



# revistapodologia .com

N° 19 - Abril 2008

**Revista Digital de Podologia**

*Gratuita - Em Português*

# revistapodologia .com

**revistapodologia.com n° 19**  
**Abril 2008**

**Diretora científica**  
Podologa Márcia Nogueira

**Diretor comercial:** Sr. Alberto Grillo

**Colaboradores desta edição:**

Dr. César Sánchez. **Argentina**  
Podologa Mariel Vázquez. **Argentina**  
Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez. **Espanha**  
A.I. Kapandji. **Argentina**  
Lic. Virginia Fedrizzi. **Brasil**  
Dr. Cludio Sapoznik. **Argentina**

**Humor**

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 35.

**Capa:** Capa da Revista Podologia Argentina n° 15.

## ÍNDICE

Pag.	
5	- Elastocompressão.
9	- Semiologia. Exploração vascular.
15	- Exploração muscular.
27	- Fisiologia articular. Músculo Interósseo e lumbrical.
33	- Cirurgia percutânea do pé.
34	- Educadores em saúde.

**Mercobeauty Imp e Exp de Produtos de Beleza Ltda.**

Tel: #55 19 - 3365-1586 - Campinas - Brasil

[www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com) - [revista@revistapodologia.com](mailto: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 contenido en esta revista, salvo mediante autorización escrita de la Editorial. Todos los derechos reservados.*

# ESTÉTICA **in** RIO 2008

FEIRA DA BELEZA, COSMÉTICOS, EQUIPAMENTOS & SERVIÇOS

17,18 e 19

maio

2008

centro de  
convenções sul  
américa

rio de  
janeiro

WWW.  
esteticainrio.  
com.br

## 1º Congresso Brasileiro de Podologia

Domingo 18 e Segunda 19

Eventos Paralelos

Congresso Científico Brasileiro de Estética

Jornada Técnica Interdisciplinar de  
Estética, Eletrocosmética e  
Fisioterapia Estética

1º Congresso Brasileiro de Massoterapia

1º Congresso Brasileiro de Maquiagem

2º Congresso Brasileiro de Manicure

Curso Pós Congresso

Workshops

(21) 3888-3730 - 3977-1499  
3977-1498

Organização

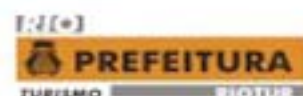
revistapodologia  
-com

[www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)

Realização



Apoio



## 1º Congresso Brasileiro de Podologia Domingo 18 e Segunda 19 de Maio de 2008

### Palestrantes e palestras

#### **Podólogo e Fisioterapeuta Rogério Romeiro**

Rio de Janeiro

*Tema: Iatrogenia na podologia - Principais causas e conseqüências.*

Iatrogenia é uma alteração patológica provocada no paciente por diagnóstico ou tratamento de qualquer tipo.

#### **Podólogo e Fisioterapeuta Jonas Campos**

Rio de Janeiro

*Tema: Ficha de Anamnese. Porque e como fazer ?*

A ficha de anamnese funciona como um prontuário para o podólogo, e a partir dela que se conhece o cliente, suas características e se pode acompanhar os procedimentos realizados.

#### **Dr Ademir Carvalho Leite Junior** - São Paulo

*Tema: Manifestações da pele e unhas nos pés de obesos.*  
Apresentação de diversas manifestações da pele e unhas encontradas em pacientes obesos e obesos mórbidos.

#### **Podólogo e Enfermeiro Armando Bega** - São Paulo

*Tema: Laserterapia em Lesões.*

Este tema aborda o uso do laser terapêutico, 660 nm, "red laser", desde a história da laserterapia, até os seus princípios físicos e químicos, bem como os mecanismos de ação nas células, tecidos, órgãos e sistemas, sua dosimetria, indicações, precauções, contra-indicações e casos clínicos.

#### **Podólogo Carlos Alberto Banegas** - Argentina

*Tema 1: Onicomicoses.*

Como resolver e recuperar o aparelho ungueal contaminado em casos de unhas dolorosas, grossas e amarelas sem descuidar o componente estético do resultado final.

*Tema 2: Onicocriptoses.*

Tratamento podológico não invasivo dos encravamentos periungueais. Um detalhado passo a passo para um final exitoso. Trabalho de investigação.

Vídeo-dissertação mostrando o antes, durante e depois.

#### **Podóloga Maria Elaine Hagino** - Rio de Janeiro

*Tema: Terapias Alternativas na podologia.*

O podólogo deve estar sempre apto para dar alívio, descanso e completo conforto aos pés de seus pacientes. Apresentação de Terapias Alternativas.

#### **Dr. Mauro Pena** - Rio de Janeiro

*Tema: Dores nos pés: principais causas e tratamentos.*

Quais são as principais causas da dor, o que fazemos para detectar suas causas e quais são os seus tratamentos.

#### **Podga Aparecida Maria Bombonato** - São Paulo

*Tema: Técnicas e Procedimentos no Aparelho Ungueal.*

Abordagem dos vários tipos de lâminas ungueais com as técnicas de tratamento, causas e procedimentos na onicocriptose com e sem granuloma.

**Local:** Centro de Convenções Sul America - Cidade Nova - Rio de Janeiro - Brasil

Organização

revistapodologia  
-com

[www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)

Realização



Apoio



# Elastocompressão.

Dr. César F. Sánchez. *Argentina.*

Os métodos de avaliação realizados em inumeráveis trabalhos confirmam os efeitos da aceleração velocimétrica do fluxo sanguíneo provocada pela aplicação da elastocompressão.

O calçado que corrige os vícios do ortostatismo aumenta os efeitos hemodinâmicos, em troca o calçado inadaptado, seja por defeito de fabricação ou porque não se adapta ao pé, diminui a capacidade de compensação da posição do pé durante a marcha.

Isto nos leva a considerar uma minuciosa semiologia do pé tanto em posição de pé como durante a caminhada.

A constatação de uma patologia estático-dinâmica do pé impõe o tratamento ortopédico de compensação a fim de manter ou aumentar ao máximo os efeitos benéficos que se conseguem com a elastocompressão.

A fim de obter os melhores efeitos hemodinâmicos das meias elásticas, e necessário uma correta indicação por parte do flebólogo do grau de compressão decrescente em função da patologia tratada.

As meias de contenção corretamente prescritas diminuem o refluxo do sistema venoso insuficiente nas zonas de elastocompressão como assim também a distancia.

Seu uso, prévio a toda cirurgia venosa, atenua os efeitos dos diferentes refluxos permitindo a recuperação tissular antes do ato cirúrgico assim como assegura um melhor recupero pós-operatório.

A terapêutica da contensão tem suas exigências tanto se trate do enfaixado ou das meias elásticas.

Lutar contra a estases circulatório implica:

- Redução do calibre dos troncos venosos
- Redução do estases
- Redução ou supressão dos refluxos
- Reforço dos efeitos da contração muscular
- Melhorar a pressão intersticial por reforço da solidez dos tegumentos e a redução do volume do membro.

Objetivos

A elastocompressão deve exercer sobre a superfície do membro, uma pressão que compense as pressões patológicas intravasculares.

No entanto não é um tratamento etiológico senão somente sintomático (Stemmer).

## Fisiopatologia

A hipertensão venosa e o denominador comum das patologias que afetam este território. Em condições normais a pressão varia de acordo a altura da árvore venosa onde se é medida, da posição do corpo e do estado de atividade ou não da bomba muscular da panturrilha.

E assim que ela aumentara ao passar do decúbito horizontal a posição em pé, e diminuirá com o exercício, para voltar a aumentar ao deter-se o movimento.

Não despreveremos aqui o mecanismo do retorno venoso; simplesmente assinalaremos que as pressões aumentam e diminuem por ação da bomba muscular.

Destaquemos que a pressão da veia safena no nível do maléolo no individuo do pé e de 90 mmHg.

No sujeito normovenoso em movimento a pressão venosa (P.V.) e no nível do tornozelo de 30 mmHg, no varicoso essencial de 45 mmHg, no varicoso essencial com insuficiência de perfurantes 65 mmHg, e no postrombótico e maior de 70 mmHg.

## Ação da compressão

A pressão que exerce o tecido sobre o membro será diretamente proporcional a sua tensão e inversamente proporcional ao radio de curvatura de esse (lei de Laplace:  $P = T/r$ ).

E dizer que, igual a tensão, a pressão será maior quanto menor seja o radio de curvatura do membro inferior variam, e por tanto as pressões também o fazem: se incrementam durante a contração e diminui na relaxação.

Certamente, a textura do material de compressão determinara a pressão exercida sobre o membro: esta será maior quanto menos extensível seja aquele, já que não respondera as variações do volume muscular ocasionado pelo exercício.

A compressão se exerce tanto na superfície como na profundidade.

Baixo seu efeito, no exercício muscular, a circulação cutânea e praticamente nula, ainda que as veias safenas permanecem permeáveis baixo

pressão de 30 mmHg, mas aumentam sua velocidade circulatória notavelmente.

As veias perfurantes diminuem em 30% seu volume sanguíneo com pressões de 40 mmHg.

Para atuar sobre o sistema venoso profundo se requerem pressões maiores: faixas de material pouco extensível e que exercem maior pressão ainda são necessários para o tratamento dos linfedemas.

Por tanto, a elastocompressão atua aumentando a velocidade de retorno, diminuindo a hipertensão venosa e favorecendo a reabsorção de edemas.

Ao diminuir o calibre dos condutos do sistema venoso superficial, fixa os trombos a parede venosa efetuando a profilaxia da extensão e migração dos mesmos.

Por ultimo, as faixas elásticas diminuem o fluxo arterial no sujeito em repouso.

Daí que no decúbito a compressão não deve ser maior de 25 mmHg. Para não entorpecer a irrigação do membro.

### Nível de compressão

O grau de compressão dependera da patologia a tratar.

Esquemáticamente os níveis serão os

seguintes:

1. Varicoso essencial sem perfurantes insuficientes: 35 a 55 mm Hg.

2. Varicoso essencial com perfurantes insuficientes: 60 a 80 mmHg.

3. Insuficiência venosa crônica: de 60 a mais de 1 00 mm Hg, dependendo do grau da mesma.

A indicação destas pressões surge do feito de que no sujeito normovenoso de pe, com uma pressão venosa de 90 mmHg medida no tornozelo, se produz uma queda de 30 mmHg durante a caminhada; por tanto, a compressão a aplicar devera igualar a diferença entre esta (30 mmHg) e a que apresenta o sujeito ao tratar, acorde a sua patologia.

Daqui surge um feito de capital importância no conceito da elastocompressão: esta sempre deve associar-se a caminhada.

### Métodos

Dois fatores são indispensáveis para lograr uma efetiva compressão: o material, confeccionado com uma textura adequada, e uma correta colocação do meso. Por outra parte, existem dois métodos de elastocompressão: a faixa e as meias.



# EL ESTETICISTA

[elesteticista@suavepie.com](mailto:elesteticista@suavepie.com)

 <p>Aductor Nocturno</p>	 <p>Pedígrafo</p>	 <p>Gel Polimérico</p>	 <p>Arandelas y Parches</p>	 <p>Moleskin</p>
 <p>Alicates</p>	 <p>Compensador Estadina</p>	 <p>Cosmética Pédica</p>	 <p>Soportes de Cuero</p>	 <p>Descargas y Complementos</p>

**Distribuidor en toda la Argentina de Suavepie-Juvelets...y mas de 300 articulos**  
**Para Comercio Exterior haga su consulta en [suavepie@suavepie.com](mailto:suavepie@suavepie.com)**

## Faixas

Existem faixas não elásticas de Lino, flanela ou algodão, pouco usadas em nosso meio e que tem uma indicação precisa.

As faixas extensíveis em um sentido pode ser de pouco alongamento (máximo 70%), mediano (entre 70% e 140%) e de grande alongamento (mais de 140%).

As últimas não efetuam uma boa compressão, as de média alongação são úteis no tratamento de afecções do sistema venoso superficial, enquanto que as de escassa ou nula elasticidade devem indicar-se no tratamento dos edemas.

## Técnica de enfaixamento

Um conceito primordial a ter em conta durante a colocação da faixa, e que este deve facilitar o retorno venoso.

Por tanto, as pressões deverão ser sempre maiores distalmente e diminuir gradualmente à medida que nos acercamos a raiz do membro.

Deve-se cuidar de não produzir "sulcos de constrição" na superfície cutânea, os que são ocasionados pela posta em tensão de um borde da faixa.

O enfaixamento móvel e que o paciente coloca e retira ele mesmo, e dado que eles podem ser mais ou menos hábeis em sua colocação, sofrer artropatias ou excesso de peso que impeça sua correta fixação, e necessário instruí-los sobre seu correto uso, e destacar que a elastocompressão não é efetiva se não se associa à marcha.

O começo do enfaixamento pode fazer-se desde a raiz dos dedos, tomar o tornozelo e ascender em forma de espirais tomadas por metades, ou bem começar no tornozelo, voltar ao pé, envolver logo o tornozelo e ascender em forma de 8 até contornar a panturrilha.

A compressão do muslo deve começar debaixo do joelho, deixando descoberto sua cara anterior para facilitar a caminhada.

Para maior conforto em seu uso e evitar o deslizamento devido a forma cônica do muslo, se aconselha interpor uma capa de poliuretano entre a faixa e a pele e efetuar o enfaixamento em 8 até o meio muslo ou a raiz do membro, segundo necessidade.

A faixa fixa e referida por algumas Escolas, sobre todo Européias; deve realizar-se com faixas pouco elásticas, já que em repouso exercem uma pressão fraca e podem ser bem toleradas.

Existe grande variedade delas.

As faixas auto-adesivas se elaboram com material hipoalergênico extensíveis em ambos sentidos, de baixa elasticidade.

