

revista podologia .com

Nº 66 - Fevereiro 2016

Revista Digital de Podología

Gratuita - Em português

PODOLOGIA 
ANO 1  **FEPOAL**
NUMERO 2 FEDERACION DE PODOLOGOS
DE AMERICA LATINA A. C.

revistapodologia .com

Revistapodologia.com n° 66
Fevereiro 2016

Diretor

Alberto Grillo

revista@revistapodologia.com

ÍNDICE

Pag.

- 4 - Aplicação da técnica Syme terminal em dedos menores.
Rafael Rayo Rosado, Antonio Jurado Polvillo, Ana M^a Rayo Pérez. Espanha
- 9 - PODOLOGIA - Ano 1 - Número 2 - FEPOAL A.C.
- 17 - O calçado profissional no paciente diabético.
J. Viadé Julià. Espanha
- 23 - Principais patologias que acometem os pés de idosos no processo de envelhecimento. TCC.
Angela Teresa Rodrigues Peral, Fernanda Graciela Mariano, Maria Cristina dos Reis e Martha Florinda Silveira. Brasil
- 37 - SINPOERJ - Sindicato dos Podólogos do Estado do Rio de Janeiro.
- 38 - ABP - Associação Brasileira de Podólogos.

Revistapodologia.com

Mercobeauty Importadora e Exportadora de Produtos de Beleza Ltda.

Tel: #55 19 98316-7176 (WhatsApp) - 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 assinadas 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.

SPA de Renovação Celular Sem Enxágue Prime Sense

Um novo conceito para o tratamento de pés e mãos:

- esfoliação
- hidratação profunda
- massagem relaxante



Saiba mais na página da
Prime Sense no facebook
(leitor de QR Code - android / iOS)

ONICO REPAIR – 20ml



- ✓ Solução fortalecedora e reparadora para unhas.
- ✓ À base de óleos essenciais de Melaleuca, Tomilho e Cravo*.
- ✓ Auxilia no tratamento de **micoses e frieiras**.
- ✓ Rendimento: cerca de 650 gotas → meses utiliza 2do gotas/dia

FLUÍDO DE LIMPEZA – 365ml



- ✓ Fluido higienizante, umectante, desodorizante e refrescante;
- ✓ Para pés, mãos e unhas - antes, durante e pós os procedimentos;
- ✓ Rendimento: cerca de **250 pares** de pés
- ✓ Contém óleos essenciais de Melaleuca, Tomilho* e Lemongrass*;
- ✓ Contém Glicerina (umectante).

Aplicação da Técnica Syme Terminal em Dedos Menores

Rafael Rayo Rosado *1; Antonio Jurado Polvillo *2; Ana M^a Rayo Pérez *3. *Espanha.*

*1- Profesor colaborador del Departamento de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Director del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla. Doctor por la Universidad de Sevilla. España.

*2- Becario del Área Clínica de Podología de la Universidad de Sevilla. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. España.

*3- Estudiante de Podología. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla. España.

RESUMO

O procedimento de Syme aplicado a nível distal nos dedos é uma amputação parcial das estruturas moles e ósseas terminais de um dedo. Se considera um procedimento radical na cirurgia ungueal, pois elimina de forma permanente a unha. Esta técnica que em princípio pode parecer excessiva para atender processos distais, apresenta suas indicações e pelo tanto, pode ser uma alternativa perante alterações combinadas da unha e o osso subjacente.

Conclusões: O procedimento Syme oferece um excelente resultado estético e funcional, ao ser realizado principalmente nos dedos menores. É uma boa opção em aqueles casos onde existe uma deformidade ungueal combinada com uma alteração da estrutura óssea subjacente, na qual está indicada a ressecção de esta, por exemplo, ante a presença de tumores, processos sépticos, deformidades importantes, etc.

Palavras-chave: procedimento Syme, amputação terminal.

INTRODUÇÃO

A técnica Syme aplicada a nível digital consiste em uma amputação parcial do dedo e recebe esse nome em honor ao cirurgião escocês James Syme, quem descreveu um bom número de procedimentos cirúrgicos e técnicas para melhorar o resultado estético e funcional das amputações do membro inferior. Em 1933, Lapidus populariza este procedimento e o descreve como a extração do aparelho ungueal em bloco assim como aproximadamente de um 1/3 da falange proximal, relacionando as deformidades ungueais com alterações subungueais (1,2,3,4,5). Em 1950 Thompson e Terwilliguer o descrevem como tratamento radical na onicocriptose (1,6). Por outro

lado, temos que comentar que existem outras técnicas com a mesma nomenclatura em cirurgia podológica, que consistem em técnicas de desarticulação que podem se realizar em distintos níveis quando exista, por exemplo, necrose tissular como consequência de uma insuficiência arterial periférica, sempre e quando tenham se esgotado tratamentos mais conservadores (1, 2, 7).

Se mantém a mesma nomenclatura devido a similitude do procedimento, porém diferem na magnitude onde destaca a técnica Syme realizada a nível da articulação tibio-peroneo-astragalina(4,7).

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

Esta técnica a consideramos adequada em casos clínicos representando onicodistrofia e deformidade ou processos que afetem a falange subjacente nos quais esteja indicado eliminar estas estruturas. Uma situação clínica na qual poderíamos indicar este procedimento seria a presença de exostoses periungueais ou subungueais que originem dor devido fricção e compressão com o calçado (foto 1).



Foto 1. Imagem precirúrgica do pé esquerdo como presença de onicodistrofia e helomas periungueais.

O procedimento será realizado baixo anestesia local simples mediante um bloqueio anestésico troncular do quinto dedo com 2 cc de cloridrato de mepivacaína ao 2% combinado com 0,4 cc de Betametasona acetato. Após lavado cirúrgico, procede-se á realizar a isquemia digital do quinto dedo como uma fita hemostática, proporcionando um campo exangue durante o processo para melhorar absorção de estruturas.

Desenho e execução da incisão

Com um lápis demográfico se marca a zona a remover, e que deve abarcar todo o aparelho ungueal com uma margem o suficientemente ampla que garantisse que na extração de tecidos se incluía também os tecidos matriciais para garantir a correta eliminação permanente da unha.

O desenho apresenta duas incisões, uma proximal e a outra distal. A primeira se realiza proximal ao hiponíquio para assegurar a inclusão da matriz ungueal no tecido extraído, aproximadamente está incisão se pode realizar sobre a linha articular da articulação interfalângica distal (1,4).

A segunda incisão tem forma de "U" e se estende a partir da incisão proximal chegando até a zona mais dorsal da parte mole do dedo, abarcando todo o aparelho ungueal e dando lugar a um retalho plantar. (1,4). (Foto 2)



Foto 2. | Incisão e remoção do retalho plantar cutâneo que inclui o aparelho ungueal.

Osteotomia é remodelado ósseo

Para eliminar os tecidos ósseos subjacentes, se deve liberar o osso a partir das aderências.

