tipo IV, (de seis níveis). A paciente encontra-se apenas sob vigilância.

↪ Criança de sexo masculino, 11 anos com artrite idiopática juvenil oligoarticular (afeta várias articulações). O paciente encontra-se a fazer medicação para alívio da dor e redução da inflamação. Pretende-se vigilância da doença e controlo desta. O paciente tinha afetadas as articulações das mãos, cotovelos e dos joelhos. Nos pés, para já (por enquanto), não havia qualquer alteração.

↪ Jovem, sexo feminino, 16 anos, com lúpus (lúpus eritematoso sistémico) só com desenvolvimento mucocutâneo. Acerca de um ano a paciente começou com dores articulares e muita fadiga. A paciente não está a fazer qualquer tipo de tratamento, no entanto, aconselhou-se a paciente a ter consultas de reumatologia regularmente de modo a se vigiar e controlar a doença.

↪ Jovem, sexo feminino de 22 anos, com artrite idiopática juvenil. Esta encontra-se a fazer medicação para controlo da doença e para diminuição de dor. A nível dos membros inferiores não se encontrou até ao momento alterações.

7.8 Hospital São João – Ortopedia infantil

O estágio no Serviço de Ortopedia Infantil fora realizado entre do dia 26 e o dia 30 de Março de 2012 juntamente com o Dr. Nuno Alegrete. Este foi efetuado entre consultas externas, salas de tratamentos do pé boto e urgência pediátrica. Na minha opinião esta foi a especialidade em que fiz o estágio mais completo, ou seja, viu-se um pouco do que pode aparecer em ortopedia infantil e assistiu-se a tratamentos de patologias que antes, pessoalmente, ainda não tinha visto. Vejamos alguns casos clínicos que nos apareceram:

↪ Jovem com 17 anos, veio a uma consulta pós cirúrgica. Teve uma intervenção cirúrgica à coluna, pois tinha uma escoliose. A paciente encontrava-se bem clinicamente, volta novamente a uma consulta passados 3 meses.

O termo escoliose tem origem grega e significa “curvatura” e define-se como um desvio lateral no plano frontal do corpo com um ângulo superior a 10 graus obtido na radiografia pelo método de Cobb (Miranda, 2007). A escoliose é habitualmente classificada em três tipos principais. A escoliose congénita deve-se a defeitos de formação, de segmentação ou mistos, dos corpos vertebrais *in utero*. A escoliose idiopática, o tipo mais frequente, cuja causa não se encontra ainda esclarecida, embora se pense que possa tratar-se de uma situação de hereditária. Por último existe a escoliose neuromuscular, que resulta da aplicação de forças musculares anormais e/ou desiguais na coluna vertebral, devido a lesões neuromusculares (Sousa, et al., 2006).

↪ Bebê, sexo masculino com 2 meses veio a uma primeira consulta por suspeita de pé boto unilateral. Após avaliação verificou-se que não há motivo de alarme. Como já foi referido anteriormente neste trabalho, esta alteração é considerado uma das deformidades congénitas mais comuns no

membro inferior (c.f. 2) (Andrew M. Wainwright, Tanya Auld, Michael Benson, & Theologis, 2002).

↪ Menina com 10 anos veio à consulta pois os pais achavam que a criança tinha os pés em abdução, e achavam que a menina andava em abdução (caminhar com os pés para fora). Após avaliação verificou-se que efetivamente não se passa nada de anormal com a criança. Verificou-se sim que esta paciente tinha uma verruga na zona central do calcanhar. O médico ortopedista aconselhou Verrumal®.

Na minha opinião neste caso acho que o colega não agiu bem quanto à verruga que a criança tinha. Acho que o colega deveria ter aconselhado os pais a procurar um podologista ou podiatra infantil porque primeiramente são os profissionais de saúde mais indicado para o tratamento desta patologia, em segundo lugar aplicar apenas o ácido não é suficiente, pois é importante ir removendo toda a camada de queratina morta e ir vigiando a patologia.

↪ Jovem de 14, género masculino, veio à consulta, pois tem ligeira assimetria da coluna. Após visualização do RX, aconselhou-se vigilância.

↪ Criança, sexo feminino, 4 anos tem como diagnóstico displasia da anca (luxação congénita da anca), e esteve em tratamento quando era bebé. Após tratamento, verificou-se que a alteração já estava totalmente corrigida. No entanto, a criança tem de ser vigiada até aos 6 anos. A displasia da anca é denominada como sendo um conjunto de alterações que interferem com a estabilidade da articulação da anca e a forma do acetábulo. Por sua vez a luxação congénita da anca representa uma perda total do contacto entre as superfícies articulares da cabeça do fémur e do acetábulo. Esta patologia pode surgir por se enquadrar no seguintes fatores de risco: género feminino, (suspeita-se por ter maior sensibilidade à da mobilidade fetal, bebés que se mantêm sentados durante toda a gravidez e

elevado peso ao nascer. A história familiar também é outro fator de risco sugerindo que aspectos genéticos possam estar envolvidos na origem desta condição (Alegrete, 2011a).

↪ Criança, sexo masculino, 12 anos, com uma cifose veio à consulta para verificar o colete que já usa desde 2008. Atualmente o colete já não lhe serve e então teve-se de fazer a requisição de um colete novo.

↪ Menino, com escoliose, usa colete como tratamento. Verificou-se o colete e este encontra-se em condições. A mãe referiu na consulta que a criança estragava mais o calçado no lado interno, mais propriamente no 1º metatarso, posto isto, pediu-se ao paciente para ir para o podoscópio e verificou-se que tem um pé pronado, daí este estragar mais o calçado no lado interno, o médico não deu muita relevância ao caso. Na minha opinião o colega deveria ter aconselhado a criança a ir a uma consulta de podologia, pois nestes casos um suporte plantar com uma cunha supinadora ajudava à elevação do 1º metatarso e assim compensava-se todo o pé, no entanto era imprescindível para melhor se avaliar a situação consultar um podologista.

↪ Criança, sexo masculino, 17 meses, com luxação congénita da anca, encontra-se em tratamento atualmente com as talas de Denis Brown. Veio à consulta apenas por rotina.



Figura 19 – Tala Dennis Brown⁴

⁴ Imagem retirada de <http://ortopedialisboa.net46.net/pediatria.html>

↳ Criança com 6 meses tem com o diagnóstico luxação congénita da anca esquerda. Veio à consulta para planeamento do tratamento que se vai realizar. Explicou-se aos pais que inicialmente irá se realizar 3 gessos para colocar a anca no seu devido lugar e logo de seguida far-se-á a cirurgia. A criança irá ser internada 15 dias para realização deste tratamento.

No início da manhã do segundo dia de estágio às 8h30 teve-se reunião do serviço de ortopedia infantil. Nessa reunião abordou-se e discutiu-se o tema "ostecondrite dissecante na criança". Seguidamente foi-se para a zona de tratamentos do pé equinovaro congénito (pé boto).

O termo osteocondrite é usado para descrever um grupo de alterações que afetam crianças entre as idades de 2 e 16 anos, e que envolvem as placas de crescimento dos ossos em desenvolvimento (Evans, 2010). Osteocondrite dissecante é uma condição essencialmente encontrado no joelho, cotovelo e tornozelo, que afeta osso subcondral e, potencialmente, a cartilagem articular subjacente. Existem diversas etiologias possíveis tais como microtraumatismos repetitivos, isquemia, fatores genéticos e endócrinos, e anomalias de ossificação. A idade é um fator crucial nas lesões osteocondrais pois tem um potencial muito maior para curar quando o esqueleto imaturo é afetado. A primeira linha de tratamento consiste em remover o stress da área envolvida através da imobilização. Se necessário, algumas das abordagens cirúrgicas que podem ser usadas, são: fixação com parafusos, pinos ou perfuração subcondral, e implante de condrócitos (Stephan Pill, et al., 2001). O condrócito é o elemento celular responsável pela elaboração da matriz cartilaginosa, é uma célula altamente diferenciada e sem grande capacidade mitótica. O condrócito tem de manter o estado de equilíbrio da matriz extracelular e por isso a sua membrana celular apresenta afinidade com a matriz através de algumas proteínas não colagénicas, que servirão de "termostato", transmitindo à célula quanto às necessidades de produção e renovação dos diversos constituintes da matriz cartilaginosa (Fonseca, 2010).

↪ Criança com 4 meses, pé equinovaro congénito. O tratamento desta patologia é feito através do método de ponseti.

Este método consiste na realização de 4 gessos, que mostra melhora progressiva do aduto e varo, uma tenotomia do tendão de aquiles e um quinto gesso após a tenotomia. Após este quinto gesso e 3 semanas após a tenotomia é aplicada uma ortótese. Esta deve ser usada por 23 horas (dia e noite) pelos primeiros 3 meses após a retirada do último gesso. Depois disso, a criança deverá utilizar a ortótese por 12 horas à noite e mais 2 a 4 horas no meio do dia, perfazendo o total de 14 a 16 horas a cada período de 24 horas. Esse rito continua até que a criança tenha 3 a 4 anos de idade. Através deste método os pés tratados revelaram-se com força, flexíveis e sem dor, permitindo uma vida normal. (Ponseti, et al., 2003).

Assim, o paciente em questão encontra-se em tratamento desde os seus 8 dias, já fez gessos e atualmente está a usar as talas de Denis Brown durante 18h.

↪ Criança, de sexo masculino com pé boto, encontra-se em tratamento desde os seus 9 dias. Esta usa talas de Denis Brown durante 18h, mas naquele dia, reduziu-se para 16h de uso diário.

↪ Criança, de sexo masculino com 4 anos e 10 meses, com recidiva de pé boto. Verificou-se que tem uma marcha em intraversão, no entanto como tratamento esta usa apenas talas de Denis Brown.

↪ Criança, de género feminino com 2 meses e meio, tem como diagnóstico pé boto. Já fez gessos e atualmente usa talas de Denis Brown. Veio à consulta para verificar se as talas estavam a ser devidamente bem usadas.

↳ Criança de género masculino com 4 anos e meio, com pé boto corrigido. Veio á consulta de revisão dos 3 meses. Este paciente fez gessos e usou talas de Denis Brown.

A ortopedia nas urgências do Hospital São João funciona tanto para crianças como para adultos, assim no estágio realizado nas urgências pediátricas aferiu-se os seguintes casos:

↳ Senhora com cerca de 55 anos foi vítima de queda em contexto de uma crise convulsiva. Apresentava boa mobilidade de toda a coluna. O RX não apresentava alterações osteoarticulares. Recomendou-se descanso.

↳ Senhora com cerca de 70 anos veio às urgências por apresentar dor na zona lombar na coluna. Esta dor surgiu há uma semana atrás quando caiu. O RX mostrava fratura da L4. Aconselhou-se a toma de Ibuprofeno e de paracetamol de 8 em 8 h.

