

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

**Avaliação da intensidade de dor através da  
escala de faces, associada à onicocriptose no  
doente podológico pediátrico**

Trabalho apresentado ao curso de Mestrado em Podiatria Infantil do  
Instituto Politécnico de Saúde – Norte – Escola Superior de Saúde do Vale  
do Sousa, para obtenção do grau de Mestre, sob orientação de Manuela  
Leite (PhD) e co-orientação de Angélica Andrade (MSc)

Por

**Sónia Isabel Monteiro Bessa**

Gandra

Abril, 2013

## Ficha de catalogação

Bessa, S. I. M. (2013)

Titulo: Avaliação da intensidade de dor através da escala de faces associada à onicocriptose no doente podológico pediátrico

Monografia apresentada ao Departamento de Podologia da Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa do Instituto Politécnico de Saúde do Norte

Gandra: s.n. 47p

Orientador: Prof. Doutora Manuela Leite

Co-orientador: Mestre Angélica Andrade

1. CRIANÇA

2. DOR

3. PÉ

4. ONICOCRIPTOSE

# Dedicatória

Aos meus pais



## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar à minha orientadora e coorientadora por toda a disponibilidade e ajuda que me ofereceram;

Aos meus pais, pois sem eles não conseguiria ser quem sou;

Ao meu irmão por toda a ajuda prestada quando necessitei;

Ao Luís, por toda a compressão, carinho e por toda a paciência;

Aos meus amigos por toda amizade, companheirismo e apoio;

Muito obrigada a todos os participantes pois sem eles este estudo não era possível.

A todos o meu muito obrigada!



## **Epigrafe**

Nas grandes batalhas da vida, o primeiro passo  
para a vitória é o desejo de vencer!

*Mahatma Gandhi*





# Índice

Dedicatória .....	III
Agradecimentos.....	V
Epigrafe.....	VII
Índice de Figuras .....	XIII
Índice de Tabelas.....	XV
Índice de Anexos .....	XVII
Listas .....	XIX
Abreviaturas.....	XIX
Siglas .....	XIX
Resumo.....	XXI
Abstract .....	XXIII
Introdução .....	1
1 Fundamentação teórica.....	3
1.1 Anatomia do dedo .....	3
1.2 Anatomia da unha .....	4
1.3 Embriologia da unha .....	4
1.4 Onicopatias mais frequentes na criança .....	5
1.5 Onicocriptose .....	7
1.5.1 Conceito .....	7
1.5.2 Etiologia da onicocriptose.....	8
1.5.3 Estádios da onicocriptose .....	8
1.6 Conceito de dor .....	10
1.7 Biologia da dor .....	10
1.8 A dor na pediatria.....	12
1.9 Instrumentos de avaliação da dor.....	13

1.9.1	Escala numérica verbal ou visual.....	14
1.9.2	Escala visual analógica (EVA) .....	14
1.9.3	Escala de Eland Color .....	14
1.9.4	Poker chips .....	15
1.9.5	Termómetro da dor .....	15
1.9.6	Escala de Oucher .....	15
1.9.7	Escala de faces ou de Wong-baker .....	15
2	Metodologia.....	17
2.1	Objetivos.....	17
2.2	Ética na investigação .....	17
2.3	Desenho do estudo .....	18
2.4	População.....	18
2.5	Amostra .....	18
2.5.1	Critérios de inclusão .....	18
2.5.2	Critérios de exclusão .....	18
2.6	Materiais e métodos.....	19
2.7	Procedimentos .....	19
2.8	Pré-teste .....	20
2.9	Análise estatística .....	21
3	Resultados .....	23
3.1	Caracterização da Amostra .....	23
3.2	Caracterização da Onicocriptose .....	25
3.3	Estudo de prevalência de dor antes e após o tratamento da onicocriptose .....	27
3.4	Estudo de Correlação entre as variáveis .....	31
3.4.1	Intensidade de Dor na Posição Descalça e Calçada com Variáveis Sócio-demográficas.....	31

3.4.2	Intensidade de dor na posição descalça e calçada com variáveis clínicas .....	32
4	Discussão.....	35
5	Conclusão .....	39
6	Referências bibliográficas .....	41
	Anexos .....	49



## Índice de Figuras

FIGURA 1 - GRÁFICO DE REPRESENTATIVO DAS IDADES.....	23
FIGURA 2 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DO GÉNERO.....	24
FIGURA 3 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL.....	24
FIGURA 4 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA LOCALIZAÇÃO DA ONICOCRIPTOSE.....	25
FIGURA 5 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS BORDOS DOLOROSOS Á PALPAÇÃO. ....	26
FIGURA 6 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA FREQUÊNCIA DOS ESTADIOS DA ONICOCRIPTOSE. ....	26
FIGURA 7 – GRÁFICO DE EXTREMOS E QUARTIS REPRESENTATIVOS DA AVALIAÇÃO DA DOR ANTES DO TRATAMENTO COM A CRIANÇA CALÇADA E DESCALÇA.....	27
FIGURA 8 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA INTENSIDADE DE DOR APÓS O TRATAMENTO COM A CRIANÇA CALÇADA E DESCALÇA. ....	28
FIGURA 9 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DA INTENSIDADE DE DOR ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO COM A CRIANÇA CALÇADA.....	29
FIGURA 10 – GRÁFICO REPRESENTATIVO DOS EXTREMOS E QUARTIS DA AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DE DOR COM A CRIANÇA DESCALÇA ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO. .....	30
FIGURA 11 - GRÁFICO REPRESENTATIVO DA RELAÇÃO ENTRE O TIPO DE PÉ E OS BORDOS DOLOROSOS. ....	34



## Índice de Tabelas

TABELA 1 – REPRESENTAÇÃO DO TIPO DE PÉ NA NOSSA AMOSTRA .....	25
TABELA 2 - AVALIAÇÃO DA DOR ATRAVÉS DA ESCALA DE FACES, COM A CRIANÇA CALÇADA E DESCALÇA ANTES DO TRATAMENTO, DE ACORDO COM O GÉNERO. ....	28
TABELA 3- AVALIAÇÃO DA DOR COM A CRIANÇA CALÇADA E DESCALÇA APÓS O TRATAMENTO. ....	29
TABELA 4 - TESTE DE WILCOXON ENTRE AVALIAÇÃO DA DOR NA POSIÇÃO CALÇADA, ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO. ....	30
TABELA 5 - TESTE DE WILCOXON ENTRE AVALIAÇÃO DA DOR NA POSIÇÃO DESCALÇA, ANTES E DEPOIS DO TRATAMENTO. ....	31
TABELA 6 - TABELA DE CORRELAÇÃO DO TIPO SPEARMAN ENTRE A INTENSIDADE DE DOR COM A CRIANÇA DESCALÇA/CALÇADA E A IDADE ANTES E APÓS O TRATAMENTO ...	31
TABELA 7 - TABELA DE CORRELAÇÃO DO TIPO SPEARMAN, ENTRE O ESTADIO DA ONICOCRIPTOSE E A AVALIAÇÃO DA DOR EFETUADA PELA CRIANÇA ANTES E APÓS O TRATAMENTO. ....	32
TABELA 8 – REPRESENTAÇÃO ENTRE A INTENSIDADE DA DOR NA POSIÇÃO CALÇADA E DESCALÇA ANTES E APÓS O TRATAMENTO E O TIPO DE PÉ .....	33





## **Índice de Anexos**

Anexo I – Apresentação do estudo .....	I
Anexo II– Consentimento de informado .....	III
Anexo III– Carta de pedido de autorização do orientador para o consultório Dr.António Ramos e resposta do mesmo. ....	IV
Anexo IV– Carta de pedido de autorização do orientador para a Unidade Clínica de Gandra e resposta do mesmo. ....	V
Anexo V– Carta de pedido de autorização do investigador para o Consultório Dr. António Ramos. ....	VI
Anexo VI– Carta de pedido de autorização do investigador para a Unidade Clínica de Gandra. ....	VII
Anexo VII–Questionário. ....	VIII
Anexo VIII–Escala de faces de Wong-Baker. ....	XII
Anexo IX–Carta de pedido de autorização para o uso da escala de faces traduzida e adaptada em Português. ....	XIII



## **Listas**

### **Abreviaturas**

PhD – Professora Doutora

MSc - Mestre

### **Siglas**

FPS-R – faces pain scale revised

EVA – Escala Visual Analógica

EN – Escala numérica

IASP - International Association for the Study of Pain

IMC- Índice de Massa Corporal



## Resumo

A dor afeta milhares de pessoas em todo o mundo, e em todas as idades (Fernandes & Arriaga, 2010), não sendo muitas vezes valorizada na idade pediátrica (Baeyer, 2008; Barros, 2003). No âmbito podológico a onicocriptose é uma das patologias que frequentemente aparece na criança. Apesar disso, não existem estudos nesta área no nosso país. Deste modo o objetivo principal deste trabalho foi o de avaliar a prevalência de dor na onicocriptose, assim como, caracterizar a onicocriptose e identificar as variáveis que podem influenciar a intensidade de dor associada. A amostra foi recolhida no Consultório de Podologia do Dr. António Ramos e na Unidade clínica de Gandra e é composta por 11 crianças de ambos os géneros, cujos critérios de inclusão era possuírem idade compreendidas entre os 3 e os 18 anos e diagnóstico de onicocriptose. Foi aplicado um protocolo de investigação composto por: (1) Consentimento Informado, assinado pelos pais; (2) Questionário Sócio-demográfico e Clínico (Bessa, S, & Leite, M., 2011); (3) Escala de Wong-Baker.

Os resultados obtidos indicam-nos que a onicocriptose no hálux é a mais frequente (60%), com afetação do bordo tibial (54%), em estadio de desenvolvimento 1 e 2, afetando mais o género masculino (54,55%). No que concerne á dor associada á onicocriptose, constatou-se uma intensidade de dor superior antes do tratamento aquando calçadas (M=8; DP= 1,868), comparativamente à avaliação descalças (M=6; DP=2,50), assim como, uma diminuição acentuada da mesma após o tratamento podológico (Calçados M=2, DP=2,442; Descalços M=2, DP=2,272), sendo esta diferença estatisticamente significativa (Calçados  $Z = -2,979$ ,  $p = ,003$ ; Descalços  $Z = -3,002$ ,  $p = ,003$ ). Quanto às variáveis que poderão influenciar a intensidade de dor na onicocriptose, verifica-se que o aumento da idade se correlaciona com menor intensidade de dor, apesar da ausência de significância estatística; o estadio da doença se correlaciona de forma moderada, positiva e estatisticamente significativa com a intensidade de dor

(Calçada  $r=.752$ ,  $p=.008$ ; descalça  $r=.692$ ,  $p=.008$ ); e que o pé plano se encontra associado a afetação dolorosa dos bordos unilaterais.

Podemos concluir que resultados obtidos comprovam a eficácia do tratamento podológico na diminuição efetiva da dor associada á onicocriptose.

Palavras-chave: CRIANÇA, DOR, PÉ, ONICOCRIPTOSE

## Abstract

Pain affects millions of people around the world, and in all ages (Fernandes & Arriaga, 2010), but, most of times isn't valued in the pediatric age (Baeyer, 2008; Barros, 2003). In the Podiatry area, onychocryptosis is one of the diseases which commonly appear in the children's. However, no studies about this are available in our country. Therefore, the main objective of this study was to evaluate the prevalence of pain in onychocryptosis, characterize the disease and identify the variables that can influence the intensity of associated pain. The sample was collected in the Office of Podiatry Dr. Antonio Ramos and in the Clinic Unit of Gandra. The sample consists in 11 children's of both genres, and the criteria selections was having age between 3 and 18 years and have been diagnosed onychocryptosis. Was applied a research protocol composed by: (1) Informed Consent signed by the parents, (2) Socio-demographic Questionnaire (Bessa, S, & Leite, M., 2011), (3) Wong-Baker Scale

The results show us that the onychocryptosis in the hallux is the most frequent (60%), with affectation of the board tibial (54%), in the 1<sup>st</sup>, 2<sup>nd</sup> developmental stage, affecting more the males (54.55%). Regarding the pain associated with onychocryptosis, was been observed a high intensity of pain before the treatment when sidewalks (M = 8, DP = 1.868) compared to the evaluation while they were barefoot (M = 6, DP = 2.50), as well a decrease of pain after the podiatric treatment (Footwear M = 2, DP = 2.442; Barefoot M = 2, DP = 2.272), and this difference was statistically significant (Footwear Z = -2.979, p = .003; Barefoot Z = -3.002, p = .003). About the variables that can influence the intensity of pain in onychocryptosis, we verify that the increase of the age, have influence in the less intensity of pain, despite the lack of statistical significance; the stage of disease relates moderately, positive and statistically significant with the pain intensity (Footwear r = .752, p = .008, Barefoot r = .692, p = .008), and the flat foot is associated with unilateral affectation painful broadsides.

We can conclude that this results supports the efficacy of the podiatric treatment in reducing the pain associated with the onychocryptosis.

Keywords: CHILDREN, PAIN, FOOT, ONIHOCRYPTOSIS



## **Introdução**

A dor afeta em todo o mundo milhões de pessoas de todas as idades (Fernandes & Arriaga, 2010). Esta é uma experiência familiar e inerente à existência humana (Bernardes, 2008). No entanto a dor sentida na infância nem sempre é valorizada (Baeyer, 2008; Barros, 2003).

Na década de 70, existiam crenças de que as crianças não possuíam experiências de dor, assim como, de não serem capazes de quantificar a intensidade de dor. No entanto a partir da década de 80, os estudos sobre a dor na criança aumentaram consideravelmente. Alguns investigadores desta época apresentaram evidências de que as crianças são capazes de indicar diversos níveis de sofrimento, o que lhes proporcionou diversos elementos para a construção de uma nova concepção de dor na criança (Rossato & Angelo, 1999).

A dor tem sido classificada e definida tendo em consideração diversos aspetos tais como a sua duração (aguda ou crónica),(Costa, Santos, Alves, & Costa, 2007) intensidade, natureza, grau de desconforto, localização, frequência e significado (DGS, 2010). Além disto, para se avaliar a intensidade de dor na criança temos de ter em consideração a idade, o nível de desenvolvimento cognitivo, as aprendizagens/experiências anteriores, o meio onde esta se encontra inserida e a maturidade da criança (O'Rourke, 2004). Vejamos, enquanto uma criança de 10 anos de idade define a dor como sensação de desconforto quando se magoa, um jovem de 17 anos já a descreve como sendo "a sensação oposta ao conforto, que pode ser física ou emocional (IASP, 2005a). Devido a esta variedade de fatores é difícil definir e conceptualizar a dor no seu todo (Fernandes & Arriaga, 2010). À semelhança da dificuldade existente na definição do conceito de dor, também a sua avaliação não é exclusiva de uma única medida. Ao longo dos anos têm sido desenvolvidas e validadas diversas medidas de avaliação de dor na idade pediátrica (Fernandes & Arriaga, 2010).

