

revistapodologia .com

Nº 6 - Fevereiro 2006

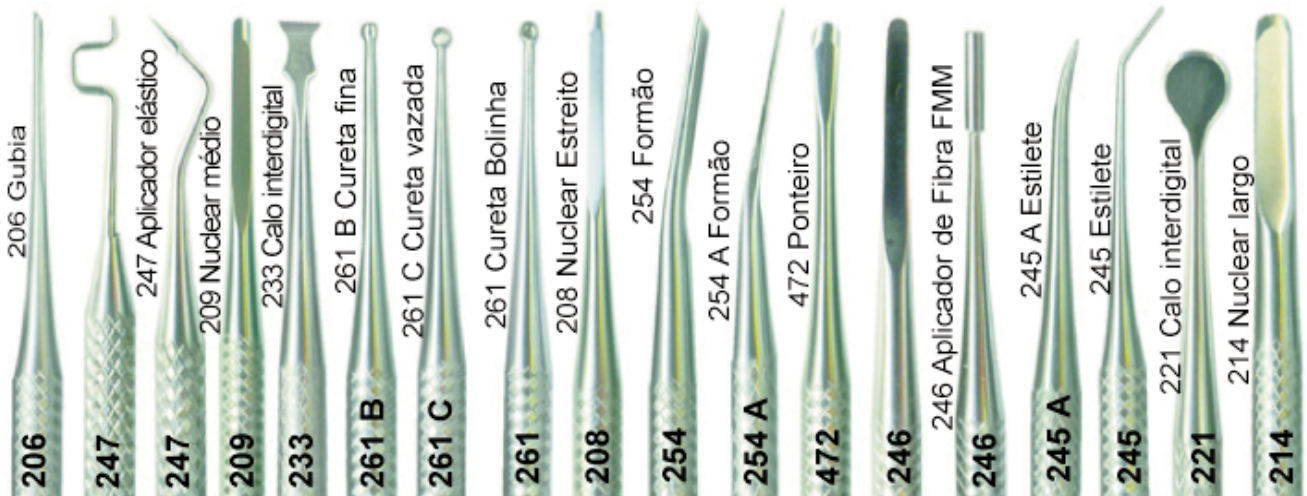
Revista Digital de Podologia

Gratuita - Idioma português.





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



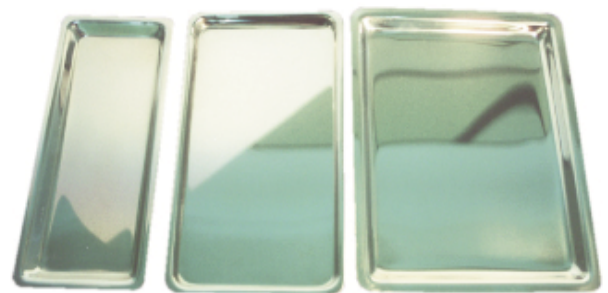
Inst. p/ Manicures



Tesouras, mathie, castroviejo, pinças, etc.

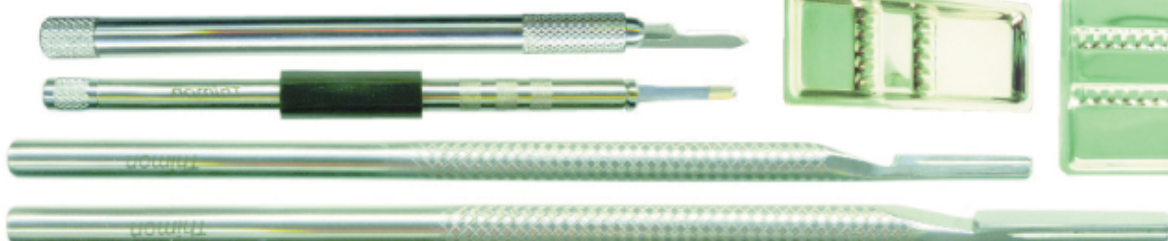


Dapen inox



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° 6
Fevereiro 2006

Diretora científica: Podologa Márcia Nogueira

Diretor comercial: Sr. Alberto Grillo.

Colaboradores:

Podólogo Armando Bega. **Brasil**

Podologo Carlos Alberto Banegas. **Argentina**

Sr. Alan Luis Vieira Valério. **Brasil**

Prof. Fabián Darío Piatti. **Argentina**

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 33

ÍNDICE

Pag.

- 4 - Tratamento podologico não invasivo e sua elevada eficacia.
- 24- Protocolo de atendimento para hipertensos y cardiopatas.
- 28- Podologia e a promoção da saúde.
- 30- O calçado esportivo.

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.

Tratamento podológico não invasivo da onicocriptose e sua elevada eficácia.

Podólogo Carlos Alberto Banegas. **Argentina.**

Trabalh publicado na Revista Podologia Argentina entre os anos 1997 y 1999.

O objetivo deste trabalho é oferecer ao podólogo e ao estudante um balanço da minha experiência profissional sobre uma das alterações mais conhecidas das unhas: a onicocriptose.

Nos últimos tempos, a terapêutica médico-podológica se adequa muito mais a obter resultados rápidos e práticos, não invasivos, que cirúrgicos.

As novas técnicas são de uma elevada eficácia até nos casos mais extremos, capazes de corrigir e controlar a morfologia ungueal, evitando qualquer recidiva do processo, sem complicar a atividade profissional do paciente.

Esta demonstrado que o tratamento podológico é apenas um aspecto de terapia.

Os outros pilares são as medidas preventivas sobre quais o profissional orientará seus pacientes quanto a eliminação dos fatores predisponentes, lembrando que a onicocriptose é de etiologia traumática e que não existe nenhum tratamento preventivo de ordem farmacêutica.

DEFINIÇÃO

A onicocriptose é uma dolorosa afecção que aparece freqüentemente na altura da última falange do primeiro dedo (hálux). Denomina-se, vulgarmente como "unha encravada" e geralmente ao redor dela, se produz um tecido granulomatoso (granuloma).

A onicocriptose fica definida quando as bordas laterais ou distal da lâmina ungueal, por ação traumática comprime exageradamente a borda cutâneo-adjacente, produzindo uma solução de continuidade (separação de partes contínuas, ferida do tegumento).

CAUSAS DE SUA ORIGEM

É natural perguntar como e porque aparece a unha encravada.

A responsabilidade corresponde a dois grandes fatores:

- Causas mecânicas e
- Causas de má formação.

O uso de qualquer tipo de calçado apertado ou de bico fino (causa mecânica) é uma circunstância propensa a formação dessa patologia na unha.

Por exemplo, quando uma das bordas laterais da unha hálux apresenta alguma distrofia (causa deformativa), agride ao tecido próximo, desencadeando a onicocriptose.

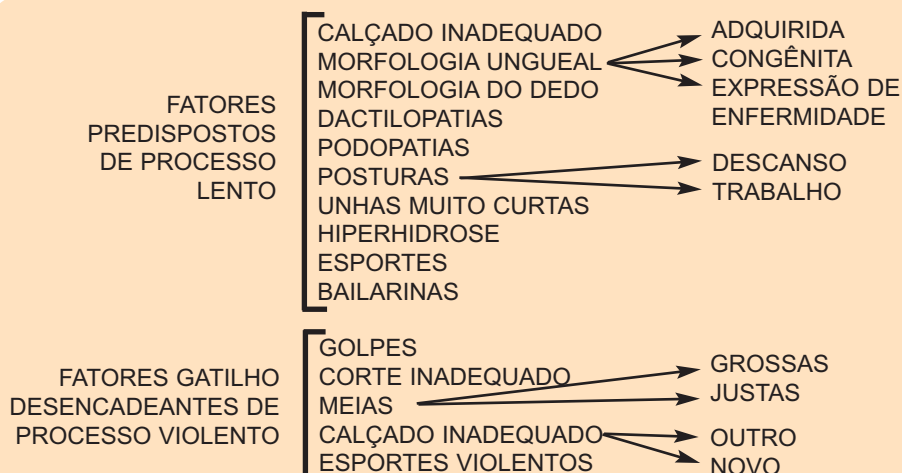
Sempre é a unha que agride ao tecido, e obviamente sempre é desencadeante.

Mas, de outro ponto de vista, podemos dizer que o calçado inadequado predispõe a causa malformativa, e o uso de um calçado mais estreito ainda, pode também ser desencadeante. Seguindo este raciocínio, podemos dizer que o calçado, na maioria dos casos, é o fator que predispõe e desencadeia ao mesmo tempo.

AÇÃO DO CALÇADO

Podemos dizer que o calçado é a grande órtese podal.

CLASSIFICAÇÃO



Foi criado para proteger e adaptar-se a formação e comportamento dinâmico do pé, mas a moda transformou-o em um objeto de tortura, fonte geradora de 90% das consultas podológicas em meu consultório.

POR MORFOLOGIA UNGUEAL

Quando as unhas apresentam uma curvatura maior do que a normal, são classificadas em:

- Involuta
- Telha
- Funil
- Gancho
- Torquês

Em geral, as unhas encurvadas tracionam contra o tecido dentro do sulco ungueal.

Podem estar muito tempo invaginadas, produzindo dor e, em outros casos desencadeando a fissura do tecido.

Podem ser adquiridas, congênicas ou expressão de alguma doença.

POR DACTILOPATIAS - MORFOLOGIA DO DEDO

As más formações dos dedos por seu apóio inadequado, tais como Hálux Valgus Pronado, Hálux Flexus, ou Extensus, bordas periungueais exuberantes ou aqueles casos do Hálux mais largo (pé egípcio), são causas da onicopatía.

POR PODOPATIAS

Desequilíbrio nos pontos de apóio plantar. Em um pé plano valgo, o movimento digitigrado do Hálux ao caminhar, predispõe a lesão no sulco ungueal interno.

POR POSTURAS DE DESCANSO

Quando se dorme de barriga para cima, a pressão das cobertas sobre o extremo distal dos dedos em pacientes que têm diminuída sua sensibilidade (diabéticos), junto a outros fatores, pode ser causa da onicocriptose.

Existem casos de crianças em fase de amamentação que, por dormirem de barriga para baixo, desencadeiam o processo por pressionar o Hálux contra o colchão.

POR HIPERHIDROSE

A maceração da epiderme, seja por excesso de transpiração ou por pedilúvios freqüentes, permite com facilidade que a porção de unha se

incruste no tecido macio.

POR UNHAS MUITO CURTAS, SUBMERGIDAS

Quando a borda distal apresenta-se proeminente, a unha fica submergida retardando seu crescimento normal, que somando-se ao impacto frontal do calçado causa a onicocriptose frontal.

POR CORTE INCORRETO LATERAL DAS UNHAS

Quando se deixa na borda lateral das unhas alguma porção aguda da mesma (espícula), o crescimento ou compressão gera o problema.

POR TRAUMATISMOS VIOLENTOS

Quando existe um ou mais fatores latentes, estamos na presença de unhas predispostas. A ação de um pisão, tropeção ou caída de um objeto pesado, pode ser o gatilho desencadeante da onicopatía.

MECANISMOS DA APARIÇÃO E O PORQUE DO GRANULOMA

O mecanismo que produz a onicocriptose, como já dito anteriormente, deve-se a dois grandes fatores: o mecânico e a má formação.

A borda lateral ou ângulo da unha, sob estímulos de uma pressão contínua, se funde na pele próxima e causa uma solução de continuidade.

Em atitude de defesa, o organismo reage para reparar esta ferida, produzindo um tecido granulomatoso como resposta normal a qualquer perda de substância nos tecidos.

Só que, no caso considerado por nós, a insistência do fator traumatizante, faz com que o tecido de granulação, em lugar de evoluir em direção a cicatriz, prolifere.

Desta forma a borda ungueal e parte da mesma, fica recoberta por este tecido granulomatoso.

A solução de continuidade primitiva provocada pela espícula, não é cicatrizada apesar de haver sido formado um abundante tecido de reação. Pelo contrário, ao resistir aos fatores da causa, transforma-se em uma úlcera dolorosa sem nenhuma possibilidade de cura, até a retirada da espícula.

É indispensável dizer com que facilidade se produzem os processos infecciosos, e os riscos a que está submetido um paciente diabético.

GRAUS DE EVOLUÇÃO DA ONICROPTOSE

Estágio de dor ou determinante

Caracteriza-se pela inflamação e sensibilidade da zona. A eliminação do calçado estreito e a nossa intervenção com apenas uma pequena manobra, pode ser suficiente para inibir o processo evolutivo da afecção.

Primeiro estágio, de ferida: define a onicocriptose. Aparece um pequeno exudado sem ser purulento, aumentando a dor e a inflamação.

Segundo estágio, de infecção: forma-se um incipiente tecido de granulação de cor vermelho brilhante com a epiderme intacta, e um princípio de infecção.

Terceiro estágio, de granulação: aparecerá uma proliferação carnuda exuberante chamada "granuloma piogênico" (tipo benigno); sua cor, um vermelho escuro e, muitas vezes, coberto por uma crosta.

Por ser um tumor muito vascularizado, com o simples atrito do calçado, pode sangrar. Se a atuação profissional não for procurada a situação pode prolongar-se até que algum fator desesperante leve a uma consulta.

TRANSTORNOS PROVOCADOS PELA ONICOCRIPTOSE E PRECAUÇÕES A SEREM TOMADAS

TRANSTORNOS

O paciente sente muita dor que em muitas vezes só aparece ao caminhar mas, em outras ocasiões a dor persiste mesmo em repouso.

Ao caminhar, devido à dor, a tendência é não apoiar o dedo dolorido, portanto, se tomam posturas viciosas ou transtornos de marcha visíveis.

Quando a dor fica mais intensa e a região inflama ocasionando aumento de temperatura, surgem os fenômenos da infecção.

PRECAUÇÕES MAIS IMPORTANTES

- Proibir o uso de calçados estreitos.
- Saber se o paciente é diabético.
- Na utilização do iodo (anti-séptico)
- Saber se tem a vacina antitetânica.
- Atenção com todas as normas de biosegurança (todos os pacientes são de alto risco até que se demonstre o contrário).
- Aplicação local de antibióticos ou curativos (o tipo de medicação dependerá do caso clínico - sob prescrição médica).



EL ESTETICISTA



elesteticista@suavepie.com



Aductor
Nocturno



Pedígrafo



Gel Polimérico



Arandelas y Parches



Moleskin



Alicates



Compensador
Estadina



Cosmética Pédica



Soportes de
Cuero



Descargas y
Complementos

Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos
Para Comercio Exterior haga su consulta en suavepie@suavepie.com

A) PRECAUÇÕES SOBRE O TÉTANO

O tétano é uma doença grave com um índice de mortalidade elevado. Um a cada três adultos e todos os recém-nascidos que são acometidos por essa doença, falecem.

A forma mais comum aparece quando o microorganismo (*Clostridium tetani*) se introduz através de feridas punçantes, cortes ou outras lesões da pele. O sintoma principal, chamado "trismus", é o endurecimento (contratura) dos músculos da mastigação que impede abrir a boca.

Como prevenir o tétano?

Previne-se através de imunizações ativas ou passivas.

A imunização ativa consegue-se com a vacina.

A passiva, por meio da gamaglobulina antitetânica, que se indica somente quando há uma ferida ou lesão na pele (úlceras, queimadura, etc.), em uma pessoa não vacinada previamente.

No nosso caso, quando um paciente com oncocriptose quiser ser atendido e não está vacinado, além de receber a vacina, deverá receber aplicação de gamaglobulina antitetânica, que é de prescrição médica.