↳ Paciente do género feminino com 65 anos, apresentava um traumatismo na bacia que ocorreu à 4 dias atrás. A paciente refere dor ao caminhar, esta alega que caminhou cerca de 500 metros e que ficou com muitas dores na anca esquerda. Fez-se RX e após visualização do mesmo teve-se a perceção de uma fratura do colo do fémur. Uma vez que não se tinha a certeza do diagnóstico, mandou-se fazer uma ressonância magnética para confirmar.

↳ Paciente de sexo masculino, recorreu ao serviço de urgências por apresentar dor no pé mais especificamente entre o 2º e o 3º espaço interdigital, sem qualquer história de trauma. Avaliou-se a situação e concluiu-se que se tratava de um neuroma de Morton. O paciente fez Rx e este realmente apresentava pouco espaço interdigital, o que veio a confirmar mais o diagnóstico. No entanto pediu-se ao paciente para fazer

uma ecografia aquele local específico para se poder confirmar definitivamente o diagnóstico. Na minha opinião, o profissional de saúde inicialmente agiu de forma correta, no entanto após se verificar quase definitivamente o diagnóstico, acho que deveriam reencaminhar o paciente para uma consulta de podologia para se melhor avaliar a situação e se poder resolver a situação de melhor maneira possível. Após a ecografia se comprova-se o diagnóstico, na minha opinião fazia-se um suporte plantar com uma descarga retrocapital em forma de gota para promover a separação do 2º e 3º espaço intermetatarsal e assim levar ao desaparecimento da dor e evitar uma cirurgia.

↳ Criança com 12 anos, sexo masculino, á cerca de uma semana recorreu às urgências com dor no 5º dedo da mão direita. Avaliou-se a situação recorrendo a RX e concluiu-se que tinha uma luxação no 5º dedo. O paciente voltou para se averiguar a situação e retirar as ligaduras.

7.9 Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação

O Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação foi inaugurado a 4 de Outubro de 2010, em Vila Nova de Famalicão. Trata-se de um complexo médico, de cerca de 2000 metros quadrados, instalado num edifício na avenida Engº. Pinheiro Braga nº30. Possui um centro médico, com diversas especialidades relacionadas com a medicina desportiva, coordenado pelo Dr. Domingos Gomes, especialista em Medicina Interna e Medicina Desportiva, sendo também o Diretor Clínico. O estágio foi dirigido pelo Dr. Domingos Gomes e foi realizado no dia 16 e 30 de Abril, 7 e 14 de Maio de 2012

O Centro de Medicina Desportiva e Reabilitação possui:

- Cinco consultórios polivalentes, com secretária e marquesa;
- Consultório para realização de eletrocardiograma, possuindo secretária, marquesa, eletrocardiógrafo; (Figura 21)

- Piscina 13 m comprimento, 12 m de largura e 1,35 m de profundidade; (Figura 22)
- Um consultório de Podologia, com duas marquesas, secretária, podoscópio; (Figura 23)
- Centro de fisioterapia e hidroterapia reabilitação;
- Jacuzzi;
- Banho turco;
- Sauna;
- Dois balneários;
- Dois ginásios, um com 35m² e outro com 20m²



Figura 20 – Centro de medicina do desporto e reabilitação de Famalicão ⁵



Figura 21 – Consultório para realização de electrocardiograma ⁵



Figura22 - Zona da piscina, jacuzi e hidroterapia ⁵



Figura 23 – Consultório de Podologia ⁵

Possui as seguintes valências:

- Medicina desportiva;
- Podologia;
- Fisioterapia;
- Nutrição.

Neste local, analisou-se a saúde dos atletas através da do relatório de avaliação podológico-desportiva (anexo XII).

⁵ Imagens retiradas de <https://www.facebook.com/cmdr.famalicao>

8 Orientação Tutorial

Primeiramente nestas aulas de orientação tutorial decidiu-se o que se ia fazer durante aquele ano para divulgação da profissão. Deste modo decidiu-se que os eventos que se iam realizar seriam:

- Rastreios no agrupamento de escolas de Felgueiras
- Rastreio na Festa da criança no Palácio de Cristal- Porto (anexo XIII)
- Caminhada e corrida do Dia Mundial da Criança para apoiar a instituição ACREDITAR
- Jantar de beneficência a favor da ACREDITAR (anexo XIV)

Durante as aulas que se teve durante o ano, tratou-se de todas as burocracias necessárias para o desenvolvimento das atividades propostas. Apesar de tentativa não se conseguiu realizar a caminhada e corrida pois não se obteve respostas atempadas da câmara envolvida e de outras autoridades competentes para o efeito. No entanto os **rastreios no agrupamento de escolas de Felgueiras**, a **festa da criança** e o **jantar de beneficência** foram realizados. Deste modo, começou-se por pedir a autorização ao **agrupamento de escolas de Felgueiras** para fazer o rastreio, para isto realizou-se uma carta onde se explicava o que tencionava fazer. Depois de se obter a autorização, e de se obter a contabilização do número de alunos que se ia rastrear procedeu-se à elaboração da lista do material que ia ser preciso:

- Luvas vários tamanhos
- Papel absorvente
- Desinfetante
- Máscaras
- Papi e folhas brancas
- Folha para levar para casa a impressão plantar
- Folhas com a ilustração para pintar
- Fita métrica
- Balança

- Folhetos informativos para as crianças
- Podoscópios
- Medidor de pé
- Pedígrafo
- Rolo para o pedígrafo
- Tinta tampão
- Fita-cola
- Tape
- Lápis demográfico

Depois de se realizar o rastreio aos alunos do agrupamento de escolas de Felgueiras, em Março sensivelmente, o mestrado foi contactado para participar de **I Feira de Saúde da Cidade de Ermesinde** que se iria realizar a 12/13/14 de Abril de 2012. Esta feira da saúde ia ter um conjunto de rastreios gratuitos tais como rastreio visual, pneumológico, auditivo, dentário e de podiatria infantil. O convite proponha fazermos uma conferência sobre a podiatria infantil (anexo XV) e de seguida fazer um rastreio a crianças de uma turma da escola EB JI da Costa. De imediato aceitou-se o convite e assim fez-se o pedido no convite.

Relativamente o evento do **Festa da Criança**, tal como tinha acontecido na 1ª edição mestrado, a 2ª edição não perdeu a oportunidade de divulgar a profissão num dia dedicado à criança. Nos dias 1/2/3 de Junho de 2012, a turma esteve presente no Palácio de Cristal no evento que foi patrocinado e organizado pela Câmara Municipal do Porto e pelo Porto Lazer. Nestes três dias o Palácio de Cristal teve animação tal como insufláveis, desporto, jogos tradicionais, circuito de karting a pedais, passeios de caiaque, marionetas, desfiles de moda infantil, yoga, pista de btt, horas de conto, pinturas faciais, ateliês, música, teatro, dança e rastreios de visão e de podiatria infantil. O rastreio foi feito apenas com o pedígrafo, isto é, fez-se impressão plantar dos pés das crianças, (caso a criança quisesse fazia-se a impressão plantar (numa folha criada para o efeito (anexo XVI)) de um dos pés para esta levar para casa), entregava-se à criança ou ao responsável por ela, um folheto informativo sobre a importância da saúde do pé infantil, e um desenho para a criança pintar em casa (anexo XVII). O nosso local de

rastreio estava ornamentado com pedigrafias, pósteres com conselhos sobre saúde podológica infantil para os pais e educadores (XVIII), outdoors da Cespu e mesas cheias de lápis de cor onde as crianças podiam pintar os seus desenhos. Por último quanto ao **jantar de beneficência**, este foi realizado no Forte de São João em Vila do Conde, e contou com a presença de cerca de 80 pessoas. O total angariado com o jantar reverteu inteiramente a favor da Associação Acreditar – Associação de Pais e Amigos das Crianças com Cancro – Núcleo Regional Norte.



Figura 24 – Logotipo da Acreditar

A Acreditar é uma Instituição Particular de Solidariedade Social fundada em 1993 como resultado da mobilização nacional de pais de crianças utentes dos serviços de oncologia pediátrica do país. Esta ajuda as crianças e suas famílias a superar melhor os diversos problemas que se colocam a partir do momento em que é diagnosticado o cancro, contribuindo para desenvolver o sentimento de esperança.

9 Seminários

9.1 Seminário de calçadoterapia

O seminário de calçadoterapia fora realizado no dia 22 e 29 de outubro de 2011, a Cespu – Escola Superior de Saúde de Vale de Sousa e foi orientado pelo Professor Doutor Ricardo Moreira Silva. Começou-se por abordar os diversos tipos de calçados, componentes que fazem parte do calçado, materiais para construção deste e processos de manufatura. No dia 29 de Outubro abordou-se o conceito de conforto, defeitos que o calçado pode possuir e substâncias perigosas que muitas vezes fazem parte do calçado. Com este seminário, entendeu-se de uma forma mais profunda toda a história que envolve o calçado e conheceu-se toda a panóplia de calçado existente desde a criança, o adulto e o calçado de segurança. Também nesta conferência, descobriu-se e entendeu-se como é importante existir conforto e qualidade na altura de comprar o calçado pois muitas vezes este é esteticamente muito atraente, no entanto não apresenta conforto.

9.2 Seminário do Professor Roberto Pascual

Este seminário realizou-se na Cespu – Escola Superior de Saúde de Vale de Sousa no dia 11 e 12 de Novembro de 2011 com o Professor Roberto Pascual. Nesta conferência científica abordou-se questões relativas à marcha em intraversão e extraversão na criança, pé plano na criança, técnicas de tratamento e questões a propor aos pais em forma de anamnese.

9.3 Seminário de bandas neuromusculares

Este seminário realizou-se na Escola Superior de Saúde do Vale de Sousa, no dia 21 de Janeiro e no dia 4 de Fevereiro de 2012 e foi dirigido pelo Mestre Eduardo Merino. Este seminário foi dividido em duas componentes, teórica e prática. No 1º dia de seminário, no que concerne à componente teórica, fez-se uma abordagem sobre técnicas articulares, isto é, movimentos passivos e ativos que ajudam à mobilização articular. Relativamente à componente prática, esteve-se a praticar da cada uma das

técnicas articulares aprendidas. No dia 4 de Fevereiro, iniciou-se o seminário com toda a teoria relativa às bandas neuromusculares, desde a história, vantagens e desvantagens das bandas, técnicas de aplicação e casos clínicos. Depois da teoria passou-se para a componente prática do seminário, praticou-se todas as técnicas abordadas na aula e no final abordou-se casos clínicos tais como, hállux abductus valgus, dedos em garra, dedos em supra e infra adução, fasceite plantar, pé plano e lesões nos ligamentos cruzados e laterais do joelho. Na minha opinião este seminário foi o mais útil e o mais interessante de todos os outros, este teve um sentido prático em casos clínicos reais.

