

revistapodologia |.com

Nº 43 - Abril 2012



Revista Dígital de Podología

Gratuíta - Em Português



Beauty Fair.
Infinitas possibilidades
na maior e mais
completa feira
de beleza profissional
das Américas.

tendências
lançamentos
conhecimento
negócios

BEAUTYFAIR
FEIRA INTERNACIONAL DE BELEZA PROFISSIONAL

8 a 11 de setembro de 2012
Expo Center Norte - São Paulo - SP



Beleza em infinitas possibilidades.
www.beautyfair.com.br

revistapodologia.com

Revistapodologia.com n° 43

Abril 2012

Diretor Geral

Sr. Alberto Grillo
revista@revistapodologia.com

Diretor Científico

Podólogo Israel de Toledo
israel@revistapodologia.com

Correspondientes

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

INDICE

Pag.

- 5 - Siringomielia e suas ações nos pés.
*Podólogo Israel de Toledo - **Brasil**.*
- 10 - Semilogia de membros inferiores em atenção secundária.
*Dr. Adolfo V. Zavala - **Argentina**.*
- 12 - Tratamento ortopodológico da fascite plantar.
*Podologia Alicante - **Espanha**.*
- 20 - Síndrome do seio do tarso.
*Lirios Dueñas Moscardó - Fisioterapeuta - **Espanha**.*
- 22 - Orientação sobre DST's e prevenção para idosos.
*Marcio V. Vangoni, Ruth Shimakura, Liliane Ramos, Aparecida H. Vicentin - **Brasil**.*
- 25 - PodoNews Revistapodologia.com.
A Podologia de Brasil e Portugal - Um Futuro Promissor.

Humor

Gabriel Ferrari - Fechu - pag. 28.

Revistapodologia.com

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 ilustre 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.**



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



Mocho
Cód. 15201



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) 2219-6570 - Demais localidades DDG 0800 117815
www.ferrante.com.br - vendas@ferrante.com.br



FERRANTE
80 anos valorizando o profissional

Siringomielia e Suas Ações nos Pés

Podologo Israel de Toledo. *Brasil.*

Resumo

Existem inúmeras patologias que desencadeiam de forma direta ou indireta, deformidades nos pés. Entre elas, a Siringomielia é uma patologia que de forma indireta cria deformidades decorrentes de alterações neuropáticas. Este artigo visa mostrar ao Podólogo uma patologia pouco conhecida, mas que pode levar o paciente ao consultório e daí, a importância de ampliar nossas ferramentas de ação e também demonstrar um destes casos raros.

Palavra Chave: Siringomielia; Palmilhas; Podologia.

Introdução

A Podologia de forma global, tem crescido a nível populacional e científica, conquistando seu

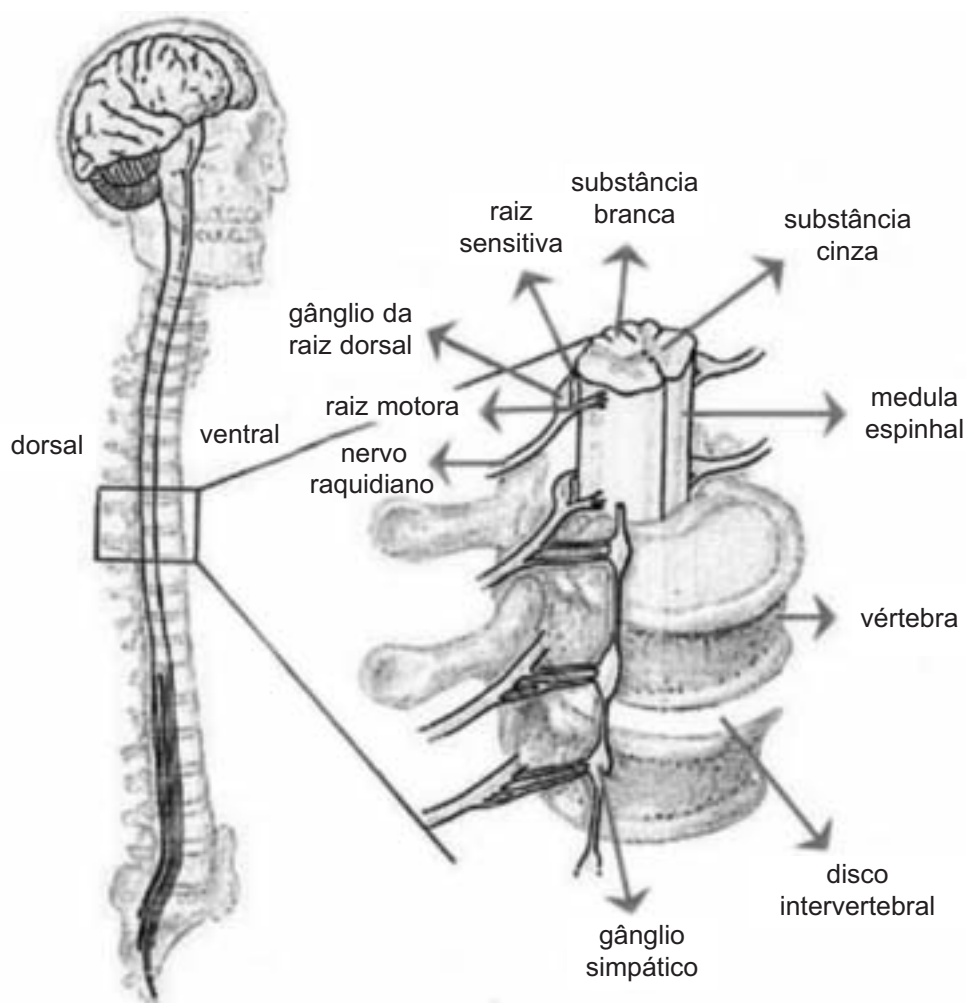
lugar merecido junto as demais áreas da saúde.

Ao buscar ampliar cada vez mais seu conhecimento dos pés e todas as ações intrínsecas e extrínsecas que os envolve, tem sido um dos principais motivos que levam a profissão crescer em nível de ciência.

Este artigo tem como objetivo mostrar alguns aspectos funcionais, relacionados a podologia, no ponto de vista de uma patologia pouco comum, mas que pode afetar os pés de maneira indireta, a Siringomielia.

Patologia e Patogênese

Apesar de ser pouco conhecida na podologia, a Siringomielia pode desencadear neuropatias nos pés e conseqüentemente deformidades biomecânicas ou úlceras de pressão.



Siringomielia é uma doença crônica que afeta o sistema Nervoso, comprometendo seu funcionamento. Na Siringomielia ocorre um cisto (contendo líquido no interior) que cresce dentro da medula espinhal. A Cada um desses cistos chamamos de Siringe.

Não se conhece a incidência exata da siringomielia, mas ela é rara. A condição ocorre mais frequentemente em homens do que em mulheres. Já foram descritos casos familiares. A doença aparece geralmente na terceira ou quarta década de vida, sendo a idade média de início aos cerca de 30 anos.

Ela é pouco comum na infância ou na idade adulta avançada. A siringomielia geralmente tem progressão lenta; a evolução estende-se por muito anos.

A patologia tende a ser progressiva. Com isso, os cistos aumentam de tamanho e destroem o tecido nervoso ao seu redor, intensificando as dores e outros sintomas, que incluem dores de cabeça e fraqueza nas pernas e braços. Em alguns casos as lesões são definitivas por causa da extensão da lesão e do tempo com a doença. Em outros casos, com cirurgia, medicamentos e fisioterapia, a Siringomielia pode regredir ou até mesmo desaparecer.

Infelizmente as cirurgias são perigosas e oferecem riscos de seqüelas, o que faz com que alguns médicos optem por não operar pacientes. Ainda, alguns casos mais complicados, repetidas cirurgias fazem-se necessárias para deter o avanço da doença.

A Siringomielia merece uma atenção especial por diminuir a qualidade de vida de seus portadores, uma vez que os mesmos sofrem de dores muito fortes, ficam com a sua capacidade de locomoção limitada e os tratamentos disponíveis não são satisfatórios.

Sabe-se que ao redor do cérebro e da medula espinhal, no espaço subaracnóide, circula um líquido conhecido como fluido cérebro-espinhal ou Líquor. Esse líquido tem a função de proteger e amortecer o sistema nervoso. Além disso, o líquido cérebro-espinhal possui também a função de levar nutrientes para as células e recolher substâncias excretadas pelas mesmas.

Durante nosso desenvolvimento fetal, esse líquido não se limita ao redor das estruturas nervosas, ele também preenche o canal central da medula, que depois colaba e desaparece. Excesso de líquido cefalorraquidiano no canal central da medula espinhal é chamado hidromielia.



Algumas condições podem afetar a circulação do fluido cérebro-espinhal. Isso pode direcionar o fluxo de líquido para cima do local onde ficava o canal central. Por razões ainda pouco conhecidas o fluido vai expandir o que sobrou do canal central e resultar na formação do cisto.

Com as variações de pressão ao longo da medula o líquido entra no interior do cisto e causa o seu crescimento e acaba por danificar ainda mais o tecido nervoso circunjacente. Atenção: quando siringes afetam o tronco cerebral, a condição passa a ser chamada siringobulbia.

