

revistapodologia .com

Nº 1 - Abril 2005

**Primeira
Revista Digital
de Podologia
Gratuita**





Instrumentais podológicos finos e produtos inovadores para o ramo da saúde dos pés, para fazer intervenções mais simples e eficazes.

Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - São Paulo - Brasil



Inst. p/ Manicures



Tesouras, mathie, castroviejo, pinças, etc.



Dapen inox



Bandejas Inox

Cabos para lâminas descartáveis



Estamos cadastrando distribuidores. Telfax: (#55-11) 3906-0273 / 3909-7519 - thimon@uol.com.br

revistapodologia .com

revistapodologia.com n° 1
Abril 2005

Directora científica: Pdga. Márcia Nogueira
Director comercial: Alberto Grillo.

Colaboradores:

Pdgo Armando Bega. **Brasil**
Pdga. Miriam Mesa. **Cuba**
Dr. Alberto Quirantes Hernández. **Cuba**
Dr. Leonel López Granja. **Cuba**
Dr. Vladimir Curbelo Serrano. **Cuba**
Dr. José A. Montano Luna. **Cuba**
Dr. Pedro Machado Leyva. **Cuba**
Dr. Alberto Quirantes Moreno. **Cuba**
Pdga. Márcia Nogueira. **Brasil**
Pdga. Susana Del Carmen y Alumnas:
Alessandra Lourenço Maluf, Dolores
Correia, Léia Mendonça, Rosana
Prudente y Vânia Mendonça. **Brasil**
Pdgo. Luíz López López. **España**
Pdga. Miriam Barcia Seoane. **España**
Pdga. Maria Eugenia Amado Vázquez. **España**
Lic. Carlos Alberto Romero. **Argentina**
Pdga. Jessica Palomino Regalado. **Perú**
Dr. Abnel Alecrim Andrade. **Brasil**

Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Novo tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - San Pablo - Brasil.
www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

La Editorial no asume ninguna responsabilidad por el contenido de los avisos publicitarios que integran la presente edición, no solamente por el texto o expresiones de los mismos, sino también por los resultados que se obtengan en el uso de los productos o servicios publicitados. Las ideas y/u opiniones vertidas en las colaboraciones firmadas no reflejan necesariamente la opinión de la dirección, que son exclusiva responsabilidad de los autores y que se extiende a cualquier imagen (fotos, gráficos, esquemas, tablas, radiografías, etc.) que de cualquier tipo ilustre las mismas, aún cuando se indique la fuente de origen. Se prohíbe la reproducción total o parcial del material con tenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.

Caros leitores

Sabendo da importância da globalização na troca de informações, visando acima de tudo o aprimoramento e desenvolvimento da podologia no mundo, surge a RevistaPodologia.com, Primeira Revista Digital Gratuita de Podologia, onde haverá o acesso integral e irrestrito dos profissionais às últimas novidades na área da saúde e a estética dos pés.

O profissional terá a oportunidade de interagir com matérias, produtos, fornecedores, eventos e até mesmo com outros profissionais, ou seja, através da internet estará se atualizando e aprimorando seus conhecimentos.

Modernização, praticidade, resultados e novos conhecimentos são as palavras-chave para os profissionais, nossos internautas, que compreendam e apoiem esta proposta.

Agradecemos mais uma vez a todos os leitores, empresas e amigos que nos ajudaram a dar mais esse importante passo.

Até nosso segundo, entre outros, encontros na red !

A direção

ÍNDICE

<i>A nova podologia</i>	6
<i>Abordagem podológico e fisioterápico de um hallus abducto valgus post cirúrgico</i>	10
<i>Leprosia sem preconceito</i>	14
<i>A qualidade de vida do paciente diabético</i>	15
<i>Orteses na podologia</i>	24
<i>Princípios físicos aplicados à confecção de ortese plantares</i>	27
<i>Como vemos a podologia</i>	28
<i>Introdução a Reflexologia</i>	29

Linha Ureadin de Hidratantes

Hidratação Efetiva

- Para peles que necessitam de maior hidratação.
- Ação descamativa, antipruriginosa e antiinflamatória.^{1,2}
- Aroma suave e agradável.
- Controle da pele seca nos pés diabéticos.³



Referências - 1. Raab W. Biological functions and therapeutic properties of urea. J. App. Cosmetol 15: 115-123 (Oct-Dec1997). 2. Swanbeck G. Urea in the treatment of dry skin. Acta Derm Venereol Suppl (stockh). 1992; 177:7-8. 3. Pham HT et al. A prospective, randomized, controlled double-blind study of a moisturizer for xerosis of the feet in patients with diabetes. Ostomy Wound Manage. 2002 May; 48(5):30-6.

Minibula

Ureadin uréia loção 10% 0,1g/mL; creme 20% 0,2g/g. **Indicações:** emoliente e hidratante tópicos para o tratamento da pele seca e áspera, hiperqueratose, ictioses (palmar e plantar) e eczemas. Ureadin 20 tem ação queratolítica e pode ser usado em calosidades e áreas rugosas de mãos, cotovelos, joelhos e pés. **Contra-indicações:** hipersensibilidade aos componentes da fórmula. Reações adversas: pode ocorrer vermelhidão ou irritação local (caso ocorra, interromper o uso). Precauções: exclusivamente para uso externo; não permitir contato com os olhos ou utilizar nas áreas próximas a estes (caso isso ocorra, lavar com bastante água); evitar contato com mucosas; não aplicar sobre áreas com fissuras ou lesões, para evitar ardência (caso isso ocorra, interromper o uso). Interações medicamentosas: não há relatos, desde que utilizado de maneira tópica e adequada. Posologia: aplicar uniformemente sobre áreas ressecadas da pele, 2 a 3 vezes ao dia. USO PEDIÁTRICO OU ADULTO. Registro no MS.: 1.0181.0385 / 1.0181.0419. SIGA CORRETAMENTE O MODO DE USAR. NÃO DESAPARECENDO OS SINTOMAS, PROCURE ORIENTAÇÃO MÉDICA. Material destinado à profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

 ISDIN

 Medley

 S.I.M.
0800 130666
www.medley.com.br

A Nova Podologia.

Profesora Pdga. Susana Del Carmen y Alumnas: Alessandra Lourenço Maluf, Dolores Correia, Léia Mendonça, Rosana Prudente y Vânia Mendonça. **Brasil.**

Vantagens da utilização da auriculoterapia na podologia para tratamento de alguns tipos de podopatias..

A auriculoterapia pode complementar a podologia, principalmente acelerando o processo de cura dos pacientes e promovendo a analgesia do local tratado, devido aos estímulos auriculares.

Segundo o médico francês Dr. Paul Nogier, a auriculoterapia promove a vasodilatação na área correspondente ao do estímulo, ocorrendo o aumento do aporte de sangue, conseqüentemente uma melhor oxigenação do tecido, facilitando a saída de resíduos, proporcionando uma melhora mais rápida.

Sobre os tratamentos feitos pela equipe de Podólogas com a utilização da auriculoterapia.

Objetivos:

1º - Promover analgesia no local da lesão (onicriptose com granuloma), para que o procedimento de espiculotomia seja realizado sem provocar dor e trauma nos pacientes.

2º - Melhorar a oxigenação na lesão para que ocorra uma cicatrização mais rápida e eficaz

PRIMEIRO CASO:

Paciente de 21 anos do sexo masculino, apresentou um caso de onicriptose nas faces M e L do hálux D. **Foto 1**

Procedimentos:

Após procedimento de auriculoterapia, para analgesia do local, foi realizada a assepsia no pé do paciente e espiculotomia, nas duas faces do hálux D. **Foto 2**

Conclusão:

1º - Durante os procedimentos de assepsia e espiculotomia, o paciente relatou que a dor no local havia diminuído consideravelmente, o que proporcionou uma maior eficácia na retirada da espícula.

2º - Após quase duas semanas, não havia lesão infecciosa no hálux, pois com a ajuda da auriculoterapia foi observado uma cicatrização mais rápida do tecido lesionado.

SEGUNDO CASO:

Paciente adolescente de 16 anos do sexo masculino, possui onicriptose com granuloma piogênico, nas faces M e L do hálux E e, na face L do hálux D, relata algia intensa nos hálux, provocando claudicação na deambulação do paciente, com conseqüente alteração da marcha. **Foto 3**

Procedimento: 14/10/2004

Após procedimento de auriculoterapia, para analgesia do local, foi feito a assepsia nos pés e espiculotomia, nas duas faces do hálux E e, na face L do hálux D. **Foto 4**

Procedimento: 17/10/2004

Paciente ainda estava com os pontos de estímulo referentes ao tratamento auriculoterápico, para analgesia do local, foi feito a assepsia nos pés, espiculotomia total, na face hálux D e colocação de CO (curativo oclusivo), com aplicação de cimento cirúrgico.

Fotos 5, 6, 7 e 8.

Procedimento: 25/10/2004

Foi reaplicada a auriculoterapia, para analgesia do local, foi feito a assepsia nos pés e colocação de CO com aplicação de cimento cirúrgico.

Obs.: Paciente já estava fazendo tratamento com antibiótico prescrito por um médico.

Fotos 9 e 10.

Considerações até a data 25/10/2004:

1º - Durante os procedimentos de assepsia e espiculotomia, o paciente relatou que a dor no local, durante os procedimentos, havia diminuído consideravelmente, o que proporcionou uma maior eficácia no tratamento da retirada das espículas.

2º - A partir do 3º dia de tratamento, já podemos observar uma melhor aparência dos tecidos lesionados, diminuição do edema e do eritema e o início do processo de regressão dos granulomas.