9.4 Congresso da Associação Portuguesa de podologia

O congresso da Associação Portuguesa de Podologia realizou-se no dia 27 e 28 de Abril 2012 no Centro de congressos de Aveiro (anexo XIX). Neste abordou-se temas como a podiatria infantil, a podiatria geriátrica, a podiatria clínica, a podiatria desportiva e a podologia cirúrgica. Estiveram presentes diferentes profissionais de saúde com enorme prestígio científico tanto nacionais como internacionais e também estiveram presentes colegas podologistas e podiatras a apresentarem os seus trabalhos de investigação realizados muito recentemente. Neste congresso gostei particularmente das conferências relativas à podiatria infantil cujos temas apresentados foram: "*Cirurgia do pé plano infantil: técnicas/indicações/complicações*" realizada pelo Dr. Nuno Alegrete, "*Hipermobilidade do membro inferior*" apresentado pela Dra. Ana Araújo, "*Doença de Sever, a eficácia das ortóteses plantares personalizadas na diminuição da dor em crianças com idade entre os 8 e 12 anos*" exposto pela Dra. Sandra Carvalho e "*Alterações dermatológicas no pé da criança*" realizado pelo Prof Dr. Osvaldo Correia. Um outro tema que gostei imenso é a homeopatia na podologia e acho que é uma mais valia para todos os profissionais de saúde. Ambas as vertentes são do meu interesse pois a podologia e a podiatria não pode passar apenas por quiropodologia ou ortopodologia, tem-se de aprender outras formas de tratamento.

10 Conclusão

Ao longo do estágio profissionalizante analisou-se mais de 830 crianças, onde se detetou inúmeras anomalias algumas das quais graves que precisavam de ser avaliadas por um podologista o mais breve possível.

O PAPI e o relatório podológico-desportivo foram os exames que se usaram e têm como objetivo o diagnóstico de patologias, e de anomalias que prejudiquem o normal desenvolvimento da criança ou prejudiquem o rendimento desportivo. Deste modo concluí que a inserção do Podologista e do podiatra infantil em equipas multidisciplinar e de extrema importância para uma melhor e completa avaliação clínica, de modo a prevenir determinadas alterações morfológicas que podem acarretar consequências na pegada plantar e naturalmente em todo o corpo.

Relativamente ao estágio realizado nos diversos locais, na minha opinião o estágio correu bem e foi de encontro aos conhecimentos adquiridos durante o estágio. Foi gratificante e bastante positivo estar em contacto com outras entidades/realidades tais como hospitais, clínicas pediátricas, centro de medicina desportiva e agrupamento de escolas dando para adquirir e solidificar conhecimentos e conceitos.

Também neste estágio, tal como acontece noutros estágios aconteceram percalços que tivemos que ir resolvendo, mas no global o estágio correu bem, o grupo de estágio relacionou-se bem, contribuindo assim para que tudo corre-se da melhor forma.

11 Referências bibliográficas

- Alegrete, N. (2011a). Displasia de desenvolvimento da Anca *Guia de Saúde: ortopedia* (Vol. 9). Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Alegrete, N. (2011b). Pé Boto *Guias de Saúde: Ortopedia* (Vol. 9). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto: Porto.
- Aminian, A., & Sangeorzan, B. J. (2008). The Anatomy of Cavus Foot Deformity. *Foot And Ankle Clinics* 13, 191-198.
- Andrew M. Wainwright, Tanya Auld, Michael Benson, & Theologis, T. (2002). The classification of congenital talipes equinovarus. *Journal of Bone and Joint Surgery*, 84-B, 1020-1024.
- Arenas, R., & Ruiz-Esmenjaud, J. (2004). Onicomiose na infância: uma perspectiva atual com ênfase na revisão do tratamento. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 79(2), 225-232.
- Bai, J., Zeballos, E., Fried, M., Corazza, G., Schuppan, D., Farthing, M., et al. (2005). Doença Celíaca. In W. G. O. P. Guidelines (Ed.).
- Beloto, A. B., Mantonavi, J., & Bertolini, S. M. M. G. (2004). Estudo da prevalência de pé plano em indivíduos de diferentes faixas etárias da cidade de Maringá. *Iniciação Científica CESUMAR*, 06, 146-150.
- Borgers, Degreef, & Cauwenbergh. (2005). Fungal infections of the skin: infection process and antimycotic therapy. *Current Drug Targets*, 6(8), 849-862.
- Cabrita, J., Esteves, J., Batista, P., Rodrigo, G., & Gomes, M. M. (1992). *Micoses*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Charles, A. J. (2009). Superficial cutaneous fungal infections in tropical countries. *Dermatologic Therapy*, 22(6), 550-559.
- Chauvin, M. F. D. (2010). Devant une infection fongique chez l' enfant, quels sont les pièges à éviter? *RéalitésThérapeutiques en dermatovénérologie* (202), 42-44
- Christian Álvarez Camarena, & Villegas, W. P. (2010). Desarrollo y biomecánica del arco plantar. *Ortho-tips*, 6(4).
- Cock, P. R., Lapedes, J. L. D., Prada, I. C. U., & Pérez, C. A. T. (2005). *Ortopedia Infantil*. Madrid.
- Costa, G. (2011). Pé Plano *Guias de saúde:Ortopedia* (Vol. 9). Porto: Faculdade de medicina da universidade do Porto.

- Eric Alton, Jane Davies, & Duncan Geddes. (2007). Biomarkers for Cystic Fibrosis. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 175.
- Evans, A. (2010). Sports and the osteochondroses *The pocket podiatry Guide*: Elsevier.
- Fonseca, F. (2010). Cartilagem do joelho (parte I) - da fisiologia à clinica – Algumas considerações. *Revista Medicina Desportiva*, 1(4), 10-12.
- Fontoura, M. (2010). Como é que se diagnostica a deficiência de hormona de crescimento. In Pfizer (Ed.), *Como é que se cresce*. Porto: .
- Fuente, J. L. M. (2005). *Podologia Desportiva*. barcelona: Masson.
- Goldcher, A. (2001). *Podología* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Gupta, A. K., & Skinne, A. R. (2004). Onychomycosis in Children: A Brief Overview with Treatment Strategies. *Pediatric Dermatology*, 21(1), 74-79.
- Liquornik, P. (2006). Dermatopatias mais comuns na infância. In S. B. d. Pediatria (Ed.), *Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de Pediatria*. Brasil.
- López, R. M. (1999). *El pie en la evolución del ser humano: Desarrollo, transtornos y prevención*. Barcelona: Vision Net.
- Mariano, R. N. (2011). Artrite Idiopática Juvenil. In S. B. d. Reumatologia (Ed.). São Paulo.
- Merino, J. E., & Delgadillo, A. A. (2004). Onicocriptosis en infantes. Reporte de 9 casos. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 13.
- Milhoransa, P., & Soares, R. (2009). Hormônio de estimulação da tireóide (TSH) e correlações laboratoriais. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 41, 161-164.
- Minghelli, B., Marreiros, N., Valente, F., Ribeiro, T., Andrez, T., Varela, E., et al. (2011). Desenvolvimento do arco plantar na infância e adolescência: análise plantar em escolas públicas. *SAÚDE & TECNOLOGIA*, 7.
- Miranda, E. (2007). *Coluna Vertebral*. Brasil: Sprint.
- Nova, A. M., Rodriguez, R. S., & Peña, D. A. (2007). A new onychocryptosis classification and treatment plan. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 97(5), 389-393.

- Parada, H. L. F. R. S. (2007). *Prevalência de dermatomicoses nos membros inferiores em doentes diabéticos avaliação de possíveis factores predisponentes para a infecção*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Pelc, A. W., & Jaworek, A. K. (2003). Interdisciplinary approach to onychophagia. *Przegląd Lekarski*, 60(11), 737-739.
- Piedade, P. (2008). Podologia: Técnicas de trabalho e instrumentação no atendimento de patologias dos pés.
- Ponseti, I., Pirani, S., Dietz, F., Morcuende, J., Mosca, V., Herzenberg, J., et al. (2003). *Pé Torto: Tratamento pelo Método de Ponseti*.
- Sant'Anna, F., & Neves, M. C. (2009). Deformidades do Pé – conceitos básicos e orientações para Médico de Família. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25.
- Sousa, L. A. d., C. Silvestre, A. Carvalho, P. Oom, E. Santos, & Correia, M. (2006). Pós-operatório de Correção de Escoliose: Experiência da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Revista do hospital de crianças Maria pia NASCER E CRESCER* XV.
- Stephan Pill, Theodore J. Ganley, John M. Flynn, Ralden milam, king, P. J., & John J. Gregg. (2001). Osteochondritis Dissecans of the Knee: Experiences at The Children's Hospital of Philadelphia and a Review of Literature. *The University of Pennsylvania Orthopaedic Journal*, 14, 25-33.
- Suárez, B. P. (2011). El lenguaje de las uñas. *Más dermatología*, 15, 4-12.
- Tanaka, O. M., Vitral, R. W. F., Tanaka, G. Y., Guerrero, A. P., & Camargo, E. S. (2008). Nailbiting or onychophagia: a special habit. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 134, 305-308.
- Toledo, I. (2010). Ortopodologia no Tratamento de Úlceras de Pressão. *Revista Digital de Podologia*, 33.
- Tomaz, D. (2011). Será fungo? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 96-108.
- Vogeleer, M. N., & Lachapelle, J. M. (2005). Les onychomycoses des pieds: un sujet d'actualité. *Louvain Médical*, 124.
- Volpon, J. B. (1993). O pé em crescimento, segundo as impressões plantares *Revista Brasileira de Ortopedia*, 28.