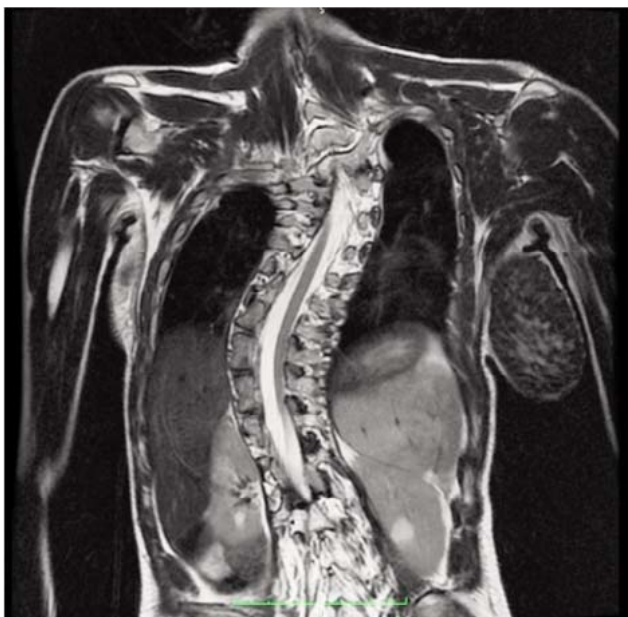
Desenvolvimento

Como dito anteriormente, a obstrução da passagem de Líquor pode ocasionar a formação de uma siringe. E são muitas as patologias que podem dificultar o fluxo normal de líquido cefalorraquidiano: malformação de Chiari, aracnoidite espinhal, escoliose, desalinhamento coluna vertebral, tumores medulares, espinha bífida, entre outras, sendo a escoliose a mais comum.

A coluna vertebral é o eixo mestre do nosso sistema músculo-esquelético, em volta do qual se organizam todos os demais aparelhos e sistemas do corpo humano. Portanto, as afecções que comprometem estrutural e funcionalmente a coluna vertebral têm repercussão por todo o organismo.

Do ponto de vista biomecânico, a coluna influencia e é influenciada por posicionamentos e esforços das cinturas pélvica e escapular e dos membros superiores e inferiores, respectivamente. É também o centro distribuidor dos elementos nervosos que comandam e coordenam os movimentos corporais. Abriga a medula espinhal, parte do sistema nervoso central, elemento essencial para suas ações de comunicação sensitiva e motora em todos os segmentos abaixo do crânio.

As deformidades e alterações posturais não devem ser analisadas apenas no que diz respeito



à estrutura óssea, mas sim, pelo conjunto funcional, que é representado por esse importante elemento do nosso organismo.

No que se diz respeito aos membros superiores, observar sua correlação (a nível postural), já que esses podem ser longos em relação ao tronco, a coluna assimétrica e as deformidades de membros inferiores, são indicativos de alterações postural, observar seus efeitos (ou seqüelas) sem pensar na biomecânica como fator desencadeante pode ser um erro fatal na busca da cura ou melhora do quadro.

O paciente que apresenta já um déficit neurológico estabilizado pode piorar com ascensão do nível de hipoestesia, piora motora e/ou acentuação da deformidade da coluna. Pode associar dor local ou irradiada em dermatômos radiculares dos membros inferiores.

O estudo radiológico simples pode demonstrar a presença da malformação óssea como escoliose, hemivértebra e espinha bífida e a ressonância magnética de todo o canal poderá esclarecer a associação com uma medula ancorada e a formação de uma cavidade siringomiélica que compromete parte ou toda a medula.

Em trabalho experimental, observa-se que a lesão progressiva de raízes leva à escoliose, que escoliose ou cifoescoliose resultante também comprime o tecido medular e causa distúrbio da circulação líquórica resultando em siringomielia.

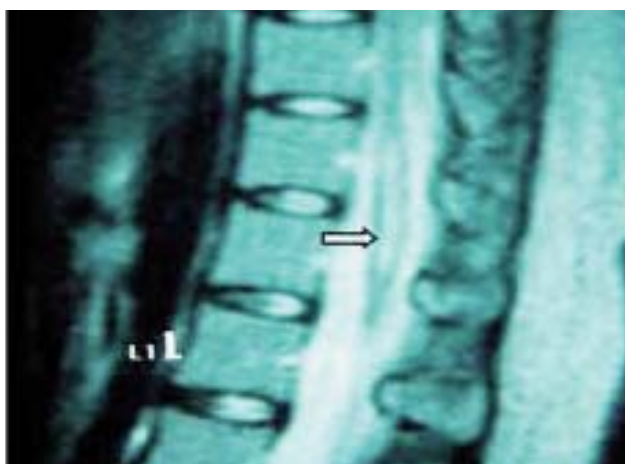
É comum encontrarmos uma malformação óssea resultante diretamente da malformação do sistema nervoso. As lesões medulares podem ser lidas na estrutura óssea da coluna e dos membros que são em suma sua resultante.

Nestes casos o tratamento se torna ainda mais

complexo pois envolve múltiplos órgãos e uma equipe multidisciplinar.

Sintomas

Os sintomas dependem basicamente da localização da lesão. A siringe é encontrada mais comumente na região cervical inferior e coluna dorsal. O cisto interrompe as fibras espinotalâmicas em cruzamento dos feixes nervosos que envolvem a sensibilidade dolorosa e térmica, ocasionando a perda dessas sensações; o tato leve, a estereognosia, sensibilidade vibratória e sentido posicional (propriocepção consciente) são relativamente preservados, pelo menos no início da doença, em virtude de serem poupados os funículos posteriores.



As sensibilidades de dor e temperatura estão tipicamente alteradas no braço do lado afetado. Quando a cavidade aumenta e envolve os funículos posteriores há perda dos sentidos posicional e vibratório nos pés e pode –se observar astereognosia (perda da faculdade de reconhecer a forma dos objetos pelo tato).

Uma escoliose é caracteristicamente observada e artropatias neurogênicas podem afetar os ombros, o cotovelo ou o punho. Porém, um cisto ocorre as vezes na medula lombar, quer em associação a uma siringe cervical quer independente desta.

A siringomielia lombar caracteriza –se pela atrofia dos músculos proximais e distais das pernas, com perda sensorial dissociada em dermatômos lombares e sacros. Os reflexos profundos nas pernas são perdidos; é comum o distúrbio da função esfinteriana e as respostas plantares são comumente em flexão.

Estudo de Caso

Indivíduo do sexo feminino, 15 anos, estatura



de 1,60 metros, 45 k, praticante de judô e não diabética.

No ano de 2007, aparece com uma lesão na parte distal da falange do halux direito. Foi destacado agora pouco que não era diabética, pois foi a primeira opção analisada; após avaliação propedêutica, observou-se haver boa circulação (artéria dorsal e tibial posterior), como também periférica. Porém, observou-se também total neuropatia periférica no halux e 2º dedo.

Indivíduo praticava judô com oclusão, mas sem se incomodar devidamente com o caso. Não fazia uso de palmilhas ortopédicas, calçados especiais ou mesmo acompanhamento biomecânico ou podológico.

Foi iniciado um tratamento conservador, com análise biomecânica, confecção de palmilhas ortopédicas.

No início, obtiveram-se resultados satisfatórios, porém, sempre havia recidiva da patologia. Pela característica crônica, desenvolveu-se uma osteomielite na falange distal destruindo-a quase que totalmente.

Foi aplicada uma órtese de silicone (ortoplastia), que se mostrou bastante útil, porém, não conclusiva. Durante 4 anos foi aplicado este tratamento, enquanto via médicos, se pesquisava novas possíveis causas.

No início de 2010, foi solicitada uma escanometria digital com carga para possível diferença de MMII, onde a mesma mostrou os resultados sendo, MID:65,10 e MIE:65,74 $\neq$ 0,64 cm.

Durante muitos anos, não houve um diagnóstico claro sobre a causa, somente no fim de 2010 é que se descobriu a causa, por conta dos novos sintomas.

Certo momento, a mão direita demonstrou



sinais de parestesia e déficit de dos movimentos, que evoluiu muito rápido, a ponto de em 30 dias ter perdido os movimentos da mão, deixando claro uma astereognosia presente.

Somente com este sintoma, é que puderam guiar as pesquisas ao ponto de, através dos exames corretos, verificar a presença da Siringomielia.

E contrariando as estatísticas, estava presente o tumor na cervical e lombar.

Pois, em conjunto ao quadro de siringomielia, havia uma severa escoliose, que não se sabe, se sua origem teve início com a patologia ou o oposto, já que os pais não sabem informar se a mesma havia problemas de postura de origem genética, além do fato de que paciente era praticante de Judô; a escoliose pode ter tido início de origem genética, pela DMI, por traumas mecânicos pela prática esportiva ou todos os fatores associados. Desta forma, não se sabendo as devidas proporções, sabe-se apenas que houve uma correlação direta entre os fatos.

Dado início ao tratamento correto, porém conservador e não cirúrgico, com uso medicamentoso, fisioterápico para a mão e podológico para os pés, além de psicológico, pela mudança radical em seu estilo de vida adolescente. Dentro de poucos meses, voltou os movimentos da mão.

Hoje a quadro da úlcera do halux está sob controle. Neste caso, a paciente terá que sempre estar passando por acompanhamento podológico e biomecânico para que não se tenha recidivas.

Conclusão

Por mais raro que seja a Siringomielia ou outra patologia do gênero, nós, profissionais da saúde, temos que estar atentos e preparados, pois

assim como aconteceu neste caso demonstrado, também outros profissionais não tem como prever o que pode aparecer em seu consultório.

Estar atento aos sinais que envolvem nossos pacientes e abrir a visão para outras possibilidades (principalmente quando o “tradicional” passa a não ser útil) faz toda a diferença entre profissionais e seus resultados e isso nos leva a buscar novas opções de tratamento.

