

revistapodologia .com

Nº 39 - Agosto 2011



Revista Digital de Podologia

Gratuita - Em português

4º Simpósio Latino-Americano de Podologia

Pés em harmonia com o corpo.

12 de setembro - Expo Center Norte - São Paulo - SP



BEAUTY FAIR
ESTÉTICA



Você não pode perder

- Novidades em técnicas e produtos
- As últimas tendências em procedimentos
- Palestrantes renomados
- Intercâmbio profissional
- Almoço incluso
- Visitação à maior e mais completa feira de cosméticos, beleza e bem-estar das Américas
- 16.000 m² de área exclusiva para estética
- Oportunidade de negócios

Antecipe sua inscrição: 11 3373-4633

Mais informações: www.beautyfair.com.br

congressos@beautyfair.com.br

Acompanhe a Beauty Fair nas redes sociais:



— BEAUTY FAIR —
Feira Internacional de Cosméticos e Beleza



HAIR BEAUTY

O ENCONTRO DA
COIFFURE INTERNACIONAL

8 A 10
OUTUBRO
2011

RIOCENTRO
RIO DE JANEIRO

**HairBeauty**
EXPO • ESTILO • TÉCNICA

5^a FEIRA INTERNACIONAL DE BELEZA, CABELO E ESTÉTICA

www.hairbeautyexpo.com.br

PATROCÍNIO



APOIO



APOIO EDUCACIONAL



MEDIA SPONSORS



LOCAL



PROMOÇÃO / ORGANIZAÇÃO



Prezado Profissional:

A **Revistapodologia.com** (www.revistapodologia.com) convida você a participar da **"III Jornada de Podologia"** dia **9 de Outubro em Rio de Janeiro, no Riocentro.**

Novo formato de Evento: Discussão prática de casos ao vivo.

Após a apresentação de um caso por parte do palestrante (com o paciente presente) cada um dos outros palestrantes descreverá que tratamento aplicaria em cada caso desde sua posição como integrante da equipe multiprofissional, abrindo espaço para perguntas dos congressistas, criando a interessante opção de interagir com os palestrantes gerando uma importante troca de experiências.

III Jornada de Podologia - Domingo 9 de Outubro

Palestrantes e Temas



Israel de Toledo

Podólogo/Ortesista - Brasil

Tema:

Diabetes e as Úlceras de Pressão.



Carlos Eduardo Zamboni

Físico - Brasil

Tema:

Aplicação do Laser e Led na podologia. Casos práticos.



Renato Butsher

Podólogo: Professor - Brasil

Tema:

Ortoplastias na Prevenção em Lesões de Pacientes Diabéticos.



Marcio Pereira

Podólogo/Enfermeiro - Brasil

Tema:

Visão do podólogo na prevenção e intervenção do pé diabético. Paciente ao vivo.

Após a palestra do Podólogo Marcio Pereira, Fórum aberto de discussão de caso ao vivo, onde poderão ser feitas perguntas aos palestrantes e interagir com eles gerando uma interessante troca de experiências.

Mais informações: currículo palestrantes, horários palestras, sínteses dos temas, localização do local do evento, etc - www.revistapodologia.com

Informações:

Congresso: Luana Cloper - luana.cloper@fagga.com.br - Tel: 21 - 3035- 3197

Comercial: Elie - comercialrj1@fagga.com.br - Tel: 21 - 3035- 3232

Local do Congresso

Riocentro - Exhibition & Convention Center

Av. Salvador Allende, 6555 - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel: +55 (21) 3035-9100 // Fax: + 55 (21) 3035- 9134

www.riocentro.com.br

Fagga Eventos - Rua Conde de Irajá, 260 - 1º andar
Botafogo - CEP: 22271-020 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil
Tels.: (#55-21) 3035-3100 - RJ - (#55-11) 3044-4410 - SP
hairbeautyexpo@fagga.com.br

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 39
Agosto 2011

Diretor Geral

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Diretor Científico

Podólogo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Correspondentes

Chile Podólogo Pablo Farías Mira
pablofar4a@hotmail.com

Cuba Podóloga Miriam Mesa
miriam.mesa@infomed.sld.cu

Portugal Podólogo Dr André Ferreira
andre_filipe_ferreira@hotmail.com

ÍNDICE

Pag.

- 7 - Fratura Intra-articular do Calcâneo, decisão terapêutica.
*Dr. Claudio Gabriel Sapoznik. **Argentina.***
- 20 - Avaliação do enfoque Multi-SAFE para pessoas com defeitos visuais e diabetes: uma técnica simples para salvar os pés.
*Enfermeira Ann Williams. **EE.UU.***
- 24 - Hidrozonioterapia no Tratamento da Psoríase Plantar.
*Rosângela Façanha. Esteticista e Professora. **Brasil.***
- 28 - Classificação San Elián para Feridas do Pé Diabético.
*Dr. Fermín Rafael Martínez de Jesús. **México.***
- 31 - Regulamentação da podologia brasileira.
*Podóloga Janaína de Menezes. **Brasil.***
- 32 - Projeto de lei nº 6042/2005.
- 34 - Heberprot-P: adeus amputações.
- 36 - PodoNews REVISTAPODOLOGIA.com
- 37 - Fotos do 1º Congresso Nacional de Estudos Científicos Aplicados à Podologia.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 40.

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 3365-1586 - Campinas - São Paulo - Brasil.

www.revistapodologia.com - revista@revistapodologia.com

A Editorial não assume nenhuma responsabilidade pelo conteúdo dos avisos publicitários que integram a presente edição, não somente pelo texto ou expressões dos mesmos, senão também pelos resultados que se obtenham no uso dos produtos ou serviços publicados. As idéias e/ou opiniões expressas nas colaborações firmadas não refletem necessariamente a opinião da direção, que são de exclusiva responsabilidade dos autores e que se estende a qualquer imagem (fotos, gráficos, esquemas, tabelas, radiografias, etc.) que de qualquer tipo illustre as mesmas, ainda quando se indique a fonte de origem. Proíbe-se a reprodução total ou parcial do material contido nesta revista, somente com autorização escrita da Editorial. Todos os direitos reservados

**A qualidade dos produtos Ferrante tem
o reconhecimento do profissional
brasileiro há mais de 80 anos.**



Mocho
Cód. 15200



Cadeira Master
Cód. 13945 M1
Opcinais
- bandeja para resíduos
- luminária com exaustor
- bandeja para instrumentos
- suporte universal



Luminária
Cód. 17201

Estufa
Cód. 17600

Cadeira Master
Cód. 13945

Armário
Cód. 15401

Rua Independência, 661 - Cambuci - São Paulo - SP - CEP 01524-001
Grande São Paulo (11) 2063 7815 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



FERRANTE
80 anos valorizando o profissional

Fratura Intra-articular do Calcâneo, Decisão Terapêutica.

Dr. Caludio Gabriel Sapoznik. Argentina.

RESUMO

Introdução

O tratamento do calcânhar pode ser controverso, ou seja, tratamento cirúrgico x tratamento conservador.

Desde Petit e DeSault (França 1720) até Sangeorzan, Sanders e Essex-Lopresti (1994), foram propostas as duas possibilidades de tratamento.

O conhecimento anátomo –cirúrgico do calcâneo é fundamental para resolver esta divisão. Não só acreditamos que o tratamento das fraturas intra-articulares deve ser a redução aberta e fixação interna senão também em caso de grande cominuição se deve realizar uma artrodeses subastragalina.

Esta postura esta suportada pela possibilidade de contar com radiologia, tomografia, abordagens adequadas, implantes com mínimo perfil.

Finalidade do trabalho

- Demonstrar a importância da cirurgia em fraturas intra-articulares do calcânhar.
- Estabelecer a necessidade do seguimento pós-operatório semanal.
- Determinar a melhor abordagem cirúrgica.
- Aumentar o conhecimento da anatomia cirúrgica do calcâneo.

Material e métodos

População e mostra: seguimento desde janeiro de 2007 até março de 2010 (3 anos e 3 meses) 29 casos cirúrgicos, entre 28 e 72 anos. 1 só caso foi exposto. 2 artrodeses subastragalinas. Todos pacientes do Serviço de Traumatologia do Hospital Piñero (Argentina). Solicitaram-se raio-X do calcâneo perfil, axial e projeção de Broden e TAC. Utilizamos a classificação tomográfica de Roy Sanders e cols.

Resultados

Estabeleceram-se os resultados obtidos mediante a pontuação da escala AOFAS (American Orthopaedic Foot and Ankle Society). A pontuação média antes do tratamento foi de 17,206 e a pontuação final média de 76,275, a

diferencia enquanto a melhoria foi de 59,069 pontos, que é muito bom em relação aos padrões internacionais.

Houve 2 casos de artrodeses subastragalina de entrada. Uma só infecção que se resolveu com um mês de tratamento com antibióticos. Realizaram-se seguimentos semanais de forma escrita.

Outra complicação foi a dor leve à moderada em 5 casos nenhum solicitou bengala. Não teve pseudoartroses, má alinhamento, distrofia simpática reflexa nem queloides. Até o momento não se retirou nenhuma osteosíntese. Houve flictenas pré-operatórias em 8 casos, e se usou enxerto de cresta em só 4 casos.

Discussão

Os defensores do tratamento conservador tem sido capaz de demonstrar a diminuição de infecções com o uso de botas de gesso prolongadas. Mas apresentam um maior índice de complicações, a saber: distrofia simpática reflexa, aprisionamento tendinoso e nervos, deformidades, artroses, sobretudo dor na caminhada.

Conclusões

- A anatomia cirúrgica do calcâneo é sumamente complexa.
- É fundamental o seguimento semanal estrito.
- A abordagem estendida de Gould nos permite uma melhor visão e menor dano aos tendões perônios e Nervo Sural.
- Não é possível ainda utilizar com êxito técnicas mini-invasivas como em outras fraturas.
- Realizamos um 6,80% de artrodeses subastragalina de entrada que coincide com a literatura internacional.

Palavras chave: calcâneo, fratura, artrodeses, subastragalina

INTRODUÇÃO

As fraturas de calcâneo são dos ossos do tarso as mais comuns com uma incidência geral aproximada de 2%. Apesar da grande experiência com esse tipo de fraturas tem um considerável

debate em relação com seu tratamento e gestão geral. As controvérsias permanecem sobre o sistema mais apropriado de classificação, opções de tratamento, indicações cirúrgicas, vias de abordagem e gestão pós-operatório.

A primeira descrição precisa do tratamento das fraturas do calcâneo ocorreu em 1720 por Petit e DeSault na França, onde recomendavam repouso até a consolidação dos fragmentos (3). O primeiro reporte de redução aberta com fixação interna (RAFI) foi em 1882 (1). Em 1902, Morestin foi o primeiro em defender a redução aberta.

Em 1913 Leriche foi o primeiro em usar placas e parafusos para a osteosíntese. Bohler em 1931 desenvolveu uma técnica de tração que permitiu restaurar o ângulo tuberositário (2).

Em 1948 Palmer popularizou seu método de redução aberta usando uma abordagem lateral com enxerto ósseo, modificando o sistema original de Lenormant e Wilmoth (10)(13).

Outros que impuseram suas técnicas e classificações foi Lindsay e Dewar (1958), Hall e Pennal (1958), Letournel (1984) e de 1993 a 1994 se destacaram Bernirschke e Sangeorzan, Sanders e Cols. y Essex-Lopresti.

Existem grandes controvérsias a respeito da fratura do calcâneo, se bem que, a idéia é reduzir anatomicamente, aqui solem ter severas lesões das partes brandas, como flictenas, hematomas, síndromes compartimentais, lesão do perônio, o qual não permite uma redução e reabilitação precoce como diz o AO. Estas lesões de partes brandas são devidas a pobre cobertura cutânea lateral e medial que apresenta o osso em questão.

Tanto Cotton e Handerson (1916) como Bankart (1942), escreverão sobre os “maus resultados das fraturas por esmagamento do calcâneo”. Em 1958, Lindsay e Dewar apresentaram uma serie importante do Ontario Workmen’s Compensation Board, concluíram que era melhor não operar que realizar a cirurgia.

Contudo eles se basearam nos conceitos de Palmer passando pelos de Hall e Pennal que em 1960 propuseram a artrodeses primaria subastragalina para a redução do talão largo em fraturas múltiplas (6), chegando aos mais atuais de Roy Sanders sobre os critérios prevalentemente cirúrgicos; nos temos adotado esta postura, a tal ponto que renunciamos a realizar um trabalho com desenho duplo cego com pacientes com fraturas de calcâneo com tratamento conservador, que seguimos em muitos poucos casos.