Anexos

Anexo I – PAPI (1ª edição)

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. _____


Pontos Dolorosos (*)

- (A) Astrágalo
- (E) Escafoide
- (CM) Cabeça 1ºMtt
- (HV) Hallux Varus
- (HAV) Hallux Abd Vagus
- (DG) Dedos em Garra
- (DM) Dedos em Martelo
- (DSD) Dedos Supradductus
- (DID) Dedos Infradductus
- (DSA) Dedos Supradductus
- (DIA) Dedos Infradductus
- (AE) Apófise Estilóide



Alterações Dérmicas e Ungueais (*)

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

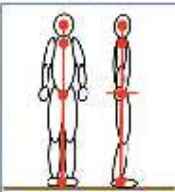


Obs: _____


Reflexos – Rotuliano Normal **Patológico** **Aquiliano Normal** **Patológico** **Cutâneo 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.: _____

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

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

Análise do Caminhar: Simétricas Assimétricas

Abordagem do Calcânhar ao Solo: Varo Valgo Neutro

Apoio Médio: Pronado Supinado Neutro

Elevação Digital: 1º Raio Raios Centrais Bloco

Ângulo de Fick: ↑ ↓

Claudicante

Obs.: _____

Anexo II – PAPI (2ª edição)

Nome/Entidade: _____

Código: _____

Nome: _____

Idade: _____

Peso: _____ kg

Altura: _____ cm

Género: M F

Long. Calçado: _____ cm Long. Pé: D. _____ cm E. _____ cm

Deformação do calçado: Sim Não Varo Valgo



Fórmula Digital

1. Egípcio
2. Quadrado
3. Grego



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 Supraductus
- (DID) Dedos Infraductus
- (DSA) Dedos Suprabductus
- (DIA) Dedos Infrabductus
- (AE) Apófise Estilóide



Inspecção:

Coloração _____

Sudação _____

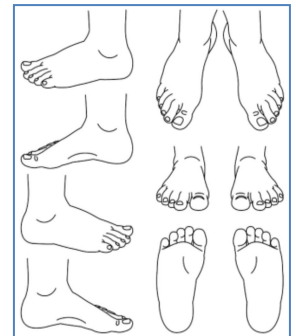
Temperatura _____

Pele _____

Tónus _____

Alterações Dérmicas e Ungueais (*)

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

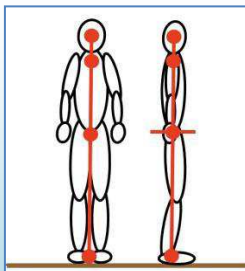


Obs: _____

Reflexos – Rotuliano Normal Patológico Aquiliano Normal Patológico Cutâneo plantar Normal Patológico

Obs: _____

Dismetrias



Joelhos



1. G. Valgum _____

2. G. Normal _____

3. G. Varum _____

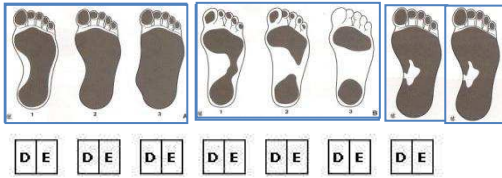
A. G. Hiperextensus _____

B. G. Normal _____

C. G. Flexus _____

Distância Intermaleolar/Intercondiliana: _____

Podoscópio



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

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

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

Análise do Caminhar: Simétricas Assimétricas

Abordagem do Calcânhar ao Solo Varo Valgo Neutro

Apoio Médio Pronado Supinado Neutro

Elevação Digital 1º Raio Raios Centrais Bloco

Ângulo de Fick ↑

Ângulo de Fick ↓

Claudicante

Obs.: _____

Critérios de Ferrari

1 - Flexão da anca (encostar a coxa ao peito).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
2 - Abdução da anca (Côndilo lateral do fêmur toca na parede).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
3 - Hiperextensão do Joelho (calcânhar a > 3cm da parede)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
4 - Prova da Gaveta Anterior do Joelho (Positivo?).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
5 - Prova da Gaveta Anterior do Tornozelo (Positivo?).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
6 - Rotação do Joelho (>1cm medial ou lateral ou >2cm no total).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
7 - Dorsiflexão do Tornozelo (>15 graus com o joelho flectido).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
8 - Amplitude de Inversão em graus do calcâneo (>15 graus com uma proeminência lateral da cabeça do astrágalo).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
9 - Inversão em graus da articulação Mediotarsal (>15 graus).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
10 - Abdução/Adução + Dorsi/Plantarflexão da Artic. Mediotarsal (1 cm de movimento).	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

11 - Dorsiflexão da articulação metatarsal (>90 graus)	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
12 - Peso Excessivo aliado a uma pronação excessiva.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

(Nota: As provas 2 e 3 efectuam-se com a criança encostada a uma parede)

Pontuação: _____ / 12

Diagnóstico de Hiperlaxidez Articular:

Positivo Negativo

Anexo IV – Entrevista clínica

Entrevista Clínica

1. Nome:

2. Idade

3. Peso:

Altura:

4. Inspeção:

5. Palpação:

6. Teste de jack: Positivo Negativo

7. Manobra de pontas: Positivo Negativo

8. Desvio do calcanhar:

Varo _____ Valgo _____ Neutro _____

9. Genu:

Varo _____ Valgo _____ Neutro _____

10. Praticar esporte? Sim Não

Quanto tempo? <2h > 2h

11. FPI (foot posture index)

Pé direito

Pé esquerdo

Palpação da cabeça do astrágalo:

Proeminência talo-navicular:

Arco longitudinal interno:

Desvio do calcâneo:

Abdução/ adução do antepé:

Infra/supra curvatura maleolar:

12. Ângulo intermaleolar:

Anexo V – Ação de sensibilização aos pais

30-10-2012

PODIATRIA INFANTIL

PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PÉ

- Ação de Sensibilização -

Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa
Mestrado em Podiatria Infantil

Índice

- Conceito de Podiatria infantil
- Patologias mais frequentes na idade pediátrica
- Cuidados com o pé da criança
- Qual o calçado mais adequado para a criança?
- Estudo a realizar

Conceito de Podiatria Infantil

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

Patologias mais frequentes em idade pediátrica

- Alterações estruturais (alteração nos ossos)
 - Pé equinovo congénito
 - Pé plano infantil
 - Pé cavo infantil
 - Metatarsus adductus
 - Pé equino
 - Genu valgo
 - Genu varo
 - Dismetrias

Alterações no caminhar

- Marcha em intraversão
- Marcha em extraversão

Alterações dos dedos

- Sindactília
- Polidactília
- Clinodactília

Osteocondrites

- Kolher I
- Kolher II
- Doença de Sever
- Doença de Legg-Perthes-Calvé
- Doença de Osgood-Schlatter

Alterações na pele

- Dermatomicoses
- Verruga plantar
- Dermatose plantar juvenil

Alterações nas unhas

- Onicocriptose (unha encravada)
- Onicomiose (unha com fungo)

ALTERAÇÕES ESTRUTURAIS (NOS OSSOS)

Pé equinvaro congénito (nascimento)

- O pé equinvaro congénito, também denominado de "pé boto", constitui uma malformação congénita, presente ao nascimento.



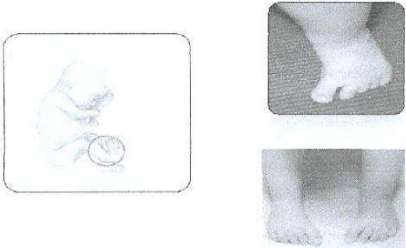
Pé plano infantil



Pé cavo infantil




Metatarsus adductus (nascimento)



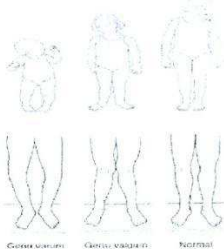
Pé equino

- O pé equino é uma das alterações mais frequentes do pé, onde este apenas apoia sobre a parte da frente do pé e sobre os dedos.
- É normal encontrar crianças a andar na ponta dos pés entre os 18 e os 36 meses, desde que tenham sido excluídas, doenças neurológicas e musculares.



Genu varum/valgum

- **Genu varum (12 a 18 meses)**
 - Classifica-se quando os joelhos estão afastados e os tornozelos em contacto.
- **Genu valgum (3 a 5 anos)**
 - Classifica-se quando os joelhos se aproximam da linha média e as pernas ficam divergentes, com um exagerado afastamento do tornozelo.



Genu varum Genu valgum Normal

Dismetrias

- As dismetrias são desigualdades no comprimento dos membros;
- Muitas vezes o crescimento ósseo não acompanha o crescimento muscular, surgindo uma diferença de comprimento nos membros;
- Assim, pequenas diferenças podem ser normais, mas devem ser vigiadas, descartando desvios na coluna.

ALTERAÇÕES NO CAMINHAR

Marcha em intraversão/extraversão

Marcha em intraversão

◦ Alteração rotacional do membro inferior, visualizando-se uma marcha com os pés para dentro.



Marcha em extraversão

◦ Alteração rotacional do membro inferior externa, visualizando-se uma marcha com os pés para fora.



ALTERAÇÕES NOS DEDOS

Sindactilia

- **Sindactilia** caracteriza-se pela falta de separação entre os dedos da mão ou do pé. Essa alteração pode variar desde uma fina aderência de pele, até uma união óssea entre os dedos.



Polidactilia

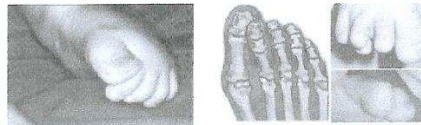
- A **polidactilia** está descrita como sendo a existência de um ou mais dedos supranumerários.



25

Clinodactilia

- A **clinodactilia** é uma alteração dos dedos que se caracteriza pelo desvio da sua conformação normal.



26

ALTERAÇÕES NA PELE

23

Dermatomicoses

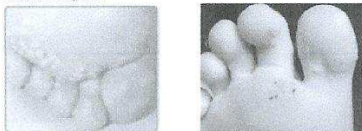
- São lesões provocadas por fungos, limitadas às camadas superficiais da pele.
- Pode apresentar:
 - Comichão
 - Bolhas
 - Vermelhidão
 - Mau odor
 - Entre outras...



27

Verruga plantar

- Causada por um tipo do papiloma vírus humano;
- Lesão de carácter benigno, mas contagioso;
- Balneários e piscinas são possíveis fontes de contaminação.



21

Dermatose plantar juvenil

- Mais frequente em crianças com idade entre 4-8 anos;
- Aparece normalmente na parte da frente da planta do pé;
- A pele torna-se brilhante, com escamas e gretas dolorosas;
- Geralmente aparece no Inverno.



24

Conselhos para prevenção de problemas na pele e unhas

- Usar chinelos em balneários, piscinas, locais públicos;
- Lavar e secar bem os pés, principalmente entre os dedos;
- Observe diariamente os pés para detetar precocemente alguma alteração da pele e unhas;
- Troque de meias todos os dias;
- Alterne os sapatos, para que estejam bem secos e arejados quando os calçar novamente;
- Não utilizar calçado apertado

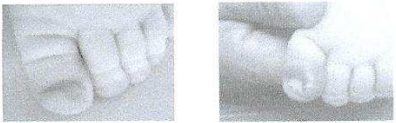
25

ALTERAÇÕES NAS UNHAS

26

Onicocriptose (unha encravada)

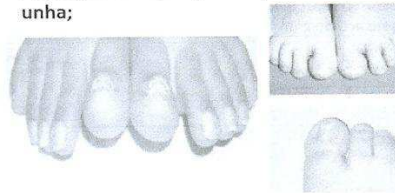
- Acontece quando uma porção de unha penetra no bordo do dedo;
- Pode causar infecção devido à contaminação por bactérias;
- É mais frequente no hálux (dedo grande).