Trabalhar de forma multidisciplinar é importante, mas trabalhar de forma interdisciplinar é fundamental !!!

Poder discutir casos com outros colegas ou outros profissionais, abre a visão e amplia muito as possibilidades. ▣

Podologo Israel de Toledo

*Diretor Científico da Revistapodologia.com
israel@revistapodologia.com*

Bibliografia

<http://www.aefi.net/Fisioterapiaysalud/Malformacionesdelaun%C3%B3ncr%C3%A1neocervical.aspx>

-BARRAQUER-BORDAS, I. Neurología fundamental. Tercera edición. Barcelona. Toray. 1976. Pg. 1144.

-CANELAS, H.M; assis, j.l; scaff, m. Fisiopatologia do sistema nervoso. Sarvier. São paulo. 1983. Pg.476.

-BRITO-PAULO. O sistema sensorial. www.institutopaulobrito.com.br

-MISINI-MARCOS. Neurocirurgia contemporânea brasileira. Revisão trimestral de neurocirurgias. 2006. volume 3/11.

- Machado A: Neuroanatomia Funcional p125-135, L Atheneur R. Janeiro – São Paulo 1996
-BRICOT-BERNARD; Posturologia; Ed. Icone 2ª edição 2001.

- HOPPENFELD; Propedeutica Ortopédica; Ed. Atheneu 3ª edição.

- MARTINEZ- FERMIN; Pie Diabético; Ed. Mc Gravo Hill 3ª edição.

- MAFFEI; Os Fundamentos da Medicina; Ed. Artes Medicas.



INA Cosméticos

O Óleo Essencial de Tea Tree da INA Cosméticos foi desenvolvido para atuar como coadjuvante nos tratamentos de Podologia e Estética.

- * Ativo com múltiplas ações;
- * Potente Anti-Séptico;
- * Ajuda na regeneração da pele;
- * Analgésico na emoliência.

Grupo INA - Empreendimentos em Educação e Saúde
Atendimento ao Cliente: (47) 3222-3068
www.inacosmeticos.com.br / www.inainstituto.com.br

Semiologia de Membros Inferiores em Atenção Secundária

Dr. Adolfo V. Zavala. Argentina.

As úlceras do pé, são muito freqüentes de observar nos diabéticos, ocasionando-se pela interação da vasculopatia, a neuropatia e as alterações do apoio.

Estas na maioria dos casos são assintomática, sendo por isso fundamental fazer um exame anual exaustivo de membros inferiores, para constatar sua presença e indicar medidas protetoras e corretoras das lesões para evitar que se produzam úlceras.

O exame de membros inferiores deve cumprir os princípios da semiologia:

- 1) Interrogatório
- 2) Inspeção
- 3) Palpação
- 4) Auscultação, completando-se com manobras instrumentais mínimas imprescindíveis.

Valorização Vascular

1. Interrogatório

Deve perguntar-se pela existência da claudicação intermitente (dor que aparece ao caminhar e desaparecer imediatamente de parar-se). Tem que perguntar a distancia em que aparece a claudicação (mais grave, quanto mais curta), e a zona onde lhe dói (pior prognóstico quanto mais distal). Também podem referir à dor do repouso, especialmente noturno. O mesmo se agrava ao caminhar, e com o frio, devendo dormir os pacientes sentados, o que ocasiona edema, que agrava mais a isquemia.

2. Inspeção

A pele esta atrofica, com alterações das unhas e as faneras. Tem palidez ao elevar o membro e eritrocianoses em posição vertical.

3. Palpação

Deve apalpar-se os pulsos femorais, poplíteos, pedios e tibial posterior. Ademais medir o tempo do recheio venoso (normal menos de 10 segundos e patológico maior de 20 segundos) e capilar (N. <2 segundos, patológicos > 4 s).

4. Auscultação

Auscultar por sopros em aorta, ilíacas, femorais e poplíteas.

As quatro medidas fundamentais do exame físico, são pulsos, sopros, recheio venoso e recheio capilar. Se as mesmas dão normais, e o paciente é de maior idade e tem suspeita de vasculopatia deve repetir-se o exame logo de um esforço ou a prova de hiperemia.

A todos os diabéticos maiores de 35 anos de idade, ou com mais de 10 anos de antiguidade da doença, e a todos os indivíduos maiores de 60 anos, ainda que o exame clínico seja normal, tem que realizar o índice tornozelo/braço e nos diabéticos adicionar o índice dedo/braço.

Os valores do índice tornozelo/braço são:

- Superior a 1.25 indica abertura shunt arterio-venoso e/ou calcificação arterial.
- Normal entre 0.9 a 1,20.
- Isquemia clinica: entre 0.9 a 0.5
- Isquemia grave: menor de 0.5.

Os índices dedo/braço são:

- Normal superior a 0.5.
- Isquemia clínica entre 0.3 e 0.5
- Isquemia grave: menor de 0.3.

Exame neurológico

Em atenção primaria deve interrogar-se da existência de câimbras, formigueos, sensação de caminhar em algodões, picadas, dor queimante, tem que interrogar se não tem outras manifestações de neuropatia e realizar ainda que não existam sintomas o seguinte exame:

1. Valorizar a sensibilidade tátil com o filamento de Semmens Weinstein e a sensibilidade vibratória (se é possível com um medidor quantitativo biohenseometer) e senão com um diapasão de 128 Hz. Diminuição ou abolição do reflexo aquiliano.

2. Ver a força muscular, especialmente o sinal

do abanico, atrofia de inter-ósseos, e a força contra resistência.

3. Trofismo da pele, ressecamento, falta de secreção sebácea e sudorípara, com incremento da temperatura, veias visíveis com abertura do shunt arteriovenosos. Alteração de unhas e faneras.

Deve completar-se o exame, com a realização de uma radiografia em três posições: frente com foco no ante-pé, perfil com apoio monopodico e $\frac{3}{4}$ oblíquo.

Em caso da neuropatia, com hiperqueratoses e abertura dos shunt arteriovenosos, a temperatura medida com um termômetro infravermelho esta aumentada. Uma diferença maior de 2 graus de temperatura de uma zona para a outra indica risco de ulceração e é o mais cedo do Charcot.

Valorização do apoio

Tem que inspecionar se tem deformações evidentes do pé, e gasto dos sapatos, palmilhas ou orteses, de forma anormal.

Tem que fazer caminhar aos pacientes de ponta de pé e nos talões. Na radiografia se vê se

tem alterações do apoio, luxações e fraturas, assim como a densidade óssea.

Ver se tem dedos em garra, dedos em martelo, hallux valgus, alterações da caminhada, e outras deformações.

Em casos de alterações biodinâmicas, deve completar-se o estudo, com a realização de pedigrafia, exame no podoscopia, podendo enviar-se a um centro de maior complexidade para um estudo computado do apoio e da caminhada. ■

*Prof. Dr. Adolfo V. Zavala.
Ex director de la carrera de médicos especializado en Nutrición y ex Jefe de la División Nutrición del Hospital de Clínicas "José de San Martín". Facultad de Medicina de la UBA Universidad de Buenos Aires, Argentina. Coordinador consultorio especializado en pie diabético. División Dermatología, Hospital de Clínicas "José de San Martín". UBA. Presidente de la Fundación Escuela para la formación y actualización en Diabetes y Nutrición (FU.E.DI.N)
info@fuedin.org*

Curso Técnico em PODOLOGIA



A Saúde dos pés em suas mãos



www.inainstituto.com.br - (47) 3222- 3068 - Bom Retiro - Blumenau - SC

Tratamento Ortopodológico da Fascite Plantar

Podologia Alicante. *Espanha.*

A fascite plantar é a causa mais freqüente de talalgia e consiste na inflamação na origem da fascia no nível da tuberosidade antero-interna do calcâneo. Produz dor localizada na zona antero-interna do calcanhar, que pode irradiar-se para a borda interna do pé. Depois do processo inflamatório, se a patologia persiste de forma prolongada, podem produzir-se mudanças degenerativas.

Geralmente os pacientes apresentam alterações biomecânicas associadas como causa etiológica da fascite. Estas alterações biomecânicas podem ser o excesso de pronação, pé cavo, pé eqüino, pseudoequino ou cavo anterior e assimetrias na distancia das extremidades inferiores. Todas estas alterações são suscetíveis de ser tratadas mediante o tratamento ortopodológico com suportes plantares.

O uso dos tratamentos ortopodológicos permite a função normal do pé desde sua posição neutra evitando compensações, que são as que produzem o aumento da tensão e por tanto a inflamação da fascia. Existem estudos que evidenciam que o tratamento ortopodológico personalizado é eficaz no tratamento da fascite plantar quando a causa é uma alteração biomecânica.

Palavras chave: Fascites; Fasciosis; Suporte Plantar.

Introdução

A fascite plantar é a causa mais freqüente de dor no calcanhar. A inflamação, no começo aguda, na origem da fascia plantar e em ocasiões sua tendência a torna-se crônica se não recebe tratamento adequado, da a esta patologia grande interesse na hora de estudar tratamentos eficazes.