Nos apóia dita postura, não só a literatura internacional e resultados publicados favoravelmente a respeito da cirurgia senão também pela possibilidade de contar com as imagens necessárias (radiografias e tomografia axial computada), as novas abordagens laterais estendidos, melhores implantes com mínimo perfil e com materiais muito satisfatórios, mais pra lá de nossas experiências profissionais como equipe especializado na patologia da perna, tornozelo e pé que serão expostas ao longo do presente.

Estudos realizados por autores como Mann (11), Sanders (4)(6) e Myerson (12) combinam a redução aberta com fixação interna e a artrodeses subastragalina primaria (primary subtalar fusion) em pacientes com grande cominuição, mostrando um 80% de bons resultados com volta ao trabalho em uma media de 9 meses.

FINALIDADE DO TRABALHO

- Demonstrar a necessidade cirúrgica nos casos de fraturas intra-articulares do calcâneo.
- Estabelecer a importância do seguimento relativamente contínuo (uma vez por semana) quanto a abordagem cirúrgica, e manutenção da redução durante os 2 primeiros meses.
- Pesquisar lesões associadas: Fratura em coluna lumbosacra, fratura do outro osso do pé, rupturas ligamentares (exemplo: ligamento deltóideo)

Objetivos

- Comparar diferentes sistemas de classificação e seu vinculo com o tratamento.
- Desestimar a controvérsia do tratamento cirúrgico e no cirúrgico. (15)
- Determinar a melhor abordagem cirúrgica (abordagem estendida).
- Aumentar o conhecimento da complexa anatomia cirúrgica do calcâneo, e suas articulações com o astrágalo e o cubóide.

MATERIAL E MÉTODOS

População e amostra

Em um período que vai desde janeiro de 2007 a março de 2010 (3 anos e 3 meses) acompanhou-se a uma população de 29 pacientes com 31 fraturas de calcâneo, 2 casos foram bilaterais e foram operados só um dos 2 calcâneos, ou seja, os que tinham fratura intra-articular, sendo o no articular tratado com bota curta de gesso por 3 meses.

18 pacientes foram do sexo feminino

Calzado y productos para el cuidado de los pies

Orto-Gama®



Creados para la comodidad de sus pies

CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA CABALLERO



CALZADO ORTO-GAMA COMFORT
PARA DAMA



SANDALIAS DE DESCANSO
ORTO-LADY



SEPARADOR DE GEL TIPO T



ANILLOS CON DISCO DE GEL



PROTECTOR DE JUANETE



PROTECTOR DEDO TOE CAP



DEDO EN GARRA TOE CREST



PASO SUAVE CON ANILLO



PUNTERA CON GEL



TIN CON GEL DE DAMA



HALLUX VALGUS



TALONERA DE HERRADURA



TALONERA DE DONA



TALONERA DE GEL Y SILICÓN



(62,068%) e 11 masculinos (37,931%). Idades entre 28 e 72 anos (media: 50).

A causa mais comum foi queda de alturas maiores a 2 metros. Um só caso foi exposto. Dois com artrodeses subastragalina de entrada (8) pela grande cominuição (tipo IV da classificação de Sanders)(14).

Todos entraram pela guarda e posteriormente internados no serviço de ortopedia e traumatologia do Hospital Piñero (Argentina).

Utilizaram-se recursos próprios e do serviço.

Desenho metodológico

Descritivo, prospectivo, transversal.

Critérios de inclusão

- Pacientes com estado de consciência e geral estável.
- Fraturas expostas que não tenham risco de perda do membro.
- Operaram-se pacientes com lesões bolhosas que não estiveram na zona da abordagem, e se passava por essa zona, atrasávamos uns dias a cirurgia para poder tratar-las (9).

Critérios de exclusão

- Fraturas extra-articulares com pouco deslocamento.
- Pacientes com mau estado geral.
- Pacientes que chegaram de forma atrasada (posterior aos 40 dias)

Método de diagnóstico

Solicitaram-se radiografias do calcâneo lateral, axial, e projeção de Broden (esta ultima não pudemos realizá-la em todos os pacientes) e tomografia axial computada (TAC) que dispomos em nosso Hospital. Na incidência lateral tínhamos uma informação adequada sobre os ângulos de Böhler e Gissane. (Figura 1)

O ângulo de Bohler (2) esta formado por duas linhas, a primeira se desenha desde o ponto mais alto do processo anterior do calcâneo ao ponto mais alto da faceta posterior, a segunda linha corre tangencial ao borde superior da tuberosidade. O angulo crucial de Gissane esta formado por 2 fortes suportes de cortical que se estendem lateralmente e formam um ângulo obtuso, o 1º suporte se estende ao longo do borde lateral da faceta posterior e o 2º se estende anteriormente para o pico do calcâneo.

Deve-se considerar a estrutura trabecular constituída pelo: sistema aquíleo, sistema plantar, sistema talâmico de contra-forte, sistema talâmico de apoio e sistema longitudinal superior de apoio; entre os 2 últimos se encontra o triangulo da fraqueza.

Usamos a classificação tomográfica proposta pelo Roy Sanders e colaboradores, baseado em seções coronais, sagitais e axiais utilizando a seção pela superfície mais larga da faceta posterior do astrágalo, este se divide em 3 colunas mediante 2 linhas, A e B. Estas duas linhas separam a faceta posterior do calcâneo em 3 peças potenciais, uma coluna medial, central e lateral. (Figura 2) (14).

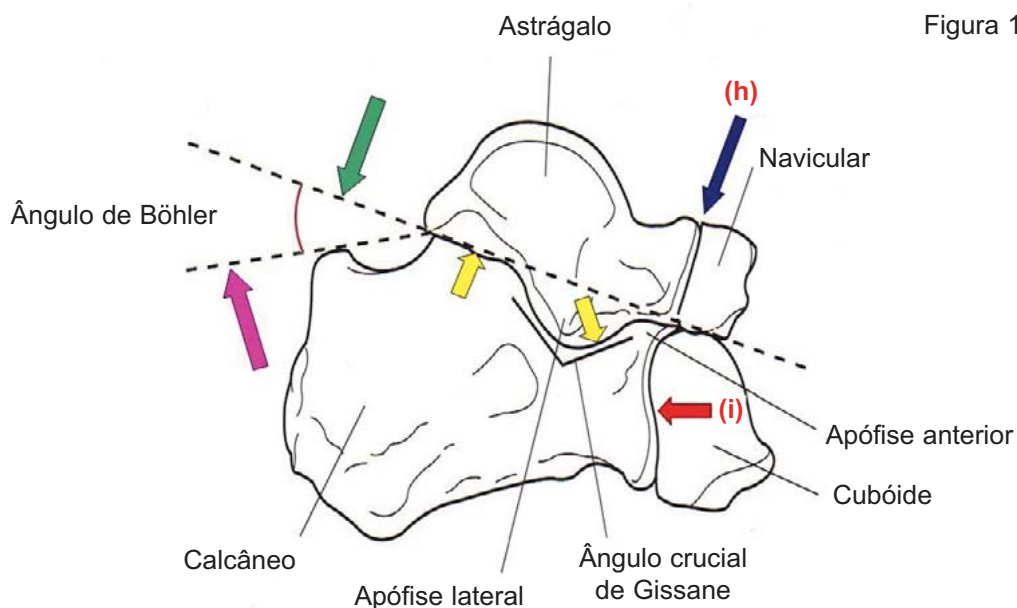


Figura 1

Figura 2 - Classificação por TAC de R. Sanders e colaboradores

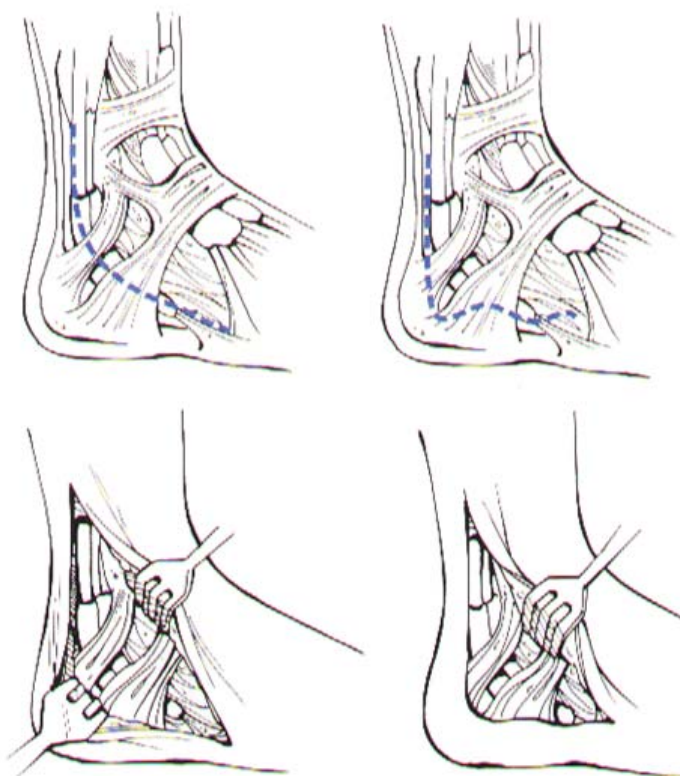
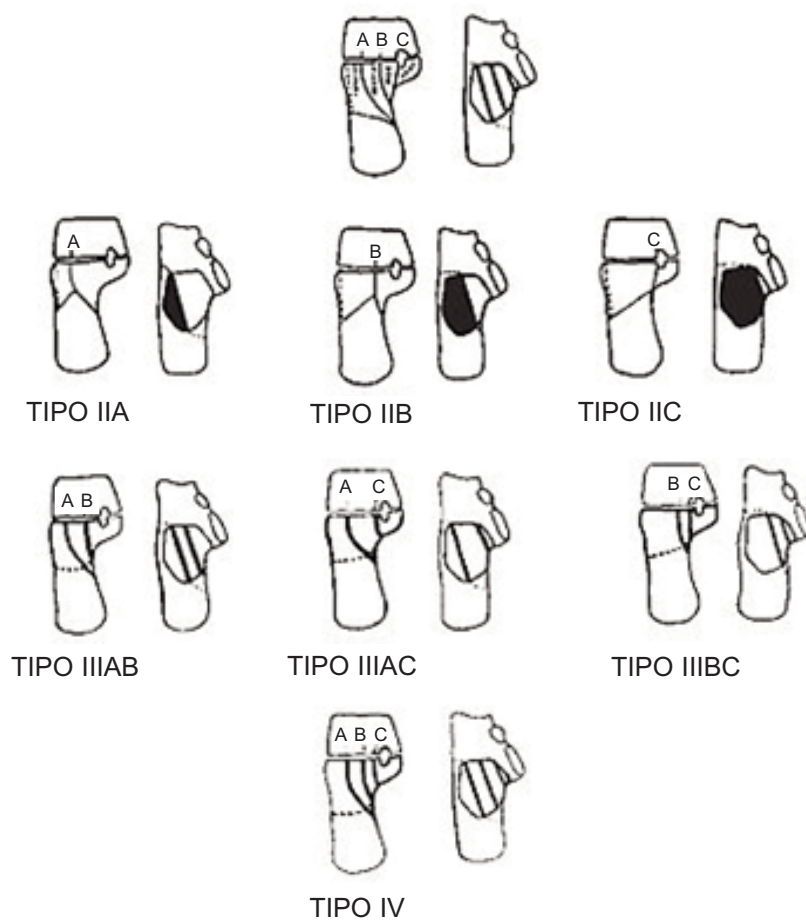


Figura 3 - Abordagem lateral estendida Pré-operatória.



Figura 4 - Marcação Pré-operatória.



Figura 5 - Placa Lambda.

Técnica cirúrgica

Paciente em decúbito prono, com realce glúteo, torniquete pneumático no músculo, usaremos a abordagem lateral extensa do Selington modificado por Gould (5) (Figura 3 e 4), dado que nos dá a melhor visão e menor risco a lesão do nervo sural e tendões perônios, usualmente elevamos o fragmento fundido ou reduzimos mediante pinos de Kirschner os diferentes fragmentos com controle radioscópico (principalmente com incidência lateral e de Broden), em raras ocasiões usamos enxerto de cresta. Termina-se fixando com placa de baixo perfil, podendo ser um tipo de Lambda (Figuras 5 e 6), não usamos drenagens e deixamos uma bota curta de gesso.

