

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

Relatório de estágio profissionalizante

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 do Mestre Miguel Oliveira

Por

Susana da Conceição Brito Cabral

Gandra

Fevereiro, 2013

Índice

Listas	13
Abreviaturas.....	13
Símbolos.....	13
1 Introdução	15
2 Observação /intervenção	17
2.1 Consultas externas do serviço de Pediatria HSJ	18
2.2 O Serviço de Urgência de Ortopedia Infantil HSJ	31
2.3 Reunião de serviço no HSJ.....	34
2.4 Bloco operatório de Ortopedia HJS.....	34
2.5 Consulta externa da especialidade de Ortopedia	35
2.6 Reunião de grupo	42
2.7 Clínica Pediátrica de Braga	49
2.8 Clínica Nova Saúde-Unidade de Vila Nova de Famalicão.....	59
2.9 APADI – Associação de Pais e Amigos do Diminuto intelectual	63
2.10 Clínica Nova Saúde – Unidade Clínica de Gandra.....	67
2.11 Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva – CESPU.....	77
2.12 Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS)	80
2.13 Laboratório de Ortopodologia	80
3 Orientações tutoriais de estágio	83
4 Rastreios	101
4.1 Jardim de Infância de Lagar.....	101
4.2 Escolas	109
4.3 Centro Social Baltar	118

Relatório de Estágio

5	Seminários.....	129
6	Conclusão	135
7	Bibliografia.....	137
	Anexos.....	139

Índice das Tabelas

Tabela 1 – Patologias observadas na especialidade de Nutrição do HSJ	20
Tabela 2 – Patologias observadas na especialidade da Infeciologia no HSJ.....	22
Tabela 3 – Patologias observadas na especialidade de Nefrologia no HSJ.....	25
Tabela 4 – Patologias observadas na especialidade de Pediatria no HSJ.....	30
Tabela 5 – Patologias observadas na especialidade de Ortopedia HSJ	36
Tabela 6 – Patologias observadas na especialidade de Reumatologia no HSJ	45
Tabela 7 – Consultas no dia de estágio na clínica pediátrica de Braga	52
Tabela 8 – Consultas no primeiro dia de estágio na clínica nova saúde de VNF	62
Tabela 9 – Consultas no dia de estágio na clínica nova saúde de VNF	62
Tabela 10 – Alterações observadas durante a avaliação dos jovens da APADI	66
Tabela 11 – Alterações estruturais, pontos dolorosos e alterações dérmicas e ungueais nas crianças do centro Mãe d'Agua.....	71
Tabela 12 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio	73
Tabela 13 – Manobra de Jack aplicada às crianças do Centro de Mãe d' Agua	74

Relatório de Estágio

Tabela 14 – Manobra de Pontas aplicada as crianças do Centro de Mãe d'Água.....	74
Tabela 15 – Posição do retro pé das crianças do centro de Mãe d'Água	75
Tabela 16 – Número de crianças com determinada pedigrafia	76
Tabela 17 – Alterações estruturais, dérmicas, ungueais e pontos dolorosos encontrados nas crianças do jardim-de-infância de Lagar	104
Tabela 18 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio	106
Tabela 19 – Número de crianças com determinada pedigrafia	108
Tabela 20 – Alterações estruturais, pontos dolorosos e alterações dérmicas e ungueais das crianças das escolas	112
Tabela 21 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio	115
Tabela 22 – Número de crianças com determinada pedigrafia	117
Tabela 23 – Alterações estruturais, pontos dolorosos e as alterações dérmicas e ungueais detetadas nas crianças do centro social de Baltar	121
Tabela 24 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio	123
Tabela 25 – Número de crianças com determinada pedigrafia	126

Índice das Figuras

Figura 1 – O Hospital de São João, EPE (HSJ).....	17
Figura 2 – O Futuro do Hospital de São João com a sua nova ala pediátrica	18
Figura 3- Tiras de teste reagente.....	27
Figura 4 – Matriz com título da Classificação do mega ureter.....	27
Figura 5 – Lista da Tabela das Infecções do Trato Urinário	28
Figura 6 – Radial básico dos fatores de risco das pielonefrites	29
Figura 7 – Classificação da fratura de Schatzker	33
Figura 8 – Graus da fratura Schatzker.....	33
Figura 9 – Férulas Dennis Brown	37
Figura 10 – Aspeto físico na criança com escolioses idiopática e radiografia da coluna vertebral	38
Figura 11 – Colete de Boston	39
Figura 12 - Colete de Milwaukee.....	41
Figura 13 – Organograma dos subtipos de AIJ.....	46
Figura 14 – Clínica Pediátrica de Braga.....	50
Figura 15 – A sala de consulta da clínica de Pediatria	51
Figura 16 – Pé plano infantil.....	54
Figura 17 – Hierarquia horizontal da origem dos materiais.....	56
Figura 18 – Imagem dos tipos de materiais utilizados na realização de órteses plantares	56
Figura 19 – Organograma dos materiais termo – adaptáveis.....	57
Figura 20 – Radial convergente de algumas características do subortholen	57
Figura 21 – Clínica Nova Saúde de VN Famalicão.....	60
Figura 22 - Sala de anamnese e quiropodologia na clínica.....	61
Figura 23 – Laboratório de Ortopodologia na clínica	61
Figura 24 – APADI – Equipa juntamente com o grupo de Podiatria Infantil.....	63

Relatório de Estágio

Figura 25 – Gráfico circular que quantifica em percentagem os tratamentos que se realizaram	66
Figura 26 – Edifício onde se situa a clínica da CESPÚ em Gandra	67
Figura 27 – Uma das salas de quiropodologia	68
Figura 28 – Gráfico das idades das crianças do centro Mãe d'Água..	69
Figura 29 – Gráfico referente ao número de calçado das crianças do centro Mãe d' Águá	69
Figura 30 – Gráfico referente á fórmula digital das crianças do Centro Mãe d' Águá.....	70
Figura 31 – Gráfico relativo às crianças do centro Mãe d'Águá com as diferentes posições dos joelhos no plano frontal	72
Figura 32 – Gráfico das crianças do centro de Mãe d'Águá com as diferentes posições dos joelhos no plano sagital	72
Figura 33 – Imagem do pé no podoscópio.....	73
Figura 34 – Imagens das possíveis pegadas plantar obtidas através de pedigrafias	75
Figura 35 – Imagem do centro de Medicina do Desporto e Reabilitação	77
Figura 36 – Salas do Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação	78
Figura 37 – Relatório Podológico-Desportivo	79
Figura 38 – Campus Académico de Gandra – ESSVS	80
Figura 39 – Laboratório de Ortopodologia da ESSVS	81
Figura 40 – Ortóteses plantares.....	81
Figura 41 – Capa da apresentação do PAPI no VI Congresso Nacional de Podologia – I Jornadas de Podiatria	84
Figura 42 – Informação geral no PAPI	85
Figura 43 – Parte 2 do PAPI	85
Figura 44 – Parte 3 do PAPI	86
Figura 45 – Parte 4 do PAPI avaliação em bipedestação.....	87
Figura 46 – Parte 5 do PAPI	87
Figura 47 – Parte 6 do PAPI referente há avaliação do FPI-6	88

Relatório de Estágio

Figura 48 – Parte 7 do PAPI	88
Figura 49 – Parte 8 do PAPI	89
Figura 50 – Parte 9 do PAPI referente ao teste de Beighton	89
Figura 51 – PAPI reduzido para rastreio nas escolas.....	90
Figura 52 – Póster da avaliação da hipermobilidade do membro inferior – Revisão da literatura	91
Figura 53 – Póster do caminhar na ponta dos pés.....	91
Figura 54 – Póster da Claudicação na criança	92
Figura 55 – A Bata decorada para Podiatria Infantil.....	92
Figura 56 – T-shirt pintadas à mão para a Podiatria Infantil	93
Figura 57 – Polar realizado pela Podiatria Infantil	93
Figura 58 – Flyer de Podologia Infantil – cuidados	94
Figura 59 – Desenho para as crianças pintarem.....	95
Figura 60 – Folha das pedigrafias	96
Figura 61 – Poster da Podiatria Infantil.....	97
Figura 62 – Local onde a Podiatria Infantil esteve no Palácio de Cristal	98
Figura 63 – Imagens do Dia Mundial da Criança	98
Figura 64 – Casos de alterações ungueais.....	99
Figura 65 – Jardim-de-infância de Lagar.....	101
Figura 66 – Gráfico dos géneros das crianças do jardim-de-infância de Lagar	102
Figura 67 – Gráfico de idades que foram avaliadas no jardim-de-infância de Lagar.....	102
Figura 68 – Gráfico referente ao número de calçado no jardim-de-infância de Lagar.....	103
Figura 69 – Gráfico referentes á fórmula digital das crianças do jardim-de-infância de Lagar	103
Figura 70 – Gráfico da posição do joelho no plano frontal das crianças do jardim-de-infância de Lagar.....	104
Figura 71 – Gráfico da posição do joelho no plano sagital das crianças do jardim-de-infância de Lagar.....	105

Relatório de Estágio

Figura 72 – Correspondência da imagem do pé no podoscópio	105
Figura 73 – Gráfico do teste da Manobra de Jack nas crianças do jardim-de-infância de Lagar	106
Figura 74 – Gráfico relativo ao teste da Manobra de Pontas aplicado às crianças do jardim-de-infância de Lagar	107
Figura 75 – Gráfico de barras relativo às percentagens da posição do retro pé.....	107
Figura 76 – Imagem das pedigrafias das crianças	108
Figura 77 – Escola E.B.1 da Feira Figura 78 – Jardim-de-infância Senhora do Vale	109
Figura 79 – Gráfico relativo ao género das crianças das escolas....	110
Figura 80 – Gráfico de barras relativo à idade das crianças das diferentes escolas	110
Figura 81 – Gráfico de barras relativo ao número do calçado das crianças das escolas.....	111
Figura 82 – Gráfico das fórmulas digitais das crianças das escolas	111
Figura 83 – Gráfico posição do joelho no plano frontal das crianças das escolas.....	113
Figura 84 – Gráfico da posição do joelho no plano sagital das crianças das escolas.....	114
Figura 85 – Correspondência da imagem do pé no podoscópio	114
Figura 86 – Gráfico referente ao teste de manobra de Jack.....	115
Figura 87 – Gráfico de manobra de pontas das crianças das escolas	116
Figura 88 – Gráfico da posição do retropé das crianças das escolas	116
Figura 89 – Imagem das pedigrafias das crianças	117
Figura 90 – Centro Social de Baltar – Paredes	118
Figura 91 – Gráfico dos géneros no centro social de Baltar.....	119
Figura 92 – Gráfico das idades das crianças do centro social de Baltar	119

Relatório de Estágio

Figura 93 – Gráfico referente ao número de calçado das crianças do centro social de Baltar.....	120
Figura 94 – Gráfico fórmula digital das crianças do centro social de Baltar.....	120
Figura 95 – Gráfico da posição dos joelhos das crianças do centro social de Baltar	121
Figura 96 – Gráfico da posição do joelho no plano sagital das crianças do centro social de Baltar	122
Figura 97 – Correspondência da imagem do pé no podoscópio	122
Figura 98 – Gráfico do teste das manobras de Jack aplicado às crianças do centro social de Baltar.....	124
Figura 99 – Gráfico do teste das manobras de pontas aplicado às crianças do centro social de Baltar.....	124
Figura 100 – Gráfico da posição do retro pé aplicado às crianças do centro social de Baltar.....	125
Figura 101 – Imagem das pedigrafias das crianças	126
Figura 102 – Apresentação do cartaz do VI Congresso Nacional de Podologia – I Jornadas de Podiatria.....	130
Figura 103 – Exemplo de aplicação banda neuromuscular.....	132

Listas

Abreviaturas

PD - Pé Direito

PE - Pé Esquerdo

TC - Tomografia Computorizada

PC - Paralisia Cerebral

AINES - Anti-Inflamatórios Não Esteroides

AIJ - Artrite Idiopática Juvenil

LES - Lúpus Eritematoso Sistémico

CESPU - Instituto Politécnico de Saúde do Norte

PAPI - protocolo de avaliação de Podiatria Infantil

ESSVS - Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa

OMS - Organização Mundial de Saúde

FPI - Foot Posture Índice

ALI - Arco Longitudinal Interno

Símbolos

% - Percentagem

® - Marca registada

1 Introdução

O relatório de estágio é um documento de resumo e avaliação das atividades realizados no âmbito da unidade curricular da disciplina de estágio profissionalizante que pretende reportar todas as ações desenvolvidas durante o ano letivo.

O presente relatório pretende descrever as atividades desenvolvidas durante o estágio, tendo este sido realizado em diferentes locais, que se contextualizam com o respetivo plano de estudos no mestrado em Podiatria Infantil. Assim, procurar-se-á relacionar os conhecimentos adquiridos no domínio teórico com a sua aplicação prática, bem como registar as condições em que decorreu o estágio.

A distribuição do estágio por diferentes locais e respetivos serviços de especialidade garantiu uma aquisição e consolidação de conhecimentos teóricos e práticos que foram sendo progressivamente adquiridos e amadurecidos ao longo do mestrado.

O presente relatório tem ainda como objetivo complementar e analisar criticamente o sucesso do estágio quanto à sua organização, programação, prossecução e objetivos atingidos.

As atividades determinantes do estágio permitiram, de uma forma geral, atingir os objetivos propostos, tendo garantido, designadamente, uma completa compreensão da funcionalidade dinâmica de um hospital e, especificamente, a organização da especialidade de pediatria e forma de interação entre os seus profissionais. Foi possível, recorrendo a visitas orientadas a escolas, avaliar crianças de diferentes escalões etários, bem como realizar rastreios em clínica que, nalguns casos, confirmaram a necessidade de efetuar tratamentos.

Relatório de Estágio

Realce ainda para a possibilidade de observar o funcionamento de uma associação – APADI (Associação de Pais e Amigos do Diminuto Intelectual) onde são acompanhadas crianças com deficiências e nos ter sido permitido verificar quais as patologias mais presentes neste universo.

Realizámos ainda atividades de dinamização no ambiente escolar, de que se realça o apoio às ações de celebração do dia mundial da criança; participámos em seminários de diferentes áreas e procedemos a uma apresentação temática, no congresso sobre o PAPI (Protocolo de Avaliação de Podiatria Infantil).

Deve ser ainda referida a importância da aprendizagem dos conceitos de funcionamento da medicina desportiva e a sua mais-valia para as crianças que iniciam a atividade desportiva, apreendidos nas atividades de estágio desenvolvidas no Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva e direcionadas, essencialmente, para a Podiatria Infantil

Referência para os rastreios efetuados em escolas e associações, sempre orientados para a criança e a sua avaliação, bem como para a passagem por clínicas e pelo laboratório de ortopodologia que permitiram aprofundar o princípio da interação e proximidade entre o diagnóstico e a realização e aplicação do tratamento.

2 Observação /intervenção

O Hospital de São João é o maior do Norte (Figura 1).



Figura 1 – O Hospital de São João, EPE (HSJ)

Fonte: http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1716489&seccao=Norte

Este está associado de forma direta à faculdade de Medicina do Porto, ocupando os dois o mesmo edifício. O hospital é constituído por 11 pisos, que integram os serviços de urgência, internamento, laboratórios e imagiologia, hoteleiros e os serviços administrativos e de gestão. Nos edifícios externos encontra-se o centro de ambulatório onde ocorrem as consultas externas, hospitais de dia, unidade de cirurgia do ambulatório e o serviço de instalações e equipamentos.

O nosso estágio decorreu essencialmente nas consultas externas do serviço de Pediatria, embora tenhamos passado pelo serviço de urgência de ortopedia infantil, pelo bloco operatório onde assistimos a cirurgias do foro ortopédico infantil. Realizámos também um estágio no mundo do " *Um lugar pró Joãozinho*"

O projeto " *Um lugar pró Joãozinho*", já a decorrer, tem como grande objetivo construir uma nova ala de pediatria no Hospital de São João,

a melhor, e ter assim o "...melhor hospital pediátrico do mundo", respeitando sempre os valores de rigor que acompanham a missão (Figura 2).



Figura 2 – O Futuro do Hospital de São João com a sua nova ala pediátrica

Fonte: <http://www.ojoaozinho.com/>

2.1 Consultas externas do serviço de Pediatria HSJ

O estágio no Hospital de São João decorreu entre o dia 27 de Junho e 29 de Julho de 2011, cada um dos estagiários foi distribuído pelos dias e pelas diferentes especialidades. Este período enquadrou uma carga horária de setenta e oito horas, adstritas na sua maioria à consulta externa, divididas pela pediatria geral e pelas diferentes subespecialidades do serviço, como a Reumatologia, Ortopedia, Alergologia, Nutrição e Nefrologia, passando ainda por acompanhar também a equipa de enfermagem, sob a orientação do Professor Doutor Manuel Fontoura e a sua equipa multidisciplinar.

Durante o acompanhamento da equipa de enfermagem pudemos confirmar que a criança passa sempre pela verificação das medidas antropométricas e da medição da sua tensão arterial. Mais, verificámos que em função do tipo de consulta pré-definida, são efetuados outros testes, de que é exemplo a consulta de Nutrição/Obesidade, em que se realiza o teste de bioimpedância quando considerado necessário. Este teste utiliza a condução da corrente eléctrica de baixa intensidade que é aplicada ao organismo, utiliza quatro eletrólitos, dois emissores e dois recetores, o valor de bioimpedância é a diferença entre eles. Este teste permite estimar a

Relatório de Estágio

água corporal presente no organismo, uma vez que avalia a massa isenta de gordura. Para uma consulta de Nefrologia - doenças metabólicas, por vezes é feito o teste com tira reagente para verificar a densidade da urina, entre outros parâmetros, com objetivo de despistar possíveis infeções. Algumas crianças apenas chegam à consulta só depois de serem realizadas colheitas de sangue.

Depois de um acompanhamento inicial com os serviços de enfermagem, onde conseguimos apreender a dinâmica da criança, acompanhámos em seguida a fase da consulta com o respectivo médico. Assim, foi permitida a nossa assistência a diversas consultas de diferentes especialidades de Pediatria. Desta forma, conseguimos entender e estar mais despertos para alterações típicas provocadas por patologias que não considerávamos relevantes, e que, após este período, mobilizou a nossa atenção e compreensão para determinados sintomas que não são específicos da nossa área. É possível, desta forma, alertar os responsáveis pelas crianças para determinados sintomas detetados, permitindo solucionar problemas de forma mais célere.

Este período junto da equipa de enfermagem ajudou e contribuiu para compreendermos e integrarmos esta equipa, de forma a conseguirmos obter melhores resultados no nosso estágio.

Durante este estágio, fomos assistindo a diferentes patologias no decorrer das consultas, as quais registámos numa tabela, o que nos permitiu uma visão mais alargada sobre os problemas presentes. A maioria das consultas a que assistimos foi realizada durante o período da manhã. Apenas a consulta de Reumatologia decorreu em dois períodos, da manhã e da tarde.

Assim, durante o estágio, nas diferentes consultas em que estivemos presentes, fomos observando e registando informação relevante para analisarmos. Com esta recolha de informação foi possível conhecer

Relatório de Estágio

melhor o histórico do paciente, a causa que motiva a consulta, sendo esta a primeira ou sucessiva. Desta forma, foi ainda possível compreender a realidade do funcionamento desta instituição, bem como a postura dos seus profissionais.

Na consulta da Nutrição/Obesidade a maioria dos casos é detetado o excesso de peso da criança, face à idade e estatura apresentada, estando por vezes associada à Diabetes. Foi detetado apenas um caso em que o problema passava pela necessidade de recuperação de peso. Esta consulta pratica-se no Hospital desde 1998 e a sua procura tem aumentado nos últimos anos. Esta instituição é das poucas que possui uma consulta bem organizada para responder a estas necessidades, embora tenha esgotado a sua capacidade de resposta.

Na tabela 1 verificamos as patologias que surgiram no dia em que estivemos presentes.

Tabela 1 – Patologias observadas na especialidade de Nutrição do HSJ

Subespecialidade	Motivo da consulta	Género	Idade Anos
29-06-2011 Nutrição	Controlo do balão gástrico	F	12
	Controlo de peso e aconselhamento	F	13
	Controlo de peso – doente oncológico	M	13
	Controlo de peso e análises clínicas	M	15
	Controlo de peso – boa evolução	F	11
	Controlo de peso – insulínica	F	12

É pertinente falarmos de obesidade e definirmos este tema como o principal motivo de consulta.

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a obesidade infantil e juvenil é já um problema de saúde pública dos mais importantes do mundo. Segundo esta organização, a obesidade define-se como um excesso de gordura corporal necessariamente associada a

Relatório de Estágio

consequências metabólicas adversas, sendo necessário um compromisso de saúde física, a curto e longo prazo, tendo ainda em conta que não são desprezíveis os problemas psicológicos daí decorrentes.

Outra definição de obesidade reporta o excesso de gordura corporal total, independentemente da sua causa ou local, mas sempre tendente a um compromisso de saúde (Rêgo, 2008).

Na consulta as crianças eram estimuladas a conseguir bons resultados; quando perdiam peso eram aplaudidos, quando ganhavam peso era analisada a situação caso a caso, sendo aconselhadas à criança soluções de correção; os profissionais explicavam de forma ponderada o tipo de alimentação a escolher, os exercícios físicos a praticar e as mudanças de hábitos necessárias, de que eram frequentemente exemplo a redução do número de horas de televisão e de computador.

Ao longo do decorrer das consultas foi-se verificando o sucesso da interiorização dos conceitos por parte dos responsáveis das crianças, no sentido de concretizar os planos que envolviam dieta e exercício físico.

Esta especialidade no estágio contribuiu para uma melhor compreensão da dinâmica e adaptação das crianças ao conjunto de consultas, transparecendo sempre bons resultados, nas situações em que a criança dispõe de bom apoio familiar.

A passagem pela especialidade de Infeciologia, permitiu identificar um conjunto de patologias, conforme se pode observar na tabela 2.

Tabela 2 – Patologias observadas na especialidade da Infeciologia no HSJ

Subespecialidade	Motivo da consulta	Gênero
Infeciologia	Retinite	M
	Aspergilose	M
	Molusco contagioso	F
	Angioedema hereditário tipo III	F
	Angioedema hereditário tipo I	M

Na consulta de Alergologia/Infeciologia o primeiro caso foi de uma criança, que veio à consulta por apresentar uma retinite - a citomegalovírus (CMV), que surge em indivíduos imunodeprimidos e pode conduzir à cegueira caso não seja tratada devidamente e atempadamente, no entanto, deixa sempre sequelas mesmo com o tratamento adequado. O sinal clínico evidente é a mancha na visão, normalmente unilateral, que exige imediato exame oftalmológico, através de fundoscopia (Rodrigues, et al., 2009).

No caso deste menino esta retinite surge por ele apresentar uma síndrome imune, imunodeficiência severa com deficiência da cadeia gama comum. É uma das deficiências mais comuns, é ligada ao cromossoma X, atingindo por isso apenas meninos. Como esta cadeia gama está ligada a diferentes citoquinas, isso vai explicar porque as células T, B e Natural Killer são afetadas pela mutação. Esta criança a quem foi transplantada medula óssea aos oito meses, teve como sintoma a frequência de otites; reagiu logo que lhe foi administrada a vacina da BCG, o que se relacionava já com a ausência de atividade dos linfócitos T.

Uma outra patologia que acompanhámos reporta-se à situação de um rapaz com aspergilose, infetado através de um abcesso, uma colonização pelo fungo *aspergillus*, que penetra no organismo

Relatório de Estágio

humano por várias vias em especial a aérea, e que põem em perigo a vida de indivíduos imunodeprimidos. Em seres humanos a aspergilose é diferenciada em alérgica, colonizante e invasiva. Em pacientes imunodeprimidos existe maior risco, ou seja, maior probabilidade de pneumonias e sinusites causadas por este agente fúngico, piorando assim asma e causando também sinusites alérgicas e cavidades no pulmão (tuberculose) (Maidana, González, Júnior, & Souza, 2005). Esta criança apresentava deficiência na toxina-receto MYD-88 e interferão gama, realizou provas da função hepática como a bilirrubina, as enzimas transaminases TGO e TGP e no seu tratamento foi receitado medicamento antifúngico.

Num outro caso observámos uma menina com Molusco Contagioso, que é uma patologia viral causada pelo vírus *Molluscipox*, muito frequente, benigna, que afeta apenas a pele. São pápulas que posteriormente se transformam em vesículas, com aspeto umbilical. Podem dar prurido, e são mais comuns em crianças com eczema atópico, com doenças crónicas e imunodeficiências (Azulay, Azulay, & Azulay-Abulafia, 2008). Não sendo ultrapassada a camada da pele, normalmente não é necessário o tratamento. Neste caso foi administrado um anti-histamínico e antibiótico local, um creme e gel para hidratar a pele. Esta criança sofre de glaucoma, uma obstrução no sistema de drenagem, que provoca uma hipertensão ocular nociva aos filamentos nervosos constituintes do nervo ótico, que com o passar do tempo vai havendo comprometimento da visão de maneira irreversível.

No mesmo dia de observações de estágio desta especialidade, foi acompanhada uma criança com angioedema hereditário de tipo III e outra com um de tipo I, uma doença autossómica dominante rara, causada por mutações genéticas (Valle, França, Campos, & Grumach, 2010). Esta criança ainda passou por outro problema que surgiu com um acidente doméstico, ao colocar uma bandolete feriu os olhos, no

Relatório de Estágio

recurso às urgências, apesar de sujeição a cirurgia, já não foi possível impedir sequelas, designadamente, hipoacuidade visual mais acentuada num olho; isto é, diminuição da função visual que exprime a capacidade discriminativa de formas. O angioedema é caracterizado por edema recorrente não pruriginoso lento, que atinge a face, extremidades, entre outras, e que tem uma duração de dois a cinco dias, com dor abdominal, edema da laringe e pode levar à morte por asfixia, no entanto pode atingir outros órgãos. É tratada por anti-fibrinolíticos. Esta patologia é de difícil diagnóstico, e é classificada em três tipos I, II e III. O de tipo I é um defeito quantitativo, afeta a quantidade de antigénios funcionais, reduzindo-os. O tipo II, que não presenciámos, é um defeito funcional, a sua atividade é reduzida, no entanto, os níveis de antigénios ou estão normais ou estão aumentados. O Tipo III, um dos casos a que assistimos, apresenta níveis e funções de inibidor normais, suspeitando-se mais de uma associação a elevados níveis de estrogénio exógeno e/ou mutações no gene do fator XII da coagulação (Valle, et al., 2010).

O estágio durante a consulta de Infeciologia foi bastante proveitoso, pois contribuiu para uma melhor compreensão da dinâmica da consulta e identificação da tipologia de patologias mais frequentes. Existia um conhecimento muito superficial sobre as diferentes patologias que surgiram, pelo que foi efectuada uma breve pesquisa de análise, para melhor compreendermos o histórico da doença.

No dia seguinte o estágio passou pela especialidade de Nefrologia. Havia um desconhecimento sobre os grandes motivos que trazia as crianças à consulta.

Podemos verificar na tabela 3 as patologias que mais surgiram. Foram essencialmente as pielonefrites.