A fascia plantar é um tecido aponeurotico composto de três partes, aponeuroses medial, central e lateral. A aponeurose medial cobre a superfície do

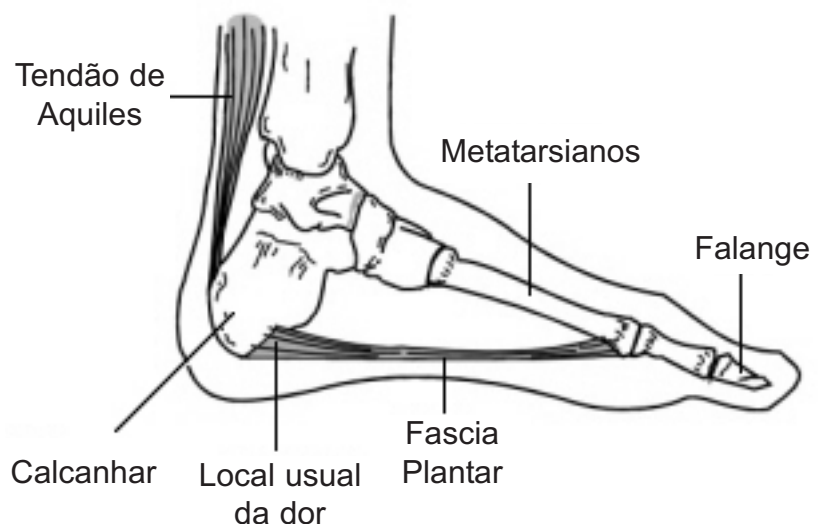
abdutor do primeiro dedo. a aponeurose central, conhecida como fascia, se origina na tuberosidade interna do calcâneo. Esta região é mais grossa e estreita, ficando fina e larga no sentido distal e terminando em cinco fitinhas pretendionadas que se dividem em superficial e profunda.

A fitinha superficial se mistura com o ligamento transverso enquanto a profunda se insere na bainha do flexor e na base da falange proximal dos dedos 1, 2. A aponeurose lateral se origina na tuberosidade externa do calcâneo, cobre a superfície do abdutor do quinto dedo e se insere na base da falange proximal do mesmo.

As funções da fascia plantar são ajudar a musculatura intrínseca no sustento do arco longitudinal interno, ajuda na supinação da articulação subastragalina durante o período propulsivo (efeito Windlass) 3, acumula energia devido a seu comportamento viscoelástico (absorve energia durante a pronação e a libera na propulsão) e transmite forças de tensão desde o triceps sural até os dedos 4.

A fascite é produzida pela inflamação com origem na fascia plantar no nível da tuberosidade antero-interna do calcâneo. Produz dor localizada na zona interna do calcâneo, que pode irradiar-se para a borda interna do pé.

A dor aumenta depois de um período de repouso e o posterior começo da deambulação e se ali-



via com a atividade física. Produz-se com maior frequência em pessoas que trabalham em bipedestação prolongada e em esportistas 1,5.

As causas etiológicas são aumento da atividade física, bipedestação prolongada, alterações biomecânicas, obesidade, movimento bruscos e repetitivos, preparação física inadequada (falta de aquecimento e alongamento) e calçado inadequado.

As alterações biomecânicas podem produzir compensações que impedem a função normal do pé e como consequência serão as causantes do excesso de tensão na fascia plantar.

O fracasso biomecânico do pé devido a um aumento de pronação faz com que nas articulações fundamentais se produzam movimentos lesivos, tanto em retro-pé como em ante-pé, que levam ao fracasso das partes brandas implicadas no mantimento do arco interno.

Em condições normais, quando existe um bom funcionamento da articulação subastragalina (ASA), Chopart e articulação metatarsofalângica do primeiro dedo, o pé é perfeitamente competente para levar ao término uma caminhada normal sem sintomatologia dolorosa associada.

Quando aparece uma fascite plantar por excesso de pronação, a articulação subastragalina é incapaz de voltar a sua posição original e se mantém pronada durante todo o ciclo da caminhada. Para compensar esta posição o ante-pé supinará em excesso, originando a insuficiência de toda a estrutura musculoligamentosa que ocupa-se de manter a arquitetura da coluna interna do pé.

Ao descender a altura do arco longitudinal interno e endireitar-se, se produz um aumento da distância entre origem e inserção da fascia plantar e em consequência a inflamação e a dor que acompanha esta patologia 1.

O pé cavo também pode ser a causa de fascite plantar. Esta patologia estrutural do pé se caracteriza fundamentalmente por um aumento dos arcos longitudinais (interno/externo) e uma retratação importante dos músculos extensores.

O desequilíbrio dos extensores em relação aos flexores do mesmo pé unido para na alteração da abóbada, produz garra digital. Esta garra endurece a articulação metatarsofalângica em extensão, o que aumenta a tensão direta da fascia plantar e predispõe a sua inflamação 5, 6.

Outra alteração biomecânica predispõe para a

aparência da fascite plantar é a presença de um pé eqüino ou de um pé pseudoequino, também chamado de pé cavo anterior. Entendemos como pé eqüino como uma limitação da flexão dorsal do tornozelo por baixo de 10° com o joelho estendido e partindo desde sua posição neutra.

A amplitude do movimento do tornozelo deve ser aproximadamente de 10° para permitir o deslocamento normal da tibia sobre o pé enquanto o calcanhar segue em contato com o solo.

O pé pseudoequino é uma deformidade congênita onde os ângulos de declínio dos metatarsianos estão aumentados. Em uma visão no plano sagital pode-se observar uma maior verticalização do ante-pé sobre a dor retro-pé. Neste caso, para compensar a deformidade do ante-pé o tornozelo deveria dispor de uma amplitude de movimento extra antes de elevar o calcanhar do solo. Em ambos os casos pode existir um aumento da tensão da musculatura quando as forças reativas do solo são aplicadas sobre o ante-pé.

Também pode causar excesso de pronação, já que se produz um desbloqueio articular e em consequência, uma maior flexibilidade do pé. No ante-pé coloca-se em inversão, abdução e flexão dorsal, atuando como um tornozelo secundário no nível da articulação mediotarsiana.

Qualquer das duas compensações aumenta a tensão da musculatura posterior da perna, aumentando a possibilidade de apresentar uma fascite plantar 7. Em casos de assimetrias na distância das extremidades a fascite pode aparecer tanto na extremidade curta como na extremidade longa. A extremidade curta tentará aproximar-se do solo mediante um equinismo e a extremidade longa tentará aproximar-se mediante a pronação da articulação subastragalina.

Caso Clínico

Mulher de 24 anos de idade que solicita consulta apresentando dor matinal localizada no calcanhar direito desde faz três meses. A paciente comenta que quando inicia a deambulação depois de um período de repouso, a dor reaparece de forma aguda, desaparecendo aos 5-10 minutos. A paciente atribui as caminhadas prolongadas que manteve realizando excursões durante uma viagem turística.

Durante a exploração mostra hipersensibilidade no apalpamento na zona correspondente ao tubérculo interno do calcâneo 1. Ponto doloroso no tubérculo antero-interno do calcanhar.

Na exploração biomecânica se destaca a limitação para a eversão subastragalina, o que indi-



NUESTRAS SILICONAS ESTRELLA

SILICONA PODIABLAND

MEJOR ASPECTO · MAYOR DURABILIDAD
MÁS FÁCIL DE TRABAJAR · MEJOR CATALIZADO

Nueva fórmula para una silicona de gran éxito. El departamento de desarrollo de Productos Herbitas ha logrado modificar la formulación de esta exitosa silicona, con unos resultados fantásticos. Densidad media, de aprox. 20 A Shore. En efecto ahora es más uniforme, de mejor aspecto, más fácil de trabajar, y sobre todo con mejores resultados. Ortesis fáciles de obtener y con garantías de éxito. No se rompen.

NUEVA
FÓRMULA
MEJORADA

SEMI



BLANDA BLANDA



SILICONA PODOLÓGICA EXTRABLANDA

Densidad muy blanda. Ideal para Ortesis Paliativas. Muy fácil de trabajar. No huele. Incluye aceites medicinales. Puede mezclarse con otras siliconas. Dureza Shore Å: 6 a 8. Envase de 500 grs.

MUY BLANDA



Herbitas
Productos Herbitas, S.L.

Alcalde José Ridaura, 27-29 (Pol. Ind. El Molí) · 46134 Foios VALENCIA (Spain) · Tnos.: 96 362 79 00*
Fax: 96 362 79 05 · E-mail: herbitas@herbitas.com · www.herbitas.com · **Parapedidos: 900 712 241**

ca um aumento da pronação no retro-pé já manifestou em descarga. Em bipedestação, observam-se talões posicionados no valgo e aplanamento da abóbada plantar. A deformidade é flexível, já que ao posicionar-se em pontas o calcanhar variza.

Durante a caminhada se observa um aumento excessivo do rango de pronação, o que faz com que existam no pé compensações biomecânicas que terminam na sintomatologia dolorosa associada à fascites plantar. O julagamento diagnóstico orienta para uma fascites plantar por hiperpronação. Se propõe um tratamento ortopédico, cujo objetivo é compensar a pronação excessiva e re-educar a biomecânica anormal deste paciente.

Realizam-se orteses plantares termo conformadas na medida em material termoplástico e sobre molde de gesso. O tratamento coloca em posição neutra os calcanhares e mantém em uma posição fisiológica a abóbada plantar, relaxando a fascia plantar. Realiza-se revisão em 15 dias, ao mês e aos três meses da instauração do tratamento ortopodológico. O paciente refere a desapareção paulatina da sintomatologia. Relata que se deixa de utilizar os suportes por troca do calçado, a dor volta a aparecer, o que reforça a tese da hiperpronação como causa etiológica da fascites.

- . Calcanhares em Valgo. Hiperpronação.
- . Correção mediante suportes plantares.