27

Onicomomicose

- Alteração do aspeto, coloração ou forma da unha;



28

CUIDADOS COM O PÉ DA CRIANÇA

29

Cuidados com o pé da criança


- Nos primeiros meses após o nascimento não devemos calçar os bebés, apenas aconchegar com uma meia ou semelhante;
- Não devemos incentivar o caminhar precoce das crianças; o primeiro passo acontecerá quando esta se sentir segura;
- Lavar os pés diariamente;
- Secar bem o pé, especialmente entre os dedos;
- Cortar as unhas de forma reta;
- Estar atento a eventuais alterações no aspecto da unha (coloração, forma e estrutura);
- Adaptar o calçado à atividade diária;

30

Cuidados com o pé da criança

- Optar sempre por meias de algodão, lã ou derivados, de forma a permitir que o pé "respire";
- As calosidades no pé da criança são pouco frequentes. Caso existam dever-se-á investigar a sua causa.

O podologista assegura um tratamento especializado e personalizado do pé da criança.



QUAL O CALÇADO MAIS ADEQUADO PARA A CRIANÇA?

Peso

- Permite diminuir o esforço muscular e o cansaço ao caminhar



Calçado multileve



Calçadomais pesado

22

Ajuste do calçado

- Preferencialmente opte por atacadores, podendo optar também, por velcros ou fechos.
- Permite ajustar o calçado a cada tipo de pé, sem provocar qualquer tipo de lesões.



Não podemos ajustar ao pé



23

Sola do calçado

- Intervém na adaptação ao movimento do pé e no amortecimento de choques.
- Devemos garantir que permita sensibilidade e flexibilidade.
- Sempre recta.
- Não é necessário um sapato que torça sobre si mesmo.



24

Contraforte

- Resistente e que proteja a zona do tornozelo;
- O contraforte deve ser forte e estável de forma a evitar maus movimentos do pé;
- Intervém no ajuste do calcanhar e adaptação ao movimento e amortecimento.



25

• **Biqueira do sapato**

- Tem que ter largura suficiente para permitir o ajuste do pé;
- O sapato deve ser flexível e dobrar com os dedos do seu filho;
- A biqueira não deve ser demasiado rígida ou dobrar demasiado.

Correto



Incorreto








Biqueira pontiaguda

37



Deste modo procuramos um calçado que:

- Se ajuste bem ao pé;
- Se adapte aos movimentos;
- Amorteça os impactos do pé;
- Proporcione conforto térmico (calor, frio);
- Agarre ao solo, evitando deslizamentos e quedas.

39

- O calçado utilizado pela criança deve ser adequado à sua faixa etária, tendo grande importância no desenvolvimento normal do pé e na prevenção de possíveis patologias.
- O pé da criança deve ser medido a cada 3 meses (assegurando desta forma a confirmação da necessidade de uns sapatos novos).

39

- Deve existir 1 cm entre a extremidade do sapato e o final do dedo do pé mais longo.
- O sapato deve ser o mais reto possível do lado interno.
- Evitar passar sapatos de uma criança para a outra.
- Devemos escolher materiais naturais que facilitem a respiração da pele.

43

ESTUDO A REALIZAR

41

Primeira etapa

- Ação de sensibilização junto dos pais e encarregados de educação.
- Entrega de um questionário aos mesmos.
- Esclarecimentos sobre o estudo a realizar.

42

Segunda etapa

- Rastreo do Pé
 - Dados demográficos (nome, idade)
 - Inspeção
 - Alterações das unhas/pele
 - Avaliação biomecânica/caminhar
 - Avaliação no podoscópio
 - Realização de pedigrafias
 - Entrega de folheto informativo

47

Terceira etapa

- Apresentação final do resultados obtidos
- Elaboração de relatório

48

**Muito Obrigado Pela
Atenção!**

Anexo VI – Carta aos pais



Exmo. Senhor Encarregado de Educação

Assunto: **Promoção da Saúde do Pé**

A Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, nomeadamente o Mestrado de Podiatria Infantil, encontra-se disponível e interessada em promover a Saúde dos Pés junto das crianças/alunos do nosso Agrupamento. A planificação incluirá uma Ação de Sensibilização (apresentação inicial), em horário a combinar com os pais e encarregados de educação, a observação dos alunos interessados e uma apresentação final dos resultados obtidos por escola.

Durante este ano letivo, de 2011/2012, poderão beneficiar deste rastreio todas as crianças e alunos. Para que o seu educando possa beneficiar deste programa, durante este ano letivo, necessitamos que nos disponibilize a seguinte informação relativa ao seu educando e a devolva, no mais curto espaço de tempo, ao Educador / Professor (1.º Cido) / Diretor de Turma (2º e 3º Ciclos e Secundário).



Cortar por aqui

Estabelecimento de Ensino: _____

Nome da criança / aluno: _____

Data de nascimento ___/___/_____ (dia /mês/ano)

N.º do Aluno e Grupo/Turma: _____

Pretende o rastreio: SIM NÃO

Nome do Encarregado de Educação _____

Contacto do encarregado de educação (telefone / telemóvel) _____

Pretende participar na Ação de Sensibilização: SIM NÃO

Sugestão do Dia da Semana e Horário: _____/_____

Data ___/___/___

Com os melhores cumprimentos.

O DIRETOR

(António José Bragança)

Recebi _____

(EDUCADORA / PROFESSOR TITULAR DE TURMA / DT)

Anexo VII - Questionário aos encarregados de educação

Exmos.(as) Encarregados de Educação,

Vimos por este meio formalizar uma apresentação de um conjunto de actividades, que englobam o curso de Mestrado de Podiatria Infantil, 2ª Edição, no âmbito da unidade curricular de estágio profissionalizante, no módulo da promoção da saúde do pé infantil.

Estas actividades incluem a realização de um rastreio ao pé infantil no agrupamento de escolas do concelho de Felgueiras.

Assim, e no seguimento desta iniciativa, pedimos a Vossa Exma. que preencha o questionário abaixo:

Nome da Criança: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____ Peso: _____ kg Altura: _____ cm Género: M F

Ano Escolar: _____ Tempo de Gravidez: _____ Semanas

Gatinhou? Sim Não Início do Caminhar: _____ (Meses)

N.º Calçado: _____ Calçado Habitual: Sapatinha Bota Sapato

Dispositivo Ortopédico: Sim Não / Bota Palmilha Aparelhos,

Pratica Desporto extra escolar? Sim Não

Se sim qual?: _____ Quantas Horas/Semana? _____

O seu filho apresentou recentemente alguma dor articular (que não tenha sido causado por um traumatismo), por exemplo:

Sim Não

Se sim: Ombro Cotovelo Punho Anca Joelho Tornozelo Outros _____.

Com que frequência surge a dor?

- Menos de uma vez por mês
- Uma vez por mês
- Uma vez por semana
- Três vezes por semana
- Todos os dias

A dor surge depois de realizar actividade física?

Sim Não

A dor melhora com?

- Repouso
- Analgésico
- Massagens

Quanto tempo dura normalmente?

- Minutos
- Algumas horas
- Um dia inteiro
- Vários dias seguidos

Alguma vez sofreu uma entorse?

Sim Não

Anexo VIII – Pólo



Anexo IX – Guia de saúde do pé 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



PODIATRIA INFANTIL



Guia para a Saúde do Pé Infantil

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

CESPU
COOPERATIVA DE ENGENHARIA SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL

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

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

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

CORRECTO



INCORRECTO



CORRECTO



INCORRECTO



CORRECTO



INCORRECTO



Anexo X – Apresentação dos resultados

05-11-2012

PODIATRIA INFANTIL PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PÉ

Resultados Finais

Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa
Mestrado em Podiatria Infantil

ESTUDO REALIZADO

Primeira etapa

- Ação de sensibilização junto dos pais e encarregados de educação.
 - 13-01-2012 às 19h e 21h, na Escola Básica de Lagares, Felgueiras (Cantina)
 - 20-01-2012 às 19h e 21h, na Escola Básica de Lagares, Felgueiras (Cantina)
- Entrega de um questionário aos mesmos.
- Esclarecimentos sobre o estudo a realizar.

Segunda etapa

- Rastreo do Pé
 - Dados demográficos (nome, idade)
 - Inspeção
 - Alterações das unhas/pele
 - Avaliação no podoscópio



Segunda etapa

- Realização de pedigrafias
- Entrega de folheto informativo



Terceira etapa

- Apresentação final do resultados obtidos
- Elaboração de relatório

Cronograma de Atividades

1996/97		2007/08						2008/09	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Após	de	Centro	Centro	Escola	Centro	Escola	Escola	Escola	Escola
recolha	do	Escolar	Escolar	Branca	Escolar	Montinho	Montinho	Montinho	Montinho
dos	do	de	de	de	de	de	de	de	de
dados	do	Lagares	Ribeirinho	Torradados	Jugueiros	Felgueiras	Lagares	Lagares	Lagares
de									
1996/97									

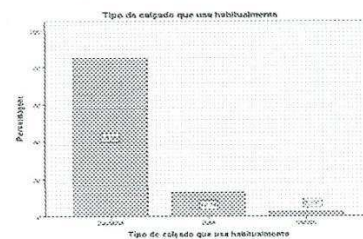
Escolas Alvo de Rastreio

Escola/ Centro Escolar	Nº Alunos
Centro Escolar de Lagares	89
Centro Escolar de Pombeiro	84
EB de Ribeirinho	39
Centro Escolar de Torradados	82
EB de Montinho	51
EB do Cruzeiro	24
EB do Seixo	17
Centro Escolar de Jugueiros	26
EB de Felgueiras	167
EB de Lagares	248

Dados Sociodemográficos

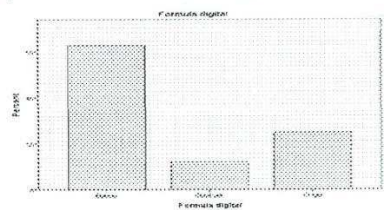
- Amostra do estudo constituída por **827 alunos** de ambos os géneros (feminino e masculino).
- Média de Idade aproximadamente **9 anos** (9,50 anos).
- Média do Peso - **37kg**
- Média da Altura - **1,39m**

Qual o tipo de calçado mais usado?



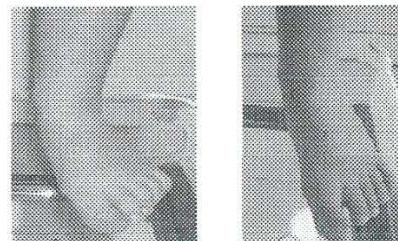
480 alunos, que corresponde a uma percentagem de **84,96%**, utilizam sapatilha como o tipo de calçado habitual.

Tipo de morfologia digital

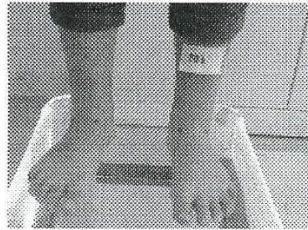


Mais de **60%** (496 alunos) possui um **pé Egípcio** (comprimento do 1º dedo é superior ao do 2º dedo).