Relatório de Estágio

A muitas das crianças que surgiram nas consultas foram de *follow-up*, foi pedido regularmente análises para controlo, e quando apresentam queixas, um dos testes imediatos passa pelas tiras de teste reagente.

Tabela 3 – Patologias observadas na especialidade de Nefrologia no HSJ

Subespecialidade	Motivo da consulta	Género
Nefrologia	Nefropatia de refluxo	F
	Malformação ano-retal e rim hipoplásico	F
	Mega ureter	M
	Pielonefrite	M
	Pielonefrite	
	Pielonefrite	F
	Pielonefrite	F
	Microlítias testicular e hidrocele testicular	M
	Pielonefrite	F
	Pielonefrite	F
	Malformação ano-retal	M
	Pielonefrite	M
Rim hipoplásico	F	

A primeira criança recorreu à consulta por ter surgido uma cistite, isto é, uma infeção urinaria bastante frequente em idade pediátrica, causada na sua maioria por bactérias gram-negativas originárias da flora intestinal ou genital, que já estava a ser tratada, pelo que já fazia medicação numa dose baixa para profilaxia. Foi definida a necessidade do controlo contínuo, avaliando a tensão arterial elevada e a microbilirrubina. Esta criança foi acompanhada na consulta por apresentar nefropatia de refluxo que é uma lesão cicatricial da zona cortical do rim secundária ao refluxo vesico-uretral infetado. Este refluxo vesico-uretral é um fluxo retrógrado de urina da bexiga ao trato urinário superior, é na maioria das vezes congénito relacionado por isso ao desenvolvimento embrionário. O refluxo urinário permite facilmente a ascensão de bactérias aos rins, predispondo a infeções,

Relatório de Estágio

designadas de pielonefrites, quando o organismo reage a esta agressão, cria uma resposta inflamatória que por vezes provoca lesões renais e conseqüentemente cicatrizes, situação designada por nefropatia de refluxo (Filho & Calado, 2010).

Devido à história clínica da criança, é necessário um elevado controlo e cuidado, pelo que foram lembrados os cuidados a assumir, estabelecidos intervalos de quatro horas para micções, chamada a atenção para verificação do tipo de fezes (se são duras ou moles), bem como à existência de obstipação intestinal.

A criança da consulta seguinte foi de *follow-up*, uma menina que nasceu com o rim direito hipoplásico e uma malformação ano-rectal, à qual foi submetida cirurgicamente, esta malformação afeta a extremidade inferior do trato digestivo que não se desenvolve corretamente durante o período embrionário. Esta malformação pode provocar uma passagem anal pequena, pode surgir uma membrana quando ocorre a abertura anal, falta de ligação entre o reto e o ânus, pode provocar uma fístula que permite a ligação entre o reto e o trato urinário ou o sistema reprodutivo. Quanto ao rim hipoplásico da criança era unilateral, este rim teve um crescimento e desenvolvimento incompleto, afetando assim a sua morfologia. Esta alteração é bastante rara, sendo que esta menina apresentava o outro rim vicariante e hipertrófico. Uma criança portadora desta anomalia está mais predisposta a maior risco de infeções urinárias recorrentes. De forma a diminuir as infeções recorrentes é aconselhado a micção pelo menos seis vezes por dia. Nesta consulta a criança realizou o teste com tira reagente (Figura 3) à urina para determinar componentes anormais na urina, através de uma tira teste que é emersa na urina, esta tira reage e identifica a presença, concentração ou quantidade de componentes como a densidade da urina, a presença de proteínas, de sangue, de leucócitos, nitritos,

Relatório de Estágio

glicose, entre outros, que nos permitem despistar alguma infecção (Fischbach & Dunning, 2005).



Figura 3- Tiras de teste reagente

Fonte: <http://www.conhecersaude.com/exames-medicos/c/3337-Combur-test.html>

A consulta seguinte foi também de rotina, um rapaz com mega ureter de dilatação de 9mm que não tem refluxo e não é obstrutivo. Um mega ureter é um ureter dilatado acima dos 7mm que pode estar associado à dilatação do trato urinário superior. Esta dilatação é caracterizada de acordo com a sua obstrução e refluxo e dependendo da sua classificação o tipo de tratamento também vai variar, como podemos observar na figura 4.



Figura 4 – Matriz com título da Classificação do mega ureter

Algumas crianças que surgiram na consulta apresentaram pielonefrite, que é um processo inflamatório causado por infecções

bacterianas no trato urinário a nível do ureter, sistema coletor e parênquima renal, que quando não tratadas de forma correta podem evoluir e provocar insuficiência renal. As infecções do trato urinário dependem da zona afetada pela infecção, como podemos observar na figura 5.

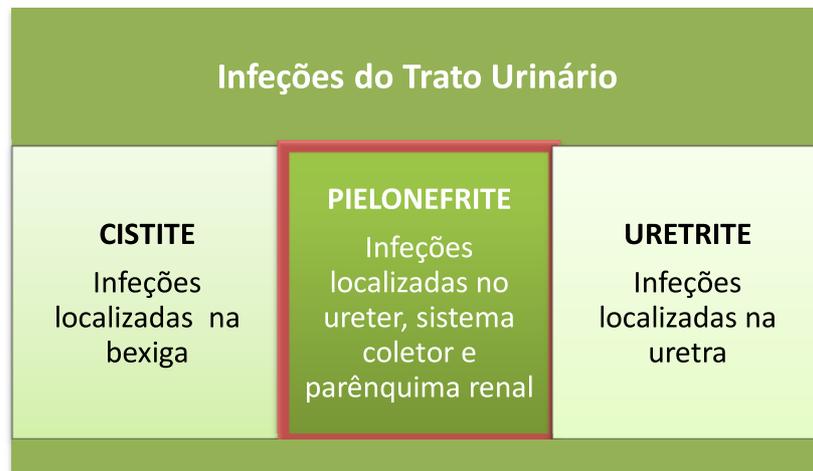


Figura 5 – Lista da Tabela das Infecções do Trato Urinário

O principal fator de diagnóstico diferencial entre a pielonefrite e a cistite é que a criança normalmente apresenta um estado febril na pielonefrite, pois ambos apresentam polaquiúria (aumento de micções) e disúria (dor ou desconforto a urinar).

A pielonefrite é das infecções mais comuns em idade pediátrica. Devido a infecções recorrentes que surgem e provocam cicatrizes renais, o que torna necessário estar-se atento nestas crianças para determinar o diagnóstico e acompanhamento prévio e eficaz. Não podemos esquecer também a existência de fatores de risco (figura 6) que propiciam ao aparecimento destas infecções e que nas crianças que os apresentam exigem mais atenção a este diagnóstico.

A pielonefrite caracteriza-se por dor, arrepios e febre alta. Existe a possibilidade quando a infecção é causada por gram-negativos e sépsis o que leva a choque e a coagulação intravascular disseminada.

Relatório de Estágio

Atualmente a ecografia pré-natal permite já fazer a descoberta no feto de possíveis anomalias congénitas dos rins e trato urinário, antecipando assim, uma atuação rápida pela associação que existe entre o desenvolvimento da função renal anormal e as infeções pós-natal.



Figura 6 – Radial básico dos fatores de risco das pielonefrites

A consulta que se seguiu apresentava um historial clínico de microlitíase testicular, com atingimento de ambos os testículos, que é pouco comum, caracteriza-se por pequenas calcificações no lúmen dos túbulos seminíferos. A criança recorreu à consulta de *follow-up* não pela microlitíase testicular mas por apresentar na sua história

Relatório de Estágio

clínica hidrocele testicular. A hidrocele testicular é uma acumulação de líquido em quantidade variável, na túnica dos testículos com consequente distensão escrotal. Neste caso, a hidrocele ainda não desapareceu, no entanto diminuiu de tamanho, vai continuar a ser acompanhado antes de ser submetido a outro tipo de tratamentos.

No dia 4 de Julho de 2011, o estágio decorreu na consulta externa de Pediatria Geral.

Tabela 4 – Patologias observadas na especialidade de Pediatria no HSJ

Subespecialidade	Motivo da consulta	Género
Pediatria Geral	Criptorquidia	M
	Pielonefrite aguda	M
	Pielonefrite aguda	M
	Pielonefrite aguda	F

A primeira consulta foi de um menino com criptorquidia, que é uma anomalia congénita. Consiste numa ausência do testículo na bolsa escrotal. O testículo não desceu até ao escroto durante o seu desenvolvimento (Denes, Souza, & Souza, 2006). Foi uma consulta de controlo para verificar o seu estado.

As consultas que se seguiram foram de pielonefrite aguda, como já foi referido anteriormente, uma das principais causas de infeção em crianças e que as mais levam à consulta.

A pielonefrite é uma infeção. Nestas crianças as pielonefrites foram os primeiros episódios. A presença de sintomas febris sem razão explicativa deve ser uma hipótese a colocar no diagnóstico desta patologia de forma a evitar cicatrizes renais e outras sequelas como a hipertensão arterial ou a insuficiência renal crónica.

Este estágio contribuiu para melhorar o conhecimento sobre algumas patologias desconhecidas, permitiu melhorar o conhecimento sobre a

área pediátrica, provocou interesse que levou a alguma pesquisa bibliográfica com o objetivo de conhecer um pouco mais sobre as alterações nefróticas.

O estágio que se seguiu decorreu na Ortopedia infantil, sob orientação do Dr. Nuno Alegrete. Seguimos alguns dias a consulta externa da Ortopedia infantil, acompanhámos a reunião do serviço, o serviço de urgência da Ortopedia, fomos também para o bloco operatório onde assistimos a algumas intervenções cirúrgicas e observámos o método de trabalho da equipa.

2.2 O Serviço de Urgência de Ortopedia Infantil HSJ

O serviço de urgência do Hospital de São João tem como principal objetivo prestar os cuidados necessários a todos os doentes a que eles recorram. Este serviço de urgência onde permanecemos está direcionado para Ortopedia.

Durante este estágio foi-nos permitido frequentar o serviço de urgência de Ortopedia no dia 8 de Julho de 2011, onde recorreram casos como as frequentes quedas com suspeitas de fratura. O primeiro caso foi um paciente que tinha sofrido uma queda e tinha queixas dolorosas na anca. Foi realizada uma radiografia à anca, onde se verificou ausência de sinais de fratura ou sinais de patologia osteoarticular. Recomendou-se a toma de anti-inflamatórios, com o objetivo de diminuir o processo inflamatório e gelo para diminuir o edema. As consultas que se seguiram apresentavam essencialmente os mesmos motivos, as quedas e a suspeita de fraturas.

Outro caso observado foi um trauma da grade costal e ombro esquerdo que apresentava dor à mobilização. Foi realizada mobilização passiva completa, apenas com limitação pela dor, sem sinais de fratura e apresentava contratura muscular. Para diminuir a sintomatologia foi receitado anti-inflamatórios com função de diminuir a inflamação e o desconforto.

Relatório de Estágio

Um outro caso observado no serviço de urgência foi um paciente com uma persistente dor nos joelhos, por isso uma suspeita de possível tendinite devido à sobrecarga da inserção das rótulas. Outra das recorrências foi uma fratura dos pratos tibiais que foi de imediato reencaminhada para cirurgia. Surgiu outra urgência de queda, pediu-se tomografia computadorizada (TC) à pelve onde foi possível observar a existência de uma fratura do acetábulo, sendo possível estarmos perante uma fratura de Schatzker com afundamento marcado de tipo II.

Após todas estas consultas, onde os pacientes eram todos adultos, surgiu um caso de uma criança que tinha sofrido uma queda de bicicleta; com a radiografia, verificou-se que nenhuma alteração era visível. Ocorreu ainda uma última urgência, no período da manhã, um traumatismo da coluna, para o qual foi pedido uma radiografia mas sem nada a salientar, apenas se recomendou anti-inflamatórios e repouso.

Neste dia de serviço de Urgência de Ortopedia presenciámos com frequência a fraturas e luxações causadas por quedas. As fraturas são uma perda parcial ou completa da integridade óssea, enquanto a luxação é a perda parcial ou total da integridade articular. As fraturas podem classificar-se segundo três critérios básicos, são eles a causa, a lesão das partes moles e os traços de fratura. Na maioria dos casos, a causa da vinda à urgência foi o traumatismo não ósseo, tendo sido receitados anti-inflamatórios não esteroides (AINES). Estes apresentam diferentes mecanismos de ação, dentro dos mais importantes a inibição da síntese de prostaglandinas que interferem com a ativação e adesão dos neutrófilos às células endoteliais, no entanto, tem como efeitos indesejáveis, alterações gastrointestinais e renais. Na sua maioria foi recomendado um derivado do ácido propiónico, indicado para inflamação e dor ligeira a moderada de

Relatório de Estágio

infecções músculo-esqueléticas, entre outras. Relativamente às fraturas foram acompanhadas para bloco operatório.

Surgiu uma patologia pouco falada, a fratura de Schatzker (figura 7), corresponde à fratura dos pratos tibiais, constituem 1% das fraturas, ocorrendo normalmente em idosos, causadas por quedas ou impactos leves ou mesmo indivíduos com osteoporose. Ocorrem essencialmente no prato tibial lateral. Apenas 30% das fraturas sucedem no prato tibial medial e bicondiliar. A fratura ocorre mais nos casos de lesões em varo e valgo associado a uma carga axial. Estas fraturas são classificadas em seis graus, como podemos observar na figura 8 (Pelser, 2010).



Figura 7 – Classificação da fratura de Schatzker

Fonte: <http://www.scielo.org.za/pdf/saoj/v9n3/v9n3a15.pdf>

Grau	Descrição da fratura
Grau I	Clivagem Pura / divisão da fratura do prato tibial lateral
Grau II	Clivagem / divisão da fratura maior depressão do prato tibial lateral
Grau III	Fratura com depressão do prato tibial lateral
Grau IV	Fratura do prato tibial medial
Grau V	Fratura bicondiliar
Grau VI	Prolongamento da linha de fratura na diáfise

Figura 8 – Graus da fratura Schatzker

Fonte: <http://www.scielo.org.za/pdf/saoj/v9n3/v9n3a15.pdf>

As urgências de ortopedia infantil apenas estão abertas em período letivo, uma vez que existe maior afluência de crianças necessitando por isso de um serviço dirigido especialmente para estas. Durante o período de férias existem muito poucas crianças a recorrer a este serviço tal como podemos comprovar durante este estágio. O número de crianças que assistimos e acompanhamos foi muito reduzido. No entanto, ajudou a perceber o funcionamento de um serviço de urgência, que por vezes as queixas e os motivos que levam criança ao serviço de urgência não são mais que dores por queda, mas não se desvalorizam os sintomas. Averiguou-se na globalidade os sintomas apresentados e em casos de dúvida recorreu-se a meios complementares de diagnóstico para se obter um diagnóstico mais correto.

2.3 Reunião de serviço no HSJ

No decurso do estágio foi-nos possibilitado assistir a uma reunião de serviço de Ortopedia, no dia 19 de Julho de 2011, onde assistimos à apresentação de um novo antibiótico, juntamente com os Ortopedista, onde foram expostos casos práticos por parte dos profissionais de saúde para conseguir compreender quais as vantagens e desvantagens reais do antibiótico.

2.4 Bloco operatório de Ortopedia HJS

O bloco operatório é equipado com recursos humanos especializados e equipamentos físicos que permitem realizar intervenções cirúrgicas. Dentro do bloco operatório está uma equipa composta por vários profissionais, entre eles o anestesista, os ortopedistas, os enfermeiros e os técnicos de radiografia. Foi possível estar entre esta vasta equipa de profissionais e assistir a várias cirurgias realizadas por diferentes ortopedistas desta instituição. Assistimos a intervenções a diferentes segmentos do corpo não restringindo apenas ao membro inferior.

Relatório de Estágio

Tivemos oportunidade de estar presente em bloco operatório durante alguns dias. No dia 21 de julho de 2011:

- Presenciámos a colocação de gessos pela primeira vez numa menina de dois meses, que tinha luxação congénita da anca;

- Presenciámos a colocação de um calcâneo-stop bilateralmente numa menina de catorze anos;

- Assistimos a um menino que tinha fraturado o úmero e que voltou novamente ao bloco por necessitar de limpeza e colocação dos parafusos;

- Presenciámos ainda uma remoção dos ferros da perna esquerda de uma paciente por apresentar infeção nos tecidos moles e subcutâneos, sendo por isso necessário proceder à limpeza da ferida e controlo da infeção;

- Assistimos a uma correção de escoliose numa menina.

De seguida, houve um acompanhamento da dinâmica da consulta externa, no âmbito da Ortopedia infantil.

2.5 Consulta externa da especialidade de Ortopedia

Na consulta externa estivemos presente sempre no período da manhã, das 8 horas às 14 horas, a assistirmos ao decorrer da consulta externa de Ortopedia infantil do Dr. Nuno Alegrete, como podemos observar na tabela 5.

Esta consulta externa decorreu em diferentes dias, possibilitando também a passagem pelo “espaço do Joãozinho”, acompanhando os diferentes casos que surgiram.

A observação no “espaço do Joãozinho” foi o primeiro a decorrer.

Relatório de Estágio

Tabela 5 – Patologias observadas na especialidade de Ortopedia HSJ

Data de observação	Subespecialidade	Motivo da consulta	Gênero
19-07-2011	Ortopedia	Pé Boto bilateral	M
		Pé Boto bilateral	M
		Pé Boto esquerdo	F
		Pé Boto bilateral	M
		Fratura do cotovelo – alta clínica	M
22-07-2011	Ortopedia	Escoliose-aplicação de colete de Boston	M
		Polegar em mola-após cirurgia	F
		Fratura do antebraço-alta clínica	F
		Fratura – quinto metatarso-alta clínica	F
		Fratura do epicôndilo medial esquerdo	M
		Fratura do colo úmero	F
		Agenesia do sacro – anomalia congênita	M
		Escoliose-intervenção cirúrgica – Abril	F
		Acondroplasia	F
		Dismetria de 6mm	M
		Agenesia do quinto raio direito	F
		Doença de Legg-Calvé-Perthes	M
		Escoliose – colete de Boston	F
		Siringomielia e artrogripose múltipla congênita	F
		Colocação de Colete Milwaukee- cifose	F
		Colocação de Colete Milwaukee - cifose	M
		Luxação congênita da anca Direita	M
Hérnia L5/S1 3 meses de evolução	M		
Paralisia Cerebral - PC	M		
Fratura alta do epicôndilo	F		

Neste espaço, as crianças atendidas corresponderam a casos de pé Boto, já todos em evolução, já sem o uso de gessos, e na fase da utilização das férulas de Denis-Brown (figura 9).

Relatório de Estágio



Figura 9 – Férulas Dennis Brown

Fonte: http://www.ortopediamoderna.net/vt_ferulas/dennis.htm

O pé boto é uma alteração que afeta bastante o pé da criança, e quanto mais grave mais sequelas deixa.

O pé boto ou pé equinvaro congênito é uma das deformidades congênitas mais comuns do membro inferior. É uma deformidade tridimensional com afetação de quatro componentes: a adução da articulação tarso-meta-tarsiana, o cavo da medio-társica, isto é, um arco longitudinal medial plantar exagerado, a posição em varo da sub-astragalina e o pé em equino devido à flexão da tibiotársica. Nestes casos o tratamento preferido foi o método de Ponseti, que consiste em manipulações progressivas e semanais do pé, de forma a obtermos um alongamento dos ligamentos, tendões e capsulas articulares; após cada sessão é aplicado gesso no membro inferior com o pé em abdução progressiva, de forma a conseguir um alinhamento, diminuindo assim gradualmente as deformações. O varo não deve ser corrigido pois a sua correção acontecerá espontaneamente, o equino é corrigido no final com dorsiflexão do pé. Em alguns casos é necessário após os gessos, três a cinco gessos mudados semanalmente e mantidos durante uma semana a tenotomia subcutânea do tendão de Aquiles. Após o método, é necessário tala de abdução tipo Dennis Brown, vinte e quatro horas por dia durante três meses e passa a catorze horas diárias até aos três a cinco anos. Nos casos que nos surgiram na consulta externa, na maioria estavam já na fase do uso das férulas, durante as consultas avaliou-se a evolução, e corrigiram-se as férulas. Estas são compostas por uma barra curva ligada à sola das botas. Esta tala

Relatório de Estágio

permite a movimentação em abdução individual de cada bota, de forma a corrigir a deformidade de acordo com a necessidade.

Numa das crianças foram aplicados gessos pela primeira vez, onde se avaliou primeiro o aducto, o cavo, o varo e o equino e posteriormente procedeu-se a uma ligeira correção e aplicação dos gessos.

Poucas consultas surgem com fraturas, pois estas têm mais afluência nas urgências de ortopedia, aqui apenas são acompanhadas com a finalidade posterior de se proceder à alta clínica.

Outra das razões para a criança comparecer nesta consulta é a escoliose. A escoliose é uma deformação morfológica tridimensional da coluna vertebral, uma sinuosidade que ultrapassa os valores dos desvios fisiológicos, acima dos dez graus no plano frontal. Quanto à sua causa pode ser idiopática ou secundária. Para a escoliose ser diagnosticada é necessário radiografia que vai permitir caracterizar quanto ao desvio, localização, lateralidade e quantidade de curvas. É através deste método que conseguimos quantificar e determinar o ângulo de Cobb.



Figura 10 – Aspeto físico na criança com escolioses idiopática e radiografia da coluna vertebral

Fonte: <http://www.scielo.br/pdf/coluna/v9n1/05.pdf>

Relatório de Estágio

Para o tratamento da escoliose pode-se recorrer ao método conservador ou cirúrgico. A opção depende da gravidade da curvatura, o cirúrgico é válido para as curvas maiores de quarenta e cinco a cinquenta graus. Nos casos que nos surgiram optou-se pelo colete de Boston (figura 11). Este tem como função estabilizar e corrigir a coluna vertebral e manter a curva escoliótica. É pedido nestes casos uma radiografia da coluna extra longo mas com o colete colocado.



Figura 11 – Colete de Boston

Fonte: <http://www.ortopediacatarinense.com.br/orteses.php?idCat=4&idOrt=32&produto=OTLS+Boston+Bivalvado>

A consulta seguinte foi um dedo da mão em mola que foi sujeito a cirurgia mas que manteve a alteração, propôs-se a revisão após dois a três meses. O dedo em mola é uma alteração do movimento articular entre duas falanges, causado pela dificuldade de deslize do tendão flexor, porque existe um impedimento, como por exemplo um nódulo, o que leva a uma paragem dolorosa do movimento, tanto em flexão como extensão, e a que se segue um ressalto por aplicação de mais força e conclusão do movimento de extensão ou flexão.

A agenesia do sacro foi um caso de uma das consultas seguintes. É uma anomalia congénita rara que afeta a nível neurológico os membros inferiores. A criança apresentava défice motor e uma afetação dos esfíncteres. Existem problemas associados a esta patologia desde a escoliose, mielomeningocele, luxação da anca e contratura, bem como contratura do joelho e deformidade do pé.

Relatório de Estágio

Outro caso foi de uma menina de quinze anos com acondroplasia, que é uma das causas de nanismo, é um distúrbio autossômico dominante; é uma displasia esquelética de membros curtos. A criança veio apenas à consulta para um controle que serviu para verificar a sua evolução e desenvolvimento (Lima, Silva, Cervan, & Costa, 2008).

A consulta que se seguiu foi um caso de dismetria de seis milímetros, que já estava compensada com uma cunha de cinco milímetros e à qual se vai fazer controle no espaço de um ano. As dismetrias são uma diferença da longitude dos membros. São afetadas pelo crescimento e maturação que são processos dinâmicos, o que leva a que a dismetria possa variar de um segmento para outro e de um membro para outro.

A doença de Legg-Calvé-Perthes foi a razão que trouxe a próxima criança à consulta de Ortopedia. Foi uma necrose avascular de parte ou totalidade da epífise femoral superior, que pode ter causas mecânicas ou alterações vasculares. Este menino de treze anos fez radiografia à anca e verificou-se uma boa evolução, ficando sob vigilância. Na consulta após um ano apresentava dor na anca, claudicação com o aumento da atividade física, dor noturna e limitação à mobilidade.

Uma menina de um ano de idade que veio à consulta, apresentava agenesia do quinto raio do pé direito, isto é, falta de desenvolvimento de um órgão ou tecido desde a vida embrionária, neste caso foi do quinto raio. Observou-se a menina e no exame físico verificou-se a existência de um terceiro dedo da mão com flexão limitada da falange distal, suspeitou-se de uma alteração congênita. Remarcou-se consulta para um controle de evolução.

O caso seguinte foi uma siringomielia associada a artrogripose múltipla congênita. A siringomielia é um síndrome do sistema

Relatório de Estágio

musculosquelético, uma doença crónica que afeta o sistema nervoso. Caracteriza-se por um quisto com líquido que cresce dentro da medula espinhal. Esta doença normalmente é progressiva, ou seja, os quistos aumentam de tamanho e destroem o tecido nervoso à sua volta, o que leva a lesões irreversíveis causando dores de cabeça e fraqueza nos membros. Por vezes, através de tratamento a siringomielia pode regredir e desaparecer. Quanto à artrogripose múltipla congénita é uma síndrome rara de etiologia desconhecida, certamente multifatorial, que se caracteriza por malformações congénitas com contraturas articulares múltiplas. Esta criança de sete meses veio à consulta de follow-up para se observar a sua evolução.

Duas das consultas que decorreram foram devido a presença de cifose e à colocação do colete Milwaukee (figura 12). A cifose é um exagero da curvatura torácica. Esta curvatura tem diferentes causas, como as congénitas e secundárias. O colete de Milwaukee colocado nestas crianças é usado no tratamento de curvaturas da coluna, neste caso da cifose.



Figura 12 - Colete de Milwaukee

Fonte: <http://www.ortopediainfantil.med.br/desvioscoluna.html>

A consulta que se seguiu foi uma consulta de follow-up de uma menina de vinte meses com luxação congénita da anca já tratada. A luxação congénita da anca é uma malformação congénita logo ao nascimento, em que existe uma separação real entre a epífise femoral proximal e o acetábulo. Surge mais em meninas,

tendencialmente no lado esquerdo. Esta menina tem associado uma escoliose lombar.

A consulta seguinte foi de uma hérnia em L5/S1 já com história evolutiva de três meses. Uma hérnia é uma deslocação do núcleo pulposo através do anel fibroso, sendo o principal responsável pelas dores lombares. Esta criança vai ser acompanhada para avaliar a sua evolução.