Discussão

Existem diferentes teorias quanto a natureza da fascites plantar, já que não existem evidências de sua origem inflamatória ou degenerativa. O estudo com Ressonância Magnética Nuclear revela um engrossamento difuso da fascia (mais de 3 mm), mais marcado na zona de inserção calcânea 8. Ozdemir et al. 9 Avaliando 39 pacientes mediante ultra-sonografia, encontram que a grossura da fascia plantar é de 2,9 mm em pacientes com fascites unilateral.

A grossura da fascia plantar do grupo de controle era de 2,5 mm, sendo significativa a diferença entre ambos grupos. Estes estudos parecem avaliar a explicação da inflamação da fascia como causante da dor.

Pelo contrario, Lemont et al. 10 em um estudo com 50 casos com intervenções cirúrgicas, propõe que o termo fascites não explica seus achados histológicos. Nas amostras de anatomia patológica obtidas, encontra que existe degeneração tisular, fragmentação da fascia e ectasia

vascular da medula do tubérculo calcâneo extraído.

Não encontra sinais evidentes de inflamação, pelo que propõe o termino fascioses como mais correto para a definição da patologia. A fascioses indicaria uma degeneração da fascia, com risco evidente de ruptura em casos avançados. As descobertas de Lemont devem ser valorizadas, ainda que os casos analisados são casos de fascites crônicas de longo tempo de evolução.

Sem duvida, tanto as descobertas inflamatórias como as degenerativas tem sua explicação lógica. No estagio inicial da fascites plantar se produz a inflamação no nível de sua origem devido ao aumento de tensão na mesma. Isto produz dor localizado na zona interna do calcâneo que pode irradiar-se para a borda interna do pé. Se este processo inflamatório não é tratado convenientemente e se mantém no tempo podem-se originar câmbios degenerativos na origem da fascia plantar.

Estes câmbios degenerativos compreendem degeneração mixoide, fragmentação da fascia plantar, ectasia vascular da medula óssea da tuberosidade antero-interna do calcâneo e periostites na inserção óssea 10, 11. Estes processos degenerativos e a tração continuada que exerce a fascia sobre o periostio são os responsáveis da calcificação de origem da fascia ou esporão calcâneo.

Os tratamentos para a fascites plantar são muitos e muito variados, desde os tratamentos físicos (ultra-sons, crioterapia, etc.), os médicos (antiinflamatórios, infiltrações), os ortopodológicos (suportes plantares), ate a cirurgia em casos extremos e recalcitrantes. Em 90% dos casos de fascites o tratamento conservador é eficaz 11.

Para planificar um tratamento que seja exitoso devemos plantar uma diferenciação básica da patologia em estado agudo ou crônico, já que a proposta terapêutica varia. Em estados agudos se recomenda repouso, vendagem funcional e aplicação prolongada de crioterapia três vezes ao dia durante a primeira semana.

Neste caso buscam-se efeitos analgésicos e antiinflamatórios, já que a diminuição da temperatura superficial e profunda, produz uma desaceleração e diminuição do metabolismo local vaso-constritor arteriolar 5.

A partir da segunda semana de afetação, podemos incluir dentro dos tratamentos físicos a termoterapia, para relaxar a musculatura e diminuir a fadiga. Também aumenta a elasticidade do tecido conjuntivo e produz analgesia. Neste esta-

Exercícios para Fascite Plantar



Alongamento



Alongamento da panturrilha



Alongamento da
fascia plantar



Exercícios de equilíbrio estáticos e dinâmicos



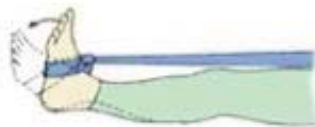
Pegar toalha



Rolo gelado



Resistência à dorsiflexão



Resistência à flexão plantar



Resistência à inversão



Resistência à eversão

Copyright © 2001 McKesson Health Solutions LLC. All rights reserved.



52%
42%
37%



As três áreas principais de dor

do podemos recorrer também aos TENS pelo analgésico que produzem, assim como aos ultras-sons e laserterapia 12.

Para conseguir resposta adequada diante do tratamento com laser, previamente, devemos localizar a zona de fibroses e aplicar laser do CO2 em barridos que cobre toda a zona. As aplicações de laser pontual de diodo de He-Ne não resultam muito praticas, ao depositar-se na zona muito pouca energia 13.

Em casos do fracasso terapêutico das técnicas não cruentas, pode-se iniciar a terapia com AINE, associado ao suporte plantar (Piroxicam sublingual, 1 comprimido a cada 12 hrs durante 2 dias).

As infiltrações com corticoides (betametasona + mepivacaina 2%) podem-se utilizar em fases agudas iniciais. Em caso de administrá-las, se não se obtém bons resultados depois de três infiltrações se deixara este tratamento já que aumenta o risco de produzir-se degeneração tissular e como conseqüência ruptura da fascias.

Se a fascias esta evoluída é preferível não administrá-las já que é possível que exista degeneração tissular e a infiltração poderia agravá-la 10. A aplicação de fricção transversa profunda ou Cyriax permitira recuperar a mobilidade de partes brandas evitando a fibrose do tecido afetado 14.

Junto aos tratamentos físicos locais, se recomenda a instauração do tratamento ortopodológico em forma de suporte plantar, quando a fascites esta provocada por uma alteração biomecânica. O objetivo destes será permitir a função normal do pé desde sua posição neutra. O uso de tornoeleiras com defenestrações pode produzir edema de janela e outras alterações.

A remissão da dor que se produz em alguns pacientes depois de seu uso deve-se a rejeição do sistema Aquileo-calcâneo-plantar que produzem ao manter o tornoele em posição de plantar flexão. Devem-se rejeitar os tratamentos standard, já que não se adaptam a situação clinica de todos os pacientes.

É recomendável o uso de suportes plantares personalizados, que respeitam a anatomia do pé e compensem as possíveis alterações biomecânicas.

Os suportes plantares personalizados realizam-se previa molde do pé. Atualmente existem muitos métodos para obter-los mas preferimos os moldes em venda de gesso tomados em descarga. Esta técnica permite obter uma imagem mais neutra do pé que as técnicas em carga e oferece

um melhor controle do pé a hora de realizar o molde, permitindo melhor acesso a pontos claves como a tuberosidade antero-interna do calcâneo.

Dependendo da patologia cada suporte terá uns objetivos diferentes. Em caso de excesso de pronação o suporte devera evitar o afundamento do arco longitudinal interno, para isso empregam-se materiais termoplásticos com memória elástica como as resinas de poliéster ou o polipropileno que permitirão ao material recuperar sua forma inicial depois de ser submetido a pressão.

No pé cavo se tentará repartir as cargas de forma homogênea, proporcionando apoio ao arco longitudinal interno e arco longitudinal externo. O pé cavo é rígido, pelo que se recomenda o uso de materiais de absorção de impacto como as espumas de poliuretano.

No pé eqüino e pseudoequino (cavo anterior), propõem-se exercícios de estiramentos como base do tratamento. Se existe aumento da pronação se controlara mediante suportes plantares. O uso de suportes plantares com tornoeleiras de EVA ou espumas de polietileno de alta densidade pode ser eficaz em períodos agudos de fascites ou quando o paciente não responda bem a terapia física.

Em casos de assimetrias na distancia das extremidades inferiores se compensara a alteração mediante suportes plantares com alça na extremidade mais curta ate nivelar o quadril. Se a distancia a compensar é importante se compensara progressivamente. Tem que ter especial cuidado no diagnostico pois podem existir alterações funcionais que dêem o aspecto de dismetria real quando esta não existe.

Estudos clínicos aleatorizados demonstram a eficácia dos tratamentos ortopodológicos para o alívio sintomático da fascites plantar.

Assim Lynch et al. 15 realiza um estudo com três grupos.

- No primeiro grupo se realizou vendagem funcional e a aplicação de suportes plantares funcionais.

- Ao segundo grupo lhe foi aplicado terapia antiinflamatória em forma de infiltração seguida do tratamento oral com antiinflamatórios não esteróides (AINE).

- No terceiro grupo se lhe aplicou uma tornoele-



Podal

care

podologia
profissional

pés e mãos bonitos e saudáveis

Linha de produtos Podal Care é exclusiva aos profissionais da área da beleza que atuam na saúde dos pés e mãos. Os produtos desenvolvidos contam com avançada tecnologia de base e princípios ativos evanescentes, que promovem a pele das mãos e dos pés resultados eficazes no tratamento de fissuras, ressecamento, higienização e proteção.



Óleo Essencial de Melaleuca

100% concentrado

Previne e combate micoses, hidratando a pele e as unhas, eficaz contra a umidade.

Hidratante Oil Free

Extrato de Própolis

Protege a pele, hidratação OIL FREE, toque aveludado sem deixar com aspecto oleoso.

Pomada Regeneradora

Lanolina e Manteiga de Manga

Regenera fissuras e possui ação cicatrizante, hidratação oclusiva de dentro para fora 100% eficaz contra calosidades.

Creme Peeling

Casca de Nozes e Parafina

Sistema 2 em 1 de esfoliação e gomagem, renovação celular e higienização, exerce sobre a pele fisicamente escamação e esfoliação.

Fluido Emoliente

Uréia, Alantóina e Mentol

Cicatrizante, hidratante, antisséptico, promove ação refrescante e auxilia em todo o procedimento estético.

Tratamento e Prevenção!

Micoses, ressecamentos, fissuras, fungos e bactérias.



produtos destinados a profissionais
podólogos e manicures!