O enfaixamento cruzado com duas faixas se

realiza a efeitos de mantê-lo melhor. Uma primeira faixa começa sobre o maléolo externo, toma o pé, volta a cruzar o tornozelo e ascende até a dobra poplíteia para descer novamente para o tornozelo.

A segunda faixa se coloca seguindo o mesmo caminho mas em sentido contrario e cobre os espaços deixados pela primeira.

Os enfaixamentos fixos devem se renovar entre o terceiro e o quinto dia, dependendo da diminuição do edema e da quantidade de secreções eliminadas por uma eventual lesão cutânea.

Se as secreções não são abundantes se deixam colocados durante 1 a 3 meses.

Em algumas zonas é necessário reforçar ou diminuir o grau de compressão ao exercer.

Para diminuir a pressão é necessário aumentar o raio de curvatura da área a comprimir (Lei de Laplace).

A pressão é nula sobre uma superfície plana ou côncava; as goteiras retromaleolares por tanto não são comprimidas a menos que se lhes cubra com algum material de recheio que chegue até a superfície externa.

O mais prático é usar almofadinhas de espuma de látex de 10 mm de espessura.

Também nas zonas induradas se deve reforçar a pressão, podendo fazê-lo ademais nas áreas submetidas a stripping ou a recessão de veias varicosas.

Para uma correta aplicação do enfaixamento com a compressão desejada, tem-se desenvolvido uma sorte no manômetro que mede as pressões nos diferentes setores enquanto se vai colocando o mesmo.

## Meias elásticas

Tem sua indicação terapêutica uma vez que se tem cumprido o objetivo do uso da faixa elástica, e dizer, reduzir o edema, cicatrizar a ulcera e passado um período pós-operatório variável, de acordo a patologia tratada no ato cirúrgico.

As meias são tecidas por máquinas circulares ou tubulares; para uma determinada taxa, o número de malhas e o mesmo em toda a distância da meia; a tensão do fio elástico, ao modificar o tamanho da malha, da forma a meia.

Os critérios médicos básicos universalmente reconhecidos para a fabricação das meias elásticas são:

- Compressão decrescia desde o tornozelo até a raiz do membro.
- Elasticidade homogênea em todos os sentidos

para uma distribuição regulada da compressão evitando os anéis de constrição assim como os roletes especialmente na zona do pé na base da perna e do muslo.

- Tornozelo fechado para manter uma compressão submaleolar.
- Ausência de compressão do dedo gordo do pé nas compressões medianas e fortes
- Texturas ventiladas que permitem reduzir a transpiração.
- Tinturas neutras para evitar fenômenos alérgicos.
- Graduação em quatro classes terapêuticas bem definidas de 1 a 4 segundo o grau de compressão no nível do tornozelo; esta graduação de pressões perfeitamente codificadas permite definir imediatamente a força de compressão prescrita em função da situação patológica.

<b>QUADRO</b>	
<b>Compressão</b>	<b>Indicações</b>
<b>Grau 0:</b> menor 10 mmhg	Prevenção
<b>Grau 1:</b> 10 a 15 mmhg	Prevenção
<b>Grau 2:</b> 15 a 20 mm	Varices medias / Embaraçada
<b>Grau 3:</b> 20 a 36 mmhg	Varices importantes
<b>Grau 4:</b> 36 a 50 mmhg	Síndrome pós-trombótico

Tem outros critérios a ter em conta ademais dos médicos: são os critérios de conforto sem os quais o paciente abandona rapidamente a elastocompressão:

- "Suavidade de contato" a fim de evitar as irritações cutâneas cujo risco vão crescendo com a força de compressão.
  - Extensibilidade desenvolvida para facilitar a postura principalmente em gerentes e pacientes com articulações anquilosadas.
  - Por ultimo teria um critério medico que ainda não estaria satisfeito: é a compressão suave seletiva em zonas particulares: hipodermes inflamatórias ou lipodermatoescleroses, úlceras e cicatrizes de úlceras, atrofia branca e capilarites.
- Estes são os principais critérios médicos atuais das meias elásticas que não só tem em conta a força da contenção senão que esta se adequou as condições pessoais de cada paciente.

Uma boa prescrição segundo estes critérios condiciona o uso ou do contrario o abandono da contenção.

Em quanto as meias elásticas de grau 0 e 1 para mulheres e importante a textura suave transparente e de máxima discricção, no possível com variedade de cores que permitem ser usadas com elegância tendo em conta que a maioria de esses pacientes são laboralmente ativas e permanecem muitas horas sentadas ou de pé.

### Prescrição da elastocompressão

E necessário recalcar alguns conceitos que fazem a boa pratica da elastocompressão e o faremos á maneira de resumo.

1. Se a flebopatia e de certa magnitude se deve começar com a faixa elástica (edemas de certa consideração, hipodermes), se bem que nos EEUU o fazem de começo com meias elásticas, ainda quando o paciente seja portador de uma ulcera. Para isso contam com meias especiais, já disponíveis em nosso país.
  2. Para afecções de superfície se prescrevem faixas de meia elasticidade, enquanto que para as afecções profundas são efetivas as de pouca elasticidade ou as inelásticas.
  3. As superfícies deprimidas deveram acochar-se aos efeitos de poder efetuar uma correta compressão.
  4. A pressão deve exercer-se em degrade aos efeitos de favorecer o fluxo de retorno.
  5. A compressão deve permitir o jogo articular normal.
  6. As faixas moveis devem retirar-se ou pelo menos diminuir sua pressão durante o repouso a fim de não entorpecer o fluxo arterial.
  7. Pela mesma razão as faixas fixas devem realizar-se com faixas inextensíveis.
- Ademais, devem remover-se periodicamente de acordo as diferentes situações (diminuição do edema, secreções, etc.).
8. Quem padece patologia osteoarticular dos membros inferiores se beneficiaram com a elastocompressão, pois diminuíram seu edema e darão apoio aos músculos que geralmente se apresentam hipotônicos nesses casos.

E responsabilidade do flebologista fazê-lo compreender ao paciente da necessidade da aplicação da elastocompressão, já que sole ser incomoda sua execução e uso, ademais de criar-se resistência por motivos estéticos.

Por tanto, uma completa informação de seu beneficio devera transmiti-la para lograr sua total aceitação.

Toda terapêutica flebologica deve acompanhar-se de elastocompressão, salvo que uma alergia cutânea o empeça. ▢

# Semiologia - Exploração Vascular.

*Podóloga Mariel Vazquez. Argentina.*

Que importante é realizar antes de cada operação uma boa semiologia, a mesma nos ajuda a realizar um bom diagnóstico, ademais de hierarquizar nossa profissão.

Para ele é bom lembrar alguns conceitos básicos, e por suposto empregá-los em cada nova atenção. Nesta oportunidade, se tratara só semiologia vascular sem esquecer-nos da semiologia neurológica, a qual se desenvolvera em outra entrega.

## O que chamamos Semiologia ?

Semiologia é a ciência que estuda os signos e os sintomas das doenças.

### Signo

É a manifestação de uma alteração orgânica o funcional apreciável tanto pelo paciente como pelo observador, por exemplo: deformação de um membro.

### Sintoma

É a manifestação de uma alteração orgânica ou funcional apreciável somente pelo paciente, por exemplo dor.

### Síndrome

É o conjunto de sintomas e signos que se apresentam simultaneamente e caracterizam clinicamente um estado morboso.

## Semiologia vascular

Em todo processo vascular, o diagnóstico se baseia no interrogatório e a exploração.

Estes processos são frequentes em membros inferiores por ser à parte do organismo mais distal e pior irrigada. A respeito da pele, a zona mais distal e por suposto o antepe, pelo que a maioria das lesões isquêmicas começam no mesmo. Antes de qualquer intervenção, devemos realizar sempre uma exploração de caráter circulatório.

O interrogatório e a exploração (sem adentrarmos no terreno do angiologista) nos permitem detectar problemas vasculares, e desta maneira tomar a precaução correspondente, já que uma má intervenção (onicocriptoses, helomas, etc)

pode desencadear a descompensação circulatória que em um terreno predisposto pode concluir com a aparição de uma gangrena.

### Interrogatório

Dentro do interrogatório teremos em conta:

a) Antecedentes pessoais e familiares de vasculopatias.

b) Atividade laboral.

c) Padecimento de alguma doença atual. (Diabetes ?)

d) Investigar a dor nas extremidades inferiores.

Se existe uma dor suspeitosa de lesão vascular se deverá ter em conta os seguintes dados:

- Onde se localiza a dor?

- Como se irradia?

- Forma de aparição?

- A dor é continua?

- Melhora, piora ou desaparece com repouso?

- Produz impotência funcional?

- Piora com a pratica esportiva?

O mesmo se é de origem vascular vão ter as seguintes características:

### Isquemia inicial

As moléstias podem limitar-se a uma sensação de queimação, dor ou parestesias na planta do pé ou nos dedos. O paciente apresenta sensação de formigamento e adormecimento, pode confundir-se com Neuralgia de Morton.

O paciente com processos vasculares pode apresentar Claudicação intermitente: É uma dor muscular intensa, que aparece nas pernas no nível da panturrilha ou da coxa, durante um passeio ou depois de um exercício físico leve e que desaparece ao parar.

A dor se produz pela falta de oxigenação dos músculos implicados no esforço de andar, já que é devido a um estreitamento das artérias que aportam sangue as pernas (ilíacas, femorais e tibiais).

A obstrução esta produzida pela presença de placas de ateroma, o que chamamos arteriosclerose: é como um envelhecimento das artérias que se voltam rígidas, em um processo progressivo que consiste na acumulação de colesterol,

cálcio e outras gorduras na parede das artérias. Em certas zonas das artérias o estreitamento pontual é mais intenso, chegando a tapar quase por completo o passo do sangue.

As pernas precisam mais sangue durante o esforço, este não pode chegar e aparecer à dor dos músculos na claudicação intermitente.

É importante ter em conta que:

- A claudicação não aparece estando sentado ou em repouso.
- Se localiza principalmente na panturrilha, mas em interrupções arteriais mais baixas por exemplo: Tibial posterior, pode localizar-se na planta do pé.

Dor em repouso

- O encontramos em casos graves de isquemia, se considera como um estado de pré-gangrena. A aparição é noturna e às vezes muito intenso, o paciente o acalma sentando-se e pendurando seus pés.

Dor pelas trocas posturais

- Se a dor se agrava quando o paciente esta de pé ou com as pernas suspensas: é próprio de afecções linfática ou em casos de transtornos da circulação de retorno.
- A dor de origem arterial piora com o paciente em decúbito.

Dor condicionado aos câmbios de temperatura:

- A dor das lesões arteriais aumenta com o frio.
- A dor das lesões venosas se exacerba com o calor e as estações cálidas.

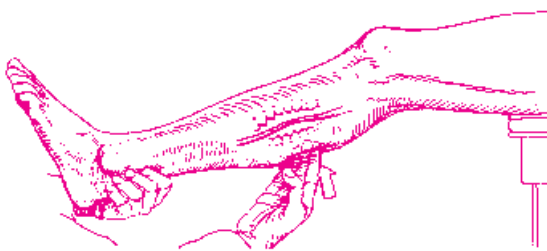
**Exploração vascular: Arterial e venosa.**

Arterial

Por meio da palpação, trocas da coloração, temperatura e textura da pele.

Venosa

Os signos de vasculopatias são o edema e as varizes.



*Exploração arterial*

Exploração arterial por meio da palpação: tomando o pulso arterial pédio ou o tibial posterior.

**O que é pulso arterial ?**

O pulso é a transmissão a todas as artérias do organismo do impulso cardíaco sistólico. No coração se observam movimentos alternados de contrações ou sístoles e dilatação ou diástole. A sístole se produz primeiro nas aurículas e logo se propaga em forma de onda aos ventrículos, quando começa a contração desses últimos, se fecham às válvulas que os comunicam com as aurículas e quando a pressão é suficiente, o sangue sai impulsionado pelas artérias aorta e pulmonares.

A partir da artéria Aorta, as artérias (elásticas e contrateis), convertem a intermitência em corrente continua.

Ao contrair-se a primeira porção da artéria exerce certa pressão sobre a porção seguinte que se dilata, e assim sucessivamente determinado a formação de uma serie de ondas, as que podem ser percebidas pressionando com um dedo uma artéria perto da superfície da pele e melhor se descansa sobre o plano duro de um osso.

Quais são as características do pulso ?

As características do pulso arterial são de grande importância na pratica medica, e são as seguintes:

Frequência

Indica o numero de pulsações que se produzem em um minuto. A frequência normal do pulso é muito variável no adulto sadio:

- Em repouso deve ser de 60 a 80 pulsações por minuto, com variedades de ate 44 em indivíduos robustos e treinados, e de 90 a 100 em sujeitos mais fracos ou nervosos, assim como em crianças.

Ritmo

É o espaço de tempo que mede entre uma pulsação e outra:

- Rítmico: se as pulsações são iguais.
- Arrítmico: se as pulsações não são iguais.

Igualdade

Se as ondas são ou não iguais.

Tensão

Esta determinada pela pressão que tem que exercer na artéria com o dedo para perceber o

pulso: pode ser forte (duro) ou fraco (brando).  
Refere-se aos valores da pressão sistólica.

### Amplitude

Se refere ao elevamento mais ou menos grande da parede arterial causada pela onda:

Amplio: Quando tem esforços físicos. Quando tem excitação nervosa.

Pequeno: Quando o envio sistólico é escasso: shock ou hemorragia profunda.

Que nos indica o pulso ?

O pulso permite conhecer o estado das artérias. Assim, algumas doenças como a arteriosclerose (endurecimento, perda da elasticidade e tendência à obstrução das artérias) pode detectar-se mediante o pulso: se este é fraco, ou é difícil de encontrar, pode indicar a presença deste transtorno.