RESULTADOS

Usamos a escala AOFAS para avaliar as diferentes evoluções (Tabela 1). Dos 29 pacientes tratados não desistiu nenhum até receber alta. Em todos a redução intra-operatória realizou-se com radioscopia dando resultado satisfatório em 24 casos e regular em 5.

Segundo a escala AOFAS a média de pontuação inicial antes do tratamento foi de 17,206 pontos e a pontuação média final de 76,275 o que dá uma diferença na melhoria de 59,069 pontos, o qual indica um importante parâmetro segundo os padrões internacionais (Tabela 2).

Em um só caso teve infecção superficial, que em um mês com antibioticoterapia foi resolvido (na única fratura exposta), na mesma paciente realizou-se uma das duas artrodeses subastragalina.

O apoio parcial teve início aos 45 dias, igual tempo no qual se retirou a bota de gesso. Só se deixou até os 60 dias as 2 artrodeses subastragalina. As curas se fizeram semanalmente de

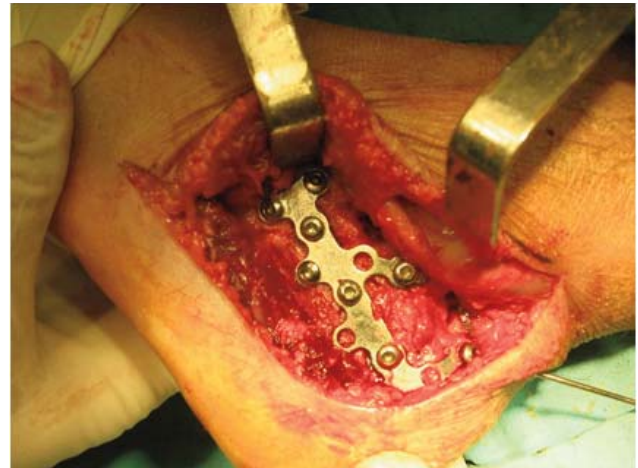


Figura 6 - Redução aberta + fixação interna.

forma estrita por membros da equipe do pé e tornozelo (autores do presente).

Como complicações houve uma infecção superficial mencionada, um retro-pé largo, dor leve a moderada em 5 casos, alguma claudicação na caminhada que não necessitou bengala. Não tivemos pseudoartroses, valgo ou varo (a ampliação foi por consolidação exuberante), também não tivemos distrofia simpática reflexa nem quelóides (só na região da cresta onde foram feitos os enxertos). Utilizou-se enxerto de cresta em só 4 casos. Até o momento nenhuma necessitou retirar o material de osteosíntese. A volta a atividade laboral precisou entre 7 meses e 1 ano.

Não tivemos inconveniente com os pacientes que apresentavam flictenas (8 casos), contudo fomos precavidos com os cuidados das mesmas.

DISCUSSÃO

Os defensores do tratamento conservador tem conseguido demonstrar que obviamente diminuem a morbidade (basicamente infecções) com a imobilização mas pelas dúvidas devemos assegurar que em fraturas intra-articulares sem redução aberta e fixação interna existem mais complicações, para saber: distrofia simpática reflexa, aprisionamentos tendinosos e nervos, deformidades graves, artroses subastragalina, calcâneo-cubóidea mas sobre tudo, dor na caminhada.

É importante esclarecer que ainda aos que gostam das técnicas mini-invasivas não estamos em condições de realizá-las com sucesso.

CONCLUSÕES

Acreditamos que a anatomia do calcâneo é demasiadamente complexa, a isto devemos ad-

Tabela 1 – Escala AOFAS para avaliar tornozelo e retro-pé - total 100 pontos

PARÂMETRO	PONTOS
1. Dor (40 pontos)	
Nenhuma	40
Leve, ocasional	30
Moderada, diária	20
Intensa, quase sempre presente	0
2. Função (50 pontos)	
2.1. Limitação das atividades e necessidades de suportes	
Sem limitações, sem suportes	10
Sem limitações às atividades diárias, limitação recreação, sem suportes	7
Limitação de atividades diárias e recreacionais, bengala	4
Limitação importante de atividades diárias, muletas, andador, cadeira ou órtese	0
2.2. Distância máxima de marcha (quarteirões)	
Maior do que 6	5
De 4 a 6	4
De 1 a 3	2
Menos que 1	0
2.3. Superfície de Marcha	
Sem dificuldade em qualquer superfície	5
Alguma dificuldade em terrenos irregulares, escadas, ladeiras ou inclinações	3
Dificuldade intensa em terrenos irregulares, escadas, ladeira ou inclinações	0
2.4. Anormalidade da marcha	
Nenhuma ou leve	8
Óbvia	4
Marcante	0
2.5. Mobilidade Sagital (flexão + extensão)	
Normal ou Restrição Leve (30 graus ou mais)	8
Restrição Moderada(15 a 29 graus	4
Restrição Intensa (menor que 15 graus)	0
2.6. Mobilidade do Retropé (inversão + eversão)	
Normal ou Restrição Leve (75 a 100%)	6
Restrição Moderada (25 a 74%)	3
Restrição Intensa (menor que 25 %)	0
2.7. Estabilidade do Tornozelo e Retropé (anteroposterior + valgo-varo)	
Estável	8
Instável	0
3. Alinhamento (15 pontos)	
Bom – pé plantígrado com tornozelo e retropé bem alinhados	15
Regular – pé plantígrado, algum desalinhamento do tornozelo e retropé, sem dor	8
Mau – pé não plantígrado, desalinhamento importante e presença de sintomas	0

Tabela 2 – Resultados do tratamento pré e pós-operatório segundo escala AOFA

	IDADE	DIAGNOSTICO s/class. Sanders	TRATAMENTO	PTJ-PRE	PTJ-PO	COMPLICAÇÕES
1	44	III AC#	R.A.F.I	21	83	Leve dehiscencia
2	38	III AC	R.A.F.I.	28	85	não
3	32	IV Fract exp	Artrod subastrag*	5	66	Infecção superficial curada, retro-pé largo
4	59	II B	R.A.F.I.	32	95	não
5	28	III AB	R.A.F.I.	21	78	Dor leve na caminhada
6	67	III AC#	R.A.F.I.	18	62	não
7	45	IV	Artrod subastrag	5	72	Leve dehiscencia
8	72	II A	R.A.F.I.	28	76	não
9	39	III AB	R.A.F.I.	19	72	Dor leve na caminhada
10	43	III AB	R.A.F.I.	21	85	não
11	39	II A	R.A.F.I.	35	76	não
12	54	III BC#	R.A.F.I.	28	74	não
13	29	IV	R.A.F.I.*	16	86	não
14	51	III AB	R.A.F.I.	8	77	não
15	55	III AB	R.A.F.I.	12	86	não
16	68	II B	R.A.F.I.	5	76	não
17	44	III AB#	R.A.F.I.*	0	62	não
18	43	II B	R.A.F.I.	16	82	não
19	40	IV #	R.A.F.I.*	5	74	Atraso na cicatrização
20	63	II B	R.A.F.I.	12	77	não
21	33	II A	R.A.F.I.	18	72	não
22	67	II A	R.A.F.I.	14	68	não
23	65	II C	R.A.F.I.	5	68	não
24	43	III AB#	R.A.F.I.	8	72	Dor leve na caminhada
25	49	II A	R.A.F.I.	21	86	não
26	38	II A	R.A.F.I.	28	88	não
27	69	III AB#	R.A.F.I.	19	74	Dor moderado na caminhada
28	55	III AC#	R.A.F.I.	16	72	Dor leve na caminhada
29	34	III AB	R.A.F.I.	8	68	não

*Com enxerto de cresta (total:4), #flictenas pré-operatório (total:8)

cionar a grande energia em que se produzem estas fraturas (por esmagamento e/ou cisalhamento).

Este foi o desafio que decidimos abordar ao iniciar o presente trabalho; com tal respeito que pensávamos que teríamos um maior nível de complicações; tem referencias bibliográficas sobre des eixos, graves dores, osteomielites, pseudoartroses e ate amputações que não tivemos, acreditamos que se deve ao seguimento estrito e a reabilitação (que o consideramos

como parte desse seguimento)(15).

Se bem a abordagem estendido é maior ao proposto por Palmer nos permite uma melhor redução e menor lesão (melhor dizendo nenhuma) do Nervo Sural e Tendões Perônios; fazendo o esclarecimento que nos baseamos na utilização da técnica MIPO em outros tipos de fraturas (figuras 3 e 5).

É muito provável que cheguem com o tempo seqüelas degenerativas que ate o momento não tivemos.



Figura 7- RX lateral pré-operatório.



Figura 9 - pós-operatório.



Figura 8 - RX lateral pós-operatória

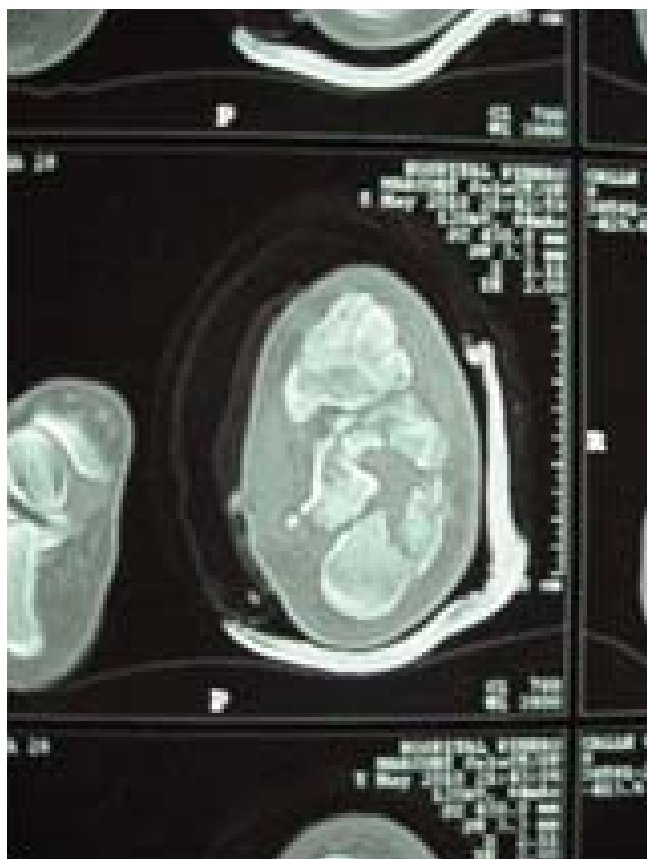


Figura 10 - TAC de fx Tipo IV



Figura 11 - RX tipo IV



Figura 12 - RX tipo IV, artrodesis subastragalina



Figura 12 - fratura exposta



Figura 13 - Flictenas (bolhas)

O índice de artrodeses subastragalina de entrada (6,89%) coincide com as referencias internacionais (4)(6)(12).