A Linha Podal Care é uma marca exclusiva **Tuon Cosméticos**
serviço de atendimento: +55 11. 4052.3535
sat@tuon.com.br - www.tuon.com.br

leira de material viscoelástico (silicone). Depois de três meses, o primeiro grupo apresentava uma redução na escala análoga de dor de 44 mm.

O segundo grupo apresentava uma melhora da sintomatologia de 34 mm, mais reduzida que no primeiro grupo. O terceiro grupo apresentava uma pobre redução de 22 mm. Evidencia-se que o tratamento mecânico da fascite plantar é uma excelente medida a curto prazo.

Turlik et al. 16 avalia o tratamento mediante suportes plantares a medida com tornoeleiras de acomodação standard.

Aos três meses de evolução descobriu que os resultados dos suportes plantares na medida eram melhor que nas tornoeleiras de acomodação. Pfeffer et al. 17 comparam 5 tratamentos diferentes, tornoeleiras de goma, tornoeleiras de silicone, tornoeleiras de feltro, suporte plantar na medida e estiramento em 200 pacientes.

Depois de 2 meses de evolução, descobriu que os suportes plantares tiveram melhores resultados que os tratamentos pré-fabricados. Martin et al 18 comparou os suportes plantares na medida com suportes do arco interno pré-fabricados e férulas noturnas de estiramento.

Aos 3 meses, o grupo de suporte plantares na medida, apresentavam uns melhores resultados, enquanto que os outros dois grupos apresentavam menor grau de satisfação e redução da sintomatologia.

Conclusões

Em grande parte dos casos de fascite plantar pode-se encontrar associada uma disfunção biomecânica. Como consequência imediata, tem que considerar uma premissa básica: o tratamento mais eficaz é o orientado a resolver a causa que produz a patologia.

O tratamento de primeira seleção será o tratamento conservador. A associação do tratamento ortopédico na terapia física normalmente utilizada proporciona um alívio eficaz não só da sintomatologia dolorosa, senão que compensa a causa da fascite, reestruturando o desequilíbrio biomecânico do pé. ▀

Podologia Alicante
www.podologiaalicante.com

Bibliografía

1. Núñez M, Llanos LF. Biomecánica, medicina y cirugía del pie. Barcelona: Masson; 2000. p. 190, 366.
2. Basas A. Fascitis plantar: prevención y tratamiento. Rev Esp Podol. 1999;10(3):149-54.
3. Fuller EA. The windlass mechanism of the foot. A mechanical model to explain pathology. J Am Podiatr Med Assoc. 2000; 90(1):35-46. Pubmed
4. Kirby K. Foot and lower extremity biomechanics. Payson: Precision Intricast 1997. p. 19,45.
5. Moreno JL. Podología Deportiva. Barcelona: Masson; 2005.
6. Valmassy, R.L. L.. Clinical Biomechanics of the Lower Extremities. St Louis: Mosby; 1996. p. 76.
7. Landorf KB, Keenan AM, Herbert RD. Effectiveness of different types of foot orthoses for the treatment of plantar fasciitis. J Am Podiatr Med Assoc. 2004;94(6):542-9.
8. Hernández LC. Fascitis plantar: hallazgos por resonancia magnética. Archivos de Medicina del Deporte. 2001;18(82):165-8.
9. Ozdemir H, Yilmaz E, Murat A, Karakurt L, Poyraz AK, Ogur E. Sonographic evaluation of plantar fasciitis and relation to body mass index. Eur J Radiol. 2005;54(3):443-7. Pubmed
10. Lemont H, Ammirati KM, Usen N. Plantar fasciitis: a degenerative process (fasciosis) without inflammation. J Am Podiatr Med Assoc. 2003;93(3):234-7.
11. Prieto R, Prieto JM. Fascitis plantar: diagnóstico y tratamiento. Rev Esp Podol 2003;14(6):272-8.
12. Igual C, Muñoz E, Aramburum C. Fisioterapia General. Cinesiterapia. Madrid: Ed. Síntesis; 1996.
13. Rodríguez JM. Electroterapia en fisioterapia. Madrid: Ed. Panamericana; 2001.
14. Escamilla E, Fernández LM, Martínez L, Benhamú S, Domínguez G. Fricción transversa profunda y podología deportiva. El Peu. 2002;22(3):142-7.
15. Lynch DM, Goforth WP, Martin JE, Odom RD, Preece CK, Kotter MW. Conservative treatment of plantar fasciitis. A prospective study. J Am Podiatr Med Assoc. 1998;88(8):375-80.
16. Turlik MA, Donatelli TJ, Veremis MG. A comparison of shoe inserts in relieving mechanical heel pain. The Foot. 1999;9(2): 84-7.
17. Pfeffer G, Bacchetti P, Deland J, Lewis A, Anderson R, Davis W, Alvarez R, Brodsky J, Cooper P, Frey C, Herrick R, Myerson M, Sammarco J, Janecki C, Ross S, Bowman M, Smith R. Comparison of custom and prefabricated orthoses in the initial treatment of proximal plantar fasciitis. Foot Ankle Int. 1999; 20(4):214-21. Pubmed
18. Martin JE, Hosch JC, Goforth WP, Murff RT, Lynch DM, Odom RD. Mechanical treatment of plantar fasciitis. A prospective study. J Am Podiatr Med Assoc. 2001;91(2)

Síndrome do Seio do Tarso

Lirios Dueñas Moscardó - Fisioterapeuta. *Espanha.*

O que é síndrome do Seio do Tarso?

O seio do tarso é um pequeno canal ósseo que corre pelo interior do tornozelo, por debaixo do osso astrágalo. O seio do tarso pode danificar-se devido ao uso excessivo junto à hiperpronação ou qualquer outra alteração biomecânica do pé. Contudo, a maior parte dos pacientes com Síndrome do Túnel do Tarso tem sofrido em algum momento de sua vida com uma entorse do tornozelo por inversão.

O seio do tarso contém muito líquido ou tecido sinovial (que se encontra nas articulações), o qual se inflama quando aparece esta síndrome; mas isto também pode ocorrer baixo condições inflamatórias como a gota ou a osteoartrites.

Sintomas da síndrome do seio do tarso:

- Dor leve localizado somente no maléolo lateral (proeminência óssea da parte externa do tornozelo).
- Hipersensibilidade no começo do seio do Tarso na parte externa do tornozelo.
- Dor ou dificuldade para correr em uma curva no tornozelo dolorido. Por exemplo, se o corredor sofre desta síndrome no tornozelo direito, poderia sentir dor ao fazer uma curva para a direita.
- Inversão passiva da articulação subastragalina dolorosa (articulação do osso astrágalo com o osso calcâneo do pé).
- Uma injeção com anestesia no seio do tarso doloroso confirmara o diagnostico aliviando a dor e permitindo uma função normal do pé.

Tratamento da síndrome do Seio do Tarso:

- Não realizar atividades que remitam dor.
- Aplicar gelo ou terapia fria para reduzir a dor e a inflamação.
- O medico poderá prescrever-lhe AINE's (antiinflamatório não esteróideo) como ibuprofeno (não deve tomar-lo se sofre de asma).
- A eletroterapia, como os ultra-sons ou TENS, ajudaram a reduzir a inflamação.



- A mobilização da articulação subastragalina é uma parte muito importante do tratamento e a reabilitação.

- A correção de qualquer alteração biomecânica como a hiperpronação por meio de umas palmilhas personalizadas, depois da realização de uma análise da caminhada ou corrida serão imprescindíveis para corrigir as alterações biomecânicas. A hiperpronação em alguns casos também pode corrigir-se mediante uns sapatos que neutralizem o excesso de pronação.



- Exercícios de fortalecimento no tornozelo, sobre tudo exercícios proprioceptivos usando placas de desequilíbrios. ▣

Lirios Dueñas Moscardó.
Profesora de la Facultad de Fisioterapia
de la Universitat de València.
liriosclinic@gmail.com



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

Orientação Sobre DST's e Prevenção para Idosos

Marcio Vicente Vangoni, Ruth Shimakura, Liliane Ramos, Aparecida Helena Vicentin. *Brasil*.

Pesquisa apresentada ao IDEAL "Grupo Interdisciplinar de desenvolvimento em estudos avançados e longevidade" referente ao Trabalho de Conclusão de Curso de Aperfeiçoamento em Gerontologia 2011

Introdução

No Brasil, a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842, de 4 de janeiro de 2004) e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1 de outubro de 2003), consideram como idosos todos os que compõem a população de 60 anos e mais, essa população vem aumentando devido ao avanço tecnológico, da melhoria na qualidade de vida e diminuição da fecundidade e da mortalidade, gerando uma transição demográfica, conforme pode ser comprovado através de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), relatam que até 2025 a população idosa corresponderá a 15% da população brasileira^{1,2,3,4,5}.

Apesar de estudos mostrarem esta transição demográfica, ainda há uma grande desvalorização e preconceito em relação à terceira idade, onde o envelhecimento rotula o idoso como assexuado, incapaz e inválido crônico, dificultando assim a manifestação de sua sexualidade ainda presente^{6,7,8}.

Esse novo perfil populacional, gera um grande desafio para o poder público, uma vez que a sexualidade na terceira idade é um tema emergente e vem despertando muito interesse na sociedade e estudos na área científica.