Existem inúmeras escalas utilizadas para a avaliação da dor na criança tais como, Faces Pain Scale – Revised (FPS- R), Escala Visual Analógica (EVA),

Escala Numérica (EN), Escala de Oucher e Escala de Faces (Correia & Linhares, 2008), no entanto neste estudo abordou-se a avaliação da dor na criança através da escala de faces ou Wong-Baker.

O onicocriptose é uma das patologias mais comuns que ocorre no pé e que se encontra muito frequentemente na prática diária. O conhecimento desta doença e suas implicações é fundamental para o estabelecimento de um correto diagnóstico, e conseqüentemente de tratamento adequado (Carmona; & Morato;, 2003). Esta afeção na idade pediátrica é uma das razões mais frequentes para consultar um podologista (Férrnandez, Garrido, & Cabrera, 2010; Nova, Rodriguez, & Peña, 2007).

A elevada frequência da onicocriptose na população pediátrica, a sua negligência por parte dos pais e profissionais, bem como, a ausência de estudos científicos nesta área, foram os motivos pelo qual escolhi como tema do meu trabalho de dissertação de mestrado a "Avaliação da intensidade de dor através da escala de faces, associada à onicocriptose no doente podológico pediátrico". O objetivo primordial foi avaliar a prevalência e intensidade de dor associada à onicocriptose, e mais especificamente, identificar as variáveis que podem influenciar a intensidade de dor, assim como, caracterizar a patologia em questão, em termos de localização e estadio de desenvolvimento e sua correlação com a intensidade da dor.

Para melhor compreensão, este trabalho foi dividido em 3 partes: na primeira parte, realizou-se uma revisão bibliográfica do tema começando-se pela definição e descrição da onicocriptose, seguido do conceito de dor na criança, e finalmente da forma avaliação da dor, mais concretamente através das Escala de Faces. Na segunda parte explicou-se de uma forma rigorosa toda a metodologia utilizada. Na terceira e última parte foram apresentados os resultados obtidos bem como a respetiva discussão e conclusão.

# **1 Fundamentação teórica**

Os profissionais de saúde têm-se deparado frequentemente com um dos problemas mais desafiantes na prática diária: a medição e avaliação da intensidade de dor na criança (Franck, Greenberg, & Stevens, 2000). No entanto, para o tratamento adequado da dor, é necessário a realização de uma avaliação completa e adequada. A onicocriptose é normalmente considerado um mal menor, no entanto esta causa dor e desconforto (Greig, 1989 citado por ; Izge Günal, Can Kosay, Arzu Veziroglu, Yasemin Balkan, & Ilhan, 2003). Para uma avaliação correta deste patologia e da dor a ela associada, é necessário possuir um bom conhecimento da anatomia do dedo, da unha e sua embriologia, das onicopatias – etiologia e estádios de desenvolvimento, assim como, do próprio conceito de dor provocada pela lesão.

## **1.1 Anatomia do dedo**

O pé é um elemento fulcral para o organismo (Bricot, 2001 citado por ; Cantalino & Mattos, 2006), tratando-se de um complexo sistema esquelético composto por sete ossos társicos, cinco ossos metatársicos e catorze falanges(Azevedo, 2006). Por sua vez o antepé é composto por cinco metatarsos que são numerados a partir da parte medial do pé. O primeiro metatarso é menor e mais robusto do que os outros, já o segundo metatarso é o mais longo. Cada metatarso possui base proximal, corpo e cabeça que se situa mais distalmente. A base dos metatarsos articulam-se com os cuneiformes e o cuboide (ossos társicos) e as cabeças articulam-se com as falanges proximais. O quinto metatarso possui na sua base uma tuberosidade que se projeta sobre a margem lateral do cuboide (Moore & Dalley, 2001). Além destes ossos, que são principais para o pé, este pode apresentar um número variável de ossículos acessórios chamados sesamoides que normalmente se encontram na primeira falange do primeiro metatarso (Marini, 2000).

## **1.2 Anatomia da unha**

Os segmentos distais dos dedos dos primatas possuem unhas. O conhecimento anatómico do aparelho ungueal é importante para compreender alterações que ocorrem na unha nas diferentes patologias e seu tratamento. A unha consiste em lâmina ungueal, matriz, leito e bordos ungueais (Florencio, 2010). Os bordos proximais e laterais da unha encontram-se cobertos por pele, denominando-se de prega ungueal e os bordos são mantidos no seu lugar pelo sulco ungueal. A camada córnea da prega ungueal cresce sobre o corpo da unha formando o eponíquio. Na extremidade livre da unha por debaixo, encontra-se o hiponíquio, uma zona espessada da camada córnea. A raiz da unha e o corpo da unha unem-se ao leito ungueal, cuja sua porção proximal é a matriz ungueal. No leito ungueal e na matriz ungueal encontra-se a camada germinativa (Seeley, Stephens, & Tate, 2005). O leito da unha é visível através da unha transparente e surge rosado, dada à presença da derme e dos vasos sanguíneos. A lúnula é uma pequena parte da matriz ungueal, esta é visível através do corpo da unha e surge como uma zona esbranquiçada em forma crescente na base desta (Merino & Delgadillo, 2004). A unha é uma camada córnea que contém queratina que lhe confere dureza. As células ungueais são produzidas na matriz ungueal e empurradas em direção distal sobre o leito ungueal (Seeley, et al., 2005). Quanto às funções da unha, esta confere proteção da falange, sensibilidade sensorial, movimentos que auxiliam a manipulação e apreensão dos objetos pequenos, defesa, agressão e uso estético (Florencio, 2010). Finalmente quanto ao crescimento das unhas verifica-se que as unhas das mãos crescem mais rapidamente do que as dos pés (Seeley, et al., 2005).

## **1.3 Embriologia da unha**

O assunto unha desperta o interesse desde épocas remotas, antes de cristo (Bega, 2008). Por volta da décima semana de desenvolvimento intrauterino, nas extremidades dorsais distais dos dedos começam a formar-se espessamentos ectodérmicos chamados campos ungueais (García & Fernández, 2006). Todo o seu crescimento desde distal até proximal

ocorre até por volta da trigésima semana (Bega, 2008). Segundo García e Fernández (2006) os campos ungueais são envolvidos por dobras da epiderme designadas por pregas ungueais. As células epiteliais das pregas ungueais proximais vão sofrendo um processo de cornificação transformando-se então em unha. O crescimento da unha acontece a partir da matriz ungueal proximal e matriz ungueal ventral, sendo que esta última localiza-se no leito ungueal e é composta por duas ou três camadas de células, que transfere para a lâmina queratinócitos ativos que se transformam em unha morta. Uma vez completas, as células aderem-se á lâmina ungueal e crescem com ela. Existem estudos que indicam que a matriz da unha não se resume á porção mais proximal, ela também pode ser encontrada no leito ungueal que tem como papel formar a parte profunda da lâmina ungueal, denominada de matriz ventral (Bega, 2008). À décima semana inicia-se a formação das cristas epiteliais transversais que vão dar origem ao hiponíquio (Merino & Delgadillo, 2004).

## **1.4 Onicopatias mais frequentes na criança**

Após uma revisão da literatura, aferiu-se que existem diversas onicopatias associadas à criança. Afeções tais como onicomiose, onicriptose, onicofagia, anoníquia congénita, coiloníquia, onicogrifose e unhas em forma de pinça estão muitas vezes presentes na infância. Vejamos o conceito de cada uma destas patologias.

Uma das onicopatias que pode surgir na criança é a onicomiose, esta patologia é um problema da atualidade. A prevalência desta doença está a aumentar devido à existência e frequência de piscinas públicas, saunas e ginásios; às deficiências imunológicas, e o envelhecimento da população (Vogeleer & Lachapelle, 2005). 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. Também observa-se na unha, uma cor esbranquiçada ou amarelada, superfície irregular e descolamento da unha (Cabrita, Esteves, Batista, Rodrigo, & Gomes, 1992; Tomaz, 2011). As infeções fúngicas nas

unhas são muito frequentes nos adultos. Apesar de ser uma patologia rara nas crianças (Pérez-González, et al., 2009; Romano, Papini, Ghilardi, & Gianni, 2005), tem-se verificado um aumento da incidência desta patologia nesta população (Gupta & Skinne, 2004), sendo mais frequente nas unhas das mãos comparativamente à dos pés (2004). Por isso, perante a suspeita de tal diagnóstico, é indispensável a realização de um exame micológico de confirmação (Chauvin, 2010).

Contrariamente à onicomiose, a onicocriptose é uma das onicopatias frequentemente presentes em idade pediátrica. É uma patologia que ocorre na lâmina ungueal, lesionada pelos tecidos periungueais e pelo traumatismo continuado. Esta afeição provoca dor, inflamação e limitação funcional (Nova, et al., 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, e que consiste na autodestruição da própria unha (roer as unhas), frequentemente das mãos, mas que também pode acontecer com as unhas dos pés. Este é um problema comum de saúde em pediatria (Tanaka, Vitral, Tanaka, Guerrero, & Camargo, 2008), tendo em consideração que pode manifestar-se como alívio da ansiedade, solidão, e em crianças com sentimento de insegurança, em relação ao amor e aos seus relacionamentos (Pelc & Jaworek, 2003).

A anoniquia congénita é uma patologia que pode ser encontrada no hálux (Morán, et al., 2010). Esta é definida como ausência das unhas e pode estar associada à síndrome genético com anormalidades dos membros (Bergmann, et al., 2006), assim como, a anomalias esqueléticas como braquidactilia, sindactilia ou polidactilia. Também poderá relacionar-se com a ausência ou hipoplasia de falanges distais (Hawsawi, Aboud, Alfadley, & Aboud, 2002).

A coiloníquia segundo Suárez (2011) é definida como sendo unhas delgadas/frágeis. Este tipo de patologia leva à inversão da curvatura da lâmina ungueal o que concede um aspeto côncavo dorsal (aspeto de colher) (Torrens & Miralles, 2011). Esta patologia pode-se encontrar em pacientes com défices de ferro e em pacientes pediátricos (Suárez, 2011).

A onicogribose 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).

Para ultimar este tema, Suárez (2011) define como onicopatias as unhas em forma de pinça, e que consistem num transtorno frequente em que as bordas laterais da unha se aproximam entre si, levando à compressão do leito ungueal.

## **1.5 Onicocriptose**

### **1.5.1 Conceito**

Como tivemos oportunidade de verificar no ponto anterior, a onicocriptose é dentro das onicopatias, a patologia mais frequente nos pacientes pediátricos, e de recurso ao tratamento podológico (Férrandez, et al., 2010). Etimologicamente, onicocriptose provém de origem grega "onyx, onychos" que significa unha, e "keypteín" que significa ocultar (Dorland, 2001). A onicocriptose é uma patologia podológica que afeta a lâmina ungueal, provocando dor e inflamação dos bordos ungueais (Carmona; & Morato;, 2003), sendo vista como um grave problema clínico (Darwish, Haddad, Ammari, & Aoudat, 2008) e fonte de desconforto (Greig, 1989). Os danos no bordo ungueal causam normalmente dor, inflamação e limitação funcional, sendo frequente no hálux (Ikard, 1998), podendo contudo ocorrer noutros dedos (Nova, et al., 2007). A onicocriptose afeta na sua grande maioria indivíduos na idade jovem (Carmona; & Morato;, 2003; Darwish, et

al., 2008), podendo no entanto atingir indivíduos de todas as idades, sendo mais frequente nos homens (62%) do que nas mulheres (38%) (Nova, et al., 2007).

### **1.5.2 Etiologia da onicocriptose**

A onicocriptose é uma condição comum que causa dor e desconforto bem como problemas com o calçado, atividades desportivas e atividades diárias (Erdogan, 2011). Esta afeção pode ocorrer em diferentes faixas etárias desde recém-nascidos, crianças e adultos, e tem diferentes causas predisponentes (Tang, 2010). Muitos investigadores procuram na anatomia do dedo fatores de risco para o desenvolvimento da unha encravada. O bordo peroneal é o mais afetado por esta patologia e pensa-se que a pressão interna exercida pela falange distal no bordo peroneal da unha pode contribuir para o desenvolvimento desta afeção (Darwish, et al., 2008). Segundo Kreft, Marsch et al (2003) a onicocriptose na infância e adolescência tem como causas, o mau corte ungueal (arredondamento dos cantos), e o corte ungueal feito com instrumentos impróprios. A onicofagia também é uma das causas da onicocriptose (Gioseffi, Giachetti, Sánchez, Freijo, & Sojo, 2010). A hiperhidrose (Frowen, O'Donnell, Lorimer, & Burrow, 2010), traumatismos repetitivos do calçado sobre o hálux, supra ou infra adução dos dedos (Gioseffi, et al., 2010), alterações biomecânicas, curvatura patológica da unha, condições iatrogénicas, sobrecarga ponderal, e o primeiro dedo maior que os outros (Kreft, et al., 2003), também poderão estar na origem desta patologia. Segundo Francisco Javier García e colaboradores (2005), a existência de hálux abductus valgus, e o hálux hiperextensus podem provocar microtraumatismo de repetição entre a lâmina ungueal e o calçado e assim surgir uma onicocriptose.

### **1.5.3 Estádios da onicocriptose**

Os sintomas e sinais clínicos que acompanham a onicocriptose manifestam-se segundo o estadio de desenvolvimento em que se encontram. Sobre esta



base clínica estabeleceu-se vários estádios (Nova, et al., 2007), podendo ser classificados em cinco estádios (2008)

No Estadio 1, existe inflamação de todo o tecido ungueal mas sem infecção grave ou tecido de granulação, com ou sem historial de onicocriptose. O tratamento é baseado no desbridamento do bordo da unha afetada e remoção da espícula sem necessitar de anestesia local (Férrnandez, et al., 2010).

O Estadio 2 é caracterizado por existência de infecção no bordo ungueal e/ou tecido de granulação sem historial anterior de onicocriptose. O tratamento indicado é remoção da espícula sob anestesia local e o tecido de granulação pode ser removido cirurgicamente (Férrnandez, et al., 2010).

No Estadio 3, existe uma infecção do bordo ungueal com historial de mais que um episódio de onicocriptose no bordo da unha afetada. Este estadio difere do anterior apenas porque poderá existir ou não um historial anterior desta patologia. O tratamento proposto para esta fase é cirúrgico (Kline, 2008).