O osso pode ser cortado com serra mecânica. Dependendo da afetação óssea, pode se extirpar desde 2/3 da falange distal até incluso parte da falange meia.

Após a extração da peça óssea (Foto 3), deve-se remodelar o osso não retirado. Isto se realiza

como uma fresa ou uma lima de osso, para evitar deixar restos que possam repercutir na aparição de complicações pós cirúrgicas (1).

Após se deve realizar um lavado abundante com solução salina fisiológica, para retirar os restos da zona.



Foto 3. Liberação das estruturas plantares, extirpação da peça óssea e remodelada da zona.

Sutura

Comprovase o fechamento adequado mediante o dobrado do excesso dos tecidos molhes sobre a cara dorsal do dedo. Às vezes, devido aos excedentes de tecidos podem se formar "orelhas de cão", que devem ser corrigidas mediante uma técnica plástica adequada permitindo uma boa coaptação das bordas, dando como resultado uma melhor estética pós-cirúrgica (foto 4).



Foto 4. Aparência do dedo depois de remover o componente ósseo.

Recomenda-se o uso de sutura de seda ou monofilamento de 4/0 ou 5/0 (1) para a síntese (foto 5).



Foto 5. Sutura do toco com pontos soltos com nylon, retirada da pele excedente e visão final da sutura.

Curativo

Aplica-se um curativo absorvente não aderente sobre a ferida cirúrgica. Após isto, colocar uma gaze aberta longitudinalmente com a finalidade de ferulizar o dedo. Finalmente, se aplicam algumas gazes e realiza-se um curativo semi-compressivo.

CUIDADOS PÓS-CIRÚRGICOS E CURATIVOS

Os curativos pós-cirúrgicos são realizadas cada 5-7 dias se procede a lavar a ferida cirúrgica como soro salino fisiológico e aplicar um anestésico na zona intervinda. Aos 15 dias tira-se a sutura e as quatro semanas poder se dar a alta do paciente.

Fotos 6 y 7

DISCUSSÃO

Embora seja um procedimento radical no tratamento da onicocriptose, tem sua utilidade em situações onde se deva extrair de forma conjunta todo o aparelho ungueal (incluindo tanto o leito, lâmina, matriz e os tecidos periungueais) e as estruturas ósseas subjacentes.



Foto 6. Raio x com projeção A-P pre-cirúrgica e pós-cirúrgica.



Foto 7: Resultado final

As principais indicações do procedimento são: onicodistrofias com ou sem helomas periungueais associados, onicogrifoses, onicomicoses, onicocriptoses severas, encondroma, cisto epidermóide intraósseo, osteoma osteóide subungueal, onicocauxis, tumor glômico, deformidades digitais no plano sagital, macrodactilia, epitelioma cuniculatum, melanoma maligno, melanoni-quias, iatrogênias cirúrgicas, traumatismos severos e osteomielites secundária a onicocriptoses crônica (1,2,4), embora nesta última é necessário tratar previamente a infecção mediante uma terapia antibiótica, para não favorecer a disseminação da mesma (1).

Por outro lado, o impacto estético e funcional nos dedos centrais é primeiro dedo é maior, pelo que deve-se evitar seu uso nos mesmos, já que outras técnicas mais conservadoras oferecendo melhor resultado estético (1,4).

CONCLUSÕES

O procedimento Syme permite tratar de forma conjunta as deformidades dermatoungueais e da estrutura óssea subjacente.

Deve-se evitar nos quatro primeiros dígitos, já que apresenta resultado mais favorável no quinto dedo, com uma menor repercussão funcional e estética, permitindo reduzir recorrência de alterações dermatoungueais devido a fricção com o calçado.

Requere-se destreza para sua realização, já que a maioria das complicações que apresenta são devido há uma má planificação da técnica e execução da mesma.

Rafael Rayo Rosado
rafaelrayo@us.es

BIBLIOGRAFIA

1. Martínez Nova A, Córdoba Fernández A, Juárez Jiménez J. M, Rayo Rosado R. Podología. Atlas de cirugía ungueal. Editorial Médica

Panamericana, 2015.

2. Laco J. E. Nail surgery. En: Hetherington V. J. Hallux valgus and forefoot surgery. Editorial New York (NY): Churchill Livingstone, 1994.

3. Lapidus P. W. Complete and permanent removal of toenail in onychogryphosis and subungual osteoma. American Journal of Surgery, 1933; (19): 92.

4. García Carmona F. J. Patología y cirugía ungueal. Mayo Ediciones, 2008.

5. Santamaría L, Villalva P, Gentini D. et Al. Amputación digital de Syme. Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología, 2005; 70 (1): 12-15.

6. Thompson T.C, Terwilliger C. The terminal Syme operation for ingrown toenail. Surgical Clinics of North America, 1950; (31): 575-584.

7. Bouchard J. L. Basic principles and techniques of forefoot amputations. The Podiatric Institute, 1997; (45): 276-283.

8. Southerland J. T, Boberg J. S, Downey M. S, Aprajita N, Rabjohn L. V. McGlamry's comprehensive textbook of foot and ankle surgery. (4^o ed). Ed. WoltersKluwerHealth / Lippincott Williams & Wilkins, 2013.



ebook VALORIZANDO O PODÓLOGO

**DESCUBRA GRÁTIS
NESSE EBOOK
COMO GANHAR O
RECONHECIMENTO
DA SUA FAMÍLIA, AMIGOS E
PROFISSIONAIS DA SAÚDE
ATRAVÉS DA PODOLOGIA**

www.podologiaatual.com.br





8^o

Congresso de Podologia HAIR BRASIL

17 de Abril
2016

Expo Center Norte
São Paulo

Um evento

HairBrasil
Profissional

15ª Feira Internacional de
Beleza, Cabelos e Estética

16 a 19 • Abril • 2016

EXPO CENTER NORTE
SÃO PAULO

**INVISTA EM SUA
QUALIFICAÇÃO
PROFISSIONAL**

Atualize-se na mais importante
feira de beleza profissional
da América Latina

Realização

HairBrasil
Profissional

Gestão e realização

São Paulo
feiras comerciais

Apoio Institucional

ABIHPEC
Associação Brasileira de Podologia

interc@fure
MONDIAL
Associação Brasileira de Podologia

(11) 3897-6158 / (11) 3897-6178

atendimentoprofissional@hairbrasil.com.br
atendimentoempresarial@hairbrasil.com.br

hairbrasil.com



@HairBrasilProfissional

EDITORIAL

VOL. II

PODO|LOGIA



FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

“Desarrollando la Podología en América Latina”

ANO 1
NUMERO 2
Fevereiro 2016

Um espaço de diálogo e intercâmbio de experiências e análises de temas que alavancam o desenvolvimento de protocolos universais no âmbito da Podología de América Latina.



Oportunidade para compartilhar experiências, intercambiar conhecimentos, aprender e crescer como profissionais.



revistapodologia
.com

Editorial

Prezados filiados, apoiadores e amigos FEPOAL, A.C.