Alguns autores de reconhecida importância internacional na especialidade dizem sobre estas fraturas que “nunca ficam bem”; semelhante honestidade nos faz ter um maior respeito aos mesmos ainda com os resultados favoráveis que tivemos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Bell C: Statistics of operation in Mr. Bell's Wards: Compound Fracture of Os Calsis. Edinburgh Med. J. 27, 1100, 1882
- 2-Böhler L: Diagnosis, Pathology and Treatment of Fractures of Os Calcis. J Bone Jt Surg 193, 1, 13, 75-89. 1931
- 3-Crosby LA, Kamins P: The history of the calcaneal fracture. Orthop Rev 20: 501-509, 1991
- 4-Dick I. Primary Fusion of the Posterior Subtalar Joint in the Treatment of Fractures of the Calcaneus. J. Bone Surg Br. 72b:

852-859. 1953

5-Gould N. Lateral approach to the os calcis. Foot Ankle. 4. 218-220.1984

6-Hall MC, Pennal GF. Primary Subtalar Arthrodesis in the Treatment of Severe Fractures of the Calcaneus. J Bone Surg Br. 42b: 336-343. 1960

7-Harvey EJ, Grujic CML, Early JS, Benirschke SK, Sangeorzan BJ: Morbidity associated with ORIF of intra-articular calcaneus fractures using a lateral approach. Foot Ankle Int. 22. 868-879. 2001

8-Huang PJ, Fu YC, Cheng YM, Lin SY: Subtalar arthrodesis for late sequelae of calcaneal fractures: Fusion in situ vs. fusion with sliding corrective osteotomy. Foot Ankle Int. 20. 166-170. 1999

9-Kaplan FTD, Koval KJ: The treatment of fracture blisters about the foot and ankle. In: Concepts of foot and ankle trauma. Foot Ankle Cl. 4. 487-497. 1999

10-Lenormant C, Wilmoth P, Lecoeur P: A Propos du traitement Sangiant des Fractures du Calcaneum. Bull Mem, Soc Nat Chir. 54: 1353-1355. 1928

11-Mann RA, Beaman DN, Horton GA. Isolated Subtalar Arthrodesis. Foot Ankle Int. 19: 511-518. 1998

12-Myerson MS. Primary Subtalar Arthrodesis

for the Treatment of Conminuted Fracture of the Calcaneus. Orthop Clin North Am. 26: 215-227. 1995

13-Palmer I: The Mechanism and Treatment of Fractures of the Calcaneus: Open Reduction with the Use of Cancellous Grafts. J Bone and Joint Surg. 30-A: 2-8. 1948

14-Sanders R, Fortin P, Dipasquale T, et al: Operative treatment in 120 displaced intra-articular calcaneal fractures; Results using a prognostic computed tomography scan classification. Clin Orthop 290, 89. 1993

15-Thordarson DB, Krieger LE: Operative vs. nonoperative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus. Foot Ankle Int 20: 2-9. 1996.

Dr. Claudio Gabriel Sapoznik

Argentino.

Médico - Kinesiólogo.

Professor de: Universidad Favaloro,

Universidad Abierta Interamericana e

Universidad de Buenos Aires.

Email: claudiosapoznik@2vias.com.ar

web: www.clinicasapoznik.com.ar

MASTER FOTON PODOLOGIA

É FOTOPOLIMERIZADOR
FUNGICIDA e
BACTERICIDA !!!



IDEAL PARA O TRATAMENTO DE:

- ONICOMICOSE
- MICOSES DE PELE
- GRANULOMAS
- FERIDAS DIABÉTICAS



FOTOPOLIMERIZADOR

ANVISA
80355369001

Contatos: #55 (011) 2693.3723
email: vidaeden@yahoo.com.br



Linha Spa Mãos e Pés – A excelência em tratamento que faltava no trabalho de podologia e manicure

Agora podólogos e manicures têm uma linha completa para uso exclusivo profissional com produtos formulados à base de própolis, alantoína e chá verde para assepsia, além de manteigas especiais, óleos vegetais, óleo de maracujá e argila para revitalização e hidratação intensa.



Loção Higienizante

Promove higienização local e suave refrescância.

Gomage Esfoliante

Renovação celular. Revitaliza e auxilia na atenuação de calosidades.

Manteiga para Mãos, Cutículas e Pés

Hidratação profunda. Proteção e emoliência com ação rejuvenescedora.

**Tudo que o profissional precisa
O resultado que o cliente quer**

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA
Desde 1984

WWW.VITADERM.COM

TRATAMENTO PROFISSIONAL DE VERDADE



XVI MEGA Jornada Internacional de Podologia

Programa

Currículo dos palestrantes no site: www.armandobega.com.br

Dia 13 de novembro de 2011 (Domingo)

MESAS TEMÁTICAS:

- ALTERAÇÕES DERMATOLÓGICAS DE INTERESSE DA PODOLOGIA**
 - 08:10h **PATOLOGIAS DE PELE NOS PÉS DOS ATLETAS** (Bernat Vasquez – Espanha)
 - 08:40h **LESÕES DE PELE DE INTERESSE DO PODÓLOGO** (Regina Gante – Brasil)
 - 09:10h **MIASE NAS MARGENS LATERAIS E PERIONIQUIO DO HÁLUX**
UM ESTUDO DE CASO (Fátima Monachesi – Brasil)
 - 09:40h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** Coordenador: Armando Bega
 - 10:00h **Café e Visita aos estandes** (50 minutos)
- ONICOCRIPTOSE**
 - 10:50h **ONICOCRIPTOSE – DIFERENTES TIPOS DE ABORDAGENS**
(Federico Saldarini – Argentina)
 - 11:20h **ONICOCRIPTOSE – DIFERENTES TIPOS DE ABORDAGENS**
(Renato Butsher – Brasil)
 - 11:50h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)**
Coordenador: Rosangela Garoto
 - 12:20h **Almoço** (2 horas de almoço)
- PÉ DIABÉTICO**
 - 14:20h **AVALIAÇÃO DO PÉ DIABÉTICO E CASOS CLÍNICOS** (Federico saldarini – Argentina)
 - 14:50h **PACIENTES COM PÉS DIABÉTICOS**
(VIVÊNCIA DE UMA PODÓLOGA NA CIDADE DE MOSSORÓ – RN) (Adriana André – Brasil)
 - 15:20h **LASERTERAPIA EM PÉS DIABÉTICOS** (Marco Cuello – Chile)
 - 15:50h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** Coordenador: Silvana Flora Melo
 - 16:10h **Café e visita aos estandes** (30 minutos)
- ÓRTESES PLANTARES E ALTERAÇÕES POSTURAS RELACIONADAS COM OS CAPTORES PODAIS**
 - 16:40h **AVALIAÇÃO DA MARCHA E NOVAS TECNOLOGIAS EM CONFECCÃO DE ÓRTESES PLANTARES** (Armando Bega – Brasil)
 - 17:10h **O BLOQUEIO DO SACRO E SUAS IMPLICAÇÕES NO POSICIONAMENTO DOS PÉS EM ESTÁTICA E DINÂMICA** (Rosangela Garoto – Brasil)
 - 17:40h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** Coordenador: Renato Butsher
 - 18:00h **Fim do 1º dia**

Organização:

CETAP
(11) 2772-0702

instituto
ARMANDO BEGA
(11) 2876-1986

Consultoria:
Renato Bulgarão
(11) 7373-6200

Dia 14 de novembro de 2011 (Segunda)

- A NATUREZA E A PODOLOGIA:**
 - 08:00h **ÓLEOS ESSENCIAIS: O PODER DAS PLANTAS AUXILIANDO NAS TERAPIAS ANTIFÚNGICAS. DESAFIOS E OPORTUNIDADES EM CASOS DE ONICOMICOSE**
(Gyzelle Pereira Vilhena do Nascimento – Brasil)
 - 08:30h **ÓLEOS ESSENCIAIS E CONFORTO NOS TRATAMENTOS DE PODOLOGIA: CIÊNCIA E TECNOLOGIA NA PRODUÇÃO E APLICABILIDADE DOS ÓLEOS ESSENCIAIS NA ÁREA DA SAÚDE** (Fernando Amaral – Brasil)
 - 09:00h **Mesa redonda (perguntas aos palestrantes)** - Coordenador: Rosangela Garoto
- ATUALIZAÇÃO EM PODOLOGIA (FÁRMACOS, EQUIPAMENTOS, TERAPIAS E INSUMOS)**
 - 09:20h **PROCEDIMENTOS PARA O TRATAMENTO DE ONICOMICOSE POR TERAPIA FOTODINÂMICA** – Parceria entre Instituto de Física IFSC-USP São Carlos & Curso de Podologia Universidade Anhembi Morumbi UAM
 - 09:40h **TERAPIAS EM ONICOMICOSE E ATUALIZAÇÕES TERAPÊUTICAS EM PODOLOGIA** (Parcerias IAB)
 - 10:30h **Mesa Redonda (Perguntas aos palestrantes)** - Coordenador: Renato Butsher
 - 10:50h **Café e visita aos estandes** (40 minutos)
- AULA MAGNA – MANHÃ:**
 - 11:20h **TUDO QUE O PODÓLOGO PRECISA SABER PARA MONTAR UM CONSULTÓRIO DE PODOLOGIA CONFORME A LEGISLAÇÃO SANITÁRIA E COMO MANTER AS BOAS NORMAS DE BIOSSEGURANÇA**
(Ruy Dammenhain & Adriana Gibotti – Brasil)
 - 12:00h **Perguntas ao palestrante** - Coordenador: Armando Bega
 - 12:20h **Almoço** (2 horas)
- OFICINA – AO VIVO**
 - 14:20 **EXPLORAÇÃO DA EXTREMIDADE INFERIOR** (Monserrat Marugan – Espanha)
- BIOMECÂNICA DOS MEMBROS INFERIORES:**
 - 14:50h **INFLUÊNCIA DO PÉ NO SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO** (Bernat vasquez – Espanha)
 - 15:10h **ENTORSE DE TORNOZELO** - (Monserrat Marugan – Espanha)
 - 15:30h **O USO DE BANDAGENS ELÁSTICAS NA PODOLOGIA – KINESIO TAPING**
(Rosangela Garoto – Brasil)
 - 15:50h **Mesa Redonda** - Coordenador: Armando Bega
 - 16:10h **Café e visita aos estandes** (40 minutos)
- PALESTRA DE ENCERRAMENTO:**
 - 16:50h **ORTONIQUIA: NOVA TÉCNICA “SILICON ROLL NAIL” e “ACRYLIC ROLL NAIL”**
(Marco Cuello – Chile)
 - 17:20h **Perguntas ao palestrante** - Coordenador: Renato Butsher
 - 17:30h **Sorteio de brindes**
 - 18:00h **Encerramento**

Informe-se a respeito de promoções para grupos de alunos e escolas:

INSCRIÇÕES ATÉ: 12 de Setembro de 2011

INVESTIMENTO:

Profissionais: 3 x 96,00 = R\$ 288,00

Estudantes: 3 x 87 = R\$ 261,00

INSCRIÇÕES APÓS 12 de setembro de 2011 (se houver vaga)

INVESTIMENTO:

Profissionais: R\$ 380,00

Estudantes: R\$ 320,00

Inscrições através do site:

www.armandobega.com.br

ou Tel.: (0xx11) **2772-0702**

Local do Evento

Av. Rebouças, 600 - Cerqueira César - CEP 05402-000 - São Paulo - SP - Brasil

Dentro do Complexo do Hospital das Clínicas HC de São Paulo (Metrô Clínicas)

Feira de Exposição

- Entrada Franca
- **26 expositores** no ramo da podologia e afins.

Você receberá ainda:

- 1 Os resumos dos trabalhos apresentados (anais) para seu desenvolvimento científico
- 2 Brinde personalizado para todos os participantes, além dos tradicionais sorteios

Avaliação do Enfoque Multi-SAFE para Pessoas com Defeitos Visuais e Diabetes: Uma Técnica Simples para Salvar os Pés.

Enfermeira Ann Williams. EE. UU.

As conseqüências humanas e econômicas dos problemas no pé de origem diabético podem ser terríveis. O pé de uma pessoa pode ficar vulnerável devido a diferentes complicações diabéticas. Lesões nervosas, problemas vasculares e atraso na cicatrização de feridas podem gerar uma ulceração crônica. O final de uma ulcera cuja infecção não consiga curar-se pode ser uma amputação, um dos resultados mais temidos e caros da diabetes.

As pessoas com diabetes que também tem um transtorno visual correm um risco ainda maior de problemas graves e amputações no pé. Para quem tem uma boa vista, os esforços para prevenir as amputações solem incluir a educação para examinar seu pé; as pessoas com transtornos visuais são aconselhadas que busquem a ajuda de uma pessoa para que lhe inspecione os pés todos os dias.

A experiência clínica sugere que as pessoas com transtornos visuais apenas seguem este conselho. Neste artigo, Ann Williams explica porque e nos fala sobre um projeto dos EEU no qual as pessoas com diabetes e transtornos visuais aprendem técnicas para examinar os pés utilizando vários sentidos e que se espera reduzir a ameaça de complicações graves, incluindo a amputação.

As dimensões globais da ameaça procedente dos problemas no pé de origem diabético foram destacadas pela Federação Internacional de Diabetes em uma recente campanha de conscientização: cada 30 segundos alguém perde uma extremidade inferior por causa da diabetes. Tratar e cuidar a uma pessoa com doença do pé diabético pode custar caro: depois de uma amputação, uma pessoa precisa se hospitalizar por um longo período, reabilitação, cuidados em casa e serviços sociais.