B) PRECAUÇÕES COM IODO

Não aplicar iodo em menores de 2 anos, nem em pacientes em que estejam sendo investigada as funções tireoidais. Aplicar com precaução nos pacientes com hipertireoidismo ou bócio modular. Não utilizar o iodo com soluções tópicas ou pomadas com derivados de mercúrio, (ex.: iodox); são incompatíveis.

Existem pacientes hipersensíveis ao iodo que apresentam uma sensação transitória de ardência durante a primeira hora e eritemia leve.

C) PRECAUÇÕES COM UM PACIENTE DIABÉTICO.

O porque do máximo cuidado sobre uma ferida.

Todos sabemos que a pele é um órgão importante do corpo, e dentro de suas variadas e diversas funções, protege o corpo dos organismos patogênicos.

É conveniente lembrar que os processos metabólicos das células produzem permanentemente calor que se distribui pela corrente sanguínea, e parte deste deve ser eliminado pelo órgão cutâneo para não variar a temperatura do corpo (aproximadamente 90% se elimina pela pele).

Se a temperatura exterior é baixa, são estimuladas as terminações nervosas termossensíveis da

pele, que contraindo os capilares cutâneos distribui a irrigação da pele. Então, a velocidade de perda de calor é diminuída

Em um lugar quente ocorre situação contrária: os capilares dilatam-se, a pele toma uma cor rosada e gera maior perda de calor.

Quando a perda de calor é muito alta, a função anterior antecipa-se para dissipar o excesso de calor, as glândulas sudoríparas entram em ação segregando uma quantidade maior de suor e, ao evaporar-se da pele, diminui a temperatura do corpo.

Para converter um litro de água em vapor, são necessárias 540 calorias.

A pele pode sentir pressões, temperaturas, dor, diferenciar objetos tocados graças a variedade e quantidade de receptores sensoriais. Imaginem, por um momento, o que aconteceria se estes sensores se encontrassem alterados.

Na pele também encontramos glândulas sebáceas que separam uma película de gordura que evita o ressecamento e a fissura da mesma.

Segundo o exposto, na pele normal temos um microhabitat a uma determinada temperatura, com uma certa umidade e com pH ligeiramente ácido, com uma película de gordura sebácea.

Neste próprio ecossistema habitam germes não patogênicos (saprófitas) em permanente competição com os patogênicos, mantendo assim um equilíbrio.

Em um diabético todos os fatores antes citados encontram-se alterados. Os riscos de infecção aumentam porque não se tem a mesma temperatura devido as microangeopatias. A pele torna-se anidrótica pela atrofia das glândulas sebáceas e sudoríparas, favorecendo a proliferação de microorganismos.

Lembremos que o aumento de glicose no sangue (hiperglicemia) produz doenças vasculares (micro e macroangeopatias), que interferem na irrigação.

Também a hiperglicemia produz alterações no axônio e mielina dos neurônios (neuropatias) desequilibrando o trofismo normal dos tecidos.

Por este motivo, as características do dorso do pé e da perna de um diabético, são fendas, pele fina e tensa, fissuras, anidrótica, descamativa, perda de pelos e flictenas.

CONCLUSÃO

Qualquer ferida ou solução de continuidade em um diabético, tem uma evolução atrasada, cicatrização demorada com propensão à morte dos tecidos (necroses ou gangrena), com poucas

armas defensivas para a infecção.

O podólogo está obrigado a extremar todos os cuidados porque qualquer deslize pode provocar resultados gravíssimos.

Importante: o tratamento da onicocriptose é de atuação médico-podológica.

TRATAMENTO PODOLÓGICO

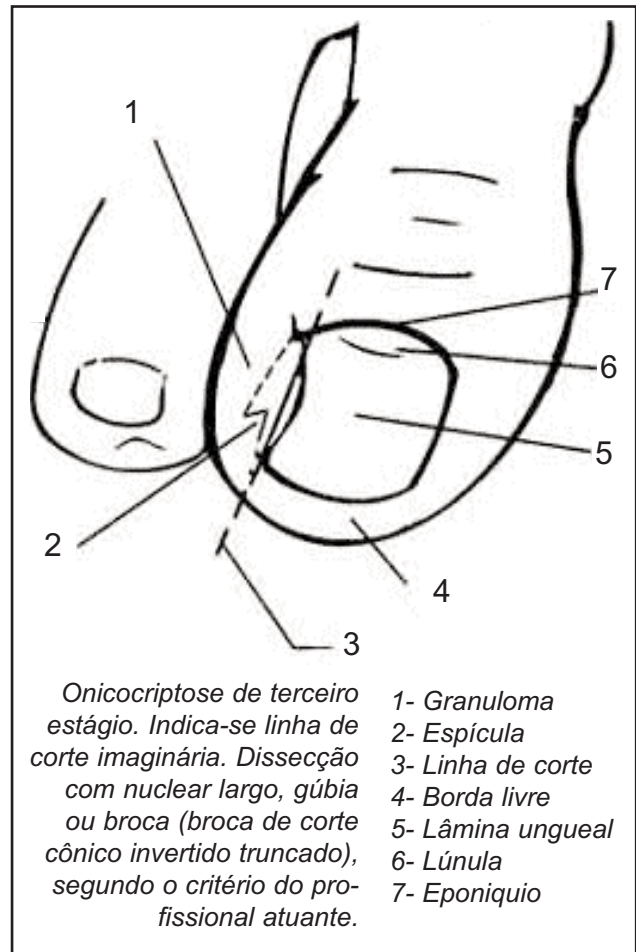
ONICOTOMIA ESPICULAR

Para a ablação (retirada de uma parte, especialmente cortando) de fragmento ungueal (espícula), os passos são os seguintes:

1) Preparação do campo - fase preparatória

- a) Desengordurar o pé.
- b) Antissepsia total.
- c) Limpeza da zona a tratar com solução fisiológica, após água oxigenada em abundância.
- d) Pincelar o campo com iodo ou outra substância para o caso.

2) Fase operatória - um exemplo de técnica aplicada



Onicocriptose de terceiro estágio. Indica-se linha de corte imaginária. Dissecção com nuclear largo, gúbia ou broca (broca de corte cônico invertido truncado), segundo o critério do profissional atuante.

FISSURAS: PORTA DE ENTRADA PARA INFECÇÕES!

HomeoPast

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

RESULTADOS SURPREENDENTES!

O 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!

Produzidos por: HomeoMag Laboratório Ltda.
Distribuídos por: **HomeoMag** PODLOGIA ESTÉTICA

Novo Telefax: (011) 6604-3030**
www.homeomag.com.br
atendimento@homeomag.com.br

ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL

HomeoFeet
Protetor para hidratação
Novidade!

Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!

Loção Emoliente | Hidratantes com Cera de Abelha e Silicone | Gel Hidratante Calmante | Creme para Fissuras | Amolecedor de Cutículas | Loção Hidratante c/ Mentol

PONTOS DE VENDA PARA PROFISSIONAIS Belo Horizonte/MG: Podoplus (31) 3292-8507 Campinas/SP: CAP (19) 3237-5396 Campo Grande/MS: Prisma Cosméticos (67) 3384-2355 Curitiba/PR: Casa Costa (41) 3016-1141 Florianópolis/SC: Wed (48) 3224-1626 Fortaleza/CE: SR Bastos (85) 3226-7492 Porto Alegre/RS: D&D (51) 3227-6767 Rio de Janeiro/RJ: Podoplus (21) 2254-1394 Santo André/SP: Podoplus (11) 4972-3857 São Paulo/SP: Metalúrgica Freitas (11) 3672-2469 / Podoshopping (11) 5562-9053 / Podomel (11) 3106-3152

a) Com alicate reto pequeno, faz-se um corte de entrada desde o extremo lateral distal da unha a 4 ou 5 mm. da borda lateral em direção à borda lateral proximal. O tamanho do corte estará determinada pela dor a que se refira o paciente.

b) Separar suavemente o fragmento cortado com a gúbia para colocar por baixo um pequeno pedaço de algodão banhado com álcool por um minuto; logo retirar.

c) Corte final, extirpação da espícula. Com o formão fino curvo ou gúbia, se continuará o corte da espícula penetrando com pressão intermitente, acompanhado de pequenos movimentos de esquerda para direita, de cima para baixo, até dissecar (excisão de uma parte) num só ato.

Pode acontecer de a espícula ficar presa; nestes casos, com a gúbia levantar o fragmento ungueal de baixo, e com uma pequena pressão em direção ao dorso, desprender.

A retirada da espícula nesta etapa também pode ser feita com uma pinça, puxando levemente para frente ou para trás, segundo convenha (menor dor), e desprendendo definitivamente.

d) Desinfecção. Proceder-se-á a assepsia da zona com água oxigenada em abundância. Pode ocorrer que durante as manipulações, se produza alguma hemorragia como consequência da ruptura de numerosos capilares sangüíneos. Esta hemorragia deve ser estancada rapidamente. Aplicar um algodão banhado em água oxigenada, tampar e esperar por 7 minutos aproximadamente (tempo de coagulação).

Se o sangue continuar fluindo, pode complicar o curso pós-operatório podológico e provocar febre, já que o sangue se infecta facilmente. Nestes casos, a hemostasia (detenção espontânea ou artificial do fluxo sangüíneo) deve ser cuidada pessoalmente, recomendando-se um produto excelente, Albocresil solução (vendido em farmácias).

Pingar e aguardar 2 minutos.

3) Término - fase pós-operatória

Aplicar pomada cicatrizante, e proteger com gase tubular. Em continuação, veremos a aplicação de descargas com feltros, proteção tubular, Moleskin, T.P. Foam ou Gels, segundo a consideração profissional.

Tudo estará dirigido a evitar a compressão da zona tratada. A seguir, daremos as indicações ao paciente e confeccionaremos a ficha podológica.

OUTRAS INDICAÇÕES PARA A ONICOECTOMIA ESPICULAR

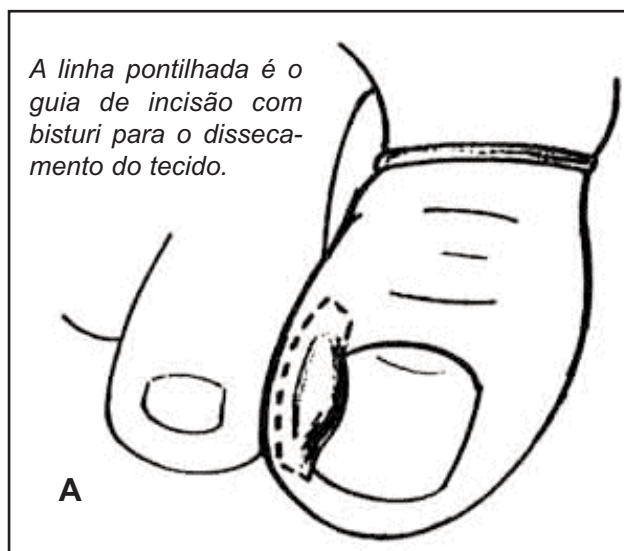
a) Casos não avançados - Nas formas não avançadas, de primeiro estágio, quando a borda ungueal está muito aderida, com o nuclear, broca ou gúbia se rebaixará toda a irregularidade agressora. A seguir, lentamente preencher o sulco com pasta antiséptica (odontológica). Manter por 48h.

b) Casos com muita dor - Quando o processo patológico está avançado não permitindo qualquer tipo de manobra devido a uma grande dor, teremos que aplicar cimento cirúrgico (odontológico) para reduzir a inflamação e, posteriormente, dissecar.

c) Recidivas - Com o passar do tempo, volta a crescer a unha e a infecção não deve repetir-se, mas se houver recidiva (reaparecimento com o crescimento da unha), seguramente o tratamento profilático não esteve bem dirigido ou o paciente não seguiu as indicações para evitar os fatores predispostos.

d) Onicotomia espicular com broca - Esta técnica requer certa habilidade. Uma vez determinada a linha imaginária de corte, apoia-se na borda lateral da unha uma broca cônica truncada invertida, e com o máximo cuidado procede-se ao corte, desde o extremo distal até o proximal. Apos, extrai-se o fragmento seccionado.

e) Pequena Cirurgia do tecido de granulação - (ver figuras A e B). É de incumbência médica. Consiste na extirpação do tecido exuberante, próximo à borda ungueal. Primeiro, para impedir a hemorragia é necessário colocar um laço isquêmico no dedo; posteriormente, mediante uma seringa, injeta-se anestésico em 4 pontos. Depois



de alguns minutos, a parte que deve ser operada está anestesiada. Com o bisturi realiza-se uma incisão ao redor do tecido granulomatoso que é dissecado, com pinça e tesoura. Em seguida, as bordas da ferida são suturadas.

f) Cimento Cirúrgico (de uso odontológico - Quadro C) - Após a cicatrização, na etapa de redução da curvatura das unhas (ortonixia), seja com órteses de fibras elasto-flexíveis (fibra com memória molecular) ou com a eliminação de outros fatores predispostos, podemos ajudar com a aplicação de cimento cirúrgico para limitar o conflito entre lâmina e o sulco ungueal. Esta interposição (ao separar), favorece as condições terapêuticas.

g) Soluções antisépticas não cáusticas para diabéticos. Recomenda-se nestes pacientes a higiene da ferida com solução fisiológica, água oxigenada 10 V, rebaixada com água destilada ao 50 %.. A rápida recuperação dos tecidos pode ser conseguida através de curativos com nitrofurazona ou furacim, ou outros segundo prescrição médica. Lembrar que este tratamento é de atenção médico-podológica.

PROFILAXIA

O profissional orientará seus pacientes na eliminação de todos os fatores causadores da afecção. Para isso é recomendável observar-se a pedigrafia, se houve corte inadequado, se o que aparece tem relação com hereditariedade do paciente, etc.

Em definitiva, determinar a verdadeira causa da onicopatía, dar toda a orientação e possível tratamento pós-operatório podológico.

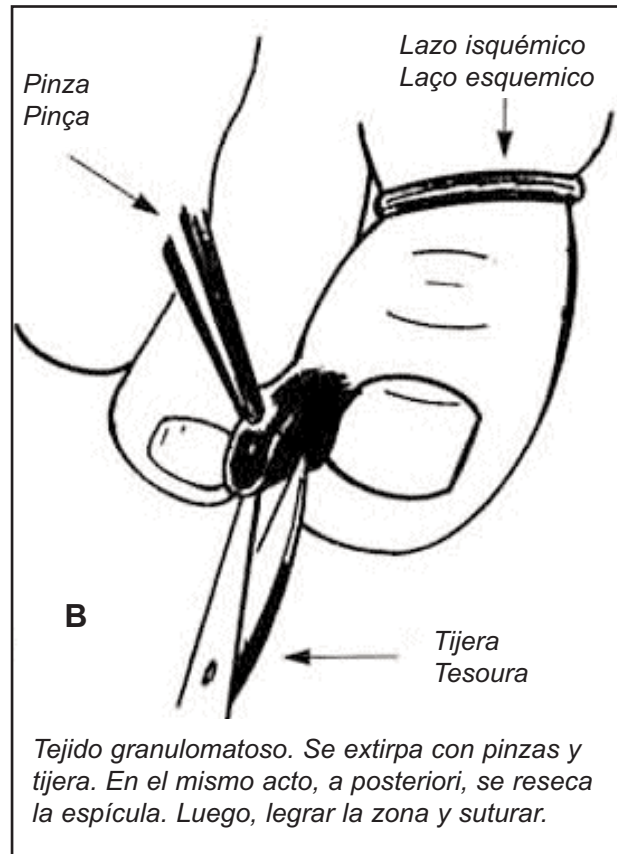
Segundo o caso, o tratamento pode estar orientado para corrigir a curvatura ungueal (ortonixia), aplicando fibras elasto-flexíveis com resultados excelentes.