2.6 Reunião de grupo

Ainda a acompanhar a Ortopedia Infantil seguimos para uma reunião de grupo constituída por diferentes especialidades na ala da Medicina Física e Reabilitação, onde encontramos Fisiatras, Ortopedistas, Assistente Sociais para discutir sobre os casos mais complexos, que necessitavam de uma equipa multidisciplinar para uma melhor terapêutica e plano de ação. No dia 27 de Julho de 2011, houve o privilégio de assistir a uma reunião destas onde foram discutidos alguns casos, um menino com paralisia cerebral espástica tetraplégica, um distúrbio cerebral causado por lesões no desenvolvimento na vida fetal ou nos primeiros meses de vida, sendo esta uma paralisia cerebral (PC) espástica a mais comum, é caracterizada por hipertonia muscular, uma resistência ao estiramento de um ou um grupo de músculos, (G.Resende, Nascimento, & Leite, 2005). Este menino tem afetado os dois lados do corpo daí ser tetraplégico. O menino que já tinha realizado cirurgicamente o alongamento da musculatura posterior, apresentava retração dos isquiotibiais, retração típica da espasticidade, o que foi um indicador para ser submetido à terapia com toxina botulínica de uma forma continuada para um tratamento com resultados positivos, submetido também a osteotomia com desrotação e desvalguização reversível do fémur direito. A toxina é utilizada como um relaxante muscular em distúrbios musculares, daí ter sido aplicada a este menino de forma a diminuir a espasticidade, permitindo que

Relatório de Estágio

associado a fisioterapia intensiva houvesse uma reeducação funcional e muscular dos membros afetados possibilitando progressos (G.Resende, et al., 2005).

Tendo em atenção a melhoria da qualidade de vida desta criança quando sujeita à terapia da toxina é indicado voltar a ser submetida e nesta altura intensificar-se a fisioterapia para melhores progressos, um tratamento a realizar com o consenso dos presentes. Apesar de ser um custo elevado, esta criança apresentava bastantes melhorias que após ter terminado com o passar do tempo foi perdendo as capacidades que tinha adquirido de flexibilidade pela rigidez muscular que o tratamento com a toxina lhe proporcionou, deixando também o acompanhamento intensivo a perdas das habilidades foi ainda mais acelerada.

Outro caso observado foi de uma menina de três anos que colocava o pé esquerdo em adução e com posição de supino, nesta criança ainda não se pensa em cirurgia por isso optou-se pelas talas.

O caso seguinte foi de um menino de doze anos com mielomeningocele em que nada se adiantou nesta reunião. O mielomeningocele é uma malformação do sistema nervoso central comum ao nascimento, ocorre um defeito no encerramento do tubo neural, criando uma falha na fusão dos arcos vertebrais posteriores e displasia da medula espinal e membranas envolventes, provocando deficiências motoras e sensitivas, (Collange, Franco, Esteves, & Zanon-Collange, 2008), para além destas existe ainda a hidrocefalia associada que acarreta complicações ao quadro clínico já bastante complicado da criança.

Houve outro menino com catorze anos com paralisia cerebral que apresentava dor nas ancas, por isso foi pedido radiografia para saber qual a causa desta dor de forma a conseguir-se um melhor diagnóstico e terapêutica de ação para a criança.

Relatório de Estágio

Outro caso foi de uma menina de dois anos com mielomeningocele que usa ortóteses, neste caso nada ainda a modificar por todos os membros da equipa. Por fim, um menino de quinze anos com espasticidade dos membros inferiores em que também não se alterou nada de acordo com todos os membros da equipa.

Este estágio contribuiu para consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do anterior ano letivo. Facilitou a compreensão dos casos, e vai permitir posteriormente poder intervir de forma precoce, porque essencialmente em caso de pé boto o tempo é um fator bastante significativo.

Seguiu-se o estágio de Reumatologia, realizado igualmente no Hospital de São João.

O estágio que se seguiu foi orientado pela Professora Doutora Iva Brito, reumatologista. Estas consultas foram na sua maioria de *follow-up*, pois o número de crianças a necessitar de acompanhamento foi bastante elevado. A resposta a novas crianças com necessidades começa a ser escassa. Estas consultas decorreram em diferentes dias e em ambos os períodos, da manhã das 8 horas às 13 horas, e o da tarde das 14 horas às 19 horas.

Na tabela 6 estão expostas as consultas com as respetivas patologias que ocorreram nos dias de estágio, nesta especialidade.

Relatório de Estágio

Tabela 6 – Patologias observadas na especialidade de Reumatologia no HSJ

Data de observação	Subespecialidade	Motivo da consulta	Género
15-07-2011	Reumatologia	Lupus eritematoso sistémico-LES	F
		LES	F
		LES	F
		Artrite Idiopática juvenil - AIJ	M
		AIJ com Uveíte	F
20-07-2011	Reumatologia	AIJ	M
		AIJ	M
		Doença de Behçet com AIJ	M
		AIJ	M
		AIJ	F
		AIJ	F
27-07-2011	Reumatologia	AIJ – suspeita de doença de Behçet	F
		AIJ	M
		Suspeita LES – derivado para neurologia	M
29-07-2011	Reumatologia	AIJ	F
		AIJ	M
		AIJ	F
		AIJ	F
		AIJ	M

Na maioria das consultas a razão que trazia as crianças era o controlo e verificação da evolução da doença, como a criança se sentia, se estava estável e se tinham ocorrido períodos de manifestação da patologia.

Na sua globalidade, o motivo de consulta foi a artrite idiopática juvenil e o lúpus eritematoso sistémico.

Relatório de Estágio

As doenças reumáticas exigem um acompanhamento contínuo, pois são patologias que sem terapêutica se podem tornar destrutivas e incapacitantes de acordo com a sua evolução (Reumatologia, 2001).

Este estágio ajudou com o seu contributo a nível do conhecimento da Artrite Idiopática Juvenil (AIJ) e Lúpus Eritematoso Sistémico (LES), permitindo assim, uma consolidação dos conhecimentos.

A AIJ, uma das principais causas da consulta de reumatologia, é um termo que envolve todas as formas de artrite com duração superior a seis semanas em uma ou mais articulações.

A AIJ é uma doença autoimune de etiologia desconhecida, surge antes dos dezasseis anos de idade e com duração mínima de seis meses, geralmente afeta bilateralmente as articulações. Dividida, segundo a Liga Internacional de Associações para o Reumatismo, em sete subtipos (figura 13). A AIJ é caracterizada por dor, edema e aumento da temperatura nas articulações afetadas. No tratamento desta patologia é essencial o controlo da inflamação e complicações através dos anti-inflamatórios não esteroides, bem como de terapêutica corticoide tanto sistémica como intra-articular e medicação antirreumática. Para além desta medicação temos a opção biológica, o tratamento através de utilização de agentes biológicos (Oliveira & Azevedo, 2011).

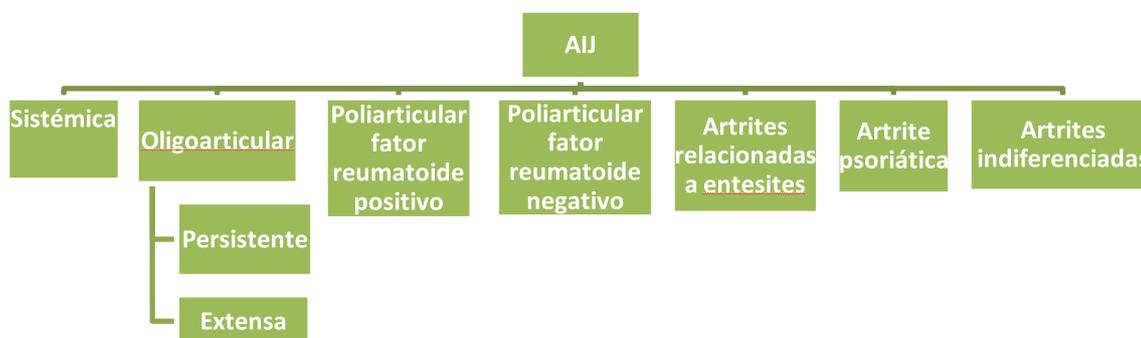


Figura 13 – Organograma dos subtipos de AIJ

(Oliveira & Azevedo, 2011)

Relatório de Estágio

Nas consultas de Reumatologia, assistimos a bastantes casos de AIJ. Estas crianças vinham à consulta na qual se realizava o exame físico passivo da criança, avaliando a amplitude articular, a presença de dor ao movimento, a presença de inflamação com sinais visíveis de edema e calor, registar as queixas da criança e a evolução do seu tratamento. Estas consultas permitem também à criança e aos responsáveis perceber mais da patologia e esclarecer dúvidas. Neste período surgiram crianças com sinais inflamatórios exuberantes, aos quais foi alterada a terapêutica para se conseguir atenuar as dores. Assistimos também a uma extração de líquido sinovial do joelho e a uma infiltração de corticoide. Foram remarcadas as consultas seguintes a cada criança e sempre disponibilizado, quando necessário, uma consulta de urgência. Esta patologia é bastante heterogénea nas formas clínicas, tornando por vezes o diagnóstico tardio.

A forma oligoarticular é a mais frequente, atinge 1 a 4 articulações nos primeiros seis meses evoluindo posteriormente para um atingimento de cinco articulações. Atinge preferencialmente os membros inferiores e pode provocar dor inconstante e claudicação, é assimétrica, é um dos subtipos que pode estar associado às uveítes. No entanto, poucos casos surgiram com uveíte associadas, na sua maioria surgiam a AIJ oligoarticulares, algumas poliarticulares e muito poucos casos de monoartrite, a diminuição de amplitude do movimento era uma constante (Oliveira & Azevedo, 2011).

Uma das crianças veio à consulta por apresentar AIJ, mas com uveíte há já cinco anos, menina que tinha dez anos de idade apresentava dados analíticos normais, apresentava o fator reumatoide negativo, era acompanhada por oftalmologia. Esta uveíte tinha sido diagnosticada por ter sido de repetição, já apresentava glaucoma. Este é um dos casos de doente ao qual se vai ponderar submeter ao tratamento biológico.

Relatório de Estágio

A todos os casos eram pedidas análises clínicas gerais para se controlar a hepa-toxicidade, mas também com dados específicos relativamente à reumatologia.

Para além da AIJ, o LES que é uma doença difusa do tecido conjuntivo, é também uma das patologias que mais crianças envia para a consulta de reumatologia. O LES é uma doença autoimune que se caracteriza por inflamação generalizada crónica e difusa, que se manifesta até aos dezoito anos. Os sintomas que mais surgem são as febres prolongadas, falta de apetite, afetação articular, dos rins e da pele com rash cutâneo (Oliveira & Azevedo, 2011). Vários casos surgiram de crianças com LES já com algum tempo de evolução. Um dos casos que surgiu foi um menino com três anos, com atraso no caminhar que foi reencaminhado também para ser acompanhado pela consulta de neurologia.

Surgiram dois casos de crianças com AIJ, um com suspeita e outro já diagnosticado de Síndrome de Behçet, um processo inflamatório agudo e não crónico nem persistente, é multisistémico de atingimento vascular e de etiologia desconhecida, causa úlceras orais recorrentes, úlceras genitais, uveítes e lesões cutâneas, entre outras manifestações. É um processo benigno, no entanto quando tem afetações recorrentes de inflamação ocular pode provocar cegueira (Neves, Moraes, & Gonçalves, 2006).

As patologias reumatológicas, sobretudo na fase de crescimento e maturação esqueléticas, devem ser tratadas de forma eficaz e o mais precoce possível, para evitar alterações estruturais e funcionais irreversíveis que possam provocar (Oliveira & Azevedo, 2011).

Durante o acompanhamento observámos as condições de trabalho dos profissionais, a disponibilidade de recursos humanos e físicos. As instalações onde decorreram as consultas nas quais estivemos presentes eram aceitáveis, a nível de recursos humanos, estava

sempre presente uma equipa de enfermagem na sala de enfermagem que auxiliava o médico, na pesagem e a medição de altura, nos testes rápidos que se pensasse serem pertinentes realizar, de forma a melhorar sempre o serviço prestado à criança. Estivemos presentes na ala nova do Joãozinho, um meio destinado à pediatria, inclusive o internamento, um espaço decorado de forma acolhedora para que a criança não esteja tao assustada, assim como o espaço está mais dedicado a elas com aspeto mais colorido e alegre, tornando-se num espaço que lhes agrade. Já nas consultas externas, que ainda são no edifício antigo, existe também uma sala do Joãozinho, onde as crianças podem brincar e se distrair, atenuando a lembrança da razão pela qual estão ali, nesta sala as crianças estão acompanhadas por responsáveis de animação e entretenimento. Durante a consulta externa a criança tem acesso a brinquedos, como legos e bonecas que pode utilizar para brincar, possibilitando ao profissional de saúde perceber qual o estado do desenvolvimento da criança de uma forma real, sem que a criança tenha sido estimulado ou inibido por qualquer uma das partes, demonstrando assim o que já é capaz de realizar e que tipo de brincadeiras a criança já adquiriu. Nestas consultas também existe uma marquesa que é utilizada para realizar o exame físico da criança, essencial nas consultas de Reumatologia, na Pediatria Geral, bem como na consulta de Ortopedia.

2.7 Clínica Pediátrica de Braga

Nesta instituição (Figura 14) temos presente a consulta de Podologia infantil, sob a tutela da Mestre Helena Grenha e Mestre Manuel Portela, professores no Instituto Politécnico de Saúde do Norte (CESPU).

Relatório de Estágio



Figura 14 – Clínica Pediátrica de Braga

Fonte: <http://www.clinicapediatricadebraga.pt/instalacoes/47>

Esta é uma clínica de Pediatria que existe desde 1995 em Braga, com o propósito de dar assistência pediátrica privada. A CESPU- Serviços de Saúde S.A., tem um protocolo de parceria com esta unidade de saúde que permite aumentar o leque de locais de estágio onde os seus alunos o podem realizar, bem como expandir a área da Podologia, em especial a Podologia Infantil.

Esta instituição tem uma vasta equipa de Pediatras, bem como outras valências, como a Podologia Infantil, a Medicina Dentária, enfermagem, entre outros serviços. O atendimento é diário das 9 horas às 24 horas. O interior da clínica está cuidadosamente equipado e decorado de acordo com os seus utentes, as crianças. É uma clínica com uma decoração alegre com cores e o vestuário dos seus profissionais de saúde é colorido e ilustrado para que as crianças se sintam bem.

Quanto ao espaço da Podologia Infantil a sala é colorida (Figura 15), com muito pouco material visível para que a criança não se assuste, não existe uma típica cadeira de Podologia, mas sim um móvel com marquesa colorido para que seja possível realizar um exame físico à criança, e onde se realizam tratamentos quiropodológicos, sem

Relatório de Estágio

resistência ao tratamento por parte da criança. Na clínica existe também um laboratório de Ortopodologia para se realizarem as ortóteses e os seus respetivos ajustes.



Figura 15 – A sala de consulta da clínica de Pediatria

Fonte: <http://www.clinicapediatricadebraga.pt/instalacoes/47>

Nesta consulta os casos que mais surgem são as alterações biomecânicas, os papilomas víricos e por vezes alterações ungueais.

Na possibilidade de se realizar estágio nesta instituição sob orientação do Mestre Manuel Portela, frequentámos a consulta de Podologia Infantil. Este estágio, ao contrário da quase globalidade dos restantes, não se realiza em binómios ou com o grupo completo, é individual.

Na tabela 7 podemos verificar as consultas que presenciámos na clínica pediátrica de Braga.

Relatório de Estágio

Tabela 7 – Consultas no dia de estágio na clínica pediátrica de Braga

Clínica Pediátrica de Braga – Motivo da Consulta	Género	Idade (anos)
Papiloma vírico	F	10
Pé plano valgo	M	12
Pé plano valgo	M	5
Caminhar em intraversão	F	4
Tíbias varas com joelhos varos	F	4
Joelhos valgos com pé plano valgo	F	7

No dia 21 de Março de 2011, estive presente nas consultas de podologia infantil na clínica pediátrica de Braga. Assisti a consultas exclusivamente de crianças.

A primeira consulta foi de uma menina com 10 anos. Apresentava papiloma vírico, que possivelmente teve o contágio nas piscinas onde realiza natação. É asmática, não tem alergias conhecidas, no entanto, por ser asmática faz plano de medicação alergológica. Iniciou tratamento no dia 10 de Janeiro de 2011, e na presente consulta procedeu-se ao tratamento quiropodológico elegido. Em tratamento domiciliário recomendou-se a aplicação de *Verrumal*® e marcou-se a consulta de seguimento após uma semana. Um papiloma víricos é uma pequena neoformação cutânea, causada por subtipos de vírus do papiloma humano, e que pode até desaparecer depois de algum tempo. O contágio através da pele é facilitado por ser uma infeção viral das células da camada superficial da pele, sendo bastante comum em crianças. Papilomas víricos ou as verrugas plantares, como são normalmente conhecidas, são dolorosas na maioria das vezes, surgem normalmente na zona plantar e em zonas de pressão, por isso se explica porque crescem para dentro; existem também verrugas em mosaico, que são mais planas e afetam uma área extensa da zona plantar (Azulay, et al., 2008). O papiloma vírico é

Relatório de Estágio

uma patologia que surge muitas vezes na nossa área, um dos principais motivos da consulta de Podologia infantil.

As consultas seguintes foram o pé plano valgo a razão pela qual eles vieram à consulta, sendo uma das causas principais, é das alterações biomecânicas que os pais mais se preocupam. Um pé pode ser caracterizado quanto ao seu arco plantar e base de apoio. Temos um pé considerado normal que é aquele em que a largura mínima do istmo não ultrapassa metade da largura máxima do ante pé. Um pé plano pode atingir quatro graus de gravidade, em que o primeiro grau corresponde á largura mínima do istmo que é igual ou não muito maior que a largura máxima do ante pé, quanto ao segundo grau já verificamos um contato do lado medial do ante pé com o solo, apesar de ainda termos um arco medial, um terceiro grau implica um desaparecimento do arco medial e por fim um quarto grau em que a largura da zona central do pé é mais acentuada do que na parte anterior ou posterior.

O pé plano (figura 16) é um tipo de alteração típica na criança, pois ela ao nascimento até antes do caminhar o seu pé não apresenta arco medial, não sendo isto patológico. O pé plano é uma das causas que mais trás crianças há consulta. O pé bem como outras estruturas do corpo na criança estão em desenvolvimento durante o crescimento, sendo por isso necessário não esquecer a evolução fisiológica da criança em especial o membro inferior. O pé plano que na criança se designa mais como pé plano valgo é um dos segmentos que se altera com o crescimento e desenvolvimento.

Até aos dois a três anos é comum estarmos perante um pé plano valgo devido ao excesso de tecido adiposo que está presente, o astrágalo devido á sua falta de congruência também cai medialmente provocando ainda um pé mais plano e como a criança ainda não tem musculatura fortalecida não existe estrutura nenhuma para impedir

Relatório de Estágio

este deslize medial, a partir dos três anos de idade o arco plantar deve começar a visualizar-se, isto porque a criança já iniciou o seu caminhar e a musculatura já vai fortalecendo progressivamente desde o seu gatinhar que esse processo acontece. Dependendo da evolução do pé plano este pode caracterizar-se por flexível ou rígido.



Figura 16 – Pé plano infantil

Fonte: <http://www.prescottpodiatry.com/conditions-treated/pediatric-flat->

O pé plano valgo flexível tem características que o definem, assim, quando colocamos a criança em posição de supino verificamos que o arco está presente; pedimos há criança para se colocar em bipedestação e realizamos a manobra de Jack que consiste em elevar o hálux e verificar se existe muita resistência ou se há facilidade em flexionar o hálux e o arco formar-se; a manobra da ponta dos pés, isto é, a criança coloca-se em bicos de pés e o arco forma-se e o calcânhar variza, para além destes dois testes, a mobilidade do pé indolor e os pés serem simétricos. Quando estamos perante um pé plano valgo rígido, este pé pode ser doloroso e não se modifica com as manobras nem o calcânhar variza, em posição de supino a criança mantém a ausência de arco, este tipo de pé é por vezes unilateral, e

Relatório de Estágio

pode ter na sua origem uma patologia de natureza congénita, muscular ou neurológica entre outras causas. Um pé plano que seja flexível e seja mantido depois dos três anos de idade necessita de ser acompanhado para se verificar a evolução. Pois até aos seis anos de idade é previsível que ele se possa corrigir quando não verificamos essa evolutiva correção é necessário intervenção através de ortóteses e exercícios.

Um dos pacientes era um rapaz de 12 anos de idade, que usava ortóteses plantares e veio há consulta de rotina anual. No questionário do desenvolvimento podemos constatar que não gatinhou, rastejou, e iniciou o seu caminhar sensivelmente aos 15 meses de idade. Apresenta um pé plano valgo e um possível escáfoide acessório. A aplicação de tratamento ortopodológico foi realizada no dia 8 de março de 2010. Nesta consulta aplicamos um elemento à ortótese, uma cunha supinadora posterior e um reforço total plantar. Pediu-se aos pais que num prazo de duas semanas fossem á consulta de controlo. Recomendou-se também aos pais a prática de educação física para fortalecer a musculatura de forma a melhorar os resultados obtidos e de uma forma mais acelerada. A consulta seguinte foi um menino com cinco anos de idade que já tinha diagnóstico de pé plano valgo. No seu desenvolvimento podemos verificar que gatinhava, iniciou o seu caminhar aos catorze meses. Aplicou-se o primeiro tratamento ortopodológico no dia 30 de Março de 2010. As ortóteses foram realizadas em subortholen 3mm. As ortóteses da criança foram substituídas após um ano. Nestes casos utilizámos uma ortótese plantar em subortholen de três milímetros com alguns elementos de reforço para evoluirmos no tratamento e nos resultados obtidos.

Temos diferentes materiais que podemos utilizar, materiais de diferentes origens como podemos verificar na figura 17.

Relatório de Estágio

No entanto o material de origem natural não é muito usado, opta-se pelos materiais sintéticos que são a maioria e os mais utilizados (figura 18). Os termo – adaptáveis dão opções bastante alargadas de escolha para diferentes utilizações (figura 19).

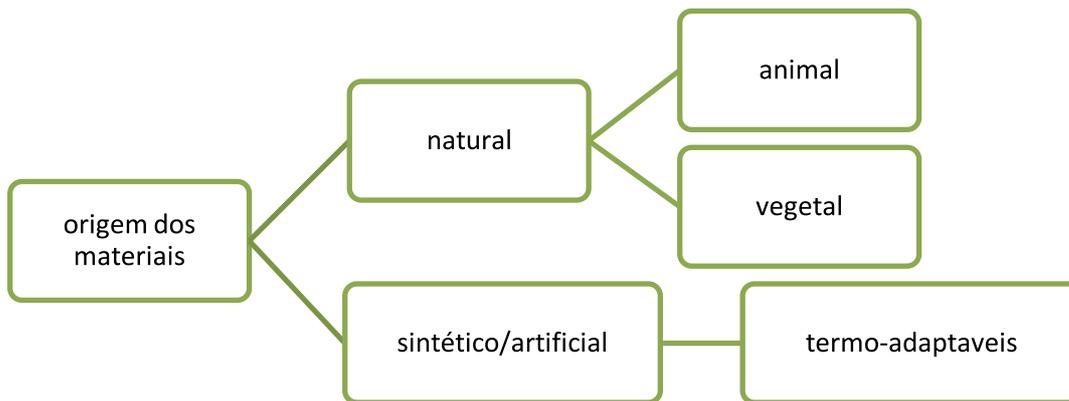


Figura 17 – Hierarquia horizontal da origem dos materiais



Figura 18 – Imagem dos tipos de materiais utilizados na realização de ortóteses plantares

Relatório de Estágio

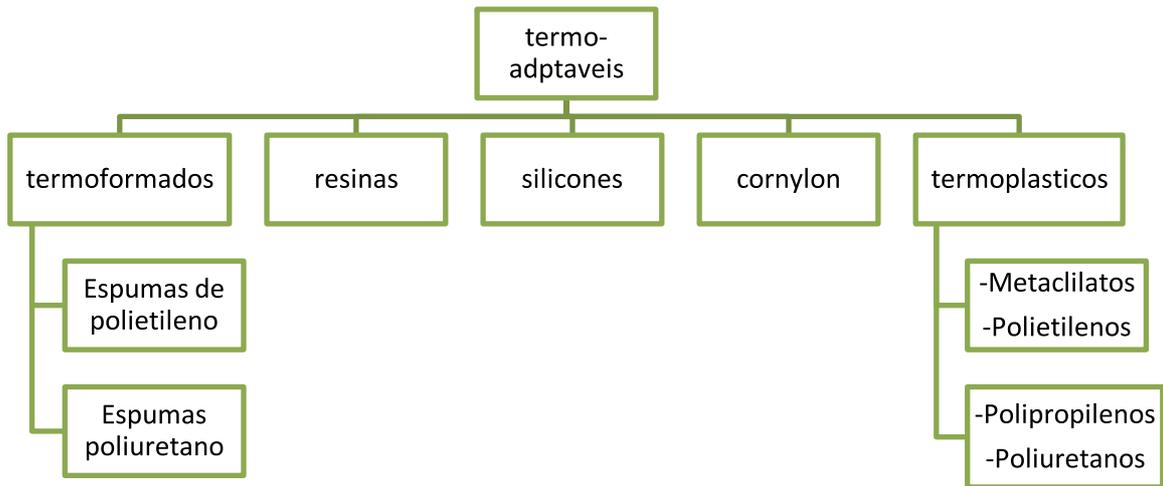


Figura 19 – Organograma dos materiais termo – adaptáveis

Dentro dos termoplásticos temos os polietilenos, onde encontramos o subortholen que tem determinado tipo de características, com vantagens e desvantagens (figura 20). O material eleito foi o subortholen, um termoplástico que pelas suas características é uma escolha excelente para crianças.

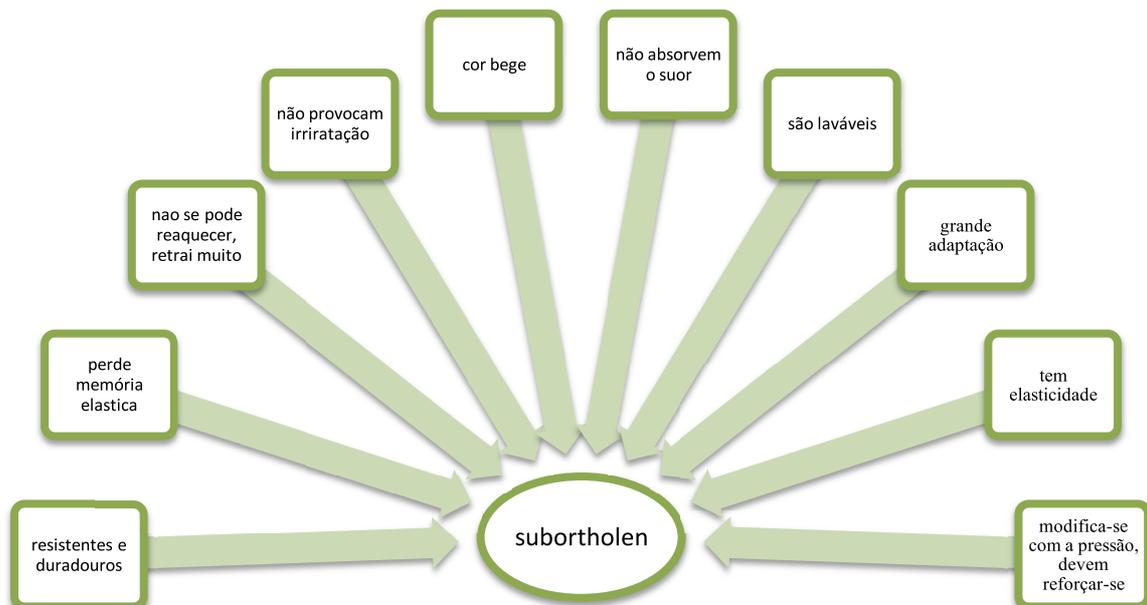


Figura 20 – Radial convergente de algumas características do subortholen

Relatório de Estágio

A consulta seguinte foi uma menina de quatro anos que recorreu há consulta por apresentar marcha em intraversão. A criança não gatinhou e iniciou o caminhar cerca dos 15 meses. Quanto ao desvio do retro pé verificamos que tinha oito graus de valgo em ambos os pés. Com este diagnóstico foi recomendado aos pais que a melhor opção seria o uso de ortóteses plantares.