A sexualidade do idoso pode ser melhor compreendida se considerarmos que o comportamento sexual é determinado por vários princípios e valores que influenciam intensamente esse comportamento. Dessa maneira, o bem estar do idoso é resultado do equilíbrio entre a sua capacidade funcional e social, portanto, quanto mais ativo o idoso, maior será sua satisfação, consequentemente melhor será sua qualidade de vida.^{(CAETANO,2008)9}.

Houve um aumento progressivo de pessoas na terceira idade com boas condições psicológicas e físicas, dispostas a prosseguirem com sua vida sexual. Essas relações ganharam ainda mais impulsos com novos medicamentos para disfunção erétil e reposição hormonal dando condições para um desempenho sexual satisfatório.

As relações sexuais deixaram de ter um caráter

reprodutor e sim de realização pessoal, satisfação e melhoria na qualidade de vida, sendo assim o número de idosos com vida sexualmente ativa está aumentando, consequentemente, aumenta o número de casos de DST's e AIDS na terceira idade ^{(RIBEIRO,2005)10}.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas, tais como AIDS, SÍFILIS, entre outras.

Apesar das DST's/AIDS serem consideradas enfermidades que podem acometer indivíduos de várias idades, os idosos estão mais vulneráveis a adquiri-las, devido a algumas questões culturais que ainda permanecem como a infidelidade e multiplicidade de parceiras adquiridas na trajetória da vida dos homens que hoje tem mais de 60 anos, e não praticam sexo seguro porque isso nunca fez parte da vida deles.^{(Saldanha e Vasconcelos, 2008)11,12}.

No Brasil os últimos estudos observam um aumento do número de casos de AIDS na terceira idade, superando o crescimento do número de casos da doença entre os adolescentes de 15 a 19 anos,^{(BRASIL,2009)3}. Segundo dados do Ministério da Saúde (2009), de 1985 à 30/06/2008 foram diagnosticados 505.760 casos de AIDS no Brasil, sendo 12.141 casos na população idosa³.

O aumento das DST's /AIDS na terceira idade é devido a falta de conhecimento e de liberdade para falar no assunto, considerando que quando eram jovens não tiveram a oportunidade de receber educação sobre essas DST's.

Diante à evolução da epidemia da AIDS na população da terceira idade, se faz indispensável novas posturas do poder público e da sociedade em desenvolver medidas preventivas a fim de diminuir o número de casos de HIV/AIDS nessa população, uma vez que as campanhas para prevenção dessa enfermidade voltada para os idosos é garantido no Artigo 10 do capítulo IV da Política Nacional do Idoso, instituída através da Lei nº 8.842, de 04/11/94, que tem como objetivo proteger esse segmento da população, garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único

de Saúde, além de prevenir, promover e recuperar a saúde do idoso. Mediante programas e medidas profiláticas (BRASIL,2003)¹³.

Preocupados com essa falta de campanhas direcionadas a essa população específica, resolvemos elaborar um folder, para tentar minimizar a incidência dessa enfermidade na terceira idade.

Objetivos

Geral:

- Apresentar revisão bibliográfica da posição dos idosos sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis – “DST”.

Específicos:

- Identificar estratégias para prevenção.
- Elaborar folder informativo sobre DST's e sua prevenção.

Materiais e Métodos

Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter retrospectivo, uma vez que pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos. Para tanto foi realizado um levantamento literário do assunto em livros da área de Saúde Coletiva, Estatuto do Idoso, Vigilância Epidemiológica, Promoção à Saúde e no banco de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando como palavras-chaves terceira idade, sexualidade, epidemiologia, HIV e perfil de saúde.

Considerações Finais

Esta revisão demonstrou que o número de infecções pelo vírus HIV/AIDS em pessoas com 60 anos ou mais, acompanha o crescimento populacional devido ao aumento da qualidade de vida, redução da taxa de mortalidade, resultando assim na nova característica da epidemia.

Apesar de estarmos no século XXI, falar de sexo e AIDS na terceira idade ainda é um tabu para a população e para os profissionais de saúde devido o estereótipo do idoso assexuado permanece ativo na sociedade, representando um obstáculo na luta para a realização de medidas preventivas nessa idade, já que esses profissionais apresentam dificuldade em abordar esses assuntos em suas consultas.

Diante a confirmação que os idosos conservam uma vida sexual ativa, torna-se indispensável que o poder público desenvolva políticas de prevenção às DST/AIDS, com o idoso no foco das campanhas publicitárias, onde ele possa sentir-se

inserido na sociedade e parte integrante da mesma. Pretendemos com esse estudo desenvolver um folder para orientar os idosos sobre a importância do uso de camisinha, como meio fundamental de prevenção, contribuindo assim para a redução do número de casos de DST/AIDS nessa população. ■

Referencias bibliográfica

1. Brasil, Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica, 2005. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/AIDS_gv_e.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2011.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa, 2006. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cader_nos_ab/abcad19.pdf. Acesso em: 20 de agosto de 2011
3. Brasil, Ministério da Saúde. DATA SUS. Casos de AIDS identificados no Brasil, 2009. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def>.
4. IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios. Brasília-DF, 2002. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acessado em 28/8/2011.
5. CURIONI, Cíntia; PEREIRA, Renata; VERAS; Renato. Perfil demográfico da população idosa no Brasil e no Rio de Janeiro em 2002, 2003. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo>. Acesso: 1/9/2011.
6. Oliveira, Maria Liz Cunha de; Oliveira, Selma Regina Nunes; Iguma, Lilian Tamy. O processo de viver nos filmes: velhice, sexualidade e memória em Copacabana. Texto contexto-enferm., Florianópolis, v16, n.1, 2007.
7. MATTOS, Gislene; NAKAMURA, Eunice. Aspectos da sexualidade no processo de envelhecimento, 2007. Disponível em: www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/oitavo_a_manha/artigo08.pdf. Acesso em: 20/9/2009.
8. Santos NJS, Tayra A, Silva SR, Buchalla CM, Laurenti R. A AIDS no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. Rev Bras Epidemiol 2002; 5(3): 286-310. Acessado em: 28 de agosto de 2011.
9. CAETANO, Simone. Sexualidade na terceira idade, 2008. Disponível em: www.webartigos.com/articulos/11942/1/sexualidade-na-terceiraidade/pagina1.html. Acesso em: 11 fev. 2009.
10. Ribeiro, Alda. Sexualidade na Terceira Idade. In.: Netto, Matheus Papaleo & Cols. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Ateneu, 2005.
11. SALDANHA, Ana; VASCONCELOS, Isabel. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento, 2008. Disponível em: www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=376. Acesso em: 17 set. 2011
12. ZORNITTA, Marlene. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da bioética, 2008. Disponível em: www.saberviver.org.br/pdf/dissertacao_novos_idosos.pdf. Acesso em: 20 set. 2011.
13. BRASIL, Ministério da Saúde. Legislação sobre DST e AIDS no Brasil, 2003. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_dst_aids_brasil.pdf. Acesso em: 24 set. 2011.

Trabalho final:

Folder
informativo
sobre DST's e
sua prevenção

**Trabalho de Conclusão de Curso de
Aprimoramento em Gerontologia 2011**

MARCIO VICENTE VANGONI
RUTH SHIMAKURA
LILIANE RAMOS
ORIENTADORA: Aparecida Helena Vicentin

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Ribeiro, Alda. Sexualidade na Terceira Idade. In: Netto, Matheus Papaleo & Cols. Gerontologia. A velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Ateneu, 2005.

2. SILDANHA, Ana; VASCONCELOS, Isabel. Vulnerabilidade ao HIV na velhice: riscos, prevenção e tratamento, 2008. Disponível em: <http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=376>. Acesso em: 17 set 2011

3. ZORNITTA, Marlene. Os novos idosos com AIDS: sexualidade e desigualdade à luz da biotica, 2008. Disponível em: <http://www.saberviver.org.br/pdf/dissertacao_novos_idosos.pdf>. Acesso em: 20 set. 2011.

ORIENTAÇÃO SOBRE DST'S E PREVENÇÃO PARA IDOSOS



Houve um aumento progressivo de pessoas na terceira idade com boas condições psicológicas e físicas, disposições a prosseguirem com sua vida sexual. Essas relações ganharam ainda mais impulsos com novos medicamentos para disfunção erétil e reposição hormonal dando condições para um desempenho sexual satisfatório.



Segundo a Organização Mundial de Saúde, as doenças sexualmente transmissíveis (DST) são transmitidas, principalmente, por contato sexual sem o uso de camisinha com uma pessoa que esteja infectada, e geralmente se manifestam por meio de feridas, corrimentos, bolhas ou verrugas, tais como AIDS, SIFILIS, entre outras.



O aumento das DST's /AIDS na terceira idade é devido a falta de conhecimento e de liberdade para falar no assunto, considerando que quando eram jovens não tiveram a oportunidade de receber educação sobre essas DST's.

A Podologia de Brasil e Portugal - Um Futuro Promissor.

O Podologo Israel de Toledo, nosso Diretor Científico, esteve no mês de Março ministrando cursos em Portugal, convidado pelos profissionais portugueses.

Em Junho de 2010, é dado início a uma parceria que certamente iria mudar o futuro da podologia da língua Portuguesa no mundo.

A Revistapodologia.com organizou o Primeiro Congresso Multiprofissional para a Saúde dos Pés realizado na cidade de Curitiba-PR 27 e 28 de Junho 2010), deu o primeiro passo de intercambio profissional entre os países de Brasil e Portugal ao trazer pela primeira vez o Podologista Dr. André Filipe Ferreira, de Portugal, para dar duas palestras no congresso e um curso em São paulo. Através desta iniciativa foi aberto o link entre os dois países.