Por sua vez, no Estadio 4, onicocriptose já se encontra infecionada e com onicólise parcial, não sendo considerado o historial de unha encravada. Os pacientes normalmente apresentam tecido de granulação e infecção do bordo ungueal. A paroníquia também está presente neste estadio com ou sem tecido de granulação (Férrnandez, et al., 2010; Kline, 2008).

O quinto e último estadio – Estadio 5, é a forma mais severa da doença (Kline, 2008). A onicocriptose encontrar-se em ambos dos bordos, podendo a onicólise da unha ser total ou parcial de ambos dos bordos ungueais (Férrnandez, et al., 2010),

Assim, conforme Nova, Rodriguez et al (2007) para o tratamento correto da onicocriptose deve-se identificar o estadio que se encontra a onicocriptose e a evolução do tecido afetado.

## **1.6 Conceito de dor**

A dor está ligada ao homem desde os primórdios da humanidade (Ritto, 2011), diferentes percepções culturais têm surgido nas diversas épocas e civilizações (Alves, 2007), e esta sem dúvida é uma das principais fontes de sofrimento que tortura as pessoas. Contudo, ao longo de muitos anos a dor tem sido pouco valorizada. A palavra dor, na língua inglesa "pain" deriva do latim "poena" que significa punição (Alves, 2007). Por isso, ao fim de muitos anos e ao fim de muitas definições, em 1979 a International Association for the Study of Pain (IASP), anunciou que a dor é uma sensação ou experiência emocional desagradável associada a uma lesão tecidual ou potencial, ou é descrita em função dessa lesão. Esta definição realça o fenómeno complexo constituído por um componente sensorial e psicossocial reativo (Ritto, 2011). No entanto segundo Correia e Linhares (2008), esta definição está incompleta por desconsiderar que os bebés e pessoas com défices cognitivos sentem dor apesar de não serem capazes de descrever a dor que estão a sentir. Mais tarde, esta definição foi alterada para abranger todos aqueles que têm dificuldade em comunicar a dor (Brand & Court, 2010). A dor é muito mais que apenas uma simples sensação. Esta resulta de múltiplos fatores físicos, emocionais, cognitivos e comportamentais (Craig , Korol , & Pillai, 2002). Segundo Anna Huguet, Jennifer Stinsonb, et al (2010), a dor é uma experiência pessoal e complexa, que tem vários fatores capazes de influenciar o sentimento, como por exemplo experiências dolorosas, nível cultural e social. Por estas razões é que a dor tem diversas maneiras de ser expressada. A dor é desagradável mas é necessária. Esta tem um valor biológico dado que pode ser um sinal de que algo não está bem no nosso organismo (Merskey & Bogduk, 1994).

## **1.7 Biologia da dor**

A neurofisiologia da dor aborda desde a biologia molecular das vias nociceptivas, até ao interjogo psicossocial que influênci a experiência humana de dor. Após o nascimento, o sistema de transmissão de dor continua em desenvolvimento com a reorganização entre os neurónios,

estabelecimento e desenvolvimento dos neurotransmissores e seus recetores e sistemas descendentes (Alves, 2007). A dor é um mecanismo protetor do nosso corpo. Esta é classificada em dois tipos: dor rápida (sentida dentro de 0,1 segundo após a aplicação) e dor lenta (começa somente 1 segundo ou mais depois da aplicação e começa a aumentar lentamente (Hall, 2011). A percepção de dor inclui um componente sensorial e componente afeto-emocional. Assim, é de esperar que as mudanças na maturação sensorial e no desenvolvimento cognitivo-afetivo contribuam para alterações na percepção da dor. Além disso, a linguagem da dor muda, e provavelmente exerce funções diferentes à medida que o desenvolvimento avança (Alves, 2007). Os recetores de dor são terminações nervosas livres estas estão espalhadas nas camadas superficiais da pele, no periósteo, nas paredes das artérias nas superfícies articulares, na abóboda craniana das terminações nervosas, fibras aferentes primárias localizadas na pele, músculos, articulações e órgãos (Alves, 2007). A investigação científica tem revelado que os recetores de dor têm uma sensibilidade muito uniforme, não mudando de um momento para o outro. As variações na sensação de dor resultam das diferenças na integração dos potenciais de ação que vêm dos recetores da dor e dos mecanismos que estimulam esses recetores A dor superficial é muito localizada por causa da estimulação simultânea dos recetores da dor e dos mecanorecetores na pele. A dor profunda ou visceral já não é muito localizada, pela ausência de mecanorecetores numerosos nas estruturas mais profundas, e costuma ser percebida como uma dor difusa. Uma das teorias sobre a dor é a teoria do portão. Esta refere-se às interações que ocorrem no corno dorsal. Esta teoria alega que a espinal medula tem um mecanismo de " portão" que inibe ou promove a transmissão de impulsos dos nervos periféricos para o cérebro (Bidarra, 2010 citado por ; Wall & Melzack, 1982). Os neurónios do sistema condal posterior estão envolvidos na teoria do portão para o controlo da dor. O primeiros neurónios deste sistema enviam ramos colaterais que fazem sinapse com os neurónios de associação no corno posterior de medula espinal. Os neurónios de associação têm um efeito inibitório nos segundos neurónios do feixe

espino-talâmico lateral. Assim os potenciais de ação da dor que desloca através do feixe espino-talâmico lateral podem ser extintos por potenciais de ação com origem nos neurónios do sistema cordonal posterior. Estes neurónios funcionam como um "portão" para os potenciais de ação da dor transmitidos no feixe espino-talâmico lateral. O aumento de atividade no sistema cordonal posterior tende a fechar o portão, reduzindo os potenciais de ação de dor transmitidos no feixe espino-talâmico lateral. Existem vias descendentes moduladoras com origem nos córtex cerebral, ou outras regiões cerebrais, que poderão também regularizar este "portão" (Seeley, et al., 2005).

## **1.8 A dor na pediatria**

Grande parte dos estudos relacionados com a dor foi realizada com adultos (Miró, Huguet, & address, 2007), negligenciando-se a dor na criança, apesar de se verificar um aumento das publicações indexadas à Med-line entre 1980 e 2000, sendo no entanto insuficientes, dado à complexidade deste tema (Mánjon & Oliveira, 2005). Contudo, verifica-se nas últimas décadas um aumento crescente do interesse na avaliação e tratamento de dor na criança (Carrie L.Hicks, Carl L.von Baeyer, Pamela A.Spafford, Inez van Korlaar, & Goodenough, 2001)

De acordo com a convenção das nações unidas sobre os direitos da criança adotada em 1989, criança é todo o ser humano menor de 18 anos(Unicef, 1990). Também esta convenção reconhece que a infância constitui um segmento vulnerável da população, devendo receber especial atenção em todos os aspetos, inclusive os relacionados com a saúde. Apesar disso, a IASP (IASP, 2005b), considera bastante comum a prevenção e o alívio inadequado da dor nas crianças. Estes poderão dever-se, em nosso entender, não somente à desvalorização da dor na criança, mas também às dificuldades de avaliação nesta população tão específica.

Aliás, a avaliação da dor na criança tem-se revelado num dos desafios mais difíceis para qualquer profissional de saúde, apesar da sua importância ao nível da adequação dos tratamentos nas patologias dolorosas, e da investigação da dor (Chambres, Giesbrecht, Craig, Bennett, & Huntsman,

1999). A sua dificuldade resulta do facto de se pretender avaliar objetivamente uma experiência subjetiva (Hicks, Baeyer, Spafford, Korlaar, & Goodenough, 2001), o que requer um determinado nível de desenvolvimento (e.g. cognitivo, linguístico, etc.). Segundo Hicks, et.al, (2001), apesar de terem sido feitas várias recomendações no sentido de se conseguir obter um mapa regulador da dor na criança, nenhuma dessas práticas foram concretizadas, apesar de várias escolas o terem publicado.

## **1.9 Instrumentos de avaliação da dor**

A fim de caracterizar a experiência de dor têm sido desenvolvidos instrumentos de autoavaliação (avaliação da dor realizada pelo próprio doente) e instrumentos de heteroavaliação (avaliação da dor realizada por um observador). Os instrumentos de autoavaliação correspondem a escalas unidimensionais e multidimensionais. A primeira mede apenas uma vertente da dor: a intensidade. As multidimensionais já avaliam as várias vertentes da dor, como por exemplo, a localização, duração e tipo de dor, mas também avaliam a nível emocional/ efetivos (tensão/medo) e cognitivos como a intensidade (Ritto, 2011). Não podemos no entanto esquecer que, apesar de as escalas unidimensionais, nos permitir uma avaliação rápida, não evasiva e válida, sendo por isso muito utilizadas em meio clínico, revelam-se insuficientes na avaliação da dor crónica e não são viáveis em crianças com menos de 3 anos (Cardoso, 2009). Quanto á avaliação da dor na criança, foram desenvolvidos um grande número de instrumentos (Melo & Pettengill, 2010), devendo a escolhas das mesmas serem realizadas com base na faixa etária em que se encontra (Fernandes & Arriaga, 2010) e consequentemente o desenvolvimento cognitivo, bem como, a definição de dor esperada (Valls, Ferrer, & Font, 2002). A compreensão da dor é imprescindível, uma vez que é através da mesma que escolhemos um instrumento. O mesmo acontece com o desenvolvimento cognitivo, tendo em consideração que este reflete a capacidade de identificação e expressão consciente e voluntária de dor, pois tal como nos refere (Setz, Mavilde, Pertelini, Harada, & Pereira, 2001), é importante acreditarmos no relato de dor do paciente. A fidedignidade de um instrumento, também é um aspeto

relevante na escolha de um bom instrumento de mensuração de dor (Sousa & Silva, 2005). Seguidamente iremos apresentar as várias escalas de mensuração de dor na criança.

### **1.9.1 Escala numérica verbal ou visual**

A escala numérica verbal ou visual com graduação de zero a dez é um tipo de escala que deve ser usada em crianças em idade escolar (Savedra, Tesler, Ward, & Wegner, 1988). Se for possível deve-se perguntar ao paciente pediátrico em que nível se situa a dor (escala verbal) ou mostrar-lhe a escala impressa para que ele assinale a sua dor na escala (escala visual) (Ritto, 2011). Esta escala é a mais utilizada, tendo esta como vantagem de ser familiar aos pacientes, visto que as crianças usam os números desde a sua infância (Ebner, 2010).

### **1.9.2 Escala visual analógica (EVA)**

Esta escala é adequada para crianças dos 3/4 anos (Quiles, Hofstadt, & Quiles, 2004). Esta consiste numa linha horizontal ou vertical com 10 centímetros de comprimento, que tem assinalado numa extremidade "sem dor" e na outra "dor máxima". O paciente terá que assinalar com um traço perpendicular á linha com uma cruz, ponto esse que representa a intensidade da sua dor. Posteriormente mede-se com uma régua em centímetros a distância entre o início da linha e o local assinalado (D.G.S, 2003). Esta tem como vantagem a fácil aplicação (Ebner, 2010) no entanto Pereira e Sousa (1998) cita que alguns doentes tal como crianças e idosos referem/demonstram dificuldades em utiliza-la.

### **1.9.3 Escala de Eland Color**

Já esta escala consiste em a criança utilizar marcadores ou lápis de cor e construir a sua própria escala pintando as áreas do corpo dolorosas. São propostas cores tais como, vermelho, laranja, amarelo, verde, roxo, azul, castanho e preto (Quiles, et al., 2004).

#### **1.9.4 Poker chips**

A poker chip são fichas de poker. As fichas estão alinhadas horizontalmente à frente da criança numa mesa. Cada ficha representa "bocados" de dor. Isto é, a primeira ficha significa um pouco de dor, a segunda ficha um pouco mais de dor em relação á primeira, a terceira ainda mais dor em relação às anteriores e a quarta e última ficha é a maior dor possível que a criança pode sentir. Seguidamente pergunta-se à criança quantas fichas de dor é que ela escolhe para representar a sua dor (Anna Huguet, et al., 2010). Este instrumento de medição de dor foi o início da sua criação testado e usado em crianças apenas dos 4 aos 6 anos mas mais tarde esta também esta foi usada noutras idades (Gharaibeh & Abu-Saad, 2002).

#### **1.9.5 Termómetro da dor**

Um outro tipo de escala para medir a intensidade de dor na criança é o designado termómetro da dor. Este contém umas barras que normalmente são numeradas de zero a dez onde o zero representa a "ausência de dor" e o dez "máximo de dor". A criança terá de pintar a barra de mercúrio na qual identifica como sendo a sua dor (Quiles, et al., 2004).

#### **1.9.6 Escala de Oucher**

Existem duas escalas verticais de oucher: é uma numerada de zero a dez para crianças mais velhas, e outra tem várias expressões faciais, em que cada uma delas significa uma intensidade de dor diferente. Esta pode ser usada em crianças dos 3 aos 12 anos. A escala de oucher para crianças mais velhas, permite a estas medir a intensidade de dor escolhendo um número entre zero (sem dor) até dez (maior dor possível) (Anna Huguet, et al., 2010).

#### **1.9.7 Escala de faces ou de Wong-baker**

E por último a escala de faces é uma escala de autorrelato usando várias expressões de desconforto (Decruynaere, Thonnard, & Plaghki, 2009). Pede-se á criança que imagine que as faces são uma criança, apresentando a mesma doença que ela. Depois de a criança escolher a face que melhor

representa a sua dor, o profissional de saúde deverá converter a face escolhida em um dado numérico que se encontra no lado posterior da escala (Quiles, et al., 2004). Com este tipo de escalas, não é necessário saber contar, ou saber os números. Por esta razão, é uma escala mais usada em crianças a partir dos 3 anos (Decruynaere, et al., 2009), e até aos 18 anos (Brand & Court, 2010).

.



## **2 Metodologia**

A metodologia é uma forma de pensar sobre a realidade social a estudar (Corbin & Strauss, 2008). Para Deshaies (1992), é o estudo de meios satisfatórios e adequados para a realização de uma investigação, podendo ser processos, métodos, técnicas ou procedimentos de análise de informação, apresentando uma economia de esforços tendo em vista o alcance do fim esperado.

### **2.1 Objetivos**

O principal objetivo deste trabalho foi avaliar intensidade da dor associada á onicocriptose. Como objetivos específicos, definiu-se:

- Caracterizar a onicocriptose;
- Avaliar a intensidade de dor associada à onicocriptose, na posição de descalço e calçado, antes e após o tratamento podológico;
- Identificar variáveis associadas á onicocriptose e consequente à dor associada.