Observações:

1 - Paciente apresentou melhora (segundo familiares), comportamental, após o início do trata-

mento com auriculoterapia.

2- Desde o primeiro procedimento, no dia 14/10, o paciente foi orientado a consultar um médico, para tratamento sistêmico, uma vez que a lesão estava bastante infeccionada.

Tratamento em andamento.

14/10/2004 **Foto 15**

25/10/2004 **Foto 16.**



Foto 1 - 31/08/2004



Foto 3 - 14/10/2004



Antes - 31/08/2004



Depois - 3/09/2004



Foto 2 - 13/9/2004



Foto 4 - 14/10/2004
Espiculoectomia na face L do hallux D.



Foto 5 - 17/10/2004



Foto 6 - 17/10/2004



Foto 7 - 17/10/2004
Espiculoectomia na face L do hallux D.



Foto 8 - 17/10/2004
Aplicação do cimento cirúrgico.



Fotos 9 e 10 - 25/10/2004



Foto 11 - 14/10/2004



Foto 12 - 25/10/2004

Primeira Turma de Podologia, formada no Senac/Campinas com especialização em Auriculoterapia

Curso ministrado pelo professor Thiago Nishida, Fisioterapeuta, acupunturista, auriculoterapeuta e docente do SENAC/Campinas.

Principal Objetivo: Proporcionar analgesia nas áreas reflexas dos pés, para o tratamento de

determinados tipos de podopatias, promovendo um tratamento com considerável diminuição da algia, mais eficaz e sem traumas.

Duração do Curso: 32 horas

Conteúdo do Curso: História da auriculoterapia; Anatomia auricular; Relação do pavilhão auricular com o corpo; instrumentação; indicações e contra indicações e tratamento de patologias e vícios. ▣



Rosana Prudente,
Alessandra Lourenço,
Prof. de podologia
Susana Del Carmen
Prof. de
auriculoterapia
Thiago Nishida,
Dolores Correia,
Vânia Mendonça
e Léia Mendonça.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

O tratamento com **HomeoPast** além de preventivo, elimina asperezas e fissuras já existentes.



HomeoPast

○ LEGÍTIMO CREME PARA FISSURAS!

Altamente Hidratante e Cicatrizante
Contém Extratos de Plantas Medicinais

**MANTÉM OS PÉS
SEMPRE LISINHOS**

Ideal no tratamento de fissuras (principalmente calcanhar). Hidrata a pele de regiões ressecadas, como cotovelos, mãos e pés.



UM DESCANSO PARA OS PÉS



Loção Hidratante c/ Mentol

Hidratante c/ Cera de Abelha e Silicone

Gel Hidratante Calmante

Creme para Fissuras

Amolecedor de Cutículas

Loção Emoliente

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.

Distribuídos por:

HomeoMag
PODOLOGIA ESTÉTICA

Telefax.: (0**11)

6163-5363-6215-0070

www.homeomag.com.br

atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

Abordagem Podológica e fisioterápica de um hallux abducto valgus pós- cirúrgico.

Luíz López López, Miriam Barcia Seoane y Maria Eugenia Amado Vázquez. **España.**

Introdução:

O hallux abducto valgus (HAV) e, junto com o pé plano, a deformidade mais freqüente do pé.

Existem muitas teorias a respeito da sua etiologia, mas a maioria dos autores coincidem na co-existência de dois fatores²:

- Intrínsecos ou condicionantes: fatores congênitos, combinação de ante pé egípcio e index minus (Viladot e cols.)
- Extrínsecos ou desencadeantes: calçado^{3,4}

Esta complexa entidade caracteriza se por uma abdução e rotação externa do primeiro dedo e uma abdução e rotação interna do primeiro metatarsiano^{5,6} (tomando como referência à linha medial corporal).

Estas alterações geram um verdadeiro "caos biomecânico" ao nível do primeiro radio, que acompanha diversas manifestações clínicas entre elas a dor.

Este sintoma de difícil avaliação, não é constante em todos os casos nem no processo todo e é atribuído, em muitos casos, ao roçar da exostose com o calçado.

Sua localização varia em função do grau do hallux nos estágios iniciais pode aparecer como metatarsalgia ao nível dos metatarsianos centrais e à medida que aumenta a deformidade, vai para a face medial da articulação metatarsofalângica do primeiro dedo.²

A dor é o primeiro parâmetro da indicação cirúrgica do quadro. Existem perto de 100 técnicas cirúrgicas para o HAV⁵, muitas destas já perimidas. Uma alternativa para as técnicas cirúrgicas tradicionais, que está começando a ter muita popularidade, e a utilização de implantes.

A sua colocação tem 4 objetivos principais⁶:

- Diminuição o extinção da dor.
- Conseguir uma mobilidade normal da articulação.
- Manter a estabilidade estrutural da articulação.
- Conseguir uma boa aparência estética.

Os implantes utilizados ao nível da primeira articulação metatarsofalângica podem ser de 3 tipos⁶:

- Hemi-implantes: geralmente metálicos
- Implantes totais em bissagra: feitos de materiais flexíveis
- Implante de dois componentes: são os mais recentes e foi o tipo utilizado no caso clínico que descreveremos em continuação.

Caso Clínico

Descrição do caso:

Paciente de 56 anos, intervenção cirúrgica para a correção de um hallux valgus direito num Serviço de Traumatologia; o principal parâmetro da indicação cirúrgica foi o elevado grau de dor, que impedia o desenvolvimento das atividades diárias.

A paciente relata uma piora do quadro após a cirurgia (aumento da dor, diminuição da mobilidade articulação metatarsofalângica do primeiro dedo); vai novamente a consulta médica e efetuasse uma nova intervenção, utilizando desta vez uma prótese de dois componentes.

Fig. 1 e 2.

Após esta segunda intervenção começa nossa atuação no caso.

Valorização funcional:

Desta valorização funcional efetuada destacam se os seguintes pontos:

A- Valorização estática em carga:

- a.1 Plano frontal: retro pé neutro bilateral.
- a.2 Plano transversal (obliquo) - visão plantar: valorização da pisada plantar.

Apresenta as seguintes alterações:

- Ausência de apoio do primeiro dedo do pé direito.
- Falta de apoio do istmo do pé direito.

- Falta de apoio dos dedos menores do pe direito.
- Sobrecarga metatarsal (II, III, IV metatarsianos) do pe esquerdo. **Fig. 3.**

B- Valorização em descarga:

b.1 Valoração da pele: apresenta uma cicatriz queleide de 5 cm, situada no dorso do primeiro segmento digito - metatarsiano; as propriedades mecânicas da pele na zona da cicatriz estão afetadas (diminuição da elasticidade extensibilidade; presença de aderências). **Fig. 4.**

Edema que abarca toda a extensão do primeiro dedo.

b.2 Valorização articular:

- Hiperrmobilidade da primeira articulação metatarsofalangica do pe direito.
- Diminuição do recorrido articular da interfalangica do mesmo dedo

b.3 Valorização muscular

- Atrofia e diminuição da força dos flexores e extensores do hallux. A força destes será valorizada mediante as provas descritas por Kendall⁷ e objetivadas segundo a escala de Daniels⁸.

- Flexor curto: 4
- Extensor curto: 3 +

- Flexor longo: 4
- Extensor longo: 4 -

- Falta da função do abdutor e do adutor do primeiro dedo.

C- Valorização dinâmica:

As alterações que a seguir são enumeradas estão determinadas pela presença de uma dor lacerante (forte) no primeiro dedo ao realizar propulsão desde o chão.

- Diminuição do tamanho do passo
- Diminuição do grau de pronação dinâmica do pe direito, para evitar o contato do primeiro dedo com o chão.

Tratamento podológico

Neste paciente para o seu tratamento ortopedico de Hallus Abducto Valgus pós- cirúrgico colocamos 4 objetivos básicos:

1. Controle da pronação ao nível do ante pe
2. Devolver a funcionalidade mecânica alterada no segmento digitometatarsal
3. Restaurar o correto apoio plantar, descarregando os pontos críticos da pisada
4. Facilitar a propulsão

Optamos pela confecção de um suporte plantar com prolongação tipo Morton feito em resinas

CURSOS PODOLOGIA nível Básico

Mag Estética
Beleza feita com Arte

CONTEÚDO PRÁTICO E ATUAL

- Biologia Geral
- Patologia dos pés
- Biossegurança
- Organização e Gestão
- Ética e relações profissionais
- Primeiros Socorros
- Anamnese
- Órteses - correção da curvatura da unha (fibra e botton)
- Onicomicoses
- Calos e calosidades
- Verrugas
- Tratamento dos pés (hidratação e nutrição)
- Polimento
- Afição de instrumentos
- Noções de reflexologia
- Micro-motor (brocas)

Aulas práticas com modelos

Valor do Curso: R\$ 1.200,00 (8 parcelas de R\$ 150,00)



Modelo Podhol
O novo companheiro do podólogo

Aparelho de corrente alternada, de frequência elevadíssima.

Composto de cinco eletrodos que através de processo de faiscamento produzem ozônio que tem as funções: bactericida, bacteriostática, fungicida, estimulante, hemostática e destrutiva.

Carga Horária: 320 horas (8 meses)

Próxima Turma: a confirmar

Inscrições grátis
Inscreeva-se Já!

Tratamento Pés e Mãos

Kit Keramotil

Sistema desenvolvido com a finalidade de minimizar contaminações durante o procedimento e agilizar em 50% o trabalho dos profissionais das áreas de podologia e estética/beleza.



Phitocreme
(Creme Hidratante/Cicatrizante)
Rende até 100 aplicações mãos e pés.