A marcha intraversão é uma alteração do caminhar, que pode ocorrer nos três segmentos do membro inferior respetivamente o pé, a tíbia, e quadril. Não causa dor, mas por vezes com uma severidade mais acentuada provoca quedas. A criança com marcha intraversão tem preferência a sentar-se em "W", apresenta rótulas convergentes e fragilidade dos ligamentos. Este caminhar e o facto de a criança tropeçar muitas vezes é bastante preocupante para os pais, são razões que levam os pais a trazer as crianças á consulta.

Quando o pé é o responsável estamos perante um metatarso aducto, o ante pé está aduzido e o retro pé em posição neutra ou valga é uma alteração congénita comum, causada essencialmente pela posição intrauterina, uma deformação flexível. Quando a tíbia é a responsável pelo caminhar em intraversão estamos perante uma torção tibial interna, esta torção evolui de forma espontânea corrigindo-se progressivamente. Quando estamos perante uma anteversão femoral, existe uma rotação interna de todo o membro, as rótulas estão convergentes, apresentam um caminhar bastante instável, a rotação interna é maior que a externa.

Ocorreram também consultas de controlo, como no caso seguinte. Uma menina de quatro anos após 15 dias a usar as suas ortóteses plantares por apresentar joelhos varos e tíbias varas. Nesta consulta verificou-se boa adaptação da criança.

A criança gatinhou, iniciou o caminhar aos 13 meses, e recorreu á consulta por apresentar tíbias varas e joelhos varos. A criança já usa

Relatório de Estágio

ortóteses plantares desde Outubro de 2008, foram renovados a Junho de 2009 e em Março de 2011 voltaram a ser renovados. Foi também ensinado aos pais manipulações para redução das tíbias varas a realizar na criança de forma a conseguir melhores resultados, pelo menos duas vezes por dia.

A tibia vara é uma deformidade óssea causada por forças de compressão a nível do joelho e tornozelo, que vão provocar no eixo longitudinal uma angulação que vai formar um vértice com sentido externo, e a epífise distal aproxima-se da linha média do corpo. Esta deformação está por vezes associada a torção tibial interna.

A próxima consulta, foi também sucessiva. Uma menina de sete anos de idade que recorreu á consulta por apresentar joelhos valgus. Esta criança gatinhou, iniciou o seu caminhar por volta dos quinze meses e após avaliação física verificou-se que a flexão dorsal estava aumentada. A criança apresentava excesso de peso, como já tinha sido referido joelhos valgus e pé plano valgo. Já usa ortóteses plantares desde 2007, em 2008 renovou e em 2011 vai aplicar as suas novas ortóteses plantares.

2.8 Clínica Nova Saúde-Unidade de Vila Nova de Famalicão

Esta instituição é uma unidade clínica pertencente á CESPU- Serviços de Saúde S.A., um local onde o ensino das mais diversas áreas da saúde é assegurado, para além de ser uma instituição que presta um serviço de saúde de qualidade e referência há população.



Figura 21 – Clínica Nova Saúde de VN Famalicão

Esta clínica situa-se na cidade de Vila Nova de Famalicão tendo entre outras valências a consulta de Medicina Dentária, a consulta de Pediatria e a consulta de Podologia no primeiro andar que se pode aceder através de escadas ou elevador, retirando impedimentos físicos de aceder às instalações.

Durante o período da tarde de quarta-feira decorre a consulta de Podologia infantil sob a orientação do Mestre Manuel Portela.

Durante o período de estágio neste local pudemos observar essencialmente crianças. As patologias que mais surgem são o pé plano infantil, os papilomas víricos, os joelhos valgos e as onicocriptoses. O grupo foi dividido em binómios para obtermos uma melhor orientação e programação do estágio para que o grupo estivesse em toda as funções.

A ala da Podologia está provida de duas salas de anamnese duas salas de quiropodologia (figura 22) uma sala de moldes, um

Relatório de Estágio

laboratório de ortopodologia (figura 23) e um pequeno vestiário. Todas as salas estão devidamente equipadas.



Figura 22 - Sala de anamnese e quiropodologia na clínica



Figura 23 - Laboratório de Ortopodologia na clínica

No primeiro dia de estágio, 2 de Março de 2011, o estágio passou essencialmente pelo laboratório de Ortopodologia da clínica, onde realizamos ortóteses plantares de acordo com o caso clínico. Ainda durante esta tarde foram realizadas consultas de quiropodologia e também foram aplicados tratamentos ortopodológicos. (Tabela 8)

Relatório de Estágio

Tabela 8 – Consultas no primeiro dia de estágio na clínica nova saúde de VNF

Data da consulta	Clínica Nova Saúde - VNF
02-03-2011	Labo. De Ortopodologia da clínica
	Aplicação de tratamento ortopodológico
	Aplicação de tratamento ortopodológico
	Onicomiose total bilateral

No dia 23 de Março de 2011 verificamos que o estágio passou mais pelo âmbito clínico como podemos observar na tabela 9.

Tabela 9 – Consultas no dia de estágio na clínica nova saúde de VNF

Data da consulta	Clínica Nova Saúde - VNF
23-03-2011	Ligeira onicocriptose
	Hiperqueratoses, helomas, corte e rebaixamento ungueal
	Hiperidrose com dermatomicose
	Papiloma vírico

O grupo continuou a ser dividido em binómios e encaminhado para as diferentes áreas, no presente dia as primeiras três consultas, adultos, um deles com uma ligeira onicocriptose, e a que se seguiu, uma consulta sucessiva, e por ultimo um paciente com hiperidrose, em ambas as consultas procedeu-se aos tratamentos quiropodológicos necessários segundo a patologia de cada paciente, indicando nos casos necessários terapêutica mais apropriada.

Outras das consultas foi uma verruga plantar, onde realizamos o tratamento quiropodológico adequado, a menina teve alta clínica.

Relatório de Estágio

Semelhante ao que surge na clínica pediátrica de Braga, quando nos referimos às crianças nesta consulta de Podologia, o que faz os pais recorrerem a esta consulta é razão semelhante às que enumeramos anteriormente.

Este estágio permitiu relembrar conhecimentos que foram sendo adquiridos e consolidados durante o ano letivo, aplicando novos testes e verificando a sua aplicabilidade.

Para mim este estágio foi também recordar um local onde durante a licenciatura passei bastante tempo em estagio clinico e foi agradável rever a equipa desta clínica.

2.9 APADI – Associação de Pais e Amigos do Diminuto intelectual



Figura 24 – APADI – Equipa juntamente com o grupo de Podiatria Infantil

Fonte: http://www.google.pt/imgres?um=1&hl=pt-PT&sa=N&biw=1280&bih=705&tbm=isch&tbid=1CJ-d70lbmh4GM:&imgrefurl=http://www.jf-santamaria.pt/index.asp%3Fideducacao%3D51%26idSeccao%3D857%26Action%3Dseccao&docid=uUpzOqbqQrUvLM&imgurl=http://www.jf-santamaria.pt/fotos/santamaria/social/apadi2_g.jpg&w=600&h=450&ei=5KsCUNzuMIRU4QSwzpSdCA&zoom=1

A APADI para a sua equipa é "...um sonho, uma causa e uma razão para a felicidade." Esta associação está localizada em Bragança. Promotora do individuo, presta apoio e cuidados a indivíduos com deficiência física e mental. Quase na totalidade os jovens ficam longos períodos de tempo nesta instituição, onde passam por várias áreas de intervenção e com diferentes atividades de forma a

Relatório de Estágio

melhorar a sua qualidade de vida atingindo objetivos (G.Resende, et al., 2005). Este estágio foi realizado no edifício destinado ao acompanhamento médico e fisioterapêutico. Aqui foi colocada uma cadeira de Podologia, com uma bancada móvel de apoio com material necessário para os tratamentos de quiropodologia que fossem necessários realizar, uma marquesa que permite efetuar a avaliação física, bem como um podoscópio para observar a pegada plantar, e uma plataforma de pressões com objetivo de registrar o caminhar dos jovens.

Para este estágio fomos um grupo de quatro pessoas do mestrado em Podiatria Infantil acompanhados pelo Mestre Miguel Oliveira orientador de estágio.

Durante o estágio nesta instituição o grupo foi dividido em binómios, em que um deles estava direcionado para a avaliação clínica do jovem e o reencaminhava para o binómio responsável pela quiropodologia, caso assim o entendesse, ou então caso verificasse alterações biomecânicas possíveis de ser melhoradas de forma a permitir melhor qualidade de vida a realização de moldes em espuma fenólicas para posterior confeção das ortóteses plantares adequados á sua patologia, tendo sempre em atenção as suas limitações físicas e mentais.

Durante esta avaliação verificamos que existiam algumas lacunas que pensámos que poderiam ser corrigidas com a explicação de alguns cuidados podológicos e tratamentos a realizar a cada um deles dependendo de patologia que apresentavam pelos auxiliares e enfermeiros, isto porque a maioria dos jovens apresentavam deficiências, permitindo uma melhor qualidade de vida.

Avaliamos 22 utentes, onze deles foi possível avaliar em bipedestação enquanto os restantes onze apresentavam-se em cadeiras de rodas, tendo ainda associado na sua maioria astrágalo verticalizado. O

Relatório de Estágio

astrágalo vertical é uma deformidade do pé que coloca em posição vertical o astrágalo, apresenta uma luxação dorsal do escafoide em relação à cabeça do astrágalo, visivelmente o arco longitudinal está convexo, palpando-se o astrágalo pela zona plantar do pé. É uma deformidade pouco comum, que está associada a distúrbios neuromusculares e síndromes (Gutiérrez, 2010). Nos jovens que tinham alguma mobilidade verificamos que o pé em equino foi o mais frequente representou cerca de 27,3% seguido pelo pé plano com 18,2%. O pé em equino é uma deformação estrutural, a parte anterior do pé encontra-se num plano transversal inferior em relação ao seu calcâneo, provocando flexão plantar do tornozelo (Fuente, 2003).

Os dedos em garra e o HAV para além do pé em equino foram deformidades que estiveram bem presentes e em grande prevalência.

Em seis dos casos avaliados aconselhou-se a realização de ortóteses plantares.

Em relação aos tratamentos quiropodológicos como podemos verificar na figura 25 que se realizaram cerca de 50% foram tratamentos ungueais e queratoses plantares. Como verificamos igualmente na figura 25 foram ainda recomendados a cerca de 27% tratamento ortopodológico. Não podemos esquecer aqueles a quem não havia necessidade de realizar tratamento na globalidade dos casos porque estavam em cadeiras de rodas.

Relatório de Estágio

Tratamentos

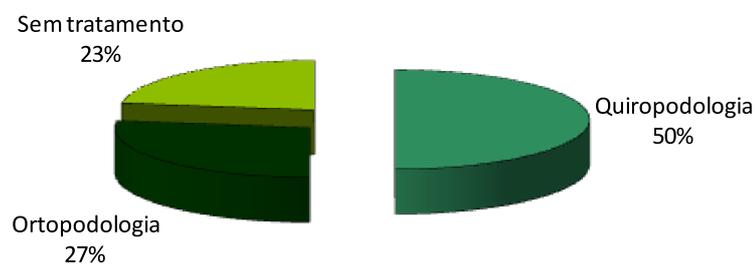


Figura 25 – Gráfico circular que quantifica em percentagem os tratamentos que se realizaram

Na tabela 10 podemos observar o tipo de alterações dérmicas, ungueais e os tipos de pés que rastreamos na APADI.

Tabela 10 – Alterações observadas durante a avaliação dos jovens da APADI

Alterações	Patologia	Nº indiv.	Per.%
Alterações Dérmicas	Desidratação	7	72.7%
	Hiperqueratoses	4	
	Queratodermias	4	
	Helomas	4	
	Hiperidrose	2	
	Dermatomicose	2	
Alterações Ungueais	Onicomicoses	11	50.0%
	Onicogrifoses	4	18.2%
	Onicocriptoses	2	9.1%
Tipos de Pé	Pé Plano	4	18.2%
	Pé Cavo	1	4.5%
	Pé Equino	6	27.3%

Relatório de Estágio

É evidente que as que mais se encontram foram as alterações dermatológicas e as ungueais.

A nível de alterações dérmicas mais frequentes, a desidratação foi a mais presente, as hiperqueratoses e as queratodermias vêm logo a seguir e mais visível e em maior percentagem quando associado ao pé em equino. As onicomicoses tinham uma prevalência de cerca de 50% nestes jovens da instituição.

2.10 Clínica Nova Saúde – Unidade Clínica de Gandra

Nesta unidade de saúde pertencente á CESPU, situada em Gandra num polo junto á faculdade, dentro do Campus Universitário de Gandra onde prestam cuidados de saúde de diferentes especialidades como é o exemplo da Podologia, departamento, este, onde foi realizado este estágio. A unidade clínica de Gandra que integra um dos estabelecimentos de saúde que permite e garante aos alunos da CESPU a prática clínica.



Figura 26 – Edifício onde se situa a clínica da CESPU em Gandra

Fonte: <http://historico.ensino.eu/2009/jan2009/universidade.html>

A clínica é constituída por varias salas de anamnese bem como de quiropodologia (figura 27) onde realizamos o rastreio e os tratamentos que foram necessários.

Relatório de Estágio



Figura 27 – Uma das salas de quiropodologia

Neste estágio esteve presente o grupo de mestrado em Podiatria Infantil juntamente com o responsável de estágio com o propósito de avaliar as crianças do centro de acolhimento de Mãe d'Água. Este centro tem como principal finalidade acolher as crianças em situações de risco, protegendo a criança dos maus tratos e abandonos.

Este estágio decorreu nos dias 23 de Fevereiro, 2 e 9 de Março de 2011. As crianças do Centro de Acolhimento de Mãe d'Água visitaram a clínica, onde lhes foi realizada uma avaliação seguindo o protocolo de avaliação de Podiatria Infantil (PAPI) e onde foi realizado também tratamento nos casos necessários.

Foram avaliadas 25 crianças, em que 14 eram meninas, e 11 eram meninos de diferentes idades compreendidas entre os 2 anos e os 16 anos de idade, a média do peso destas crianças era de 36,900 quilogramas e com média de estatura destas crianças de 134 centímetros.

E após avaliação verificou-se que algumas destas crianças necessitavam de tratamentos quiropodológicos e a algumas crianças foi aconselhado o uso de ortóteses plantares, sendo que na sua maioria a causa para o uso de ortóteses era a presença de pé plano.

Relatório de Estágio

Na figura 28 verificamos as idades que estavam presentes durante o estágio da clínica, sendo a idade dos 3 e dos 9 anos de idade a mais frequente e a dos 2, 11 e 12 anos de idade menos presente.



Figura 28 – Gráfico das idades das crianças do centro Mãe d'Agua

A figura 29 indica qual o número de calçado que mais encontramos nestas crianças, e o número de calçado que prevalece é o 38 e em seguida o 35, no entanto alguns casos usavam o calçado maior que o número correto sendo por isso um dado não muito valorizável.

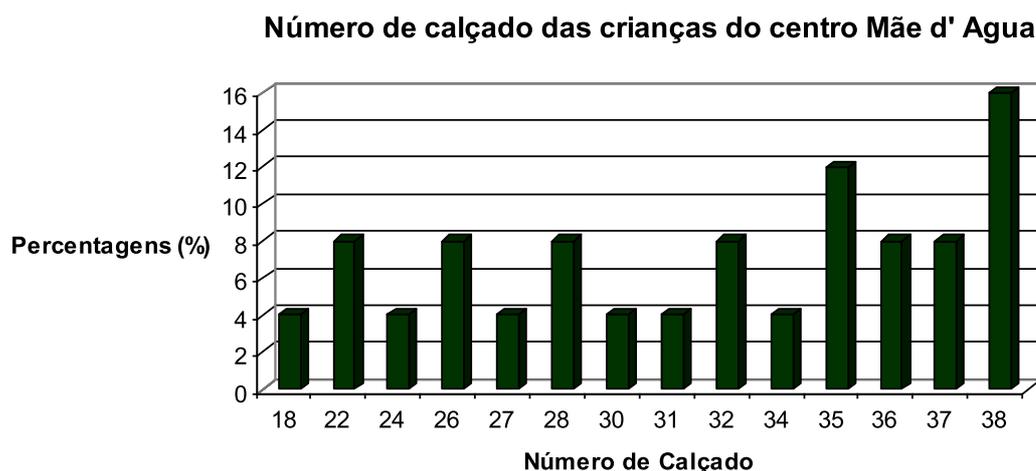


Figura 29 – Gráfico referente ao número de calçado das crianças do centro Mãe d' Agua

Relatório de Estágio

A figura 30 mostra-nos a prevalência da fórmula digital egípcia entre as crianças desta instituição com 60% das crianças a apresentar esta fórmula, sendo a quadrada a menos prevalente.

Fórmula digital das crianças do Centro Mãe d' Agua

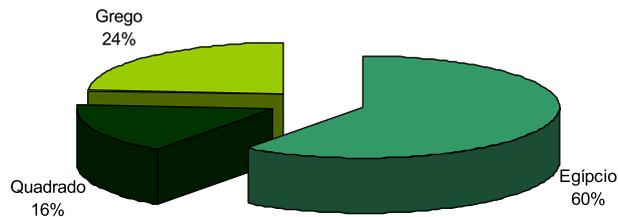


Figura 30 – Gráfico referente à fórmula digital das crianças do Centro Mãe d' Agua

As alterações estruturais e os pontos dolorosos foram avaliados bem como as alterações dérmicas e ungueais e colocadas na tabela 11 de forma a conseguirmos quantificar quantas crianças apresentam este tipo de alterações.

Verificamos que a apófise estiloide era uma estrutura da qual as crianças mais apresentavam queixa. Nas alterações dérmicas os papilomas víricos foram os mais detetados. Foram estes que exigiram tratamento imediato e ao qual se procedeu semanalmente ate terem alta clínica.

Nas avaliações que se seguem não foi possível realiza-las a uma das crianças que tinha dois anos de idade por ser uma criança com síndrome alcoólico fetal. Esta síndrome afetou o desenvolvimento da criança sendo que ela ainda não caminhava. A outra criança como tinha gesso e estava de muletas não nos foi possível efetuar a avaliação. A síndrome alcoólico fetal causa na criança alterações físicas, comportamentais e cognitivas que a criança sofre

Relatório de Estágio

consequência do abuso do álcool por parte materna durante a gestação. A síndrome alcoólico fetal é uma das causas responsável pelo atraso no desenvolvimento, é caracterizada por provocar défice no crescimento, dimorfismo facial evidência de anormalidades do sistema nervoso central (Pinho, Pinto, & Monteiro, 2006).

Tabela 11 – Alterações estruturais, pontos dolorosos e alterações dérmicas e ungueais nas crianças do centro Mãe d'Água

Alterações estruturais e pontos dolorosos N° de crianças	
Cabeça do astrágalo	3
Hállux abductus valgus	5
Dedos em garra	4
Cabeças metatarsais	1
Dedos suppraductos	3
Apófise estiloide	6
Alterações dérmicas e ungueais	
Onicomicoses	4
Onicocriptose	2
Papilomas víricos	5
Hiperqueratoses	1
Eczema	2

Quanto á avaliação dos joelhos realizada no plano frontal, na figura 31, podemos observar que o joelho valgo foi o mais prevalente, no entanto como estamos a falar de um grande intervalo de idades não podemos concluir que o joelho valgo seja predominante porque este

Relatório de Estágio

tem um desenvolvimento fisiológico que vai modificando ao longo do crescimento.

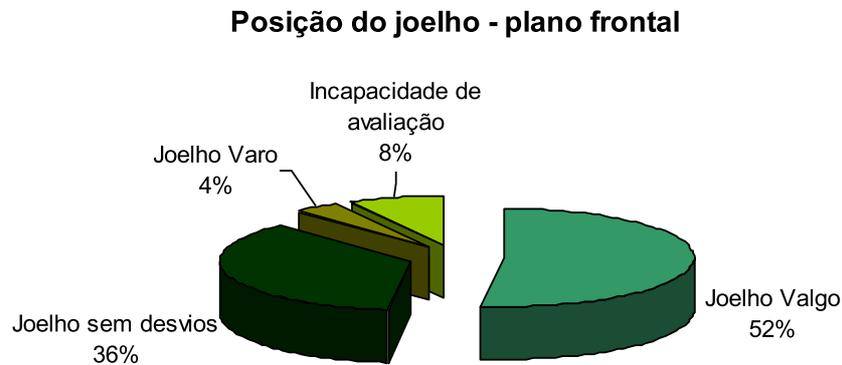


Figura 31 – Gráfico relativo às crianças do centro Mãe d'Agua com as diferentes posições dos joelhos no plano frontal

Quanto á avaliação dos joelhos no plano sagital pode-se observar na figura 32 que o mais predominante é o joelho sem desvio, o que é de bom prognóstico.

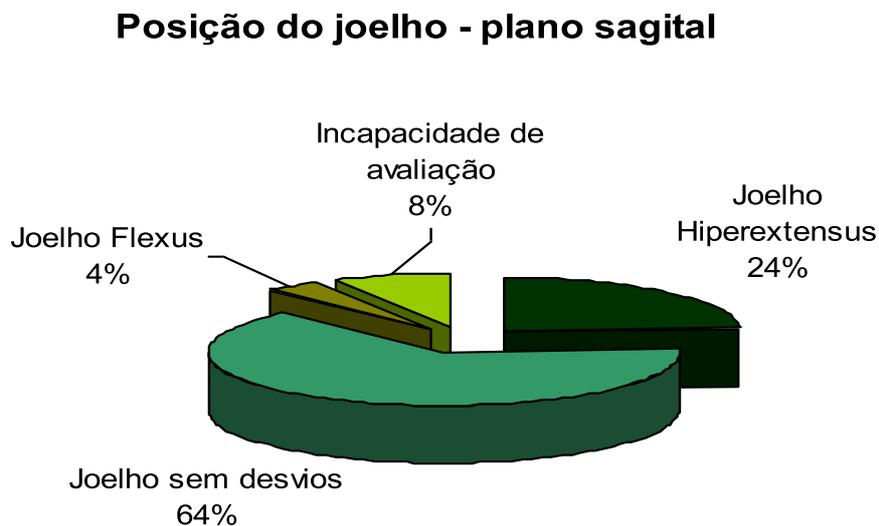


Figura 32 – Gráfico das crianças do centro de Mãe d'Agua com as diferentes posições dos joelhos no plano sagital

Relatório de Estágio

Verificamos a imagem do pé das crianças através do podoscópio, distinguindo o pé direito e o pé esquerdo e caracterizando a imagem obtida de acordo com a numeração na figura 33.

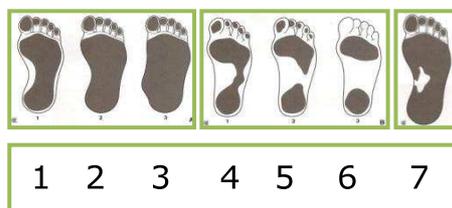


Figura 33 – Imagem do pé no podoscópio

Na tabela 12 temos o total de registos da imagem plantar do pé da criança no podoscópio de acordo com o número da figura 37 separando o pé direito do esquerdo.

Podemos verificar que a imagem plantar que mais se registou foi a número 4, uma imagem de pé com apoio considerado normal.

Tabela 12 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio

Podoscópio Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1	5	20.0	2	8.0
2	5	20.0	8	32.0
3	0	0.0	0	0.0
4	9	36.0	11	44.0
5	2	8.0	0	0.0
6	2	8.0	2	8.0
7	0	0.0	0	0.0

Relatório de Estágio

No seguimento do protocolo de avaliação procedemos á realização da Manobra de Jack no pé direito (PD) e no pé esquerdo (PE) determinando que a maioria das crianças apresenta uma manobra de Jack normal para ambos os pés como podemos averiguar na tabela 13.

Tabela 13 – Manobra de Jack aplicada às crianças do Centro de Mãe d' Agua

Manobra de Jack	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
Normal	12	48.0	11	48.0
Incompleto	4	16.0	4	16.0
Patológico	7	28.0	7	28.0
Impossibilidade de avaliação	2	8.0	2	8.0

Na tabela 14 verificamos a avaliação que foi realizada às crianças para contabilizar o número de crianças que conseguem realizar a manobra de pontas e quem não a consegue executar. Diferenciamos o pé direito do esquerdo, no entanto, podemos observar que não existiu diferença.

Tabela 14 – Manobra de Pontas aplicada as crianças do Centro de Mãe d'Agua

Manobra de Pontas	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças2	Per. %3
Normal	21	84.0	21	84.0
Patológico	2	8.0	2	2.0

Ainda com a criança sob o podoscópio verificamos a posição do retro pé de cada pé, com ajuda de uma régua de Perthes, verificamos

Relatório de Estágio

assim qual a sua orientação, se em valgo ou varo, na sua maioria o sentido foi em valgo como podemos observar na tabela 15.

Tabela 15 – Posição do retro pé das crianças do centro de Mãe d'Agua

Posição do retro pé	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
Varo	2	8.0	2	8.0
Valgo	19	76.0	19	76.0
Neutro	2	8.0	2	8.0

Em última avaliação realizamos as pedigrafias. Ao observarmos e compararmos as pedigrafias verificamos que 60% da pegada plantar das crianças é simétricas que correspondem a 15 crianças, e apenas 8 das crianças, 32% apresenta pegada plantar assimétrica. Os 8% que faltam nesta avaliação e nas anteriores corresponde às duas crianças que não foram avaliadas como já foi referido anteriormente.

Na figura 34, vamos observar diferentes tipos de possíveis imagens que podemos obter através da pedigrafia, e vamos fazer corresponder á pegada plantar obtida através da pedigrafia de cada criança um número desta mesma figura, a imagem que mais se identificar. Este processo foi realizado posteriormente, após ter sido realizado o rastreio identificaram – se as pedigrafias e fizeram-se corresponder á imagem.



Figura 34 – Imagens das possíveis pegadas plantar obtidas através de pedigrafias

Relatório de Estágio

Na tabela 16, quantificamos quantas crianças avaliamos com determinada pegada plantar obtida através de pedigrafia, separando o pé direito do pé esquerdo.

Tabela 16 – Número de crianças com determinada pedigrafia

Pedigrafia Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1	6	24.0	6	24.0
2	4	16.0	5	20.0
3	0	0.0	0	0.0
4	12	48.0	10	40.0
5	1	4.0	2	8.0
6	0	0.0	0	0.0
7	0	0.0	0	0.0

Podemos verificar que a imagem número 4 foi a que mais se observou, correspondendo a uma pedigrafia com um apoio considerado normal.