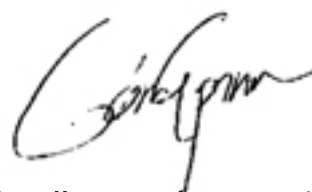
Por este meio desejo agradecer seu apoio e empatia sempre presentes para o trabalho realizado pela nossa equipe. Sem dúvida, nós plantamos uma semente na podologia no âmbito de educação contínua, já que antes do pensado ha começado a germinar o desejo de se profissionalizar. Graças a vocês tivemos presença em foros internacionais, nas redes sociais, nos meios de comunicação (seguramente menos do que merecemos) fazendo chegar a todos nossos colegas nossas propostas, e graças a vocês podemos dizer que hoje, é pouca a gente que não conhece ou reconhece em FEPOAL, A.C. uma equipe solida e responsável de profissionais.

Estamos muito orgulhosos com os resultados da campanha de filiação internacional desenvolvida, já que a pesar que tivemos lutado com uma desigualdade de meios manifesta por aqueles indivíduos a quem não temos permitimos deter a independência e autonomia de FEPOAL, A. C. e a pesar dos seus insistentes debates sem orientação e fundamentos acadêmicos, hoje contamos com representação internacional em Inglaterra, Itália, Espanha, Colômbia, Peru, Argentina, Brasil, Índia y Macao. Alem de protagonizar em conjunto com PodosLogo Itália, o I Congresso Internacional Metodologia e Prática Laser, Fototerapia e Terapia Fotodinâmica em Milan, Itália. Com o Hospital General de México, o Seminário sobre Metodologias Práticas em Podología, em México, D.F.

Quero agradecer ao Prof. Antonio Serafín responsável da área de podologia do Instituto Ortopédico Galeazzi por todo o seu apoio para a realização de este evento, a Dra. Virginia Novel Martí, presidente do Congreso, ao Dr. Gaetano Di Stasio por acreditar neste projeto, a Dra. Carine Haemels presidente FIP-IFP por aceitar nosso convite a este foro internacional, Israel de Toledo, Eduardo de la Garza, Giuseppe D'Agostino, Verónica Basurto e Abraham Arias, por seu apoio incansável para lograr que FEPOAL, A.C. continue sendo uma federação facilitadora da investigação científica, da prática em equipe, da criação de educação baseada em academia e evidencias, mesmas que se traduzem em melhor atendimentos aos pacientes e a sua vez, em maior satisfação na prática diária entre nossos membros.

Desde Itália nossos postulados são alimentados mais do que nunca, pela firme convicção de que juntos, como uma federação orientada para a comunidade internacional, podemos promover mais cultura e informação no cuidado e atenção ao pé.

"Desenvolvendo a Podología Internacional"



Mario Alberto Gómez Espinoza
Presidente de FEPOAL, A.C.

Metodologías – Programa Trimestre I

FACULTY

Dario **BARONE** - Podologo

Responsabile Ortopedia e Servizio di Podologia Podoservice Casalnuovo Napoli, Italia

Ferdinando **CAMPITIELLO** - Chirurgo

Seconda Università degli Studi di Napoli, Responsabile Centro di Eccellenza per lo studio ed il trattamento delle ulcere cutanee SUN Napoli, Italia

Vito Michele **CASSANO** - Podologo

Servizio di Podologia Divisione Diabetologia ASL2 Lucca, Italia

Luis **CASTILLO** - Podologo Podiatra

Professore di Chirurgia Mis Università FUB Manresa, Presidente AEMIS Associazione Spagnola di Chirurgia Minimale, Spagna

Giuseppe **D'AGOSTINO** - Podologo

Delegato italiano FEPOAL, Benevento, Italia

Eduardo **DE LA GARZA SOSA** - Podologo

Responsabile Logistica FEPOAL Monterrey, Messico

Israel **DE TOLEDO** - Podologo Tecnico Ortopedico

Vicepresidente FEPOAL ABP. Associação Brasileira de Podólogos San Paolo, Brasile

Gaetano **DI STASIO** - Podologo

Professore a c. Università degli Studi di Firenze Master Biomeccanica e Corsi di Perfezionamento in Podologia, Responsabile Podos Logo Italia Napoli, Italia

André **FERREIRA** - Podologo Podiatra

Specialista in Minimal Invasive Podiatric Surgery Londra, Inghilterra

José **GARCIA MOSTAZO** - Podologo

Director Del Consejo General De Colegios Oficiales De Podologos, Segretario generale FIP, Spagna

Mario A. **GÓMEZ ESPINOZA** - Podologo

Presidente FEPOAL, Federazione Podologi America Latina, Messico

Carine **HAEMELS** - Podologo

Presidente FIP Federazione Internazionale Podologi, Belgio

Marta **MALGRATI** - Podologo

Prof. di Podologia UNIMI, Servizio di Podologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Mirko **MUTTI** - Fisiatra

Reparto di Medicina riabilitativa IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Virginia **NOVEL** - Podologo

Professore Emerito Università di Barcellona, Spagna

Valerio **PEDRELLI** - Chirurgo Estetico

Divisione di dermatologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Paolo Maria **PIGATTO** - Dermatologo

Prof. Associato di Dermatologia UNIMI, Resp. Servizio di Dermatologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Andrea **PREDA** - Podologo

Prof. di Podologia UNIMI, Servizio di Podologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Antonio **SERAFIN** - Podologo Tecnico Ortopedico

Direttore Didattico C. di L. Podologia UNIMI, Prof. di Podologia UNIMI, Resp. Servizio di Podologia IRCCS Galeazzi Milano, Italia

Convênios Internacionais

I CONGRESSO INTERNAZIONALE METODOLOGIA E PRATICA

5 y 6 de Marzo de 2016. Milán, Italia

Federación de Podólogos de América Latina, .A.C.

- *Pdgo. Mario Alberto Gómez Espinoza - Presidente*

- *Pdgo. Israel de Toledo - Vicepresidente*

- *Pdgo. Eduardo de la Garza – Dir. Relaciones y Asuntos Internacionales*

Por Espanha:

Asociación Española de Cirugía de Mínima Incisión del Pi

- *PD. P Luis Castillo Sánchez – Presidente*

Por India:

Uttar Pradesh Madhmed Association

- *MD Kshitij Shankhdhar - Presidente*

Por Inglaterra:

Federación de Podólogos de América Latina, .A.C. Inglaterra

- *Pdgo. André Ferreira – Representante Internacional*

Por Colombia:

Asociación Internacional de Podologos - AIP

- *Pdga. Alba Janeth Rodríguez Cotrino - Presidente*

Por Macao:

Federación de Podólogos de América Latina, .A.C. MACAO

- *Pdga. Sara Lopes – Representante Internacional*



FILIAÇÃO FEPOAL

Protocolos científicos,
conhecimentos acadêmicos e
sistematizados em Podologia



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

Oportunidade para compartilhar experiências,
intercâmbio de conhecimentos, aprender e
crescer como profissionais



www.fepoal.com

O que sua filiação lhe dá

A **Federación de Podólogos de América Latina, A.C.** oferece aos seus afiliados exclusivos benefícios:

- ✓ Certificado como membro ativo de **FEPOAL**. (Envio eletrônico)
- ✓ Satisfação de pertencer ao grupo mais exclusivo de podologia de América Latina.
- ✓ Proporcionar conhecimentos acadêmicos superiores ademais de elevar a podologia ao mais alto nível através de protocolos sistematizados.
- ✓ Formação continuada através de seminários e talheres apresentados por nossos especialistas em América Latina e Europa.
- ✓ Descontos garantidos em congressos seminários e diplomados quer realize **FEPOAL** no ano da filiação.
- ✓ Envio eletrônico das apresentações com os temas que se apresentem nos eventos de **FEPOAL**.
- ✓ Notificação por e-mail de notícias e eventos de **FEPOAL**.
- ✓ Envio do anuário de **FEPOAL**.
- ✓ Se relacionar como podólogos e especialistas do grupo multidisciplinar que são autoridade na Podología de Latinoamérica.
- ✓ A satisfação de estar filiado à primeira organização de América Latina que brinda Educação Continuada em Podología.

Alem de todos estes benefícios, sua decisão de unir-se a **FEPOAL**, está alimentada pela firme convicção de que juntos, como uma associação baseada na comunidade, podemos melhorar a cultura no cuidado e atendimento do pé. Precisamos do seu apoio continuou para construir está Federação e lograr nossos objetivos.

¡Filie-se à **FEPOAL** hoje!

Centro de Atendimento FEPOAL:

Comunicação: Pdga. Verónica Mayela Basurto Trejo

Telefone de contacto: 01 (81) 1951-2265

WhatsApp FEPOAL: +52 1 81 1951-2265

Email: fepoal@hotmail.com

Organiza



FEPOAL
FEDERACIÓN DE PODÓLOGOS
DE AMÉRICA LATINA A. C.

Aval Académico



**HOSPITAL
GENERAL
de MÉXICO**

SEMINARIO SOBRE
METODOLOGÍAS
PRÁCTICAS EN PODOLOGÍA

Conferencias y Talleres prácticos simultáneos

20 y 21 de Febrero 2016
Hospital General de México
Auditorio "Dr. Abraham Ayala González"
México, D.F.

Informes e inscripciones
Tél. 01 (81) 1951-2265
WhatsApp 81 1951-2265
fepoal@hotmail.com



fepoal



@fepoal



fepoal_oficial

www.fepoal.com

Organizzato da



Approvazione Accademico



I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico
Galeazzi

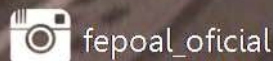
CONGRESSO INTERNAZIONALE
METODOLOGIA E PRATICA
LASER, FOTOTERAPIA, TERAPIA FOTODINAMICA

Conferenze e Workshop

5 y 6 de Marzo 2016
I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi
«Aula Magna»
Milano, Italia

Informazioni e iscrizioni

Via Parsano,6/b - 80067 SORRENTO (NA)
tel. +39 0818073525 - +39 0818784606 - fax +39 0818071930
info@italymeeting.it



www.fepoal.com

O Calçado Profissional no Paciente Diabético

J. Viadé Julià. *Unidad de Diabetes. Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. Barcelona. Esapnha.*

Um dos objetivos da União Européia, na prevenção de riscos trabalhistas, é melhorar as condições de trabalho assim como uma harmonização paulatina de condições nos diferentes países europeus.

A presença da Espanha na União Européia deriva-se pela necessidade de harmonizar a política em esta matéria, cada vez em maior medida, e pelo estudo e tratamento da prevenção dos riscos derivados do trabalho.

Segundo a lei 31/1995 de Prevenção de Riscos Laborais no seu artigo 4º define os seguintes conceitos: (1)

Será entendido por “prevenção” o conjunto de atividades ou medidas tomadas ou previstas em todas as fases de atividade da empresa com o fim de evitar ou diminuir os riscos derivados do trabalho.

Será entendido como "risco de trabalho" a possibilidade de que um trabalhador sofra um determinado dano derivado do trabalho.

Para qualificar um risco desde o ponto de vista de sua gravidade, será valorada conjuntamente a probabilidade de que se produza o dano e à severidade do mesmo.

Será considerado como "danos derivados do trabalho" as doenças, patologias ou lesões sofridas com motivo ou ocasião do trabalho.

Será entendido como “risco de trabalho grave e eminente” aquele que seja resultado provável racionalmente que se materialize em um futuro imediato para a saúde dos trabalhadores.

No caso de exposição a agentes suscetíveis de causar danos graves a saúde dos trabalhadores, será considerado que existe um risco grave e iminente quando seja provável racionalmente que se materialize em um futuro imediato uma exposição a ditos agentes da que possam derivar-se danos graves para a saúde, embora estes não se manifestem de forma imediata.

Será entendido como "condição de trabalho" qualquer característica do mesmo que possa ter uma influência significativa na geração de riscos para a seguridade e à saúde do trabalhador.



Ficam especificamente inclusas está definição:

I. As características gerais dos locais, instalações, equipamentos, produtos e demais utensílios existentes no centro do trabalho.

II. A natureza dos agentes físicos, químicos e biológicos presentes no ambiente de trabalho suas e suas correspondentes intensidades, concentrações ou níveis de presença.

III. Os procedimentos para a utilização dos agentes citados anteriormente que influenciam na geração dos riscos mencionados.

IV. Todas aquelas outras características do trabalho, inclusas as relativas à sua organização e ordenação, que influenciam na magnitude dos riscos ao que está exposto o trabalhador.

V. Será entendido por “equipe de proteção individual” qualquer equipamento destinado a ser levado ou sujeito pelo trabalhador para que seja protegido de um ou vários riscos que possam ameaçar sua seguridade sua saúde no trabalho, assim como qualquer complemento ou acessório destinado para tal.

O calçado no paciente diabético

Nos pacientes diabéticos devem reunir umas

características especiais, sobretudo se os pacientes estão afetados de neuropatia e/ou vasculopatia, para reduzir o risco de lesões. (Fig. 1)

Em pacientes de risco, é para evitar lesões principalmente no antepé (dorso, lateral, primeiro e quinto dedos), utilizar cabedais com materiais de alta distendibilidade (Fig.2) para acomodar as estruturas e/ou deformidades durante a marcha. a

As superfícies interiores deverão ser lisas, bem acolchoadas, sem costuras e o solado com a grossura necessária para permitir um ótimo amortecimento.



Por isto, ao comprar um calçado, o paciente deverá conhecer seu estado o podológico, se apresenta neuropatia e/ou vasculopatia, pé valgo, pé cavo, hiperidrose, etc., para que no comércio possam lhe oferecer o tipo de calçado mais adequado às suas necessidades.