Keramotil
(Concentrado)
Rende 720 ml



Higienize
(Concentrado)
Rende 1440 ml

O Kit completo contém:
1 higienize concentrado, 1 higienize pronto para uso spray, 1 Keramotil concentrado, 1 Keramotil pronto para uso spray e 1 Phitocreme.

Novo endereço: Av. Paes de Barros, 3237 - Mooca - SP - Fone:(11) 6161-7763
E-mail: magestetica@magestetica.com.br www.magestetica.com.br

termoplásticas de poliéster. O elemento anterior do suporte terá que reunir uma característica e flexibilidade que aceitem em todo momento a mobilidade deste segmento, deste modo estará potencializada a dinâmica.

Vai ser muito importante ter presente que nos casos que não possamos devolver a mobilidade ao segmento metatarsofalângico, o tratamento ortopodológico deverá colocar uma prótese na articulação para limitar o movimento, diminuindo assim a sintomatologia. **Figs. 5, 6, 7 e 8.**

Tratamento Fisioterápico

Com os dados obtidos na valorização funcional do caso, os objetivos do tratamento de Fisioterapia, serão os seguintes:

1. Resolução da inflamação e do edema.
2. Liberação das aderências da cicatriz e a recuperação das propriedades mecânicas da pele.
3. Recuperação articulação interfalângica do primeiro dedo.
4. Reeducação da musculatura do primeiro

Bibliografía

1. Viladot, A Y Cols.: "Quince Lecciones Sobre Patología Del Pie". Ed. Toray; Barcelona, 2000.
2. Barcia Seoane, M; Raposo Vidal, I: "Fisioterapia En Las Afeciones Podológicas: El Hallux Valgus" (.....).
3. Resch, S: "Hallux Valgus. How I Do It". Acta Orthop Scand 1996; 67 (1): 84 - 90.
4. Roper, Ba: "Flat Foot". British Journal Of Hospital Medicine, 1979; 4(22): 355 - 357.

dedo.

5. Reeducação da propulsão e da marcha.

Dá para destacar, nesta fase, a importância do tratamento da cicatriz, as aderências ao nível da cicatriz cirúrgica limitam a mobilidade do segmento e produzem dor. Aplicaremos fricções oblíquas e aproveitaremos o efeito mecânico da ultrasonoterapia para liberar ditas aderências. **Fig. 9 e 10.**

Conclusões

Os resultados da combinação dos tratamentos fisioterápico e podológico foram altamente satisfatórios: o desaparecimento da dor que apresentava a paciente no início do tratamento e a normalização da fase de despegue da marcha.

Neste sentido, gostaria mos de destacar a importância do trabalho em equipe do podólogo e o fisioterapeuta; é o primeiro que faz um trabalho de seguimento dos pés do paciente, e por isto é o profissional mais adequado para solicitar a participação do fisioterapeuta na abordagem da lesão. Toda colaboração entre ambas profissões dá uma maior qualidade de atendimento oferecida aos pacientes. ■

5. Birrer, Rb; Dellacorte, Mp; Grifasi, Pj: "Common Foot Problems In Primary Care". Hauley And Belfus, Inc.; Philadelphia, 1998.
6. Gerbert, J: "Textbook Of Buion Surgery". Saunders Company; Philadelphia, 2001.
7. Kendall, Fp; McCreary, E: "Músculos: Pruebas Y Funciones". Ed. Jims; Barcelona, 1985.
8. Hislop, Hj; Montgomery, J; Conolly, B: "Daniels - Worthinham's Pruebas Funcionales Musculares". Marbán; Madrid, 1996.



Fotos 1, 2 - Visão do implante em probas radiológicas



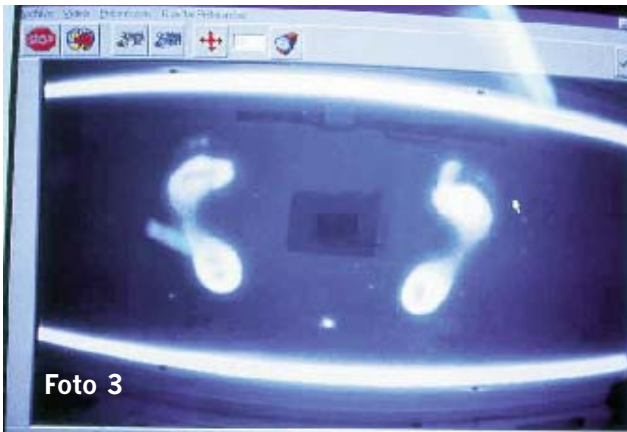


Foto 3

Hiperapoyo metatarsal em baropodometria óptica



Foto 4 - cicatriz queiloide



Foto 5 - suporte plantar com alongo tipo morton.



Foto 6 - marcações para colocação de elementos.



Foto 7 - molde de gesso a medida.



Foto 8 - tratamento ortésico.



Foto 9

aplicação de eletroterapia de baixa frequência



Foto 10

equipe de eletroterapia de baixa frequência

Lepra sem Preconceito.

Podóloga Marcia Nogueira. **Brasil.**

A Lepra ou Hanseníase é uma doença que sempre enfrentou o preconceito acompanhado de informações errôneas sobre ela. As pessoas que portavam essa patologia eram discriminadas e considerada de exclusão social.

Essa patologia, é uma infecção lentamente progressiva, causada pela bactéria *Mycobacterium Leprae*, que afeta a pele e os nervos periféricos, resultando em deformidades incapacitantes. Essa bactéria dissemina-se, através do sangue, mas só cresce em tecidos relativamente frios e extremidades da pele. É transmitida, provavelmente, por gotículas salivares contagiosas, assim como a tuberculose (*Micobacterium Tuberculosis*). Como é uma doença infecciosa, pode ser tratada com antibióticos. Sabe-se que a maioria das pessoas, não adoecem logo após ter contato com a doença e que nem todas as pessoas que tem contato com o bacilo desenvolve a doença.

Essa patologia começa, geralmente, com uma mancha na pele, mas pode também afetar e danificar nervos. Se não for tratada, os danos nos nervos podem causar problemas no rosto, nos pés e nas mãos.

Quando detectada, a Hanseníase pode ser tratada e a partir desse momento, não é mais transmitida, mesmo que em estado adiantado.

O primeiro sintoma, geralmente, é uma mancha na pele de cor mais clara do que a da pele que a rodeia, sem sensibilidade. Sensações estranhas como dormência e formigamento ou sensação de queimadura, também podem ser sinais da doença.

Se forem constatados pelo menos um ou mais desses sinais, se pode dizer que é Hanseníase:

- Manchas mais claras do que a pele em volta ou pele avermelhada com perda de sensibilidade.
- Nervos espessados e perda de sensibilidade nas mãos e pés.
- Bacilos detectados através de uma baciloscopia.

Temos ainda que ter cuidado, pois há várias patologias que podem se confundidas com a Hanseníase.

Nesse caso se o pé não estiver protegido adequadamente, a perda da sensibilidade na planta dos pés, pode resultar em ulcerações. A prevenção e a atenção do podólogo, mais uma vez, é

uma medida de grande valia.

O tratamento é simples e gratuito, geralmente, oferecidos em Postos de Saúde.

Os medicamentos vem em embalagens com dosagem para um paciente durante 4 semanas, que deverão ser ministrados com regularidade.

Existem 2 tipos de Hanseníase: a PB, que é uma infecção leve e pode ser curada em 6 meses, com 2 medicamentos e a MB, que é uma infecção mais grave, multibacilar, que pode ser tratada com 3 medicamentos em um ano.

O tipo de Hanseníase pode ser identificado de acordo com o nº de manchas: até 5 manchas a classificação é Lepra PB, mais de 5 manchas a classificação é Lepra MB.

Há 20 anos que a Hanseníase perdeu a imagem de doença marginalizada, considerada maldita e até símbolo do pecado. Hoje já não carrega estigmas do passado.

O termo "lepra" foi abolido e atualmente, é usada a terminologia oficial: Hanseníase Lepra entre outros e paro o termo "leproso": Doente de Lepra ou Doente de Hanseníase leproso. O paciente deformado pela doença, também não é mais chamado de leproso, mas sim de "Deficiente físico".

A Índia é a região com o mais alto índice de hanseníase, devido à grande distância entre os Postos de Saúde e a moradia dos pacientes, fica difícil o acesso até eles. Realidade que precisa ser urgentemente mudada

O Brasil está em 2º lugar, um habitante a cada 10 mil tem hanseníase.

A hanseníase tem cura e sua eliminação estava prevista para 2005, estimativa feita em 2001. ■



Consejo Diabetológico del Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende". Cuba.

O Conselho Diabetológico do Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende" e um grupo multidisciplinar criado com o fim de desenvolver um protocolo de trabalho com o objetivo de diminuir a mortalidade, as complicações e os custos da diabetes melhitus, tanto no hospital como na área de influência atendida pelo hospital.

Esta área se corresponde com o município Cerro, um dos 15 em que é dividida a Ciudad de la Habana. O Cerro encontra-se no centro geográfico da capital e possui uma população de 140.000 habitantes e uma superfície de 10.2 Km².

Com isto na mente o Conselho desenvolveu um programa de saúde que foi chamado "Melhorar a Qualidade de Vida do Diabético" e fez um código de conduta para o paciente diabético nomeado "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético".