No final deste estágio na unidade clínica de Gandra que permitiu avaliar as crianças do centro de acolhimento de Mãe d' Agua reuniu-se a informação toda, e verificamos que um grande número de crianças apresenta lesões dermatológicas, essencialmente papilomas víricos. Estas crianças foram tratadas ao longo das semanas que necessitaram.

Sendo este um centro de acolhimento onde estão muitas crianças, é comum haver uma maior probabilidade de contágio daí a percentagem acentuada.

Relatório de Estágio

Será necessário sempre que possível lembrar e prestar informação para que estes contágios não sejam tao frequentes e recorrentes.

Verificamos que existia uma pequena percentagem de crianças que necessitaram de tratamento quiropodológico por presentarem onicocriptoses, alterações que eram dolorosas e urgentes. Também tal como os papilomas víricos, nestes casos o mau corte ungueal esta na origem deste problema.

Verificamos que através dos dados obtidos pelo exame físico existiam em grande número crianças que necessitavam de tratamento ortopodológico, sendo a patologia mais frequente o pé plano infantil.

2.11 Centro de Medicina e Reabilitação Desportiva – CESPU

O centro de Medicina e Reabilitação desportiva, figura 35, localiza-se em Vila Nova de Famalicão, inaugurado pela CESPU, é um complexo médico com cerca de 2000 metros quadrados, este espaço é direcionado para o ensino superior, investigação e centro médico ligado essencialmente à medicina desportiva utilizado em especial pelos alunos desta instituição.



Figura 35 – Imagem do centro de Medicina do Desporto e Reabilitação

Relatório de Estágio

Este centro é composto por uma equipa técnica de médicos especializados sob a coordenação do Dr. Domingos Gomes. Durante este dois períodos nesta instituição no dia 18 e 19 de Abril de 2011 estivemos dívidas em binómios novamente. Aqui estivemos acompanhados pelos alunos do 2º ano de Mestrado em Podiatria do Exercício Físico e do Desporto, pela equipa médica, sob a orientação do Dr. Domingos Gomes.

Este espaço está equipado com piscina no seu interior, no primeiro piso tem uma sala para a realização da consulta de Medicina desportiva, outra para a realização do eletrocardiograma e ainda possui uma sala para a realização do exame físico aos atletas como podemos observar na figura 36.



Figura 36 – Salas do Centro de Medicina do Desporto e Reabilitação

Fonte: http://www.cm-vnfamalicao.pt/_programa_municipal_medicina_desportiva

A esta instituição recorrem iniciados e já atletas com o objetivo de realizar uma consulta de Medicina Desportiva que consiste numa avaliação física acompanhada de eletrocardiograma para que seja possível uma maior segurança por parte dos clubes em colocar estes atletas na sua máxima capacidade sem colocar em risco a sua saúde e a sua vida. Adicionalmente é realizado um exame físico mais pormenorizado por parte dos alunos de Mestrado em Podiatria do Exercício Físico e do Desporto, segundo um protocolo de avaliação por eles elaborado (figura 37), direcionado para os membros

Relatório de Estágio

inferiores a fim de conseguir compreender melhor a dinâmica dos atletas e de forma a conseguir melhorar a sua performance.

Durante o período de estágio foram observadas e avaliadas crianças na sua maioria acompanhadas pelos pais que recorriam a esta instituição para proceder á avaliação e aos exames que incluíam o preenchimento de uma ficha clínica por parte da equipa médica, onde eram inseridos os dados pessoais e clínicos da criança e realizado um eletrocardiograma, para entregar no clube que requereu com o objetivo de permitir a integração nos clubes, pois sem estes exames o clube não está permitido a aceitar atletas para competir. Houve outros casos de reavaliação e ainda assistimos a atletas adultos jovens a realizar estes mesmos exames.

INSTITUTO POLITÉCNICO SAÚDE DO NORTE

Relatório Podológico-Desportivo

Nome _____ Proc. nº _____ Data: 14 / 11 / 2022

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

Modalidade desportiva: _____ Amador Profissional Lazer

Posição: _____ Anos de prática desportiva: _____

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

Peso: ____ kg Estatura: ____ cm Tamanho Pé: ____ Tamanho Calçado: ____

Tipo de Calçado: _____ Forma de ajustamento: _____

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

Piso: _____

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

Medidas preventivas adoptadas: _____

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

Morfologia Meit: Index Plus D Index Plus Minus D Index Minus D

Queratopatias Dermatopatias Onicopatias

Assimetrias/Dimetrias Confirmado com Rx

Comprimento MI esq _____ MI dir _____ Diferença _____

Perímetros Coxa esq _____ Coxa dir _____

Perna esq _____ Perna dir _____

Pé esq _____ Pé dir _____

Avaliação articular: _____

Avaliação muscular: _____

Avaliação vascular: _____

Avaliação sensibilidade / reflexos: _____

Tipo de Pé: Pé Normal, E ____ D ____ Pé Plano E ____ D ____ Pé Cavo E ____ D ____

Desvio do calcânhar: Neutro E ____ D ____ Valgo E ____ D ____ Varo E ____ D ____

Diferencial do escafoide: Sedest E ____ D ____ Bipod E ____ D ____ Dif E ____ D ____

Impressão Plantar: Simétrica Assimétrica

Avaliação dinâmica: _____

Exames complementares: _____

Diagnóstico: _____

Tratamento aconselhado: Ortopodologia Quiropodologia Outro _____

Figura 37 – Relatório Podológico-Desportivo

Fonte: Relatório Podológico – Desportivo realizado pelo Mestrado em Podiatria do Exercício Físico e do Desporto

Relatório de Estágio

A todos os examinados, observamos os colegas do mestrado da área correspondente aplicar o protocolo que tinham realizado. Auxiliamos na sua avaliação e aplicação de forma a integrarmos este grupo. A interação criada permitiu melhor compreender a sua dinâmica.

2.12 Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa (ESSVS)

A Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa faz parte de um projeto da CESPU que deu início ao ensino através da criação desta escola em 1997 em Gandra, Paredes, o Campus Académico de Gandra como podemos ver na figura 38.

Foi aqui, no Campus Académico de Gandra que decorreu o estágio com o Mestre Vítor Hugo Oliveira no laboratório de ortopodologia.



Figura 38 – Campus Académico de Gandra – ESSVS

Fonte: <http://historico.ensino.eu/2009/jan2009/universidade.html>

2.13 Laboratório de Ortopodologia

Neste estágio o grupo foi acompanhado pelo Mestre Vítor Hugo Oliveira, durante este período estivemos no laboratório de Ortopodologia onde nos foram apresentados casos clínicos e nos foi pedido para realizarmos um tratamento adequado para a patologia.

O laboratório de Ortopodologia na ESSVS é constituído essencialmente por polidora, forno para aquecer o material, uma banca de trabalho entre outros instrumentos indispensáveis à realização das ortóteses como podemos observar na figura 39.

Relatório de Estágio



Figura 39 – Laboratório de Ortopodologia da ESSVS

No dia 18 de fevereiro de 2011, um dos casos que foi apresentado foi um menino com seis anos de idade, já usava ortóteses plantares e necessitavam de ser substituídos. A criança apresentava pé plano, joelhos valgus e excesso de peso. Outro dos casos que foi apresentado foi uma menina de três anos de idade, com marcha intraversão e joelhos em valgo.

Realizamos o padrão do molde, elegemos o material para realizar o suporte plantar, adaptamos ao molde após ter aquecido, procedemos a sua estabilização, adaptamos os elementos e procedemos ao polimento do suporte plantar como podemos observar na figura 40.



Figura 40 – Ortóteses plantares

3 Orientações tutoriais de estágio

As aulas de orientação tutorial de estágio eram lecionadas igualmente no Campus Académico de Gandra, nas instalações da faculdade, Escola Superior de Saúde do Vale do Sousa - CESPU, pelo Mestre Miguel Oliveira.

Nestas aulas o grupo estava normalmente completo, o facto de estarmos reunidos permitia-nos discutir sobre as atividades que poderiam ser realizadas em favor da Podiatria Infantil.

Foi no decorrer destas aulas que foram determinados os binómios que iriam para as escolas fazer os rastreios de Podiatria Infantil, no acompanhamento dos binómios dos alunos de medicina dentária.

Aqui foram realizadas apresentações, pósteres, flyers, o PAPI que foi utilizado nos rastreios embora tenha sido alterado com a finalidade de tornar mais ágil os rastreios realizados em conjunto com os alunos de medicina dentária.

Elaboramos o protocolo de avaliação de Podiatria Infantil (PAPI), de forma a conseguirmos colocar num exame de avaliação todos os parâmetros que julgamos serem relevantes para a avaliação da criança de forma a conseguirmos abranger todas as áreas para que após o protocolo aplicado fosse possível obter o diagnóstico da criança de uma forma correta e precisa, e no caso da patologia diagnosticada não fosse da nossa área, fossemos capazes de derivar para a especialidade correta de forma a impedir as perdas de tempo ganhar rapidez na resolução do problemas sem atrasar o tratamento.

Aquando da conclusão deste protocolo, foi proposto fazer uma apresentação no VI Congresso Nacional de Podologia. Desta forma, conseguíamos mostrar aos restantes colegas de Podologia que existia um Protocolo de avaliação direcionado apenas para crianças, isto porque uma criança não é um adulto em tamanho pequeno, devemos

Relatório de Estágio

ter atenção a parâmetros que no adulto possam ser patológicos e na criança serem fisiológicos. Foi uma das alunas a representar o nosso mestrado expondo de forma brilhante e prática este mesmo protocolo.

O protocolo está dividido em grupos de perguntas e avaliações para tornar mais fácil a organização e compreensão do protocolo de avaliação (figura 41).



Figura 41 – Capa da apresentação do PAPI no VI Congresso Nacional de Podologia – I Jornadas de Podiatria

Numa primeira fase os pais são questionados (se forem eles os acompanhantes) sobre alguns dados epidemiológicos e sobre o desenvolvimento geral da criança, em especial se gatinhou, se usou botas ortopédicas. Outros dados que interessam são os dados antropométricos. Para além destes avaliamos e observamos também qual a deformação do calçado. Neste ponto, o que essencialmente se recolhe é o que podemos observar na figura 42.

Relatório de Estágio

Nome: _____

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

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

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

Dispositivo Ortopédico: Sim Não Obs.: _____

Calçado Habitual: _____ Obs.: _____

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

Deformação do calçado: Sim Não Varo Valgo



Figura 42 – Informação geral no PAPI

A seguir aos dados gerais, temos a segunda parte do PAPI, figura 43. Passamos então á avaliação da criança. Realizamos o exame clínico em descarga, inspecionamos e palpamos o pé. Ainda em descarga avaliamos o pé segundo o método de Root.

Nesta parte do PAPI também registamos a força muscular. Realizamos este registo por grupos musculares de forma a ter alguma redundância. Uma vez que estamos a avaliar crianças e conseguir que as crianças executem tudo o requerido é difícil e incerto, no entanto é importante testar a força muscular para despiste de alguma sequela neurológica. Avaliamos também a rotação interna e externa da anca que dependendo da idade ate atingir a maturação vai se modificando. Avaliamos também a torção tibial interna e externa. E não podemos esquecer os reflexos essenciais para despiste ou reencaminhamento para a neurologia.

Fórmula Digital

1. Egipcio
2. Quadrado
3. Grego



Inspecção: Coloração _____
 Sudação _____
 Temperatura _____
 Pele _____
 Tónus _____

Avaliação

Articular: Simétrica Retropé Valgo P.D. P.E. Antepé Valgo P.D. P.E. 1º Raio Valgo P.D. P.E.
 Assimétrica Varo P.D. P.E. Varo P.D. P.E. Varo P.D. P.E.
 Neutro P.D. P.E. Neutro P.D. P.E. Neutro P.D. P.E.

Força Muscular: P.D. 0 1 2 3 4 5 P. E. 0 1 2 3 4 5

Obs: _____

rotações Interna Anca: M.D. _____ M. E. _____ rotações Externa: M.D. _____ M. E. _____ Torção Tibial: P.D. _____ P. E. _____

Figura 43 – Parte 2 do PAPI

Relatório de Estágio

Prosseguindo na avaliação da criança, vamos verificar se existe alguma alteração estrutural e pontos dolorosos bem como alterações dérmicas e ungueais visíveis como podemos observar na figura 44.

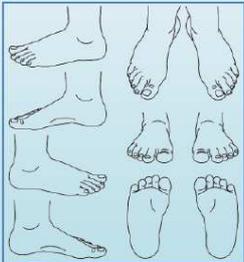
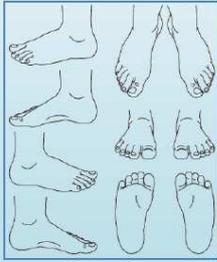
Alterações Estruturais (■) e Pontos Dolorosos (●)	Alterações Dérmicas e Ungueais (*)	
<input type="checkbox"/> (A) Astrágalo <input type="checkbox"/> (E) Escafóide <input type="checkbox"/> (CM) Cabeça 1ºMtt <input type="checkbox"/> (HV) Hallux Varus <input type="checkbox"/> (HAV) Hallux Abd Vagus <input type="checkbox"/> (DG) Dedos em Garra <input type="checkbox"/> (DM) Dedos em Martelo <input type="checkbox"/> (DSD) Dedos Supradductus <input type="checkbox"/> (DID) Dedos Infraductus <input type="checkbox"/> (DSA) Dedos Supradductus <input type="checkbox"/> (DIA) Dedos Infraductus <input type="checkbox"/> (AE) Apófise Estilóide	<input type="checkbox"/> (ONM) Onicomicoses <input type="checkbox"/> (DTM) Dermatomicoses <input type="checkbox"/> (ONC) Onicocriptoses <input type="checkbox"/> (ONG) Onicogrifoses <input type="checkbox"/> (ECZ) Eczema <input type="checkbox"/> (FL) Flictenas <input type="checkbox"/> (HL) Heloma <input type="checkbox"/> (HQ) Hiperqueratoses <input type="checkbox"/> (VR) Verrugas <input type="checkbox"/> (ED) Edema	
		
Obs: _____	Obs: _____	
Reflexos – Rotuliano Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/>	Aquiliano Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/>	Cutâneo plantar Normal <input type="checkbox"/> Patológico <input type="checkbox"/>
Obs: _____		

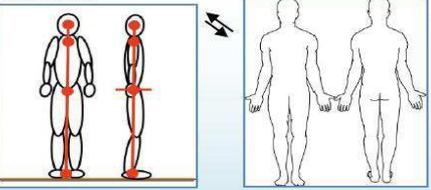
Figura 44 – Parte 3 do PAPI

A figura 45 contém quadros que possibilitam e facilitam o registo e compreensão de uma forma mais ágil o que é observado. Permite avaliar e registar possíveis dismetrias, observar a pegada plantar através do podoscópio bem como verificar os desvios do joelho tanto no plano frontal como sagital. Possibilita também registar a posição do retro pé assim como as manobras que aplicamos na presença ou suspeita de pé plano para verificarmos o tipo de pé e se o podemos considerar flexível ou não de acordo com os resultados do teste. Entre os testes acima referidos temos:

- A manobra de Jack que permite a avaliação da capacidade de movimento do pé em formar arco longitudinal interno (ALI) e conjuntamente verificar a capacidade de rotação externa da pinça maleolar;
- A manobra do teste de pontas que permite avaliar a capacidade de inverter o retro pé e verificar se o tibial posterior é capaz de formar ALI.

Relatório de Estágio

Dismetrias



Podoscópio

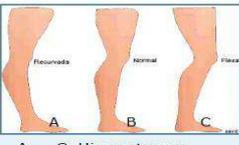


DE DE DE DE DE DE DE DE

Joelhos



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



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

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

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

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

Obs.: _____

Figura 45 – Parte 4 do PAPI avaliação em bipedestação

A avaliação que se segue na figura 46, já se torna bastante dinâmica para a criança. A criança ainda em bipedestação, começa por realizar as pedigrafias, para verificar como são as pegadas dos seus pés simétricos ou assimétricos, pede-se a colaboração da criança para realizar testes como:

- O *lung test* que permite avaliar a posição da tibiotársica;
- O *navicular drift* e *drop* que permitem obter um diferencial da posição de sedestação para bipedestação do escafoide. Quando temos movimento no plano transverso (*drif*), quando temos movimento no plano sagital (*drop*). Este teste tem bastantes variáveis que influenciam os resultados.

Aqui ainda incluímos a análise do caminhar e observamos como a criança caminha e verificamos a evolução durante as diferentes fases.

Pedigrafias: Simétricas Assimétricas



Obs.: _____

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

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

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

Análise do Caminhar: Simétricas Assimétricas

Choque Calcânhar Varo Valgo Neutro

Apoio Médio Pronado Supinado Neutro

Elevação Digital 1º Raio Raios Centrais Bloco

Angulo de Fick ↑ Angulo de Fick ↓

Marcha: Normal.

ADD Unilateral Bilateral _____

ABD Unilateral Bilateral _____

Claudicante

Obs.: _____

Figura 46 – Parte 5 do PAPI

Relatório de Estágio

Avaliamos ainda o pé da criança através do FPI-6 na figura 47, teste que é utilizado para avaliar a postura do pé, resultando daí um dado quantitativo que permite mais precisão e menos erros. Permite qualificar o pé em supinado ou pronado.

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

Figura 47 – Parte 6 do PAPI referente há avaliação do FPI-6

Seguidamente na figura 48 e 49 caso a criança claudique realiza-se a avaliação do caminhar, onde temos que observar qual a fase do caminhar que está afetada e teremos que avaliar o tipo de caminhar que a criança adquire e apresenta. Devemos também ter atenção ao exame neurológico da criança, no entanto, este exame neurológico realiza-se quando os reflexos que testámos não estão dentro dos parâmetros de normalidade e então aí deve-se também reencaminhar para a especialidade que se julga ser a correta.

Marcha Claudicante

- **Início:** _____ Gradual Súbito
- **Associação:** Sim Não _____
- **Visão Geral:** Lado Normal / Afectado - Dir. Esq.

- Circundução - Presente Ausente
- Fase de apoio mais prolongada - Dir. Esq.
- Padrão da Marcha - Normal Patológica
- Movimentos dos M.S. _____

Tipo de Marcha: Antálgica

Trendelemburg

Equino

Circundução

Figura 48 – Parte 7 do PAPI

Relatório de Estágio

Exame Neurológico

- Coordenação Motora M.I. M.D. N. P. M.E. N. P. Obs.: _____
- Equilíbrio: Sinal de Romberg R - R + Obs.: _____
- Tônus Muscular _____ Sinal de Gowers N. P.
- Força Muscular: Prova de Mingazzini N. P. Teste Av. Glúteo Máximo N. P.
 - Prova de Wartemberg N. P. Teste do Quadriceps Femoral N. P.
 - Manobra de Barré N. P. Teste do Nervo Ciático N. P.
 - Teste do M. Íliopsoas N. P. Teste M. Solear e Gastrocnêmios N. P.
 - Teste de ADD das Pernas N. P. Teste do M. Extensor do Hallux N. P.
 - Teste de ABD das Pernas N. P.

Obs.: _____

- Sensibilidade: Dolorosa N. P. Postural N. P.
 - Tátil N. P. Vibratória N. P.
 - Térmica N. P. Esterognóstica N. P. Obs.: _____

Obs.: _____

Figura 49 – Parte 8 do PAPI

Por fim temos o teste de Beighton que podemos observar na figura 50, aplicado na hiper mobilidade do membro inferior descrito por Ferrari que apenas considera o membro inferior. Neste teste avaliamos cada articulação de cada membro inclusive o pé e atribuímos uma pontuação, no máximo de 12 pontos por membro.

Teste de Beighton: ____ pontos HAG: Sim Não IAHMI: ____ pontos HMI: Sim Não

PPFI: Sintomático Assintomático

FPI-6: Hiperpronado Pronado Neutro Supinado Hipersupinado

Figura 50 – Parte 9 do PAPI referente ao teste de Beighton

Obtemos assim um protocolo aplicado á criança que nos permite uma avaliação concentrada num só protocolo.

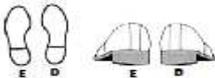
No entanto, este PAPI como pudemos observar é bastante completo mas também extenso. Por esta razão e com o objetivo de facilitar a aplicação dele em âmbito escolar e de rastreio, também elaboramos

Relatório de Estágio

um PAPI mais simples e fácil de aplicar sem retirar informação importante, figura 51. Obtivemos um PAPI reduzido de forma a conseguirmos acompanhar os binómios de medicina dentária, e obtendo resultados dos rastreios suficientes para determinar a necessidade de acompanhamento.

ENTIDADE: _____ Código: _____

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



Fórmula Digital

1. Egípcio
2. Quadrado
3. Grego



Retropé

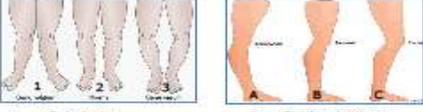
Dir.: Varo Valgo Neutro

Esq.: Varo Valgo Neutro

Dismetrias



Joelhos

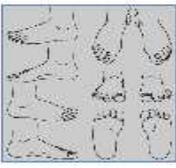


1. G. Valgum _____
2. G. Normal _____
3. G. Varum _____

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

Proeminências Ósseas

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



Análise da Marcha: Simétrica Assimétrica

ADD ABD Claudica Normal

Obs.: _____

Podoscópio



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

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

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

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

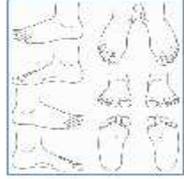
Navicular Drift: P.D. Diferencial: _____
P.E. Diferencial: _____

Laxitude Ligamentar: Sim Não

FPI 6

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

Lesões Dérmicas e Ungueais



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

Figura 51 – PAPI reduzido para rastreio nas escolas

Seguidamente foi-nos proposto que criássemos um póster para apresentar no VI Congresso Nacional de Podologia e I jornadas de

Relatório de Estágio

Podiatria. Realizamos três pôsteres entre todas as alunas do mestrado, um deles foi sobre a avaliação da Hiper mobilidade do membro inferior, revisão da literatura presente na figura 52, o outro sobre o caminhar na ponta dos pés, que pode ser observado na figura 53 e ainda outro pôster sobre a Claudicação na Criança que podemos observar na figura 54. Estes três pôsteres foram realizados igualmente nestas aulas com o auxílio do Mestre Miguel Oliveira e expostos neste VI Congresso I Jornadas de Podiatria.



Figura 52 – Pôster da avaliação da hiper mobilidade do membro inferior – Revisão da literatura



Figura 53 – Pôster do caminhar na ponta dos pés

Relatório de Estágio



Figura 54 – Póster da Claudicação na criança

Pensámos e concretizámos a elaboração de batas ilustradas e coloridas como podemos observar na figura 55, de forma a utilizarmos quando estivéssemos em clínica com as crianças que iriam realizar os rastreios de Podiatria Infantil.



Figura 55 – A Bata decorada para Podiatria Infantil

Relatório de Estágio

Durante estas aulas onde foi discutido o que fazer para divulgar a Podiatria Infantil e atividades onde pudéssemos ser integrados, surgiu a ideia do Dia Mundial da Criança e a possibilidade longínqua de participar nesta comemoração que decorreria nos Jardins do Palácio de Cristal. Mas foi possível de concretizar e realizar nos Jardins do Palácio de Cristal atividades de Podiatria Infantil neste dia importante de comemoração para a criança. Aqui surgiu a ideia de todas termos um Polar e uma t-shirt alusivas á Podiatria Infantil, para facilmente sermos identificadas que podem ser observadas na figura 56 e 57.



Figura 56 – T-shirt pintadas à mão para a Podiatria Infantil



Figura 57 – Polar realizado pela Podiatria Infantil

Relatório de Estágio

Elaboramos ainda um flyer como podemos observar na figura 58 que continha informação também relativa aos cuidados básicos de higiene com os pés das crianças bem como com os cuidados com a escolha do calçado e alguns truques para verificar se o calçado é uma boa escolha e que as crianças levariam para casa como forma a chamar atenção dos encarregados de educação para com os cuidados essenciais com os pés e calçado delas.

Figura 58 – Flyer de Podologia Infantil – cuidados

Procurarmos também desenhos relacionados com a Podiatria para as crianças pintarem enquanto se divertiam neste dia, como o desenho da figura 59.



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



Mestrado em Podiatria Infantil

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

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

Figura 59 – Desenho para as crianças pintarem

Optamos também por elaborar uma folha ilustrada para realizarmos a pegada plantar da criança durante o dia que depois lhe era entregue para levarem e mostrarem aos pais uma das atividades que tinham realizado nesse dia, a sua pegada plantar como se pode observar na figura 60.

Relatório de Estágio

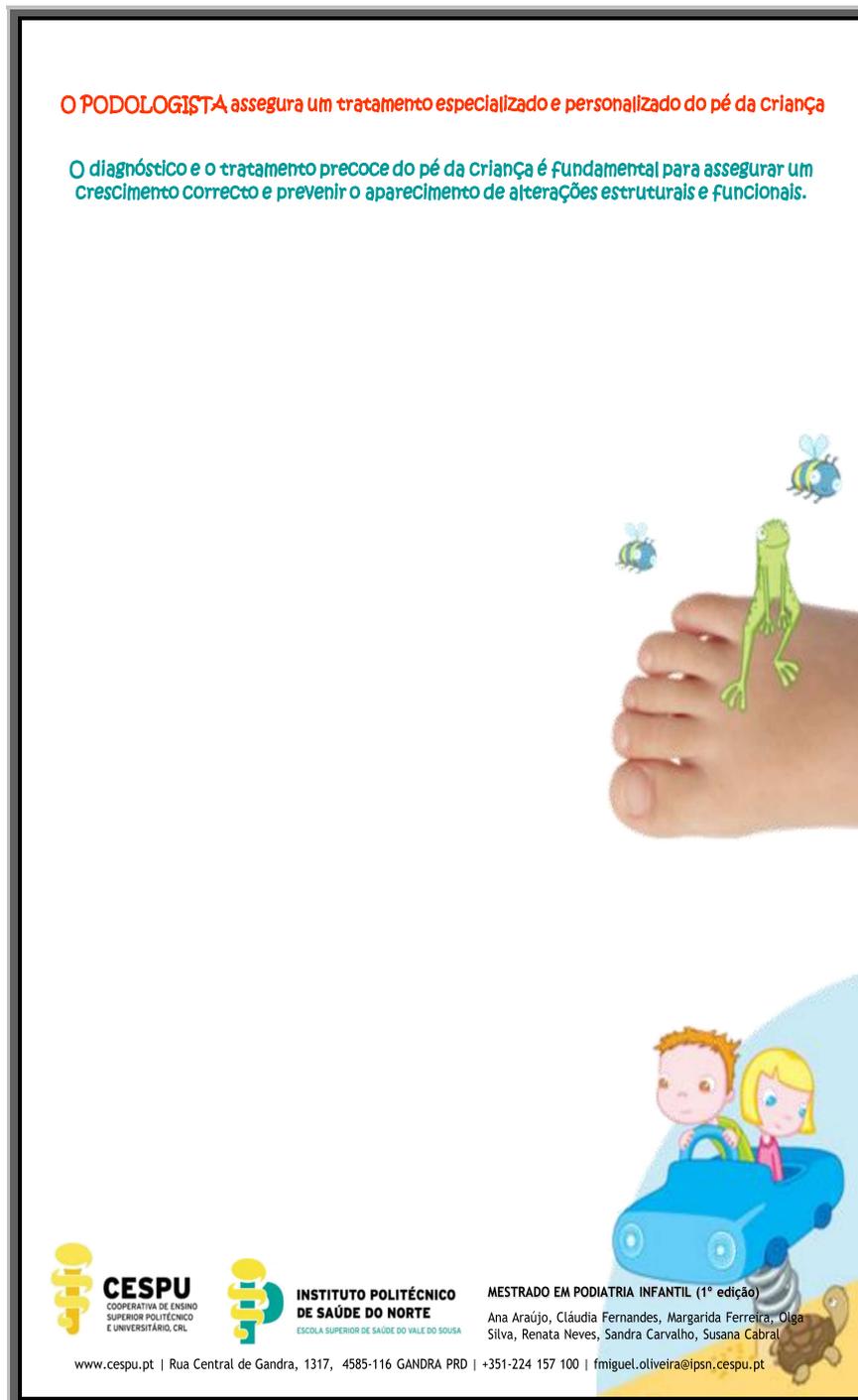


Figura 60 – Folha das pedigrafias

Foi realizado um póster sobre a Podiatria Infantil como está apresentado na figura 61, para expor relativamente aos cuidados com os pés e o quanto é importante os pés das nossas crianças, e a ida a um Podiatra quando necessário.