No caso de desequilíbrios biomecânicos podemos aplicar dispositivos ortésicos comerciais elaborados com resina ou gel.

Outro tipo de órtese é a plantar, para isolar os pontos de hipertensão.

Por último, podemos recorrer à fabricação de órteses siliconadas sob medida (ortoplasia) para reduzir qualquer efeito deformativo ou enfrentamento doloroso.

O importante é saber que a especialização e o trabalho interdisciplinar nos permite limitar a gravidade da afecção, retardar sua evolução e, inclusive, fazer com que a mesma desapareça.



APLICAÇÃO DO CIMENTO CIRÚRGICO C

Dois componentes: Pó e líquido

1) Coloca-se em um copo Dappen a medida de pó necessária.

2) Pinga-se algumas gotas do líquido. Mistura-se com a espátula até obter consistência semi-líquida.

3) Previamente proceder à desinfecção da zona. Colocar o preparo no sulco ungueal, diretamente sobre a ferida e granuloma. Deixar secar por 3 minutos, e em seguida proteger com gase tubular e descargas.

Dentro de 24 ou 48 horas no máximo, retirar o preparo com algum instrumento e limpar com solução fisiológica. Em seguida proceder a onicotomia espicular.

CAUSA DE ONICOCRIPTOSE POR MORFOLOGIA UNGUEAL

Podemos dizer que as laminas ungueais dismórficas apresentam transversalmente uma curvatura exagerada em relação á normal convexidade.

A causa habitual desta alteração morfológica tem muito que ver com o calçado (grande ortese podal) inadequado, é dizer, quando este não se adapta á con formação e comportamento diná-

mico do pé.

Tenhamos em conta que existem algumas exceções de origem congénita e outras que contam com antecedentes familiares, como outras que estão orientadas para patologias particulares (hipocratismo). A lâmina pode estar abarquilhada ou involuta, ou ter barquilla brusca sem complicar o paciente, mas sempre esta presente a predisposição para que esta alteração avance quando a pressão do calçado insulta permanentemente o pé.

Em 90% dos desmorfismos ungueales não tem por si próprio interesse podológico algum, senão saber que problemas são capazes de ocasionar.

CLASSIFICAÇÃO GENÉRICA DE PLACAS UNGUEALES DESMÓRFICAS

Quando as unhas apresentam uma curvatura superior a normal, se classificam em:

- Abarquilhada.
- Angulosa cônica.
- Angulosa.
- Involuta cônica.
- Involuta o arrollada.
- Barquilha brusca o retangular.
- Barquilha brusca cônica.

Em geral as unhas encarnadas tracionam contra o tecido dentro do sulco. Podem estar muito tempo invaginadas produzindo a dor e, em outros casos, desencadeiam a fisura do tecido. Lembramos que podem ser adquiridas, congénitas ou a expressão de alguma doença.

ORTONIXIA

É a técnica destinada a reeducar a curvatura

exagerada da unha para evitar a perfuração das partes macias por microtraumatismos ocasionados pelo calçado.

TRATAMENTO PODOLÓGICO NAO INVASIVO

Aliviar a pressão da exagerada curvatura da placa contra o tecido macio é o objetivo principal do podólogo, assegurando-se de que o cargado seja o adequado para os pés do paciente.

Técnica aplicada:

Aplicação da ortese redutora da curvatura ungueal com fibras elastoflexíveis.

Este material tem a particularidade de uma mola, se pode curvar mas sempre volta a sua posição original (é difundido no ambiente podológico como fibra com memoria molecular).

Ter em conta: desde o meu ponto de vista e atuação profissional, a ortonixia não corresponde ao tratamento da onicocriptose, porque esta não permitirá a aplicação da fibra correta.

A atuação do podólogo esta marcada em dois tempos:

1) Onicotomia especular,

2) depois de passado o periodo séptico e determinado a causa, talvez (não sempre) seja necessário reeducar a curvatura ungueal com fibras elastoflexíveis.

Ação da fibra: possui uma forma de tração equilibrada uma vez pegada transversalmente no limbo (unha), a uns 3 ou 4 milímetros do extremo proximal ou também na zona média da unha.

CLASSIFICAÇÃO GENÉRICA DE PLACAS UNGUEALES DESMÓRFICAS



Abarquilhada



Barquilha brusca cônica



Barquilha brusca o retangular



Em torquês



Em torquês cônica



Angulosa



Angulosa cônica

Para conseguir maior tração, se pode montar uma fibra encima da outra em casos de unhas engrossadas.

O tratamento, como máximo, pode durar 3 meses, mudando as mesmas a cada 30 dias, tempo suficiente para que a curvatura se normalice gradualmente.

O tratamento se pode acompanhar com pasta de obturação nos sulcos.

Esta interposição onico dactilar ajuda muito. Sobretudo, no pós-tratamento com fibras, evita a recidiva mantendo a correção.

Pode dizer, com total segurança, que este método me deu e esta dando resultados surpreendentes.

TÉCNICA: PASSOS A SEGUIR

- 1) Medir a largura total da unha.
- 2) Determinar a medida da fibra corretora (a medida será menor até 2 mm que a largura total da unha).
- 3) Aconselha-se tomar molde de gesso do dedo

para ter uma visão clara da curvatura. Sempre haverá um molde do antes e outro do depois. Cada um deles será codificado para a avaliação do tratamento de correção.

4) Polimento da unha (fressa diamante). Isso não deve faltar em nenhuma circunstancia.

5) Desengordurado da unha com álcool. Ter em conta, muito importante: jamais antes do tratamento se humedecerá a unha com queratolíticos ou outras substancias medicamentosas.

O exudado destes produtos nos pertiram a boa aderencia das fibras. Também, o excesso de cola (cianocrilato) é contraprodutor.

6) Com um marcador, marcar a posição da fibra a colar.

7) Limado da cara que va colada à unha da fibra elastoflexivel, com uma lima para unhas ou lixa para madeira media.

8) Sobre o aplicador, colocar 1/2 gota de cola. Nunca se colocara sobre a fibra.

9) De maneira vertical, aplicar a cola na porção media da unha (como pincelando).



The advertisement displays a collection of dental equipment. On the left is a white office chair with a black base and casters, labeled 'Cód. 15200'. In the center is a white dental cabinet with drawers and a control panel, labeled 'Cód. 17600'. To the right of the cabinet is a dental operating light fixture, labeled 'Cód. 17201'. In the foreground, there is a white dental chair with a large backrest and adjustable footrests, labeled 'Cód. 13932'. A white tray is placed on the floor in front of the chair, labeled 'Cód. 15401'.

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

10) Tomar a fibra com uma pinça de boa tração e aplicar sobre a unha transversalmente. Logo, pressionar com a parte posterior do aplicador na zona central da fibra. Esperar 10 segundos, logo tirar pressão (figura 1).

11) Repetindo o passo N° 8, colar um dos extremos da fibra corretora.

12) Pressionar o extremo da fibra contra o borde lateral da unha com a parte posterior do formão (figura 2), e esperar 10 segundos.

13) Os passos 11 e 12 se repetem para o outro extremo da férula (figura 3).

14) Com fressa diamante, se reduzem os bordes livres da fibra para evitar o rompimento das meias. Também se pode aplicar pinceladas de polímero e monómero sobre a fibra para formar uma capa protetora acrílica; sem correr nenhum risco de má tração.

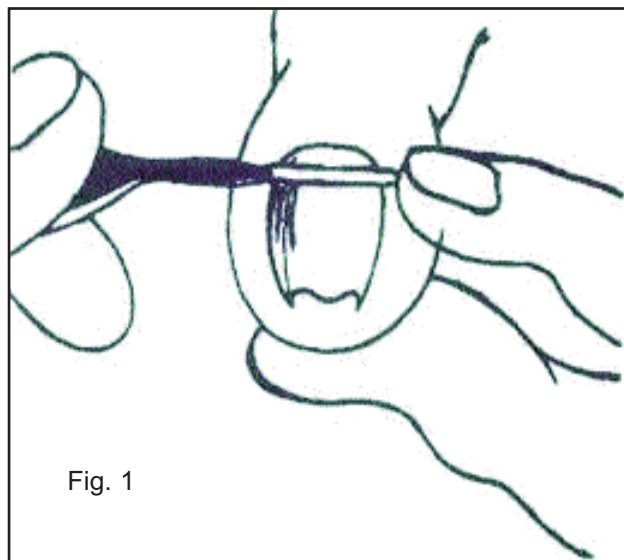
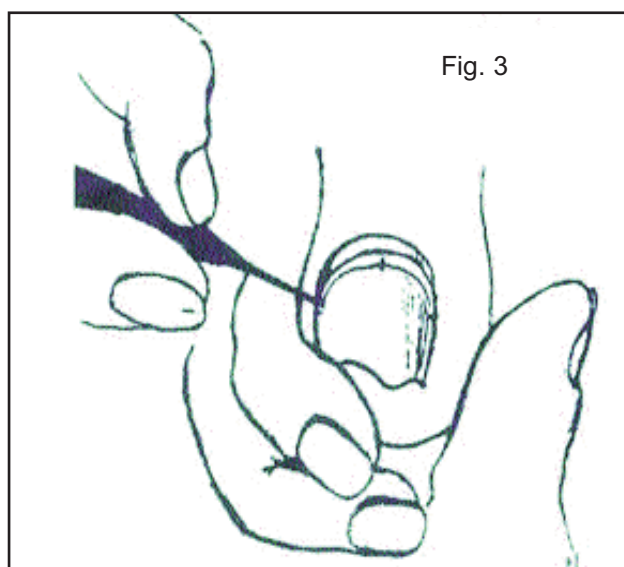
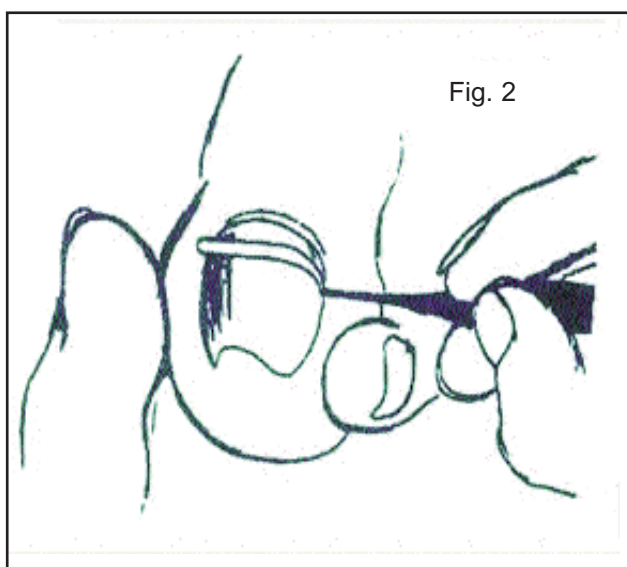


Figura 1: Em alguns casos é aconselhável colocar a férula a 5 mm da cutícula. Sugiro também que reallzem a seguinte experiência: pegar apenas os extremos, o resultado pode ser interessante.



A aplicação de ostesis ungueales (ortonixias) tem como objetivo evitar a desorden común das unhas.

As afecções que aparecem frequentemente na altura da última falange do primeiro dedo são as seguintes: onicóptoses e onicofoses, causadas por diferentes morfologias ungueales.

A terapia podológica debe estar orientada no seguinte:

Por um lado perguntar-se: Quais são as causas que dão origem ao desordenamento do processo algico? Descobertas estas, orientar aos nossos pacientes sobre as medidas que devem tomar para evitar os processos traumáticos. Por outra parte devemos decidir de acordo ao caso, a escolha da terapia a seguir.

Técnicas de correção

Cercado ou coroa de uma placa ungueal (omega). Em nosso país (Argentina) esta técnica vem sendo substituida por outra, férulas elastoflexiveis (clip-FMM).

A fase de correção esta dada pela elasticidade do fio metálico e pelo raio de curvatura que deverá ser maior ao que da placa ungueal (Figura 4).

Ortesis elastoflexiveis (Clip-FMM) com memória molecular

É uma fibra plana, com uma espessura aproximada entre 0,3 e 0,4 mm, sua característica fundamental é a ação de mola que produz ao tomar curvatura.

Existem varias medidas e formas.
Esta técnica oferece resultados excelentes.

Mas tanto na omega como no clip as contra-indicações da sua aplicação são as seguintes:

- Onicolises por dermatose ou ações traumáticas.
- Micose total da unha.
- Rodetes hipertrofiados.
- Perionixis infecciosa.

Se está indicado nos dedos dolorosos por distorções ungueales traumáticas.

Em alguns casos de origem congenita podem cumprir ação antialgica enquanto encontrem-se aplicadas, (ação passiva).

As fibras são escolhidas em função do desmorfino que será tratado.

A montagem de posição da mesma será proximal, radial ou distal. Na figura 5 observamos a fixação medial.

No caso da unha em torquês cônica (arolladura distal), a fixação será distal.

O processo é mais lento, mas é garantido.

Devemos lembrar que a fibra deve superar a pressão da convexidade da placa. Neste desequilibrio de forças, se cumpre a ação terapeutica.

As modificações da curvatura obrigam a variar a verticalização dos bordos laterais que agridem os sulcos.

Aproximadamente depois de 60 dias de tratamento, a altura dos sulcos irá variar consideravelmente ao desaparecer a verticalização lateral da placa. (Ver Fig. 6 e Fig. 7).

O novo ângulo da tábua ungueal, produz o alívio que buscamos.

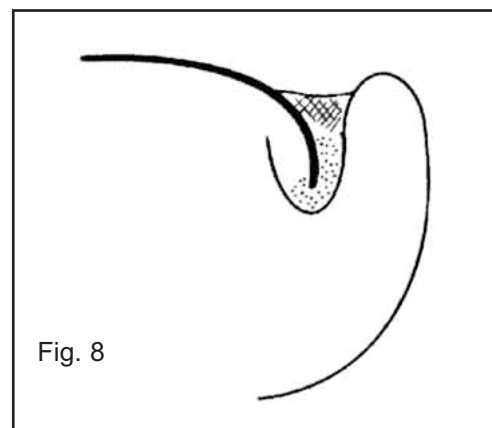
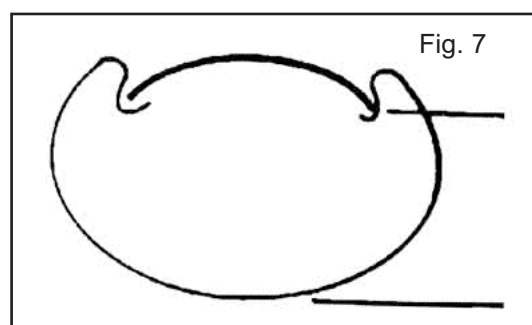
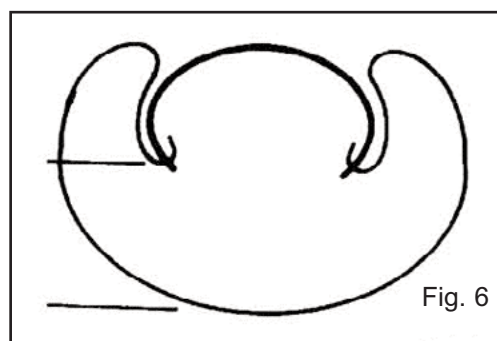
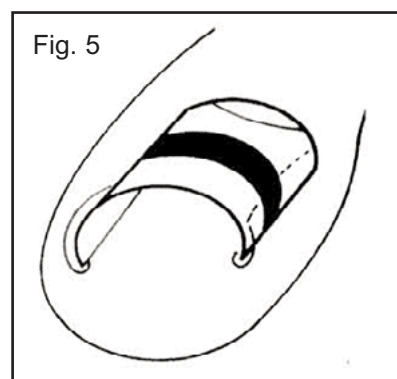
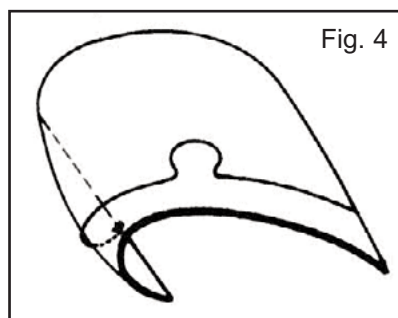
Criação de espaço temporário com a aplicação da pasta ou cimento de obturação.