O Hospital Docente Clínico Quirúrgico "Dr. Salvador Allende" e um grande centro hospitalar constituído por 43 pavilhões independentes numa superfície de 24 hectares de terreno, possui todas as especialidades clínicas e cirúrgicas, dita docência médica de pre e post-graduação e possui uma Faculdade de Medicina e um Politécnico de Saúde do mesmo nome e adjuntos ao Hospital. ▣

Directiva del Consejo Diabetológico: Profesores Leonel López, Miriam Mesa, Alberto Quirantes, Jorge Jiménez y Vladimir Curbelo



Cód. 17600

Cód. 17201

Cód. 15200

Cód. 15401

Cód. 13932

FERRANTE

CADEIRAS GENNARO FERRANTE Ltda.
Independencia 661 - Cep: 01524-001 - Cambuci - São Paulo - SP
Grande São Paulo Tel: 6163-7815 / Demais Regiões DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

A Qualidade de Vida do Paciente Diabético.

Dres. Alberto Quirantes Hernández,¹ Leonel López Granja,² Vladimir Curbelo Serrano,² José A. Montano Luna,³ Pedro Machado Leyva³ y Alberto Quirantes Moreno⁴. **Cuba.**

1-Especialista de II Grau em Endocrinologia. 2-Especialista de I Grau em Medicina Interna.

3-Especialista de I Grau em Medicina General Integral. 4-Médico General.

Resumo:

Pesquisou-se a totalidade dos diabéticos pertencentes a Policlínica Docente "Cerro" que conta com uma população de 35.157 habitantes, achando-se uma taxa de 39,5 x 1.000 habitantes para esta doença. Analisaram-se as características, complicações, mortalidade e estilo de vida dos doentes. Propomos o programa "Melhorar a qualidade de vida do diabético" e se usou sua estrutura e dinâmica. A primeira esta baseada na inter-relação entre o nível primário de saúde e o secundário constituído pelos hospitais clínico-cirúrgicos, pediátricos e gineco-obstétricos. A dinâmica do programa baseia-se na aplicação do que chamamos "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético", aspirando a diminuir a mortalidade, as complicações e os custos da diabetes melhitus à razão de um 10 % anual.

A diabetes melhitus é um problema de saúde que afeta entre 2 e 5 % da população mundial. Na declaração das Américas sob a Diabetes diz-se que quando esta doença esta mal controlada, pode representar uma pesada carga econômica para o individuo e a sociedade, e dependendo do País a diabetes pode alcançar entre 5 e 14 % dos gastos da Saúde, porém é possível promover a saúde e prevenir as complicações nas

peças com diabetes mediante um bom controle da glicemia, e modificando os fatores de risco cardiovascular.⁶

Nesta investigação mostram-se os dados de prevalência e características de todos os pacientes diabéticos da população total da Policlínica Docente "Cerro" e tomando em consideração a importância desta Instituição, pode considerar-se representativa do que sucede no resto do

PRODUTOS PARA PODOLOGIA



Poltronas - Mochos - Refletores Instrumental - Bisturís - Motores Micromotores - Cremes - Estufas Autoclaves - Produtos ortopédicos Palmilhas - Material siliconizado

Visite o nosso Show Room !!!

DEUS É FIEL!

Gavião Peixoto 182 - Sobreloja 204 - Center IV Icarai - Niteroi - Rio de Janeiro
Telfax: (21) 2710-5091 - Cel.: (21) 9643-3824
Email: pesemforma@pesemforma.com
www.pesemforma.com



INSTITUTO BRASILEIRO DE PODOLOGIA

Trav. Santa Martinha 103 - Abolição
Rio de Janeiro - CEP: 20.751-020

CURSO DE HABILITAÇÃO PROFISSIONAL PLENA DE TÉCNICO EM PODOLOGIA

Autorizado pelo C.E.E. e Sec. de Saúde

Pioneiro no Rio de Janeiro

Cursos Intensivos (Aproveitamento de Estudos) Sem sair de seu estado.

(21) 3276-0570 ou 2596-5442
Email: podologos@bol.com.br

Município. Também se apresenta a estrutura do programa "Melhorar a qualidade de vida do diabético" e a poupança esperada com sua aplicação, programa que tem como fim diminuir a mortalidade, as complicações e os custos desta doença. Já começou a se aplicar na população diabética do Município Cerro.

Métodos

Através da seção de estatísticas da Direção Municipal de Saúde do Cerro e dos 60 consultórios de atenção primária de saúde da Policlínica Docente Cerro, se obtiveram os dados populacionais de todos os diabéticos existentes neste território no final de 1996 e que, dadas as características, foi considerado como representativo do que sucede no Município todo.

Com uma população total de 35.157 habitantes encontram-se 1.390 diabéticos: 542 homens e 848 mulheres para uma taxa por 1.000 habitantes de 33,4 para o sexo masculino, e 44,8 para o feminino, sendo o geral de 39,5.

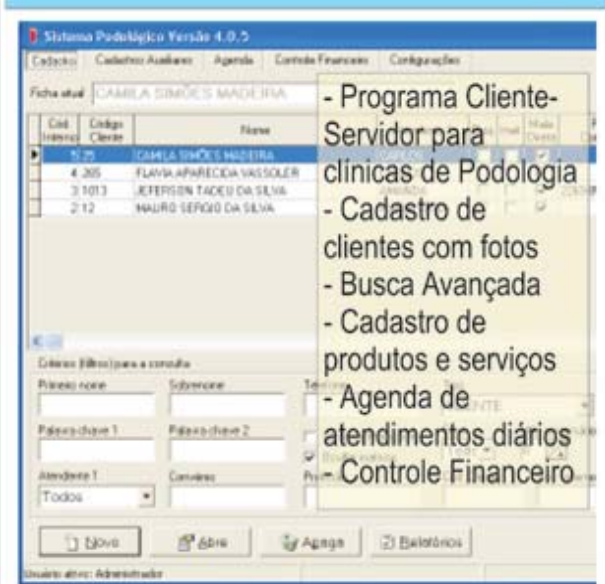
A população foi dividida em 4 grupos etários: 0-19, 20-39, 40-59 e maiores de 60 anos, e que chamaremos grupos etários biofuncionais (GEBF). Nesta ordem as taxas de prevalência foram: 1,3 - 14,2 - 53,4 - 118,3.

Segundo GEBF e sexo, tanto no masculino como no feminino, apresentou-se um comportamento coincidente com as taxas gerais de prevalência por GEBF; porém, segundo o tipo de diabetes existiam 154 (11,1 %) do Tipo 1 e 1.236 (88,9 %) do Tipo 2. Segundo os GEBF e os tipos de diabetes, estes comportaram-se da seguinte forma: Tipo 1 - 81,8 %, 25,0 %, 9,5 % y 7,9 %; Tipo 2 - 18,2 %, 75,0 %, 90,5 % y 92,1 %.

Na população diabética investigaram-se alguns aspectos de saúde relacionados com a diabetes melhitus: hipertensão arterial, cardiopatia isquêmica, infarto cardíaco, acidentes cerebrovasculares, mal perfurante plantar, amputados e cegos secundários a diabetes, insuficiência renal crônica e sobrepeso corporal. Também se investigou o número de diabéticos com ingressos hospitalares e falecidos pela doença durante o ano todo que foi feito este trabalho.

Quantificaram-se vários parâmetros do estilo de vida da população diabética seguindo critérios uniformes nos 60 consultórios de atenção primária de saúde onde foi realizada a pesquisa e que foram: assistência sistemática a consultas médicas, podológicas e endocrinológicas, pacientes sem educação diabetológica alguma, os que têm vida sedentária e os fumantes habituais.

Sistema Podológico Versão 4.0.5



- Programa Cliente-Servidor para clínicas de Podologia

- Cadastro de clientes com fotos

- Busca Avançada

- Cadastro de produtos e serviços

- Agenda de atendimentos diários

- Controle Financeiro

Para maiores informações, consulte-nos ou visite nosso site: www.afa.inf.br

AFA - Assessoria e Informática
Rua 8, 951 - Rio Claro/SP
Tel: (19) 3534-2181

Nutri Derm

Hidratação Intensa

Creme Altamente Hidratante e Cicatrizante

→ Uréia 15%, Óleo de Semente de Uva, Cera de Abelha, Óleo de Silicone ←

Fissuras calcâneas e ressecamento extremo da pele, Mãos, Pés, Joelhos, Cotovelos, Áreas ásperas.

Antes



Depois



- Não gorduroso
- Rápida absorção
- Fragrância agradável
- Antiinflamatória e Antipruriginosa
- Hidratação Prolongada

Comprove agora mesmo, LIGUE!



80 gramas

Despachamos para todo Brasil

Fone: (11) 6695 31 88
WWW.RHRCOSMETICOS.COM.BR

Com eles se faz a discussão do programa "Melhorar a qualidade de vida do diabético" que de maneira simples, efetiva, econômica e verificável vai reduzir a mortalidade, as complicações e os custos desta doença.

Tomando como base o orçamento total do Ministério da Saúde para o País todo, para a cidade de Havana e para o Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" e deduzindo o custo da diabetes melhitus de cada um destes 3 níveis, calcula-se a poupança que teria para cada um deles nos primeiros três anos da aplicação do Programa, consideramos que com ele se poupe 10 % anual dos gastos derivados da doença.

Resultados

Na tabela 1 apresentam-se os problemas de saúde associados com a diabetes melhitus que se encontram na população diabética estudada, assim como os ingressos hospitalares e mortes. Em primeiro lugar encontrou-se a hipertensão arterial (35,2 %) seguida do sobrepeso corporal (31,1 %), a cardiopatia isquêmica (19,4 %) o infarto cardíaco (4,3 %) os acidentes cerebrovasculares (3,2 %), mal perfurante plantar (3,2 %) e as amputações (2,1 %), cegos (1,6 %) e a insuficiência renal crônica, secundária a diabetes. Os diabéticos ingressados (4,1 %) e as mortes (3,2 %) durante o ano analisado foram considerados quando a diabetes esteve presente como causa direta e básica de ambos acontecimentos.