### **2.2 Ética na investigação**

Na maioria das disciplinas científicas a investigação envolve em outro aspeto a atividade humana: comportamentos ou estados de saúde dos indivíduos, modos de vida de famílias, grupos ou comunidades, entre outros. Em qualquer um dos aspetos que seja estudado, a investigação deve de ser transmitida no respeito dos direitos das pessoas. As decisões relativas a ética são as que se fundamentam sobre princípios do respeito pela pessoa e pela beneficência. Qualquer tipo de estudo ou estratégia que o investigador utilize, é chamado a resolver certas questões de ordem ética (Fortin, 2006). Tendo em conta a ética em investigação a apresentação do estudo foi exposta por escrito (anexo I) onde estiveram explícitos o título da investigação, a importância do estudo, objetivos, procedimentos e o carácter confidencial e voluntário da participação, podendo desistir a qualquer momento. Esclarecidas as dúvidas, foi assinado o consentimento de informado pelo progenitor que acompanhou a criança á consulta (anexo II).

## **2.3 Desenho do estudo**

Pode-se explicar desenho de investigação como sendo um conjunto de decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura que permita explorar empiricamente as questões de investigação. O tipo de estudo realizado pode ser classificado como exploratório/descritivo uma vez que se pretendeu uma descrição de um determinado fenómeno, mais concretamente avaliação da dor associada à onicocriptose na criança.

## **2.4 População**

Denomina-se de população de estudo toda aquela população que tem as características pretendidas para esse estudo (Haddad, 2004), tendo-se recorrido à Unidade Clínica de Gandra e ao Consultório de podologia do Dr. António Ramos para a obtenção da mesma (anexos III,IV)

## **2.5 Amostra**

Pode-se definir amostra como sendo uma parte de uma população sobre qual se faz o estudo. Trata-se de uma amostra de conveniência, constituída por 11 indivíduos de ambos os sexos, utentes da Unidade Clínica de Gandra e do Consultório de podologia Dr. António Ramos. Como já foi referido anteriormente tratou-se de um estudo de participação livre e voluntária. Foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão.

### **2.5.1 Critérios de inclusão**

- Crianças entre os 3 e os 18 anos
- Crianças tenham onicocriptose dolorosa no pé
- Crianças de ambos os géneros
- Os encarregados de educação tenham assinado o consentimento de informado

### **2.5.2 Critérios de exclusão**

- Crianças com défices cognitivo
- Crianças a fazer terapia analgésica em anti-inflamatório oral e tópica

## **2.6 Materiais e métodos**

Para a realização deste estudo, foi elaborado um questionário para o efeito (anexo VII) de forma a recolher dados demográficos (idade e género), dados clínicos (índice de massa corporal - IMC), antecedentes médicos (e.g. tipo de parto, tempo de gestação, e diabetes gestacional), hábitos posicionais ou posturais diurnas e noturnas, entre outras informações tais como tipo de calçado que costuma usar e se já usou dispositivos ortopédicos. Para a obtenção do IMC recorreu-se a uma balança da marca CORPUS II e uma fita métrica de marca FIBER GLASS. Seguidamente procedeu-se à avaliação clínica (localização da onicocriptose, estadio, frequência do aparecimento desta, tipo de corte ungueal que costuma fazer, palpação e inspeção). Na avaliação clínica, utilizou-se o pedígrafo da GUY CAPRON S.A, sendo um instrumento simples que possui uma tela de borracha e uma base resistente, e permite a obtenção de uma impressão plantar (Bega, 2008), através da qual se mede o arco plantar e identifica o tipo de pé, segundo o método de Staheli. Finalmente utilizou-se a Escala de Faces de Wong-Baker (anexo VIII), e a sua escolha em detrimento de outras escalas usadas na criança prendeu-se com o facto de a considerarmos mais pertinente tendo em consideração os objetivos do estudo (c.f.1.19). Com a mesma, pretendendo-se avaliar a intensidade de dor que o paciente pediátrico sentia antes e depois do tratamento, calçada e descalça. A sua utilização foi devidamente autorizada pelo autor da versão portuguesa (anexo IX).

## **2.7 Procedimentos**

Em primeiro lugar foi pedido a um responsável pela criança que assinasse o consentimento informado e que respondessem ao questionário já mencionado. Nesse mesmo questionário foram anotados o peso, a altura da criança recorrendo ao auxílio de uma balança e de uma fita métrica obtendo-se desta forma o IMC através da fórmula,  $\text{Peso}/\text{altura}^2$  (Pereira, et al., 2009). Seguidamente perguntou-se ao responsável da criança quais os antecedentes médicos desta, a história de parto, hábitos posturais da criança, se usou dispositivos ortopédicos, tipo de calçado que costuma usar e se pratica algum desporto, pois todas estas informações são importantes

para a história clínica. Depois, avaliou-se toda a história clínica da onicocriptose, tal como há quanto tempo tem a onicocriptose, se é frequente ter, como faz o corte ungueal, se a onicocriptose já foi tratada alguma vez, e em caso afirmativo, como foi e com que profissional de saúde. De seguida pediu-se à criança que se sentasse, e que descalçasse e retirasse a meia (caso existisse) para se poder fazer a inspeção de todas alterações digito-metatarsais, palpação do (s) dedo (os) afetado (s) e de toda a zona dolorosa. No seguimento disto, foi preparado o pedígrafo, abrindo-o e colocando a tinta tampão, espalhando-a através do rolo e colocando por fim o papel branco. Após esta preparação, cada indivíduo teve de se manter descalço e em bipedestação, posicionando o pedígrafo de modo a que a criança o calcasse com um pé, deixando assim essa impressão plantar no papel branco. Retirou-se esse papel, colocou-se outro e pediu-se à criança que calcasse o pedígrafo com o outro pé. No final, obteve-se as impressões plantares de ambos os pés. Após concluídas as pedigrafias procedeu-se posteriormente aos cálculos relacionados com o médiopé e o antepé, de modo a verificar qual tipo de pé de cada criança. Assim, segundo o método de (Staheli, Chew, Corbett, & Washington, 1987) foi considerado "*pé plano*" quando a largura do istmo era maior que  $1/3$  da largura do antepé, "*pé cavo*" se a largura do istmo fosse menor que  $1/3$  do antepé e "*pé normal*" quando a largura do istmo corresponde a  $1/3$  da largura do antepé. Salienta-se o facto de se considerar esta medição fulcral para uma melhor compreensão dos motivos subjacentes à onicocriptose. A intensidade da dor sentida pela criança antes e após o tratamento, foi avaliada com o auxílio de a escala de faces de Wong-Baker. Assim sendo, explicou-se à criança que a primeira face corresponde a nenhuma dor e a última face corresponde ao máximo de dor que ela possa ter, posto isto a criança teve de escolher qual a face que melhor exprimia a sua dor antes de se iniciar o tratamento. Depois do tratamento, a criança teve de escolher novamente a face com que se identificava. Toda a avaliação da intensidade de dor foi realizada com a criança calçada e descalça.

## **2.8 Pré-teste**

Um pré-teste consiste em testar as questões realizadas a uma pequena parte da população de modo a verificar se estas são bem compreendidas.

Uma vez que utilizei um questionário como ajuda para obtenção dados, este foi realizado a 10 pessoas de modo a averiguar se a linguagem era clara e por conseguinte, se os participantes não apresentavam dificuldade em responder ao mesmo, ou se seria necessário acrescentar alguma pergunta para completar melhor o estudo. Do mesmo concluiu-se que não foi necessário alterá-lo uma vez que não surgiram dúvidas no momento da sua utilização.

## **2.9 Análise estatística**

Como meio de tratamento da informação obtida nos questionários, foi utilizado o SPSS (statistical Packase for Social Sciences), versão 20, para a obtenção de médias, medianas e desvio padrão. Utilizou-se também outro sistema informatizado designado Microsoft Office Excel 2007, para a execução de gráficos que não podem ser criados no SPSS.



### 3 Resultados

Depois de recolhermos os dados da nossa amostra procedeu-se então à análise das mesmas. Os resultados foram apresentados sob a forma de gráficos proporcionando uma clara interpretação dos mesmos.

#### 3.1 Caracterização da Amostra

Caracterizando socio-demograficamente a nossa amostra, no que diz respeito à idade verifica-se que a média de idade é de 10 anos (DP= 5,31), sendo que a idade mínima é de 3 e a máxima de 18 anos (Figura 1).

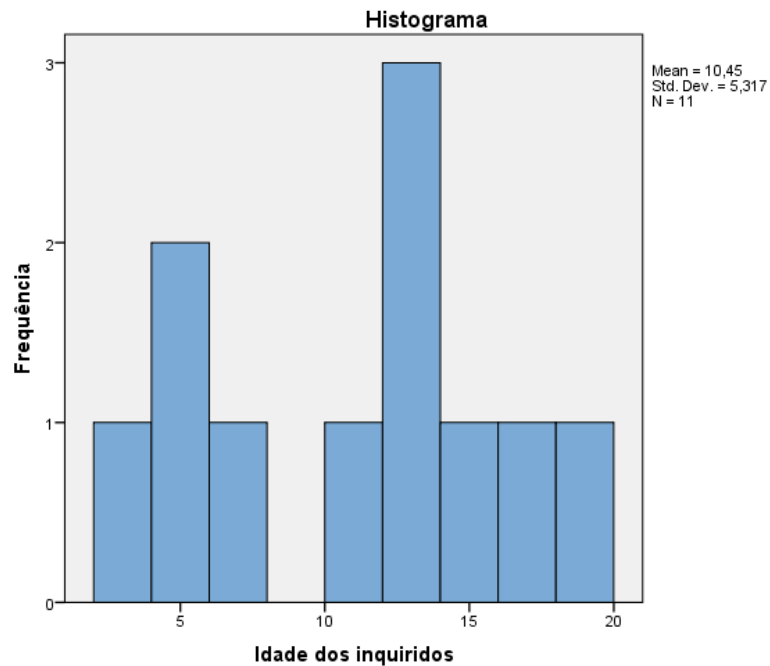


Figura 1 - Gráfico de representativo das idades.

Sendo a onicocriptose uma patologia que pode surgir em qualquer género achou-se pertinente verificar qual o género mais afetado nesta amostra. Assim através da observação do gráfico da figura 2 verificou-se que o género mais afetado é o masculino (54,55%).

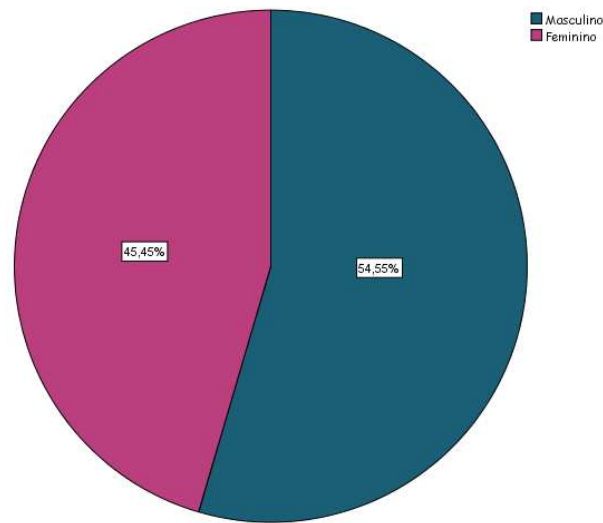


Figura 2 – Gráfico representativo do gênero.

No que concerne ao Índice de Massa Corporal (IMC), como se pode constatar na Figura 3, a maioria das crianças tem um índice de massa corporal considerado "normal", seguindo-se as consideradas com "baixo peso", e somente uma pequena parte apresenta valores que se enquadram na "pré-obesidade". Salienta-se a ausência de crianças obesas.

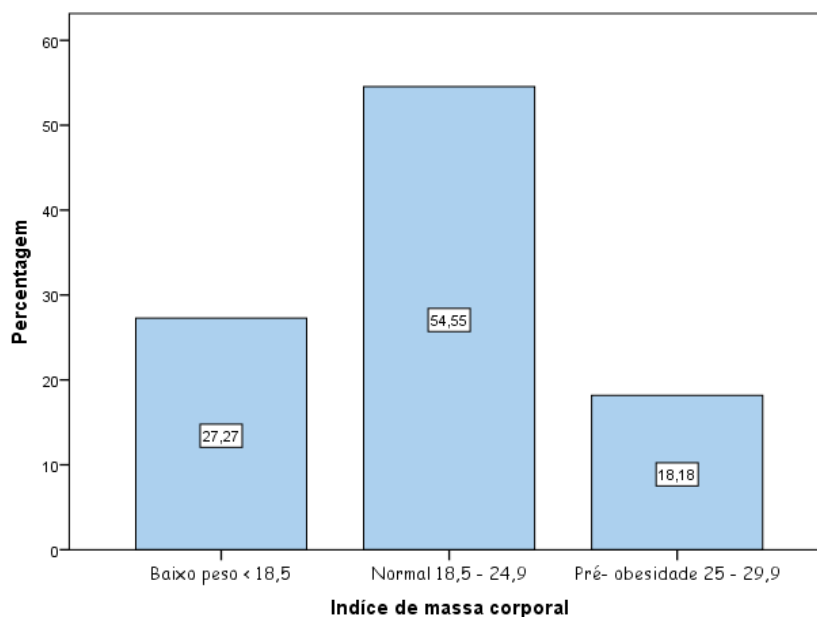


Figura 3 – Gráfico representativo do índice de massa corporal.

Através do método de Staheli, fez-se a medição da largura do istmo e assim obteve-se a informação do tipo de pé de cada criança. Na nossa amostra, a 7 crianças foram classificadas como tendo pé plano, e 4 como tendo o pé cavo tal como se pode observar na tabela 1.



Tabela 1 – Representação do tipo de pé na nossa amostra

	Frequência	Porcentagem
Pé plano	7	63,6
Pé cavo	4	36,4
Total	11	100,0

Quanto à questão da prática desporto, verificou-se que apenas uma criança praticava karatê como desporto, o que significa que 90,91% da amostra não pratica desporto regularmente.

### 3.2 Caracterização da Onicocriptose

Na caracterização da onicocriptose, utilizou-se como parâmetros de avaliação a sua localização, aos bordos afetados e estadios de desenvolvimento em que se encontravam.

Assim, relativamente à localização, mais concretamente aos dedos mais afetados, verificou-se que a maioria das onicocriptoses (63,64%), localizavam-se no hálux unilateralmente, como se pode constatar na figura 4.