Podiatria Infantil

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

CONSELHOS SOBRE SAÚDE PODOLÓGICA INFANTIL PARA OS PAIS E EDUCADORES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Adaptado de American Podiatric Medical Association, 2011

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



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



MESTRADO EM PODIATRIA INFANTIL (1ª edição)
Ana Araújo, Cláudia Fernandes, Margarida Ferreira, Olga Silva,
Renata Neves, Sandra Carvalho, Susana Cabral



Figura 61 – Poster da Podiatria Infantil

Durante o Dia Mundial da Criança estivemos num espaço que decoramos com os posters, tínhamos mesas para as crianças pintarem os desenhos, efetuamos as pedigrafias às crianças, e oferecemos o flyer com os cuidados dos pés juntamente com o

Relatório de Estágio

desenho. Podemos ver as imagens ilustrativas neste dia nas figuras 62 e 63.



Figura 62 – Local onde a Podiatria Infantil esteve no Palácio de Cristal



Figura 63 – Imagens do Dia Mundial da Criança

Surgiram bastantes casos de crianças com pé plano, alguns deles com necessidade de tratamento, e crianças com alterações ungueais como apresentamos na figura 64.



Figura 64 – Casos de alterações ungueais

Realizamos também durante estas horas os preparativos necessários para os rastreios que se iriam realizar, procuramos agilizar o material necessário ao rastreio como Podoscópio, pedigrafo, consumíveis que eram necessários para realizarmos os rastreios de forma eficaz.

Iniciámos os rastreios nas escolas, divididas em binómios e acompanhando os alunos binómios também de Medicina Dentária. Fomos para as escolas que os alunos de Medicina Dentária já tinham predestinado para cada dia da semana.

4 Rastreios

4.1 Jardim de Infância de Lagar

Este jardim-de-infância engloba no seu ensino, crianças do pré-escolar e como o próprio nome indica do jardim-de-infância. Está localizado em Vandoma, Paredes (figura 65).



Figura 65 – Jardim-de-infância de Lagar

Fonte: <http://www.igogo.pt/ji-do-centro-social-e-paroquial-de-baltar/>

Neste primeiro dia de rastreio fomos para o Jardim de Infância de Lagar, no dia 9 de Maio de 2011. Avaliamos 12 crianças que foram bastante recetivas, bem como as educadoras e professoras que nos receberam muito bem e demonstraram interesse e curiosidade pelo que estávamos a realizar.

No rastreio, ao realizarmos a inspeção verificamos que existiam crianças com hiperidrose. Foi comunicada esta informação as educadoras para que estas pudessem transferir a mensagem aos seus encarregados de educação, de forma alerta-los.

Nas tabelas e gráficos seguintes referimos dados sobre este rastreio que realizamos e que aspetos mais revelantes se verificaram.

Na figura 66 podemos observar o gráfico referente aos géneros das crianças do jardim-de-infância de Lagar.

Relatório de Estágio

Os géneros das crianças do jardim-de-infância

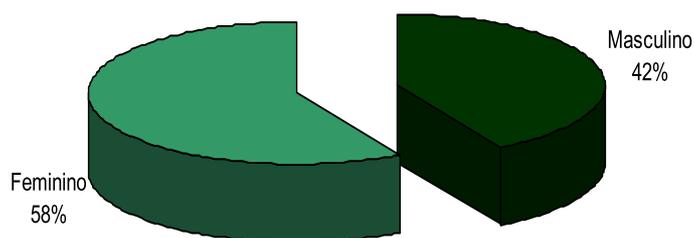


Figura 66 – Gráfico dos géneros das crianças do jardim-de-infância de Lagar

Verificámos através deste gráfico circular que no rastreio do jardim-de-infância de Lagar avaliamos mais meninas que meninos.

Perante o gráfico da figura 67 verificamos que as idades que avaliamos foram apenas de cinco e seis anos, sendo maioritariamente de cinco anos, que corresponde a 75% das crianças.

Idades das crianças do jardim-de-infância de Lagar

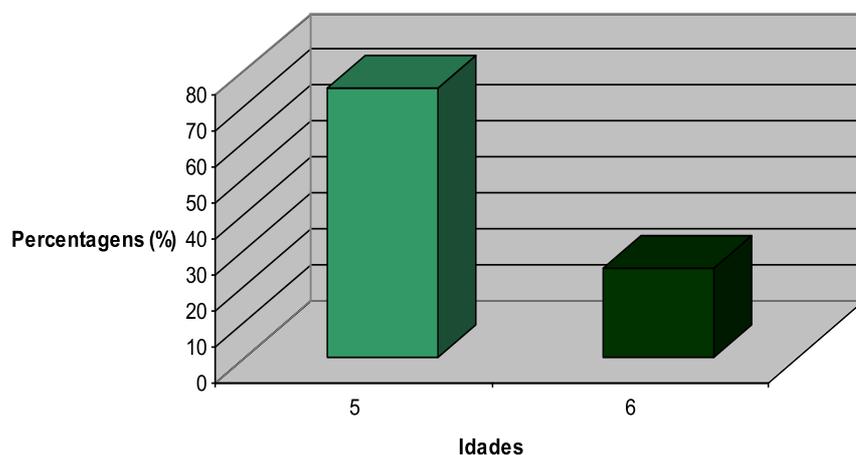


Figura 67 – Gráfico de idades que foram avaliadas no jardim-de-infância de Lagar

No gráfico da figura 68, podemos observar em valores percentuais o número de calçado que mais prevalece neste jardim-de-infância de

Relatório de Estágio

Lagar. Verificamos que o número de calçado mais prevalente corresponde ao número 30 e 31.

Número de calçado do jardim-de-infância de Lagar

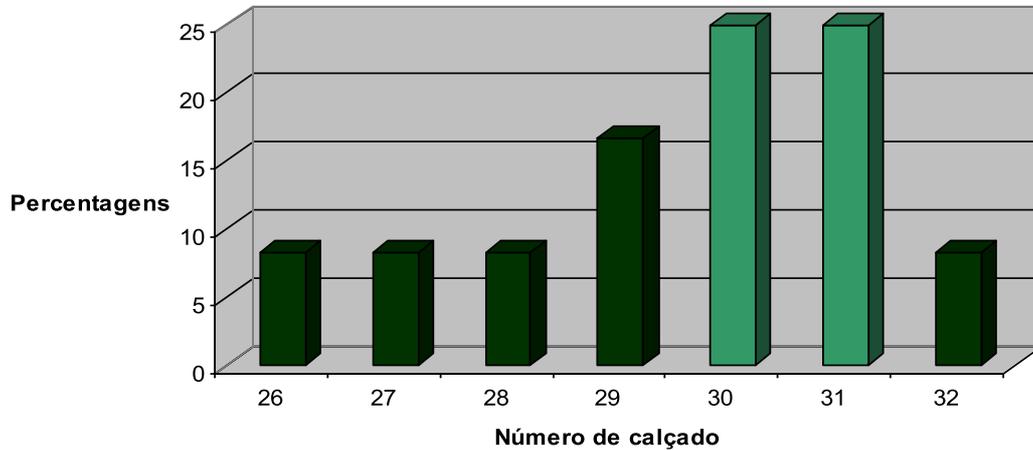


Figura 68 – Gráfico referente ao número de calçado no jardim-de-infância de Lagar

No gráfico da figura 69 podemos observar a fórmula digital que mais se acentua, correspondendo a 75% da percentagem a fórmula digital egípcia.

Fórmula digital das crianças do jardim-de-infância de Lagar

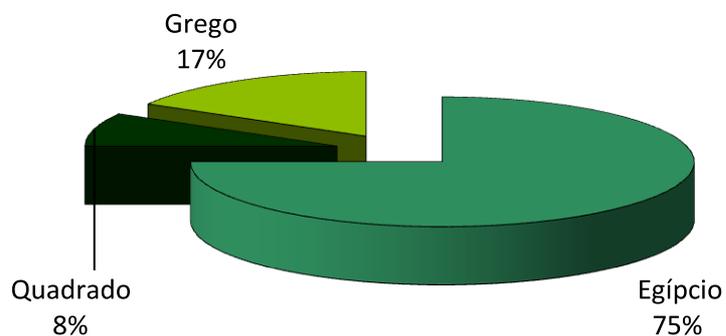


Figura 69 – Gráfico referentes á fórmula digital das crianças do jardim-de-infância de Lagar

Relatório de Estágio

Na tabela 17 podemos observar que não havia alterações ungueais e apenas uma alteração dérmica, a nível de pontos dolorosos também não encontramos, muito poucas alterações estruturais foram detetadas.

Tabela 17 – Alterações estruturais, dérmicas, ungueais e pontos dolorosos encontrados nas crianças do jardim-de-infância de Lagar

Alterações estruturais e pontos dolorosos	Nº de crianças
HAV (hállux abductus valgus)	1
DEDOS EM GARRA	1
DSD (dedos supraabductus)	1
Alterações dérmicas e ungueais	Nº de crianças
Dermatomicoses	1

No gráfico circular da figura 70 podemos verificar que a percentagem de joelho valgo e joelho sem desvios é bastante semelhante, sem grandes diferenças, sendo o joelho varo com muito pouca percentagem.

Posição do joelho - plano frontal

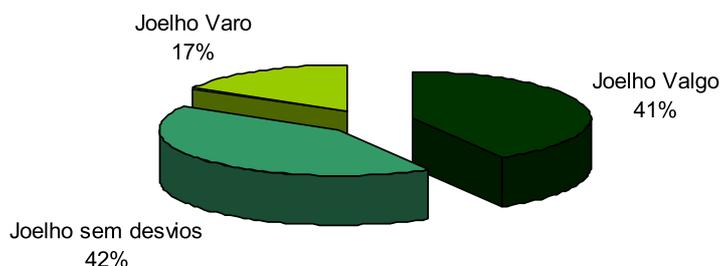


Figura 70 – Gráfico da posição do joelho no plano frontal das crianças do jardim-de-infância de Lagar

Relatório de Estágio

No gráfico circular que se segue na figura 71 encontramos a percentagem de desvios relativos ao plano sagital, sendo que na totalidade não encontramos joelhos com desvios neste plano correspondendo os 100% aos joelhos sem desvio.

Posição do joelho - plano sagital

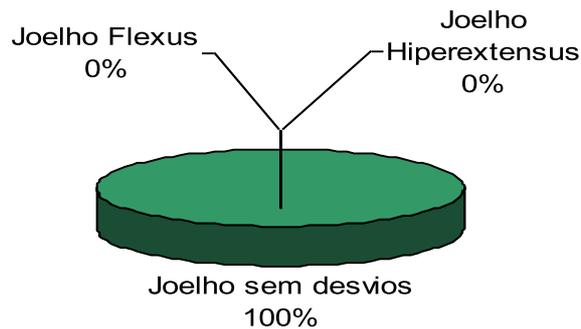


Figura 71 – Gráfico da posição do joelho no plano sagital das crianças do jardim-de-infância de Lagar

Verificamos a imagem do pé das crianças através do podoscópio, distinguindo o pé direito e o pé esquerdo e caracterizando a imagem obtida de acordo com a numeração da imagem na figura 72.



Figura 72 – Correspondência da imagem do pé no podoscópio

Na tabela 18 temos o total de registos da imagem plantar do pé da criança no podoscópio de acordo com o número da figura 72 separando o pé direito do esquerdo.

Relatório de Estágio

Tabela 18 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio

Podoscópio Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1	6	50.0	7	58.3
2	3	25.0	3	25.0
3	0	0.0	0	0.0
4	3	25.0	2	16.7
5	0	0.0	0	0.0
6	0	0.0	0	0.0
7	0	0.0	0	0.0

Podemos verificar que a imagem plantar que mais se registou foi a número 1, uma imagem de pé com apoio ainda plano, mas já com iniciação de ALI, seguida de uma imagem 2 e 4.

No seguimento do protocolo de avaliação procedemos á realização do teste da Manobra de Jack no pé direito e no pé esquerdo. E verificamos que patológico nenhuma criança apresentava, no entanto tivemos 50% das crianças que apresentaram incompleto como podemos observar na figura 73.

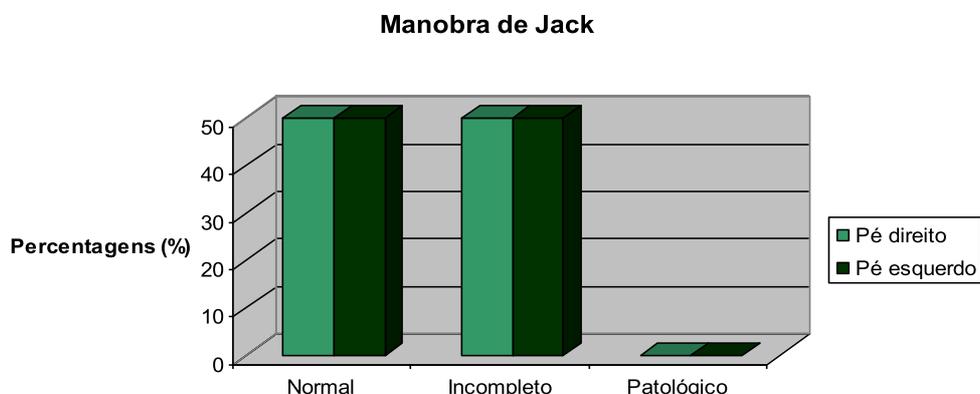


Figura 73 – Gráfico do teste da Manobra de Jack nas crianças do jardim-de-infância de Lagar

Relatório de Estágio

Na figura 74 apresentamos o gráfico referente á manobra em pontas.

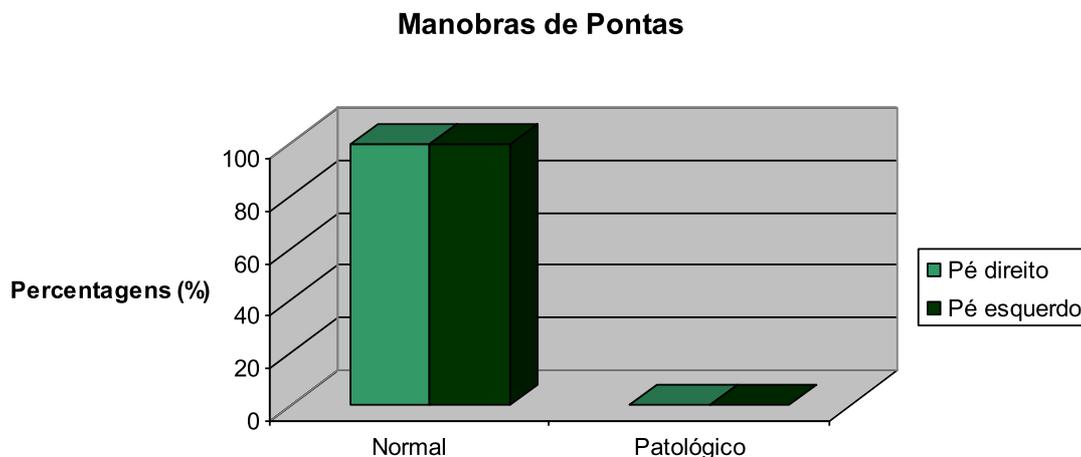


Figura 74 – Gráfico relativo ao teste da Manobra de Pontas aplicado às crianças do jardim-de-infância de Lagar

Na figura 74 os resultados que o gráfico de barras nos mostra é que na aplicação do teste da manobra de pontas verificamos que as crianças na sua totalidade conseguiam colocar-se em pontas de pés e inverter o seu calcanhar, formando o ALI.

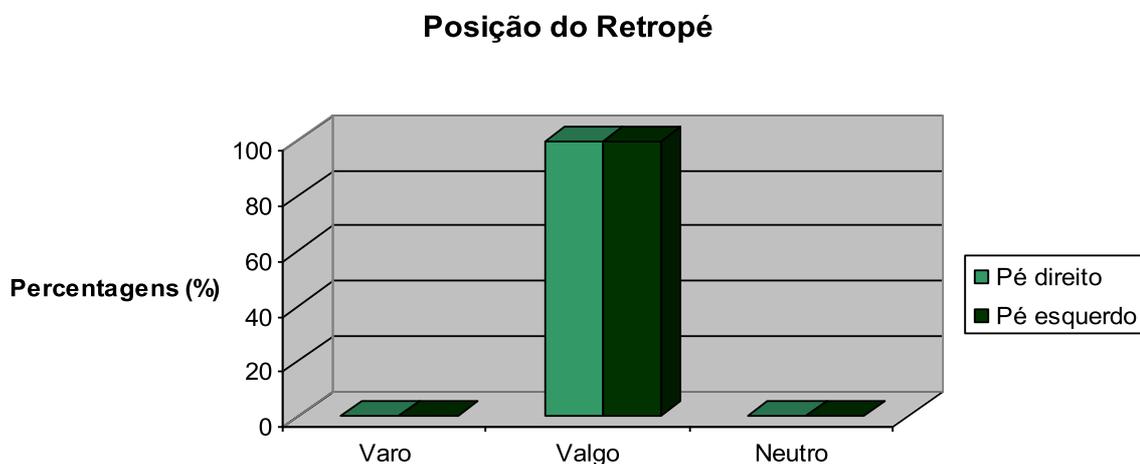


Figura 75 – Gráfico de barras relativo às percentagens da posição do retro pé

No gráfico da figura 75 verificamos que a totalidade das crianças apresentava retro pé valgo.

Na figura 76, apresentamos os diferentes tipos de possíveis imagens que podemos obter através de pedigrafia, e vamos fazer

Relatório de Estágio

corresponder à pegada plantar obtida através da pedigrafia de cada criança um número desta mesma figura, a imagem que mais se identificar. Este processo foi realizado posteriormente, após ter sido realizado o rastreio identificaram-se as pedigrafias e fizeram-se corresponder à imagem.



Figura 76 – Imagem das pedigrafias das crianças

Na tabela 19 quantificamos quantas crianças avaliamos com determinada pegada plantar obtida através de pedigrafia, separando o pé direito do pé esquerdo.

Tabela 19 – Número de crianças com determinada pedigrafia

Pedigrafia Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1	4	33.3	3	25.0
2	3	25.0	5	33.3
3	0	0.0	0	0.0
4	4	33.3	4	33.3
5	0	0.0	0	0.0
6	0	0.0	0	0.0
7	1	8.3	1	8.3

Relatório de Estágio

Perante esta tabela verificamos que a prevalência da imagem 1 e 4 são as mais significativas, logo seguida da imagem 2, não temos nenhum caso de pé plano de último grau, nem nenhum pé cavo.

Verificamos que após a apresentação dos resultados as crianças deste rastreio não apresentam grandes desvios dos valores considerados normais.

4.2 Escolas

Seguidamente apresentam-se as escolas de uma forma global nas quais realizámos os rastreios.

Para que os gráficos e tabelas não se tornem repetitivos, vamos somar e realizar a sua análise de uma forma conjunta.

Realizamos rastreio na escola E.B.1 da Feira, as crianças que frequentam esta escola são do ensino básico do primeiro ciclo, realizamos rastreio também em alguns jardim-de-infância como o caso do Senhora do Vale, entre outras escolas.

As escolas situam-se na sua maioria no concelho de Paredes. (figura 77 e 78).



Figura 77 – Escola E.B.1 da Feira Figura 78 – Jardim-de-infância Senhora do Vale

Fonte: <http://www.igogo.pt/eb1-de-feira-n-1/>

Fonte: <http://www.igogo.pt/ji-de-senhora-do-vale/>

Os rastreios decorreram nos dias 9, 10, 11 e 16 de Maio de 2011, registamos os dados obtidos das 88 crianças que fizeram parte da amostra. Durante o rastreio detetamos alguns casos de hiperidrose.

Relatório de Estágio

No gráfico circular que se segue na figura 79 verificamos que a percentagem de crianças femininas e masculinas é igual.

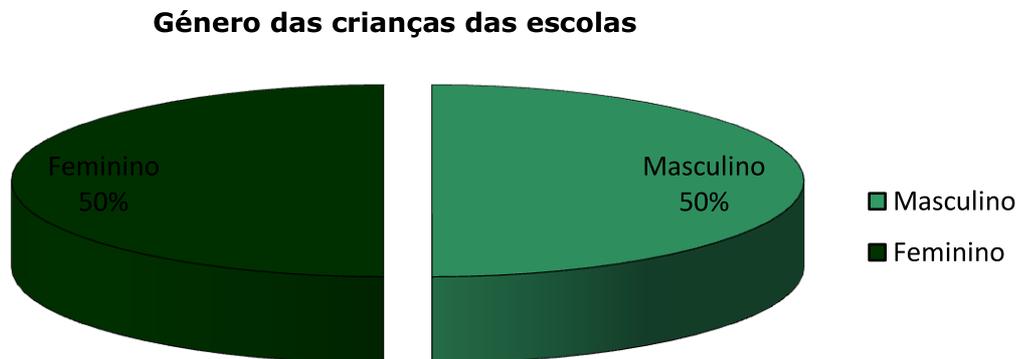


Figura 79 – Gráfico relativo ao género das crianças das escolas

No gráfico da figura 80 que se segue demonstramos as idades das crianças que avaliamos nas escolas.

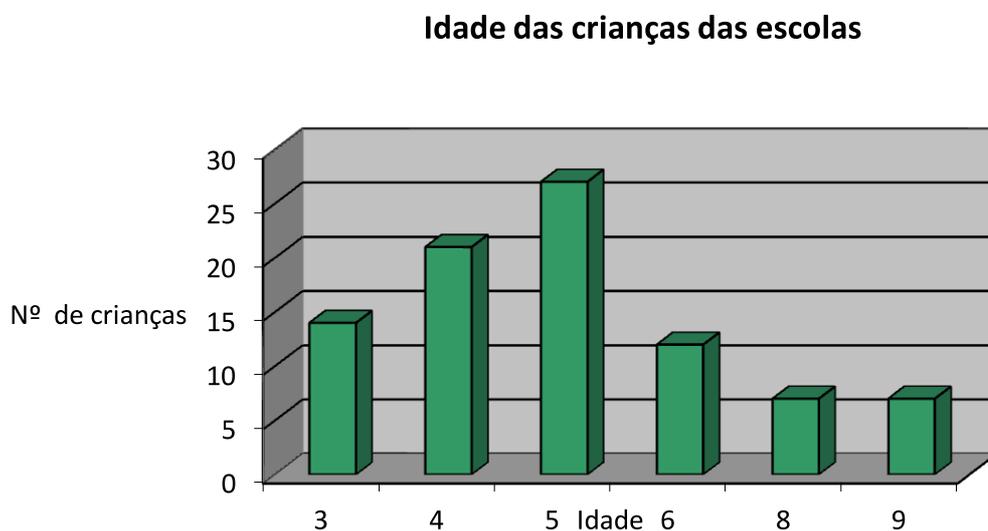


Figura 80 – Gráfico de barras relativo à idade das crianças das diferentes escolas

No gráfico da figura 80, verificamos qual foi a prevalência de idades, observamos que os cinco anos de idade foram em maior número.

Relatório de Estágio

Na figura 81 verificámos que o número de calçado mais prevalente é o 29, demarca-se dos restantes números de calçado.

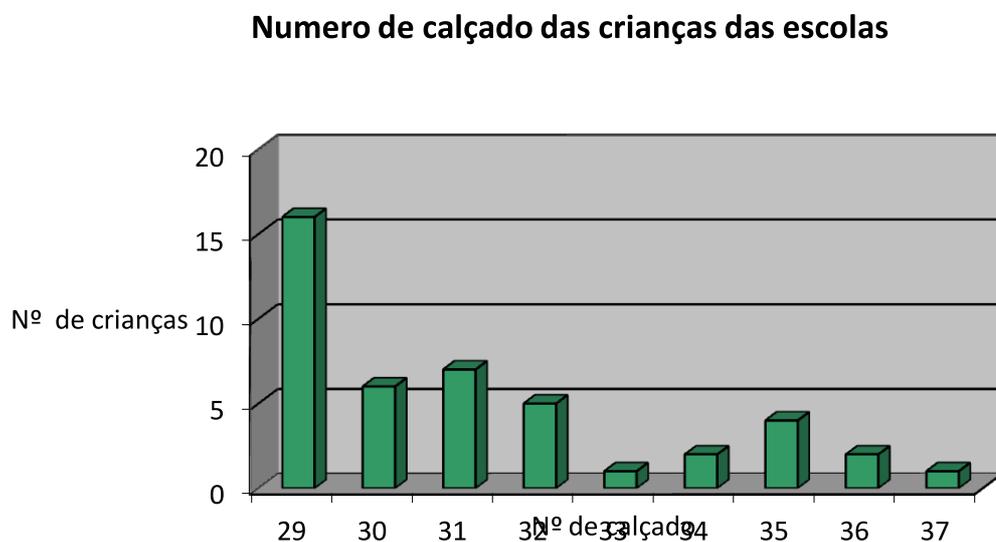


Figura 81 – Gráfico de barras relativo ao número do calçado das crianças das escolas

Na presença deste gráfico circular na figura 82 verificamos que a fórmula egípcia se evidencia, com 72% das crianças a apresentar fórmula digital egípcia.

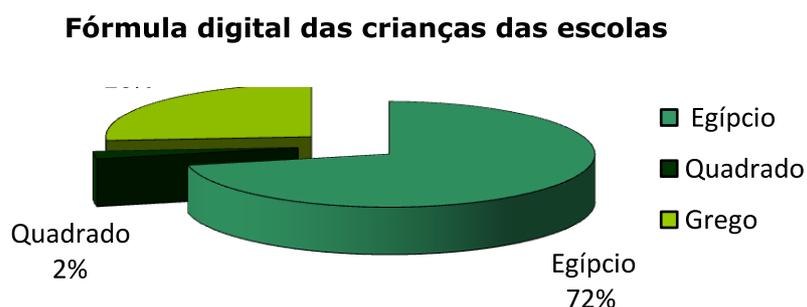


Figura 82 – Gráfico das fórmulas digitais das crianças das escolas

Na tabela 20 apresentamos as alterações dérmicas e ungueais que surgiram nas crianças rastreadas.