Este pode comprovar-se, por exemplo, nas pernas, cujas artérias são as mais predispostas a padecer este tipo de doença.

Que pulsos devemos tomar no pé ?

- Pulso pédio: apalpa-se a artéria pedia.



Exemplo tomando pulso pédio

Apalpa-se justo próximo e lateral a proeminência dorsal da base do primeiro metatarsiano. Toma-se como referência o tendão do extensor próprio do dedo gordo, a artéria pedia está por fora deste tendão.

A artéria pedia é a continuação da artéria tibial posterior e recebe este nome uma vez que atravessa o ligamento anular do tarso.

Dirige-se para frente e adentro e termina perfurando o extremo posterior do primeiro espaço interósseo, para anastomosar-se com a planta externa.

# 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  
PODOLOGIA ESTÉTICA  
**Novo Telefone: (11) 6604-3030**  
[www.homeomag.com.br](http://www.homeomag.com.br)  
[atendimento@homeomag.com.br](mailto:atendimento@homeomag.com.br)  
**ENTREGAMOS OU ENVIAMOS VIA SEDEX PARA TODO BRASIL**

**HomeoFeet**  
Protetor para hidratação  
Novidade!

**Nova Embalagem!**  
**Tenha todos os nossos produtos em sua clínica!**

Loção Emoliente    Hidrantes 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

# Saúde e Beleza: Estética, Podologia e Visagismo e Terapia Capilar. Os novos cursos da Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.



A Escola de Saúde e Bem-Estar da Anhembi Morumbi foi criada em sintonia com o futuro e inspirada nas melhores escolas internacionais. Na área de Saúde e Beleza são três cursos inovadores que formam profissionais preparados para o mercado: Estética, Visagismo e Terapia Capilar e Podologia. Em todos os cursos os alunos contam com uma infra-estrutura completa, como o SPA Saúde, aulas práticas e professores altamente qualificados, além de serem preparados para atender os indivíduos em sua forma plena: estar bem, sentir-se bem e parecer bem.

- **Graduação**

Estética

- **Graduação Tecnológica**

Podologia • Visagismo e Terapia Capilar

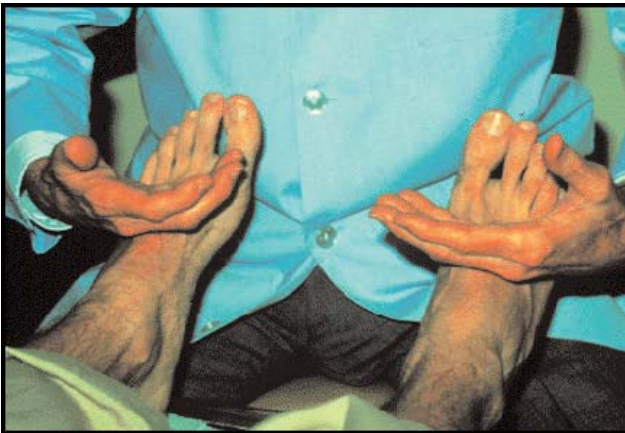
**Inscreva-se no Processo Seletivo 2008  
e estude na Escola de Saúde  
e Bem-Estar da Anhembi Morumbi.**

**www.anhembi.br 0800 015 9020**

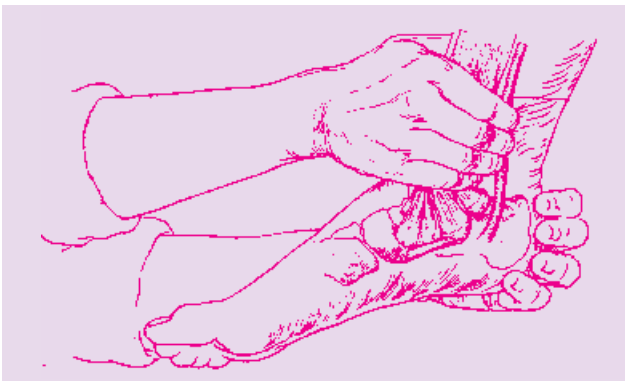


**universidade  
anhembi  
morumbi**

Mundialmente criativa e inovadora  
Laureate International Universities®



Temperatura da pele



Pulso Tibial posterior

- Pulso Tibial posterior: apalpa-se a artéria tibial posterior por atrás do maléolo interno (tibial)
- Temperatura da pele: nos informa sobre o estado das arteríolas:
  - Pe frio: isquemia.
  - Pe quente: vaso dilatação (pode ser do tipo inflamatório).

#### Cambio de coloração

Traduz a cor dos capilares. Os câmbios de coloração da pele tanto os provocados por nos como os espontâneos nos ajudam a realizar um diagnóstico.

- Cianoses: indica acumulo de sangue pouco oxigenada debaixo da pele. O pouco sangue arterial que chega não é suficiente para empurrá-la. No geral se localiza no hallux e mo segundo, e se trata de uma obliteração da artéria plantar interna.
- Rubor: vaso dilatação capilar, se deve a:
  - Um processo inflamatório.
  - Uma tentativa do organismo para suprir a isquemia local.
- Palidez cadavérica: isquemia avançada, emite a aparição de gangrena.

Pode-se realizar a seguinte prova diagnostica:

Elevamos a extremidade, o paciente realiza



Sinal de Homans

contrações do pé, por falta de irrigação apresentara uma palidez cadavérica. Se as artérias estão com boa irrigação a palidez será pouco intensa e ao baixar a extremidade aos 15 seg terá uma hiperemia reativa, se tem isquemia importante se produzira a hiperemia reativa com atraso ou não se produzira.

#### Textura - Estado da pele

- Em arteriosclerose: a pele é atrofica e fina.
- Em certas isquemias: aumentam as calosidades nas zonas de hiper-pressão.
- Pés mal irrigados: é freqüente a presença de micoses.
- Pode existir também úlceras.

#### Unhas

Por falta de irrigação adequada, as unhas crescem muito lentamente com um aspecto irregular, podem engrossar-se.

#### Exploração Vascular Venosa

Os signos de vasculopatias venosas são:

- Edema - Varizes.

#### Edema

Sempre que seja discreto, se é importante se devera pensar em outro tipo de patologia. O paciente pode acusar dor. Nos investigamos se a dor se produz ao caminhar e localizá-lo, se é muito importante e produz impotência funcional se suspeita de uma trombose venosa. O angiologista diagnosticara e tratara a lesão.

#### Varizes

As exploramos em bipedestação já que em decúbito podem passar despercebidas. Ante a presença importante de varizes, nossa função se limita a derivar o profissional correspondente.

Podemos realizar a exploração de Homans (dor na panturrilha por dorsiflexão forçada do pé) que confirma a suspeita de uma trombose venosa. A dor produzida durante a palpação profunda dos músculos da panturrilha e outra prova mais de tromboflebitis profunda. α



# Mag Estética

*Beleza feita com Arte*

ESCOLA DE FORMAÇÃO TÉCNICA PROFISSIONAL

## Seja um profissional de sucesso

Uma carreira bem-sucedida exige boa formação profissional

**P**ioneira no ensino de maquiagem definitiva, a Mag Estética é hoje uma escola referência em cursos de Estética & Beleza no país. Esse é o resultado de mais de 25 anos dedicados ao ensino dos cuidados com a beleza. Venha para a Mag Estética e garanta seu espaço nesse rentável mercado.

## O curso que você procura está aqui



**Cursos Técnicos:** reconhecidos pelo MEC, são a escolha certa para você que deseja adquirir habilitação profissional em cursos que vão do básico ao avançado.



**Cursos Livres:** nesses cursos rápidos de qualificação você pode escolher os melhores dias e horários para estudar. Uma forma eficaz de profissionalização para quem não tem tempo a perder.



**Eventos:** a especialização que você precisa está nas palestras e jornadas de aprimoramento ministradas por nossa equipe. A maneira certa de estar constantemente atualizado na profissão.



**Produtos:** diversidade e qualidade em produtos para esteticistas, micropigmentadores, manicures, podólogos, cabeleireiros e outros profissionais da beleza.

*Acesse nosso site ou ligue para saber a relação completa de cursos, produtos e eventos.*



Av. Paes de Barros, 3237 • Mooca • São Paulo • SP

[www.magestetica.com.br](http://www.magestetica.com.br)

Tel.: (11) 6161-7763

# Exploração Muscular.

Dr. Miguel Luis Guillén Álvarez. Espanha.

Texto extraído do livro “Lesões nos Pés em Podologia Eportiva” publicado pela nossa editorial.

Os músculos que intervêm nos movimentos do membro inferior se estendem desde a pélvis ao fêmur, e podem classificar-se em dois grupos:

1- Psoas íliaco. O psoas íliaco é o principal músculo flexor da coxa e do tronco.

- 2- Os músculos da região glútea. São três tipos:
- Músculos glúteos.
  - Tensor da fáscia.
  - Músculos de rotação da coxa.

Os músculos glúteos são três, maior, médio e menor, e estão situados de superficial á profundo, formando a espessura da nádega. O tensor da fáscia intervêm na flexão, abdução e rotação interna da coxa.

Os músculos da coxa: forma três grupos, o grupo anterior ou músculos anteriores que são extensores, o grupo posterior que são flexores e

os músculos internos que são abdutores. Todos estes músculos promovem a mobilidade principalmente da articulação do joelho.

- Os músculos extensores são: o quadríceps femoral (extensor principal do joelho), o sartório e outros como psoas íliaco, músculos da fáscia etc.

- Os músculos flexores são: bíceps femoral, semi-tendinoso e semi-membranoso; são conhecidos como o passo do ganso.

Atuam sobre o joelho e o quadril, flexiona a perna e estende a coxa. Também colaboram na rotação da perna.

- Os músculos adutores intervêm em movimentos de aproximação da coxa.

Os músculos da perna: três grupos, anterior, lateral e posterior. Estão separados pelos ossos da perna, os ligamentos interósseos e das trabéculas intermusculares.

- No grupo anterior existem vários músculos

Cadeira Máster para Podologia www.ferrante.com.br

Cód. 13935 M1

Cód. 1540

Cód. 17600

Cód. 15200

**Opcionais:**

- ▶ Suporte universal.
- ▶ Bandeja para instrumentos.
- ▶ Bandeja para resíduos.
- ▶ Luminária com exaustor.

CADEIRAS GENNARO FERRANTE LTDA.  
Vendas: R. Independência, 661 - CEP 01524-001 - Cambuci - S. Paulo - SP  
Grande São Paulo: (11) 6163-7815 - Demais localidades: DDG 0800 11 7815  
Fax: (11) 6163-8580 - www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br

**FERRANTE**  
Marca de profissionais desde 1928

que se originam na perna, e por meio de longos tendões acabam nos metatarsianos e nos dedos. O que fazem é flexionar dorsalmente o pé, e além disso tem certos músculos que estendem os dedos do pé.

- Os do grupo lateral estão situados por fora da fíbula, entre as trabéculas intermusculares, realizam movimentos de eversão (para fora) do pé, e flexão plantar.

- O grupo posterior é formado por músculos que por sua vez se agrupam ou reúnem dois grupos que são os superficiais e os profundos.

Destacam o tríceps sural superficial e o poplíteo profundo. O tríceps sural é importante nos movimentos do pé e necessário para andar, correr, pular, etc. O poplíteo está localizado atrás do joelho e intervém na flexão e rotação internas da perna.

Os músculos do pé: dividem-se em músculos da região dorsal e da região plantar.

- Na região dorsal, tem um músculo, o pédio, chamado também extensor curto dos dedos; contribui para a extensão dos dedos.

- Os da região plantar são vários músculos pequenos que não carecem de importância individual, mas sim a tem em conjunto para reforçar e sustentar os arcos do pé durante a locomoção, os diversos movimentos e posturas.

## Breve lembrança dos músculos do pé

### Músculos dorsais do pé.

Músculo extensor curto do halux

*Origem:* Calcâneo.

*Inserção:* Falange proximal do halux.

*Inervação:* Nervo fibular profundo.

*Movimentos:* Extensor do halux.

Músculo extensor curto dos dedos

*Origem:* Calcâneo.

*Inserção:* Aponeuroses dorsal dedos 2º - 4º.

*Inervação:* Nervo fibular profundo.

*Movimentos:* Extensor dedos 2º - 4º.

*Observações:* O músculo extensor curto do halux mais o extensor curto dos dedos formam o músculo pédio.

Músculos interósseos dorsais

*Origem:* metatarsianos.

*Inserção:* falanges proximais.

*Inervação:* nervo plantar lateral.

*Movimentos:* flexor da primeira falange de todos os dedos / Abductor dos dedos.

### Músculos da região plantar

Músculo flexor curto dos dedos

*Origem:* calcâneo.

*Inserção:* segunda falange dos dedos 2º - 5º.

*Inervação:* nervo plantar medial.

*Movimentos:* flexor dos dedos / Manutenção da abóbada plantar.

*Observações:* é o mais superficial dos plantares

Músculos lumbricais

*Origem:* tendão do músculo flexor longo dos dedos.

*Inserção:* Falange proximal.

*Inervação:* nervo plantar lateral (3º e 4º) e nervo plantar medial (1º e 2º).

*Movimentos:* proteger a cabeça dos metatarsianos.

Músculo quadrado plantar

*Origem:* calcâneo.

*Inserção:* nervo plantar lateral.

*Movimentos:* corrige a atuação do músculo flexor longo dos dedos.

*Observações:* é o mais profundo.

Músculo abductor do halux

*Origem:* calcâneo.

*Inserção:* sesamoide medial.

*Inervação:* nervo plantar medial.

*Movimentos:* abductor do halux / Manutenção da abóbada plantar.

Músculo flexor curto do halux

*Origem:* segunda cunha (o feixe interno) e da terceira cunha (feixe externo).

*Inserção:* sesamoide.

*Inervação:* nervo plantar medial e lateral.