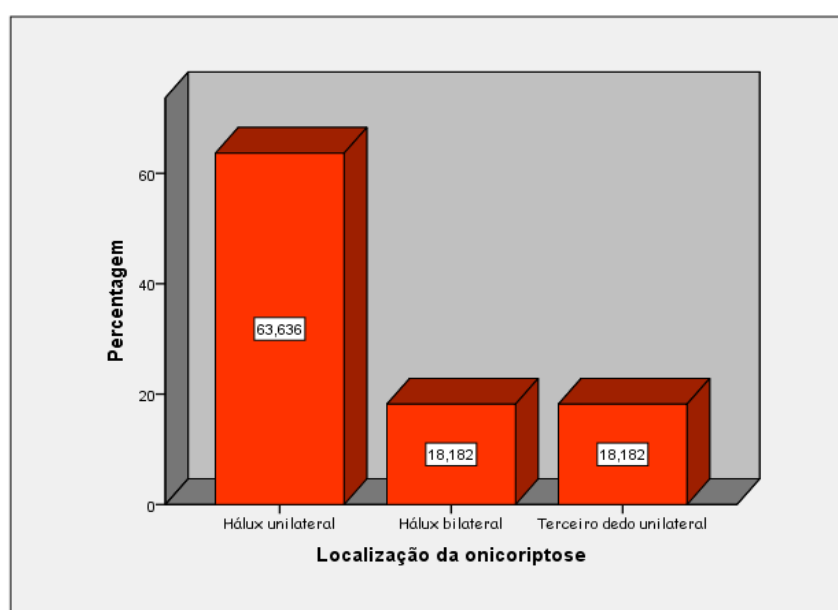


Figura 4 – Gráfico representativo da localização da onicocriptose.

No que respeita ao(s) bordo(s) do(s) dedo(s) afetado(s), constatou-se uma predominância de dor no bordo tibial (54,55%), seguido do peroneal (27,27%) e de ambos os bordos (18,18%)(Figura 5).

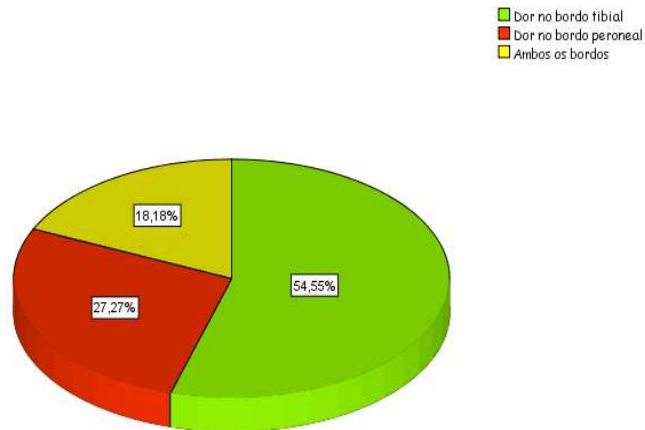


Figura 5 – Gráfico representativo dos bordos dolorosos á palpação.

Em relação aos estadios da onicocriptose, verificou-se que os mais frequentes foram os estadios 1 e 2 (figura 6).

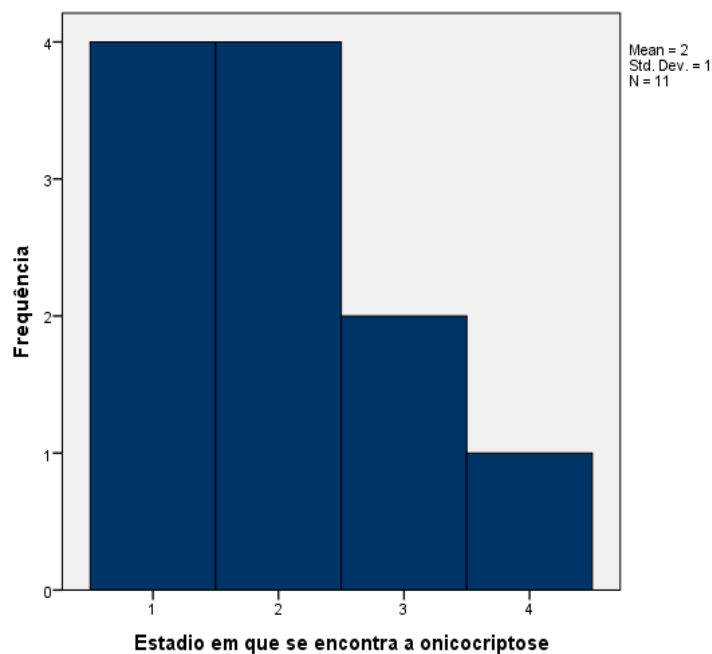


Figura 6 – Gráfico representativo da frequência dos estadios da onicocriptose.

### 3.3 Estudo de prevalência de dor antes e após o tratamento da onicocriptose

O objetivo principal deste trabalho é verificar qual a prevalência da dor perante uma onicocriptose antes e depois do tratamento com a criança calçada e descalça. A figura 7 apresenta os valores relativos na avaliação da dor antes do tratamento com a criança calçada e descalça – extremos e quartis. Os resultados obtidos demonstram não existir uma grande diferença entre os dois momentos, apesar de as crianças referirem uma intensidade dolorosa superior quando estão calçadas ( $M=8$ ,  $DP=1,868$ ), em comparação quando estão descalças ( $M=6$ ,  $DP=2,501$ ).

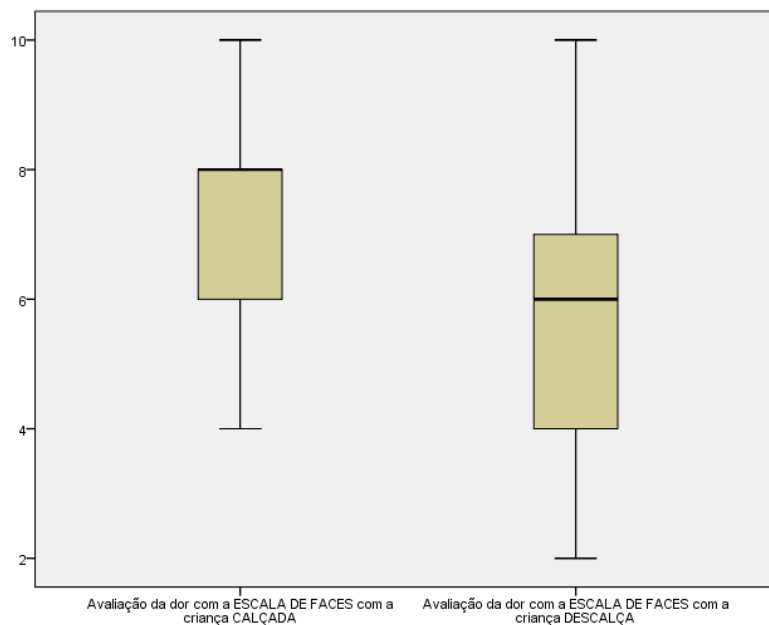


Figura 7 – Gráfico de extremos e quartis representativos da avaliação da dor antes do tratamento com a criança calçada e descalça.

Quanto à intensidade de dor sentida pela criança calçada e descalça e o género, verifica-se que a dor diminui em ambos os géneros quando se descalçam, sendo ligeiramente superior no género feminino aquando calçadas, e analogamente inversa na posição descalça (tabela 2).

Tabela 2 - Avaliação da dor através da Escala de Faces, com a criança calçada e descalça antes do tratamento, de acordo com o género.

Posição Género	N	Calçada		Descalça	
		M	DP	M	DP
Feminino	5	7.20	1,789	5,60	2,191
Masculino	6	7.00	2,098	5,67	2,944

Relativamente à prevalência da intensidade de dor após o tratamento, como se pode apurar no gráfico de extremos e quartis (figura 8), a dor apresenta uma intensidade média de 2, tanto na posição calçada (DP= 2,442) como descalça (DP= 2,272).

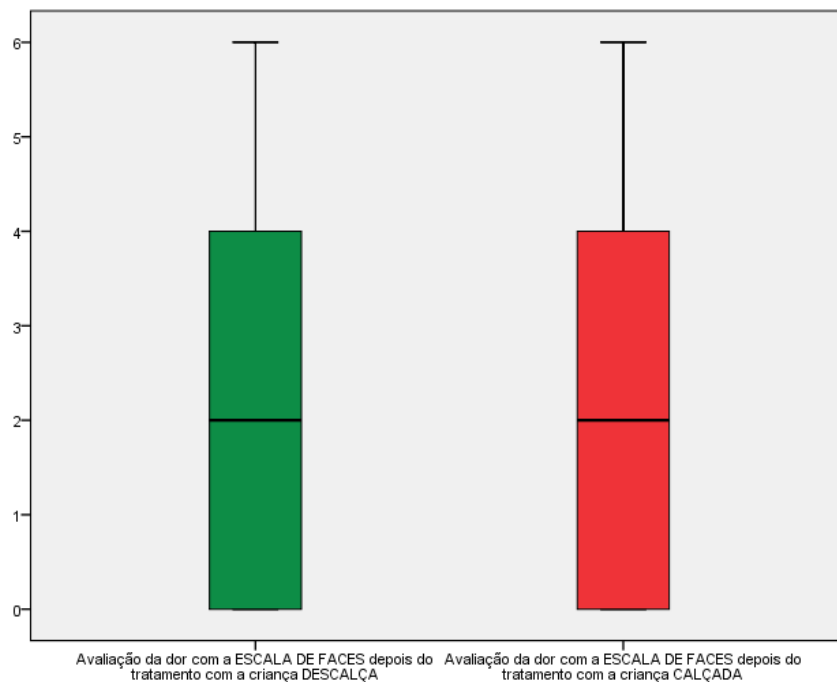


Figura 8 – Gráfico representativo da intensidade de dor após o tratamento com a criança calçada e descalça.

No que respeita ao género, constatou-se não existirem grandes discrepâncias ao nível da intensidade de dor após o tratamento, quer calçados, quer descalços (Tabela 3). Curiosamente o género feminino

revelam uma intensidade de dor ligeiramente superior, comparativamente ao masculino, calçadas (F M=2.40; DP = 2.61; M M=2.00; DP = 2.53) e descalças (F M=2.40; DP = 2.19; M M=2.00; DP = 2.53).

Tabela 3- Avaliação da dor com a criança calçada e descalça após o tratamento.

Posição Género	N	Calçada		Descalça	
		M	DP	M	DP
Feminino	5	2.40	2.61	2.40	2,19
Masculino	6	2.00	2.53	2.00	2,53

Comparando os resultados obtidos nos dois momentos de avaliação da intensidade da dor (antes e após tratamento), na posição calçada, verifica-se uma diminuição considerável da dor, passando de valores médios de 8 (DP= 1,868) para 2 (DP=2,442) (figura 9). O teste de Wilcoxon demonstra-nos que esta diferença é estatisticamente significativa (tabela 4).

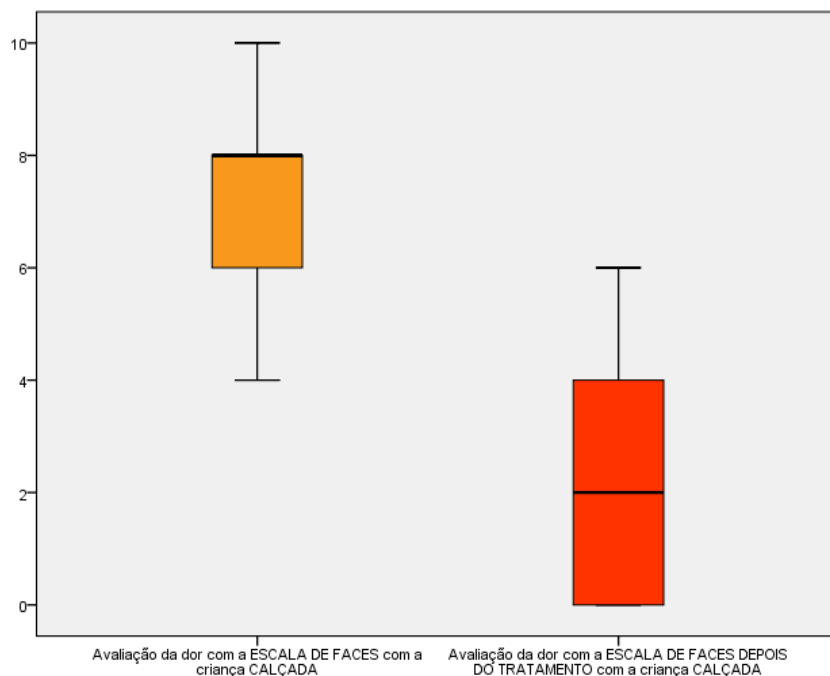


Figura 9 – Gráfico representativo da intensidade de dor antes e depois do tratamento com a criança calçada.

Tabela 4 - Teste de Wilcoxon entre Avaliação da Dor na posição Calçada, antes e depois do Tratamento.

	<b>N</b>		<b>Ordem Média (Mean Rank)</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Avaliação da dor calçada depois –	11	Ordem negativa	6.00		
Avaliação da dor Antes	0	Ordem positiva	.00	-2.979	**

\*\*  $p < .001$

Quando as crianças se encontram descalças e antes do tratamento a intensidade de dor é em média 6 (DP= 2,501), verificando-se também uma diminuição da dor após o tratamento para 2 (DP=2,272) (figura 10). À semelhança da posição calçada, na posição descalça também se verificam diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos de avaliação (tabela 5).

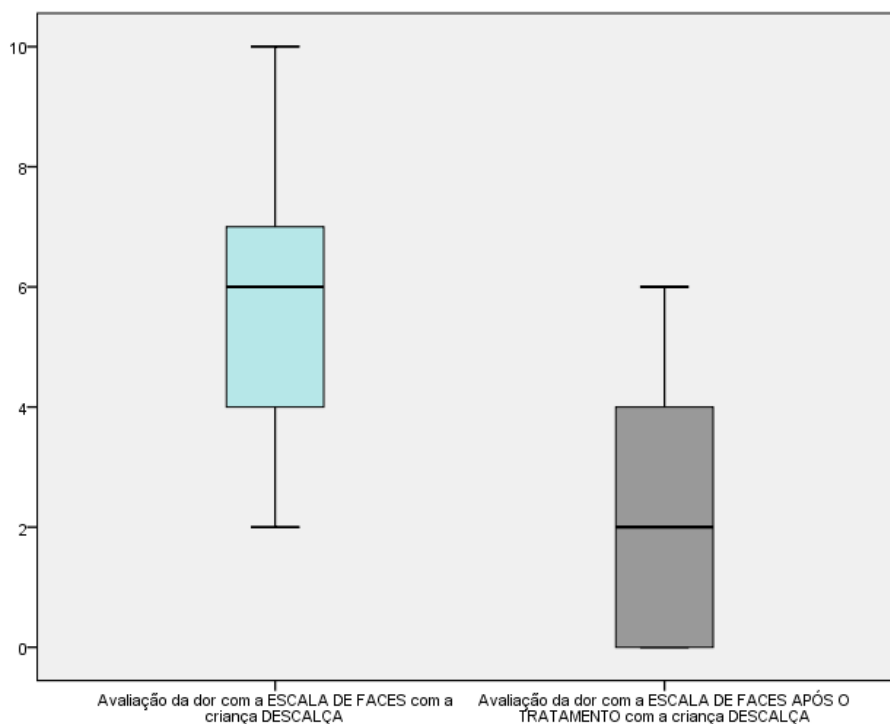


Figura 10 – Gráfico representativo dos extremos e quartis da avaliação da intensidade de dor com a criança descalça antes e depois do tratamento.