No caso da onicocriptose, logo de sequestrar a espícula, temos que considerar a manutenção do sulco, para que a placa encontre o seu carril no seu movimento lógico.

As pastas temporárias para obturação (odontológicas), se aplicarão depois do processo de cicatrização.

Em determinados casos se poderá cubrir a pasta com acrílicos (polímeros e monómero), (ver Figura 8).

A aplicação da pasta obturada não oferecem contra-indicações, podem ser removidas com facilidade por sua propriedade antirígida.



Férulas onicosulcais: Método Carre, Pelthon e Frederick

Estas férulas se utilizam como guia da lâmina sobre o sulco, impedem a ação direta do acrílico sobre o tecido para evitar qualquer reação alérgica.

Estes tubos podem ser flexíveis, rígidos e em diâmetros diferentes.

A férula é aplicada em casos de inflamação porque a lâmina esta desprendida do leito fixando-se com acrílicos.

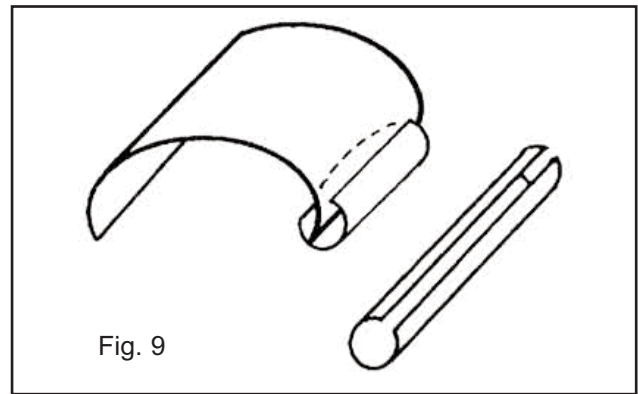


Fig. 9

Esta técnica é excelente para desenvolver sulcos limpos, amplos, para melhor movimentação ungueal, (não corrige curvaturas).

A possibilidade de combinar as férulas e fibra clip pode ser interessante. Apenas fica por critério do profissional determinar quando irá aplicar esta técnica. (Figura 9).

Devido a quantidade de consultas e dúvidas com respeito a existência e aplicação das férulas denominadas onicodactilares decidi desenvolver uma explicação detalhada do tema, com uma denominação específica.

FÉRULA ONICOCANAIS, PERIUNGUEAIS OU TAMBÉM ONICOSULCAIS:

São fundas unilaterais preparadas para evitar o enfrentamento injuriante da borda lateral da unha sobre o sulco da mesma.

Lembramos que:

Férula: são todos os elementos utilizados para imobilizar, limitar o movimento ou sustentar qualquer parte do corpo.

Podem ser rígidas, semi-rígidas ou flexíveis.

Diferenças das férulas onicosulcais:

Férulas	Carre	Frederick	Nasogastrica	Pelthon
Flexível	X		X	
Semi flexível		X		X
Rígidas		X		X
Seção longitudinal		X	X	
Perfil	Em U achatada aberta	Circular cerrada	Circular fechada	Em olho de fechadura aberta

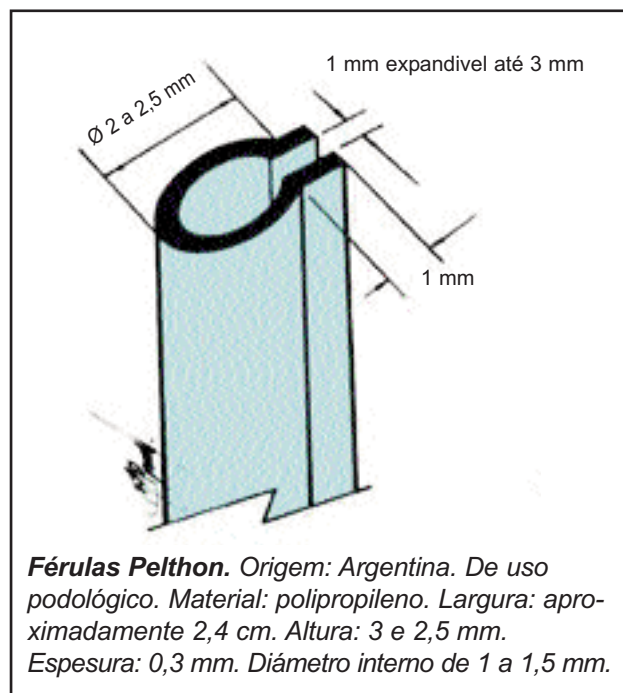
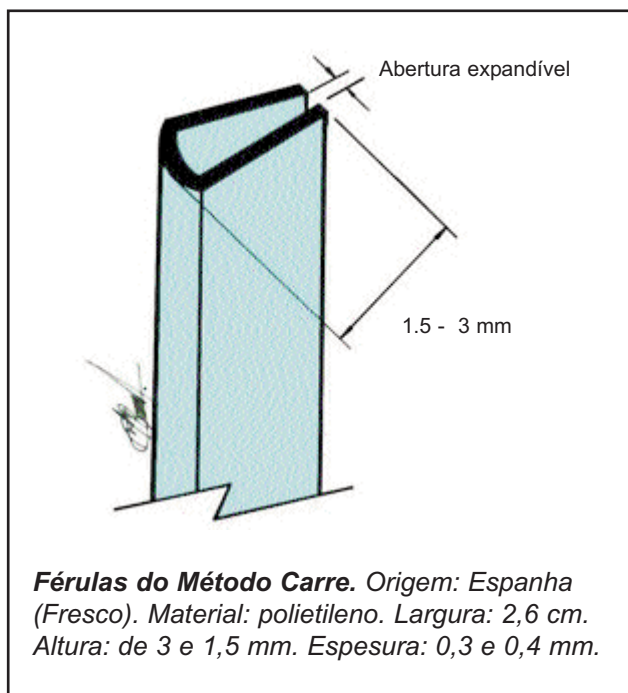
www.revistapodologia.com

Desde 1997 en internet informando a los profesionales de la salud y la estética del pie.

Desde 1997 na internet informando os profissionais da saúde e a estética do pé.

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

CLASSIFICAÇÃO E CARACTERÍSTICAS DAS FÉRULAS PERIUNGUEAIS MAIS CONHECIDAS

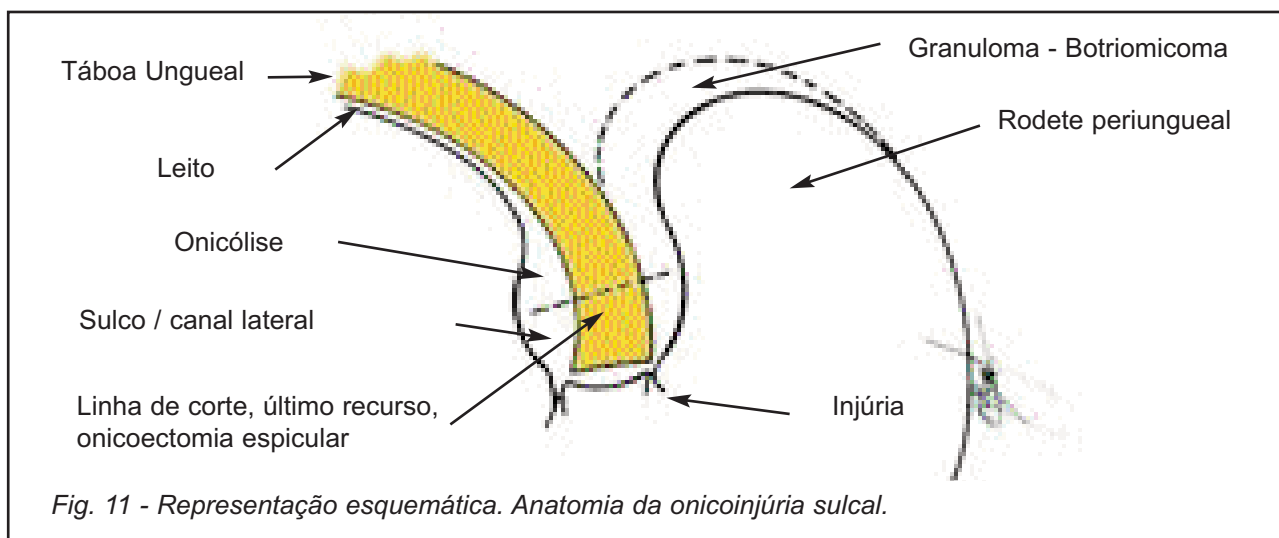
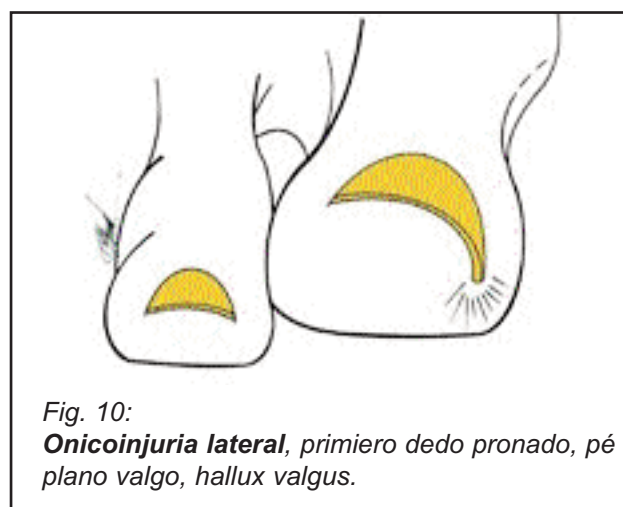


ONICOCRIPTOSE, TERAPEUTICA COM FUNDAS ONICOLATERAIS

Se por algum fator, no sulco periungueal existem pequenos restos de substâncias, ocasionada pela borda lateral da unha (espícula), e que apenas interessam para a epiderme, sem lesionar a derme, com algias intermitentes, de fácil acesso periungueal e uma leve inflamação, estamos frente ao primeiro estágio da onicoinjúria.

Ver figuras 10 e 11.

Os podólogos frente a esta síndrome podem tomar dois caminhos diferentes para uma mesma solução, exemplos:



APLICAÇÃO DO MÉTODO CARRÉ

Segundo a empresa Fresco de Barcelona (Espanha) (Us. Pat. N° D9101923/E), a informação é a seguinte:

Preparação previa:

Passo indispensável para a correta aplicação do dispositivo. Consiste em separar a unha da epiderme subjacente em uma franja ao redor da ferida, com o objetivo de deixar espaço para o dispositivo.

Esta preparação, se efetuada com o instrumento adequado não resultará muito incômoda.

Ver figura 12.

Não obstante as circunstâncias podem com frequência serem aconselháveis (inflamação, hipersensibilidade) o uso de anestesia local.

Regularmente, ao substituir o dispositivo deverá ser repetida a operação, mas então a zona a separar será muito menor, apenas determinada pelo crescimento da unha desde a anterior aplicação. Além do mais já não haverá inflamação e não será necessária a anestesia.

Aplicação:

Apoiamos um extremo do dispositivo, colocando no seu interior o fio da unha, e se desliza o dispositivo ao longo do mesmo separando-o da ferida. Ver figura 13 e 14.

Uma vez introduzido cortamos o outro extremo restante no âmbito da unha (é importante que não sobressaia). Ver figura 15 e 16.

Duração do tratamento:

Recomendamos por razões de higiene, substituir o dispositivo aproximadamente a cada duas semanas. Uma vez que esteja curado, o tecido cicatricial formado não pode resistir o contato permanente com a borda da unha.

O tratamento deve continuar enquanto vai sendo substituído - célula por célula - pelo tecido epidérmico, muito mais resistente, que normalmente ocupa esse lugar.

Este processo pode durar de 2 a 6 meses. A possibilidade de uma recaída será eliminada apenas se tratamento continua durante o tempo suficiente.

Efetividade:

A dor desaparece instantaneamente. A ferida cicatriza e a inflamação desaparece em poucos dias. Usado durante o tempo suficiente elimina a possibilidade de reaparição do problema.

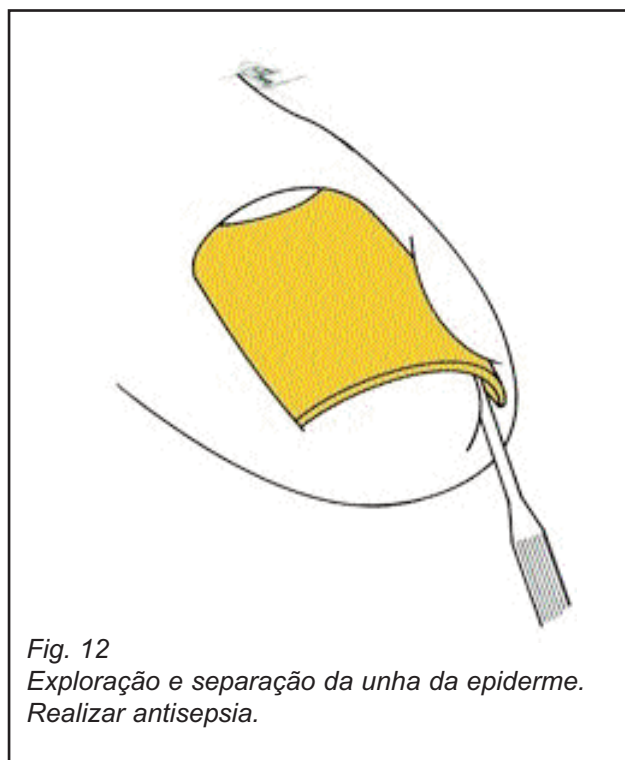


Fig. 12
*Exploração e separação da unha da epiderme.
Realizar antisepsia.*

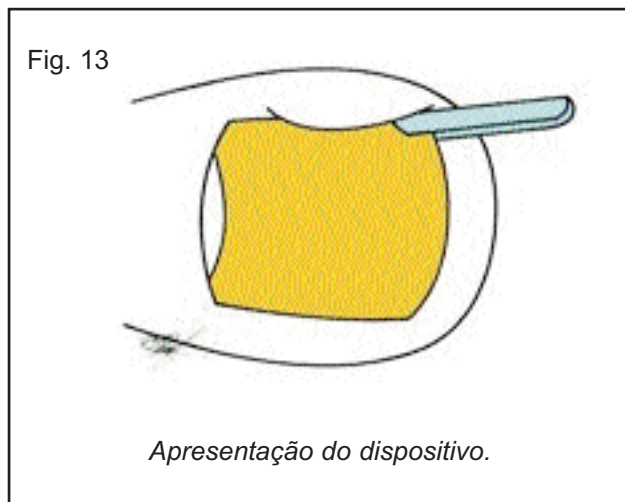


Fig. 13

Apresentação do dispositivo.