*Movimentos:* flexor do halux / Manutenção da abóbada plantar.

*Observações:* tem dois feixes.

Músculo adutor do halux

*Origem:* cubóides, terceira cunha, base dos metatarsianos 2º - 4º (parte oblíqua), da articulação metatarso falângica, dedos (3º - 5º) (parte transversa).

*Inserção:* Sesamoide lateral.

*Inervação:* Nervo plantar lateral.

*Movimentos:* Adutor do halux.

*Observações:* tem duas partes: uma oblíqua e uma transversa.

Músculo opositor e flexor curto do 5º dedo

*Origem:* aponeurose plantar da base do 5º metatarsiano.

*Inserção:* 5º metatarsiano (opositor) e 1º falange (flexor).

*Inervação:* nervo plantar lateral.

*Movimentos:* flexor da 1º falange do 5º dedo.

# MICROMOTOR MF 2.000 Plus

Prático, ágil e versátil.  
Acompanha maleta.  
Peso total: 1,4kg

## Massageador

Específico para o MF 2.000 Plus (Opcional)

Anatômico,  
extremamente leve  
e silencioso.  
Possui controle de  
potência de vibração,  
tornando-o adequado para  
todo tipo de utilização.  
Lançamento exclusivo Metalúrgica Freitas,  
sem similar de mercado!

**1 ano  
de garantia!**

**ASSISTÊNCIA TÉCNICA  
EM TODO TERRITÓRIO  
NACIONAL**

**Micromotor  
e Suporte**

**Caixa  
Controladora**

0 a 30.000 RPM Bivolt  
Rotação direita e esquerda  
Dimensões: 130x105x90mm  
(Compr x Larg x Alt)

Permite acoplar o Micromotor e  
o Massageador simultaneamente.

## Motores de Suspensão

**MF-40**  
110 ou 220v  
0 a 18.000 RPM



**M-40**  
110 ou 220v  
0 a 12.000 RPM

## Peças de Mão

Para uso com motores de suspensão

Caneta  
Flexível  
Automática

Caneta Fixa Automática.  
De uso contínuo,  
intermitente,  
leve e fácil de  
manipular.

## Aplicações

Podologia

Manicure

Prótese

Estética

Veterinária

Dermatologia

Ótica

Ferramentaria



CONSULTE-NOS SOBRE EQUIPAMENTOS E ACESSÓRIOS DO NOSSO CATÁLOGO PARA PROFISSIONAIS DE DIVERSAS ÁREAS DE ATUAÇÃO



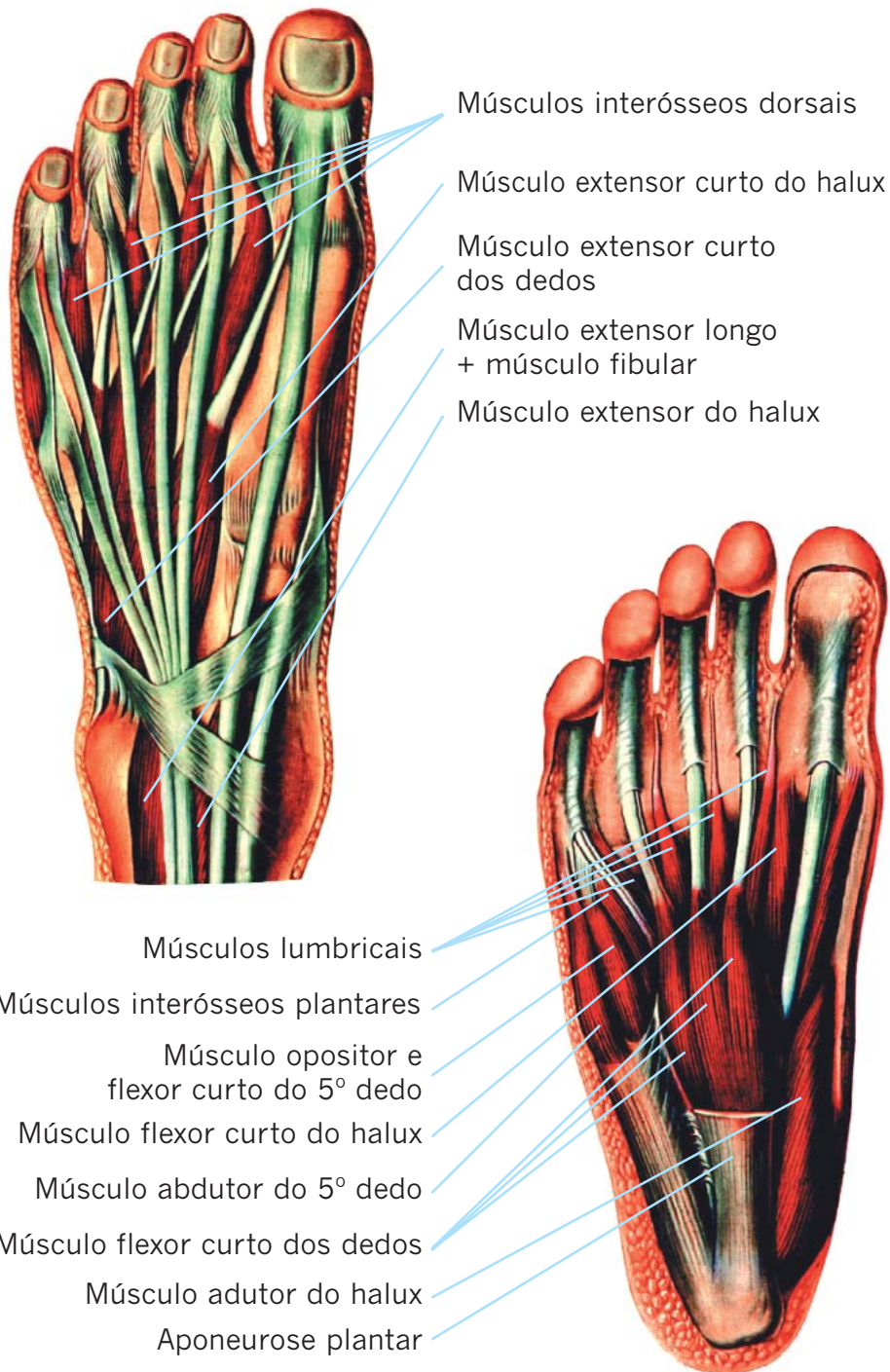
Center Freitas: (11) 3672-2469

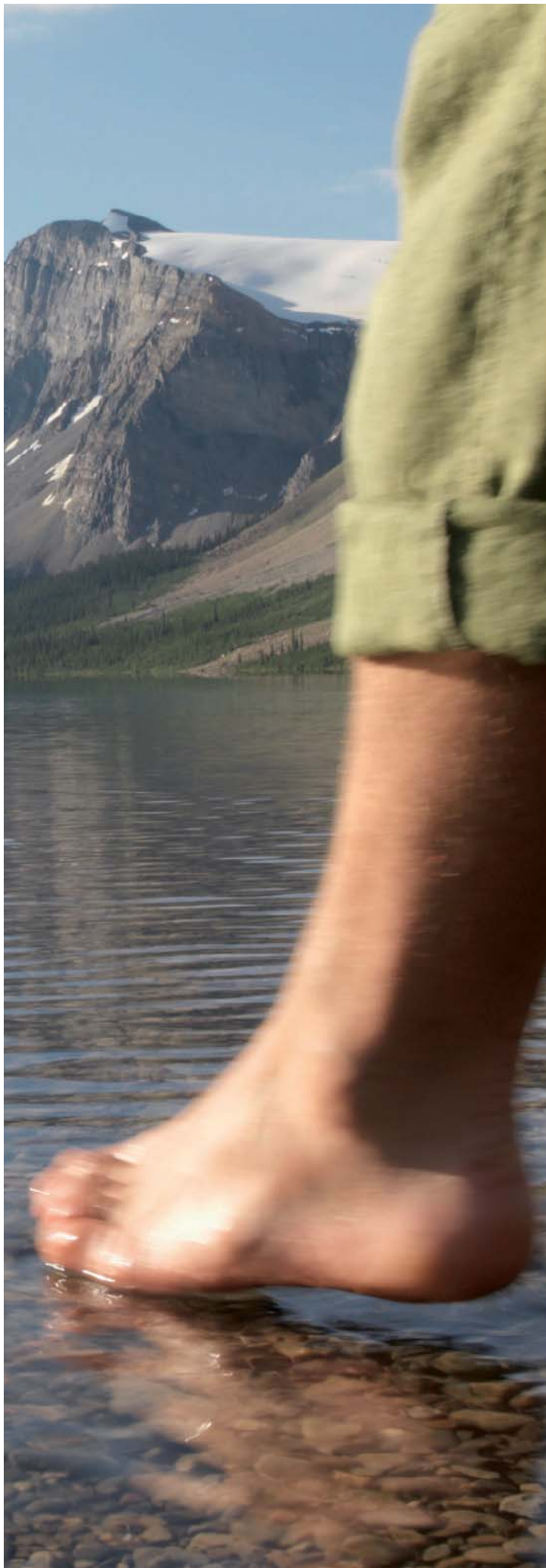
Rua Coriolano, 1438 - Lapa - CEP: 05047-001 - São Paulo - SP

www.metalurgicafreitas.com.br • mfreitas@mfreitas.com.br

Músculo abductor do 5º dedo  
*Origem:* calcâneo.  
*Inserção:* falange proximal.  
*Inervação:* nervo plantar lateral.  
*Movimentos:* flexor e abductor da primeira falange do 5º dedo.

Músculos interósseos plantares  
*Origem:* metatarsianos  
*Inserção:* falanges proximais  
*Inervação:* nervo plantar lateral  
*Movimentos:* flexor da primeira falange de todos os dedos / Adutor dos dedos.





# ATENDIMENTO PODOLÓGICO AO PORTADOR DE *DIABETES MELLITUS*.

## CURSO NOVO

O Senac acaba de lançar a Especialização Técnica em Atendimento Podológico ao Portador de *Diabetes Mellitus*, visando a formação de profissionais Podólogos especializados na prevenção e tratamento específicos do pé do diabético. O curso conta com um corpo docente treinado e tem parceria com instituições experientes no atendimento a esses pacientes.

**Inscrições abertas  
nas unidades Senac  
Tiradentes, Vila Prudente  
e Osasco.**



o conhecimento transforma

[www.sp.senac.br](http://www.sp.senac.br)

## Lesões dos Músculos, ligamentos e tendões

### Lesões musculares

Neste sentido temos as rupturas musculares (parciais ou totais), a partir de um traumatismo externo ou de um auto traumatismo por descompensação entre agonista e antagonista.

Outro tipo importante de lesões é as contraturas, muito freqüentes. Existe um problema inflamatório que afeta o músculo sem que exista lesão anatômica da fibra muscular.

Em outras circunstâncias podem aparecer lesões anatômicas na célula muscular, como ocorre nas chamadas comumente "agulhas", denominado Dor Muscular Retardada, (DOMS) e que são micro-lesões da fibra muscular.

Outro problema, menos freqüente, que pode aparecer quando existe um traumatismo importante, é a síndrome compartimental aguda. Esta patologia afeta os vasos sangüíneos e os nervos que se alojam dentro da membrana fibrosa que rodeia o músculo ou fáscia muscular.

Uma inflamação do músculo comprime artérias e nervos, dificultando a circulação sangüínea. É uma urgência cirúrgica, mas é pouco freqüente.

Existe também uma síndrome compartimental crônica. Neste caso não existe um traumatismo agudo, e sim que se deve á micro traumatismos (correr sobre asfalto, etc.) com as mesmas conseqüências: compressão vascular e nervosa de uma superfície, por exemplo face anterior da perna.

Os tendões e as bainhas que os rodeiam (bainhas sinoviais) são estruturas muito sensíveis ao exercício físico.

Assim grandes cargas de treinamento, material inadequado, etc., geram o aparecimento das denominadas tendinites ou tenosinovites, que podem ser agudas ou crônicas.

Em algumas circunstâncias podem existir pequenos rompimentos de fibras do tendão que ocasionam uma pequena hemorragia dentro do tendão. Se não for tratado adequadamente este pequeno acúmulo de sangue pode calcificar-se.

Outras lesões de maior gravidade que afetam o tendão são os rompimentos parciais ou totais do mesmo.

Inserções. A união do tendão ao osso se denomina inserção. Nestes pontos podem existir lesões muito freqüentes em esportistas jovens em crescimento, que se denominam tendinites de inserção.

Um exemplo é a inserção do tendão rotuliano



# Feet Center **Produtos 100% Gel Polímero**

## Importador e Distribuidor Suavepie no Brasil



Entrededos de Gel Puro



Tubos Recortáveis



Almofada Interfalângica



Almofada Metatarso Falângica



Anel com Gel



Separador Interdigital



Calcanheira de Gel



Anel Corretivo



Dedal de Gel Puro



Protetor de Joanetes



Atadura Metatarsal

Feet Center - Importação, Exportação e Comércio.

Email: - [feetcenter@hotmail.com](mailto:feetcenter@hotmail.com)

na tíbia ocasionando a doença de Osgood Schlatter, típica de saltadores.

### **Tendinite de Aquiles**

Esta doença se apresenta como uma dor no tendão de Aquiles e na parte posterior do calcanhar, mais comumente a dor se localiza em uma área situada a 2-3 cm. por cima do calcanhar mas pode ser á qualquer parte do tendão.

No começo da doença a dor se apresenta no início de uma corrida. Em alguns casos a dor melhora com o exercício, mas à medida que a doença avança a dor se faz constante.

Os fatores que se associam à tendinite de Aquiles são:

- Pronação excessiva do pé.
- Pé cavo (arco excessivo)
- Tendão de Aquiles curto e inflexível.
- Má técnica de treinamento: treinamento suspenso, treinamento com intervalo, distâncias longas, etc.