Tabela 5 - Teste de Wilcoxon entre Avaliação da Dor na posição Descalça, antes e depois do Tratamento.

	<b>N</b>		<b>Ordem Média (Mean Rank)</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Avaliação da dor descalça depois –	11	Ordem negativa	6.00		
Avaliação da dor Antes	0	Ordem positiva	.00	-3.002	**

\*\*  $p < .001$

### 3.4 Estudo de Correlação entre as variáveis

#### 3.4.1 Intensidade de Dor na Posição Descalça e Calçada com Variáveis Sócio-demográficas

O objetivo secundário deste trabalho foi averiguar quais as variáveis que podiam influenciar a intensidade de dor. Neste sentido para melhor compreensão dos resultados achou-se importante correlacionar a intensidade da dor com algumas das variáveis sociodemográficas e clínicas pertinentes, mais concretamente a idade e o IMC (tabela 6).

Tabela 6 - Tabela de correlação do Tipo Spearman entre a intensidade de dor com a criança descalça/calçada e a idade antes e após o tratamento

Intensidade de dor Variáveis	Antes tratamento		Após tratamento	
	Calçada	Descalça	Calçada	Descalça
Idade	-,263	-,445	-,287	-,287
IMC	_____ <sup>1</sup>	0,056	_____	-,0,015

No que diz respeito á idade, verifica-se uma correlação fraca, negativa e não significativa com a intensidade da dor sentida *antes do tratamento* na posição calçada ( $r = -,263$ ; *n.s.*), sendo no entanto moderada, mas também negativa e não significativa com a intensidade da dor sentida na posição

<sup>1</sup> Note-se que as crianças só foram pesadas descalças, de forma a não influenciar negativamente o peso, e por conseguinte, o IMC.

descalça ( $r=-,445$ ;  $n.s$ ). Após o tratamento verifica-se na posição calçada e descalça ( $r= -,287$ ;  $n.s$ ) uma correlação fraca, negativa e não significativa relativamente à intensidade de dor sentida. Por conseguinte, verifica-se que o aumento da idade está associado a uma diminuição da dor nos dois momentos de avaliação.

Ao analisar a relação das variáveis dor e IMC antes do tratamento verifica-se que estas duas variáveis apresentam uma correlação fraca ( $r=0,056$ ;  $n.s$ ), sem significância estatística. Após o tratamento verifica-se que na posição descalça ( $r=-,015$ ;  $n.s$ ) uma correlação negativa, fraca e não significativa.

### 3.4.2 Intensidade de dor na posição descalça e calçada com variáveis clínicas

Relativamente à avaliação da dor antes ou depois do tratamento em contraste com o estadio, comprovou-se tal como se pode averiguar na tabela 6 antes do tratamento que existe uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre o estadio em que se encontra a onicocriptose e a avaliação da dor pela criança na posição de descalça ( $r=,692$ ;  $p=,018$ ) e calçada ( $r=,752$ ;  $p=,008$ ). Após o tratamento verifica-se que na posição calçada ( $r=,432$ ;  $p=,185$ ) como descalça ( $r=,500$ ;  $p=,117$ ) também existe uma correlação positiva moderada, mas sem significância estatística.

Tabela 7 - Tabela de correlação do tipo Spearman, entre o estadio da onicocriptose e a avaliação da dor efetuada pela criança antes e após o tratamento.

Intensidade de dor Variáveis	Antes tratamento		Após tratamento	
	Calçada	Descalça	Calçada	Descalça
Estadio da onicocriptose	,752**	,692*	,432	,500

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$



Para finalizar a apresentação dos resultados pesquisou-se a relação entre a intensidade de dor (calçada e descalça antes e após o tratamento) associada ao tipo de pé e a relação entre os bordos dolorosos e o tipo de pé. Começou-se por averiguar a primeira, e através da avaliação da tabela 8 constatou-se que a diferença de dor sentida por uma criança que tem pé plano ou pé cavo, não é muito significativo em ambos os momentos de avaliação. No entanto é de evidente a diminuição da intensidade de dor após o tratamento.

Tabela 8 – Representação entre a intensidade da dor na posição calçada e descalça antes e após o tratamento e o tipo de pé

Intensidade de dor Variáveis	Antes tratamento		Após tratamento	
	Calçada	Descalça	Calçada	Descalça
Pé plano	7,14	5,71	2,29	2,29
Pé cavo	7,00	5,50	2,00	2,00

Relativamente à relação existente entre o tipo de pé e os bordos dolorosos, verifica-se que efetivamente o pé plano se associa a uma maior afetação dos bordos dolorosos unilaterais (tibial 36,36%; peroneal 18,18%), comparativamente ao pé cavo (tibial 18,18%; peroneal 9,09%). No entanto, o mesmo não se verifica quando a onicocriptose afeta ambos os bordos, na qual ambos os tipos de pés apresentam os mesmos resultados (figura 11).

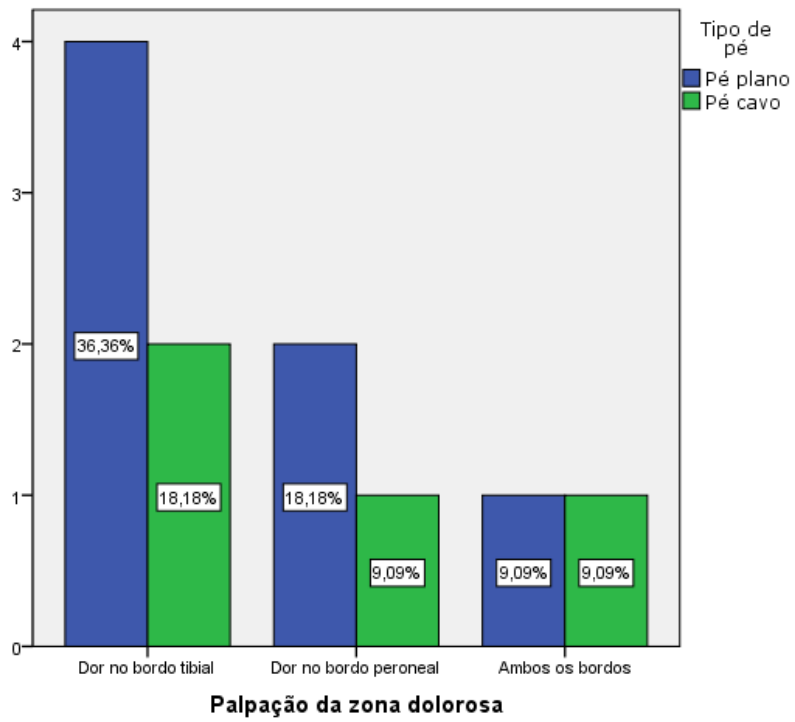


Figura 11 - Gráfico representativo da relação entre o tipo de pé e os bordos dolorosos.

## 4 Discussão

Após análise dos dados obtidos, procedeu-se à discussão dos mesmos. Assim sendo, no que se refere à caracterização da nossa amostra, esta é constituída por 11 crianças de ambos os géneros, com predomínio do género masculino, indo ao encontro dos resultados obtidos por Nova, Rodriguez e Peña (2007), que nos refere ser o género mais afetado por esta patologia. Relativamente ao índice de massa corporal, verifica-se que a maior parte da nossa amostra é constituída por crianças com peso considerado normal, havendo apenas algumas que se enquadram dentro dos parâmetros da pré-obesidade. Salienta-se a ausência de crianças obesas, tendo em consideração que esta condição constitui um dos fatores intrínsecos que leva ao aparecimento desta patologia (Carmona; & Morato;, 2003)

Tal como a obesidade, também as atividades desportivas poderão contribuir para o desenvolvimento de onicocriptoses, devido à ocorrência de microtraumatismos de repetição em combinação com um ambiente de crescimento bacteriano (por exemplo, a presença de hiperidrose ou maceração prolongada da pele) (Carmona; & Morato;, 2003) No entanto, tal não foi possível confirmar na nossa amostra, uma vez que somente uma criança praticava exercício físico regularmente.

No que concerne à caracterização da onicocriptose, um dos objetivos, a que nos propusemos, verifica-se uma predominância de localização hálux, à semelhança do estudo desenvolvido por Reina, Méndez, Sanmartín, Castañeda, e Jiménez (2011), referindo ainda o bordo peroneal como o bordo mais afetado. No entanto, na nossa amostra isto não se verifica, tendo em consideração que a maior parte da nossa amostra apresentava dor no bordo tibial. Tal poderá relacionar-se com o predomínio do pé plano na nossa amostra, conduzindo a uma sobrecarga do bordo tibial, comparativamente ao peroneal.

Relativamente ao estadio, apurou-se que os estádios 1 e 2 (estádios iniciais), foram os mais prevalentes, contrariamente ao estudo desenvolvido por Reis e Filho (2010), que referem os estádios 2 e 3 como mais frequentes. O resultado obtido leva-nos a considerar estarmos perante encarregados de educação atentos e sensíveis à problemática dolorosa provocada pela onicocriptose, valorizando-a e procurando uma intervenção precoce.

Uma vez caracterizada a onicocriptose, designamos como segundo objetivo, averiguar a prevalência de dor na criança calçada e descalça perante uma onicocriptose, antes e após o tratamento. Assim sendo, antes do tratamento, verificou-se que as crianças sentem mais dor calçadas do que descalças, o que é perfeitamente compreensível, tendo em consideração que uso de calçado leva à compressão dos dedos (Gioseffi, et al., 2010). No que concerne ao género, verifica-se que o género feminino apresentam uma intensidade de dor ligeiramente superior quando calçadas, comparativamente ao masculino, e que deverá dever-se às características do calçado feminino, promotores de uma maior compressão dos dedos comparativamente ao masculino (mais arredondado; mais largo). Para além disso, parece que a maturação precoce do género feminino relativamente ao masculino as torna mais sensíveis à perceção de dor (Bogas, 2012). Porém, a ausência de diferenças de género na avaliação da dor aquando descalços, sugere a irrelevância do género na avaliação da intensidade de dor (Moura, Oliveira, Pereira, & Pereira, 2011).

Após o tratamento, constatou-se uma diminuição considerável e estatisticamente significativa da intensidade de dor, quer calçada quer descalça, demonstrando claramente a eficácia do tratamento podológico na redução efetiva da dor na onicocriptose.

A identificação de variáveis que poderão influenciar a intensidade de dor decorrente de uma onicocriptose constitui também um dos objetivos deste trabalho. Assim começou-se por pesquisar a relação entre intensidade de dor na posição descalça e calçada com variáveis sociodemográficas. O estudo correlacional do tipo Spermán entre a idade e a intensidade de dor

(antes e após o tratamento) demonstrou a existência de uma correlação negativa, fraca e sem relevância estatística, entre as duas variáveis, indicando-nos que o aumento da idade se associa a uma diminuição da dor. Tais resultados contrariam os obtidos por Fragata (2010), que refere que a idade está intimamente relacionada com a percepção, modulação e exteriorização da dor. Posto isto, era de esperar que o aumento da idade se encontrasse associado ao aumento da percepção da dor e por conseguinte á sua exteriorização (maior facilidade na identificação da intensidade dor na escala), o que não se verificou dada a correlação negativa entre as duas variáveis. Tais resultados poderão dever-se claramente ao tamanho reduzido da nossa amostra e/ou á maior capacidade de modulação da dor das crianças mais velhas, tornando-se mais tolerantes.

Seguidamente avaliou-se a relação entre a dor sentida antes e após o tratamento pela criança e o seu IMC, constatando-se a inexistência de uma correlação estatisticamente significativa entre o peso e a dor, sendo inclusive quase inexistente. Tal, poderá relacionar-se com a normatividade da amostra no que diz respeito ao IMC, tendo em consideração os resultados obtidos por Silva, et al. (2011), que demonstraram que as crianças obesas manifestam maior prevalência de dor comparativamente às não-obesas. Relativamente à relação entre a intensidade de dor com variáveis clínicas, verificou-se que existe uma relação significativa entre o estadio da doença e intensidade de dor, quer descalça, quer calçada. A relação positiva, indica-nos que a intensidade de dor aumenta à medida que a doença evolui (estádios mais avançados). Pesquisou-se ainda a relação entre a intensidade de dor antes e após o tratamento e o tipo de pé, constatando-se que a diferença de dor sentida por uma criança que tem pé plano ou pé cavo, não é muito significativo em ambos os momentos de avaliação sendo que verificou-se uma diminuição considerável da intensidade de dor após o tratamento. No entanto, um estudo realizado por Bianchi, Cepeda, Izaki e Regatieri (2005), demonstra que crianças com pé cavo manifestam maior dor devido à alteração do centro de força. Não obstante, verificou-se a existência de uma relação entre o tipo de pé e os bordos afetados, na qual o pé plano se associa á afetação unilateral,

quer tibial quer peroneal, comparativamente ao pé cavo. O mesmo não se verifica aquando da afetação dos dois bordos, não parecendo existir relação com o tipo de pé.

## 5 Conclusão

A onicocriptose é uma afeção dolorosa, inflamatória, funcionalmente limitativa (Nova, et al., 2007), o que motiva o seu encaminhamento para tratamento especializado, ou seja, de podologia. Apesar de mais frequente em adolescentes e adultos, também afeta os doentes pediátricos, podendo inclusive surgir no primeiro ano de vida (Merino & Delgadillo, 2004). Não obstante, são escassos os estudos em torno desta problemática, sobretudo em território nacional, justificando a pertinência do estudo desenvolvido.

Tal, tinha como principais objetivos, a caracterização da onicocriptose no doente pediátrico, o estudo da prevalência da dor associada antes e após o tratamento, assim como, identificar variáveis associadas a esta patologia, tendo-se cumprido os objetivos.