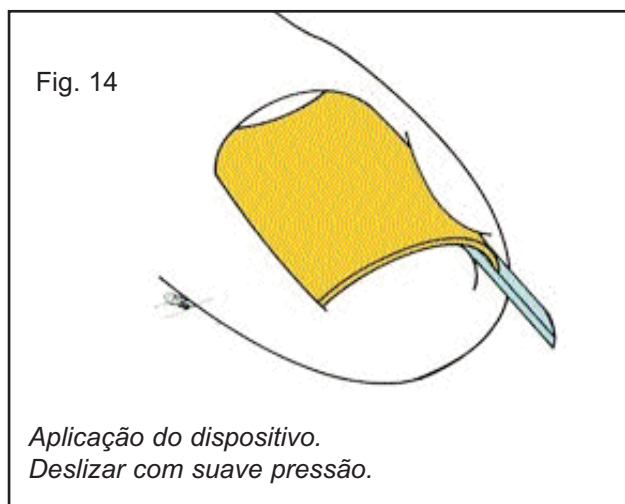


Fig. 14

*Aplicação do dispositivo.
Deslizar com suave pressão.*

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

Mag Estética
Beleza feita com Arte

AUTORIZADA PELA DER CENTRO - SUL EM 15/08/2003

Aparelho para Podólogos, Pedicures e Manicures.

- Aparelho Anatômico do Tipo Caneta;
- Motor Ultra-Potente com até 18.200 RPM,
com regulagem para tratamento das Mãos e Pés;
- Fonte bivolt com ajuste para rotações nos sentidos
horário e anti-horário (facilita a retirada de cutículas);
- Acompanha Brocas Diamantadas, e Lixas;

LANÇAMENTO



Mag Pé



Produto com a qualidade Mag Estética

Adquira já o Seu! (11) 6161-7763

Sem adesivos:

O dispositivo, pode ser tirado rapidamente e facilmente no caso de acidente, má colocação ou simplesmente para efetuar uma limpeza e substituição.

Não atrai olhares:

Sua localização e tamanho dificultam a sua visibilidade para os demais, inclusive com o pé descalço.

Não agressivo:

Os métodos anteriores se baseavam em alterar a anatomia natural da unha, deformando durante o tratamento, a eliminando total ou parcialmente (métodos cirúrgicos). Este método não modifica a anatomia, nem da própria unha nem de nenhuma das partes adjacentes.

FÉRULA ONICODACTILAR DE FEDERICK

(Pdgo. Federico Saldarini)

A férula é um elemento de relação da lâmina e do sulco ungueal, que se utiliza como guia desta lâmina.

Esta técnica apresenta duas vantagens significativas: evita recidivas, permitindo a substituição de laminectomias parciais ou totais, faixas de fibras de memória micro molecular ou práticas de ortomorfia; e admite a ação direta do acrílico sobre a férula, impedindo eventuais reações alérgicas ou inflamatórias.

Os elementos necessários para a confecção da férula onicodactilar são:

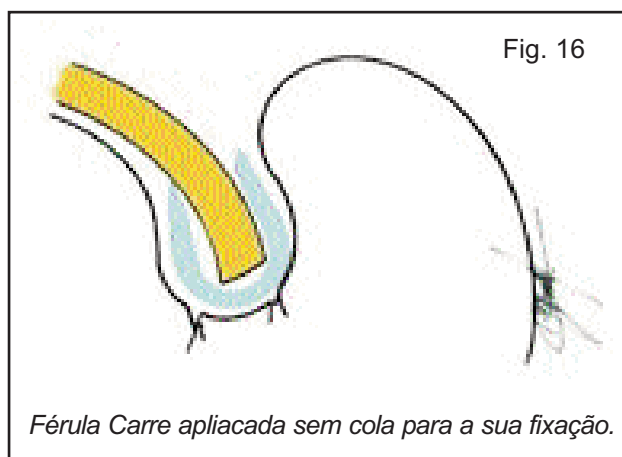
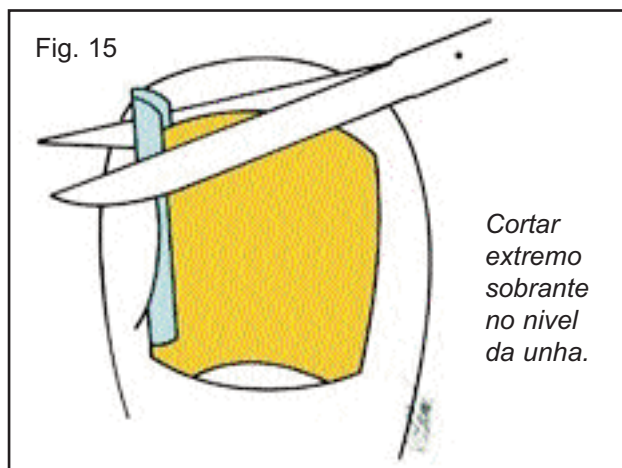
- Férula: guia de polietileno, plástico ou poli-propileno (Allevato, M.A.) e colaboradores.
- Acrílico: polímero e monômero.
- Pote dapen.
- Espátula
- Tesoura

Na sua origem, as férulas são ductos de diferentes diâmetros e calibres, em alguns casos mais flexíveis; em outros mais rígidas.

Estes produtos são cortados longitudinalmente ao meio (1/2), ao terço (1/3) ou aos dois terços (2/3), para conquistar diferentes alturas, segundo o canal ungueal onde será instalada.

Considerando que os seus materiais não são absorventes, as férulas devem esterilizar-se com anti-sépticos avançados, com a finalidade de conquistar uma desinfecção total.

O tratamento viável nos casos de onicocriptose de primeiro, segundo e terceiro grau (Allevato e colaboradores). Obra já citada. Sisto, Horacio.



Ortoreção sulcal e reabilitação da borda periungueal. (Conferência no Primeiro Congresso Podológico Interinstitucional) na onicocriptose como consequência da unha na pinça (Allevato - Bibliografia citada) ou em qualquer patologia que implique a relação lâmina-sulco ungueal (Tignanelli, Marta-no Primeiro Congresso Podológico Interinstitucional), sendo aplicável em pacientes de qualquer idade (crianças, adolescentes ou adultos).

Frente a um paciente com granuloma deve, segundo casos, extrair-se ou não a espícula, lavar a zona ou tratar com uma seringa que tenha agulha de ponta roma e água oxigenada.

Logo se introduz a férula como se fosse uma guia, recorrendo a borda ungueal sem agredir, até a espícula ou a imperfeição da lâmina.

A férula pode ser introduzida sem inconvenientes quando existe inflamação, e que a lâmina se mantém descolada do leito, enquanto que a unha sem patologia, seria virtualmente impossível ao encontrar-se a lâmina aderida ao leito pelas cristas de Henle.

Em geral, se recomenda a utilização de uma férula semi-flexível ao começar ao tratamento, e um material de maior rigidez, a partir da segunda semana, dependendo da sua elasticidade do

grau da onicocriptose e/ou do sulco ungueal.

Uma vez inserida, se fixará uma fêrula com acrílico. Cuidando que não chegue ao tecido, para evitar potenciais alergias ou inflamações; se deseja endurecer e se recortam os excedentes utilizando um esmeril. Desta forma, se restabelece, com a fêrula, o sulco ungueal fechado ou obstruído, gerando a pronta recuperação do paciente.

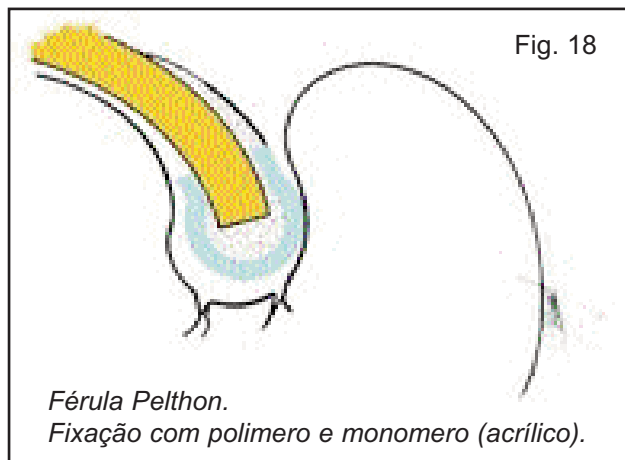
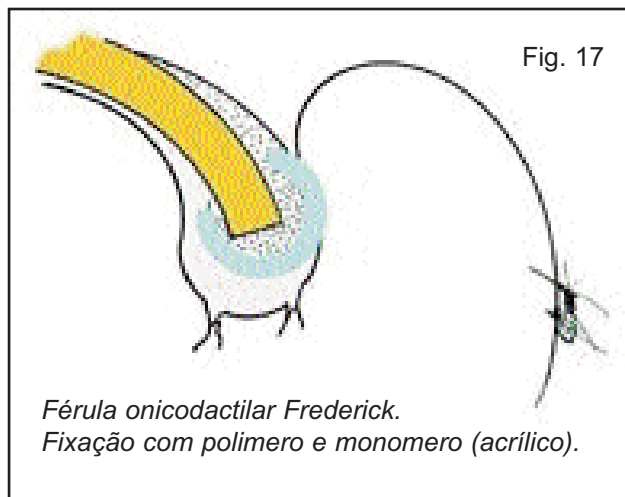
A duração do tratamento depende da distância entre espícula e a borda livre, e do crescimento da unha. Ver figura 17.

Recomendamos o uso de calçados amplos e descarregar ou separadores adequados.

Finalmente, e conveniente ter em conta que em toda onicocriptose existem fatores etiopatológicos - hiperhidrose, alterações ou mal corte das unhas, patologias ortopédicas, calçado impróprio, que ao não ser tratado poderão incidir no fracasso ou prolongação do tratamento aplicado (Saldarini-Allevato) oficina de patologia dermatológica do pé.

FÉRULAS PELTHON

A aplicação deste dispositivo é similar ao dos métodos anteriores. Fica a consideração do profissional a eleição dos passos a seguir e o momento da sua aplicação. Ver Figura 18.



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

TÉCNICA REVER, MÉTODO COMBINADO: FÉRULA ONICOCANAL COM BANDA ORTÉSICA (BANEGAS)

O passo a passo da técnica:

1- Espiculoectomia como último recurso (Total ou parcial).

2- Limpeza a pressão com água oxigenada.

3- Secar bem com gase esterilizada.

4- Aplicar tópicos de policressuleno com solução pura, deixar atuar durante 5 minutos. (Policressuleno: está indicado em afecções que requerem quimiocoagulação, e um poderoso antisséptico bactericida).

5- Secar com gase esterilizada.

6- Aplicar cimento cirúrgico, enchendo o sulco e cobrindo a tabela ungueal. Importante: previamente verificaremos a gravidade da infecção (adenopatias inguinais, muitas vezes associada a uma linfangite).

O tipo de medicação (antibiótico) dependerá do caso clínico. Prescrição médica.

Últimas experiências: Foi substituído o cimento cirúrgico pós-operatório pelo aposito hidrocoloide com resultados satisfatórios. (Taibo-Banegas).

7- Seguindo com a técnica do cimento cirúrgico, depois de ter aplicado, esperamos 3 minutos aproximadamente para cobrir com moleskin na oclusão total.

8- Depois de 48 hs. retirar o cimento cirúrgico.

9- Limpar com solução fisiológica e secar.

10- Aplicar no espaço sulcal um pedaço de gase com creme cicatrizante, pode ser com neomicina (contra-indicação: alergia comprovada a neomicina), cobrir com fita hipoalérgica. O paciente deve realizar a cura com o mesmo procedimento durante 5 dias, todos os dias.

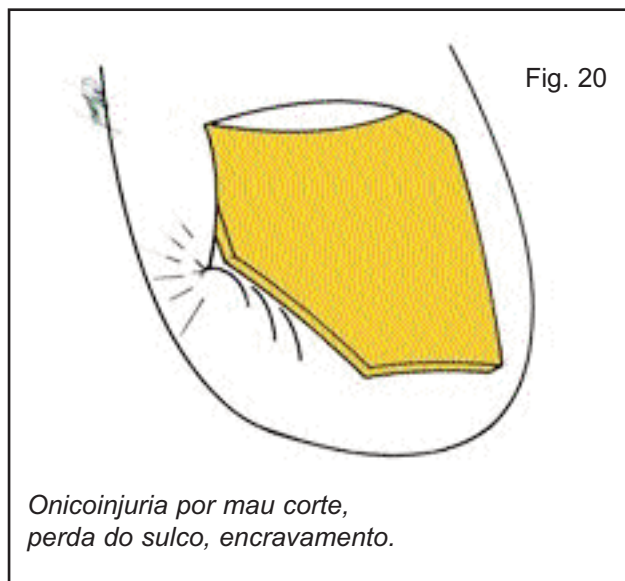
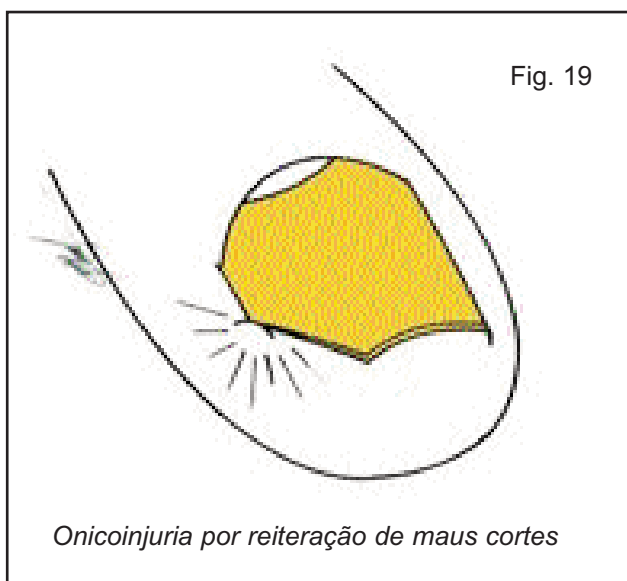
Recomendar: na higiene diária não utilizar nenhum tipo de anti-septico, apenas água e sabão, para não atrasar a epitelização.

Últimas experiências: substituímos o pedaço de gase por hidrocoloide, cobrimos com pinceladas de polímero e monômero. Retiramos no quinto dia. Este método foi realizado em poucos pacientes. No momento a resposta é satisfatória (Banegas-Taibo).

11- No quinto dia, avaliamos o processo de restauração do tecido. Se é ótimo, estamos saindo da primeira etapa terapêutica da onicocriptose.

12- Depois de ter passado todo o período séptico e suas conseqüências entramos na segunda etapa, onde é necessário proceder ao tratamento conservatório do sulco aplicando a férula onicocanal, mas se o fator etiológico ou causa primária da onicoinjúria e devido a morfologia da tabela ungueal, neste caso se determina a aplicação da banda ortésica elastoflexível (clip-FMM), para corrigir a hipercurvatura, em seguida colocamos a funda onicolateral. Controlamos a cada 15 dias.