TABELA 1.

Mortalidade dos diabéticos. Policlínica Cerro

	% do total de diabéticos
Hipertensión arterial	35,2
Sobrepeso corporal	31,1
Cardiopatia isquémica	19,4
Infarto cardíaco	4,3
Ingresados	4,1
Accidente cardiovascular	3,2
Mal perforante plantar	3,2
Amputados	2,1
Ciegos	1,6
Insuficiencia renal crónica	1,5
Fallecidos	3,2

Na tabela 2 pode se observar que a elevada inassistência a consultas essenciais para o dia-

bético, a falta de educação dibetológica, o tabagismo e a vida sedentária em uma quantia considerável destes doentes, junto a falta de consciência dos riscos de esta conduta dos pacientes e seus familiares, por uma grande falta de informação e controle.

TABELA 2.

Estilo de vida dos diabéticos. Policlínica Cerro.

	% do total de diabéticos
Sin asistencia podológica	35,2
Sin asistencia endocrinológica	31,1
Vida sedentaria	19,4
Sin educación dibetológica	4,3
Fumantes	4,1
Sin asistencia médica	3,2

O orçamento total do Ministério da Saúde para o País todo, para a cidade de La Havana e para o Hospital Docente "Dr. Salvador Allende" e de \$ 1.187.166.400, \$ 153.025.000 e \$ 8.656.500 respectivamente.

O custo da diabetes melhitus para cada um destes 3 níveis e de \$ 118 716 640 (10 % do orçamento nacional), \$ 15 302 500 (10 % do orçamento provincial) y \$ 913 395 (10,5 % do orçamento do hospital).

Discussão

Os grupos etários dividirmos em 4 categorias que chamaremos grupos etários bio funcionais (GEBF), já que cada um deles reflete claramente o desenvolvimento da vida: 0-19 anos - grupo de desenvolvimento físico, psíquico e educacional; 20-39 - grupo que define sua projeção desde o ponto de vista laboral, educacional e familiar; 40-59 - grupo de produtividade laboral e intelectual de máximo rendimento, etapa de maturidade familiar e social; 60 anos em diante, grupo em que começa o declive da vida, aposentadoria laboral, aparição e acentuação de doenças crônicas, depreciação em muitos casos.

Nos nossos resultados, o comportamento da diabetes como doença não difere substancialmente do que classicamente se conhece e que consiste em uma maior prevalência no sexo feminino, nas pessoas maiores de 40 anos de idade e o claro predomínio da diabetes tipo II sobre a tipo I com uma taxa municipal total de 39,5 por 1.000 habitantes.

As complicações encontradas, os ingressos hospitalares e as mortes em uma proporção com certeza importante, evidentemente são o reflexo do estilo de vida de uma população diabética.

Inquestionavelmente que um estilo de vida inadequado conduz a um mau controle metabólico, o que é conhecido como um fator de primeira ordem na aparição das complicações secundárias desta doença.²³ Temos que agregar também, que quase a terceira parte dos diabéticos abalizados apresentaram sobrepeso corporal, o que constitui um elemento de grande importância no desenvolvimento destes doentes.^{4,6}

A quarta parte dos doentes esteve composta por fumantes, adição extremamente nociva e que entre os danos que produz demonstrou-se que favorece a progressão das lesões vasculares da insuficiência renal crônica.⁷

As complicações macroangiopáticas do sistema nervoso e cardiovascular, assim como de membros inferiores, se associam muito estreitamente ao mau controle do paciente diabético.⁸⁻¹⁰ Pode-se afirmar que este descontrole e consequência direta de uma deficiente educação diabética do paciente com diabetes e de seus familiares, derivando-se uma baixa percepção de risco e a não observância de medidas elementares de prevenção.

Na tabela 2 pode-se observar a deficiente utilização de diversos serviços médicos que se oferecem a toda a população, e que resultam essenciais na prevenção de muitas, e às vezes muito graves, complicações do diabético.

Baseados nos nossos resultados podemos verificar que se pode fazer muito quando mudamos inadequados estilos de vida da população diabética que tornaria melhor sua qualidade de vida. Estamos cientes de que temos que modificar a qualidade de vida e muitos pacientes diabéticos, e de quais são estas coisas a mudar, o que não temos tão claro nos nossos programas é "como fazer-lo".

Baseados nas considerações anteriores, quando desenhamos este programa, consideramos que para sua correta e eficiente aplicação deveria se sustentar em 4 bases fundamentais:

- Que fosse muito efetivo para a maioria dos pacientes diabéticos.
- Com resultados efetivamente comprovados
- Muito econômico
- De fácil compreensão e aplicação por parte de qualquer médico ou enfermeira, acima de tudo para as que fazem parte da atenção primária de saúde.

Segundo foi concebido, este programa deve

hierarquizar-se por grupos direcionais a nível de cada Município, iniciando-o nos níveis de atenção de saúde primária (consultório do médico da família) e secundário (hospitais clínico-cirúrgicos, pediátricos e ginecoobstétricos). Desta maneira seria um exemplo de inter-relação entre os níveis de saúde primário e secundário e responderia a estruturas similares criadas a nível estadual e nacional.

Devesse tirar proveito de que os níveis de saúde primário e secundário são os que melhor conhecem e aportam a maior experiência na condução do paciente diabético, pois são os níveis que absorvem através do seu atendimento a maioria dos diabéticos do País: o nível primário com o atendimento ambulatorial e educacional do paciente diabético, e o secundário por ser quem presta atenção ao diabético ingressado nas Instituições hospitalares pelas complicações agudas e crônicas que podem apresentar. Mas entre ambos níveis se encontram compreendidas praticamente todas as especialidades que pode precisar um diabético para seu cuidado e controle e outra coisa favorável e que abrange todos os cantos da Nação.

Na parte do sistema de atenção primária de conceituar-se os consultórios dos médicos de família como Centros de Atenção e Instrução Diabetológica (CAID) considerando que estes já contam com os integrantes fundamentais da equipe de atenção ao diabético, que são o médico clínico e a enfermeira.

Estes centros, CAID, fazem um papel fundamental no cuidado destes doentes, assim como também para a educação diabetológica de pacientes e familiares, permitindo uma continuidade no atendimento por parte da mesma equipe de saúde, o que é preferido pelo diabético.¹¹⁻¹³

O nível de saúde secundário oferecerá a todos os médicos de nível primário cursos de atualização em diabetes mellitus, onde estará inclusa uma detalhada explicação de como aplicar o programa no consultório. Sua outra função seria a de realizar controles periódicos para o correto funcionamento e tomando as medidas para que isto aconteça.

A dinâmica do programa se baseia em resumir conceito às vezes um pouco dispersos entre diferentes especialidades, e muitas vezes não aplicados de forma sistemática sob todos e cada um dos pacientes diabéticos. Para isto criamos um conceito que decidimos chamar "As 7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" e outorgar ao paciente que cumplice com elas a condição de "Diabético 7 estrelas" como forma de estimulação

e de exemplo para ser imitado pelos outros pacientes.

Este tema seria controlado pelo médico e pela enfermeira de atenção primária uma vez por mês no que decidimos chamar "Plenárias de Instrução Diabetológica" e que também se utilizariam como plataformas educativas de diabetes melhitus, passando a serem como grupos de apoio de pacientes diabéticos e seus familiares.

Deste modo e por métodos de autoridade, do médico e da enfermeira, que dirigem as plenárias, de sugestão de repetição, pois as plenárias seriam mensais, e de sugestão de imitação ao tentar igualar a qualidade de vida superior do paciente disciplinado, se criaria pouco a pouco no subconsciente do diabético um novo estilo de vida que seria muito positivo em seus níveis de saúde e bem estar.

As "7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" são:

- 1 - Educação diabetológica para os diabéticos e seus familiares.
- 2 - Assistência trimestral a consulta médica de controle.
- 3 - Assistência mensal ao podólogo.

- 4 - Assistência semestral ao endocrinologista.
- 5 - Checar e manter o peso ideal seguindo a dieta indicada.
- 6 - Prática sistemática de atividades físicas de acordo com a idade e o estado de saúde
- 7 - A lei do NÃO:
Não tabagismo
Não alcoolismo
Não drogas

Como dá para ver, para aplicar todo o anteriormente citado não se precisa de um investimento alto nem de técnicas custosas ou sofisticadas, tão pouco a dedicação de tempo completo para este trabalho, que pode se inserir no horário normal de trabalho de todos os participantes do programa.

Só é necessário uma hierarquização correta e uma integração harmônica entre os níveis de atenção de saúde, primária e secundária, e entre a equipe de atenção primária (médico e enfermeira) para desenvolverem uma vontade de ação permanente na população diabética que recebe os serviços, tendo como eixo central as Plenárias, pois é esta política grupal a que vai permitir o êxito completo das outras 6 leis.