Também é muito importante conhecer com certeza a medida do pé, caso contrário haverá que proceder a sua medição.

Na maioria dos comércios dispõem de medidor de calçado. (Fig. 3)



Caso contrário deveremos de realizar a medição. Para isto o paciente com meias e o pé acima de uma folha de papel, se procederá a marcação da parte mais posterior do calcanhar e a parte mais distal do dedo maior. Ao resultado obtido acrescentamos 0,7 cm.

Em pés muito valgos, o pé dinâmica se alonga pouco e com acrescentar 0,2 cm ao resultado obtido será suficiente, pelo contrário dos pés muito cavos que se alonga mais devemos acrescentar 1 cm a medida obtida.

O resultado (+ 0'7, ou 0'2 ou 1cm) deverá ser multiplicado por 1,5 assim teremos o tamanho correto. Tem que realizar a medição dos dois pés e usar a maior.

Para conhecer a largura adequada devemos de medir o perímetro da zona metatarsal (Fig. 4), para que a adaptação seja o mais correta possível e o calçado não pressione, mas tampouco fique desajustado. Se comprovara a medida obtida com os dados que facilita o fabricante.





Ennia Handel

O creme definitivo para o tratamento de fissuras e hidratação profunda:

- Desenvolvido para dar resultados reais;
- Feito a base de melaleuca, uréia, argila branca e papaína;
- Rápida absorção, não oleoso e fragrância agradável.



VISITE NOSSA PÁGINA NO FACEBOOK:



www.facebook.com/enniahandel/

CONTATOS: (11) 98143-7172 (WHATSAPP)

(11) 26857083 (FIXO)

EMAIL: wanderleyseixaspodologo@gmail.com

Design: AZ Divulgações

O calçado de uso profissional

Entendesse qualquer tipo de calçado destinado oferecer uma certa proteção contra os riscos derivados da realização de uma atividade trabalhista.

O calçado de uso profissional poder ser classificado nas seguintes categorias (3):

Calçado de seguridade

É um calçado de uso profissional que proporciona proteção na parte dos dedos. incorpora ponta ou ponteira de seguridade que garante uma proteção suficiente frente ao impacto como uma energia equivalente de 200 J no momento do impacto, e frente a uma compressão estática sob uma carga de 15 KN.

Calçado de proteção

É um calçado de uso profissional que proporciona proteção na parte dos dedos. incorpora ponta ou ponteira de seguridade que garante uma proteção suficiente frente ao impacto como uma energia equivalente de 100 J no momento do impacto, e frente a uma compressão estática sob uma carga de 10 KN.

Calçado de trabalho

É um calçado de uso profissional que não proporciona proteção na parte dos dedos.

Segundo o tipo de material que foram fabricados, tem duas classificações:

a) Calçado de couro e outros materiais, excluindo o calçado todo de borracha e tudo polimérico.

b) Calçado todo de borracha (vulcanizado) ou tudo polimérico (moldado).

Em função dos diferentes riscos a cobrir:

- I. Mecânicos
- II. Elétricos
- III. Térmicos
- IV. Químicos

Segundo o desenho:

- Tipo A: Sapato
- Tipo B: Bota baixa
- Tipo C: Bota de media altura
- Tipo D: Bota alta
- Tipo E: Bota extra alta

O calçado de uso profissional no paciente diabético

O 80% das complicações que afetam ao pé do paciente diabético, são causadas pelo uso de um calçado inadequado. Num estudo realizado na Grã Bretanha por Michael Edmonds em 1986, chegou se à conclusão que existia recidiva nas úlceras em um 83% dos pacientes por causa de não utilizar um calçado adequado (2). (Fig. 5)



O calçado dever cumprir uma série de funções de proteção, estabilidade, transpiração, sujeição do pé isolamento térmico, também deve ser ligeiro para evitar um excesso de gasto energético durante a deambulação.

O trabalhador que por seu tipo de trabalho precisa usar calçado de proteção e ademais tem fatores de risco podológico como podem ser a diabetes deverá utilizar um tipo de calçado com as características adequadas aos requisitos de seguridade, mas sem esquecer sua condição de "risco" já que um elemento pensado para dar seguridade pode se converter em um elemento impróprio para os seus pés. (Fig. 6)



Os elementos específicos de proteção (Fig. 7), (ponteira, solado rígido, contrafortes, materiais pouco transpiráveis) podem levar um risco elevado de ulceração ou complicações em pacientes diabéticos com alterações da sensibilidade e da vascularização.



Conclusões

O calçado trabalhista para o paciente diabético com complicações neuro-isquêmicas deverá cumprir as normas adequadas para o trabalho que faça o trabalhador e ao mesmo tempo oferecer umas garantias de proteção para evitar o risco de ulceração.

Tem que escolher o calçado de seguridade não só em função do posto de trabalho se não baseado na biomecânica e fatores de risco que apresente o paciente (diabetes, deformidades, hiperidrose, etc).

Este tipo de calçado para o paciente diabético deverá possuir um alto grau de isolamento e proteção interior para evitar fricções ou úlceras.

Deverá estar fabricado materiais de alta qualidade.

Se cumprirmos estes objetivos vamos lograr diminuir os problemas podológicos provocados pelo uso do calçado profissional, diminuir o absentismo trabalhista por esta causa e plena integração trabalhista.

Autor

J. Viadé Julià. Unidad de Diabetes.
Fundació Rossend Carrasco i Formiguera. Barcelona. *Esapnha*.
Materia extraída de la Revista Pie Dibético
Nº 25 - Octubre 2014
www.revistapiediabetico.com

Bibliografía

1. Boletín Oficial del Estado nº 269 10/11/1995. LEY 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
2. Pie Diabético Guía para la práctica clínica. Editorial Médica Panamericana. Capítulo 3
3. http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Guias/Guias_Orientativas_EPI/Ficheros/calzado_uso_profesional.pdf

Lançamento !!!

Ana Brandini

1º ATLAS TEMÁTICO SOBRE PÉ DIABÉTICO



Autora: *Podóloga Ana Cristina Lima Brandini*

- Graduada em Serviço Social - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais de Curitiba.
- Técnica em Podologia - SENAC - Curitiba.
- Capacitada em Pé Diabético pelo Hospital Servidor Público Municipal - São Paulo - SP.
- Pós-Graduada em Saúde Coletiva: IBPEX - Instituto Brasileiro de Pós-Graduação e Extensão - Curitiba.
- Durante 12 anos fez parte da equipe multidisciplinar na Pro-Renal Brasil - Curitiba.

Tive a feliz oportunidade de elaborar este Atlas para prevenir complicações dos pés de pacientes diabéticos renais crônicos, fotografando durante doze anos de trabalho na Pró-Renal Brasil, as lesões encontradas em sala de diálises.

Através das literaturas encontramos vários tipos de lesões, tamanhos e profundidades, também temos o conhecimento teórico de várias orientações preventivas, mas raramente encontramos imagens de como realmente podem se desencadear, e suas complicações.