O êxito da técnica Rever demonstra que uma técnica não invalida a outra. Os dois métodos com ações diferentes convivem perfeitamente.



Nota: está demonstrado que o tratamento podológico e apenas um aspecto da terapia.

Os outros pilares são as meias preventivas nas quais o profissional orientara ao seus pacientes na eliminação dos fatores pre-disponentes: calçado inadequado, morfologia do dedo, qualidade de tecidos circundantes (hiperhidrose), dactilopatias, afecções estáticas, posturas de descanso ou de trabalho, unhas muito curtas (onicoinjuria distal), meias grossas, justas ou curtas, esportes violentos, dançarino, cirurgia, golpes, medicamentos (retinóides), edemas em membros inferiores, etc.

A IMPORTÂNCIA DA TERAPEUTICA COM FÉRULAS ONICOCANAIS FRENTE AO CÍRCULO VICIOSO DOS MAUS CORTES

Pela minha experiência profissional as F.O. são excelentes dispositivos para proteger o sulco da

unha e poder guiar esta durante o seu crescimento até o extremo distal, sem provocar incômodo mecânico nenhum.

Esta amplamente admitido que a causa mais freqüente do ponto de partida das unhas encravadas é um mal corte. Apesar disso, se contrasta que mesmo os profissionais pecam regularmente contra essa lei.

É um começo de um círculo vicioso; mais curto, mais se altera a forma da unha e a sua recomposição, mais se abrem as portas para incômodos mecânicos. Ver figuras 19 e 20.

O tratamento pós-operatório é indispensável para prevenir um conflito mecânico do sulco. Sem o tratamento adequado estaremos na próxima atenção obrigados a recortar a unha e o retorno terá começado.

Ate aqui os conceitos fundamentais sobre a terapia com férulas. ▣

Bibliografia:

- Alexander, I. J. El pie, Edit. Jins, Barcelona, 1992.
Andersen, C. Histología e embriología. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1981.
Azorey, Fundamentos de pedicura. Edit. de la Reconquista, Buenos Aires, 1981.
Basombrio, G., Cardana, J. E., Gattic, J., Marino, H. Terapéutica Clínica. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1960.
Cailliet, R. Síndromes dolorosos, tobillo y pie. Edit. El Manual Moderno, México, 1985.
Diccionario médico, Salvat Editores, Barcelona, 1986.
Di Fillippi Novoa Quiropodia Librería Perlado Editores Buenos Aires.
Folino, Romeo, Podología total, Buenos Aires, 1996.
Fratelli, Consulta médica, Fabbri Editorí SRL, Milan, Italia, 1964.
Goldcher, A. Podología, Edít. Masson, Barcelona, 1992.
Rocea Villalba, El pie diabético, Machin Torres, Uruguay, 1994.
Schoeder, h. Manual clinico, Alemanha, 1996.
Tejo, J. L. Dermatitis en podología, Impreso en Salta, Argentina, 1970.
Verleysen, J, Compendio de podología.
Viladot. Períce, Dez licoes sobre patologia do pé, Barcelona, 1979.
Villé, C., Biología, Eudeba, Buenos Aires, 1993.
Zavala, A. V. y colaboradores. Tratamiento da vasculopatia periferica em diabéticos.
Yale, Irving, podologia médica, Editorial Jins, Barcelona, 1978.
Fresco. "Boletín Informativo". Barcelona España. 1998.
Banegas. C. A. "Revista Podología Argentina". Nro.6 - 1997 y Nro. 11 - 1998. Bs. As.
Saldarini. F. "La nueva Revista de Podología" A.A.P. 1993. Bs. As.
Van Lith R. "Onicopatías en Podología" Congreso 1997. Bs. As.

www.revistapodologia.com

**Desde 1997 en internet
informando a los profesionales
de la salud y la estética del pie.**

**Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.**

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

PODOLOGÍA BANEGAS



Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Director Podólogo
Carlos Alberto Banegas

**NUEVO CENTRO DE ENSEÑANZA
CON IMPORTANTE SALÓN DE VENTAS**

CURSOS ACTUALIZADOS - TÉCNICAS EXCLUSIVAS

CURSOS

Terapeutica Podológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
- *Disertación con videos.*
- Diagnóstico y prevención.
 - Onicocriptosis.
 - Acriliterapia general.
- Tratamientos en general.
 - Onicomiosis:
tratamiento estético con **Poltac**.
- Manejo de instrumental.

Podologia Diabetológica

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Es un programa para comenzar a formar a los podólogos como futuros educadores diabetológicos y despertar en ellos la motivación a la investigación y conocimiento permanente sobre esta patología tan importante. Los podólogos podemos especializarnos en la atención del pie del paciente diabético, en detectar, prevenir y derivar a tiempo.

Pododiagnostico Presuntivo

Duración: 8 clases (1 vez por semana)

- *Iniciación permanente*
 - *Disertación con videos.*
- Como abordar la detección temprana de los 12 estadios patológicos más importantes a través de las manifestaciones en los pies.
Saber reconocer cuando las uñas tienen impresas las alteraciones que sufre el cuerpo.



Elaboración de ortesis plantares



NUEVO CURSO

Título de Asistente Podológico - Inicio: Abril
- Duración 7 meses - Vacantes limitadas.

SEMINARIOS

El podólogo como educador de la salud.
- REIKI.

INPOAR - Instituto Podológico Argentino
Investigación, Desarrollo y Docencia.

Av. Rivadavia 6380 - 1° Piso - Buenos Aires - Argentina - Horario: 10 a 20 hs.
Tel: #54 11- 4631-2044 - Email: inpoar@gmail.com - inpoar@hotmail.com

Protocolo para o Atendimento de Hipertensos e Cardiópatas.

Podólogo Armando Bega.

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

Trabalho apresentado como palestra no último Congresso Internacional de Podologia (Dezembro 2005 - São Paulo) e nas aulas ministradas pelo professor na universidade de enfermagem. Tentamos passar do formato Power Point original para formato texto, nesta matéria, da forma mais didática possível.

PRESSÃO ARTERIAL

- Pressão arterial é a força ou pressão que o sangue exerce sobre a parede interna dos vasos sanguíneos

- PA (Pressão arterial) depende do DC (Débito Cardíaco) e da RPT (Resistência Periférica Total)

DÉBITO CARDÍACO

- Lei de Frank Starling: O coração é capaz de bombear todo sangue que chega nele proveniente do retorno venoso

- Débito cardíaco é dependente da FC (frequência cardíaca) e o volume (em litros) do sangue ejetado pelo coração (em um minuto)

- $DC = FC \times \text{volume de sangue} / \text{minuto}$

Capacidade de bombeamento do coração:

- Força de contração: depende do volume de sangue que chega no coração

- Capacidade fisiológica de bombeamento do ventrículo: 120 mL

- Volume ejetado: 70 mL (50 mL restam dentro de cada ventrículo)

- Aumentando a força de contração o volume ejetado será maior

RESISTÊNCIA VASCULAR PERIFÉRICA

- O sangue é ejetado do coração na sístole
- A ejeção é pulsátil
- As artérias tornam esses pulsos uniformes até a chegada aos capilares
- Artérias elásticas (Aorta e Pulmonares), ricas

em elastina e colágeno: próximas ao coração: se distendem na sístole e voltam ao normal na diástole - Principal função: manter o fluxo sanguíneo durante a diástole

- Artérias musculares ou condutoras (espessa camada de músculo liso com fibras vasoconstritoras simpatomiméticas): principais responsáveis pela RPT

- Quanto maior a vasoconstrição maior a resistência ao fluxo sanguíneo = maior a PA

- Arteríolas: apresentam pequeno calibre e têm as mesmas funções das artérias musculares - capazes de potente vasoconstrição.

- Possuem um anel de músculo liso circular na extremidade adjacente aos capilares: esfínteres pré-capilares: função de controlar o sangue que passa para os capilares

- Capilares: apresentam paredes finas, com uma única camada de células endoteliais e lâmina basal: local onde passam substâncias do interior dos capilares para os tecidos e vice-versa

RETORNO VENOSO

- Vênulas: vasos que são dotados de uma fina parede e apresentam músculo liso - têm a função de absorver líquido dos tecidos, devido à baixa pressão que apresentam no seu interior.

- Veias: são vasos sanguíneos que apresentam alta complacência, ou seja, aceitam grande quantidade de sangue, armazenando-o e dirigindo-o ao coração.

- Diante do aumento da PA ou do aumento do sangue circulante (aumento da volemia) as veias se dilatam.

- Nos casos de diminuição da PA ou diminuição da volemia as veias se contraem para aumentar a circulação.

REGULAÇÃO DA PA

Mecanismos neurais:

- CV (centro vasomotor) localizado no tronco encefálico, na ponte e no bulbo.

É dividida em três partes:

- a) área vasoconstritora
- b) área vasodilatadora
- c) área sensorial

- Área vasoconstritora: através de nervos eferentes do sistema nervoso simpático: mantém o tônus vascular e a atividade cardíaca

- Aumenta o DC quando há um estímulo nessa área (devido ao aumento da FC e da força de contração) e aumenta a RPT (vasoconstrição) = aumento da PA

- Área vasodilatadora: ao ser estimulada ela inibe a área vasoconstritora, ou seja, inibe os efeitos simpáticos e estimula o nervo vago, por onde passam fibras parassimpáticas, provocando um efeito parassimpático.

- O estímulo parassimpático diminui o DC por diminuir a FC;

- A inibição do sistema nervoso simpático e a estimulação do parassimpático diminuem a PA

- Área sensorial: recebe informações oriundas dos nervos vago e glossofaríngeo e através dessas informações identifica alterações na PA.

- Havendo aumento da PA a área sensorial enviará sinais de inibição para a área vasoconstritora e de excitação para a área vasodilatadora = diminuição da PA

- Havendo diminuição da PA acontecerá efeito inverso = aumento da PA

- Reflexo Barorreceptor: trata-se de receptores de estiramento que se localizam nas paredes internas de grandes vasos sistêmicos (arco da aorta e seio da carótida).

- Respondem a mudanças rápidas na PA;

- Adaptam-se às alterações da PA, por isso têm pouca importância no seu controle a longo prazo;

- As grandes artérias se estiram quando há aumento da PA, promovendo estiramento dos barorreceptores que, por conseguinte, informam a área sensorial do centro vasomotor que, rapidamente, inibirá a área vasoconstritora e estimulará a área vasomotora, diminuindo a PA;

- Com a situação inversa, haverá estímulo da área vasoconstritora e inibição da vasodilatadora, diminuindo a PA.

- Receptores de baixa pressão: são semelhantes aos barorreceptores e encontram-se em áreas de baixa pressão: átrios e artérias pulmonares.

- Agem juntamente com os barorreceptores, a fim de potencializar o controle da PA;

- Reflexos atriais: o estiramento dos átrios pelo aumento da PA está relacionado com uma vasodilatação das arteríolas renais com a finalidade de aumentar a diurese através do aumento da filtração resultando em consequente diminuição da PA.

- Reflexo de Bainbridge: ocorre com o estiramento dos átrios, elevando instantaneamente a FC e a força de contração.

- Tem a finalidade de impedir o acúmulo de sangue nos átrios e na circulação pulmonar.

- Reflexo quimiorreceptor: trata-se de receptores que detectam a diminuição do aporte de O₂

- Excesso de CO₂ e H⁺

- Sua localização é nas grandes artérias, próximo aos barorreceptores.

- A diminuição da PA apresenta uma diminuição reflexa do sangue que chega aos tecidos e isto tem como consequência a diminuição de O₂

- E o acúmulo de CO₂ e H⁺ nos tecidos

- Essas alterações são responsáveis pelos estímulos aos quimiorreceptores que enviam sinais ao centro vasomotor e este, por sua vez, estimula a vasoconstrição e inibe a vasodilatação a fim de aumentar a PA

- Resposta isquêmica do SNC: Entra em ação quando há uma forte diminuição da PA (abaixo de 60mm/Hg e tem sua ação máxima em PA de 15 a 20mm/Hg.

- Age, principalmente, quando há uma grande hemorragia;

- O baixo nível de O₂ no encéfalo, bem como o acúmulo de CO₂ e H⁺ desencadeiam uma resposta do CV (centro vasomotor) com intensa vasoconstrição a fim de aumentar a PA.

- Reflexo de compressão abdominal: Atua com a estimulação do sistema vasoconstritor simpático.

- É o aumento do tônus da musculatura abdominal, em resposta à estimulação vasoconstritora simpática, enviando o sangue das veias abdominais no sentido do coração, para aumentar o débito cardíaco, através do aumento da volemia (Lei de Frank Starling), e aumento da PA.

Mecanismos hormonais

- Sistema renina-angiotensina-aldosterona: a diminuição da PA é responsável por levar menos

sangue aos tecidos;

-A diminuição do fluxo sanguíneo renal estimula a produção de renina;

-A renina é um hormônio que age sobre o angiotensinogênio (proteína plasmática) transformando-o em Angiotensina I;

-A Angiotensina I tem pouco valor vasoconstrictivo;

-A Angiotensina I é transformada em Angiotensina II nos pulmões através da ação de uma enzima presente nos pulmões.

●Efeitos da Angiotensina II:

-Vasoconstrição: aumento da RPT e aumento da PA;

-Aumento da reabsorção renal de Na e consequente reabsorção de H₂O, levando a um aumento do LEC (líquido extra celular) e aumento da volemia (volume de sangue circulante);

-O aumento da volemia faz aumentar o DC e, por conseguinte, aumenta a PA;

-Estímulo para a produção de Aldosterona (pelo córtex da glândula Supra-renal);

-A Aldosterona promove a reabsorção renal do Na.

●ADH ou Vasopressina: O ADH é um hormônio produzido pela neurohipófise. A diminuição da PA está associada à diminuição do LEC o que provoca desidratação de osmorreceptores presentes no hipotálamo. Nesta situação os osmorreceptores enviam sinais à neurohipófise para ocorrer a secreção de ADH.

●Efeitos do ADH ou Vasopressina:

-Vasoconstrição com aumento da RPT e da PA;

-Aumento da reabsorção renal de H₂O, aumento da volemia, aumento do RV (retorno venoso), aumento do DC e aumento da PA;

-Os osmorreceptores, também, enviam sinais para o centro da sede com consequente aumento da ingestão de água.

●Peptídeo Natriurético Atrial: trata-se de hormônio produzido pelo átrio em resposta ao seu estiramento.

-O aumento da PA faz com que os átrios liberem PNA;

-O PNA promove a natriurese;

-A natriurese promove a eliminação de H₂O;

-Diminuição do LEC, da volemia, do RV, do DC e da PA

Mecanismos Intrínsecos:

●Relaxamento por Estresse: O aumento da PA está associado ao relaxamento das paredes das

veias para promover o acúmulo maior de sangue, com consequente diminuição do RV, do DC e da PA;

-Inversamente: a PA baixa leva as veias a se contraírem, aumentando a volemia, o DC e a PA.

●Desvio do Líquido Capilar: o aumento da PA é responsável pelo extravasamento de líquidos pelos capilares, com diminuição do RV, diminuição da volemia, diminuição do DC e diminuição da PA; Todavia, há um aumento do LEC.

-A situação inversa também ocorre: com diminuição da PA, aumento da absorção dos líquidos pelos capilares, aumento da volemia, aumento do RV, aumento do DC e aumento da PA.