Já em 2011, para a 2ª edição do mesmo congresso, tivemos a presença do Professor e Coordenador do curso de Podologia da Universidade CESPU, o Dr. Miguel Oliveira, que nos honrou com sua apresentação e conhecimentos compartilhados. Desta forma, foi fortalecida a interação entre as podologias dos dois países.



Agora em 2012, o Pdgo. Israel de Toledo, Diretor Científico da Revistapodologia.com, á convite de um destacado Podologistas de Portugal (pelos cursos e iniciativas) o Dr. Manuel Cerqueira, foi chamado a ministrar curso de “Terapia Fotodinâmica” na cidade do Porto - Portugal, onde pode compartilhar com os colegas Portugueses nossa tecnologia.

Muito bem recebido pelos colegas, foram 2 turmas durante dois dias, onde houve interação profissional e principalmente, uma “quebra” em mitos e paradigmas que por muito tempo separou a podologia dos dois países.



Podgo. Israel de Toledo ministrando curso de Terapia Fotodinâmica em Portugal.

Mas como o intuito era ampliar e aproximar ainda mais a podologia dos dois países, e como por ambas as partes havia interesse pelo futuro da podologia da língua portuguesa, foram feitos diversos encontros e jantares regados ao maravilhoso vinho Português e boa conversa, como a que teve com o Prof. Dr. Domingo Gomes.

O Podólogo Israel de Toledo esteve com as mais importantes personalidades da podologia de Portugal, onde na Universidade CESPU, pode estar com os coordenadores do curso dos dois polos de podologia, o Prof. Dr. Miguel Oliveira (que além de um excelente anfitrião, também um amigo), onde pode conhecer as instalações da Universidade e ver de perto uma das mais respeitadas podologia do mundo. E também, recebido pelo outro coordenador e presidente da APP (Associação Portuguesa de Podologia) o Prof. Dr. Manuel Portela, que gentilmente o recebeu e posicionou a abertura das portas Portuguesas para a podologia Brasileira.

Foram momentos importantes para a podologia, pois esta sim é a maior privilegiada numa parceria Luso-Brasileira, como assim mostrou o Prof. Dr. A. Almeida-Dias (presidente do grupo CESPU).

É fato que existem diferenças entre a podologia dos dois países, existe muitas situações em que a podologia Portuguesa está mais avançada do que a Brasileira, mas, observou-se que existem muitas situações em que o Brasil mostra uma excelente podologia de resultados e tecnologia, que vem crescendo a cada ano, mas o mais importante é que numa parceria ambos os países seriam beneficiados! Indo além disso, crendo que somente com esta fusão, a podologia da língua portuguesa poderia mostrar ao mundo seu potencial.

Hoje, o Brasil tem necessidades claras de que se precisa de mais universidades com podologia, pois por ser um país de nível continental, uma única universidade (por melhor que seja), não é capaz de suprir a demanda necessária para o crescimento da profissão. Precisamos desta formação e por mais capacidade que o podólogo Brasileiro tenha, seu reconhecimento só surgirá com a formação superior!

A Revistapodologia.com, com toda a sua simplicidade e dedicação, tem buscado levar ao mundo (independente de sua língua) uma podologia aberta e principalmente, com a característica do “compartilhar”, pois apenas assim, compartilhando nossos conhecimentos, respeitando as necessidades uns dos outros mas acima de tudo, respeitando nossa amada profissão (e isso se mostra com ciência e dedicação ao crescimento da podologia) é que levaremos a podologia ao seu devido lugar, que é o respeito junto as demais profissões da área da saúde, sabendo que nosso papel como podólogos é acima de tudo, singular. ▣

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

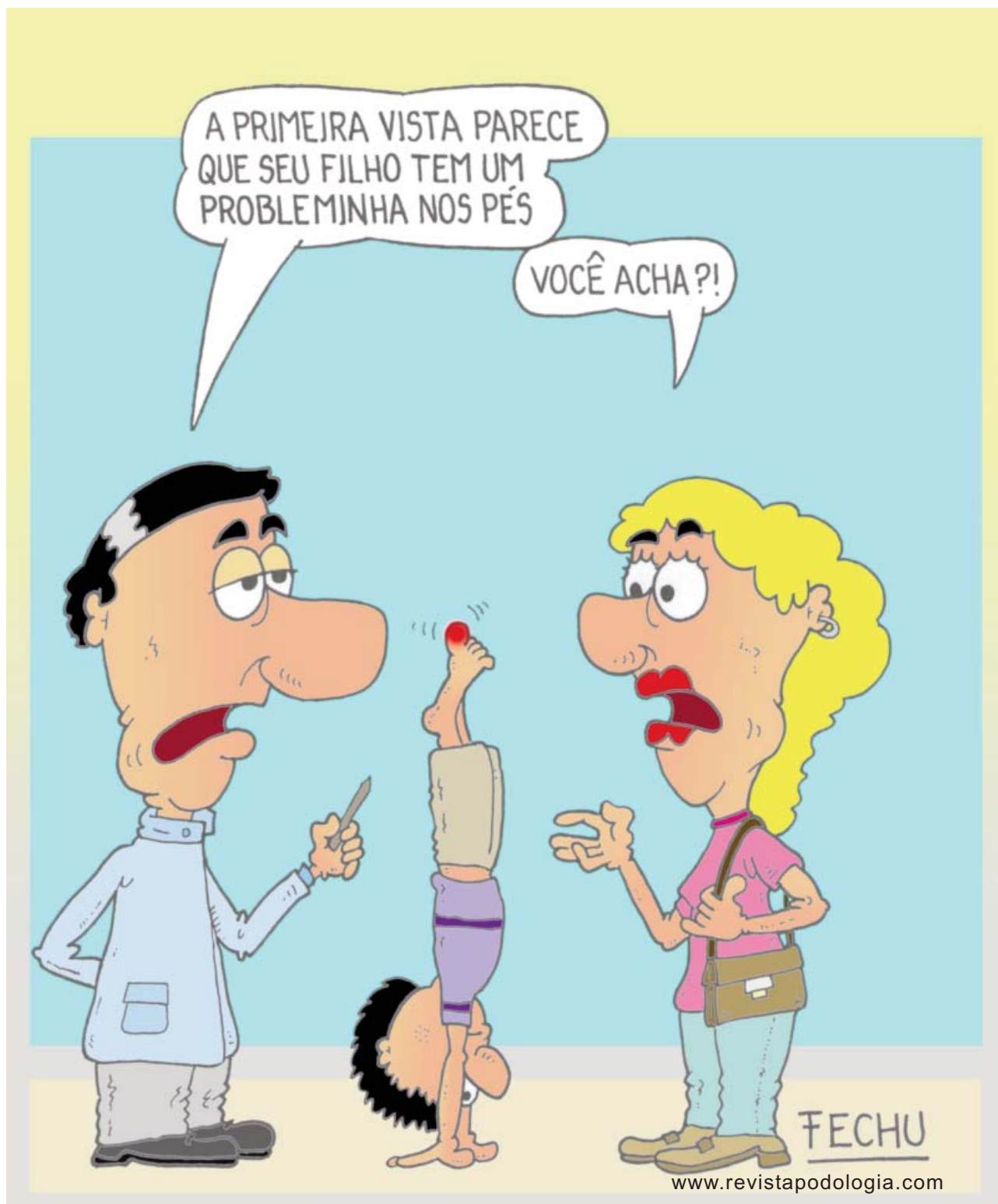


INMETRO

ANVISA
80323310002

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





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

Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

revista@revistapodologia.com - www.revistapodologia.com

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁCTICOS

40 x 30 cm



OSSOS DO PÉ 1



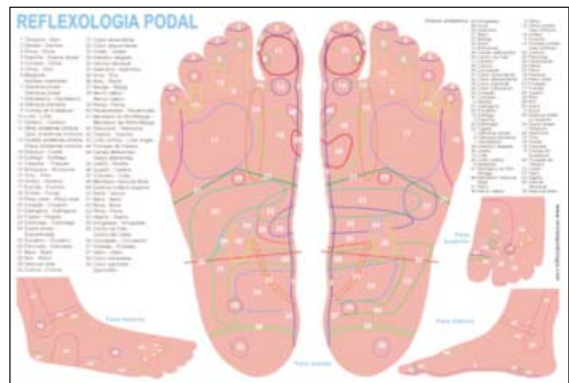
OSSOS DO PÉ 2



SISTEMA MÚSCULO VASCULAR



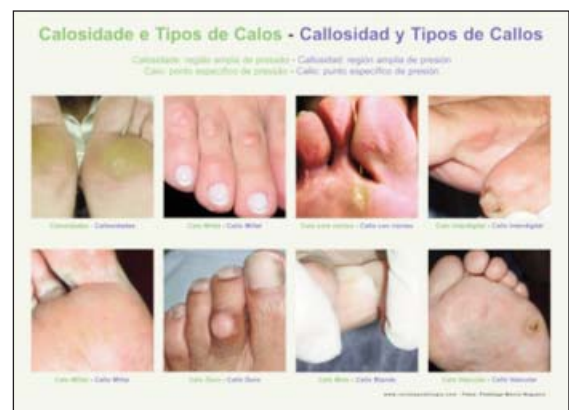
ONICOMICOSSES



REFLEXOLOGIA PODAL



CLASSIFICAÇÃO MORFOLÓGICA DOS PÉS



CALOSIDADE E TIPOS DE CALOS

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

A la venta en nuestro Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com

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