O diagnóstico se faz ao encontrar dor na palpação do tendão de Aquiles. Pode existir inflamação. A diminuição da mobilidade do tornozelo (principalmente flexão dorsal) é freqüente pela dor e se observa a falta de elasticidade do tendão.

Em geral não se necessita estudos radiográficos, mas, se forem solicitados poderá ser encontrado dado que sugerem inflamação dos tecidos moles e em casos muito crônicos, calcificações.

Mais preciso que as radiografias são: o ultrassom ou a ressonância magnética nuclear.

É importante determinar se existe uma ruptura parcial do tendão de Aquiles, isto é mais freqüente em pacientes com tendinite crônica ou com antecedentes de injeções de cortisona.

O tratamento inclui:

- Massagem com gelo antes e depois do treinamento.
- Calcanheira de 1-1.5 cm. E/ou palmilhas.
- Calçado adequado (acolchoado na calcanheira).
- Analgésicos antiinflamatórios.
- Repouso da atividade esportiva por 3-6 semanas.
- Modificação do treinamento.
- Fisioterapia (alongamentos, exercícios específico, ultra-som, fonoforese).

Nunca se deve aplicar injeções de cortisona já

que enfraquece o tendão e corre o risco de ruptura.

O tratamento cirúrgico só se reserva para os casos teimosos onde o tratamento conservador tiver fracassado. Nestes casos fazemos uma limpeza aberta do tendão de Aquiles.

### **Tendinite do tibial**

Os músculos do compartimento anterior são o tibial anterior, o extensor longo do primeiro dedo e o extensor longo dos dedos. Elevam o antepé e se contraem excêntrica uma vez que o calcanhar toca o solo. Os músculos sóleo e gêmeos, mais volumosos, jogam do pé para baixo. A força gerada com muita carga pode lesionar os músculos do compartimento anterior.

A dor começa depois que o calcanhar bate contra o solo durante a corrida.

Se continuar correndo, a dor se faz constante. Com o tempo se produz hipersensibilidade em um ponto sob o compartimento muscular anterior.

O tratamento inclui repouso esportivo, alongamento dos músculos da panturrilha e fortalecimento dos músculos do compartimento anterior, realizando o exercício seguinte dias alternados:

1. Enrolar uma toalha ao redor da asa de um recipiente sem água.
2. Sentar-se em uma mesa suficientemente alta que os pés não cheguem ao piso.
3. Colocar a asa do recipiente sobre a parte frontal do sapato.
4. Levantar lentamente a parte frontal do pé flexionando o tornozelo e depois estendê-lo ligeiramente. Fazer este exercício 10 vezes seguidas, dê uns segundos de descanso, e depois mais duas séries de 10.
5. Para aumentar a resistência, adicionar água ao recipiente.

### **Compartimento posteromedial**

Os músculos do compartimento posteromedial são o flexor longo do halux, o flexor longo dos dedos e o tibial posterior. Supinam o antepé e elevam e evertem o calcanhar imediatamente antes do levantamento do pé. O aumento da tração sob estes músculos se produz por uma pronação excessiva e por correr em pistas com inclinação lateral. A pronação excessiva faz que o arco caia abaixo do normal, aumentando a força

Explore novos mercados.  
Descubra novos clientes.  
Desenvolva novas relações comerciais.

elemento d/a

de Sábado a Terça  
das 10 às 20 horas

de 27 a 30 de Setembro | 2008

Pavilhão de Exposições do Anhembi  
São Paulo - SP



*Cosmética*  
Professional  
18ª Feira Internacional da Beleza

*Cosmética*  
Business  
18ª Feira Internacional da Beleza



ilustrações: fshizue

[www.cosmeticaexpo.com.br](http://www.cosmeticaexpo.com.br)

Organização e Promoção



Filiadas à



Apoio



necessária para elevá-lo durante a supinação. Produz-se então uma tendinite.

Ao continuar a corrida, a dor pode se estender para os músculos. A tração sobre o tibial posterior pode separar o músculo de sua origem óssea, produzindo hemorragia subperióstica e periostite. Com a tração contínua pode-se produzir uma separação parcial da tíbia.

A dor geralmente começa de 2 a 20 cm. acima do maléolo tibial. Aumento de intensidade quando se levantam os dedos ou se everte o pé. Com a corrida contínua, a dor se espalha até afetar a face medial da tíbia, alcançando até 5 a 10 cm. do joelho. Existe uma hipersensibilidade localizada na face medial da tíbia em algum ponto por cima do maléolo até imediatamente abaixo do joelho.

O tratamento consiste em interromper a corrida para evitar a dor.

O uso de palmilhas adequadas com tênis neutros, com contra forte de calcanhar rígido e suporte especial para o arco para limitar a pronação é importante, assim como evitar a corrida em terreno com desnível lateral, e o fortalecimento dos músculos lesionados pelo exercício de elevação dos dedos e movimentos de pronação.

1- Levantar lentamente os dedos, estando em pé, e depois descende lentamente sobre os calcanhares. Fazer 10 vezes, seguido de um minuto de descanso, e logo duas séries mais de 10 vezes.

Quando realizar o exercício com facilidade, utilize pesos cada vez mais pesados.

2. Estando em pé gire os tornozelos para fora (eversão dos calcanhares), de maneira que a parte média do pé se separe do solo e logo se volta a baixar para tocá-lo de novo. Fazer três séries de dez.

Se os músculos flexores longos dos dedos e tibial posterior sofrem avulsão de suas inserções na face posterior da tíbia, o tratamento pode consistir em evitar a corrida durante um tempo prolongado.

### **Fasceite plantar**

Tem muitas causas potenciais de dor na área do calcanhar, mas a grande maioria dos casos se deve à irritação da inserção de um tecido forte (fáscia plantar) no osso do calcanhar (calcâneo). Este tecido suporta o arco do pé e quando sua inserção inflama, pode desenvolver uma condi-

ção crônica, dolorosa e invalidante. Esta síndrome, denominada fasceite plantar, constitui uma das causas mais freqüentes de dor no pé.

### **Sintomas**

- O sintoma primário da fasceite plantar é a dor localizada especificamente na área de carga do peso do calcanhar. Comumente é mais severo durante os primeiros passos ao levantar-se da cama, diminui em certa medida com a atividade pela distensão da fáscia, e reaparece de novo após um período de descanso.

- Raras vezes tem inflamação visível, avermelhamento ou outras mudanças aparentes na pele. É freqüente entre pessoas que praticam esportes, indivíduos com sobre peso, pessoas com arco elevado ou pé plano, e também em mulheres com pés longos e estreitos.

### **Anatomia**

- A fáscia plantar é um tecido fibroso espesso e tenso situado na planta do pé que se insere no osso do calcanhar e se vai para a frente para fixar-se na base dos dedos. Sua sobre carga pode provocar desgarre em sua inserção posterior com inflamação dos tecidos que a rodeiam incluindo o osso. Isto pode originar a aparição de um esporão, que aparece em aproximadamente 50% dos casos.

- O esporão é um fenômeno secundário e não a origem da dor.

### **Tratamento**

#### **Repouso**

Utilize a dor como guia. Diminua sua atividade ou exercício.

#### **Gelo**

A massagem com gelo, preferivelmente duas vezes ao dia ou ao menos uma vez ao final do dia. Pode-se encher uma garrafa de plástico com água e congelá-la. Fazer rodar o calcanhar e o arco do pé sobre a garrafa, uns 20 minutos proporcionam massagem, distensão e frio.

#### **Fisioterapia**

A fisioterapia pode ser útil, mas por seu custo e gasto de tempo, se emprega geralmente quando têm fracassado outros métodos de tratamento. O objetivo inicial da terapia física é diminuir a inflamação.

Mais tarde, pode-se potencializar os pequenos músculos do pé para que preste suporte a fáscia plantar debilitada.

## Ortopédico

Existe uma grande variedade de almofadinhas para o calcanhar ou calcanheiras, e geralmente são úteis. As órteses rígidas, particularmente duras e caras estão raras vezes indicadas. Os suportes macios, com uma almofada no calcanhar são as mais eficazes. Estão especialmente indicados em indivíduos com pé plano ou com pronação do antepé.

## Calçado

Os calçados com salto médio e amplo, e com solas relativamente rígidas proporcionam a máxima comodidade e proteção. No calçado esportivo é aconselhável que se utilize órteses, que seja neutro.

## Espadrado

A aplicação de tiras de esparadrapo em toda extensão da fásia plantar pode ser muito eficaz, especialmente para a dor aguda e a atividade esportiva. No começo deve ser de uso diário.

## Aparelhos noturnos

Os aparelhos noturnos mantêm o pé estendido ao nível do tornozelo, e é um método eficaz de tratamento. Alguns aparelhos são bastante caros, mas tem alternativas em fibra de vidro a um preço razoável.

## Gessos

Em casos extremamente agudos ou resistentes, a colocação de um gesso de marcha curto, durante três a seis semanas aliviará e ocasionalmente solucionará o problema.

## Fármacos

Os analgésicos antiinflamatórios orais proporcionam alívio a muitos pacientes. As injeções de corticóides e anestésicos locais podem ser muito eficazes em casos resistentes. Devem ser administradas por um médico experimentando nesta técnica.

## Cirurgia

Raras vezes é indicada. Porém, após 6 a 12 meses de tratamento conservador, uma liberação cirúrgica parcial da fásia plantar pode ser indicada. A recuperação após a intervenção geralmente é lenta, geralmente não produz uma recuperação completa, e tem algumas complicações potenciais.

## Exercícios

Os exercícios de distensão da fásia plantar, do tendão de Aquiles e músculos da panturrilha são benéficos na maioria dos casos, e especialmente em pessoas com tendões de Aquiles tensos, que parecem especialmente susceptíveis a esta condição.

Alguns exercícios recomendáveis são os seguintes:

Coloque uma toalha na tua frente.

Com os dedos do pé afetado tente trazer a toalha para você. Aumente a resistência com peso no extremo da toalha. Fazer várias repetições com descansos entre elas.

Massagem com a perna oposta

Mover o pé doloroso lentamente pra cima e pra baixo sobre a outra perna, tratando de rodeá-la com os dedos.

Alongamentos

Colocar-se a certa distância de uma mesa apoiando as mãos sobre a mesma, flexionando um joelho e com o outro esticado. Lentamente incline-se para a mesa, pressionando para frente até sentir uma tensão moderada nos músculos da panturrilha da perna esticada. Mantenha esta posição durante 15 segundos.

Com ambos calcanhares no piso, dobre o joelho da perna reta até sentir uma tensão moderada no tendão de Aquiles e mantenha esta posição outros 15 segundos.

## Lesões Musculares em Geral

Existem diversos tipos de lesões musculares, cada uma de diferente gravidade:

Câimbra

É uma contração involuntária de um músculo ou de vários grupos de fibras musculares como consequência de tê-lo submetido a um esforço excessivo.

Contratura

É um acréscimo na tensão do músculo no estado de relaxamento após um esforço prolongado. A recuperação oscila entre os 5 e os 10 dias.

Alongamento

É um acréscimo na tensão de todo um músculo.

# Beauty Fair Estética

## Beleza, saúde e bem-estar



BEAUTY FAIR  
ESTÉTICA



### 1º Simpósio Latino-Americano de Podologia

01/09/2008 - Expo Center Norte - SP

- Técnicas e procedimentos no aparelho ungueal
- Pé diabético: a patologia sob a ótica médica
- Pé diabético: quais as competências do podólogo
- Depoimento médico: a parceria médico e podólogo
- Últimos recursos para a onicocriptose

Inscrição: R\$ 60,00

Apoio educacional:



o conhecimento transforma



—BEAUTY FAIR—  
Feira Latino-Americana de Cosméticos e Beleza

De 30 de agosto a 2 de setembro de 2008  
Expo Center Norte - SP

Organização e realização: Beauty Fair Eventos e Promoções Ltda.  
[www.beautyfair.com.br](http://www.beautyfair.com.br) - Informações: 11 5545-4633  
E-mail: [estetica@beautyfair.com.br](mailto:estetica@beautyfair.com.br)

lo sem chegar a ocasionar um dano anatômico. Não produz hematoma e o período de recuperação é curto, entre 5 e 10 dias.

#### Ruptura fibrilar

Interrupção na continuidade de um grupo de fibras musculares que ocasionam uma hemorragia local e a consequente resposta de reparação. Dependendo do músculo afetado e o número de fibras rompidas o tempo de recuperação oscila entre 15 dias e 2 meses.

#### Ruptura muscular

É o mesmo quadro anterior, mas afetando um número importante de fibras ou todo o músculo. Requer tratamento cirúrgico e o tempo de recuperação é longo.

#### Contusão muscular

Ocasionada pela agressão de um agente externo, que bate contra o músculo e o comprime contra a estrutura óssea. Além da lesão muscular, o golpe ocasiona um edema inflamatório.

### Tratamento das lesões musculares

As lesões que não implicam um afetamento anatômico, em geral evoluem de forma natural até curar em um espaço de tempo curto. Nas contusões e rupturas, onde se produz um hematoma e é necessária uma cicatrização, a evolução é mais incerta.

As lesões musculares são frequentes, porém em geral não são diagnosticadas e tratadas adequadamente. Se o paciente não lembra o movimento que causou a lesão e pode continuar com sua atividade, são lesões banais e curam no prazo máximo de uma semana.

Pelo contrário, se lembra do movimento exato que provocou a lesão e a dor permanece ao tentar continuar, a lesão pode ser mais grave. Se não é tratada adequadamente, a lesão pode ficar crônica.

A ausência de aquecimento antes de começar a prática esportiva ou a má realização deste é um fator que favorece o aparecimento deste tipo de lesões.