Relatório de Estágio

Tabela 20 – Alterações estruturais, pontos dolorosos e alterações dérmicas e ungueais das crianças das escolas

Alterações estruturais e Pontos dolorosos	Nº de crianças
HV	9
DSD	10
DID	2
DG	9
HAV	9
AE	2
Alterações dérmicas e ungueais	Nº de crianças
Eczema	4
Hiperqueratoses	2
Dermatomicoses	5
Onicomicoses	3

Verificamos através desta tabela que as alterações estruturais mais observadas foram os dedos supraductus, e logo de seguida temos os dedos em garra, o hállux abductus valgus, e hállux varus. Quanto aos pontos dolorosos as crianças não apresentavam, à palpação não foram referidas queixas. Quanto às alterações dérmicas e ungueais dentro das oitenta e oito crianças, a mais prevalente foram as dermatomicoses.

No gráfico da figura 83 expomos a percentagem relativa à posição do joelho no plano frontal.

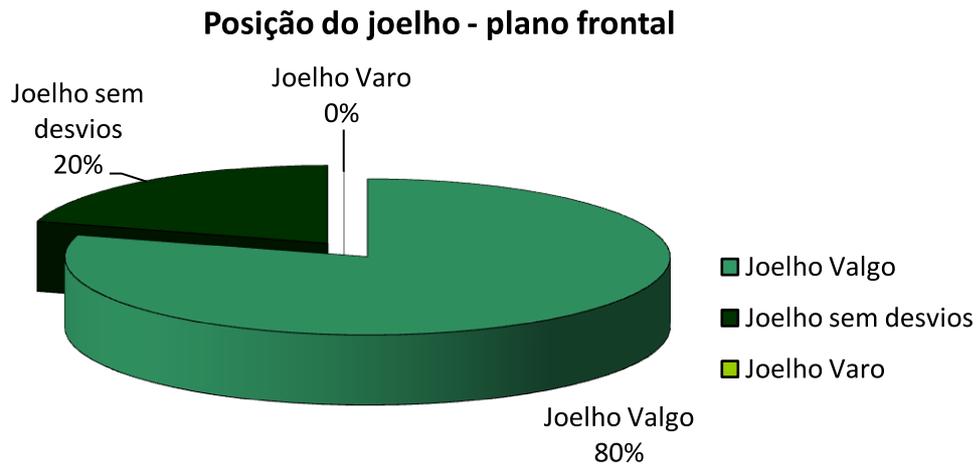


Figura 83 – Gráfico posição do joelho no plano frontal das crianças das escolas

Perante este gráfico verificamos que o desvio no plano frontal do joelho que mais se acentua é o desvio em valgo, seguido do joelho sem desvio, no entanto com uma percentagem apenas de 20%. O que vai de encontro às idades encontradas na maioria foram crianças de 5 anos daí a prevalência de joelho valgo.

Na figura 84 verificamos que percentagem de crianças rastreadas apresenta alterações a nível da posição do joelho no plano sagital, detetando assim que quanto ao joelho flexus não foi observado, já no caso do joelho hiperextensus detetamos que cerca de 11% eram hiperextensus.

Na maioria das crianças os joelhos não apresentavam desvios.

Posição do joelho - plano sagital

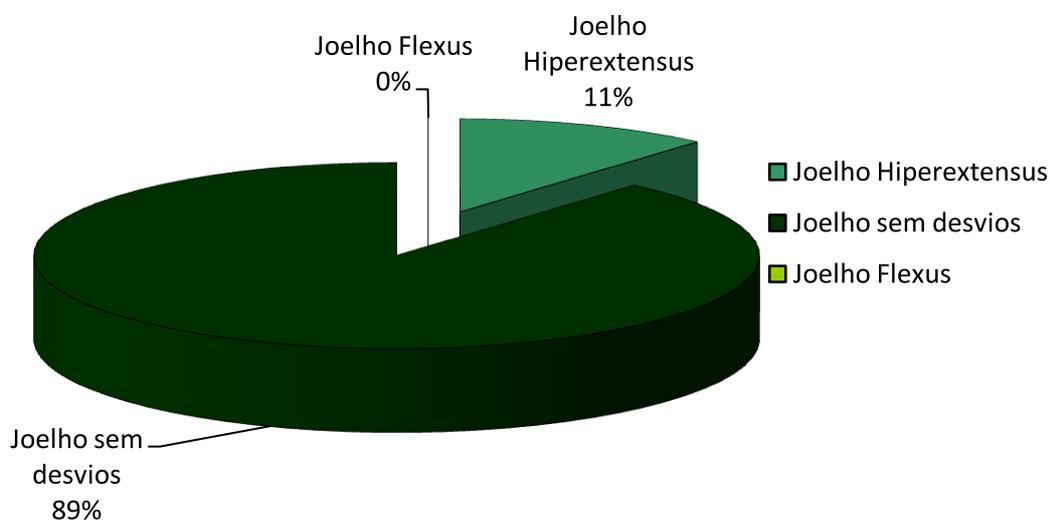


Figura 84 – Gráfico da posição do joelho no plano sagital das crianças das escolas

Verificamos a imagem do pé das crianças através do podoscópio, distinguindo o pé direito e o pé esquerdo e caracterizando a imagem obtida de acordo com a numeração da imagem na figura 85.



Figura 85 – Correspondência da imagem do pé no podoscópio

Na tabela 21 temos o total de registros da imagem plantar do pé da criança no podoscópio de acordo com o número da figura 85 separando o pé direito do esquerdo.

Relatório de Estágio

Tabela 21 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio

Podoscópio Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1	30	34.1	32	36,4
2	14	15.9	13	14.8
3	3	3.4	3	3.4
4	28	31.8	24	27.3
5	5	5,7	7	7,9
6	0	0.0	1	1.1
7	8	9.1	8	9.1

No gráfico de barras que se segue na figura 86 verificamos que na globalidade das crianças, o teste de manobra de Jack é incompleto. É de salientar que nestas escolas surgiram algumas crianças com manobra patológica, sendo indicativa de que as crianças necessitam de acompanhamento anualmente.

Manobra de Jack

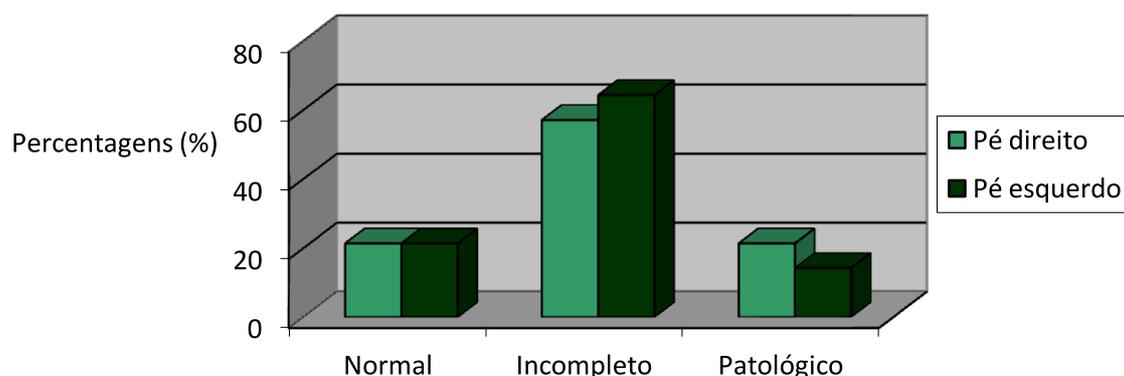


Figura 86 – Gráfico referente ao teste de manobra de Jack

Relatório de Estágio

No gráfico de barras da figura 87 verificamos que na totalidade das crianças elas eram capazes de se colocar em pontas realizando o teste com sucesso.

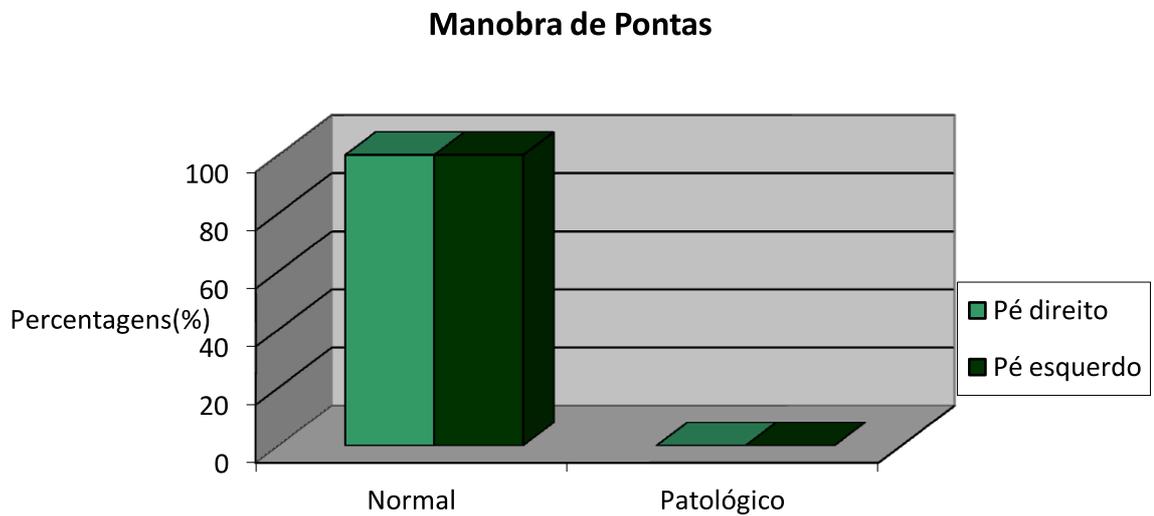


Figura 87 – Gráfico de manobra de pontas das crianças das escolas

Perante o gráfico da figura 88 verificamos que a posição do retro pé em valgo é a mais prevalente. Verificando-se que a posição neutra teve resultado nulo.

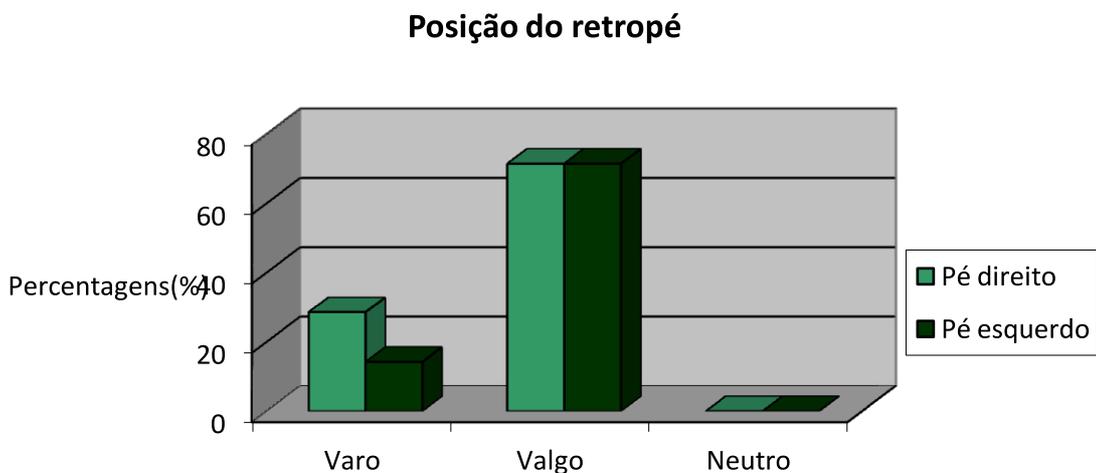


Figura 88 – Gráfico da posição do retro pé das crianças das escolas

Relatório de Estágio

Na figura 89, vamos observar diferentes tipos de possíveis imagens que podemos obter através da pedigrafia, e vamos fazer corresponder à pegada plantar obtida através da pedigrafia de cada criança um número desta mesma figura, a imagem que mais se identificar. Este processo foi realizado posteriormente, após ter sido realizado o rastreio identificaram-se as pedigrafias e fizeram-se corresponder à imagem.

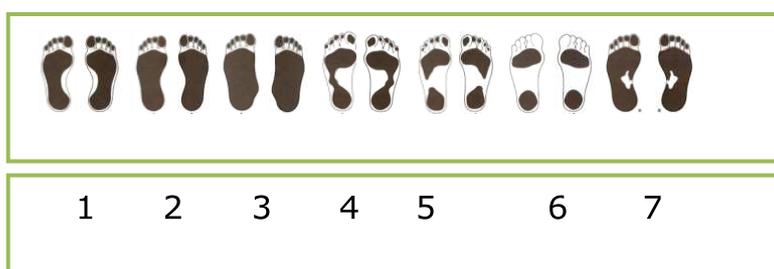


Figura 89 – Imagem das pedigrafias das crianças

Na tabela 22 quantificamos quantas crianças avaliamos com determinada pegada plantar obtida através de pedigrafia, separando o pé direito do pé esquerdo.

Tabela 22 – Número de crianças com determinada pedigrafia

Pedigrafia	Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
		Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1		25	28.4	25	28.4
2		15	17.0	17	19.3
3		4	4.6	5	5.7
4		33	37.5	31	35.2
5		6	6.8	4	4.6
6		0	0.0	1	1.1
7		5	5.7	5	5.7

Relatório de Estágio

Ao observarmos esta tabela verificamos que a pedigrafia que corresponde ao número quatro é a mais prevalente seguida do número um, já a que não teve significado foi a imagem da pedigrafia seis.

4.3 Centro Social Baltar

O centro social de Baltar, como podemos observar na figura 90, inclui dentro das várias valências dispõem de atividades de tempos livres (ATL), as crianças vão para este espaço para ter atividades educativas mas também lúdicas. Foi neste horário que realizamos o rastreio às crianças desta instituição. Sem retirarmos muito tempo às criança e às suas atividades, realizamos o rastreio com bastante interatividade com as crianças, foi realizado por etapas o que proporcionou uma relação mais próxima com as crianças, facilitando assim o processo de recolha de dados.



Figura 90 – Centro Social de Baltar – Paredes

Fonte: <http://www.igogo.pt/ji-do-centro-social-e-paroquial-de-baltar/>

Estivemos a realizar este rastreio por três etapas, avaliamos 123 crianças nos três dias que estivemos presentes. No rastreio

Relatório de Estágio

verificamos que sete das crianças apresentam hiperidrose que necessitava de ser tratada.

No gráfico circular da figura 91 podemos observar que a percentagem de rapazes e raparigas foi igual.

Os géneros das crianças do centro social de Baltar

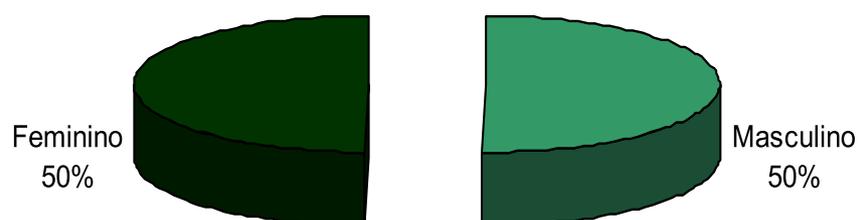


Figura 91 – Gráfico dos géneros no centro social de Baltar

No gráfico da figura 92 podemos observar que a idade que mais sobressaiu nesta instituição foram os cinco anos, logo seguidos das crianças de quatro anos.

Idades das crianças do Centro Social Baltar

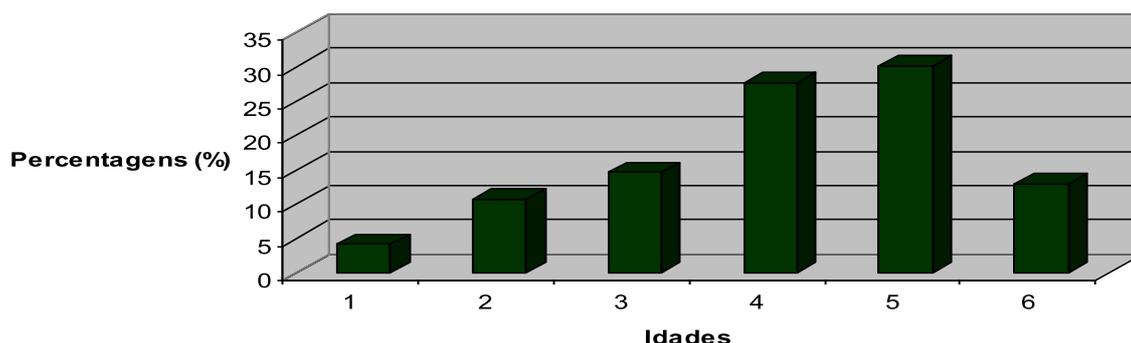


Figura 92 – Gráfico das idades das crianças do centro social de Baltar

Na figura 93 apresentamos o gráfico relativo a número do calçado que criança usa e qual a percentagem do número mais comum. O

número vinte e oito é o que apresenta maior percentagem, tendo os vinte sete e vinte e nove também muito próximos.

Número de Calçado das crianças do Centro Social Baltar

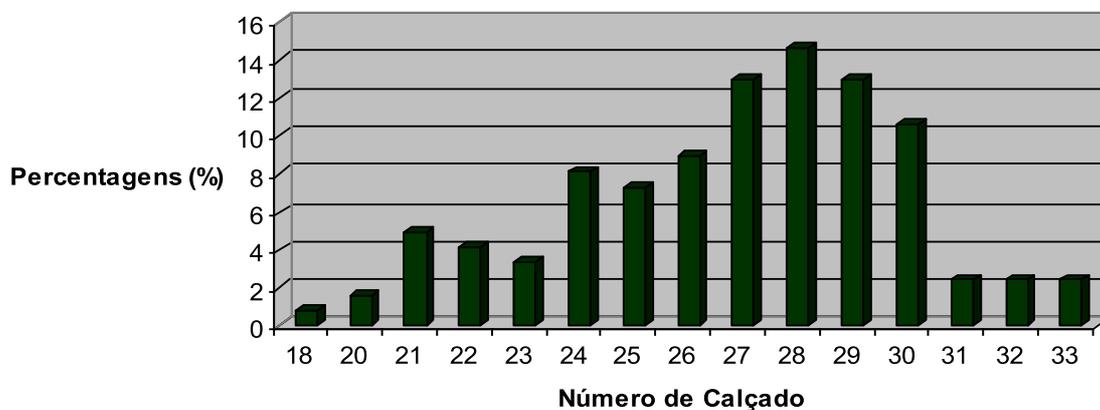


Figura 93 – Gráfico referente ao número de calçado das crianças do centro social de Baltar

Com a avaliação completa a fórmula do pé egípcio foi a mais prevalente, com uma percentagem de 67% nas crianças do centro social de baltar como podemos observar na figura 94.

Fórmula digital das crianças do centro social de Baltar

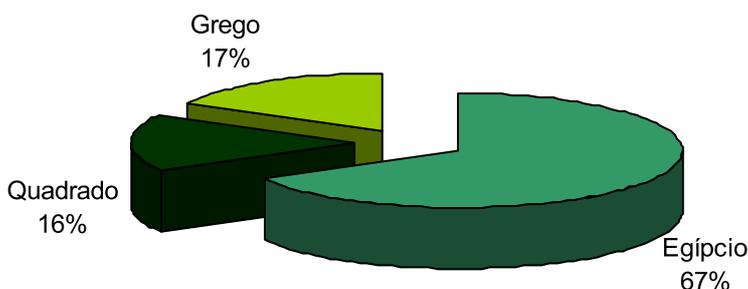


Figura 94 – Gráfico fórmula digital das crianças do centro social de Baltar

De seguida temos a tabela 23 que nos indica quais os pontos dolorosos e alterações estruturais que foram detetadas no decorrer do rastreio a estas crianças. Os pontos dolorosos e alterações estruturais mais detetados nestas crianças foram os dedos em garra e os hálux abductus valgus. Sendo que as alterações dérmicas não

Relatório de Estágio

foram detetadas em grande número, mas a nível de atingimento ungueal houve seis crianças que apresentavam onicomicose.

Tabela 23 – Alterações estruturais, pontos dolorosos e as alterações dérmicas e ungueais detetadas nas crianças do centro social de Baltar

Alterações estruturais e pontos dolorosos	Nº de crianças
HAV	6
DSA	4
DSD	4
Escafoide	1
HV	1
DG	11
DM	1
DIA	1
Hállux limitus	2
Hállux hiperextensus	1
Sindactilia	2
Alterações dérmicas e ungueais	Nº de crianças
Dermatomicose	1
Onicomicoses	6
Verrugas plantares	1
Onicocriptose	1
Onicogrifose	1
Hiperqueratoses	1

Na figura 95 apresentamos um gráfico referente à percentagem de crianças de acordo com a posição do joelho no plano frontal.

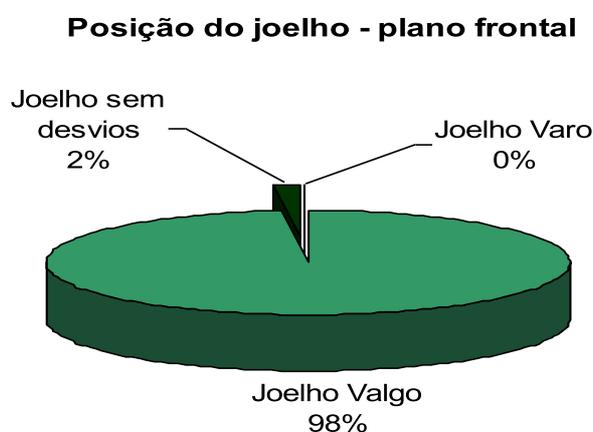


Figura 95 – Gráfico da posição dos joelhos das crianças do centro social de Baltar

Relatório de Estágio

Verificamos ao analisar o gráfico que a quase totalidade das crianças apresenta um joelho valgo, o que se justifica pela faixa etária que as crianças apresentam.

Quanto ao próximo gráfico circular é referente às percentagens da posição do joelho no plano sagital das crianças do centro social de Baltar como é possível de observarmos na figura 96.

Posição do joelho - plano sagital

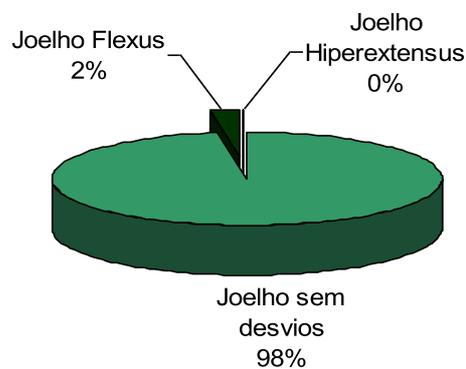


Figura 96 – Gráfico da posição do joelho no plano sagital das crianças do centro social de Baltar

Verificamos aqui também que o que acontece no plano frontal acontece também no plano sagital, a quase totalidade das crianças apresentam um mesmo padrão de joelho, neste plano as crianças na sua globalidade apresentam joelhos sem desvio.

Verificamos agora a imagem do pé das crianças através do podoscópio, distinguindo o pé direito e o pé esquerdo e caracterizando a imagem obtida de acordo com a numeração da imagem na figura 97.

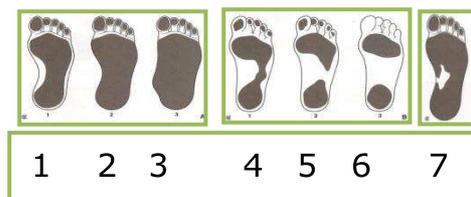


Figura 97 – Correspondência da imagem do pé no podoscópio

Relatório de Estágio

Na tabela 24 temos o total de registos da imagem plantar do pé da criança no podoscópio de acordo com o número da figura 93 separando o pé direito do esquerdo.

Tabela 24 – Número de crianças com a respetiva imagem no podoscópio

Podoscópio Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
	Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1	51	41.5	48	39.0
2	30	24.4	34	27.6
3	10	8.1	9	7.3
4	14	11.4	18	14.6
5	7	5.7	4	3.3
6	0	0.0	0	0.0
7	11	8.9	11	8.9

Verificamos perante esta tabela que a imagem que mais se observou no rastreio foi a primeira, o que nos indica que a maioria já começa na iniciação do ALI, logo de seguida observamos que o que mais vezes observamos foi a segunda imagem, ainda um pé plano apesar de já demonstrar que quer formar arco mas de uma forma muito primitiva e atrasada.

Seguidamente verificamos o teste da manobra de Jack na figura 98. Em que observamos que existe na totalidade uma manobra de Jack normal, desde já um bom prognóstico para os casos de pé plano.

Relatório de Estágio

Manobra de Jack

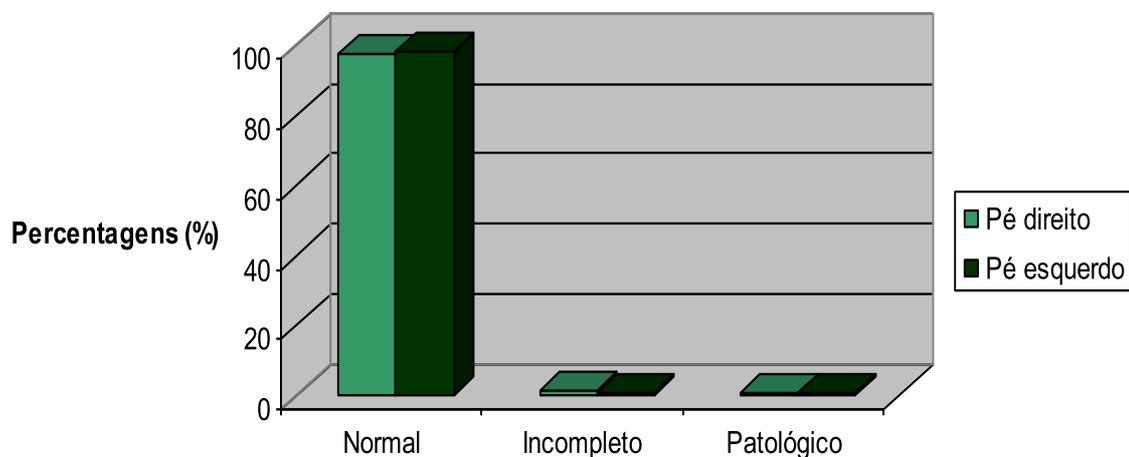


Figura 98 – Gráfico do teste das manobras de Jack aplicado às crianças do centro social de Baltar

O teste que se segue na figura 99 é o de manobra de pontas, aplicado igualmente às crianças do centro social de Baltar e obtendo um resultado de 100%, o que nos indica que todas as crianças conseguiram elevar o calcanhar, invertê-lo e reconfigurar o ALI

Manobra de Pontas

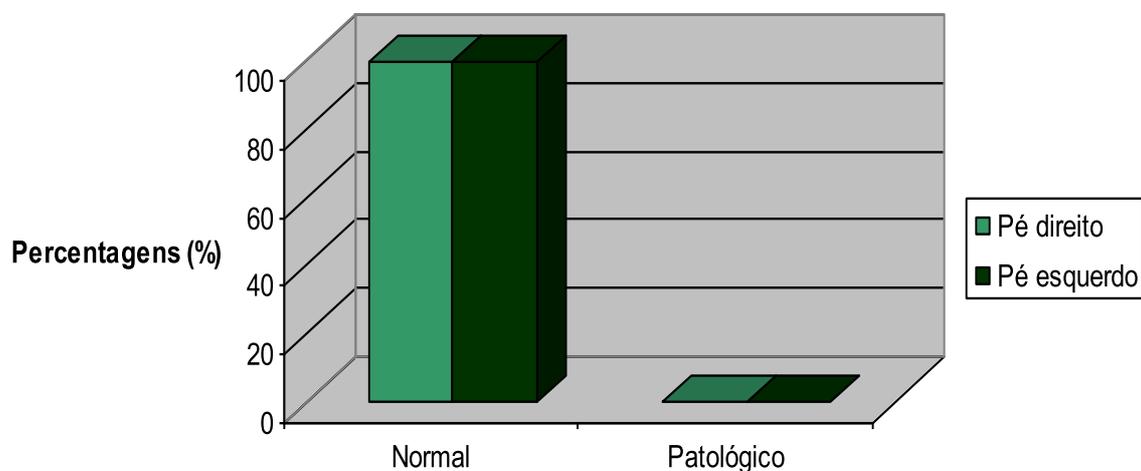


Figura 99 – Gráfico do teste das manobras de pontas aplicado às crianças do centro social de Baltar

Relatório de Estágio

Na figura 100 apresentamos o gráfico de barras referente à posição do retro pé avaliado às crianças do centro social de Baltar.