Nos países desenvolvidos, até 5% das pessoas com diabetes tem úlceras do pé e se calcula que seu tratamento consome até 15% dos recursos sanitários disponíveis. Nos países em desenvolvimento, os custos de tratar as pessoas com problemas de pé diabético poderiam representar até 40% destes recursos. Com o aumento dos casos de diabetes nos países de ingressos médios e baixos (as porcentagens mais altas de aumento nos próximos 30 anos terão lugar na África e Ásia), onde os recursos sanitários já são limitados e o envelhecimento da população segue um aumento, as complicações do pé estão prontas para converter-se em um gasto importante para as economias emergentes e uma ameaça para o

progresso socioeconômico nas regiões em desenvolvimento.

As pessoas com diabetes que também tem um transtorno visual correm um maior risco de amputação que aqueles que enxergam bem.

Contudo, até 85% do total de problemas do pé de origem diabético pode-se prevenir se se adotam as medidas apropriadas. Isto pode ser alcançado mediante uma combinação de bons cuidados do pé e a educação apropriada. As pessoas que são conscientes da importância de um auto-cuidado apropriado e tem adquirido os conhecimentos e técnicas necessários para identificar os problemas em uma etapa precoce podem evitar amputações e outros problemas graves, evitando infecções e, como resultado, amputações, protegendo assim sua saúde e sua mobilidade a longo prazo.

Má vista, risco alto

As pessoas com diabetes que também tem um transtorno visual correm um risco ainda maior de problemas graves no pé e amputações. Enquanto que um número cada vez maior de seus iguais com boa visão em países de todo o mundo tem acesso a uma educação preventiva e protetora para o auto-exame do pé, as pessoas com transtornos visuais se lhes sole recomendar que pesam ajuda a uma pessoa com boa visão para que realize a inspeção diária no pé.

A experiência clínica sugere que as pessoas com transtornos visuais apenas seguem este conselho. A ajuda de uma pessoa com boa visão poderia não estar disponível. Se estiver, a pessoa com transtornos visuais poderia preferir utilizá-la para outras necessidades mais urgentes, como sair para comprar alimentos ou recolher e manusear os medicamentos.

O status das relações familiares ou das condições locais quanto a atenção na casa por parte dos serviços de saúde e sociais e/ou os provedores de seguros se encontram entre os fatores que podem deixar uma pessoa com diabetes e transtornos visuais sem os recursos necessários para prevenir umas lesões do pé incapacitantes. Pensemos nas situações as que se enfrentam as pessoas reais descritas no Quadro 1. Sem a capacidade de inspecionar seus próprios pés, as pessoas com transtornos visuais solem omitir facilmente as inspeções do pé em casa.

Proteger os pés com multi-SAFE

Nosso grupo está trabalhando para encontrar uma resposta de eficácia econômica para este problema multifacetado. A técnica de sentidos múltiplos e exame do pé (Multiple Sense and Foot Examination Multi-SAFE) é um procedimento simples, de baixa tecnologia que utiliza os sentidos do tato e o olfato para realizar ele mesmo um exame do pé a consciência e sistemático. A pessoa utiliza os dedos para detectar câmbios de formas e texturas dos pés, dos tornozelos, os dedos e as unhas; o dorso da mão ou o antebraço com o fim de detectar câmbios de temperatura, e a nariz para detectar odores pouco habituais do pé que poderiam ser sinal de infecção (no quadro 2 encontrará mais detalhes sobre este enfoque). Embora esta técnica simples se utilize clinicamente há vários anos não se havia avaliado formalmente previamente utilizando métodos de investigação.

As pessoas com transtornos visuais simplesmente solem omitir as inspeções do pé em casa.

Na atualidade estamos investigando através do Estudo sobre Inspeção Não Visual do Pé para Pessoas com Transtornos Visuais (Nonvisual Foot Inspection for People with Visual Impairment Study) a eficácia, aceitabilidade e viabilidade da técnica multi-SAFE em comparação com a atenção habitual (aconselhar que uma pessoa com boa visão realize diariamente exames no pé). Trinta adultos com transtornos visuais e diabetes estão participando neste estudo.

No início, todos os participantes receberam aulas de educação integral para o autocontrole diabético em grupos pequenos, fazendo especial ênfase em todos os aspectos dos cuidados do pé: lavado habitual e proteção adequada dos pés, inspeção habitual dos pés, informar a tempo de qualquer problema a um podólogo.

Com respeito à inspeção habitual dos pés, o grupo experimental recebeu educação sobre a técnica multi-SAFE, enquanto que o grupo de controle se lhe aconselha que peçam a uma pessoa com boa visão que lhes revise os pés com regularidade.

Pouco depois de completar as aulas de educação para o auto cuidado, cada grupo se reuniu para que um grupo temático compartilha-se sua opinião sobre as aulas e, de fato, sobre o método de revisão dos pés que tinha aprendido.

Foi planejado que um grupo temático por cada grupo da aula apresente suas opiniões ao final do ano do estudo sobre o uso real do método de revisão do pé ao longo de um período de 12

QUADRO 1: ESTUDOS DE CASOS.

Mary é uma mulher de 32 anos com diabetes tipo 1. Faz 10 anos, perdeu totalmente a visão devido à retinopatia diabética. Completou um programa integral de reabilitação e hoje mora sozinha na cidade dos EEUU. Trabalha para um grande banco, usando um computador com um programa de voz. Sole tomar o ônibus ou um taxi para o trabalho ou para ir às compras. Controla sua diabetes usando um glicosímetro falante, uma pena de insulina e uma serie de ferramentas e técnicas diferentes para pessoas com transtornos visuais. Ainda que esta muito unida emocionalmente a sua família, não mora perto. Quando lhe disseram que seria necessário que uma pessoa com boa visão inspecionasse os pés todos os dias, contestou: “Não vai ter como. A quem vou pedir que faça isso por mim?”

Tim é um homem de 76 anos com diabetes tipo 2. Faz cinco anos, foi perdendo gradualmente grande parte da sua visão devido à degeneração macular causada pela idade. É viúvo e mora perto de sua filha e de sua família. Todos os dias lhe chamam para ver como esta. Contudo, devido a que todos levam uma vida bastante atarefada, Tim sole ver sua filha em pessoa só uma vez por semana, que vem para fazer as compras e outro tipo de recados. É uma pessoa muito independente e tem aprendido a levar sua casa e controlar sua diabetes usando técnicas para pessoas com pouca visão. Por exemplo, usa um glicosímetro com números de tamanho grande, grandes pontos coloridos para seus frascos de medicação oral para identificá-las e um livro de registros de glicose com letras tamanho grande. Quando lhe disseram que uma pessoa com boa visão teria que olhar seus pés diariamente, sentiu que não podia lhe pedir a sua filha que lhe fizesse esse favor. Por isso, não revisa seus pés em absoluto.

meses. Depois se compararia a informação qualitativa dos grupos temáticos com o fim de avaliar a aceitabilidade do método multi-SAFE em comparação com os cuidados habituais.

Todos os participantes foram submetidos a uma valoração podológica integral de base. Durante o seguinte ano os participantes darão continuidade as valorações do pé ao menos trimestralmente, ou com mais frequência se necessário. No caso de que aparece algum problema no pé, os podólogos documentarão se o problema foi descoberto pelo participante ou por um familiar em casa o si foi o podólogo o primeiro em detectar o problema.

Esta informação se utilizara para avaliar a eficácia do método Multi-SAFE em comparação com os cuidados habituais para detecção de problemas do pé.

Acessibilidade incorporada

Devido a que todos os participantes do estudo tem algum grau de transtorno visual, a equipe de investigação a prestado especial atenção a incorporação da acessibilidade em todas as facetas da investigação. Utilizam-se letras de tamanho grande, gravações de áudio e Braille para comunicar-se e informar aos pacientes (segundo suas preferências). Se oferece transporte a todas as atividades do estudo. Nas aulas de educação para o autocontrole, os educadores de diabetes incluíram informação sobre ferramentas e técnicas para a atenção diabética utilizados por pessoas com transtornos visuais, como glicosímetros falantes e técnicas para identificar os medicamentos ou para medir e injetar a insulina.

Ademais de deu um conjunto completos de folhetos que cobrem todas as áreas da atenção diabética a todos os participantes junto a uma gravação para que pudessem revisar a informação em casa.

Seguintes passos

É bastante possível que a técnica multi-SAFE possa oferecer benefícios as pessoas com boa visão. Muitas pessoas, especialmente aqueles que são maiores ou tem excesso de peso tem problemas para ver a planta dos pés anque tenham boa vista. Ainda que o uso intencional de mais de um sentido poderá melhorar a revisão diaria dos pés.

Espera-se que o método multi-SAFE demonstre ser uma solução simples, eficaz e de baixo custo para todas as pessoas com transtornos visuais e que correm o risco de desenvolver problemas de pé diabético. Estamos desejando que os resultados sejam estimulantes. Se este fosse o caso, os investigadores planejam desenvolver e estender o estudo.

Enfermeira Ann Williams

Ann Williams é a investigadora principal do estudo "Inspeção No Visual Do Pé para Pessoas com Transtornos Visuais" (Nonvisual Foot Inspection for People with Visual Impairment Study). É enfermeira titulada em educação diabética desde 1989 e na atualidade é membro da equipe docente da Universidade de Enfermagem Frances Payne Bolton da Universidade Western Reserve de Cleveland (EUA).

Para saber más...

Boulton AJ, Armstrong DG, Albert SF, et al. Comprehensive foot examination and risk assessment: a report of the task force of the foot care interest group of the

QUADRO 2: ALGUMAS TÉCNICAS NÃO VISUAIS DE INSPEÇÃO DO PÉ

As pessoas com diabetes que só enxergam um pouco ou que não enxergam nada podem inspecionar-se os pés usando os sentidos do tato e o olfato. Ao tirar-se os sapatos e as meias, deveria notar-se o odor dos pés. Muitas pessoas não lhes cheiram muito bem os pés, mas nunca deveriam ter um odor terrível. Um odor excepcionalmente mau pode ser sinal de infecção. Algumas vezes os pés começam a cheirar mal um ou dois dias antes que apareça nenhum outro sinal de infecção.

A continuação deveriam-se revisar os pés com os dedos das mãos. As pontas dos dedos são extremamente sensíveis aos câmbios de textura e forma, assim que deveriam-se utilizar para revisar em busca de pequenos cortes, durezas, calos, inflamação e qualquer cambio da forma do pé. Necessita-se um enfoque sistemático para revisar toda a superfície dos pés, primeiro um e logo o outro, começando pela parte superior, a base e os lados do dedo gordo, por exemplo, apresentando especial atenção a base das unhas.

O mesmo procedimento se devera repetir no seguinte dedo do pé. Terá que prestar atenção a todos os dedos do pé, a borda exterior do pé, o talão e a borda inferior, seguidos de toda a planta e a parte superior. Depois de revisar com os dedos a parte superior, a base e os lados do pé, se deveria inspecionar o pé usando o dorso da mão. Esta parte da mão é a mais sensível as trocas de temperatura e permitira a pessoa notar qualquer ponto quente. É provável que um ponto quente esteja inflamado, o qual poderias ser sinal de infecção.

American Diabetes Association, with endorsement by the American Association of Clinical Endocrinologists. Diabetes Care 2008; 3: 1679-85. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/31/8/1679.long>. International Working Group on the Diabetic Foot. International Consensus on the Diabetic Foot. International Diabetes Federation. Brussels, 2009. Available from: <http://www.iwgdf.org> American Diabetes Association. Foot Care. ADA. Alexandria, 2008. Available from: www.diabetes.org/type-2-diabetes/foot-care.jsp

Agradecimentos

Este projeto conta com o apoio do programa BRIDGES. Este é um projeto da Federação Internacional de Diabetes, patrocinado mediante uma subvenção educativa de Lilly Diabetes.

Esta matéria foi publicada com autorização da Revista Diabetes Voice editada pela Federação Internacional de Diabetes extraída do Nº 56 de Junho 2011, Edição Especial.



4°

Congresso Brasileiro de Podologia Hair Brasil

25 março 2012 Expo Center Norte - SÃO PAULO

**CONHEÇA OS NOVOS PROCEDIMENTOS E PROTOCOLOS
PROFISSIONAIS DO SETOR DE PODOLOGIA**

**Participe da HAIR BRASIL, o mais influente evento
de beleza e estética da América Latina**

www.hairbrasil.com

Evento conjunto à

HairBrasil
Profissional
11ª Feira Internacional de Beleza, Cabelos e Estética
24-27 março 2012

Em cooperação com

**universidade
anhembi
morumbi**
Mundialmente criativa e inovadora
Laureate International Universities

Apoio institucional

**intercoiffure**
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN

**intercoiffure**
MONDIAL
PARIS · TOKIO · LONDON · ROMA
NEW YORK · BERLIN
B R A S I L

Hidrozonioterapia no Tratamento da Psoríase Plantar.