### Contraturas e alongamentos

- Repouso relativo para aquelas atividades que produzem as dores.
- Aplicação de calor (seco) durante um período de 2 a 5 dias.
- Aplicação de uma massagem suave.

- Pode-se administrar fármacos (relaxantes musculares)

### Contusões e rupturas

O tratamento divide-se em três fases:

#### Fase 1

Formou-se o hematoma e o objetivo é reduzi-lo. Se o hematoma localiza-se entre os feixes musculares, a lesão tem um melhor prognóstico que se estiver dentro de um feixe (hematoma intramuscular), que tem um pior prognóstico, precisa de maior período para a cura e evolui com frequência para a cronificação.

Dura geralmente entre 48 e 72 horas. Recomenda-se repouso absoluto do membro ou área afetada. Deve-se aplicar frio (crioterapia) durante as primeiras 48 horas, de 3 a 5 sessões diárias entre 15 e 20 minutos. É aconselhável separar com um pano úmido a pele e bolsa com gelo para evitar lesões pelo frio na pele.

Realizar bandagem compressiva e elevar o membro lesado quando a região o permitir.

É conveniente tomar antiinflamatório, não esteroide, e relaxante muscular.

Evitar a prática indiscriminada de massagens, já que isto pode facilitar as hemorragias e a cronificação da lesão.

#### Fase 2

É a fase da cicatrização. O tratamento deve ser dirigido para que a cicatriz seja a menor e o mais funcional possível. Nesta etapa deve-se manter a bandagem compressiva, aplicar calor mediante compressas, bolsa de água ou manta elétrica, também entre 3 e 5 sessões diárias de 15 a 20 minutos.

À partir do 3 ou 4 dia é conveniente começar a realizar contrações musculares em repouso, sempre que não ocasionem dor. Repetir várias vezes ao dia a fim de orientar adequadamente o tecido que está cicatrizando.

A fisioterapia permite encurtar o tempo de recuperação. São numerosas as técnicas usadas na atualidade: termoterapia, ultra-som, eletroterapia, laser terapia, cinesioterapia, etc. Deve-se induzir as contrações com movimentos e os alongamentos conforme estejam sendo suportados, com mal-estar, mas sem dor.

#### Fase 3

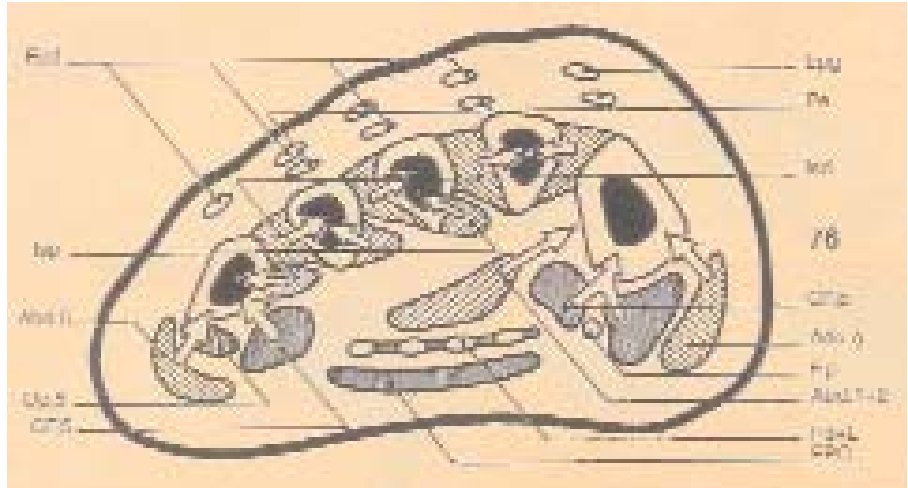
Reinício progressivo da atividade esportiva. Prevenir novas lesões realizando alongamentos da musculatura afetada antes e depois do exercício. □

# Fisiologia Articular. Músculos Interósseo e Lumbrical.

A. I. Kapandji. Argentina.

Os músculos interósseos, igual que na mão, se dividem em dorsais e palmares (no caso do pé se lhes denomina plantares), ainda que sua disposição é um tanto diferente (fig. 76: corte frontal, fragmento posterior): os quatro interósseos dorsais (isd) estão centrados no segundo metatarsiano (em vez de no terceiro como é o caso da mão) e se inserta (flechas brancas) no dedo mais próximo ao segundo: 3º interósseo no 3º dedo, 4º interósseo no 4º dedo (fig 83).

Os três interósseos plantares (isp) se inserta todos no borde interno dos três últimos metatar-



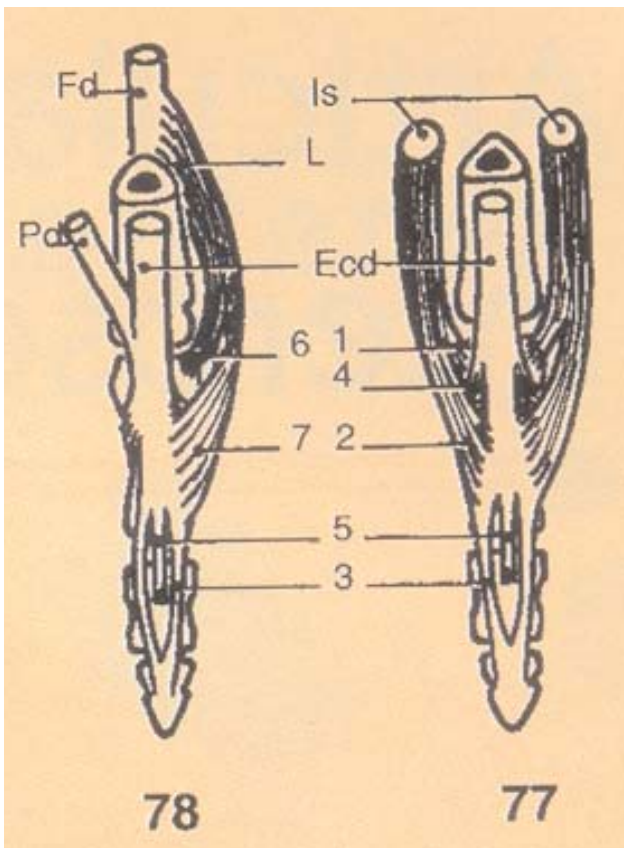
sianos e terminam (fig. 84) no dedo correspondente ao metatarsiano de origem.

A forma na que terminam os interósseos do pé (fig. 77: vista dorsal do apto extensor e fig. 79: vista lateral dos músculos dos dedos) é parecida à mão:

- Na parte lateral da base da primeira falange (1) e
  - Mediante uma lamina tendinosa (2) na fita lateral (3) do tendão extensor.
- Feito, o tendão do extensor comum (ecd) se inserta, como na mão, nas três falanges, por meio de:
- Um as fibras (4) nos bordes da primeira falange (e não na base);
  - Uma fita mediana (5) na base da segunda falange e
  - Duas fitas laterais (3) na base da terceira.

Na porção superior da articulação metatarsofalângica (fig. 78: vista dorsal), o tendão extensor do segundo, terceiro e quarto dedo recebem, por seu borde externo, o fino tendão do péδιο (Pd).

Como na mão, existem quatro músculos lombricais (Figs. 76, 78, e 88) anexos aos tendões do flexor comum dos dedos do pé (homologo ao FCP dos dedos da mão). O tendão de cada lombrical se dirige para dentro (fig. 88) para finalizar (figs. 78 e 79) como um interósseo: na base da primeira falange (6) e na fita lateral (7) do extensor.



Escola de Formação Técnica Profissional

**Mag Estética**  
*Beleza feita com Arte*

Autorizada pela DER Centro-Sul em 15/08/2003

Pioneira em Micropigmentação no Brasil

MATRÍCULAS ABERTAS

(11) 6161-7763

## CURSO QUALIFICAÇÃO BÁSICA DE PODOLOGIA

TERÇAS-FEIRAS: 13:00h ÀS 16:30h

QUARTAS E QUINTAS-FEIRAS: 9:30h ÀS 16:30h

Carga Horária Total: 400 horas, com 4 módulos de 100 horas.

- CURSO TÉCNICO ESTETICISTA
- CURSO TÉCNICO DE PODOLOGIA

**INÍCIO EM 19 DE FEVEREIRO DE 2008**

Para informações, ligue (11) 6161-7763

## CURSOS LIVRES

- Pedicuro Calista
- Pedicuro Calista (aperfeiçoamento)
- Reflexologia Podal
- Manicure e Pedicure
- Unhas de Porcelana
- Unhas de Gel sem Lâmpada
- Unhas de Silicone
- Unhas de Nova York

*Cursos individuais ou em grupos, com carga horária variável, de acordo com as necessidades do aluno.*

Ligue e peça informações sobre os nossos demais cursos:  
**(11) 6161-7763**



Kit Polimento de Unhas



Kit Unhas de Porcelana

**ADQUIRA JÁ!**  
**(11) 6161-7763**



Kit Homeomag



Kit Podologia

O tendão do flexor dos dedos, (fd) atua como o FCP dos dedos (fig. 79 e fig. 88):

Passa próximo ao fibrocartilagem glenóideo (8) da metatarsofalângica para, a continuação, perfura o tendão do flexor plantar curto (FPC) e finaliza na base da terceira falange.

Por tanto, o flexor plantar curto, músculo intrínseco do pé, é o equivalente do FCS dos dedos da mão: superficial, esta perfurado pelo precedente e finaliza nas caras laterais da segunda falange.

O flexor dos dedos flexiona a terceira falange sobre a segunda (fig. 81). O flexor plantar curto flexiona a segunda falange sobre a primeira. Os interósseos e os lombricais, como na mão, são (fig. 80) flexores da primeira falange e extensores das duas ultimas.

Desempenham um papel fundamental na estabilização dos dedos.

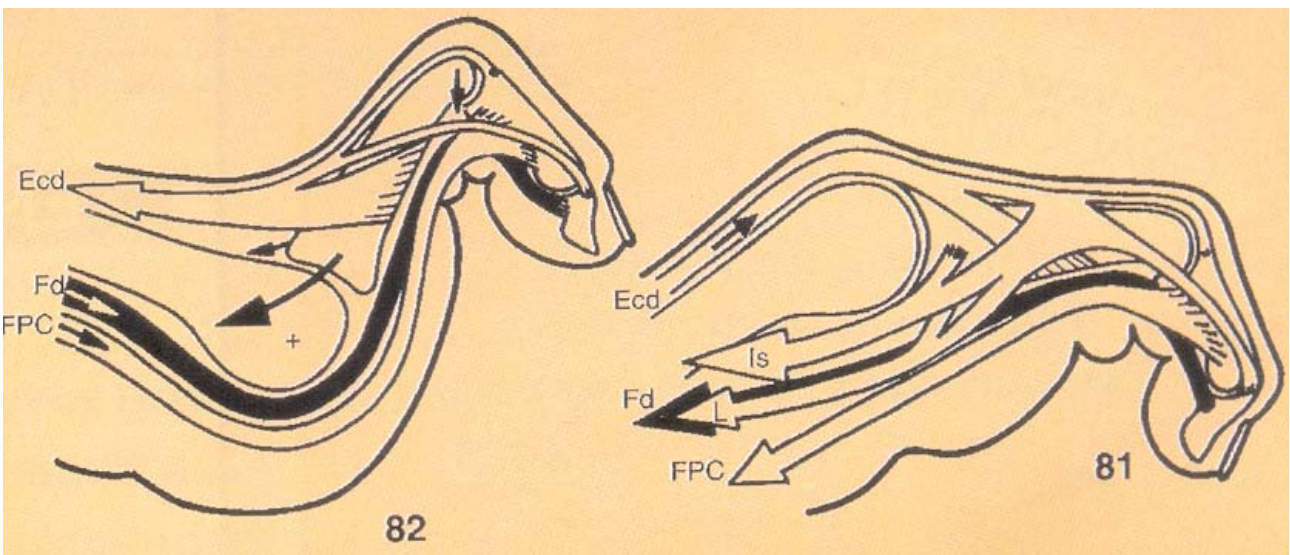
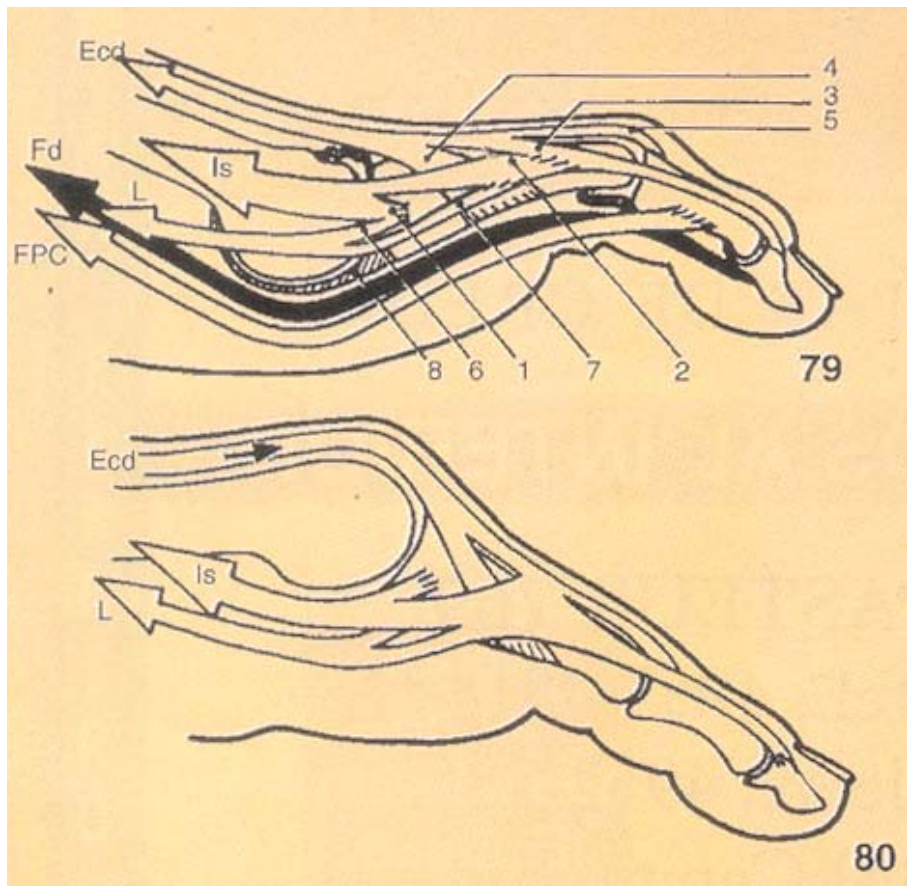
Flexionando a primeira falange, proporcionam um ponto de apoio sólido aos extensores dos dedos como flexores do tornozelo.