Sumulando os resultados obtidos, podemos dizer que a onicocriptose afeta mais os indivíduos do género masculino comparativamente ao feminino; é mais dolorosa na posição calçada antes do tratamento e o hálux é o dedo frequentemente afetado por esta condição, sobretudo o bordo tibial. Quanto ao estadio de desenvolvimento, constatamos um predomínio dos estadios iniciais (1 e 2), que nos remete para a sensibilidade por parte dos pais na procura atempada de um tratamento adequado.

A diminuição abrupta e significativa da intensidade de dor após o tratamento (calçada e descalça) é demonstrativa da eficácia do tratamento podológico no alívio da dor.

Os resultados sugerem ainda que à medida que aumenta a idade, diminui a dor, ou a tolerância à mesma; que à medida que a doença progride se torna mais dolorosa; e que o pé plano se coaduna com alterações unilaterais dos bordos ungueais (tibial, seguido do peroneal), cujo traumatismo contínuo poderá conduzir ao desenvolvimento de uma onicocriptose.

No entanto, não podemos descurar o tamanho reduzido da amostra que impede a generalização dos resultados. Apesar disso, não deixam de ser

relevantes e indicativos da eficácia do tratamento podológico, abrindo uma janela para futuras investigações.

Queríamos ainda acrescentar que o tamanho reduzido da amostra poderá constituir em si mesmo um dado importante, podendo ter várias interpretações, indo desde a desvalorização ou desconhecimento da especificidade da podologia no tratamento desta e outras patologias, assim como do desconhecimento do tratamento em idade pediátrica desta especialidade e por conseguinte a sua procura, a influência de fatores ambientais (e.g. época do ano) e mesmo demográficos (idade do paciente) no desenvolvimento da onicocriptose.

Para finalizar, e tendo em consideração a discrepância dos nossos resultados comparativamente a estudos desenvolvidos noutros países, seria importante aumentar o tamanho da amostra de forma a poder verificar qual a relação entre o aumento da idade e a intensidade da dor. A inclusão de crianças obesas também seria interessante.



## 6 Referências bibliográficas

- Alves, M. M. O. (2007). *Validação de uma escala para avaliação da dor em crianças brasileiras menores de cinco anos*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Faculdade de Medicina, Porto Alegre, Brasil.
- Anna Huguet, Jennifer Stinsonb, & McGrath, P. J. (2010). Measurement of self-reported pain intensity in children and adolescents. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 329-336.
- Azevedo, L. (2006). *Análise dos pés através da baropodometria e da classificação plantar em escolares de Guaratínguetá*. Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
- Baeyer, C. L. V. (2008). *Measurement and Assessment of Pediatric Pain in Primary Care* Humana press.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspectiva Desenvolvimentista (2.ª edição)*. Lisboa: Climepsi.
- Bega, A. (2008). *Tratado de Podologia*. Brasil: Yendis.
- Bergmann, C., Senderek, J., Anhuf, D., Thiel, Ekici, A. B., Poblete-Gutiérrez, P., et al. (2006). Mutations in the Gene Encoding the Wnt-Signaling Component R-Spondin 4 (RSPO4) Cause Autosomal Recessive Anonychia. *The American Journal of Human Genetics*, 79, 1105-1109.
- Bernardes, S. G. (2008). *Sobre a contextualidade dos enviesamentos de sexo nos julgamentos sobre dor*. Unpublished Doutorado, Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa.
- Bidarra, A. P. (2010). *Vivendo com a dor: O cuidador e o doente com dor crónica oncológica*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Bogas, R. (2012). *Dor lombar em crianças e adolescentes, estudo de prevalencia*. Faculdade Fernando Pessoa, Porto.
- Brand, K., & Court, C. (2010). Pain assessment in children. *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 11(6), 214-216.
- Bricot, B. (2001). *Posturologia: Icone*.
- Cabrita, J., Esteves, J., Batista, P., Rodrigo, G., & Gomes, M. M. (1992). *Micoses*. (2ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Cantalino, J. L. R., & Mattos, H. M. (2006). Comparação dos tipos de pé classificados por determinadas formas de avaliação clínica. *Revista Terapia Manual*, 4, 23-25.

- Cardoso, I. M. C. (2009). *Factores motivadores do abandono da avaliação e registo sistematizado do 5º sinal vital*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Carmona, F. J. G., Galea, J. M. P., & Morato, D. F. (2005). Onicocriptosis crónica. *Piel*, 20(1), 53-55.
- Carmona, J. G., & Morato, D. F. (2003). *Tratamiento quirúrgico de la onicocriptosis*. Madrid: Aula médica ediciones.
- Carrie L.Hicks, Carl L.von Baeyer, Pamela A.Spafford, Inez van Korlaar, & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale - Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-183.
- Chambres, C. T., Giesbrecht, K., Craig, K. D., Bennett, S. M., & Huntsman, E. (1999). A comparison of scales for the measurement of pediatric pain: children's and parents' ratings. *Pain*, 83, 25-35.
- Chauvin, M. F. D. (2010). Devant une infection fongique chez l' enfant, quels sont les pièges à éviter? *RéalitésThérapeutiques en dermatovénérologie* (202), 42-44.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). *Pesquisa qualitativa- técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*: Artmed - Bookman.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2008). Avaliação do comportamento de crianças em situações de dor: revisão da literatura. *Jornal de pediatria*, 84 (6), 477-486.
- Costa, C. A., Santos, C., Alves, P., & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, XIII, 855-867.
- Craig, K. D., Korol, L., & Pillai, R. (2002). Challenges of judging pain in vulnerable infants. *Clinics in Perinatology*, 29(3).
- A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor, 09/DGCG C.F.R. (2003).
- Darwish, F. M., Haddad, W., Ammari, F., & Aoudat, Z. (2008). Association of abnormal foot angles and onychocryptosis. *The Foot*(18), 198-201.
- Decruynaere, C., Thonnard, J.-L., & Plaghki, L. (2009). How many response levels do children distinguish on faces scales for pain assessment? *European Journal of Pain*, 13, 641-648.
- Deshaies, B. (1992). *Metodologia de investigação em ciências humanas*: Edicions Beauchemin Itée.

- Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, 014/2010 C.F.R. (2010).
- Dorland. (Ed.) (2001) (28ª ed.). Madrid.
- Ebner, C. (2010). *Experiência dos enfermeiros pediatras na aplicação dos cartões de qualidade da dor*. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Erdogan, F. G. (2011). A quantitative method fot measuring forces applied by nail braces. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 101(3), 247-251.
- Fernandes, S., & Arriaga, P. (2010). Considerações gerais sobre a definição e avaliação da dor pediátrica. *In-Mind Português*, 1(2-3), 30-38.
- Férnandez, A. C., Garrido, G. R., & Cabrera, Á. C. (2010). Algorithm for the management of antibiotic prophylaxis in onychocryptosis surgery. *The Foot* (20), 140-145.
- Florencio, V. D. (2010). *Enfermedades de las uñas*. Barcelona: Elsevier.
- Fortin, M. F. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Canadá.
- Fragata, C. S. d. S. (2010). *Avaliação Pediátrica da Ansiedade face à Dor na Punção Venosa em Crianças com e sem Problemas do Desenvolvimento*. Universidade de Coimbra
- Franck, L. S., Greenberg, C. S., & Stevens, B. (2000). Pain assessment in infants and children in. Acute Pain in Children *Pediatric Clinics of North America*, 47, 487-512.
- Frowen, P., O'Donnell, M., Lorimer, D. L., & Burrow, G. (2010). The skin and nail disorders in podiatry. In Elsevier (Ed.), *Disorders of the foot clinical companion*. London.
- García, S. M. L. d., & Fernández, C. G. (2006). *Embriologia* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gharaibeh, M., & Abu-Saad, H. (2002). Cultural Validation of Pediatric Pain Assessment Tools: Jordanian Perspective. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(1), 12-18.
- Gioseffi, M. L., Giachetti, A., Sánchez, L., Freijo, S. d., & Sojo, M. (2010). Onicocriptosis en pediatría: Tratamiento conservador y espiculotomía. *Archivos Argentinos de Pediatría* 108(3), 244-246.
- Greig, J. D. (1989). Results of surgery for ingrowing toenails. *The Journal of bone and joint surgery British*, 71(5), 859.

- Gupta, A. K., & Skinne, A. R. (2004). Onychomycosis in Children: A Brief Overview with Treatment Strategies. *Pediatric Dermatology*, 21(1), 74-79.
- Haddad, N. (2004). *Metodologia de estudos em ciências da saúde – como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico.*: Roca.
- Hall, G. (2011). *Tratado de Fisiologia Médica* (12<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro.
- Hawsawi, K. A., Aboud, K. A., Alfadley, A., & Aboud, D. A. (2002). Anonychia congenita totalis: a case report and review of the literature. *International Journal of Dermatology* 41, 397-399.
- Hicks, C., Baeyer, C., Spafford, P., Korlaar, I., & Goodenough, B. (2001). The Faces Pain Scale - Revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93, 173-183.
- IASP. (2005a). Pain in Infants, Children, and Adolescents. *IASP Press*(41).
- IASP. (2005b). Why children's pain matters. *International Association for the Study of Pain*, XIII(4).
- Ikard, R. W. (1998). Onychocryptosis. *American College of Surgeons*, 187(1), 96-102.
- Izge Günal, Can Kosay, Arzu Veziroglu, Yasemin Balkan, & Ilhan, F. (2003). Relationship Between Onychocryptosis and Foot Type and Treatment with Toe Spacer. *Journal of the American Podiatric Medical Association*, 93(1), 33-36.
- Kline, A. (2008). Onychocryptosis: a simple classification system. *The foot & ankle journal*, 1(5).
- Kreft, B., Marsch, W., & Wohlrab, J. (2003). Congenital and postpartum unguis incarnati. *Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie und verwandte Gebiete*, 54(11), 1083-1086.
- Larissa Rosa da Silva, André Luiz Felix Rodacki, Michelle Brandalize, Maria de Fatima Aguiar Lopes, Paulo Cesar Baraucce Bento, & Neiva Leite. (2011). Alterações posturais em crianças e adolescentes obesos e não-obesos. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano* 13, 448-454.
- Mánjon, A., & Oliveira, C. (2005). Dor na criança até aos 3 anos. *DOR*, 13.
- Marini, A. (2000). *Anatomia do membro inferior*. Gandra.
- Melo, L. R., & Pettengill, M. A. M. (2010). Dor na infância: atualização quanto à avaliação e tratamento. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 10, 97-102.

- Merino, J. E., & Delgadillo, A. A. (2004). Onicocriptosis en infantes. Reporte de 9 casos. *Revista del Centro Dermatológico Pascua*, 13.
- Merskey, H., & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms* (2ª ed.).
- Miró, J., Huguet, A., & address, R. N. (2007). Predictive Factors of Chronic Pediatric Pain and Disability: A Delphi Poll. *The Journal of Pain*, 8(10), 774-792.
- Moore, K. L., & Dalley, A. F. (2001). *Anatomia Orientada para a clínica* (4ª ed.). São Paulo: Guanabara Koogan.
- Morán, A., Uraga, M. V., Loayza, E., Briones, M., Loayza, M., & Uraga, E. (2010). Patología del Dedo Gordo. *Dermatología Perú*, 20(1), 132-140.
- Moura, L. A. d., Oliveira, A. C. D. A. d., Pereira, G. d. A., & Pereira, L. V. (2011). Dor pós-operatória em crianças: uma abordagem de género. *Revista da Escola de Enfermagem USP* 45, 833-838.
- 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.
- O'Rourke, D. (2004). The measurement of pain in infants, children, and adolescents: from policy to practice. *Journal of the American Physical Therapy Association*, 84, 560-570.
- Pelc, A. W., & Jaworek, A. K. (2003). Interdisciplinary approach to onychophagia. *Przegląd Lekarski*, 60(11), 737-739.
- Pereira, L. V., & Sousa, F. A. E. F. (1998). Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: Uma breve revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 6, 77-84.
- Pereira;, O. G., Alegria;, J. P., Gouveia;, A. P. M., Vilar, D., Pintassilgo, G., Medicamento, I. N. d. F. e. d., et al. (2009). *Índice Nacional Terapêutico* (Vol. 110). Lisboa.
- Pérez-González, M., Torres-Rodríguez, J. M., AntoniMartínez-Roig, SoniaSegura, Griera, G., LauraTriviño, et al. (2009). Prevalence of tinea pedis, tinea unguium of toenails and tinea capitis in school children from Barcelona. *Revista Iberoamericana de Micología*, 26, 228-232.

- Quiles, M. J., Hofstadt, C. J. V.-d., & Quiles, Y. (2004). Instrumentos de evaluación del dolor en pacientes pediátricos: una revisión ( 2ª parte). *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11, 360-369.
- Reina, S. M., Méndez, A. C., Sanmartín, A. P., Castañeda, M. D. B., & Jiménez, M. C. (2011). Tratamiento de la onicocriptosis mediante ortonixia con lámina plástica de polietileno. *Podología Clínica*, 12(4), 104-111.
- Reis, C., & Filho, E. (2010). Tratamento cirúrgico da onicocriptose: excisão do tecido mole circunjacente ao leito ungueal utilizando radioeletrocirurgia e criocirurgia. *Surgical & Cosmetic Dermatology*, 2(3), 180-183.
- Ritto, A. F. (2011). A dor e a prática de Enfermagem - A dor como 5º. sinal vital. from <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7264/4/Introduo%20Enquadramento%20terico%20Investigao%20Concluso8230.pdf>  
<http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7264>
- Romano, C., Papini, M., Ghilardi, A., & Gianni, C. (2005). Onychomycosis in children: a survey of 46 cases. *Mycoses*, 48(6), 430-437.
- Rossato, L. M., & Angelo, M. (1999). Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 33, 236-249.
- Savedra, M. C., Tesler, M. D., Ward, J. D., & Wegner, C. (1988). How adolescents describe pain. *Journal of Adolescent Health Care*, 9(4), 315-320.
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). *Anatomia e Fisiologia* (6ª ed.). Portugal: Lusociência.
- Setz, V. G., Mavilde, L. G. P., Pertelini, M. A. S., Harada, M. d. J. C. S., & Pereira, S. R. (2001). Avaliação e Intervenção para o alívio da dor na criança hospitalizada. *Acta Paulista de Enfermagem* 14(2), 55-65.
- Sousa, F. F., & Silva, J. A. d. (2005). A métrica da dor ( dormetria): problemas teóricos e metodológicos *Revista Dor* 6, 469-513.
- Staheli, L., Chew, D. E., Corbett, M., & Washington, S. (1987). The Longitudinal Arch. *The Journal of Bone and Joint Surgery*, 69-A(3), 426-428.
- 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.