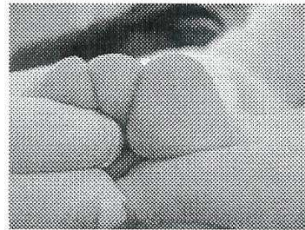
Pé Egípcio



Pé Grego

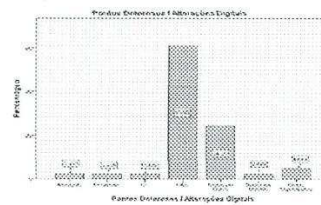


Pé Quadrado



**PONTOS DOLOROSOS/
ALTERAÇÕES DIGITAIS**

Pontos dolorosos / alterações digitais

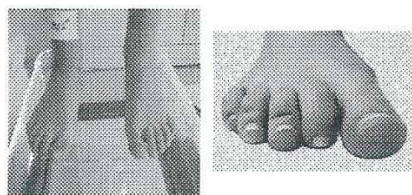


Verificou-se que uma grande percentagem de alunos possui alterações digitais como **HAV (60,98%)** e **dedos em garra (24,39%)**.

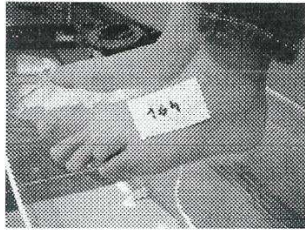
Hallux Abductus Valgus (Joanete)



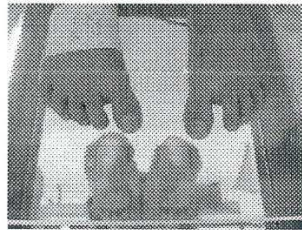
Dedos em Garra



Dedo Supraduto

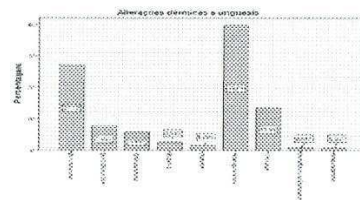


Antepé aduto



ALTERAÇÕES DA PELE E UNHAS

Alterações dérmicas e ungueais



Verificou-se que das 827 crianças, 118 apresentavam alterações dérmicas ou ungueais.

Alterações dérmicas e ungueais

Hiperqueratose	47
Onicomicose	32
Verruga	16
Dermatomicose	9
Onicocriptose	7
Eczema	3
Flictena	2
Hematoma subungueal	1
Onicodistrofia	1

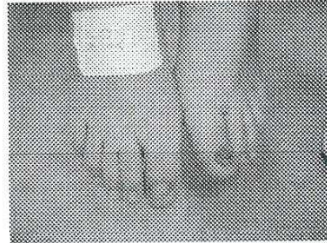
Dermatomicose



Eczema



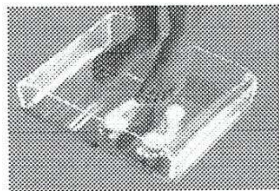
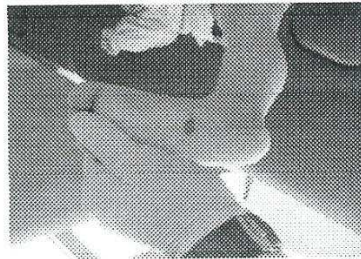
Onicomicose



Verruga

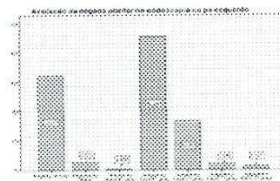


Flictena



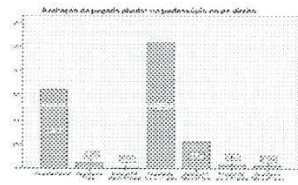
AVALIAÇÃO NO PODOSCÓPIO

Avaliação Pegada plantar pé esquerdo



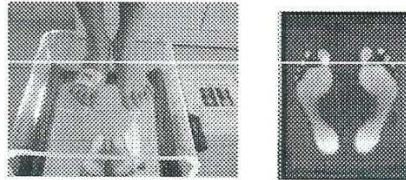
Verificou-se que 251 crianças apresentavam imagem no podoscópio de pé normal; 30 tinham pegada de pé plano com diferentes graus de severidade; 580 crianças tinham o pé esquerdo cavo.

Avaliação Pegada plantar pé direito

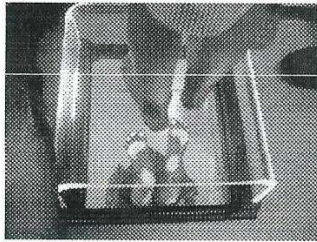


Verificou-se que **249** crianças apresentavam imagem no podoscópio de pé normal; **31** tinham pegada de pé plano com diferentes graus de severidade; **491** crianças tinham o pé direito cavo.

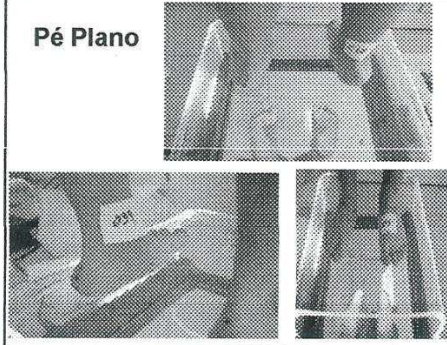
Pegada Normal



Pé Cavo



Pé Plano



CONCLUSÕES FINAIS

- 118 crianças apresentavam alterações dérmicas ou ungueais.
- 32 apresentavam onicomicose (fungo nas unhas), 16 apresentavam verruga, 9 micose no pé, 7 apresentavam unhas encravadas, 3 eczema, condições estas que requerem avaliação e tratamento.
- Observaram-se alterações digitais como HAV (60,98%) e dedos em garra (24,39%).
- 31 crianças apresentavam pé plano fora dos parâmetros normais com necessidade de avaliação.

Agradecimentos

- Ao agrupamento de Escolas de Lagares, Felgueiras, na pessoa do Sr. Presidente António José Bragança e sua adjunta Isabel Melo;
- Aos diretores de turma deste agrupamento de escolas;
- Aos Pais e Encarregados de Educação pela disponibilidade e interesse demonstrado;
- Aos alunos pela colaboração e comportamento exemplar na realização dos rastreios.

Muito Obrigado!

Anexo XI – Carta aos pais das crianças com alterações significativas



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

Exmo(a). Sr(a).

Encarregado(a) de Educação

O Mestrado de Podiatria Infantil, do Instituto Politécnico de Saúde do Norte da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa da CESPU, crl, informa que, tal como previamente solicitado, desenvolveu no Agrupamento de Escolas de Felgueiras, uma palestra de sensibilização para os cuidados com os pés e um rastreio da saúde do pé, no âmbito do projeto de “Promoção da Saúde do Pé em idade Pediátrica”.

Relativamente ao rastreio do seu educando, foi possível constatar que, à data, apresentou algumas alterações ao nível dos pés, desviando-se um pouco dos valores adequados para a idade o que poderá justificar avaliação mais pormenorizada em consulta de Podologia.

Alertamos para a importância da vigilância da saúde dos pés, sendo este um fator de enorme relevo no desenvolvimento harmonioso de todo o aparelho músculo-esquelético.

Se pretender, poderá obter mais informação sobre a Unidade Clínica de Gandra através do site www.cespu.pt ou do telefone 224 157 130.

Muito gratos pela autorização da participação do seu educando na ação de rastreio,

Atentamente,


Mestrado de Podiatria Infantil
Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

Anexo XII – Relatório de avaliação podológico-desportivo



Relatório Podológico-Desportivo

Proc.nº _____ Data: ____/____/____

Nome _____

Data de Nasc ____/____/____ Idade ____ Sexo: Masculino Feminino

Modalidade desportiva: _____ Amador Profissional Lazer

Posição: _____ Anos de prática desportiva: _____

Horas de treino/jogo semanais _____ Tempo médio de competição _____

Peso: ____kg Estatura: ____cm Tamanho Pé: ____ Tamanho Calçado: ____

Tipo de Calçado: _____ Forma de ajustamento: _____

Tipo de meias: _____ Nº de pares: ____ Ligaduras funcionais: _____

Piso: _____

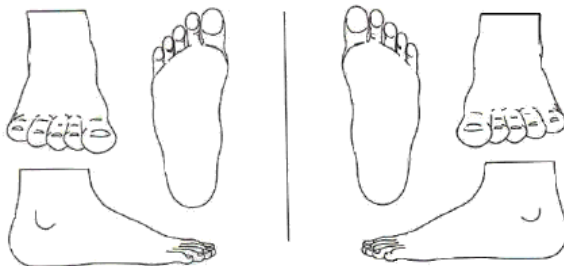
Antecedentes lesionais	MI Esq	MI dir	Gravidade	Dias paragem desportiva	Tratamento	Gesto técnico	Momento Treino/Jogo

Medidas preventivas adoptadas: _____

Morfologia Digital: Pé Egípcio E D Pé Quadrado E D Pé Grego E D

Morfologia Mett: Índice Plus E D Índice Plus Minus E D Índice Minus E D

Queratopatias Dermatopatias Onicopatias



Assimetrias/Dismetrias Confirmado com Rx
Comprimento MI esq _____ MI dir _____ Diferença _____
Perímetros Coxa esq _____ Coxa dir _____
Perna esq _____ Perna dir _____
Pé esq _____ Pé dir _____



Avaliação articular: _____

Avaliação muscular: _____

Avaliação vascular: _____

Avaliação sensibilidade / reflexos: _____

Tipo de Pé: Pé Normal E__ D__ Pé Plano E__ D__ Pé Cavo E__ D__

Desvio do calcânhar: Neutro E__ D__ Valgo E__ D__ Varo E__ D__

Diferencial do escafoide: Sedest E__ D__ Biped E__ D__ Dif E__ D__

Impressão Plantar: Simétrica Assimétrica

Avaliação dinâmica: _____

Exames complementares: _____

Diagnóstico: _____

Tratamento aconselhado: Ortopodologia Quiropodologia Outro _____

Anexo XIII – Crachá da Festa da Criança



Anexo XIV – Convite do jantar de beneficência

UM PÉZINHO PELA CRIANÇA

CONVITE

JANTAR DE BENEFICIÊNCIA

Os alunos do curso de Mestrado em Podiatria Infantil lecionado na Escola Superior de Saude do Vale do Sousa, convidam V. Exa. para participar no jantar de beneficência a realizar no dia 14 de junho, pelas 20:30 horas, no Forte São João, sito Avenida Brasil em Vila do Conde.

A beneficiária deste evento será a **ACREDITAR** - Associação de Pais e Amigos de Crianças com cancro.