Material de pesquisa.

Conduta e Descrição

A Psoríase é uma patologia auto imune, inflamatória, benigna, crônica, relacionada à transmissão genética, por diversos fatores desencadeantes. Essa doença, que causa impactos na vida do portador em razão de questões relacionadas a preconceito em ambientes sociais e locais de trabalho, pode ser controlada com auxílio de tratamentos especializados.

Infelizmente, ainda não se sabe como preveni-la. Reações no tecido cutâneo são diversas, inclusive lesões de mesma forma, na mesma região. Exemplo, uma lesão nos pés, os dois pés terão a mesma lesão no mesmo local e forma idêntica. A descamação na camada córnea é intensa, podendo evoluir para feridas.

Manifesta-se com a inflamação nas células da epiderme camada granular, os queratinócitos, provocando o aumento exagerado de sua produção, que vai se acumulando na camada córnea formando placas avermelhadas de escamação esbranquiçadas ou prateadas. Isso em meio a um processo inflamatório e imunológico local. O sistema imunológico local, formado pelos linfócitos T, é ativado como se o tecido cutâneo tivesse sido agredido. Como resultado da ação, liberam substâncias mediadoras da inflamação, chamadas citocinas que aceleram o ritmo de proliferação dos queratinócitos, produzindo mais queratina do que o normal.

De acordo com o aspecto e localização

- **Psoríase vulgar:** placas avermelhadas bem definidas, com escamas secas. Apresenta-se nas regiões, do couro cabeludo, dos cotovelos, dos joelhos e umbigo. Quando as placas regredem, costumam deixar as áreas afetadas mais claras;

- **Psoríase invertida:** lesões úmidas, localizadas nas dobras do corpo (entre as nádegas, região genital, etc.);

- **Psoríase gutata:** pequenas e numerosas lesões em forma de gota que surgem no tronco, braços e coxas e estão associadas a infecções, principalmente de garganta;

- **Psoríase eritrodérmica:** ocorre em 75% do corpo ou mais;

- **Psoríase ungueal:** as alterações ocorrem nas unhas, principalmente nas das mãos, sendo a principal característica o descolamento destas;

- **Psoríase artropática:** compromete, principalmente, articulações das pontas dos dedos, mas pode estar presente nos joelhos ou cotovelos;

- **Psoríase pustulosa:** lesões estáveis com pus, localizadas nas palmas das mãos e plantas dos pés;

- **Psoríase palmo-plantar:** envolvimento das palmas das mãos e/ou planta dos pés, podendo apresentar rachaduras;

- **Artrite psoriásica:** inflamação articular que ocorre, principalmente, nos dedos das mãos. Promove dor, dificuldades nos movimentos e alterações na forma das articulações.

Procedimentos Estéticos Aplicados

- Exposição solar melhora o quadro, que geralmente piora no inverno.

- Exposição a raios ultra-violeta - lâmpadas específicas

- Exposição a raios infra vermelhos - lâmpadas específicas

- A esfoliação mecânica oferece a liberação das escamas e, tem demonstrado melhor resultado do que, o peeling abrasivo cosmético.

- O Uso do ácido glicólico 10%, tem a função do amolecimento da camada córnea (escamas).

- A alta frequência repara as lesões, influenciando diretamente na cicatrização das mesmas.

- A hidratação com creme pesado A/O, a umectação faz-se fundamental.

O ozônio sendo trivalente, atua sobre as células fixas do organismo, trazendo ação por intermédio do oxigênio nascente, oxigênio ativo, que tem a faculdade de expelir a defesa de sua constituição, pela eliminação dos agentes nocivos que tentam paralisá-las para delas se alimentarem".

O ozônio destrói todos os germes nocivos, consumidos pela combustão, além de todos os resíduos dos alimentos não assimiláveis; procedendo assim a desintoxicação e a limpeza nas mais recônditas e minúsculas partículas do corpo, deixando tudo em perfeita ordem, para que a ação das células se processe sem entraves e

demasiados esforços.

O procedimento com ozônio apóia os eritrócitos no desempenho de suas funções biológicas, esta pode ser a razão para um suprimento melhor de oxigênio depois de um procedimento com o O₃.

O ozônio melhora a respiração celular por diversos mecanismos, através da recuperação das propriedades de fluxo do sangue (flexibilidade), do aumento da taxa de glicólise nos eritrócitos, do aumento de 2,3 dpe (difosfoglicerato), da recuperação da liberação de O₂, da ativação de enzimas que participam na limpeza de radicais livres de oxigênio ou peróxidos, da descarbonização oxidativa do piruvato e, por fim, da ativação da corrente respiratória pela oxidação tóxica na oxidase do citocromo.

O ozônio em aplicação tópica ativa a fagocitose, indução de enzimas (dismutase superóxida), limpeza de lesões, desinfecção e efeito imunoativo local.

O ozônio exerce um efeito bactericida principalmente na presença de água, nos casos de Curativos de feridas.

O benefício da massoterapia na psoríase são:

Ativação da circulação sangüínea, melhorando a nutrição celular pelas manobras realizadas,



Tratamento da Psoríase Plantar com Hidrozonioterapia.

conseqüentemente a renovação celular que é constante. A camada granular, responsável pela multiplicação da queratina, pelos queratinócitos devem ser observados, o prurido (coceira) também é uma reação desconfortável para o paciente. Desta forma, a massagem relaxa pois influencia o sistema nervoso periférico, oferecendo sensação de bem estar ao paciente.

O resultado final foi satisfatório como demonstrado nas fotos acima, o "spa dos pés" na psoríase palmo plantar dá ao paciente um relaxamento progressivo. Também a utilização da aromaterapia e, a aplicação do óleo de lavanda, favorece na cicatrização das lesões.

A hidrozonioterapia aplicada nos pés com psoríase plantar, gera desbridamento das escamas de queratina, promove assepsia no tecido cutâneo dos pés, fomenta o afinamento da capa córnea e, prepare a pele para receber os ativos cicatrizantes. A hidrozonioterapia nos pés é aplicada em 2 (duas) sessões semanais, 25 minutos do procedimento. Resultando em uma pele limpa, sem escamas, pronta para receber os tratamentos estéticos subseqüentes.

A psoríase é uma patologia crônica, inflamatória, auto imune, sem cura, mas a tecnologia em estética disponibiliza para os pacientes acometidos pela doença um arsenal de instrumentos para sua melhora e, promovendo a auto-estima.

Rosângela Façanha

Esteticista e Professora.

Graduação em Tecnologia em Beleza,

Estética e Imagem Pessoal

Coordenadora da pós graduação

lato sensu da Universidade Iguazu

Presidente do SINDETERJ.

zanafacanha@ig.com.br

Blog: rosangelafacanha.blogspot.com







REG 80382730001

OZONOMATIC®

a renovação diária da saúde, beleza e prazer

Hidro Ozonoterapia

No seu corpo e aos seus pés a maior dádiva da natureza:
Oxigênio Ativo



saiba mais sobre Hidro Ozonoterapia em
www.youtube.com/ozonomatic

SORTEIO 09 de Outubro
Gerador + KIT de Acessórios

Em breve
OZONRELIVE

Lançamento da 1ª Linha de Dermocosméticos com Ozônio no Brasil.
Oxigênio Ativo, Calêndula, Vitamina E, Ácido Hialurônico e Ácido Alfaipóico.
Saiba mais acessando: www.angevan.com.br

■ **27 de Agosto** São Paulo

Curso de Hidro-Ozonoterapia

Local: Century Paulista Flat, Paraíso - São Paulo Das 8h às 19h. Veja a programação preliminar no site: www.rio3.com.br.

■ **09 de Outubro** Rio de Janeiro **Iº Congresso Brasileiro de Hidro-Ozonoterapia**

Angevan convida todos os profissionais da área da saúde para o Iº Congresso Brasileiro de Hidro-Ozonoterapia.

Local: Hotel Windor Barra, Barra da Tijuca - Rio de Janeiro Das 8h às 19h. Veja a programação preliminar no site: www.rio3.com.br.

■ **11 de Outubro** Rio de Janeiro **IIIº Congresso Brasileiro de Tratamento de Feridas**

Local: Hotel InterContinental, São Conrado - Rio de Janeiro Das 8h30 às 18h. Acesse o site: www.jzkenes.com.

**Angevan
Ozonomatic®**

INSCRIÇÕES E INFORMAÇÕES

Angevan Design - ozonomatic@angevan.com.br - Skype: angevan
Rua Gomes Carneiro, 112 - grupo 202 - Ipanema - Rio de Janeiro
www.angevan.com.br

21 2522-1885
21 8151-4807



Classificação San Elián para Feridas do Pé Diabético

Paciente **Data**

Qualifique de 1 a 3 pontos de gravidade, inclua a pontuação de 0 no caso de ausência do fator agravante.

FATORES ANATÔMICOS TOPOGRÁFICOS

1. Localização inicial (zona da ferida) Pontos

1. Leve ou Falangica. Ferida primara em dedos com ou sem extensão ao resto do.
2. Moderada ou Metatarsal. Ferida primaria com ou sem extensão ao resto do pé.
3. Grave ou tarsal. Ferida primaria em meio ou retro-pé (calcanhar) com ou sem extensão a todo o pé.

2. Aspecto topográfico Pontos

1. Leve, dorsal ou plantar. - 2. Moderado ou lateral. - 3. Grave / Dois ou mais aspectos.

3. Números de zonas afetadas Pontos

1. Um - 2. Dois - 3. Todo o pé. (ferida múltiplas).

FATORES AGRAVANTES

4. Isquemia (Perfusão) Pontos

0. Sem isquemia. Sem sinais nem sintomas de doença arterial periférica. Pulsos pédio e/ou tibial posterior palpável, o ITB 0.90-1.2; ou IDB 0.75 ou pressão tornozelo ou pressão dedo > 80mmHg ou PTC02 > 80mmHg ou registro Doppler da onda trifásica ou qualquer outro estudo que demonstre perfusão normal.
1. Leve. Com / sem sinais e sintomas de doença arterial periférica ou pulsos e/ou TP ligeiramente diminuídos ou ITB 0.7-0.89 ou IDB 0.60-0.75 ou pressão tornozelo 70-80mmHG ou pressão dedo 55-80 mmHg ou PTC02 50-60 mmHg ou registro Doppler da onda bifásica ou qualquer outro estudo que demonstra isquemia leve.
2. Moderada. Pulsos pédio e/ou TP muito diminuídos ou ITB 0.50-0.69 ou IDB 0.30-0.59 ou pressão 55-70 ou pressão dedo 30-56 mmHg ou PTC02 30-49 mmHg ou registro Doppler da onda monofásica ou qualquer outro estudo que demonstra isquemia moderada.
3. Grave ou critica. Clinicamente pé isquêmico: pulso pédio e/ou TP ausentes ou ITB <0.5 ou IDB <0.30 ou pressão tornozelo <55mmHg ou pressão dedo <30mmHg; PTC02<30mmHg ou registro Doppler da onda aplanada ou qualquer outro estudo que demonstre isquemia critica.

5. Infecção Pontos

0. Sem sintomas nem sinais de infecção
1. Leve. Eritema 0.5-2 cm, Endurecimento, cor, dor e descarga purulenta.
2. Moderada. Erite > 2 cm, abscesso, necroses, fasciites, osteomielites e/ou artrites.
3. Grave. Resposta inflamatória e/ou Hiper-hipoglicemia grave ou difícil controle secundaria a sépsis.

6. Edema Pontos

0. Sem edema
1. Leve. Localização à área perilesional.
2. Moderado. Unilateral e/ou ascendente todo o pé.
3. Grave. Bilateral secundário à doença sistêmica.

7. Neuropatia Pontos

0. Sem neuropatia
1. Leve ou inicial. Diminuição da sensibilidade com o monofilamento de SW de 10 gr. Em 2/3 locais e da vibratória com diapasão de 128 Hz. No hallux.
2. Moderada ou avançada. Ausência da sensibilidade: monofilamento e vibratório.
3. Grave. Neuro-osteo-artropatia diabética (NOAD) ou Charcot.