- Tang, W. (2010). Nail and nail disorders. *Medical bulletin*, 15.
- Tatiana Cínara Vale Bianchi, Christina Cruz Cepeda, Mirian Izaki, & Thais Leme Regatieri. (2005). Relação entre o pé cavo e a posteriorização do centro de força em crianças de 7-14 anos, avaliadas por meio da baropodometria. *RUBS - Revista UnicenP de Biologia e Saúde*, 1, 21-22.
- Tomaz, D. (2011). Será fungo? *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27, 96-108.
- Torrens, M. M. B., & Miralles, M. A. (2011). Problemas Dermatológicos. Alterações Freqüentes nas Unhas. *Revista podologia.com*, 37, 15-27.
- Unicef. (1990). A Convenção sobre os Direitos da Criança.
- Valls, J. M., Ferrer, E. H., & Font, J. T. (2002). Dolor en Pedíatria. In Direcció Científica de l' Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balear (Ed.), *Unidades de dolor. Realidad hoy , reto para el futuro*. Barcelona: PFIZER.
- Vogeleer, M. N., & Lachapelle, J. M. (2005). Les onychomycoses des pieds: un sujet d'actualité. *Louvain Médical*, 124.
- Wall, P., & Melzack, R. (1982). *O desafio da dor*. Lisboa Fundação Calouste Gulbenkian.





## **Anexos**



# **Anexo I- Apresentação do estudo**

## **Título do Projeto:**

Avaliação da intensidade de dor através da escala de faces associada à onicocriptose no doente podológico pediátrico

## **Importância do estudo:**

Avaliar qual a prevalência de intensidade de dor associada á onicocriptose no doente podológico pediátrico

## **Objetivo do estudo:**

- Avaliar a prevalência de dor na onicocriptose
- Identificar as variáveis que poderão influenciar a intensidade de dor
- Caracterizar a onicocriptose

## **Procedimentos:**

Pretendo recolher estes dados através de um questionário que fora elaborado por nós, e uma escala de medição de intensidade de dor (escala de faces -Wong-Baker). Esse questionário divide-se em 3 partes: na 1ª parte fazer-se-á perguntas sociodemográficas, na 2ª parte serão feitas perguntas sobre antecedentes médicos, e na 3ª e última parte, será feito o exame clínico á criança. Seguidamente através da escala de faces medir-se-á a intensidade de dor que a criança sente antes do tratamento (calçada e descalça) e após o tratamento.

## **Tempo requerido e local de avaliação:**

O estudo será realizado na Unidade de Saúde de Gandra, e no Consultório de Podologia do Dr. António Ramos, em Penafiel. E será realizado em aproximadamente 30 minutos.



**Confidencialidade:** as respostas e resultados são **absolutamente confidenciais**, destinando-se apenas a ser utilizados, **sob anonimato**, no âmbito do projeto de investigação desenvolvido no curso de Mestrado em Podiatria Infantil, ministrado pela Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa do Instituto Politécnico de Saúde – Norte.

**Participação voluntária:** os vossos filhos (encarregados de educação) têm plena liberdade para aceitar ou recusar a participação neste estudo, sem que tal acarrete qualquer benefício ou prejuízo, a nível assistencial ou de qualquer outra ordem.

**Desistência do estudo:** os vossos filhos podem desistir a qualquer momento do estudo sem qualquer prejuízo

**Investigador principal do estudo:**

Sónia Isabel Monteiro Bessa

**Contacto em caso de dúvidas acerca do estudo:**

91 670 76 48



## **Anexo II - Consentimento de informado**

### **Termo de Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_ (Pai, Mãe ou Tutor), autorizo o meu (Filho(a)/Tutelado) \_\_\_\_\_ a participar voluntariamente neste projeto de investigação e declaro que li a informação acima e que o investigador responsável pelo projeto se dispôs a esclarecer todas as dúvidas que tenham resultado da sua leitura, ou outras que eventualmente tenham surgido.

Assino em sinal de que autorizo o meu (filho(a)/Tutelado) a participar voluntariamente neste projeto de investigação e que recebi uma cópia do presente documento.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O Investigador

O (A) (Pai, Mãe ou Tutor)


\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# Anexo III- Carta de pedido de autorização do orientador para o consultório do Dr. António Ramos e resposta do mesmo



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE SAÚDE DO NORTE

CESPU 25 ANOS  
1987-2012

Exmo. Dr. António Ramos  
Consultório de Podologia

Gandra, 6 de Março de 2012

Assunto: Pedido de autorização

O plano de estudos do Curso de Mestrado em Podiatria Infantil, 2º ano do 2º ciclo, a funcionar no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa prevê que, no último ano do curso os alunos realizem um trabalho de pesquisa integrado na unidade curricular de Trabalho de Projecto.


Com o objectivo de poder dar cumprimento a esta orientação curricular junto enviamos uma carta do estudante, autor do trabalho, a solicitar autorização para a realização da colheita de dados na instituição que Vossa Ex.cia dirige bem como o documento de apresentação do estudo, sua finalidade, população visada no estudo e o respectivo instrumento de colheita de dados.


Agradecendo desde já a atenção disponibilizada por Vossa Excia para o assunto, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

O Investigador principal


*António o Estudo*  
*6, Março de 2012*





AFONSO  
R  
Engenharia  
Lda 5042014




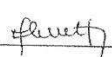


(Prof. Doutora Manuela Leite)  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA | RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317 | 4585 116 GANDRA PRD | TEL.: +351 224 157 100 | FAX: +351 224 157 102  
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE | RUA JOSÉ ANTONIO VIDAL, 81 | 4760 409 V. N. FAMILIÇÃO | TEL.: +351 252 303 600 | FAX: +351 252 303 694  
CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL | CONTR. 501 517 840 | CAP. SOCIAL 1.250.000,00 EUR | BANC. CONS. R. C. PORTO Nº 216  
www.cespu.pt



GRUPO  
CESPU



# Anexo IV – Carta de pedido de autorização do orientador para a Unidade Clínica de Gandra e resposta do mesmo

 <p>INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE DO NORTE</p>		
	<p>Exma. Prof. Doutora Filomena Salazar Diretora da Unidade Clínica de Gandra</p>	
<p>Gandra, 6 de Março de 2012</p>		
<p>Assunto: Pedido de autorização</p>		
<p>O plano de estudos do Curso de Mestrado em Podiatria Infantil, 2º ano do 2º ciclo, a funcionar no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa prevê que, no último ano do curso os alunos realizem um trabalho de pesquisa integrado na unidade curricular de Trabalho de Projecto.</p>		
<p>Com o objectivo de poder dar cumprimento a esta orientação curricular junto enviamos uma carta do estudante, autor do trabalho, a solicitar autorização para a realização da colheita de dados na instituição que Vossa Ex.cia dirige bem como o documento de apresentação do estudo, sua finalidade, população visada no estudo e o respectivo instrumento de colheita de dados.</p>		
<p>Agradecendo desde já a atenção disponibilizada por Vossa Excia para o assunto, colocamo-nos à disposição para eventuais esclarecimentos.</p>		
<p>Com os melhores cumprimentos,</p>		
<p>O Orientador  _____ (Prof.ª Doutora Manuela Leite)</p>	<p><i>Au to as</i> <i>Filomena</i> <i>10/03/2012</i></p>	
	<p>ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOUSA   RUA CENTRAL DE GANDRA, 1317   4585 116 GANDRA PRD   TEL.: +351 224 157 100   FAX: +351 224 157 102 ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO AVE   RUA JOSÉ ANTÓNIO VIDAL, 81   4760 409 V. N. FAMALICÃO   TEL.: +351 252 303 600   FAX: +351 252 303 694 CESPU - COOPERATIVA DE ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO, CRL   CONTR. 501 577 840   CAP SOCIAL: 1.250.000,00 EUR   MAIL: EDHS@R.C. PORTO Nº 216 www.cespu.pt</p>	



# **Anexo V – Carta de pedido de autorização do investigador para o Consultório de Dr. António Ramos**

Exmo. Dr. António Ramos

Consultório de Podologia

Gandra, 6 de Março de 2012

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Sónia Isabel Monteiro Bessa, estudante do 2º ano do mestrado de podiatria infantil, a funcionar no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, venho por este meio pedir a autorização a Vossa Excia. para a realização do meu estudo, cujo tema é " Avaliação da intensidade de dor através da escala de faces associada à onicocriptose e ao seu estadió no doente podológico pediátrico"

Agradecendo desde já a atenção disponibilizada por Vossa Excia para o assunto, coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

---

Sónia Isabel M. Bessa



# **Anexo VI – Carta de pedido de autorização do investigador para a Unidade Clínica de Gandra**

Exma. Prof. Doutora Filomena Salazar

Diretora da Unidade Clínica de Gandra

Gandra, 6 de Março de 2012

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Sónia Isabel Monteiro Bessa, estudante do 2º ano do mestrado de podiatria infantil, a funcionar no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, venho por este meio pedir a autorização a Vossa Excia. para a realização do meu estudo, cujo tema é " Avaliação da intensidade de dor através da escala de faces associada à onicocriptose e ao seu estadio no doente podológico pediátrico"

Agradecendo desde já a atenção disponibilizada por Vossa Excia para o assunto, coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

---

Sónia Isabel M. Bessa





## Anexo VII – Questionário

### Questionário

Nome: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Anamnese

1. **Idade:** \_\_\_\_\_

2. **Género:**  Masculino  Feminino

3. **Peso:** \_\_\_\_\_ kg  
**Altura:** \_\_\_\_\_ m  
} IMC: \_\_\_\_\_

4. **Antecedentes médicos:**

Diabetes

Hipertensão

Outros

Luxação congénita da anca

Unilateral

Bilateral

Pé equino varo congénito (pé boto)

Unilateral

Bilateral

Malformações congénitas

Quais? \_\_\_\_\_

Não existe

5. **Tipo de parto**  Eutócico  Cesariana

6. **Tempo de gestação** \_\_\_\_\_ semanas

7. **Diabetes gestacional?**  Sim  Não

8. **Com que idade começou a andar?** \_\_\_\_\_ meses

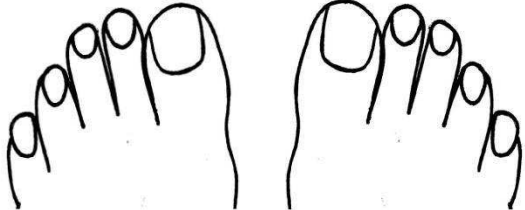
9. **Hábitos posturais diurnos/noturnos:**

Andar em bicos de pés

Sentar-se com as pernas à chinês

Sentar-se com as pernas em W



- Dormir com os pés em adução  
 Dormir com os pés em abdução  
 N/S
10. **Já usou algum tipo de dispositivo ortopédico?**  Sim  Não  
**Se sim qual?**  Suportes plantares  Botas ortopédicas  
 Férulas  Ortóteses Digitais  
 N/S
11. **Número do calçado utilizado** \_\_\_\_\_ pp  
12. **Número do calçado ideal** \_\_\_\_\_ pp  
13. **Que tipo de calçado costuma usar?**
- Botas  Sapatilhas  Sabrinas  
 Sandálias  Chinelos  Outros \_\_\_\_\_
14. **Pratica desporto?**  Sim  Não  
Se sim qual? \_\_\_\_\_  
Frequência \_\_\_\_\_
15. **Localização da onicocriptose**  
16. **Estadio da onicocriptose** \_\_\_\_\_
- 
17. **È frequente ter unhas encravadas?**  Sim  Não  
18. **Há quanto tempo tem a unha encravada?** \_\_\_\_\_  
19. **Costuma cortar as unhas dos pés diretamente com as mãos?**  
 Sim  Não  
20. **Como faz o corte ungueal?**  corte arredondado  corte reto  
 corte em viés  Outro \_\_\_\_\_

21. **Alguma vez fez tratamento da onicocriptose?**  Sim  Não  
**Se sim, com que profissional de saúde** \_\_\_\_\_
22. **Qual foi o tratamento efetuado?**  
\_\_\_\_\_
23. **Tratamento farmacológico que fez até ao momento?**  
 AINES  Antibióticos  Nenhum  Outros \_\_\_\_\_

## **Exame clínico**

### **Inspeção**

24. **Alterações digito-metatarsais:**

- Dedos em garra  Supra- adução do(s) dedo(s)  
 Infra- adução do(s) dedo(s)  Hálux abductus valgus  
 Hálux hiperextensus  Outros \_\_\_\_\_  
 Não existe

### **Palpação**

25. **Avaliação articular do dedo(S) afetado(s)**

- Existe limitação \_\_\_\_\_  Não existe limitação

26. **Palpação da zona dolorosa**

- dor no bordo tibial  dor no bordo peroneal  Ambos bordos

27. **Tipo de pé:**  pé plano  Pé cavo  Pé fisiológico

## **Avaliação da dor**

28. **Avaliação da dor com a escala de faces com a criança calçada:**

\_\_\_\_\_

29. **Avaliação da dor com a escala de faces com a criança descalça\_\_\_\_\_**

30. **Avaliação da dor com a escala de faces depois do tratamento com a criança descalça:**

\_\_\_\_\_

31. **Avaliação da dor com a escala de faces depois do tratamento com a criança calçada:**

\_\_\_\_\_

## Anexo VIII – Escala de faces de Wong-Baker



**0**

Não  
Doi



**2**

Doi Um  
Pouco



**4**

Doi Um  
Pouco Mais



**6**

Doi  
Muito



**8**

Doi Muito  
Mais



**10**

Doi O  
Máximo

# Anexo IX – Carta do pedido de autorização para o uso da escala de Faces traduzido e adaptado para português

Sónia Isabel Monteiro Bessa  
Mestrado de Podiatria infantil (2ª edição)

*Autorização*  


Exmo. Prof. Doutor José Carlos Caldas


Gandra, 16 de Fevereiro de 2012

Assunto: Pedido de autorização

Eu, Sónia Isabel Monteiro Bessa, estudante do 2º ano do mestrado de podiatria infantil, a funcionar no Instituto Politécnico de Saúde do Norte, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa, venho por este meio pedir a autorização a Vossa Excia. o uso da Escala Faces de Avaliação da Dor de Wong – Baker, traduzido e adaptado por o professor, para a realização do meu estudo, cujo tema é “ Avaliação da intensidade de dor através da escala de faces associada à onicocriptose e ao seu estádio no doente podológico pediátrico”. Este trabalho está a ser co-orientado pela Mestre Angélica Andrade e sob a orientação da Professora Doutora Manuela Leite.

Agradecendo desde já a atenção disponibilizada por Vossa Excia para o assunto, coloco à disposição para eventuais esclarecimentos.

Com os melhores cumprimentos,

  
Sónia Isabel M. Bessa