Mecanismo de controle pressão-rim-líquidos corporais:

●O aumento da PA eleva o fluxo de sangue nos rins, maior filtração e aumento da diurese;

●Diminuição de volume do LEC, diminuição da volemia, diminuição do RV, diminuição do DC e diminuição da PA.

●A diminuição da PA diminui o fluxo de sangue nos rins, diminui a filtração e diminuição da diurese; O líquido não eliminado faz aumentar a volemia, o RV, o DC e a PA.

CAUSAS E FATORES QUE CONTRIBUEM PARA HAS

- Idiopática;
- Predisposição hereditária;
- Vida sedentária;
- Álcool;
- Cigarro;
- Estresse;
- Dietas alimentares inadequadas;
- Dislipidemias;
- Associação com diabetes;
- Problemas renais;
- Cardiopatias
- Etc.

Acomete 20% da população mundial

Acomete 30% da raça negra

COMPLICAÇÕES DA PA

●Atinge mais frequentemente:

- Coração;
- Rins;
- Olhos;
- Artérias periféricas.

ICC

●Doença do coração, geralmente associada a

outras doenças, como a HAS, por exemplo.

- Trata-se de um desequilíbrio na função da bomba cardíaca, onde o coração não consegue manter a circulação do sangue adequadamente.

- Outras possíveis causas: angina, IAM, cardiomiopatia, miocardiopatia, hipertireoidismo, anemia severa, etc.

- Edema em membros inferiores:
 - É uma das principais consequências e um dos principais sinais clínicos da ICC;
 - Costuma ser vespertino (após horas em pé)

A PODOLOGIA x HAS E CARDIOPATIAS

- O tratamento desenvolvido pelo podólogo deve levar em conta patologias como a HAS e a ICC, entre outras;

- O cliente portador de HAS e/ou de cardiopatias deve ter tratamento diferenciado;

- Deve-se levar em consideração que nem sempre o cliente sabe que é portador de uma doença hipertensiva ou cardíaca, entre outras...

- A DM pode estar associada e compor um quadro sindrômico: Síndrome Metabólica Hipertensiva

- O podólogo deve estar preparado para reconhecer sinais e sintomas decorrentes dessas doenças;

- O podólogo não vai diagnosticar a doença, mas pode contribuir para evitar agravos decorrentes da HAS e de diversas cardiopatias;

- A manipulação dos MMII pelo podólogo deve levar em conta a possível existência da HAS;

- O podólogo deve ser um profissional da área da saúde para saber lidar com esses problemas

- Importância dos exames preliminares que devem ser realizados pelo podólogo para direcionar o tratamento:

- Confecção de histórico, levando em consideração fatores ambientais, nutricionais, sócio-psíquico-econômicos, familiares, culturais e religiosos, entre outros;

- Realização de exame clínico detalhado, incluindo o cliente como um todo e não, apenas, como pés que chegam sozinhos para o atendimento podológico.

- Verificação da PA
- Atenção para sintomas de fadiga e dispnéia

- Verificação do IMC

- Inspeção minuciosa;

- Palpação, em especial dos pulsos dos MMII

- Verificação da temperatura da pele;

- Verificação do índice isquêmico e digitopressão;

- Cuidados:

- Não efetuar o atendimento se a Pressão arterial (PA) estiver descontrolada (ver quadro mais na frente);

- Encaminhar o cliente para atendimento médico se PA estiver descontrolada;

- Não elevar os pés do cliente acima do nível do coração (muito cuidado em situações de perda momentânea da consciência);

- Evitar massagens (drenagens) em situações de edema em HAS e ICC;

- Evitar lesões;

- Cuidar para que lesões por solução de continuidade não infeccionem

TABELA DE PA

- Sistólica

120 mm/Hg: normal

> 130 mm/Hg: hipertensão

< 110 mm/Hg: hipotensão

- Diastólica

80 mm/Hg: normal

> 80 mm/Hg: hipertensão

< 70 mm/Hg: hipotensão

ÍNDICE ISQUÊMICO ÍNDICE TORNOZELO/BRAÇO

- Comparar os valores da pressão sistólica das artérias TP (tibial posterior) e da ADP (artéria dorsal do pé) com os valores da pressão sistólica da artéria braquial (braços):

- Pé direito x braço direito

- Pé esquerdo x braço esquerdo

- Dividir o valor da pressão encontrada em cada uma das artérias dos pés pelo valor encontrado em cada um dos braços.

- Análise dos valores encontrados:

- 1,0: Normal

- > 1,1: hipertensão (valor pode ser falso devido a calcificações nos MMII)

- De 0,8 a 0,9: isquemia leve

- De 0,6 a 0,7: Isquemia moderada

- < 0,6: Isquemia grave

- < 0,4: cliente refere dor em repouso. ☒

Podologia e a Promoção da Saúde.

Sr. Alan Luis Vieira Valerio. *Brasil.*

O Expert Committee on Planning and Evaluation of Health Education Services (Comitê de Especialistas em Planejamento e Avaliação dos Serviços de Educação em Saúde), da Organização Mundial de Saúde - OMS, pontua que "o foco da educação em saúde esta voltado para a população e para a ação.

De uma forma geral seus objetivos são encorajar as pessoas a:

- a) adotar e manter padrões de vida sadios;
- b) usar de forma judiciosa e cuidadosa os serviços de saúde colocados à sua disposição, e
- c) tomar suas próprias decisões, tanto individual como coletivamente, visando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente" (6).

INTRODUÇÃO

A podologia é um ramo auxiliar da Medicina e, portanto, uma dimensão das ciências biológicas. Ela precisa ser desenvolvida numa perspectiva multidisciplinar tal qual as outras áreas da ciência, integrando o conhecimento técnico-científico à prática clínica.

Para tanto, a educação em saúde na podologia torna-se um rico instrumento capaz de conciliar a formação técnica do profissional às ações de promoção de saúde dentro dos parâmetros da saúde pública vigentes no Brasil.

Promover saúde alcança seu objetivo mais concreto na ação do podólogo quando ele discute e aplica métodos de caracterização de problemas de saúde e seus meios de controle, recuperação e prevenção.

Atualmente, a saúde coletiva em podologia é discutida e aplicada, sobretudo, nas escolas de formação técnica porque o espaço escolar permite a promoção da investigação científica, o aprimoramento da técnica e o despertar para o gosto da atividade clínica, com suas dimensões preventiva e curativa.

A escola técnica tem um papel fundamental em despertar o aluno para sua realização humana, consciência social e buscar identificar problemas de relevância individual e coletiva com relação à

saúde dos pés, sugerindo propostas para melhorar a qualidade de vida das pessoas e promover a saúde de modo integral.

A saúde no nível de aplicação individual é avaliada e diagnosticada tanto nas escolas técnicas de podologia como nas clínicas privadas. Neste contexto, as dimensões preventiva e curativa continuam presentes e necessárias para que o tratamento converta-se numa atitude de manutenção da saúde dos pés, refletindo na saúde geral do indivíduo.

Conciliar a saúde individual e coletiva na prática clínica é uma tarefa indispensável para o podólogo. Neste sentido, a Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Bogotá em 1992, sugeriu uma importante ferramenta para mediar esta conciliação: impulsionar a cultura da saúde através da educação.

Esta proposta pode ser dinamicamente aplicada à podologia, quer no ensino técnico, quer na atividade privada.

A EDUCAÇÃO COMO PROMOTORA DE SAÚDE

O podólogo deve ter consciência de que os conhecimentos adquiridos em cursos técnicos, congressos e feiras não são apenas informações para o seu aprimoramento técnico-científico.

A ação educativa na atividade clínica deve ser parte de um feed-back entre o profissional e seus pacientes, de acordo com a visão crítico-construtivista que defende: "a tomada de consciência crítica, a construção do conhecimento pelo sujeito do processo, a construção de projeto de enfrentamento dos problemas conscientizados, a auto-organização de modo competente com a leitura crítica da realidade, como primeiro passo para a formação do sujeito social" (7).

O critério de enfrentamento de problemas indica a construção de um diagnóstico em saúde coletiva, levando-se em consideração os grupos de risco em clínica podológica.

Doenças crônicas como o diabetes e a hipertensão são considerados problemas de relevância em saúde pública, tanto que elas passaram a ser avaliadas e controladas por meio da atenção

básica em saúde no sistema público - SUS (Sistema Único de Saúde).

Neste caso, a podologia é essencial no auxílio à educação preventiva e na promoção da saúde dos pés em pacientes deste grupo de risco. Identificar estes pacientes crônicos sem tratamento, orientá-los e encaminhá-los ao serviço público para tratamento médico efetivo torna o podólogo um mediador eficiente nos cuidados primários à saúde.

CONCLUSÃO

Nota-se que a podologia está inserida no princípio mais básico e pleno da saúde, garantida pela Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988 no artigo 196:

"A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (2)

Assim como a atenção básica à saúde oferece a acessibilidade de todos os indivíduos e famílias de uma comunidade a serviços essenciais de saúde, a podologia promove a saúde através de sua atividade clínica, recuperadora e coadjuvante na recuperação da saúde dos pés e, conse-

qüentemente, do organismo como um todo.

Da mesma forma, a atividade educativa em podologia forma a consciência crítica em seus pacientes, informando-os e os orientando sobre cuidados fundamentais em saúde.

Porém, a ferramenta epidemiológica deve fazer parte da vida clínica do podólogo para que a avaliação dos principais problemas dos pés torne-se fundamentada cientificamente, gerando a necessidade de intervenção em saúde coletiva. Conseqüentemente, a podologia poderá conquistar um espaço muito importante no âmbito da ciência médica: a saúde pública.

Em contrapartida, a história da podologia e sua atividade nos dias de hoje provam que ela é uma ciência que tem muito a oferecer à saúde coletiva bem como os podólogos devem incentivar as ações educativas em saúde, evitando perder esta dimensão em prol de uma atividade meramente comercial.

A atividade clínica e educativa integram-se e se unem formando um só corpo clínico. Deste modo, o paciente notará a diferença entre um profissional estritamente técnico e outro com plena formação humana e sensibilidade social.

Você tem alguma dúvida em qual profissional este paciente irá depositar sua confiança... e seus pés ? ▣

Dentista, licenciado en ciencias, cursando pos-graduación en salud colectiva en la Universidad Cruzeiro do Sul (Unicsul), San Pablo. Profesor de la disciplina de visión sistémica de la salud para el curso técnico de podologia, de la escuela técnica CCB, San José de los Campos/SP.

Bibliografía

1. Bega, Armando. *Podologia Básica*. São Paulo, 1998.
2. BRASIL: Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988, acessível a Internet: www.senado.gov.br
3. BRASIL. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. *PCN+Ensino médio: orientações Educacionais complementares aos Parâmetros Curriculares Nacionais. Ciências da Natureza, Matemática e suas Tecnologias*. Brasília: MEC/SEMTEC, 2002.
4. _Ministério da Saúde. *Promoção de saúde: Declaração de Bogotá*. Brasília, DF, 2001.
5. _Ministério da Saúde. *Manual para a organização da atenção básica*, disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/organizacao_atencao.pdf
6. Conferência Nacional de Saúde on-line. *Educação em saúde - histórico, conceitos e propostas*. Acessível a Internet: www.datasus.gov.br/cns
7. Demo P., *A sociologia crítica e a educação - contribuições das sociais para a educação*. Em Aberto, Brasília, INEP, ano IX, no 46, abril-junho, 1990.
8. SCHALL, Virgínia T. and STRUCHINER, Miriam. *Health education: news perspectives*. Cad. Saúde pública, 1999, vol 15 suppl. 2, p.4-6. ISSN 0102-311X.
9. Rouquayrol, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

www.revistapodologia.com

**Desde 1997 en internet
informando a los profesionales
de la salud y la estética del pie.**

**Desde 1997 na internet
informando os profissionais
da saúde e a estética do pé.**

Productos, Guia de Empresas, Guia de Profesionales, Guia de Eventos, Guia de Instituciones, Donde Estudiar: cursos ... y mucho más !!!

O Calçado Esportivo.

Sr. Fabián D. Piatti. Entrenador, Preparador Físico. **Argentina.**

Trabalho apresentado como monografia do ultimo ano do professorado de Educação Física.

Introdução

Os pés, elementos de nossa anatomia, fundamentais para o desenvolvimento diário de nossas atividades cotidianas.

Sem eles não poderíamos trasladarmos de forma normal a nenhuma parte, são os que nos permitem caminhar, correr, saltar, dançar, nadar, dirigir, andar de bicicleta, trepar nas arvores, etc., podemos dizer sem temor a equivocarmos que o pé é um órgão vital para a pratica esportiva e que qualquer alteração em sua morfologia pode diminuir seu rendimento.

Sua estrutura permite a través de seus arcos, (arco plantar e arco metatarsiano), distribuir as cargas e/ou o peso do nosso corpo em forma uniforme a aqueles lugares de sua anatomia preparados a tais efeitos.

Como dato acessório basta recordar que ao estarmos parados descarregamos 1 vez nosso peso, ao caminhar 1,1 vez nosso peso, ao correr 2,5 vezes nosso peso e ao saltar dito valor se eleva a 6 vezes nosso peso.

A podologia a través do tempo tem permitido estabelecer por exemplo três tipos de pe, ao saber:

- Pe grego: o dedo gordo ou hallux sobressai como o mais largo seguindo-lhe o resto dos dedos de forma proporcional com respeito ao largo dos mesmos.
- Pe egípcio: em este caso o dedo mais largo es o segundo, o seguinte ao dedo gordo ou hallux.
- Pe quadrado: todos os dedos do pé apresentam uma uniformidade com respeito a seu largo.

Podemos dizer que grande parte da patologia do pé deve catalogar-se entre as chamadas doenças da civilização ao levar implícita a obrigação de caminhar pelo terreno liso e duro e não por terrenos naturais como seria ideal para a estrutura e morfologia de nossos pés

Alguns estudiosos do tema dizem que nossos antepassados, que andavam geralmente descalços, desconheciam os transtornos como por exemplo o pé plano.

Assim mesmo acham que no futuro, ditas anomalias serão generalizadas devido ao predomínio das superfícies lisas e duras e, também, á utilização de um calçado inadequado.

Este fato nos leva, em muitos casos, a produzir um desequilíbrio e uma atrofia de músculos e

ligamentos que traz complicações e patologias que podem chegar a ser, em alguns momentos, muito dolorosas. Também temos que somar, ademais, que em alguns momentos o calçado chega a exercer umas pressões totalmente antinaturais sobre alguns pontos do pé.

Do anteriormente exposto se deduz que os pés merecem ser tidos em conta em todos seus aspectos, não em vão são nossos médios naturais de locomoção, a pesar que às vezes o sedentarismo os hábitos cotidianos nos fazem esquecer-lo.

Nisto tem vital importância o calçado, tema geralmente tratado em forma muito pobre e rudimentar em todos os âmbitos, e especialmente na área esportiva.

O calçado, a traves da historia tem sido gerador de infinidade de anomalias produzidas principalmente por seu mau uso, incorreto desenho, materiais inadequados e errôneos critérios da eleição fundados geralmente no desconhecimento.

O avanço da ciência e da tecnologia tem permitido a confecção de um calçado adequado às necessidades e as diferentes exigências as que se vêm submetidos nossos pés, já sejam desde o ponto de vista esportivo e/ou do uso diário. Tendo ao alcance das mãos a possibilidades de escolher, entre um sem numero de marcas, custos, utilidades, benefícios e rendimento.