Dress Code: Formal

Preço: 40 Pézinhos



Anexo XV – Apresentação da Conferência na Feira da Saúde de Ermesinde

12-03-2013

PODIATRIA INFANTIL

FEIRA DA SAÚDE DE ERMESINDE

- Ação de Sensibilização -

Instituto Politécnico de Saúde do Norte
Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa
Mestrado em Podiatria Infantil



A evolução da espécie humana...



O Ser Humano engloba-se no grupo dos primatas, e é o único que realiza a locomoção em posição bípede sendo esta um marcador exclusivo da linhagem evolutiva.

O corpo humano...



- 206 ossos
- 650 músculos
- Cabeça
- Membro superior
- Membro inferior

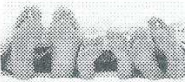
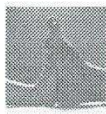
Pé...Como é?

- 26 ossos
- 114 ligamentos
- 38 articulações
- 19 músculos



Pé

- Órgão do corpo
- Não é uma entidade isolada
- Suporte do organismo humano
- Estrutura dinâmica
- "Segundo coração"



O que é a Podologia?


PODO + LOGIA

 { }

 Pé Ciência

Podiatria / Pé

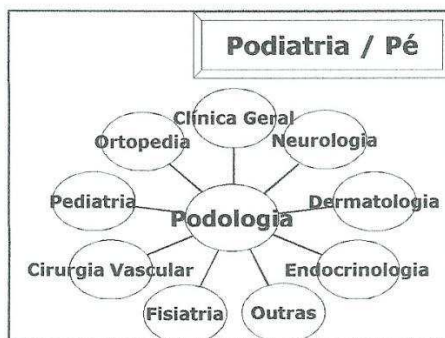
– É a ciência da Saúde, que investiga e analisa o pé, a fim de prevenir, diagnosticar e tratar doenças que afetam a pé, e seus efeitos no corpo humano.



Podiatria / Pé


Podiatria

- Crianças
- Clínica
- Desporto
- Geriátrica
- Pé de Risco



Podiatria Clínica

– A permanência na posição bípede em diferentes superfícies, exige calçado seguro e adequado a fim de evitar lesões nos pés.



Podiatria Desportiva

– O desporto coloca o pé numa posição repetitiva e irregular.

– As mudanças estruturais, morfológicas e funcionais não diagnosticadas ou não compensadas aumentam o risco de lesão.

– Um estudo correto e compensatório para a prevenção

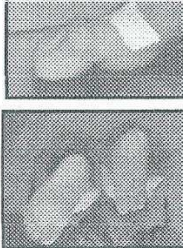


Podiatria Geriátrica


– O passar do tempo e as agressões do quotidiano implicam que se preste uma atenção especial ao pé do idoso, para manter a sua mobilidade, evitando a dor e contribuindo para uma melhor qualidade de vida.



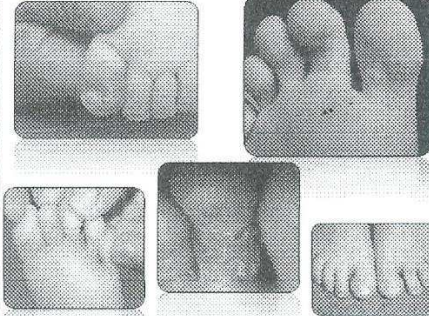
Pé de Risco	
<ul style="list-style-type: none">- Desenvolver um plano de intervenção.- Melhorar a qualidade de vida dos pacientes diabéticos.- Prevenir o aparecimento de ulcera.- Tratar os ossos, articulações, músculos e a pele, a fim de reduzir a deficiência.	

Podiatria Infantil	
<ul style="list-style-type: none">- O estudo do pé da criança pode estabelecer um diagnóstico e um plano de tratamento, a fim de evitar alterações no desenvolvimento estrutural e funcional do mesmo.	

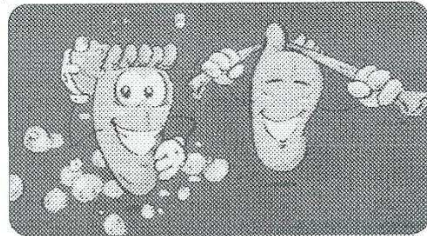

PODIATRIA INFANTIL


<p>A Podiatria Infantil é uma especialidade da Podologia que inclui a prevenção, diagnóstico e tratamento do pé infantil e anomalias do caminhar.</p>

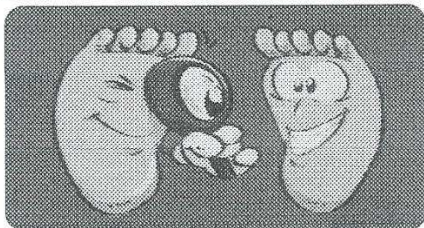
O Pé é alvo de patologias...	
	


--

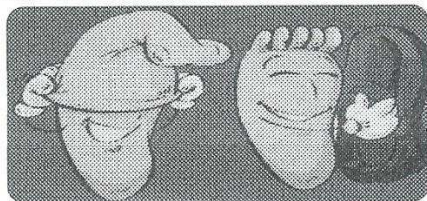
Como podemos prevenir os problemas nos pés???



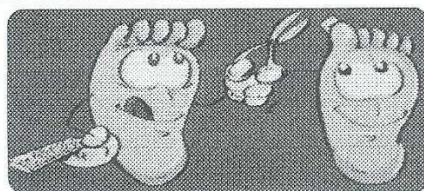
- Lavar os pés diariamente com água e sabão. Secar bem, especialmente entre os dedos.



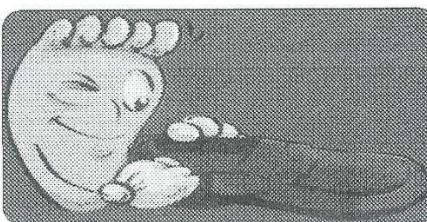
- Observar diariamente os pés para detetar precocemente alguma alteração da pele e unhas.



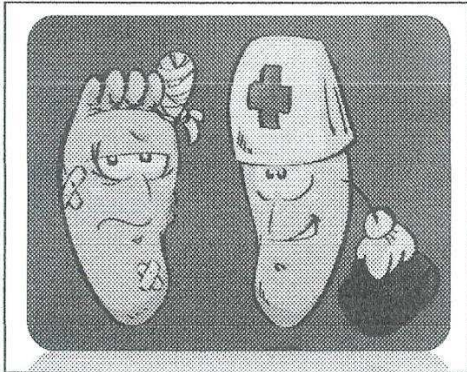
- Utilizar meias e calçado confortável.
- Optar por meias de algodão ou lã, para permitir que o pé respire.
- Trocar de meias todos os dias!



- Cortar as unhas de forma reta.
- Devemos estar atentos a alterações no aspecto da unha (coloração, forma e estrutura).



- Examinar os sapatos para ver se existem corpos estranhos (pedras, pregos, deformações, ...), que possam ferir o nosso pé.



Devemos consultar a equipa de saúde, **Podologista**, sempre que tivermos um corte, uma unha encravada, micoses, dores nos pés!!!



O peso do meu calçado é importante???

• Resposta:

SIM



PORQUÊ?

- Diminui o esforço e o cansaço ao caminhar



A sola do meu calçado é importante!!!

• O que é a sola???

- a) A parte de baixo do calçado
- b) A parte de cima do calçado
- c) A parte de traz do calçado



A

Porque...

- Amortece os choques
- Deve ser flexível na zona dos dedos.
- Deve ser sempre recta.

Então qual é a imagem correcta?

A

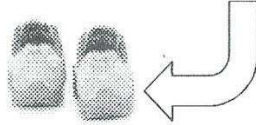


B

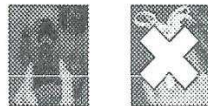


O contraforte!!!

- Resistente e que proteja a zona do tornozelo.



- Deve ser forte e estável.



A biqueira do meu calçado!

- A biqueira não deve ser demasiado rígida ou dobrar demasiado.

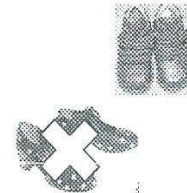
- Tem que ter largura suficiente para permitir o ajuste do pé.



CORRETO



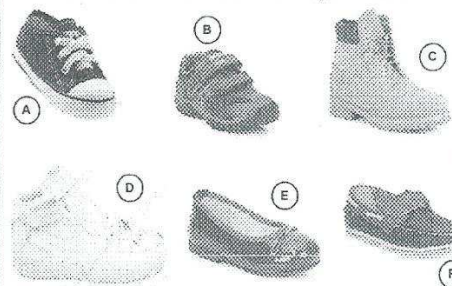
INCORRETO



O meu calçado deve...

- Ajustar-se bem ao pé;
- Adaptar-se aos movimentos que eu faço;
- Amortecer os impactos do meu pé;
- Proporcionar conforto térmico (calor, frio);
- Agarrar ao solo, evitando quedas.

Escolhe o teu calçado...



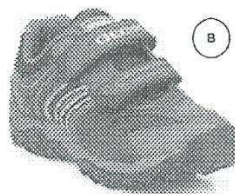
- Possui velcros, que permite ajustar o pé ao sapato.

- Sola em borracha.

- Contraforte estável.

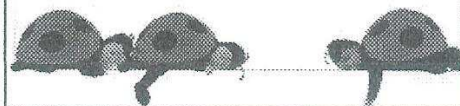
- Biqueira flexível nos dedos.

- Calçado com peso adequado.



B

O que os meus pais devem saber sobre os meus pés...



- O meu pé deve ser medido de 3 em 3 meses, para ver qual o número que eu calço!
- O meu calçado deve ser adequado á minha idade!
- Não deve utilizar calçado de outras crianças!
- O meu calçado deve ser de materiais naturais para a minha pele respirar!

- Devo ter cuidado com o aparecimento de alterações na pele pois podem estar associadas a patologias!
- O desgaste irregular da sola do sapato pode ser sinal de patologia no pé!
- As quedas frequentes ao caminhar é um sinal de alerta!

Então...

Se tens algum problema nos pés quem deve ou pode solucionar o problema??

Obrigado pela vossa atenção...

Anexo XVI – Folha para levar para casa com a impressão da pegada plantar

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 correto e prevenir o aparecimento de alterações estruturais e funcionais.



CESPU
COORDINADORA DE ENSINO
SUPERIOR POLITÉCNICO
E UNIVERSITÁRIO, CR.



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO LISIÓIAS

MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL (2ª edição)
André Nogueira, António Ramos, Cristiana Soares, Jorge
Freltas, Liliana Pinto, Luís Esteves, Rita Machado, Sónia
Bessa, Tiago Saramago, Vânia Carrão

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

Anexo XVII – Ilustração para pintar



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



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE**
ESCOLA VARIANTE DE SAÚDE DA CRIANÇA

MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL

André Nogueira, António Ramos, Cristiana Soares, Jorge Freitas, Liliana Pinto, Luís Esteves, Rita Maohado, Sónia Beza, Tiago Saramago, Vânia Carrão

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

Anexo XVIII – Poster de podiatria 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, CR.