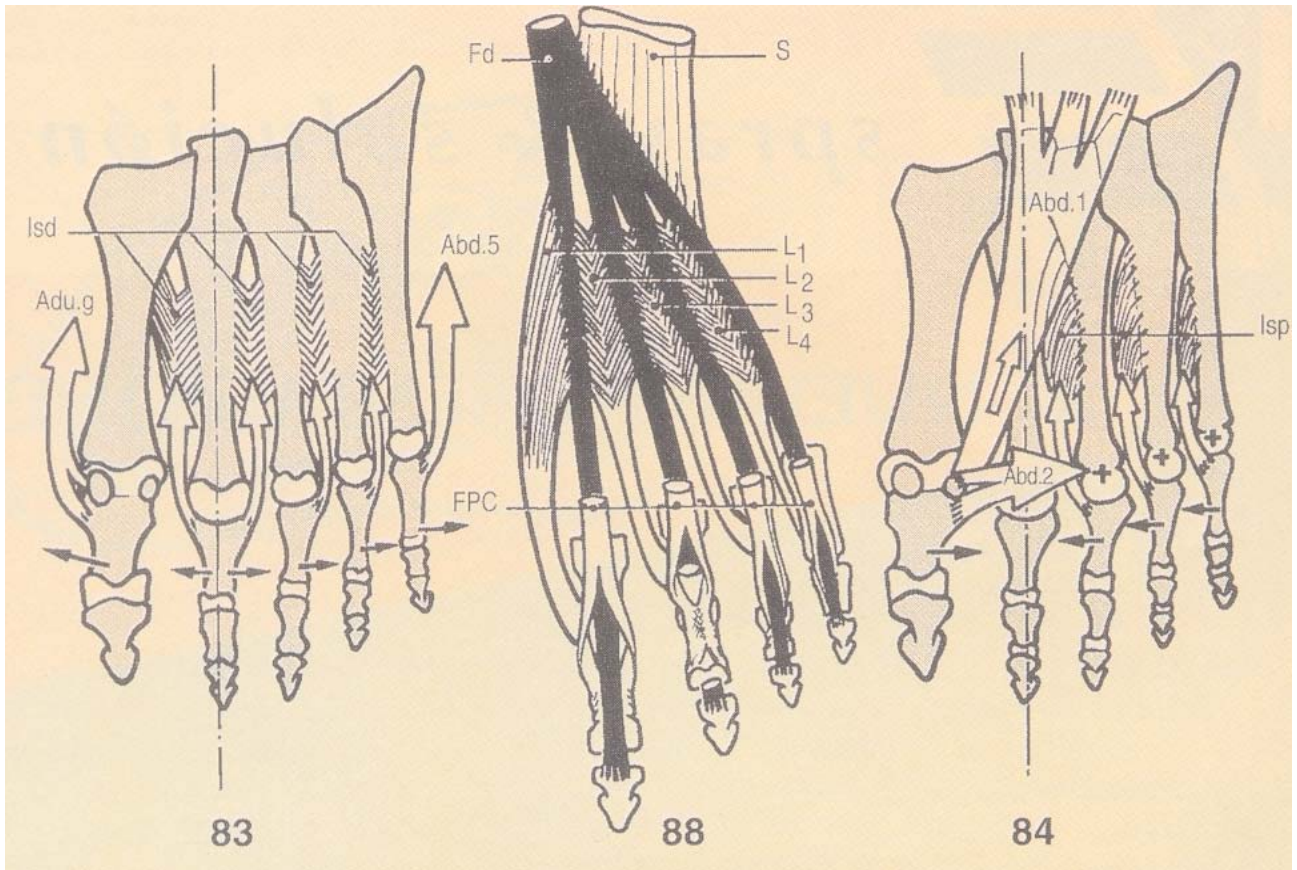
Quando os interósseos e os lombricais são insuficientes, se produz uma deformação em "martelo" ou em "garra" dos dedos do pé (fig. 82): os interósseos não estabilizam a primeira falange, de forma que, devido a tração do exten-

sor, se hiperestende para deslizar-se pela cara dorsal da cabeça do metatarsiano.

Em segundo plano, esta deformação se fixa pela luxação dorsal dos interósseos, por cima do eixo (+) da metatarsofalângica.

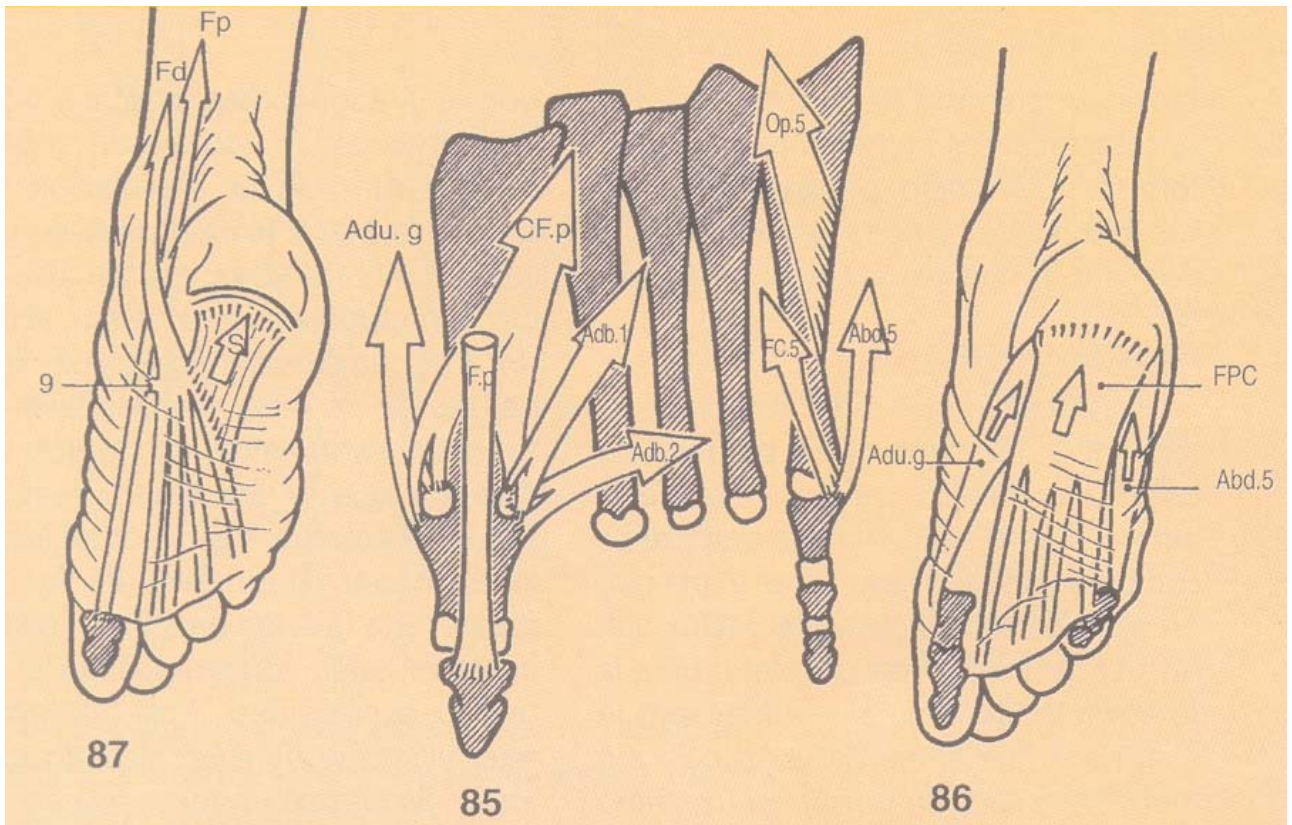
Ademais, as duas primeiras falanges se flexionam devido ao relativo encurtamento dos flexores, e esta deformação fica fixa quando a interfalângica proximal se luxa (flecha) entre as fitas laterais do extensor, cuja ação se vê então invertida.





Como na mão, a posição dos dedos depende, pois do equilíbrio entre os diferentes músculos. De forma que, como afirma Duchenne de Boulogne, só o pédio é realmente extensor dos

dedos, e se os verdadeiros extensores fossem os flexores do tornozelo se tivessem fixado diretamente nos metatarsianos (Duchenn sempre dixit).



## Músculos da planta do pé

Os músculos da planta do pé se dispõem, desde a profundidade até a superfície, em três planos.

- O plano profundo está composto pelos interósseos e os músculos anexos ao 5º dedo e ao dedo gordo:

- Os interósseos dorsais (fig. 83: vista inferior) possuem, ademais de sua participação na flexo-extensão, uma ação de abdução dos dedos com respeito ao eixo do pé (segundo metatarsiano e segundo dedo). A separação do dedo gordo é realizada pelo abductor do dedo gordo (adu.g) e a abdução do quinto dedo é efetuada pelo abductor do quinto dedo (adb.5) estes dois músculos são os equivalentes dos interósseos dorsais;

- Os interósseos plantares (fig. 84: vista inferior) aproximam os três últimos dedos ao segundo. O dedo gordo se aproxima ao eixo do pé mediante a seu abductor, constituído por duas porções:

- O abductor oblíquo (abd.1) que se origina nos ossos do tarso anterior.

- O abductor transversal (abd.2) que se adere ao ligamento glenóideo das terceira, quarta e quinta articulação metatarsofalângicas e ao ligamento intermetatarsiano profundo. Desloca diretamente para fora a primeira falange do dedo gordo e desempenha uma função de sustentação do arco anterior.

- Os músculos anexos ao 5º dedo (fig. 85: vista inferior) são três e se localizam no compartimento plantar externo:

- O oponente do 5º dedo (op.5) é o mais profundo; estende-se desde o tarso anterior até o quinto metatarsiano, tem uma função análoga, ainda que em menor grau, a do oponente do 5º dedo: afunda a bóveda e o arco anterior.

- Os outros dois músculos se inserem ambos no tubérculo externo da base da primeira falange são:

- O flexor curto do 5º dedo (FC.5) que se origina no tarso anterior.

- O adutor do 5º dedo (Abd.5), citado anteriormente, cujas inserções posteriores se localizam (Fig. 86) na tuberosidade pósterio-externa do calcâneo e na estilóides do 5º metatarsiano. É um dos sustentos do arco externo.

- Os músculos anexos ao dedo gordo (Fig. 85) são três e se localizam no compartimento plantar interno (exceto o abductor). Se inserem nos tubérculos laterais da base da primeira falange e nos dois ossos sesamoideos anexos a metatarso-

falângica do dedo gordo. Este e o motivo pelo qual também se lhes denomina músculos sesamoideos:

- No lado interno, sesamoideo e falange recebem a porção interna do flexor curto (FC.p) e o abductor (Adu.g) que se origina na tuberosidade pósterio-interna do calcâneo (Fig. 86) e constitui um dos sustentos do arco interno.

- No lado externo, sesamoideo e falange recebem as duas porções do abductor (Abd. 1 e 2) e a porção externa do flexor curto do dedo gordo (FC,p) que se origina nos ossos do tarso anterior.

Os músculos sesamoideos são potentes flexores do dedo gordo, desempenham um papel importante na estabilização do dedo gordo (insuficiência = garra do dedo gordo baixa a ação do extensor curto) e na primeira fase do passo.

- O plano médio está formado pelos músculos flexores longos (fig. 87). O flexor comum (Fd) cruza por debaixo ao flexor próprio do dedo gordo (F. P) na saída do canal calcâneo. Posteriormente trocam entre si uma anastomose tendinosa (9) através da qual o flexor comum se divide em quatro tendões destinados aos quatro últimos dedos. Os lombricais nascem (fig. 88) de dois tendões vizinhos exceto o primeiro (L1). Cada tendão perfura para acabar na terceira falange. A tração oblíqua destes tendões se compensa por um músculo aplanado expandido pelo eixo da planta (fig. 87) entre as tuberosidades posteriores do calcâneo e o borde externo do tendão do 5º metatarsiano: trata-se do quadro carnoso de Sylcius (S) o acessório de flexor comum.

- Sua contração simultânea corrige as desviações axiais dos tendões.

- O flexor próprio do dedo gordo (F. p, figs. 85 e 87) se desliza entre os dois sesamoideos para inserir-se na segunda falange do dedo gordo a que flexiona com força.

- O plano superficial está representado (fig. 86) por um só músculo, incluído como flexor comum no comportamento plantar médio, o flexor plantar curto (FPC)m fixo por trás na tuberosidades posteriores do calcâneo e destinado aos quatro últimos dedos.

É o equivalente do FCS dos dedos; seus tendões estão perfurados (Fig. 88) e se inserem na segunda falange, a que flexionam. α

*Nota extraída do livro Fisiologia Articular de A. I. Kapandji. Editorial Médica Panamericana. Argentina. Novas técnicas cirúrgicas*

# 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).

Autor dos livros:

- Podologia Esportiva - Historia clínica, exploração e características do calçado esportivo - Podologia Esportiva no Futebol
- Exostoses gerais e calcâneo patológico - Podologia Esportiva no Futebol.