As "7 Leis do Êxito do Paciente Diabético" induzem o doente a realizar ações preventivas, que

EQUIPAMENTOS PARA PODOLOGIA
Visite nosso site: www.podontolider.com.br



Podonto Líder

Rua da Chácara, 111 - VI. Nova Mazzei - SP - CEP 02312-120 Fone/Fax: 6953-5671 / 6203-7107
e-mail: comercial@podontolider.com.br / podontolider@podontolider.com.br

BELLEZA

Cosmopolita




Feria Internacional
de la Belleza

9-12 Septiembre 2005

Anhembi - São Paulo - Brasil

www.cosmoprofcosmetica.com.br

**ALCANTARA
MACHADO**
Tel.: (5511) 3291-9111 / 9118
Fax: (5511) 3291-9176
international@alcantara.com.br

Representante en América Latina:
 **ED & EVENTS S.A.**
Tel./Fax: (5411) 4313-6100
marketing@ed-events.com.ar

Apoyo Institucional:
 **ABIHPEC**
sipatesp

Apoyo:
 **VARIG**
Linha Global

Lugar:
 **anhembi**
Turismo e Eventos
Cidade de São Paulo

Afiliada a:
 **UBRAFE**
União Brasileira dos Promotores de Feiras



são mundialmente aceitas como as mais efetivas para mantê-lo controlado e para prevenir complicações.¹⁴⁻¹⁸

Os custos diretos ou indiretos da diabetes melhitus são muito grandes, fato que já foi calculado em alguns países.¹⁹⁻²⁰

O tempo e os recursos que são usados neste programa permitirá ao País uma grande economia de dinheiro.

Com o desenvolvimento deste programa, aplicado num prazo de 3 anos, e logando reduzir um 10 % anual o custo desta doença, se reduziram em até \$ 247.529; \$ 4.146.977 e \$ 47.486.656 nos níveis aplicados como no hospitalar, no estadual e no país todos, respetivamente.

Cifras deduzidas dos cálculos efetuados sob o custo atual da diabetes e do orçamento destina-

do a cada um destes níveis.

Conclusões

Após a análise da prevalência, o comportamento, assim como a mortalidade e as complicações da diabetes melhitus num setor da população importante do município Cerro, se conclui que o estilo de vida da população diabética pode ser modificado favoravelmente, aplicando um sistema de prevenção simples e econômico por parte dos médicos e enfermeiras da atenção de saúde primária com a assessoria e o apoio do nível de atenção secundária.

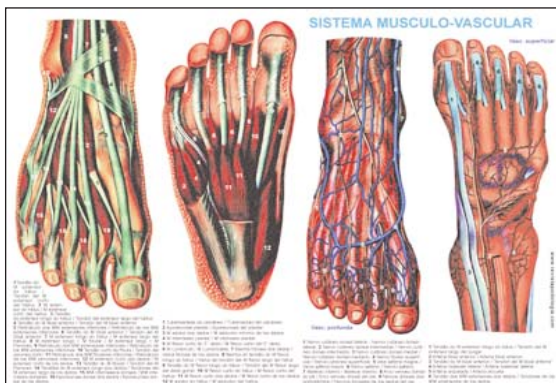
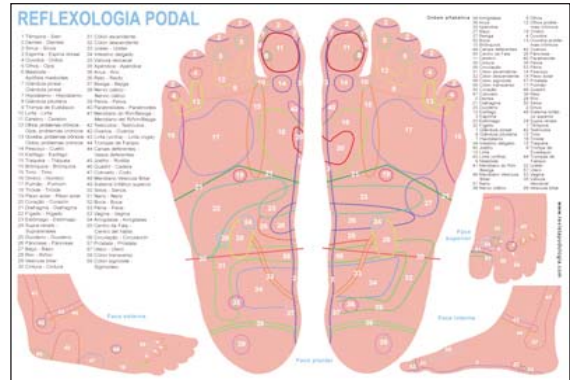
Isto levaria a uma razoável diminuição da mortalidade, das complicações e dos custos que derivam desta doença, aspirando que a experiência positiva que se deriva da aplicação deste programa no município pode ser

Referências bibliográficas:

1. Alleyne G. La diabetes: una declaración para las Américas. *Bol Of sanit Panam* 1996;121(5):461-6.
2. Hadden DR, Patterson CC, Atkinson AB. Macrovascular disease and hyperglucaemia. 10- year survival analysis in type 2 diabetes mellitus: the Belfast diet study. *Diabetes Med* 1997;14(8):663-72.
3. Lloyd CE, Becker D, Ellis D, Orchard TJ. Incidence of complications in insulin-dependent diabetes mellitus: a survival analysis. *Am J Epidemiol* 1996;143(5):431-41.
4. Ludvik B, Nolan JJ, Baloga J. Effect of obesity on insulin resistance in normal subjects and patients with NIDM. *Diabetes* 1995;44(2):1121-5.
5. Yamashita S, Nakamura T, Shimomura I. Insulin resistance and body fat distribution: contribution of visceral fat accumulation to the development of insulin resistance and atherosclerosis. *Diabetes Care* 1996;19(3):287-91.
6. Wing RR. Use of very-low-caloric diets in the treatment of obese persons with non-insulindependent diabetes mellitus. *J Am Diet Assoc* 1995;95(5):569-72.
7. Wasada T, Kawahara R, Katsumori K. Plasma concentration of immunoreactive vascular endothelial growth factor and its relation to smoking. *Metabolism* 1998;47(1):27-30.
8. Moss SE, Klein R, Klein BEK. Long-term incidence of lower extremity amputations in a diabetic population. *Arch Fam Med* 1996;5(3):391-8.
9. Töyry JP, Niskanen LK, Mäntysoari MJ. Occurrence, predictors and clinical significance of autonomic neuropathy in NIDDM. Ten-years follow-up from the diagnosis. *Diabetes* 1996;45(2):308-15.
10. Lehto S, Ronnemas T, Pyörala K, Laakso M. Risk factors predicting lower extremity amputations in patients with NIDDM. *Diabetes Care* 1996;19(6):607-12.
11. Verlato G, Muggeo M, Bonora E. Attending the diabetes center is associated with increased 5- year survival probability of diabetes patients: the Verona diabetes study. *Diabetes Care* 1996; 19(3):211-30.
12. Hanson CL, Schinkel AM, de Guire MJ, Ketterman OO. Empirical validation for a family-centered model of care. *Diabetes Care* 1995;18(10):1347-56.
13. Casparec AF, Waal MA van der. Differences in preferences between diabetic patients and diabetologists regarding quality of care: a matter of continuity and efficiency of care? *Diabetic Med* 1995;12(9):828-32.
14. Ito H, Harano Y, Suzuki M. Risk factor analyses for macrovascular complications in nonobese NIDDM patients. Multiclinical study for diabetic macroangiopathy (MSDM). *Diabetes* 1996 ; 45 (Suppl3):19-23.
15. Peters AL, Lagorretta AP, Ossorio RC, Davidson MB. Quality of outpatient care provided to diabetic patients: a health maintenance organization experience. *Diabetes Care* 1996;19(6):601-6.
16. Harris MI. Medical care for patients with diabetes. Epidemiologic aspects. *Ann Intern Med* 1996;124(1):117-22.
17. Savage PJ. Cardiovascular complications of diabetes mellitus: what we know and what we need to know about their prevention. *Ann Intern Med* 1996;124(1):123-6.
18. Gaster B, Hirsch IB. The effects of improved glycemic control on complications in type 2 diabetes. *Arch Intern Med* 1998;158(2):134-40.
19. Kahn R. Economic consequences of diabetes mellitus in the U.S. in 1997. *Diabetes Care* 1998;21(2):296-309.
20. Rosenthal MJ, Fajardo M, Gilmore S. Hospitalization and mortality of diabetes in older adults: a 3-year prospective study. *Diabetes Care* 1998;21(2):231-5.

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.
Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com
Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

Órteses na Podologia.

Podólogo Armando Bega. Acadêmico de Enfermagem. Diretor do ICP Instituto Científico de Podologia. **Brasil.**

O termo órtese deriva do radical grego orthos, que significa reto ou correto. Embora não encontremos este verbete nos nossos dicionários, como o Aurélio ou o Houaiss, isto não significa que ele não exista na língua portuguesa. É que os dicionários aqui citados contêm apenas uma parte dos termos técnicos utilizados na área da saúde, por exemplo. Mas, é importante ressaltar que este termo é amplamente utilizado na Medicina, tirado da nomenclatura médica francesa e consagrado, até mesmo, na legislação da Previdência Social Brasileira.

Na Podologia brasileira o conceito de órtese foi ampliado durante a década de 1990, pois até então o que tínhamos no Brasil era o uso de protetores feitos com esparadrapo dupla face, tecido de flanela e placas de espuma. Não se conhecia, até então, as órteses de silicone.

Alguns protetores comuns eram: bananinha (feita com espuma, esparadrapo dupla face e palito de dente), servia para proteger e tentar realinhar dedos em martelo; protetor vasado para calo interdigital (feito com espuma e esparadrapo dupla face); separador para hálux valgus (feito com espuma e esparadrapo dupla face); protetor para calo dorsal ou plantar (feito com tecido flanelado ou espuma e esparadrapo dupla face).

No campo das órteses ungueais, até o final da década de 1980, o Brasil conhecia e dominava tão somente a ortoniquia (denominação utilizada para as órteses das unhas ou ungueais, como querem os mais puristas) acrílica. As órteses acrílicas para a correção da curvatura do arco das lâminas ungueais, pretendiam fazer a correção através da alteração do ponto de pressão exercida pelo calçado ou pelo dedo vizinho sobre a unha tratada. A grande verdade é que esta técnica surtiu efeito até a chegada em larga escala, na década de 1990, das órteses metálicas e da fibra de memória molecular. Não é que as órteses acrílicas deixaram de realizar seu efeito benéfico. Na verdade o modismo que costuma advir das novidades é que foi o responsável pelo quase esquecimento das órteses acrílicas. Mas, neste sentido, nem tudo está perdido, porque as órteses acrílicas servem para muitos casos em que não se consegue bom resultado com as outras técnicas reeducadoras da curvatura da unha.