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

MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL

André Nogueira, António Ramos, Cristiana Soares,
Jorge Freitas, Liliana Pinto, Luís Esteves, Rita
Machado, Sónia Bessa, Tiago Saramago, Vânia Carrão

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



Anexo XIX – Programa do Congresso Nacional de Podologia



**VII CONGRESSO NACIONAL DE
DE
PODOLOGIA**

LETRA ZEN

CENTRO DE
CONGRESSOS DE
AVEIRO

27,28
ABRIL 2012

Organização



ASSOCIAÇÃO
PORTUGUESA
DE
PODOLOGIA

Patrocínio Científico



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

Secretariado



LETRA ZEN COMUNICAÇÃO
E-mail: secretariado@apodologia.com
Tlf.: +351 229961501

PROGRAMA DO CONGRESSO
27 de Abril 2012 - Sexta - Feira

8.30h – Abertura do Secretariado

Conferência de Abertura
9.30h – A Valoração do Pé na Abrangência Social
Prof. Doutor Pinto da Costa
Professor Catedrático Jubilado no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto

Podiatria Infantil
10.00h – Cirurgia do Pé Plano Infantil: Técnicas/Indicações /Complicações
Dr. Nuno Alegrete
Ortopedista Especialista em Ortopedia Infantil

10.15h – Hipermobilidade Membro Inferior
Dr.ª Ana Araújo
Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil

10.30h – Doença de Sever, a Eficácia das Ortóteses Plantares Personalizadas na Diminuição da Dor em Crianças com Idade entre os 8 e 12 anos
Dr.ª Sandra Carvalho
Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil

10.45h – Alterações Dermatológicas no Pé da Criança
Prof. Doutor Osvaldo Correia
Dermatologista / Diretor do Centro de Dermatologia *Epidermis*
Dr.ª Filipa Ventura
Dermatologista / Centro de Dermatologia *Epidermis*

11.00h – 11.45h – Intervalo

Podiatria Clínica
11.45h – Bandas Neuromusculares
Mestre Eduardo Merino
Fisioterapeuta / Docente do IPSN - CESPU

12.00h – Aplicabilidade das Bandas Neuromusculares no Pé Plano Infantil
Dr.ª Liliana Pinto
Podologista / Mestranda em Podiatria Infantil

12.15h – Princípios Gerais do Uso do Laser
Mestre João Mouzinho, Prof. Doutor Luís Monteiro - CESPU

12.30h – Aplicabilidade da Terapia do Laser na Podologia
Dr.ª Herminia Manuela Sousa
Podologista / Mestranda em Podiatria Clínica

12.45h – Aplicabilidade do Laser YAG no Tratamento das Onicomicoses e Tratamento de Verrugas.
Dr. Jorge Alora Guibemau - CUTERA

13.00h – 15.00h – Intervalo para almoço



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO SAUSA

ANO LETIVO: 2011 / 2012

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Reservado em Podologia Sabatini ANO: 2º

UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante

LOCAL: Vila Nova de Famalicão - NOVA SAÚDE

INÍCIO: 2011 / 11 / 17 FIM: 30 / 11 / 2011

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: Podologia

NOME ALUNO(A) (Nome completo): SÓNIA ISABEL MONTEIRO BESSA

ORIENTADOR(A) (Nome completo): Manuel Pereira

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
17 / 11 / 2011	15H / 19h30	Sónia Bessa		/ /	/		
23 / 11 / 2011	15H / 20h30	Sónia Bessa		/ /	/		
30 / 11 / 2011	15H / 20.30	Sónia Bessa		/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

O(A) SUPERVISOR(A)



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO SaVSA

ANO LETIVO: 2011/2012

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: Podiatria Infância ANO: 2º ano

UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante

LOCAL: Laboratório de Ortopedia

INÍCIO: 06/11/2012 FIM: 20/11/2012

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: ORTOPEDIÁLOGIA INFANTIL

NOME ALUNO(A) (Nome completo): Sónia Isabel Monteiro Bessa

ORIENTADOR(A) (Nome completo): Restre Vitor Oliveira

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
20/11/2012	14h00/19h00	Sónia Bessa		/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

_____/_____/_____/_____

O(A) SUPERVISOR(A)

_____/_____/_____/_____



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO SAUSA

ANO LETIVO: 2011/2012

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Restrição de Podiatria infantil ANO: 2º ano

UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante

LOCAL: RASCOS das ESCOLAS FELICISAS

INÍCIO: 13 / 07 / 2012 FIM: 20 / 4 / 2012

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____

NOME ALUNO(A) (Nome completo): Sónia Isabel Monteiro Bessa

ORIENTADOR(A) (Nome completo): Alexandre Miguel Oliveira

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
13/07/2012	19h / 22h	Sónia Bessa		/ /	/		
20/7/2012	19h / 22h	Sónia Bessa		/ /	/		
26/7/2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
27/7/2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
2 / 8 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
3 / 8 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
9 / 8 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
23 / 8 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
24 / 8 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
1 / 9 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
2 / 9 / 2012	9h / 14h	Sónia Bessa		/ /	/		
20 / 4 / 2012	19h / 22h	Sónia Bessa		/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/		/ /	/			
/ /	/		/ /	/			
/ /	/		/ /	/			
/ /	/		/ /	/			
/ /	/		/ /	/			

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

O(A) SUPERVISOR(A)



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO BOUSA

ANO LETIVO: 2011 / 2012

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: MESTRADO DE PEDIATRIA INFANTIL ANO: 2º ano

UNIDADE:
CURRICULAR: ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

LOCAL: HOSPITAL DE SÃO JOÃO

INÍCIO: 16 / 4 / 2012 FIM: 19 / 4 / 2012

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: Endocrinologia Pediátrica

NOME ALUNO(A) (Nome completo): SÓMIA ISABEL MONTEIRO BESSA

ORIENTADOR(A) (Nome completo): Dr. Manuel Fomgueira

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
16 / 4 / 12	8:30 / 13:00	Sómia Bessa	[Assinatura]	/ /	/		
17 / 4 / 12	8:30 / 13:00	Sómia Bessa	[Assinatura]	/ /	/		
18 / 4 / 12	8:30 / 13:00	Sómia Bessa	[Assinatura]	/ /	/		
19 / 4 / 12	9:00 / 13:00	Sómia Bessa	[Assinatura]	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

_____, ____ / ____ / ____

O(A) SUPERVISOR(A)

[Assinatura]

PORTO, 19 / 04 / 2012



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO SOUZA

ANO LETIVO: 2011 / 2012

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: VESTIBULO DE ADIACIA INFANTIL ANO: 2º ano

UNIDADE CURRICULAR: ESCALIO PROFISSIONALIZANTE

LOCAL: HOSPITAL DE S. JOÃO

INÍCIO: 26 / 3 / 2012 FIM: 30 / 3 / 2012

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: ORTOPEDIA INFANTIL

NOME ALUNO(A) (Nome completo): Sónia Isabel Monteiro Besse

ORIENTADOR(A) (Nome completo): Dr. Nuno Alegrete

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
26 / 3 / 2012	8:00 / 13:15	Sónia Besse	<i>[Rúbrica]</i>	/ /	/		
27 / 3 / 2012	8:30 / 13:30	Sónia Besse	<i>[Rúbrica]</i>	/ /	/		
28 / 3 / 2012	8:30 / 14:00	Sónia Besse	<i>[Rúbrica]</i>	/ /	/		
29 / 3 / 2012	8:30 / 14:00	Sónia Besse	<i>[Rúbrica]</i>	/ /	/		
30 / 3 / 2012	8:30 / 14:00	Sónia Besse	<i>[Rúbrica]</i>	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)
[Assinatura]
Para 30 / 3 / 2012

O(A) SUPERVISOR(A)

_____/_____/_____



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO SOUZA

ANO LETIVO: 2011 / 2012

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: MESTRADO DE PEDIATRIA INFANTIL ANO: 2º ano

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO PROFISSIONALIZANTE

LOCAL: CENTRO DE MEDICINA E REABILITAÇÃO DESPORTIVA - FARMÁCIA

INÍCIO: 16 / 4 / 2012 FIM: 14 / 5 / 2012

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____

NOME ALUNO(A) (Nome completo) Sónia Isabel Romão Bessa

ORIENTADOR(A) (Nome completo) Dr. Domingos Gomes

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
16/4/2012	14h30 / 18h00	Sónia Bessa		/ /	/		
30/4/2012	14h30 / 18h00	Sónia Bessa		/ /	/		
7/5/2012	14h30 / 18h00	Sónia Bessa		/ /	/		
14/5/2012	14h30 / 18h00	Sónia Bessa		/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)


O(A) SUPERVISOR(A)

Anexo XXI – Registo de presenças nos seminários



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Sónia Isabel Monteiro Bessa
do 2º ano do Curso de Master de
Psicoterapia infantil portador do B.MCC. nº 13358732 emitido em / /
do Arquivo de Identificação de , esteve presente no dia 29 / 10 / 2011, das
9 : 00 às 18 : 00 horas, no Seminário
CalçadoTerapia, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio profissionalizante.

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

O Docente,
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE

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

Gandra, 31 / 10 / 2011
(Local e Data)

O Secretariado de Curso
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Sónia Isabel Monteiro Pessa
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Pediatria (Infância), portador do B+CC. nº 13358732 emitido em / /
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 21/1/2012 das
9:00 às 18:00 horas, no Seminário
Bandas Neuromusculares, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio profissionalizante.

Gandra, 21/1/2012
(Local e Data)

O Docente

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE

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

Gandra, 21/01/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE SAÚDE DO NORTE

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Sónia Isabel Monteiro Bessa
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podiatria infantil, portador do B.I.C.C. nº 13358732 emitido em / /
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 4 / 2 / 2012 das
9:00 às 18:00 horas, no Seminário
Bandas neuromusculares, realizado no
âmbito da Unidade Curricular estágio profissionalizante.

Guarda, 4 / 2 / 2012

(Local e Data)

O Docente
Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

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

Guarda, 04 / 02 / 2012

(Local e Data)

O Secretário de Curso

Instituto Politécnico
de Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA

IE.51A/01

DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Sónia Isabel Monteiro Pessa
do 2º ano do Curso de Mestrado de
Podologia infantil, portador do B#CC. nº 13358732 emitido em / /
do Arquivo de Identificação de , esteve presente no dia 28/4/2012 das
9:30 às 20:00 horas, no Seminário
Congresso Nacional de Podologia, realizado no
âmbito da Unidade Curricular estágio profissionalizante.

Gondra, 28/4/2012
(Local e Data)


O Docente,
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOMBA
[Assinatura]

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

Gondra, 28/4/2012
(Local e Data)


O Secretariado de Curso
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOMBA
[Assinatura]