Esta obra é uma nova referência no esforço de identificação de causas de patologias de membros inferiores, quebrando paradigmas na forma de transmitir informações e que servirá para a multiplicação do conhecimento.

Um grande alerta, mostrando o que a necessidade de cuidados com o pé diabético é imprescindível, principalmente com pequenos detalhes, que muitas vezes são negligenciados podendo evoluir para úlceras e amputações.

SUMÁRIO

- 1ª Parte: *Macerações interdigitais*
- 2ª Parte: *Traumas extrínsecos e intrínsecos*
- 3ª Parte: *Necroses*
- 4ª Parte: *LEDs - Lesões elementares dermatológicas*
- 5ª Parte: *Pés de Charcot*
- 6ª Parte: *Técnicas de procedimentos podológicos*
- 7ª Parte: *Técnica de lixamento seco*

**À venda no www.shop.mercobeauty.com
o [Shop da Revistapodologia.com](http://ShopdaRevistapodologia.com)**

Principais Patologias que Acometem os Pés de Idosos no Processo de Envelhecimento.

Angela Teresa Rodrigues Peral, Fernanda Graciela Mariano, Maria Cristina dos Reis e Martha Florinda Silveira. *Brasil*.

Trabalho de conclusão do curso de graduação apresentado à Universidade Anhembi Morumbi como exigência parcial para a obtenção do título de bacharel em Podologia, sob orientação da professora Silvana Flora de Melo.

RESUMO

Com o envelhecimento do corpo humano ocorrem mudanças na anatomia e fisiologia dos pés, dificultando o caminhar e interferindo na qualidade de vida da população idosa. O envelhecimento da população brasileira vem aumentando, conforme dados apresentados na pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010).

O objetivo deste estudo é buscar entendimento sobre as patologias que acometem os idosos e suas comorbidades, destacando as que ocorrem nos membros inferiores e principalmente nos pés. A pesquisa foi desenvolvida no Centro Integrado de Saúde da Universidade Anhembi Morumbi, onde a maioria apresentou-se com alterações decorrentes de doenças sistêmicas com acometimento dermatológico, transtornos da marcha, traumatismo e obesidade, comprometendo a integridade das unhas, da pele, dos nervos, dos vasos e das estruturas ósseas.

A metodologia do presente estudo foi em forma de pesquisa descritiva e quantitativa a partir da observação dos pés de vinte e dois idosos, cujo dados coletados foram dispostos em planilha com todas as patologias encontradas. Levando-se em conta o que foi observado espera-se a atenção e a necessidade de maiores cuidados com os pés dos idosos por meio das intervenções podológicas. Dos dados levantados, chegou-se à conclusão que a maioria dos idosos apresenta diversas comorbidades por conta de ausência de cuidados específicos, necessários nessa fase da vida.

Palavras chave: Envelhecimento; Alterações ungueais; Podologia; Podopatias.

ABSTRACT

With the aging of the human body, changes occur in the anatomy and physiology of the foot,

making it difficult to walk and interfering with quality of life of the elderly population. The aging of the population is increasing, according to data presented in the IBGE survey (Brazilian Institute of Geography and Statistics, 2010). The aim of this study is to seek understanding of the diseases that affect the elderly and its comorbidities, highlighting those that occur in the lower limbs and especially on the feet. The research was developed in the Integrated Health Center at the University Anhembi Morumbi, where most presented with changes arising from systemic diseases with dermatological involvement, gait disorders, trauma and obesity, compromising the integrity of the nail, skin, nerves, vessels and bone structures. The methodology of this study was in the form of descriptive and quantitative research from the observation of the feet of twenty-two elderly; the data collected were arranged in spreadsheet with all the pathologies encountered. Taking into account what has been observed is expected to attention and the need for further foot care of the elderly through podological interventions. From the data collected, it reached the conclusion that most of the elderly had several comorbidities due to lack of specific care required in this phase of life.

Keywords: Aging, Nails Changes, podiatry, pathology .

1. INTRODUÇÃO

A esperança de vida do brasileiro aumentou segundo demonstra o censo de 2010 do IBGE. Os idosos, que são indivíduos com mais de 60 anos, somam 23,5 milhões, isso é mais do que o dobro do registrado em 1991, quando a faixa etária contabilizava 10,7 milhões.

Na comparação entre 2009 (última pesquisa divulgada) e 2011, o grupo aumentou 7,6%, ou seja, mais 1,8 milhões de pessoas. Há dois anos, eram 21,7 milhões. (IBGE, 2010).

Envelhecimento é o processo de desenvolvimento normal, que envolve mudanças neurobiológicas estruturais, funcionais e químicas. Outros fatores também incidem sobre o organismo, como fatores ambientais e socioculturais, sendo a qualidade e estilo de vida, privação de alguns alimentos, inatividade e ou atividade física. Esses fatores estão diretamente ligados ao envelhecimento sadio ou patológico. (SANTOS, 2009).

Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo melhoria das condições de vida. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) uma em cada nove pessoas no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para uma em cada cinco por volta de 2050.

Em 2050, haverá mais idosos do que crianças menores de 15 anos. Em 2012 810 milhões de pessoas tinham 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Estima-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais, que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global. Grandes mudanças estão ocorrendo com o envelhecimento populacional, mudanças essas, culturais, econômicas e familiares. A falta de cuidados do familiar com o idoso faz com que o Estado tenha a preocupação com essa população idosa, tendo sua parcela de responsabilidade, criando as Instituições de Longa Permanência para Idosos. (CAMARANO, KANSO, 2010).

Ocorrem, com o envelhecimento, mudanças na anatomia e fisiologia dos pés, que podem dificultar o caminhar e interferir na qualidade de vida do idoso. Essas alterações podem ser decorrentes de doenças sistêmicas, com acometimento dermatológico, transtornos da marcha, traumatismo e obesidade. Portanto as condições dos pés podem comprometer a integridade das unhas, da pele, dos nervos, dos vasos e das estruturas ósseas. (PINTO, 2011).

Segundo Bega (2006) a Podologia, é ramo auxiliar da Medicina. Concentra-se na anatomia, fisiologia e doenças dos pés. Investiga, previne e diagnostica os tratamentos a serem realizados. O Podologista é hoje um profissional importante e devidamente habilitado para o tratamento das patologias de membros inferiores, em especial nos pés.

Os principais problemas dos pés dos idosos são: metatarsalgia, hálux valgo, hálux rígida, deformidade nos dedos, alterações no arco plantar, talalgias, problemas periarticulares, afecções cutâneas e de anexos, artropatias, afecções vas-

culares e neurológicas. (FERRARI et. al 2009).

O processo do envelhecimento é grande desafio para o mundo atual, a esperança de vida aumenta graças às tecnologias da medicina e a mudanças de hábitos da população. Este crescimento abrange tanto os países ricos como os pobres. O envelhecimento faz parte de todas as sociedades. O idoso sofre muitas alterações, inclusive nos pés, que é uma estrutura onde não tem atenção, por isso a podologia exerce um papel muito importante nessa fase. O podogeriatra deve ter extremo conhecimento de biomecânica e patologias que acometem os membros inferiores dos idosos, assim terá evolução muito grande no cuidado dos mesmos nessa fase da vida.