Podemos dizer que, também, podólogos sérios têm investido no estudo dessas órteses abandonadas por muitos, conforme podemos verificar em trabalho apresentado na IX Jornada Internacional de Podologia, em São Paulo,

Dezembro de 2004, sob o título Revolução e Novidade em Órtese Acrílica.

Uma vez feita esta introdução, vamos falar sobre as órteses de silicone na Podologia: coube ao podólogo Carlos Alberto Rodriguez (podólogo argentino), através de curso ministrado no ano de 1995 no SENAC, em São Paulo, difundir o uso do silicone em pasta para a confecção de órteses específicas para o ante-pé.

Todavia, o alto custo do silicone aliado à inexperiência e a insegurança por parte dos podólogos brasileiros, fizeram com que essas órteses não fossem amplamente usadas no território nacional. Até os dias atuais, muitos são os podólogos que insistem em chamar os antigos protetores de órteses. Outros procuram aprender a confecção de órteses de silicone através de vídeos ou demonstrações rápidas. É preciso ter em mente que confeccionar órteses de silicone é uma arte que requer conhecimento técnico e científico, bem como destreza e habilidade manual. Em resumo: não se aprende de um dia para o outro.

O conhecimento de anatomia, fisiologia, biome-



Comfort'Pé®
Conforto para seus pés

**Empresa nova no
ramo de produtos
semi-ortopédicos.
Linha dirigida ao setor
da podologia.**

Protetores de joanete, calos, sobre
dedos, calos entre dedos, calosidades,
adesivo para os pés, palmilhas e afins.

**Consulte-nos nos endereços abaixo e
solicite catalogo de nossos produtos.**

**Tel: (11) 6557-9662 - Fax.: (11) 6523-1623
Email: comfortpe@terra.com.br
www.comfortpe.hpgvip.com.br**

cânica e patologia são requisitos básicos para o profissional que trabalha com as órteses plantares.

Neste artigo, não é o nosso intuito tratar de tipos de silicone, história do silicone e química. O objetivo nosso é mostrar alguns resultados possíveis com as órteses de silicone. Mais que isso, ou seja, ensinar a trabalhar com o silicone, é preciso procurar um bom curso, teórico e prático e, não esquecer, sobretudo, que é preciso entrar nesse curso com um bom conhecimento científico de Podologia: estudem antes, senão vão jogar o dinheiro fora.

Devemos lembrar que para confeccionar essas órteses é imprescindível considerar o trinômio órtese, calçado e pé; trinômio este conhecido como biocompatibilidade tegumentária.

Hoje dispomos de tecnologia a vácuo para darmos o acabamento e conferirmos uma boa biocompatibilidade tegumentária.

Alguns resultados de órteses de silicone podem ser encontrados em duas obras: *Podologia Básica e Feridas e Curativos em Podologia*.

É preciso por fim a uma falsa idéia de que as órteses plantares resolvem todos os distúrbios orto-podológicos. Elas são feitas apenas para o ante-pé. Mais especificamente para os dedos.

Algumas fotos exemplificam o uso das órteses de silicone na Podologia.



É bom ressaltar que não podemos falar em correção, quando usamos órteses de silicone, posto que elas servem para realinhar dedos em martelo ou hálux-valgus, quando estes ainda apresentam mobilidade articular, mas o resultado não é 100% eficaz e nem mesmo é irreversível, já que deixar de usar a órtese significa regressão do tratamento.

Servem, também para proteger calos interdigitais, calos dorsais e exostoses sub-hálux. Uma outra aplicação do silicone em pasta na Podologia é como prótese removível para os casos de amputação do hálux ou de outros dedos dos pés, evitando o desvio dos dedos remanescentes e protegendo da formação de feridas. ▣

Bibliografia

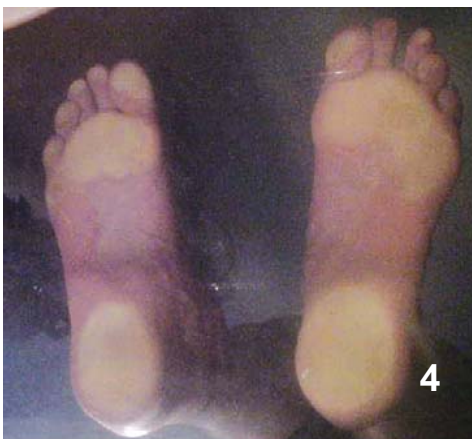
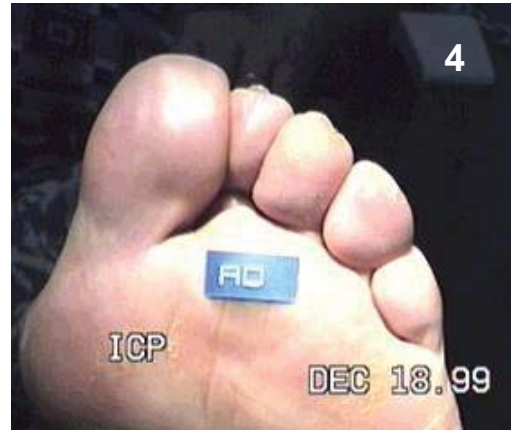
MORENO, C. *Pergunte ao Doutor. SUA LÍNGUA*. Disponível em (http://www.educaterra.com.br/sualingua/01/01_ortese.htm). Site visitado em 09 nov. 2004

LIMA, M.A.; OKUMURA, M. *Revolução e Novidade em Órtese Acrílica*. IX Jornada Internacional de Podologia. São Paulo: 04 e 05 dez. 2004.

BEGA, A. *Podologia Básica*. São Paulo: ICP, 2. ed. 2001.

BEGA, A. *Feridas e Curativos em Podologia*. São Paulo: Scortecci, 2004





Princípios Físicos Aplicados à Confecção de Órteses Plantares.

Lic. Carlos Alberto Romero - Ortesista - Protésista - Argentina.

Os aparelhos ortésicos resultam da aplicação de sistemas de forças com o objetivo terapêutico desejado.

Daí a necessidade de estudar os princípios físicos mais elementares relacionados com o movimento, complexo de ação - reação, pressão, trabalho, alavanca e sua aplicação ao movimento humano, entre algumas das magnitudes físicas a ter em conta.

Com as órteses plantares se somam novas superfícies ao complexo ação- reação e se dispersam partes das forças nocivas para poder atenuar a sintomatologia e melhorar o padrão de movimentos anormais compensatórios.

Tomando a pressão como magnitude física, obtemos o principio do almofadinhado e o suporte dos arcos plantares.

Sendo este um dos fundamentos da órtese plantar que pretende conseguir uma diminuição da pressão aumentando a superfície de apoio nas zonas mais afetadas ou doloridas.

Na linguagem comum ao utilizar o termo trabalho estamos falando de toda aquela ação que leva um esforço (gasto energético).

Traduzido ao movimento humano consideramos que nosso deslocamento (caminhar) responde ao conceito de trabalho.

A energia não somente é o combustível do trabalho articular, como também é um resíduo que se desprende a modo de calor (Energia Térmica).

O uso de palmilhas eleva a temperatura local promovendo um aumento na sudoração e maceração da pele, fatores que aumentam a vulnerabilidade a infecções fúngicas, aparição de bolhas, atritos e demais alterações na pele.

O aparelho locomotor atua mediante um complexo sistema de alavancas, para otimizar ao máximo o gasto energético.

Em ortopedia se traduz:

1. Alavanca: um corpo sólido que bascula sobre um ponto fixo e se desloca pela ação de duas forças (potencia e resistência).

2. Momento estático (momento de giro). Produto da potencia e braço da alavanca. A alavanca encontra-se em equilíbrio quando o momento leve-movimento é igual ao momento dextrógiro.

3. Para que a alavanca seja eficaz é muito importante que o ponto de apoio seja estável ao Maximo.

Estes são alguns fatores físicos a ter em conta na confecção de uma órtese plantar, sem deixar de lado os sistemas coplanares de forcas, a reología, os comportamentos anisótropos dos sólidos biológicos, etc.

É necessário repensar sobre todos estes estudos para fundamentar o uso de órteses plantares como agentes capazes de diminuir a sollicitação mecânica das estruturas do pe, tornozelo, joelho, quadril e coluna (espinhaço). ▣

Como vemos a Podologia.

Podóloga Jessica Palomino Regalado - **Perú**.

Gostaria de começar fazendo um breve passeio pela história da podologia, onde comprovamos que a prática de curar os pés não é nova, no Egito, o Rey Amenofis contava no seu palácio com membros servidores: perfumistas, médicos, penteadores e os que se dedicavam à atenção dos pés.

E assim com o transcurso do tempo e à medida que a ciência vai progredindo, o a Podologia é considerada como um ramo anexo à medicina em muitos países, porém lamentavelmente existem ainda muitas lacunas quanto a política podológica, não permitindo em muitos casos regulamentar a profissão do podólogo, em muitos casos provocado pela proliferação do empirismo, onde podemos encontrar pessoas que fizeram cursinhos estéticos e entram na área da podologia motivados, e na maioria dos casos pela visão comercial, sem tomar em conta as bases de toda metodologia que são: primeiro aprender e após colocar em prática o aprendido, para assim contribuir para uma melhor qualidade de vida de nossos pacientes, acima de tudo colocando que se trata da saúde dos pés.

Também devemos levar em conta que, devido a esta intrusão, justificada ou não, hoje temos como grandes opositores ao profissional, o médico, que muitas vezes nos vê como uma competência desleal, ou pior, consideram-nos não capacitados de poder atender e solucionar as diversas patologias ou afecções do pé.