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.

## Índice

### Introdução - Lesões do pé

- Biomecânica do pé e do tornozelo.
- Natureza das lesões.
- Causa que ocasionam as lesões.
- Calçado esportivo.
- Fatores biomecânicos.

### Capítulo 1

Explorações específicas.

- Dessimetrias. - Formação digital.
- Formação metatarsal.

### Capítulo 2

Exploração dermatológica.

Lesões dermatológicas.

- Feridas. - Infecção por fungos.
- Infecção por vírus (papilomas).
- Bolhas e flictenas. - Queimaduras.
- Calos e calosidades.

### Capítulo 3

Exploração articular.

Lesões articulares.

- Artropatias. - Cistos sinoviais.
- Sinovite. - Gota.
- Entorses do tornozelo.

### Capítulo 4

Exploração muscular, ligamentosa e tendinosa.

Breve recordação dos músculos do pé.

Lesões dos músculos, ligamentos e tendões.

- Tendinite do Aquiles.
- Tendinite do Tibial. - Fasceite plantar.
- Lesões musculares mais comuns.
- Câimbra. - Contratura. - Alongamento.
- Ruptura fibrilar. - Ruptura muscular.
- Contusões e rupturas.
- Ruptura parcial do tendão de Aquiles.
- Ruptura total do tendão de Aquiles.

### Capítulo 5

Exploração vascular, arterial e venosa.

Exploração. Métodos de laboratório.

Lesões vasculares.

- Insuficiência arterial periférica.
- Obstruções. - Insuficiência venosa.
- Síndrome pós-flebitico.
- Trombo embolismo pulmonar.
- Úlceras das extremidades inferiores.
- Úlceras arteriais. - Úlceras venosas.
- Varizes. - Tromboflebite.

### Capítulo 6

Exploração neurológica.

Lesões neurológicas.

- Neuroma de Morton. - Ciática.

### Capítulo 7

Exploração dos dedos e das unhas.

Lesões dos dedos.

Lesões das unhas.

### Capítulo 8

Exploração da dor.

Lesões dolorosas do pé.

- Metatarsalgia.
- Talalgia. - Bursite.

### Capítulo 9

Exploração óssea.

Lesões ósseas.

- Fraturas em geral.
- Fratura dos dedos do pé.
- Fratura dos metatarsianos.

### Capítulo 10

Explorações complementares

- Podoscópio. - Fotopodograma.
- Pé plano. - Pé cavo.

**Vendas:** shop virtual [www.shop.mercobeauty.com](http://www.shop.mercobeauty.com)

[revista@revistapodologia.com](mailto:revista@revistapodologia.com) - [www.revistapodologia.com](http://www.revistapodologia.com)

# Cirurgia Percutânea do Pé. (Minimal Incision Surgery - MIS).

Dr. Claudio Sapoznik - MN:91.400 - Argentina.

Trata-se de uma técnica cirúrgica através de pequenas incisões (5 mm) por meio da qual se realizam diversas praticas no pé com deformidade.

As primeiras tentativas o desenvolveram os pediatras americanos como, Polokoff (1945), Propper (1960), Pritt (1970), mais tarde os traumatólogos Stephen Isham (1980, maior impulsor), Bosch (1990), De Prado e Ripoll (1995).

Como a anestesia costuma utilizar-se no bloqueio regional do tornozelo ou mais conhecida como anestesia local, complementando-se com uma sedação (neuroleptoanalgesia) o qual proporciona maior conforto ao paciente.

## Patologias a tratar:

- Hallux valgus (joanete)
- Hallux rigidus (artroses do dedo gordo)
- Lesões de ossos sesamoideos
- Hallux extensus
- Dedos em garra, martelo ou em maço
- Metatarsalgias
- Neuroma de Mortom
- Doença de Freiberg
- Clinodactilia
- Exostoses interdigitais
- Fascites plantar
- Esporão calcâneo
- Doença de Haglund

## Detalhes do procedimento

Como detalhe do procedimento, o paciente é anestesiado minutos antes da cirurgia na região do tornozelo, se efetua a operação sem proteção hemostática ou torniquete, se controla com raios X, terminada a mesma se utiliza uma faixa que devera ser controlado periodicamente, se coloca uma sandália para pós-operatório e se retira do sanatório, caminhando, as 2 ou 3 horas de operado.

## Observação

Comumente como na cirurgia percutânea, não se utilizam implantes (pregos, parafusos e outros), o qual evita ter que retirá-los no futuro.

## Vantagens

- Melhor resultado cosmético
- Conservação de partes brandas
- Menor incidência de pseudoartroses (retardos na consolidação)



- Menor dor pós-operatório
- Melhor resultado funcional
- Não requer internação (ambulatória)
- Não requer implante (por tanto não requer nova cirurgia para retiro de implante)
- A anestesia a efetua o cirurgião
- Menor incidência de trombozes venosas por não utilizar proteção hemostática. ☐

*\*Medico especialista em ortopedia e traumatologia*

*\*Professor adjunto da Universidade Favaloro*

*\*Prof adjunto da Universidade Aberta Interamericana*

*\*Docente da Universidade de Buenos Aires (Facu. de Medicina e Carreira de Kinesiologia e Fisiatria)*

*\*Fellow em cirurgia percutânea do pé em Clínica Reina Fabiola de Córdoba, Chefe do Serviço Dr. Juan Sánchez Pulgar.*

*\*Fellow em cirurgia percutânea do pé no Hospital São Carlos de Murcia, Espanha. Chefe de Serviço Dr. Mariano de Prado.*

*\*Membro titular da comissão diretiva da Sociedade Argentina de Medicina e Cirurgia da Perna e Pé.*

*\*Coordenador da Cirurgia do pé do Hospital Parmenio Pinheiro.*

## Educadores em Saúde.

*Lic. Virginia Fedrizzi. Brasil.*

Estive participando de um evento de podologia realizado no mês de abril de 2008, em Porto Alegre - RS, cujo principal objetivo era o de estabelecer um contato direto entre médicos de áreas afins a podologia e os próprios podólogos. Algumas das principais idéias e reflexões sobre os assuntos tratados com toda propriedade neste evento estão propostas neste artigo.

Tratou-se de um rico compartilhamento de experiências, mais uma iniciativa positiva realizada em Porto Alegre, propondo a continuidade e o reforço de um relacionamento que está sendo construído aos poucos, com base no conhecimento e confiança mútuos. É um importante passo para a afirmação do podólogo em sua atuação nas áreas da saúde.

Médicos das áreas de geriatria, dermatologia, endocrinologia, oftalmologia e ortopedia trouxeram conhecimentos novos e complementares para o podólogo, orientando e sugerindo caminhos de aprofundamento e de estudo para o profissional que deve acompanhar os assuntos da medicina e sua evolução.

O podólogo é o profissional que deve estar habilitado para proporcionar qualidade de vida aos seus pacientes, mas este é um conceito que deve ser bem compreendido e praticado. Ainda ocorre é um atendimento pontual, com muito pouco aprofundamento no envolvimento do problema e seu reflexo nos pés, e suas causas decorrentes de problemas de saúde.

Os motivos que levam as pessoas buscar os serviços de um podólogo são inúmeros, assim sendo, as possibilidades de investigação também crescem em vários níveis podendo perpassar ou não a área médica.

Realidades como a disputa que ainda existe entre a área da enfermagem e a área da podologia com relação a questões como a de procedimentos ambulatoriais; o escasso reconhecimento do que é o tratamento podológico por parte dos órgãos de atendimento à saúde, dentro dos hospitais, UBS, entre outras, tem deixado tanto os pacientes sem acesso a este tipo de benefícios, quanto os podólogos sem o acesso as diferentes oportunidades de trabalho.

Existem muitas falhas neste processo de inserção em áreas da saúde, mas a articulação e conduta dos podólogos entre si, da forma como vem ocorrendo, tem contribuído para sua inexpressiva representatividade como categoria.

Muitos deles, apesar de já terem conquistado sua certificação em cursos técnicos, continuam procedendo de maneira questionável com relação aos colegas em questões éticas e de relacionamento. O que este profissional não tem perce-

bido é a necessidade de um desenvolvimento da cultura pessoal, de conhecer os procedimentos éticos no trato da profissão, da atenção à educação e ao respeito. Seu posicionamento como um todo depende da observação e do seu desenvolvimento como pessoa e é este aspecto que pode fazer a diferença na participação do podólogo em frentes de trabalho que começam a aparecer na área de saúde pública e privada.

Fundamental também é que o estudo esteja sempre presente, conhecer e estudar o paciente, catalogar seus experimentos e técnicas, passo-a-passo, acompanhá-lo, desenvolvendo técnicas próprias e posteriormente publicando-as. Somente desta forma o conhecimento prático e ainda empírico deixará de estar presente apenas no relato e passará a fazer parte do registro para estudo e servirá para qualquer profissional como conhecimento, podendo servir para desenvolver cada vez mais procedimentos para atender os diferentes tipos de situações.

Que existe uma dificuldade para a maioria dos podólogos na integração médico-podólogo, isso já é conhecido neste meio. Provavelmente isto ocorre porque uma vez que a área médica tradicionalmente estuda e baseia suas decisões nos registros e estatísticas quando há assuntos de interesse e que a envolvem. Quando os médicos precisam validar ou indicar procedimentos que seriam realizados por outros, e cujas fontes desses assuntos de podologia são escassas, e ainda, onde a comprovação e validação de qualquer procedimento ou técnica se tornam empíricas, o reconhecimento e a indicação das mesmas para seus pacientes torna-se praticamente improvável devido aos riscos a que estes profissionais estão sujeitos, inclusive a nível de justiça.

A partir deste encontro foi dada uma importante ênfase sobre o momento de registrar, publicar e iniciar o processo científico do trabalho destes profissionais.

Enquanto a medicina tem procedimentos, estatísticas e legislação para todos seus atos, além de acordos vários, a podologia no Brasil ainda é muito recente, mas não menos importante.

Podólogos palestrantes praticam e incentivam o trabalho voluntário como forma de prestar um serviço, sendo esta é uma maneira acessível e eficaz de divulgar esta atividade ainda pouco conhecida em nosso país, para uma faixa da população que carece de cuidados.

As possibilidades são muitas, tais como asilos, associações, centros comunitários, Apae, escolas públicas, campanhas de rua, oportunidades reais para desenvolver habilidades como a sensibilização, a paciência, a improvisação, o controle emocional, entre outras.

Estes atributos devem ser desenvolvidos e valorizados porque todo o tipo de paciente percebe estas características em um profissional de qualquer área, mas, principalmente muito valorizado por aquele considerado da terceira idade.

Idoso não é uma "categoria", portanto, não são todos iguais, como se poderia pensar, cada um deles requer a atenção de formas variadas, desde a percepção do tom de voz, ou o ritmo usado no atendimento devido à sensibilidade dos pés, tudo requer muita paciência e dedicação.

O futuro próximo reserva um percentual generoso da população na faixa dos idosos, e para este momento é prudente estar bem preparados com os conhecimentos necessários para prestar-lhes o devido atendimento.

A ênfase no COMO receber quem chega para ser atendido, sem distinção de idade, sexo, crença ou raça, passa a ser fundamental porque muitas vezes os pacientes chegam feridos, traumatizados, com dor, inseguros por não conhecer quem irá prestar-lhe o atendimento. É importante desenvolver um relacionamento a partir do momento que ele chega no consultório.

Pouco ou nada resolve tentar agir no passado com relação aos relatos do paciente e sim analisar o que pode ser feito HOJE e seguir o tratamento.

Propor perguntas, descobrir hábitos dos

pacientes faz parte do tratamento, porque uma anamnese bem feita pode revelar o panorama real de quem está diante do podólogo e pode servir para facilitar estudos, no caso de sua publicação, poderá servir como instrumento de consultas para outros profissionais, que nunca tiveram e provavelmente nunca terão contato com este paciente, mas pode vir a auxiliar na identificação de casos similares.

"Saúde é o todo da pessoa".

Cada paciente é único e com ele seu mundo, sua história. Saber valorizar nele este indivíduo pode auxiliar no êxito de seu tratamento.

"Educadores em Saúde", são os podólogos!

Têm um papel importante a ser ocupado na sociedade, pois é através deles, sempre cada vez mais profissionalizados e preparados para "ver" o paciente através dos pés, que estarão os verdadeiros agentes da orientação dos pacientes com relação ao calçar, caminhar, alimentar-se, enfim viver melhor. ▢

Consultora em Calçados  
vfredrizzi@terra.com.br  
(54) 3028.5898



# 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](mailto:inpoar@gmail.com) - [inpoar@hotmail.com](mailto:inpoar@hotmail.com)

# POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS

40 x 30 cm



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



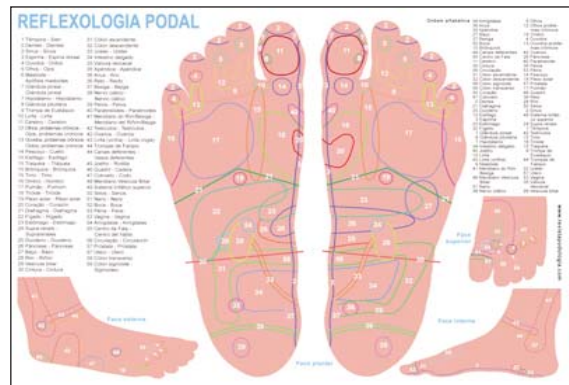
**ESQUELETO DEL PIE 2**  
**ESQUELETO DO PÉ 2**



**SISTEMA MÚSCULO VASCULAR**  
**SISTEMA MÚSCULO VASCULAR**



**ONICOMICOSIS - ONICOMICOSSES**



**REFLEXOLOGIA PODAL**



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



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

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