De acordo com FERRARI et. al, 2009, com o envelhecimento ocorrem várias modificações nas estruturas anatômicas e fisiológicas do pé, que podem estar relacionadas à incapacidade funcional e à diminuição da qualidade de vida dos idosos.

Os problemas com os pés dos idosos, embora frequentes, são pouco reconhecidos e valorizados pelos profissionais de saúde, bem como pelo próprio idoso mesmo sendo uma condição que requer cuidados adequados, e muitos problemas apresentados por eles estão relacionados com a deterioração da habilidade funcional e interferem na mobilidade, que é vital para manter a saúde, a funcionalidade e a independência. (MARIN et. al, 2014).

O Instituto Paulista de Geriatria e Gerontologia cita que no envelhecimento as unhas dos pés se tornam mais espessas e mais rígidas e que frequentemente os idosos são incapazes de cortar as próprias unhas, devido a problemas visuais, dificuldade para inclinar suficientemente o tronco, limitação de movimento das articulações dos quadris e joelhos em decorrência de osteoartrite, artrite reumatoide ou obesidade.

Quando o idoso perde sua massa muscular e diminui seu peso, as fibras musculares se perdem sendo substituídas por fibras de colágeno, isso faz com que se forme fibrose e quando isso ocorre a marcha se altera, pois, inicia-se degeneração nas fibras de contrações rápidas e lentas.

2. JUSTIFICATIVA

Diante da deficiência de pesquisas sobre as patologias podológicas que acometem os idosos este trabalho buscou entendimento sobre as podopatologias que mais acometem idosos e o conhecimento geral de cada uma, pois os mesmos não possuem um cuidado preventivo tanto dentro destas instituições como na própria resi-



COPONN

I - CONGRESSO DE PODOLOGIA DO NORTE E NORDESTE

Dias: 16 e 17 de Julho de 2016
Local: Hotel Jangadeiro
Boa Viagem, Recife-PE



Prof.º Italo Batista Ventura



Prof.ª Clarice Nunes Bramante



Prof.º Ezequiel Pereira Rocha

Palestrantes Internacionais



Prof.ª Ana Brandini



Prof.ª Patrícia Thenório



Prof.º Dr. Abraham Gonzales



PDG.ª Marisabel L. Sarmiento



Pdg.ª Daniela Noemi Carignano

APOIO
revistapodologia
.com

MAIS INFORMAÇÕES:
CONTATO@COPONN.COM.BR
+55 81 98592-6122 



dência, seja pela falta de conhecimento dos trabalhadores da área da saúde ou pelos familiares.

3. OBJETIVO

Visando o aumento da população idosa, e com isso a grande necessidade de cuidados com a saúde dos pés do idoso, uma vez que envolve mudanças neurofisiológicas, estruturais, funcionais e químicas.

3.1 Objetivos gerais

Identificar as principais podopatias que acometem os pés dos idosos no processo do envelhecimento.

3.2 Objetivos específicos

Identificar as podopatias, demonstrando assim, a participação do profissional de podologia, na orientação assim como na prevenção, melhorando a qualidade de vida do idoso.

4. METODOLOGIA

A metodologia utilizada foi exploratória com pesquisa de artigos e os dados obtidos foram às patologias que mais acometem os pés dos idosos pacientes do Centro Integrado de Saúde da Universidade Anhembí Morumbi, esses dados foram coletados por meio de um questionário que sugere todas as patologias que podem acometer os pés do idoso.

Participaram da pesquisa vinte e dois idosos e após lerem e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido os dados foram coletados e estudados por meio de pesquisa bibliográfica que explicita cada patologia apresentada pelo idoso no processo do envelhecimento.

4.1 Critérios de inclusão

Todos os idosos que possuem patologias nos membros inferiores independentemente da idade e da raça.

Idosos que deram seu consentimento expresso informado para participar do estudo de acordo com a legislação aplicável.

4.2 Critérios de exclusão

Todos os idosos que não possuem patologias e aqueles com amputação total dos membros inferiores.

Idosos que não deram seu consentimento

expresso informado para participar do estudo de acordo com a legislação aplicável.

5. HIPÓTESES

Que motivo leva os idosos a serem acometidos por certas patologias podológicas no processo do envelhecimento, possibilitando contribuir para a abrangência no conhecimento das patologias nos pés dessa população que muitas delas possibilitam danos na deambulação.

6. BENEFÍCIOS

Os benefícios que esperamos como estudo será indicar quais são as patologias que mais acometem os idosos e qual motivo leva a esta situação. É importante esclarecer que, caso o voluntário decida não participar, existem outros tipos de tratamento (ou diagnóstico) indicados para cada caso (procedimento alternativo).

7. FISIOLOGIA DA UNHA

O termo unha (latin: unguis, is) significa uma lâmina semitransparente que reveste a extremidade dorsal dos dedos. (NAKAMURA,2015).

De acordo com BARAN et. al 2001, a unha se desenvolve entre a décima nona e vigésima quarta semanas de vida uterina. A estrutura inicial consiste em uma região oblonga de epitélio especializado na porção dorsal distal do dígito, por volta da décima sétima semana a matriz está formada, e, aos dois anos a formação da primeira placa ungueal deve estar completa.

A formação da placa tem lugar na zona queratogênica envolvendo três processos que é o achatamento das células basais da matriz, a fragmentação dos núcleos, a condensação do citoplasma.

Desse processo vai resultar a camada córnea da unha. O desenvolvimento das unhas dos pés possui um retardamento de acordo com o gradiente de maturação céfalo-caudal.

A unha é constituída essencialmente por escamas córneas compactas, fortemente aderidas umas às outras, formadas com uma substância proteica chamada queratina.

A matriz ungueal divide-se em três tipos: matriz dorsal, matriz intermediária e matriz ventral (vale ungueal).

A matriz germinativa (matriz dorsal mais intermediária), produz a maior parte da lâmina ungueal. (NAKAMURA, 2015.)

A unha possui várias funções como a proteção, contribuição com a sensibilidade tátil, manipula-

ção fina e capacidade de arranhar. (BARAN et. al, 2001).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica a espessura da unha varia de 0,5 a 0,75 mm. As unhas das mãos crescem cerca de 0,1 mm por dia, enquanto as dos pés tem seu crescimento mais lento. O crescimento é maior durante o dia e nas pessoas do sexo masculino, sendo influenciado também por doenças sistêmicas e fatores locais.

A unha do pé leva de doze a dezoito meses para crescer e a taxa de crescimento são dependentes da fisiologia (idade, sexo), atividade (habilidade manual destra ou sinistra e tamanho dos dedos), ritmo circadiano, clima e fatores individuais. (BARAN et. al, 2001).