FATORES DA CONDIÇÃO TISULAR DA FERIDA

8. Profundidade Pontos

1. Leve ou superficial. Ulcera que afeta a espessura da pele.
2. Moderada ou parcial. Afeta toda a pele, fascias, tendões, músculos e provável afecções superficial, sem osteomelites.
3. Grave ou total. Afecção de todos os planos que incluem osso e articulação.

9. Área Pontos

1. Leve ou pequena. Igual ou menor de 10.
2. Moderada ou mediana. Entre 11 e 40.
3. Grave ou grande. Maior de 40.

10. Fase de cicatrização Pontos

1. Leve ou em epitelização. - 2. Moderada ou granulação. 3. Grave ou inflamação.

Pontuação final grau

Grau	Gravidade	Pontuação	Diagnostico
I	Leve	≤ 10	Bom para cicatrização exitosa e evitar amputação
II	Moderado	11 a 20	Ameaça de perda parcial do pé. Diagnostico relacionado a uma terapêutica correta com boa resposta biológica do paciente.
III	Grave	21 - 30	Ameaça a extremidade e a vida. Resultado independente do uso de uma terapêutica correta por má resposta biológica.

Envia a outro centro Sim/Não - Hospitalização Sim/Não - Amputação maior Sim/Não

QUADRO DO SEGUIMENTO E REPONTUAÇÃO DA EVOLUÇÃO DA FERIDA*								
PACIENTE								
Data								
Procedimento terapêutico **								
Fatores (1-3) e L,M,G								
Localização inicial								
Aspectos afetados								
Numero de zonas afetadas								
Isquemia								
Infecção								
Neuropatia								
Edema								
Profundidade								
Área								
Fase de cicatrização								
Pontuação total								
Diferença acumulada								
Grau								
Médico e/ou especialidade Nome e assinatura								
Hospital ou clínica								
* Sistema de San Elián.Requalificar quantas vezes seja necessário com um mínimo de uma semana								
** Intervenção cirúrgica (desbridamento, amputação menor ou maior, revascularização, etc.) e/ou procedimentos adjuvantes (VAC, PBK, pele sintética, câmara hiperbárica, enxertos, etc.)								

Martinez de Jesus FR. A checklist system to score healing progresso of diabetic foot ulcers. Int J of lower extremity wounds 2010;9:74-83.

DR. FERMÍN R. MARTÍNEZ DE JESÚS COORDENADOR DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO

www.revistapodologia.com 29

ECCO[®]



Laser Red Photo Therapy

“O melhor tratamento
para os pés”

100% APROVADO

ONICOMICOSE **CURA**

ONICOCRIPTOSE **CURA**

FISSURA CALCÂNEA **CURA**

VERRUGA PLANTAR **CURA**

Totalmente natural
Não invasivo
Uso terapêutico



INMETRO

ANVISA

80323310002

À venda no **Shop da revistapodologia.com**
www.shop.mercobeauty.com

REGULAMENTAÇÃO DA PODOLOGIA BRASILEIRA

Em 2005, a ABP- Associação Brasileira de Podologia, sob a direção, na época, de José Correia Ramos, Celso Luiz de Freitas, Joaquim Fernandes Augusto e Lília Cordeiro do Nascimento, tiveram a iniciativa de apresentar ao Deputado Federal José Mentor (PT- SP) Minuta de -Projeto de Lei que regulamenta a profissão de podólogo.

A proposta, hoje Projeto de Lei 6042/2005 define algumas atribuições para o podólogo, entre outras: prognosticar e tratar podopatias superficiais dos pés, preparar moldes para órteses e próteses, orientar pacientes sobre medidas preventivas. Condição para o exercício da profissão: ter certificado de ensino médio e diploma de graduação em podologia, ficando assegurado o exercício da profissão aos pedicuros e técnicos em podologia, que estejam desempenhando a atividade há pelo menos 5(cinco) anos, devidamente registrados nos Centros de Vigilância Sanitária, Estaduais. E formação dos Conselhos Federais e Regionais de podologia com a finalidade de disciplinar, fiscalizar e defender a classe.

O projeto está hoje na Câmara dos Deputados foi aprovado por unanimidade pela Comissão de Seguridade Social e Família; Comissão de Trabalho, Comissão de Administração e Serviço Público. Estando atualmente na 3 e última Comissão, da Câmara, a de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), tendo como relator o Dep. Federal Arnaldo Farias de Sá (PTB-SP). O Deputado fez um relatório favorável a nossa regulamentação. No seu parecer, ele coloca que a regulamentação da profissão de podólogo atende os requisitos formais e materiais constitucionais para a regulamentação de uma profissão. No momento, a nossa proposta já estava pronta para ser votada no CCJ, quando foi retirada de pauta, temporariamente pelo Dep. José Mentor em virtude do Ministério do Trabalho ter enviado uma nota técnica se posicionando contra a regulamentação da profissão de podólogo, com as seguintes justificativas:

- Para que um projeto de lei de regulamentação de uma atividade profissional, seja aprovado, é necessário observar os comandos constitucionais dos arts.5º inciso XIII, e 170, parágrafo único, que estabelecem o princípio da liberdade de exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão e de dois verbetes da Comissão de Trabalho, de Administração e Serviços Públicos (CTASP). Para a relatoria, é de suma importância a adequação do projeto de lei que, poderá ser aprovado, desde que atendidos, cumulativa-

mente, os seguintes requisitos:

Verbetes nº 1, de 26 de novembro de 2001

- a) Que a atividade exija conhecimentos teóricos e técnicos;
- b) Que seja exercida por profissionais de curso reconhecido pelo Ministério da Educação, quando for o caso;
- c) Que o exercício da profissão possa trazer riscos de dano social no tocante à saúde, ao bem-estar, à liberdade, à educação, ao patrimônio e à segurança da coletividade ou dos cidadãos individual;

Verbetes nº 2, de 28 de maio de 2008

- a) Que não proponha a reserva de mercado para um segmento em detrimento de outras profissões com formação idêntica ou equivalente;
- b) Que haja a garantia de fiscalização do exercício profissional; e
- c) Que se estabeleçam os deveres e as responsabilidades pelo exercício profissional.

É possível transpor este posicionamento do Ministério do Trabalho, pois sabemos que o profissional que exerce a podologia tem curso regulamentado pelo MEC - Ministério de Educação e Cultura através dos cursos técnico em Podologia e Tecnólogo, este último, consta no Sistema de Regulação do Ensino Superior - Curso de Podologia - grau Tecnólogo - código 106660 - Universidade Anhembi Morumbi.

A podologia exercida por profissionais sem conhecimento técnico e científico sobre a matéria, oferece riscos a sociedade principalmente em se tratando do pé diabético. Lembrando o voto do Dep. Federal Neilton Mulin, que se posicionou a favor da nossa regulamentação, na Comissão de Saúde, "O controle da atividade de podologia é relevante para a saúde pública, uma vez que exigem um adequado manuseio de instrumentos cortantes que podem causar lesões e contaminações".

Devemos nos organizar, pois é possível mudar esta situação com a mobilização dos podólogos e simpáticos a podologia em todo país.

Janaina de Menezes - Presidente do SINPOERJ
 Sindicato dos podólogos do Estado do Rio de Janeiro
www.sinpoerj.com.br
janapodologa@ig.com.br

PROJETO DE LEI Nº 6042/2005

Do Deputado José Mentor

Dispõe sobre o exercício da profissão de Podólogo e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º – Esta lei regulamenta a profissão de Podólogo.

Art. 2º – O exercício da profissão de podólogo, em todo o território nacional, somente é permitido quando atendidas as qualificações estabelecidas nesta lei.

Art. 3º – É de competência do podólogo o exercício das seguintes atividades e funções, conforme inserido na Classificação Brasileira de Ocupações – C.B.O. do Ministério do Trabalho e Emprego:

I - Prognosticar e tratar as podopatias superficiais dos pés e deformidades podais, utilizando-se de instrumental adequado, medicamentos de uso tópico.

II - Tratar das podopatias com afecções e infecções, alinhar lamina ungueal (onicoectomia), efetuar curativos e atender emergências.

III - Promover proteções e correções podológicas, preparar moldes e modelos para órteses e próteses.

IV - Ouvir e orientar pacientes sobre medidas preventivas, bem como explicar técnica de procedimentos;

V - Responsabilizar-se tecnicamente por consultórios, clínicas, laboratórios de órteses, estabelecimentos e hospitais com ambulatório de Podologia, podendo promover vendas de insumos de uso podológico;

VI - Empreender atividades educativas e orientações na esfera pública e privada, promovendo a melhora podológica da população;

VII - Emitir pareceres técnicos dentro de sua área de atuação.

Art. 4º – São condições para o exercício da profissão de Podólogo:

I – Ser portador de certificado de conclusão do ensino médio ou equivalente;

II – Possuir diploma de habilitação profissional expedido por escolas que ministram cursos de graduação em Podologia conforme orientação da Lei de Diretrizes e Bases vigente.

II - Manter registro nas Secretarias de Estado da Saúde, nos seus respectivos Centros de Vigilância Sanitária. Parágrafo único - Fica assegurado o exercício da profissão aos Podólogos (Enfermeiro Pedicuro, Pedicuro e Técnico em Podologia), que estejam no desempenho de suas atividades há pelo menos 5 (cinco) anos, devidamente registrados nos Centros de Vigilância Sanitária - CVS estaduais..

Art. 5º - São deveres do podólogo:

I - Trabalhar com Biossegurança; higienizar local de trabalho, usar EPI (equipamento de proteção individual), esterilizar instrumental, acondicionar instrumentais cortantes para descarte, acondicionar lixo contaminado para incineração;

II - Demonstrar competências pessoais; trabalhar com ética, cuidar da higiene e aparência pessoal, saber manipular materiais, produtos químicos e medicamentos para uso no atendimento dos pacientes e atualizar-se profissionalmente.

Art. 6º – Serão criados oportunamente os Conselhos Federal e Regionais de Podologia, com a finalidade de disciplinar e defender a classe descrita nesta lei.

Art. 7º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICATIVA

O presente Projeto de Lei, que ora apresentamos, visa atender pleito de uma categoria que presta inestimáveis serviços à população e que teve seu primeiro registro legal na década de 30.

Embora, desde 1981, para a formação de um Podólogo seja necessário curso regular em escolas legalmente autorizadas pelo Ministério da Educação, desafortunadamente até a presente data não foi regulamentada essa importante profissão.

Esses profissionais atuam de forma a melhorar os pés de pessoas que necessitam tratamentos, principalmente os diabéticos e outras pessoas portadoras de podopatias. O Podólogo, também, é responsável técnico por consultórios podológicos, estabelecimentos comerciais de podologia, laboratórios de órteses podológicas, distribuidora de insumos podológicos e afins.

Pela relevância da atividade, que diz respeito diretamente à saúde da população, faz-se necessária a sua regulamentação, visando o bom desempenho profissional, inclusive, com a criação dos respectivos Conselhos Federal e Regionais, que possam fiscalizar esses profissionais.

Estima-se que a carência de atendimento podológico adequado atinja aproximadamente 60.000.000 de brasileiros. Essa situação é agravada pelo fato desses profissionais concentrarem-se na esfera privada, em face da escassez de recursos do setor público: o não reconhecimento profissional impede a disponibilização de verbas nos orçamentos públicos.

Por outro lado, a regulamentação da profissão de Podólogo, restringindo-se o seu exercício às pessoas legalmente habilitadas, evitará que pessoas sem nenhum conhecimento técnico prestem serviços nessa área, colocando em risco a saúde de portadores de patologias podológicas as mais diversas.

Pela alta relevância da matéria e estando em perfeita harmonia com o Verbete n.º 01 da Súmula de Jurisprudência da Comissão de Trabalho, Administração e Serviço Público da Câmara dos Deputados, de 26 de setembro de 2.001, que versa sobre Regulamentações de Profissões, é que apresentamos o presente Projeto de Lei, esperando contar com o apoio dos ilustres pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 10 de outubro de 2.005.

José Mentor - Deputado Federal PT/SP

HEBERPROT-P: ADEUS AMPUTAÇÕES

Habana, Agosto 2011 - Heberprot-P é um medicamento novo de uso injetável, desenvolvido por científicos cubanos do Centro de Engenharia Genética e Biotecnologia (CEGB) em conjunto com especialistas do Instituto Nacional de Angiologia e Cirurgia Vascular.