Quando me iniciei na podologia, por certo contra a minha vontade, pensava que esta se baseava somente em cortar unhas e calos, porém ao iniciar os meus estudos e com uma base transmitida pela experiência, fui achando essa satisfação que se sente quando chega um paciente na consulta confundido pelos diversos tratamentos efetuados sem resultado, o pior, mancando por uma negligência e poder ajudá-lo na sua doença.

Se tem algo que aprendi com os anos, após lembrar a minha passagem pela escola de podologia no Chile é agradecer ao meus professores que exigiam-me o dobro, por ser a única estrangeira da turma, e que o Podólogo tem uma função muito importante, a qual, não se limita ao simples corte das unhas e calos, por isto e importante ter sempre em mente que o estudo é permanente e ter uma ampla visão da nossa profissão, permitindo-nos aceitar os erros e os acertos, sendo esta nossa motivação para seguir investigando.

A participação do podólogo não termina na consulta nem na solução do problema do paciente, e isto é uma política pessoal que aplico diariamente, nossa missão, também, é a de promover a educação e auto-cuidado dos pés, ensinando desde o asseio até a revisão do calçado, que é a causa de muitas patologias.

Também é fundamental, a sinceridade com o paciente.

Não devemos esquecer que somos membros de uma equipe multidisciplinar da saúde, e quero compartilhar com meus colegas a evitar a intromissão e fortalecer o trabalho em equipe com os diversos especialistas da saúde.

É por isto que os convido a lutar, não com agressividade, mas demonstrando nossa capacidade e promover a elevação do nível profissional e cuidar da dignidade da mesma.

Espero estas linhas sejam uma breve contribuição à Podologia.

E agradeço a meus pais por forçar-me a ser o que Eu hoje sou, e com muito orgulho: "PODÓLOGA". ▣

Introdução a Reflexologia.

Dr. Abnel Alecrim Andrade - Fisioterapeuta - Especialista em Reflexoterapia - **Brasil**

O QUE É REFLEXOLOGIA ?

Reflexologia é a ciência que estuda os efeitos reflexos no corpo humano. "Um reflexo pode definir-se como uma resposta rápida de estruturas biológicas a um estímulo determinado, específico e localizado com precisão, fora do controle voluntário". Estudos demonstraram ao longo dos anos que há regiões do corpo (plexos nervosos) que têm ligação claramente determinada a órgãos, sistemas e estados emocionais. Quando estimulados corretamente, enviam e recebem informações dos órgãos a que são ligados, restabelecendo o seu funcionamento ideal e, por consequência, a saúde do organismo.

O QUE É REFLEXOTERAPIA ?

Reflexoterapia é a utilização da reflexologia como tratamento. É uma terapia complementar com fundamento de anatomia e fisiologia humana que previne e trata dos distúrbios orgânicos e dos desequilíbrios emocionais através de estímulos por pressões nas terminações nervosas em pontos específicos dos pés.

A Reflexoterapia também é denominada "massagem podal", "reflexologia podal", "massagem zonal", "terapia de zonas reflexas dos pés", ou simplesmente reflexoterapia.

HISTÓRIA DA REFLEXOLOGIA

Os benefícios terapêuticos da manipulação dos pés e mãos já eram conhecidos há mais de 4000 anos, como mostra uma ilustração da Tumba do médico encontrado em Saqqara-Egito. Sabe-se que os chineses também usavam a reflexologia aliada à acupuntura. O Dr. Wang Wei, médico chinês do século IV d.c., inseria agulhas nos corpos dos pacientes e aplicava pressão firme com os polegares nas pontas dos pés.

Outra teoria sustenta que uma forma de reflexoterapia foi transmitida aos índios da América do Norte pelos Incas Peruanos (12 mil anos a.c.). Há séculos os índios Cherokees, da Carolina do Norte, reconheceram a importância dos pés para a manutenção do equilíbrio físico, mental e espiritual.

O conhecimento da reflexologia aplicada aos pés foi resgatado no século XIX e início de século XX pelas pesquisas de Pessoas da área médica. As curiosidades existentes na época pela

ação dos reflexos estimularam o ressurgimento de novos estudos da reflexologia.

O estudo e o desenvolvimento da reflexoterapia pelos europeus e americanos determinaram novos rumos da reflexologia.

As pesquisas russas sobre reflexos começaram a partir de uma perspectiva psicológica em 1870. Hoje os russos prosseguem seus estudos sobre reflexologia, tanto de um ponto de vista fisiológico como psicológico. A base científica dos estudos dos reflexos tem sua origem nos estudos neurológicos realizados na década de 1890 por Sir Henry Head, de Londres. Em 1898 ele descobriu a existência de zonas da pele que se tornavam hipersensíveis à pressão quando um órgão ligado por nervos a essa região da pele apresentava alguma doença. No final da década de 1890 e no início da década de 1900, as técnicas de massagem desenvolvida na Alemanha tornaram-se conhecidas como "massagens reflexas". Essa foi à primeira vez em que os benefícios das técnicas de massagem foram creditadas a ações reflexas.

O médico Americano Dr. Fitzgerald, Otorrinolaringologista, foi o pioneiro das técnicas científicas modernas da reflexoterapia podal. Fitzgerald descobriu que, aplicando pressões sobre os dedos dos pés, criava-se um efeito anestésico local na mão, braço, ombro, mandíbula, rosto, orelha e nariz. Em 1917, o trabalho feito em conjunto pelo Dr. Fitzgerald e pelo Dr. Bowers foi publicado no livro "Zone Therapy".

Eunice Ingham (1879-1974) é considerada mãe da moderna reflexologia. Ela usou a terapia por zonas (Desenvolvido por Fitzgerald) em seu trabalho, mas sentiu que os pés deveriam ser os alvos específicos da terapia, devido sua natureza altamente sensível. Ela mapeou os pés em relação às zonas e a seus efeitos sobre o restante da anatomia até chegar a produzir nos próprios pés um mapa de todo o corpo. O seu trabalho foi tão bem-sucedido que sua fama disseminou-se e ela agora é reconhecida como a fundadora da reflexologia dos pés.

Eunice Ingham levou sua obra ao público e a pessoas estranhas à comunidade médica porque percebeu que os leigos poderiam aprender as técnicas reflexológicas apropriadas e, assim ajudar a si mesmos, a suas famílias e amigos.

A Zonoterapia (Terapias das Zonas), é considerada a base da moderna Reflexologia dos pés, e muitos Reflexologistas fazem uso disso como complementar ao seu trabalho.

Na América do Sul, a Zonoterapia e em seguida a Reflexologia, foram trazidas a princípio ao Paraguai pela missionária Margarida Gootaht, que após tratar a esposa do Presidente Stroessner, passou a ensinar no Instituto

Conaras, dirigido pela primeira dama. Vários brasileiros formaram-se neste Instituto e trouxeram a Reflexologia para o Brasil.

Hoje a Reflexologia é desenvolvida em mais de 20 países, e graças a esses pioneiros que desbravaram e esculpiram esse conhecimento, essa técnica se tornou mais acessível e conhecida no mundo. ✎

Bibliografias:

- Dougans, Inge y Ellis, Suzanne. Um Guia Passo a Passo para aplicação da REFLEXOLOGIA. Ed. Cultrix, São Paulo-SP, 1992.
- Bossy, J. - Bases Neurobiológicas de las Reflexoterapias. Masson, Barcelona, 1985.
- Freire, Marcos. Auto Massagem e Medicina Chinesa. Ed. Do Autor, Brasília, 1996.
- Gallego, Dr. Jesús Vázquez. El Masage Terapéutico y Deportivo. Mandala Ediciones, Madrid, 2000.

- Ingham, Eunice D. - Stories The Feet Can Tell Thru Reflexology. Ingham Publishing, St Petersburg, Flórida, 1951.
- Norman, Laura. Feet First. Simon & Schuster Inc, Nova York, 1988.
- Wagner, Franz, Ph.D.. Reflex Zone Massage. Thorsons, Wellingborough, 1987.
- Wills, Pauline. Manual de Reflexologia. Editorial Estampa, Lisboa, 1997.

www.revistapodologia.com

Desde 1997 en internet informando a los profesionales

**Nele Vc. encontrará: Guia de Empresas
Guia de Profissionais - Guia de Eventos - Guia de
Instituições - Onde Estudar ... e muito mais !!!**

**Lesões nos Pés
em
Podologia
Esportiva**

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez



Autor: Podólogo Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez

Temos a satisfação de colocar em suas mãos o primeiro livro traduzido para o português deste importante e reconhecido profissional espanhol, e colaborar desta forma com o avanço da podologia que é a arte de cuidar da saúde e da estética dos pés exercida pelo podólogo.

- Podólogo Diplomado em Podologia pela Universidade Complutense de Madri.
- Doutor em Medicina Podiátrica (U.S.A.)
- Podólogo Esportivo da Real Federação Espanhola de Futebol e de mais nove federações nacionais, vinte clubes, associações e escolas esportivas.
- Podólogo colaborador da NBA (liga nacional de basquete de USA).

Professor de Cursos de Doutorado para Licenciados em Medicina e Cirurgia, Cursos de aperfeiçoamento em Podologia, Aulas de prática do sexto curso dos Alunos de Medicina da Universidade Complutense de Madrid e da Aula Educativa da Unidade de Educação para a Saúde do Serviço de Medicina Preventiva do Hospital Clínico San Carlos de Madri. Assistente, participante e palestrante em cursos, seminários, simpósios, jornadas, congressos e conferências sobre temas de Podologia.

Vendas: shop virtual www.shop.mercobeauty.com
revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com