Por ultimo poderíamos dizer que em nosso país, não existe informação suficientemente explicativa que nos permita fazer uma correta avaliação da qual será o calçado mais apropriado para tal ou qual atividade, e que pareceria que dita eleição esta regida pela moda, classe social a que se pertence ou pretende pertencer e fundamentalmente aos custos. Mas em linha geral a hora de escolher a indumentária esportiva, a ferramenta fundamental como é o calçado fica relegada a um segundo plano, como se fosse um objeto meramente decorativo.

Em função deste tema temos por exemplo pessoas que praticam paddle com calçados aptas para corrida, o pessoas que correm com os tênis para "futebol de salão", e assim um sim numero de casos, que o único que fazem e gerar todo tipo de lesões já sejam articulares, ligamentosas, musculares, etc., nem que falar daqueles calçados de saltos altos e estreitos os quais modificam a estrutura dos pés, trasladando os pontos naturais de apoio e gravidade. Esta modificação

não só afetara os pés, senão que repercutira indistintamente em joelhos, cadeiras e colunas.

Este fato pode provocar parte de uma grande instabilidade, lesões como torceduras, entorses, rupturas de ligamentos e incluso fraturas. Os calçados com saltos geram moléstias leves ou severas nos pés, inchaço, até problemas nos ossos como são os joanetes, dedos em martelo, calos, calosidades e, incluso, dor nas costas.

Este tipo de calçado afeta o calcanhar de Aquiles e cria uma pressão excessiva na parte dianteira do pé. Segundo os expertos, andar sobre saltos leva o corpo para frente e obriga os dedos e o ante pé a suportar todo o peso, provocando dor e dano nestas extremidades.

Ao longo desta pequena investigação trataremos de colocar algumas informações que permita uma melhor e adequada eleição do calçado.

Descrição do pé

Está constituído por 26 ossos, 33 articulações, 19 músculos, numerosos vasos sanguíneos, nervos e mais de 100 tendões, que são os elementos que permitem aos pés realizar seus seis movimentos fundamentais: flexão, extensão, adução, abdução, pronação, e supinação.

Mas a qualidade que mais surpreende desta estrutura tão dinâmica e sua capacidade para adaptar-se comodamente a todos os terrenos que pisa. E esta faculdade se deve, possivelmente, as complexas interações bioquímicas que se produzem entre as diferentes articulações e os músculos que enlaçam o pé e a perna.

O calçado permite que esta adaptabilidade dos pés se incremente, ainda que também a um suposto aumento ou exacerbação dos problemas que sofrem os pés: roçaduras, inchaço, calos, calosidades e infecções por fungos.

Dizem os que sabem que o pé é uma obra de mestre, concedida para andar sem calçado e sobre qualquer terreno, mas também é o órgão que pior tratamos.

Com respeito a sua composição podemos agregar que o talão e o dorso do pé está formado por sete ossos tarsianos curtos e grossos; cinco ossos metatarsianos paralelos que formam a parte frontal do peito do pé e se estende até a parte dianteira do pé para formar a eminência metatarsiana.

Os dedos estão constituídos por quatorze falanges menores; o hallux tem dois e os demais tem três cada um. Todo os ossos estão conectados através de bandas de tecido que recebem o nome de ligamento; o ligamento plantar se estende desde o osso do peito do pé até os metatarsianos e mantém a todos os ossos em seu sitio. Os

movimentos do pé estão controlados por os músculos da perna.

Para que servem os pés ?

Manter o apoio necessário de todo o corpo ao estar de pé, andando ou correndo é a característica mais importante dos pés.

Sua forma arqueada e especialmente articular, configura entre outras, duas importantes funções:

- Absorver e amortecer as vibrações e golpes que se produzem a cada passo.

- Ativar a circulação sanguínea ao comprimir e contrair-se pelo peso do corpo ao dar o passo.

Se nossos pés fossem planos, e dizer pouco ou nada arqueado, ou cavos com muito arco, o risco de sofrer danos nos joelhos, cadeiras e coluna, seria mais elevado.

Quando caminhamos nossos pés suportam uma pressão de até 50 K/cm², em corrida 2.500 K/cm². Daí a importância de sua arquitetura para suportar tão enorme trabalho.

Industria do calçado

Refere-se à fabricação de todo tipo de sapato, tênis, bota ou sandália, que serve para cobrir ou proteger o pé. Se sole agrupar na mesma rama que a indústria da confecção, já que boa parte dela se integra no complexo da indústria da moda. É freqüente que os parâmetros da moda para produção de prendas de confecção incorporem também o calçado em suas estratégias de venda, ao ser cada vez mais habitual que as firmas do setor apresentem uma oferta ampla de todo tipo de complementos.

A indústria do calçado nasce com a mesma humanidade, pois se tem notícia desde o paleolítico superior da existência de técnicas de tratamento de peles de animais para elaborar prendas e calçados. A tecnologia empregada pelos primeiros seres humanos foi refinada, e já na idade antiga apareceu a oficina de fabricação artesã.

Em tempos do Império Romano se consolida um tipo de oficina na que um ou vários mestres artesãos, junto com alguns novatos, produziam para o mercado local, servindo a mesma oficina como ponto de venda. Com diversas variações, esta foi a base produtiva que se manteve até o século XIX.

No século XVII apareceram algumas grandes fábricas, especialmente na França, protegida pela coroa e orientada a parte de luxo.

Outro modelo organizativo do setor, também usual desde o século XV, foi à articulação da produção em pequenas oficinas que trabalham para

um comerciante, que proporcionavam subministros e compravam o produto acabado.

Estes sistemas desapareceram atrás da revolução industrial. Desde o começo do século XIX se gerava o modelo de fabrica, tal como se conhece agora. O processo de produção se organizava, e iam incorporando sucessivas melhorias tecnológicas, entre as que cabe destacar: maquinas cortadoras cada vez mais precisas, que permitiam aproveitar melhor as matérias primas; sistemas de curtido com dissolventes químicos, que melhoravam a qualidade dos materiais; a agulha de acero, que solucionava o estrangulamento do cosido, e as colas do tipo sintético, que baixavam os custos e melhoravam a resistência do produto acabado.

A crise econômica da década de 1970 afetou a esta industria de forma grave. Nos países desenvolvidos, os custos de produção, e de maneira especial do trabalho, se encontravam a níveis que impossibilitavam sua competitividade.

No mercado mundial alguns países menos desenvolvidos tinham obtido crescentes vantagens graças à incorporação de tecnologias muito estandarizadas e ao uso da mão de obra de baixo custo, por que o setor se encontrava em recessão.

A primeira resposta foi um recrudescimento do protecionismo, o que contribuiu a generalizar a crise e parou o crescimento do comercio internacional. Esta situação se manteve durante bastantes anos, e só as sucessivas rondas de Acordo Geral sobre Aranceles e Comercio tem permitido ir reduzindo as travas arancelarias.

A resposta em longo prazo da industria tem sido uma reorganização internacional da produção, na que os países mais desenvolvidos tem retido a fabricação de produtos de alta qualidade e desenho inovador, muito ligados a industria da moda, enquanto que em outros países trabalham uma industria de baixo custo para mercados de grande extensão.

Existe um terceiro nível de empresas, aquelas de qualidade e desenho intermédios, que permanecem nos países desenvolvidos burlando as normativas laborais que elevam os custos. São partes de um extenso conjunto de atividades que se denominam economias submergidas.

As empresas submergidas solem contar com grandes oficinas familiares que dependem de uma empresa que compra o produto terminado, ao que coloca sua marca. Incluso firmas de prestígio recorrem a este procedimento.

Ate aqui um pequeno resumo, a modo do preâmbulo para entender um pouco mais do porque devemos escolher bem a hora de calçarmos para realizar qualquer atividade, que em definitiva redundara em uma melhor qualidade de vida.

O calçado esportivo na atualidade

Maneira correta de caminhar e calcar.

Em linha geral podemos dizer, para adentrarmos de a pouco no tema, que:

- Os pés devem estar paralelos entre si. Tanto quando se esta de pe, como ao caminhar os dedos dos pés devem estar dirigidos diretamente para frente. Colocar os pés com as pontas dirigidas para fora debilita o arco dos pés

- O calçado tem que ter salto largo e não muito alto. Na cidade e preferível que tenha uma tampa de borracha, para que diminua o golpe sobre o pavimento duro.

- A borda interna do calçado apresentará em sua parte interna uma linha reta desde o calcanhar ao hallux, para não obrigar a este se desviar para fora, o que pode favorecer a aparição de um "joanete" ou Hallux Valgus.

- O cumprimento do calçado será aproximadamente de 1 a 1,5 cm maior que o pé devendo mediar esse espaço entre as pontas do dedo gordo e do segundo dedo até a ponta do calçado.

- A largura e a altura da ponta do calçado tem de ser modo que permitam mover livremente os dedos dos pés.

- A sola não tem que ser tão grossa ou tão dura que limite os movimentos normais do pé.

- O calçado se adaptara exatamente ao calcanhar e a dorso do pé.

Tenhamos em conta que para facilitar o acople pé-calçado se recomenda não estrear o esportivo o dia da competição.

Quando adquira o calçado valore o amortecimento, o contraforte, o desenho do solado e segundo o terreno e o esporte a praticar.

Também e certo que se observam alguns erros no material do calçado produzidos em ocasiões por um desgaste o fadiga prematura dos materiais utilizados ou simplesmente se trata de calçados de baixa qualidade ou copias.

Tenhamos em conta o seguinte:

- Controle de quilometragem: A vida útil do calçado esportivo oscila entre 800 a 1500 km.

- Desgaste da sola: Se apoiarmos bem o pé a parte que mais devera desgastar-se e a traseira exterior, é dizer aonde apoiamos o pé.

- Despegue da sola: Se o calçado não e de boa qualidade a sola tem a descolar.

- Endurecimento do material: o que faz que perda a absorção dos impactos.

Hoje na atualidade existe no mercado uma ampla variedade de calçado para a pratica esportiva, e que se adaptam a nossas necessidades em quanto tamanho, gostos, preferências, tipo

de esportes, moda, etc.

O calçado é um dos temas que mais devemos ter conta na hora de investir em indumentária esportiva, já que uma eleição correta nos evitara uma serie de transtornos físicos e será positivo em nossos lucros atléticos.

A eleição do calçado deve fundamentar-se principalmente no tipo de esporte que se deseja praticar.

Existem na atualidade calçados que se adaptam as diversas circunstancias geradas pela pratica esportiva.

Temos então, por exemplo, que em esportes tais como basquete, vôlei, paddle, etc., o calçado a utilizar terá no solado, na altura dos metatarsianos, marcadas circunferências.

Desta maneira o pé de apoio rota para ambos lados sem demasiada oposição, evitando lesões leves ou graves, no tornozelo, joelhos, cadeira, etc.

A maioria dos esportes são geradores de impactos de diversas magnitudes que repercutem sobre nosso corpo, motivo pela qual o calçado tem que ter o que se conhece como "câmara de ar", atuando a modo de amortecedor, situada na base do calçado entre a palmilha e o solado.

Principalmente, dita câmara, se situa imediatamente por debaixo do talão conformando um "colchão de ar" que absorve os impactos exter-

nos produtos pela atividade esportiva.

Cada marca no mercado tem patenteado um modelo diferente, pelo que na atualidade se apreciam câmeras de ar num só compartimento ou compartimentadas, permitindo assim distribuir as cargas de forma gradual de acordo a posição do pé.

Existem calçados com câmeras de ar no talão e na altura do metatarso, o qual proporciona uma maior conforto e versatilidade. A tecnologia atual tem permitido a comunicação entre as câmeras de ar, que algumas marcas tem patenteado como sistema "dmx", permitindo esta maneira que a câmara que esta recebendo o impacto translate de forma paulatina a massa de ar ate a outra câmara produzindo um maior efeito de "amortecimento".

O calçado a escolher deve permitir uma ventilação adequada do pé aos efeitos de evitar uma transpiração excessiva, ademais deve adaptar-se ao pé e não o pé ao calçado, e se ajustara ao mesmo de forma firme e segura, por meio de cordões ou sistema ajuste por velcro, sem dificultar a correta circulação sangüínea da zona e permitindo a sua vez uma mobilidade interna tal como se explicara neste artigo.

Existem calçados para cada esporte em particular, por exemplo: calçado para corredores a campo travessa, com duas zonas de moderação de movimentos na parte media do pé e calcanhar com materiais especiais (Duratoe) para evitar desgaste prematuro na ponteira, calçado para corredores profissionais e semiprofissionais, calçado para profissionais do skate, da bicicleta, com reforços específicos para maior durabilidade e resistência ao desgaste, solado antiderrapante, calçado para treinamento em pista, etc, etc.

Os materiais dos quais se compõem os calçados são variados, segundo as necessidades. ▣

Bibliografía

Nuevo tratado medico Dr. Marcelo a Hammerly segunda edición (1954) sud-americana pag.476-480.

Adidas footwear technology.

Lecturas EF. Y Deportes (revista digital) www.efdeportes.com

Podología deportiva M.L.Guillén Alvarez, P.A. Muguerza Pecker, Interamericana-Mcgraw Hill, Pag. 43,44 62-66.

Industria del Calzado, articulo de la enciclopedia Encarta.

Calse Botines y calzado deportivo (www.calse.com).



POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

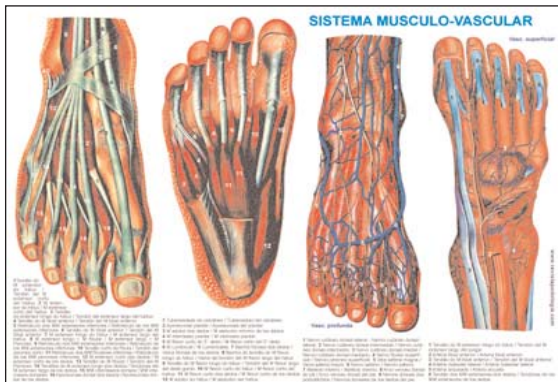
40 x 30 cm



**ESQUELETO
DEL PIE 1
ESQUELETO
DO PÉ 1**



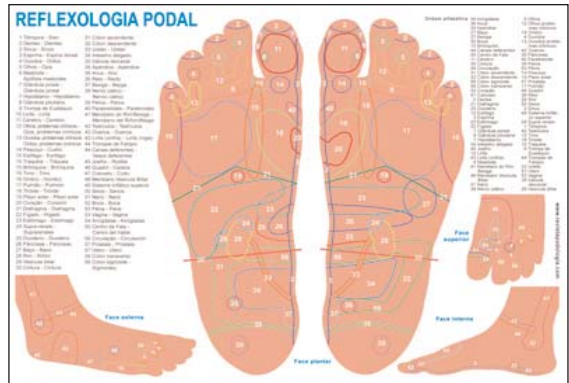
**ESQUELETO DEL PIE 2
ESQUELETO DO PÉ 2**



**SISTEMA MÚSCULO VASCULAR
SISTEMA MÚSCULO VASCULAR**



ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



**CLASIFICACIÓN MORFOLÓGICA DE LOS PIES
CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS**



**CALLOSIDADES Y TIPOS DE CALLOS
CALOSIDADES E TIPOS DE CALOS**

Email: revista@revistapodologia.com - revistapodologia@gmail.com

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

Tel.: #55 - (19) 3365-1586 - Campinas - SP - Brasil