É um medicamento indicado para estimular e sustentar a cicatrização de úlceras crônicas de todo tipo dos membros inferiores de pacientes diabéticos.

Suas propriedades terapêuticas, seu modo de aplicação e seu nicho de indicações são únicos a nível mundial e resolve uma importante necessidade médica, econômica e social até hoje não resolvida.

Múltiplos e profundos estudos experimentais no CEGB durante os últimos 15 anos avaliam o uso deste produto novo, cujo principal ativo é o fator de crescimento epidérmico humano recombinante.

Este medicamento, com formulação injetável e administrada através de infiltrações na borda e dentro da lesão, entra em cheio, como refrescante oásis, no amplo mundo da diabetes mellitus e suas indesejáveis complicações.

As cifras mais tristes

No mundo existe a respeitável cifra de 300 milhões de pessoas com esta doença, número que poderá duplicar-se nos próximos anos.

Em Cuba se encontram registrados cerca de meio milhão de diabéticos. Estima-se em aproximadamente 12.000 os pacientes com úlceras e o número de amputados ultrapassa a cifra de 1.000.

Infelizmente fornece 84% das amputações de membros inferiores como sombrias seqüelas do chamado "pé diabético", úlceras crônicas nesta parte do corpo em 15 e 20% dos pacientes diabéticos, ao desenvolver em algum momento de suas vidas. Deles, entre 10 e 25% terminam com algum tipo de amputação.

Pode-se dizer que a cada 30 segundos uma pessoa com diabetes de ambos os sexos está sendo amputada em alguma instituição de saúde do mundo. Cerca de 50% pode sofrer uma segunda amputação da outra extremidade inferior. Depois de uma amputação maior, menos de 50% dos amputados sobrevivem nos seguintes 5 anos. O resultado da equação é igual a um significativo deterioro da qualidade de vida destes doentes e gastos consideráveis para os sistemas de saúde.

Um milagre cubano

As vantagens do tratamento com Heberprot-P revertem com acréscimo este sombrio panorama. Sem necessidade de praticar nenhum tipo de cirurgia mutiladora, sua aplicação injetável intralesional nas úlceras do pé diabético acelera sua cicatrização inclusive em aquelas profundas e complexas, reduzindo também o número e a extensão das extirpações ou debridações do tecido morto ou necrosado.

Evitando também as reincidentes, tem uma evidente redução no tempo de cicatrização e se previnem outras complicações como a gangrena e as infecções.

Este produto nascido em Cuba tem sido avaliado pelos parâmetros mais altos em quanto à investigação clínica se refere e se encontra patentado e levado já a múltiplos países da América, Europa e Ásia.

Invenção cubana multi-premiada internacionalmente, recebeu este ano a medalha de ouro da Organização Mundial da Propriedade Intelectual (OMPI) e também o Prêmio ao Maior Inventor Jovem, na 39ª edição da Exposição Internacional de Invenções em Genebra, Suíça.

Em nosso serviço de endocrinologia com a colaboração das Licenciadas em Podologia e em conjunto com destacados angiologistas do Instituto Nacional de Angiologia e Cirurgia Vascular, destinamos uma parte substancial do nosso tempo na aplicação do Heberprot-P aos diabéticos que requerem este tratamento.



Os resultados, com sabor de milagre, reafirmar nossa fé inquebrável neste portento nacional único no mundo atual.

Contatos

Prof. Dr. Alberto Quirantes Hernández
 Profesor de Medicina y Jefe del Servicio de Endocrinología
 Hospital Docente "Dr. Salvador Allende"
 Ciudad de la Habana - Cuba - E. mail: alberto.quirantes@infomed.sld.cu

HEBERPROT-P: GOOD-BYE, AMPUTATIONS (english version)

La Habana, August 2011.- Heberprot-P is a new injectable medicine developed by eminent Cuban scientists at the national Genetic Engineering and Biotechnology Center (CIGB), together with highly qualified professionals of the National Institute of Angiology and Vascular Surgery.

It is a drug for stimulating and sustaining scar formation for chronic ulcers of all types on the lower extremities of diabetic patients.

Its therapeutic properties, method of application and niche indications are unique internationally, and fulfill, completely satisfactorily, an important medical, economic and social need that had not yet been resolved.

Many detailed experimental studies by the CIGB over the last 15 years more than guarantee the use of this new product, whose active ingredient is recombinant human epidermal growth factor.

This medication, in an injectable formula and administered through infiltrations on the edge of and in the lesion itself, has entered like a refreshing oasis in the expansive world of diabetes mellitus and its undesirable complications.

The Saddest Figures

Worldwide, some 300 million people have this condition, a number that could double in the coming years.

In Cuba, about half a million diabetics are registered. The number of patients with ulcers is estimated at about 12,000, and the number of amputees is in excess of 1,000.

Unfortunately, 84% of lower-limb amputations as an effect of so-called diabetic foot, chronic foot ulcers suffered by 15 to 20 percent of diabetes patients at some point in their lives. Ten to 25 percent of these patients will end up having some kind of amputation. It could be said that every 30 seconds, a diabetes patient of either sex is being amputated in a health center somewhere in the world. About 50 percent of these patients undergo a second amputation on their other lower limb.

After a major amputation, fewer than 50 percent of amputees survive for more than five years.

The outcome of this equation is a significant deterioration in quality of life for these patients, and considerable expenses for the healthcare system.

A Cuban Miracle

The advantages of treatment using Heberprot-P are turning around this gloomy situation. Without the need for any type of disfiguring surgery, its application through intralesional injection into the diabetic foot ulcers accelerates their scar formation, even for deep and complex ones, also reducing the number and spread of extirpation and debridement of dead or necrotic tissue.

In preventing recidivism, there is an evident reduction of time for scar formation, and other complications are avoided, such as gangrene and infections.

This product created in Cuba has been validated by the highest standards in terms of clinical studies, and has been patented and taken to many countries in the Americas, Europe and Asia.

Heberprot-P has won many international awards, including the World Intellectual Property Organization (WIPO) Gold Medal and the Best Young Inventor Award at the International Invention Exhibition in Geneva, Switzerland.

In our endocrinology services, with the help of podologists and together with outstanding angiologists from the National Institute of Angiology and Vascular Surgery, who are also our next-door neighbors, we allocate a good part of our time to applying Heberprot-P in cases of diabetics who require this treatment.

The outcome, which can seem like a miracle, reaffirms our unshakeable faith in this unique national wonder for today's world.

Associação Brasileira de Podólogos - ABP informa:

Diretoria biênio 2011/12

Presidente: **Pdga. Lilia Cordeiro** - Vice-Presidente: **Pdgo. Salvador Libarino Amorim**

1o. Secretário: **Pdgo. Marcos dos Santos Garcia** -

2a. Secretária: **Pdga. Isabel Cristina do Nascimento**

1a. Tesoureira: **Pdga. Roseli Silva Bueno** - 2a. Tesoureira: **Pdga. Silvana Fabi**

Diretor de Patrimônio e Marketing: **Pdgo. Celso Luiz Freitas**

Conselho Fiscal: **Pdgo. Pedro Pistori, Pdga. Paula Faria,**

Pdga. Maria Haruko Takeuchi e Pdga. Sheila Casonato Vital.

A **Associação Brasileira de Podólogos - ABP**, fundada em 04/12/1964, foi criada para orientar a população a buscar assistência podológica de qualidade e constantemente estamos procurando melhorar o nível de formação dos profissionais da Podologia.

Hoje, a Podologia está passando por momentos de crescimento, e isso é muito importante para os profissionais que são habilitados. Infelizmente, por não ser uma profissão regulamentada, temos que ingressar em cursos livres, a longa distância, CD e DVD, etc...

O PROJETO REGULAMENTAÇÃO DA PROFISSÃO, a criação dos conselhos fiscalizadores e elevação da profissão a nível superior são necessárias para que assistência podológica melhore a qualidade de vida das pessoas e não causadora de complicações. A assistência podológica é uma lacuna na assistência à saúde e que aos poucos está sendo preenchida por profissionais devidamente habilitados em cursos específicos conforme determina a Portaria 16/68 do SNFMF. E com isso, atualmente é raro extrair unhas (onicoectomia) e operar calos, o que era rotina no passado pelo desconhecimento e até pela falta de profissionais da Podologia, hoje em Brasília tramita na Câmara o Projeto Lei - PL 6042/2005, tão logo, tenhamos novidades passaremos à todos.

Portanto, contamos com o apoio de colegas, pessoas e entidades que estão preocupados com a Saúde na Podologia.

Metas da ABP para esse biênio: Regulamentação da Profissão, cursos, eventos, congressos, parcerias com empresas e outras associações, cadastramento dos Podólogos e elevar o número de Associados.

Os interessados em associar a ABP, mencione essa revista (Revistapodologia.com) e ganhe dois (2) bimestres na inscrição (válido período desta edição). Quanto mais sócios tivermos mais forte ficaremos. AJUDE A ASSOCIAÇÃO A AJUDAR VOCÊ....

Atenciosamente, Salvador Amorim - Vice-Diretor

ABP, estabelecida à Av. Prestes Maia, 241 - 21o. andar - conj. 2111 - São Paulo - SP.

Cep. 01031-001 - fone: 3311-7550 - E-mail: podologo@podologo.com.br

Site: www.podologo.com.br

COLEGIO DE PODOLOGOS UNIVERSITARIOS DE TUCUMÁN - CO.P.U.T informa:

O dia 22/07/2011 foi feita a Assembléia Ordinária com a renovação de autoridades.

Nomina da nova Comissão Diretiva período 2011-2013

Presidente: **Pdgo. Jorge Castoldi** - Secretaria: **Pdga. Adriana López**

Tesorera: **Pdga. Ana María Giménez** - Vocal I: **Pdga. María Ester Saavedra de Pérez**

Tribunal de Ética:

Pdgo. José Antonio Arrieta - Pdgo. Mario Muruaga Conesa - Pdga. Elba Ofelia Arias

Revisores de Cuenta: **Pdga. Juana Albornoz - Pdga. Brenda Larrosa Fabeiro**

Pessoa Jurídica Decreto Nº 3055/14/SSG del 22 de Noviembre de 1968

Sede Mendoza 1057 – TEL: (0381) 4214797 – San Miguel de Tucumán – Argentina - CP: 4000

Novo email: colpodologostuc@hotmail.com

Comissão Diretiva CO.P.U.T.

12º COSMO
BEAUTY
CONGRESS

CONGRESSO NACIONAL DE ESTUDOS CIENTÍFICOS APLICADOS À PODOLOGIA

19 DE JUNHO DE 2011

Das 11h00 às 18h30

PALÁCIO DAS CONVENÇÕES DO ANHEMBI
SÃO PAULO - SP

revistapodologia
.com

Vita Derm
HIPOALERGÊNICA

19 de junho 2011 - Palestrantes e Temas



Técnicas de ortopodologia.
Israel de Toledo
Podólogo/Ortesista.



Aplicação do Laser e Led na podologia.
Casos práticos.
Carlos Eduardo Zamboni
Físico - Brasil



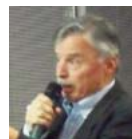
*Tirando todas as dúvidas entre o pé
diabético e a Podologia.*
Clarice Nunes Bramante - Podóloga.



Onicoórtese e suas Evoluções..
Renato Butsher - Podólogo



*Inovando com a tecnologia em favor
da podologia..*
Ítalo Batista Ventura - Podólogo



*Questões dermatofuncionais das
unhas..*
Walter Furlanete - Biólogo, Professor de
Anatomia e Fisiopatologia.



A parceria entre a REVISTA PODOLOGIA.com e a Vita Derm tem cumprido os objetivos: importante assistência de profissionais e alto nível técnico-científico dos palestrantes.



*Podólogo Israel de Toledo,
Diretor Científico da
REVISTAPODOLOGIA.com*



Podólogo Renato Bustsher



Professor Walter Furlanete



Podólogo Italo Batista Ventura



Podóloga Clarice Nunes Bramante



Físico Carlos Eduardo Zamboni



O Pdgo. Israel de Toledo e o Sr. Alberto Grillo, Diretor da REVISTAPODOLOGIA.com fazendo entrega dos prêmios dos sorteios no final do evento.



Visite nosso Shop Virtual
www.shop.mercobeauty.com

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-flebítico.
- 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: Mercobeauty Imp. e Exp. Ltda. Tel: (#55-19) 3365-1586

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