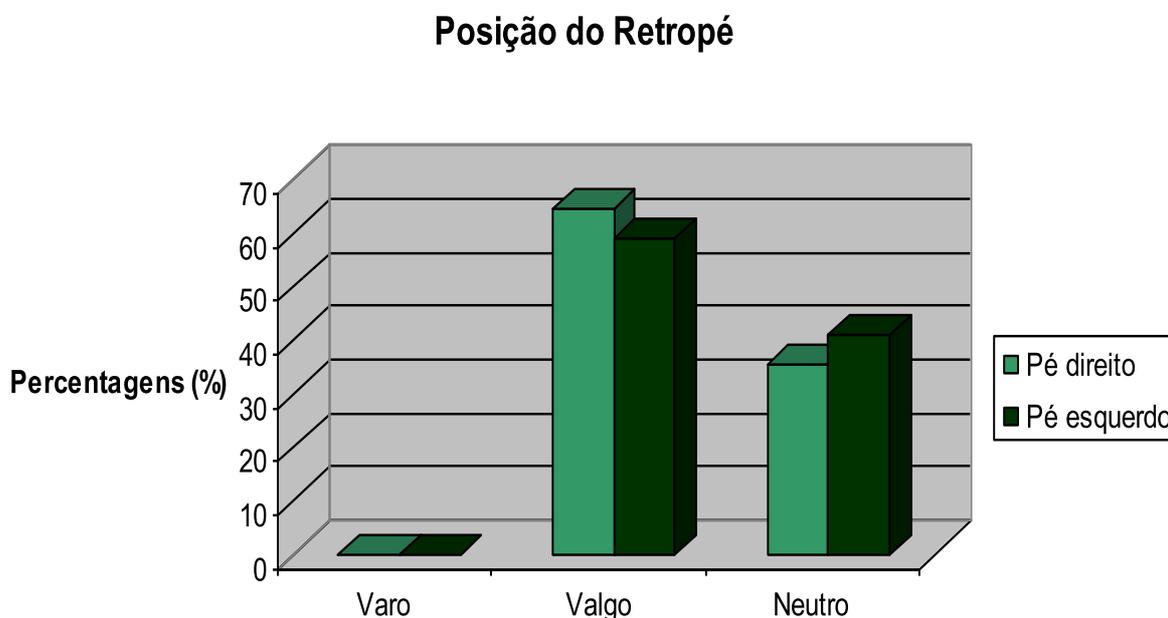


Figura 100 – Gráfico da posição do retro pé aplicado às crianças do centro social de Baltar

Perante este gráfico verificamos que existe uma prevalência de pé valgo, temos uma percentagem de 65%, no entanto também não podemos deixar de referir a percentagem de criança com posição de retro pé neutra que corresponde a 35%. Sendo que de posição em varo não registamos nenhum caso.

Na figura 101, vamos observar diferentes tipos de possíveis imagens que podemos obter através da pedigrafia, e vamos fazer corresponder à pegada plantar obtida através da pedigrafia de cada criança um número desta mesma figura, a imagem que mais se identificar.

Relatório de Estágio



Figura 101 – Imagem das pedigrafias das crianças

Na tabela 25 quantificamos quantas crianças avaliamos com determinada pegada plantar obtida através de pedigrafia, separando o pé direito do pé esquerdo.

Perante estes resultados observados na tabela, podemos verificar que a figura que mais vezes persiste é a número quatro, uma imagem considerada dentro da normalidade

Tabela 25 – Número de crianças com determinada pedigrafia

Pedigrafia	Figura nº	Pé direito		Pé esquerdo	
		Nº de crianças	Per. %	Nº de crianças	Per. %
1		4	23.5	8	47.1
2		3	17.6	3	17.6
3		0	0.0	0	0.0
4		10	58.8	6	35.3
5		0	0.0	0	0.0
6		0	0.0	0	0.0
7		0	0.0	0	0.0

Relatório de Estágio

Após a avaliação dos dados podemos verificar que em algumas variáveis não existiu uma coerência como por exemplo em relação à idade com a posição dos joelhos e a imagem do pé. Foi detetado durante a realização deste relatório. Isto aconteceu possivelmente porque no momento da reunião dos binómios para a união da informação recolhida relativamente às escolas não existiu um espírito crítico que alertasse para esse facto. Não sendo viável os relatórios circularem de mão em mão é importante alertar para a não valorização destes dados de uma forma estatística, e podendo ser considerado como um pré-teste que permite a correção de erros que foram detetados agora e que possibilitam que em actividades diferentes possam ser evitados, como o aglomerar de informação sem ter em atenção a idade, um espírito crítico no momento da reunião dos grupos que foram para as diferentes escolas realizar os rastreios.

5 Seminários

Os seminários fazem parte do estágio profissionalizante do mestrado, estivemos presentes em diversos.

Estes seminários foram uma forma de formação diferente e enriquecedora de conceitos e áreas distintas que nos alargaram os conhecimentos.

Os seminários decorreram no período letivo dos dois anos do mestrado e foram realizados na ESSVS, em dias pré-definidos. Estes eventos permitiram absorver informação nova, renovar conceitos e conhecer o estado de desenvolvimento da Podologia em diferentes países, de que são exemplo a Espanha e o Reino Unido.

O primeiro seminário ocorreu nos dias 4 e 5 de Fevereiro de 2011 teve lugar na ESSVS e foi dividem pelos períodos da manhã, das 9 horas às 13 horas e da tarde, das 14 horas às 18 horas.

Este seminário foi realizado por Dr. Simon K. Spooner PhD BSc que apresentou, no período da manha do primeiro dia, o funcionamento das ortóteses praticadas e aplicadas pelo próprio, abordando ainda a teoria da tensão dos tecidos. No período da tarde explicou como realizava os seus moldes, bem como funcionava a biomecânica das ortóteses plantares quais as alterações que sofriam e as suas prescrições.

No período da manha do segundo dia, demonstrou diferentes ortóteses para o retro pé. Evidenciou testes que se realizam em clínica para a prescrição de ortóteses plantares, como o caso do FPI-6 utilizado também por nos no PAPI. Durante o período da tarde foram estudados casos práticos, com realização dos seus moldes negativos bem como a explicação da sua confeção, tivemos também prática dos testes que foram explicados e praticamos em grupos.

Relatório de Estágio

No dia 7 de Abril de 2011 estivemos presentes no seminário relativo à cirurgia podiátrica, apresentado por Sebastian Gabriel Demoiny, DPM; este evento decorreu em período da tarde, entre as 15 horas e as 20 horas e aí foram abordados temas como o pé plano pediátrico, o pé boto e as suas opções de tratamento, entre a cirurgia e a utilização de gessos, para além da apresentação da cirurgia aplicada aos metatarsos e dedos na presença de alterações.

No período 8 – 9 de Abril de 2011 ocorreu o VI Congresso Nacional de Podologia, I Jornadas de Podiatria, cartaz presente na figura 102, organizado pela Associação Portuguesa de Podologia, teve lugar na Aula Magna da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto que, pela sua imponência demonstra a grande importância na organização deste congresso, que pode ser assumido, na globalidade como um marco que define um grande passo para a Podologia em geral e para a Podiatria, em especial.

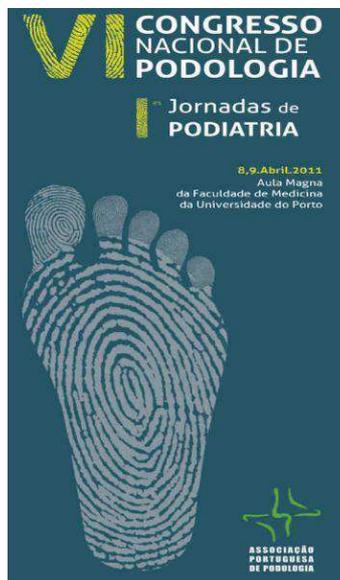


Figura 102 – Apresentação do cartaz do VI Congresso Nacional de Podologia – I Jornadas de Podiatria

Fonte: <http://www.nobrinde.com/pt/empresa/responsabilidade-social/vi-congresso-nacional-de-podologia-e-1as-jornadas-de-podiatria>

No período da manhã das 9 horas às 13 horas, assistimos a uma apresentação de Podoposturologia que incluiu a avaliação postural

Relatório de Estágio

geral, bem como a sua aplicação à área do desporto, tendo ainda sido apresentado um sistema teórico postural e as implicações podais na postura. No segundo bloco da manhã as apresentações foram direcionadas essencialmente para a biomecânica e as alterações das tibiais.

No período da tarde das 15 horas às 19 horas as apresentações foram destinadas para a Podiatria geriátrica e suas alterações e cuidados.

No dia 9 de Abril, o período da manhã foi dedicado à Podiatria Infantil; assistimos a apresentações de Neurologia Infantil, pela Doutora Maria Manuel Campos, neurologista no Hospital de São João e a uma apresentação de reumatologia infantil, pela professora doutora Iva Brito igualmente, reumatologista no Hospital de São João. Foi neste período da manhã que o protocolo de avaliação infantil PAPI, referido anteriormente, foi apresentado aos colegas por uma aluna do nosso mestrado em Podiatria Infantil.

No período da tarde das 15 horas às 19 horas a primeira mesa foi destinada á Diabetes e as suas repercussões. Na segunda mesa do período da tarde foi essencialmente orientado para as cirurgias, dedicadas a osteotomias offset – V e implantes da primeira articulação metatarso falângica

Nos dias 9 e 23 de Julho de 2011 estivemos presentes no seminário do Mestre Eduardo Merino realizado, igualmente, na ESSVS que, no dia 9 de Julho no período da manhã (das 9 horas às 13 horas) foi essencialmente direcionado para a teoria, enfatizando o facto da Podologia se poder basear na evidência e em princípios. No período da tarde foram abordados casos clínicos reais, aplicando a teoria à prática como temos o exemplo na figura 103; aqui, tivemos oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos sobre a

Relatório de Estágio

mobilização articular, a aplicação das bandas neuromusculares e as suas diferentes capacidades.



Figura 103 – Exemplo de aplicação banda neuromuscular

Fonte: <http://www.biolaster.com/blog->

No dia 23 de Julho tivemos a oportunidade de continuar com a aplicação dos conhecimentos adquiridos, e ainda tivemos uma amostra, uma pequena iniciação à eletroacupuntura, bem como à sua aplicação prática.

Outro dos seminários que presenciamos reportou-se à Calçadoterapia; decorreu nos dias 22 e 29 de Outubro de 2011, na ESSVS, foi apresentado pelo Professor Doutor Ricardo Moreira da Silva e teve início, no período da manhã (das 9 horas às 13 horas), com uma breve introdução relativa ao calçado, incluindo a sua história e alguns dados estatísticos sobre o calçado, a sua evolução e o seu estado atual. Foi apresentado o tipo de materiais utilizados na produção do calçado, designadamente os poliméricos. Referência para a breve explicação sobre o processamento do calçado, bem como os seus componentes e as suas partes constituintes, para além da classificação do calçado relativamente à segurança e às suas

Relatório de Estágio

diferenças com o calçado ocasional. No período da tarde, das 15 horas às 18 horas, assistimos à apresentação sobre o processo de produção de polímeros como a borracha, termoplásticos e o poliuretano, à caracterização dos componentes do calçado, aos ensaios que se realizam para avaliação de qualidade, bem como às análises de propriedades específicas como sejam as físico-mecânicas, as físico-químicas, as microbiológicas e as térmicas, entre outras.

No dia 29 de Outubro o seminário foi direcionado essencialmente para a relação existente entre a saúde e o calçado, para o conforto e sua definição, dependendo da sua utilização prática a variação do tipo de materiais e metodologia a aplicar na sua confecção.

Neste dia, no período da tarde, fomos alertados para os principais defeitos e qualidades do calçado, tendo sido realçada a primordial importância das substâncias que são utilizadas no seu fabrico e, dentro destas, as que podem ser nocivas.

Devemos ter bastante atenção ao tipo de calçado e a sua função.

Por fim, o último seminário a que assistimos foi apresentado pelo professor Roberto Pascual, nos dias 11 e 12 de Novembro de 2011, na ESSVS. O professor Roberto Pascual, docente na faculdade de Barcelona falou, no dia 11 de Novembro no período da manhã, sobre o pé plano infantil e apresentou um protocolo de exploração biomecânica infantil. Durante o período da tarde foi desenvolvida atividade prática, apreciando-se situações reais com crianças que vieram às instalações permitindo assim a demonstração das suas avaliações.

No dia 12 de Novembro durante período da manhã o tema do seminário incidiu sobre assimetrias infantis e as dores de crescimento. No período da tarde falou-se sobre alterações do caminhar, em especial do caminhar em intraversão, o seu diagnóstico e tratamento.

Relatório de Estágio

Durante este seminário houve ainda tempo para percebermos como esta a Podologia em Espanha, e que procedimentos são optados quando a consulta é para uma criança.

6 Conclusão

Após a realização do estágio profissionalizante, concluí que esta aprendizagem contribuiu muito para melhorar a minha formação.

O contacto direto com diferentes realidades, em diversas situações contribui em grande escala para compreender a dinâmica dos espaços e das pessoas. Revelou-se uma oportunidade para consolidar conhecimentos, lembrar outros, adquirir informação e conhecimento sobre diversas patologias.

Neste estagio também se criam elos de ligação e de conhecimentos que já foram uteis e preciosos no reencaminhamento dos doentes mas também na resolução de casos.

Este estagio permitiu assim uma vasta experiencia no meio hospitalar, percebendo qual a dinâmica profissional e pessoal dos profissionais de saúde, entendendo a relação existente entre o medico e o doente. Em clínica, na qual já tinha passado no momento da licenciatura, foi bastante agradável recordar este ambiente, entendendo já de uma forma diferente a postura e o local, revivendo assim os antigos erros e agindo de forma a corrigi-los.

Os rastreios também já não foram uma experiencia nova, mas o cuidado e o trabalho que se dedicou a estes foi mais intenso e com objetivo definidos e claros, permitindo assim aplicar um protocolo de avaliação infantil criado pelo nosso mestrado, com o objetivo de obter dados relevantes sobre a criança.

Em suma, este estágio revelou-se uma fonte bastante interessante de conhecimentos que permitiram alargar o campo de compreensão da realidade infantil tanto em meio escolar, como clínico e mesmo no meio hospitalar.

Relatório de Estágio

Este estágio permitiu uma maior autonomia a tomar decisões sobre situações difíceis, tendo mais consciência da responsabilidade de cada ação dos profissionais de saúde.

Foram cumpridos os objetivos propostos, que apesar de difíceis de concretizar, com a grande adesão por parte do grupo foram atingidos.

Iniciamos a participação da Podiatria Infantil no Dia Mundial da Criança, que já se repetiu no presente ano pelos colegas da edição seguinte, já com mais visibilidade.

Iniciamos os rastreios nas escolas, alertando para a importância do cuidado com os pés das crianças, que também foi um trabalho continuado pelos colegas.

É importante e necessário que se possa alargar o estágio em todas as áreas essencialmente em meio hospitalar, passando pelas diferentes especialidades para entendermos que podemos fazer parte de uma equipa multidisciplinar e não apenas sozinhos, permitindo assim um melhor serviço de saúde prestado á criança.

7 Bibliografia

- Azulay, R. D., Azulay, D. R., & Azulay-Abulafia, L. (2008). *Dermatologia* (5ª ed.). Rio Janeiro: Guanabara Koogan S.A.
- Collange, L. A., Franco, R. C., Esteves, R. N., & Zanon-Collange, N. (2008). Desempenho funcional de crianças com mielomeningocele. *Fisioterapia e pesquisa*, 15, 58-63.
- Denes, F., Souza, N., & Souza, A. (2006). Afecções testiculares: diagnóstico e tratamento. Retrieved 29 de Maio 2012, from http://www.projetodiretrizes.org.br/6_volume/01-AfecoesDiagn.pdf
- Filho, M. Z., & Calado, A. A. (2010). Refluxo vesicoureteral. In Planmark (Ed.), *Urologia Fundamental*. São Paulo.
- Fischbach, F., & Dunning, M. B. (2005). *Manual de Enfermagem - Exame laboratoriais diagnósticos* (7ª ed.). Rio Janeiro: Guanabara Koogan
- Fuente, J. L. M. d. I. (2003). *Podologia General Y Biomecánica* Barcelona: Masson, S.A.
- G. Resende, C. M., Nascimento, V. F. d., & Leite, J. M. R. S. (2005, Jan/Mar). Eficácia da toxina botulínica tipo-A associada a fisioterapia em uma criança hemiplégica espástica. *Revista Neurociências* 13, 17-20.
- Gutiérrez, M. O. (2010). Astrágalo vertical congênito. *Ortho-tips*, 6(4), 235-242. Retrieved from <http://www.medigraphic.com/pdfs/orthotips/ot-2010/ot104f.pdf>
- Lima, R. L. d. O., Silva, M. C. P. d., Cervan, M. P., & Costa, R. F. d. (2008). Acondroplasia: revisão sobre as características da doença. *Arq Sanny Pesq Saúde*, 1(1), 83-89.
- Maidana, E., González, R., Júnior, L. A. S. d. M., & Souza, L. B. d. (2005). Ceratite infecciosa em crianças: estudo microbiológico e epidemiológico em um hospital universitário de Assunção - Paraguai. *Arq Bras Oftalmol*, 68, 828-832.
- Neves, F. d. S., Moraes, J. C. B. d., & Gonçalves, C. R. (2006). Síndrome de Behçet: à Procura de Evidências. *Rev Bras Reumatol*, 46, 21-29.
- Oliveira, S. K. F., & Azevedo, E. C. L. (2011). *Reumatologia pediátrica* (2ª ed.). São Paulo: Revinter.
- Pelser, P. (2010). Controversies in the management of tibial plateau fractures. *SA Orthopaedic Journal Spring*, 75-82.
- Pinho, P. J., Pinto, A. L., & Monteiro, V. (2006). Síndrome Fetal-alcoólico: Perspectiva do Psicólogo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(2), 271-285.
- Rêgo, C. M. B. S. S. (2008). *Obesidade em idade pediátrica: marcadores clínicos e bioquímicos associados a comorbilidade*. Porto: T. Nunes, Lda.
- Reumatologia, S. P. d. (2001). Sociedade Portuguesa de Reumatologia. from <http://www.spreumatologia.pt/#2012-07>
- Rodrigues, C. E. M., Gadelha, C. S., Nobre, C. A., Callado, M. R. M., Vieira, R. M. R. d. A., & Vieira, W. P. (2009). Retinite por citomegalovirus (CMV) após terapia imunossupressora para vasculite leucocitoclástica. *Rev Bras Reumatol*, 49(1), 64-69
- Valle, S. O. R., França, A. T., Campos, R. A., & Grumach, A. S. (2010). Angioedema hereditário. *Rev. bras.alerg.imunopatol.*, 33, 80-88.

Anexos

Relatório de Estágio

ANO LECTIVO: 2014/2017



ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
DO VALE DO DOUSA

REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Testado Podiatria Infantil ANO: 2º ano
 UNIDADE: Estagio Profissionalizante
 CURRICULAR: _____
 LOCAL: Unidade Clínica de Vila Nova de Famalicão
 INÍCIO: 02/03/2011 FIM: 1/1
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: Podologia Infantil
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): Suzana da Conceição Brito Cabral
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): Manuel Azevedo Portela

DATA	HÓRA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
02/03/2011	14h00-19h00	<i>Suzana</i>	<i>Manuel</i>	/ /	/		
23/10/2011	15h00-12h00	<i>Suzana</i>	<i>Manuel</i>	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.: _____

O(A) MONITOR(A)

Manuel Portela

Gaivosa, 23/10/2011

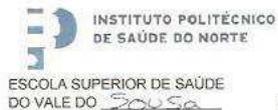
O(A) SUPERVISOR(A)

Gaivosa

10/07/2012

Relatório de Estágio

ANO LECTIVO: 2011/2012



REGISTO DE PRESENCAS

CURSO: Mestrado de Psicologia Infantil ANO: 2011
 UNIDADE: _____
 CURRICULAR: Estágio Profissionalizante
 LOCAL: Paróquia Infância de Igreja - Agrup. Escolas de Custelo
 INÍCIO: 10/05/2011 FIM: 10/05/2011
 ESPECIALIDADE/SERVIÇO: _____
 NOME ALUNO(A) (Nome completo): Susana do Carmo Brito Góes
 ORIENTADOR(A) (Nome completo): Helena Miguel Oliveira

DATA	HORA ENTRADA/SÁIDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SÁIDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
10/05/2011	09h11/3h00		Celina Costa	/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.:

O(A) MONITOR(A)
Gauden 20/10/7/2011

O(A) SUPERVISOR(A)
Celina Cristina Sá e Costa
Gauden 20/10/7/2011

Relatório de Estágio



ANO LECTIVO: 2011 2012

REGISTO DE PRESENÇAS

CURSO: Matrão - Pedagogia Infantil ANO: 2º Ano

UNIDADE CURRICULAR: Estágio Profissionalizante

LOCAL: Hospital S. João

INÍCIO: 27 10 2011 FIM: 06 10 2011

ESPECIALIDADE/SERVIÇO: Hospital S. João / Pedagogia

NOME ALUNO(A) (Nome completo): Susana Cabral

ORIENTADOR(A) (Nome completo): Prof. Dr. Fátima

DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)	DATA	HORA ENTRADA/SAÍDA	ASSINATURA ALUNO(A)	RÚBRICA DO(A) MONITOR(A)
29/6/11	08 / 14			/ /	/		
30/6/11	08 / 14			/ /	/		
1/7/11	08 / 14			/ /	/		
4/7/11	08 / 14			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		
/ /	/			/ /	/		

Obs.:

O(A) MONITOR(A)

19
Set
11

O(A) SUPERVISOR(A)

Guedes, 20 10 2011

IE 94A/01

FOLHA Nº _____

Anexo II Registo de Presenças em Seminários



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana da Loureira Brito
Cabral do 2º ano do Curso de Plastado de
Podologia Têxtil portador do B.I.C.C. nº 12646784 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 05/02/2011 das
9:00 às 18:00 horas, no _____ Seminário
Biomecânica - Langer, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Cotégio Profissionalizante
Gondra 05/02/2011
(Local e Data)


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

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

Gondra 18/7/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO VALE DO SOGA
Hilda Gonçalves

Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana da Conceição Brito Cabral, do 2º ano do Curso de Mestrado em Ciências da Saúde, portador do B.I/CC. nº 12646784 emitido em 1/1 do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 07/04/2011 das 14:00 às 19:00 horas, no Seminário Cirurgia, realizado no âmbito da Unidade Curricular Catálogo Profissionalizante, em Gandra, 07/04/2011
(Local e Data)

O Secretário de Curso
Instituto Politécnico de Saúde do Norte
DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

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

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

O Secretariado de Curso
Instituto Politécnico de Saúde do Norte
DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

IE 51A/01

Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana de Conceição Brito
Cabral do 2º ano do Curso de Atendimento de Pedagogia
Infantil portador do B.IICC. nº 12646784 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____ esteve presente no dia 07/04/2011 das
14.00 às 19.00 horas, no Seminário
Cirurgia realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Gondre 18/07/2012
(Local e Data)



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

Gondre 18/07/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso



Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana da Lourenço Brito
Cabral, do 2º ano do Curso de Psicologia
Infantil, portador do B.I/CC. nº 12646784 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 09/04/2011 das
9:00 às 19:00 horas, no Seminário
VI Congresso de Psicologia e I Jornadas Psicológicas realizado no
âmbito da Unidade Curricular Atuação Profissionalizante

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


Instituto Politécnico
Saúde do Norte
PR. 12.03.0001 DE SAÚDE DO N.º DE 2008

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

Guimarães, 18/07/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
PR. 12.03.0001 DE SAÚDE DO N.º DE 2008

Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana de Loureira Brito
Labral do 2º ano do Curso de Plastado Podológico
Diploma portador do B.I.C.C. nº 12646784 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 09/07/2011 das
9:00 às 18:00 horas, no Seminário
Bandas Neuromusculares, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio Profissionalizante

Gandra, 09/07/2011
(Local e Data)

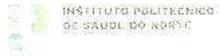


A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

Gandra, 13/07/2011
(Local e Data)



Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana da Louçã
Brito Gabriel, do 2º ano do Curso de Mestrado em Pedagogia
Infância, portador do B.I.C.C. nº 12646784 emitido em 1/1
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 23/07/2011 das
9:00 às 18:00 horas, no Seminário
Manipulação e Mobilização do Reumato Tensional, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio profissionalizante

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

7/0 Docente,

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

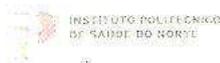
A presente declaração é confirmada e autenticada com o carimbo em uso no Secretariado de Curso.

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

O Secretariado de Curso

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

Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Suzana de Conceição
Brito Casnel, do 2º ano do Curso de Plastado Podiatras
Infantil, portador do B.I/CC. nº 12646784 emitido em 1/1/11
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 29/10/2011 das
9:00 às 18:00 horas, no Seminário
Calcutonopias, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio profissionalizante

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


Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE

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

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

O Secretariado de Curso

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE
Áurea Gonçalves

Relatório de Estágio



DECLARAÇÃO DE PRESENÇA EM SEMINÁRIO

Para os devidos efeitos declaro que o aluno Susana da Lourença Brito Cabral
do 2º ano do Curso de gestão Pedagógica
Técnica portador do B.I./CC. nº 12646784 emitido em 1/1/
do Arquivo de Identificação de _____, esteve presente no dia 12/11/2011 das
9:30 às 18:30 horas, no Seminário
Ortopediatria, realizado no
âmbito da Unidade Curricular Estágio profissionalizante
Gandaa 12/11/2011
(Local e Data)


O presente.
Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE

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

Gandaa 18/11/2012
(Local e Data)

O Secretariado de Curso

Instituto Politécnico
Saúde do Norte
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DO NORTE

IL51491