8. ALTERAÇÕES UNGUEAIS

Desde os arcos arteriais e venosos palmares superficial e profundo nascem as artérias digitais que levam a circulação aos dedos. Há numerosas anastomoses arteriovenosas, chamadas corpos glômicos que são importantes na manutenção da circulação distal em condições de frio.

Os nervos sensoriais cutâneos encontram-se paralelos aos vasos digitais, as unhas são afetadas por doenças dermatológicas e sistêmicas. Podem sofrer influências exógenas ou auto induzidas e o tempo de seu crescimento é a razão pela qual o tratamento das patologias que as acometem seja tão demorado, o que causa por parte do paciente certa impaciência ao tratamento, e geralmente seu abandono, causando com isso a cronificação de doenças das unhas.

Com o passar dos anos, há diminuição no crescimento da unha (cerca de 0,5%) por ano de idade, entre 15 e 90 anos. Com a idade começam a surgir sulcos longitudinais, distrofia lamelar (unhas fracas e quebradiças), mudanças na pigmentação, muitas vezes confundidas com sinais secundários de outras doenças sistêmicas e grande incidência de unhas esbranquiçadas e opacas (unhas de Terry). (NAKAMURA, 2015).

A onicodistrofia é mais frequente nas unhas dos pés, e podem ser confundidas com onicomiose (infecção fúngica comum nas unhas dos idosos), onicocriptose (popular unha encravada), onicólise (descolamento da unha do seu vale) e que pode refletir em circulação periférica prejudicada; onicofose e ainda a onicogribose (unha espessa, alongada e encurvada). (NAKAMURA, 2015).

A onicodistrofia é mais frequente nas unhas dos pés, e podem ser confundidas com onicomi-

cose (infecção fúngica comum nas unhas dos idosos), onicocriptose (popular unha encravada), onicólise (descolamento da unha do seu vale) e que pode refletir em circulação periférica prejudicada; onicofose e ainda a onicogribose (unha espessa, alongada e encurvada). (NAKAMURA, 2015).

8.1 Hiperqueratose Subungueal

Conforme BARAN et. al, (2001) a hiperqueratose subungueal é uma alteração comum e é vista em muitas condições, particularmente em doenças inflamatórias crônicas e na irritação crônica do vale ungueal. Raramente é específica, mas a associação com outros sinais pode ajudar no diagnóstico.

A hiperqueratose ungueal pode ser congênita ou adquirida e que ocorre por hiperplasia epitelial dos tecidos subungueais em razão de doença cutânea exsudativa ou ainda por doenças crônicas inflamatórias que envolvem a região, inclusive por infecções fúngicas. (BARAN et. al, 2001).

8.2 Onicocriptose

A popular unha encravada. Condição comum, dolorosa e incapacitante (limitando a deambulação e o uso de calçados fechados) que acomete principalmente o hálux, podendo ser unilateral ou bilateral, caracterizada pela penetração da lâmina no tecido periungueal, muitas vezes ocasionando reação inflamatória no local. (BEGA, 2014).

A principal causa é o seu corte inadequado, provocando o surgimento de um fragmento de unha que penetra na pele ao redor da prega, atuando como corpo estranho, gerando os sinais flogísticos.

Na persistência do quadro há formação de tecido de granulação e hipertrofia da dobra lateral, durante todo processo podendo ocorrer infecção e supuração da área.

Os fatores predisponentes que poderão contribuir para formação da espícula lacerante na borda lateral da lâmina ungueal são:

- Afinamento ou hipercurvatura transversa da lâmina ungueal;
- Distrofias por doenças inflamatórias;
- Infecção fúngica ou métodos inadequados de corte da borda livre;
- Sapatos apertados ou pontiagudos;
- Dedo largo ou desviado em valgo;
- Tecidos periungueais espessados;
- Pé plano ou valgo;

- Hiperidrose palmo plantar;
- Doenças sistêmicas como diabetes;
- Trauma indiretamente lesando a matriz ou diretamente pressionando a unha contra tecidos vizinhos;
- Medicamentos retinóides sistêmicos, antirretrovirais usados na síndrome de imunodeficiência adquirida (indinavir; ritonavir), inibidor do receptor do fator de crescimento epidérmico (usado na oncologia). (BEGA, 2014).

De acordo com BARAN (2001) a existência de cinco tipos de onicocriptose:

- a subcutânea ou juvenil,
- a causada pela unha em pinça,
- a distal ou hipertrofia da borda anterior,
- hipertrofia da borda lateral,
- a da infância, que pode evoluir com retroniquia que é a unha encravada com dor, inflamação e formação de tecido de granulação na região de inserção da lâmina ungueal.

Segundo NAKAMURA (2015) utiliza-se uma classificação clínica que é mais utilizada devido a sua praticidade, pois se correlaciona diretamente com a proposta terapêutica, são classificadas em três graus:

- No grau I não existe lesão clínica evidente ou pode existir eritema leve, o paciente se queixa de dor quando as dobras laterais são palpadas;
- No grau II existe dor intensa, secreção sero-sanguinolenta ou purulenta na dobra ungueal acometida;
- No grau III a dor e a inflamação são mais intensas e acrescidas de tecido de granulação e hipertrofia da prega ungueal lateral.

8.3 Onicólise

A onicólise forma separação entre a unha e o leito ungueal usualmente distal ou lateral. É uma característica de muitas condições, tanto sistêmicas como locais. O problema pode ser em um dedo ou ser generalizado. A onicólise nos pés é diferente daquela nas mãos porque não há causa ocupacional evidente, exceto em alguns casos raros, há menos dano relacionado a cosméticos. As duas maiores causas coincidem comumente a onicomucose e micro trauma nos pés.

Esse tipo de onicólise geralmente é secundária à infecção fúngica por dermatófitos, leveduras (*Candida parapsilosis*), fungos não dermatófitos. A onicólise nos hálux pode ocorrer na ausência de infecção fúngica.

Nessa situação a histologia da placa ungueal pode ajudar a confirmar a invasão da substância ungueal. (BARAN et. al, 2001).

De acordo com TOSTI et. al, (2007) a onicólise pode se apresentar em forma primária ou secundária e consiste na decomposição da queratina que une a unha ao seu vale (descolamento). As primárias afetam mais as unhas das mãos e com maior incidência nas do sexo feminino. Sua causa é idiopática, mas seu diagnóstico pode ser multifatorial, como por exemplo: traumas mecânicos, agressões causadas por manicure, anomalias dos pés como indexminus e calçados inadequados.

As onicólises secundárias acometem de modo indiferente tanto as unhas das mãos quanto as dos pés, em ambos os sexos, em todas as idades. São causadas por patologias que acometem o vale ungueal, como por exemplo: hiperqueratose, psoríase, onicomicoses e por doenças sistêmicas como o lúpus eritematoso, hipertireoidismo ou deformações do vale ungueal.

Em ambas (as onicólises) o espaço entre o vale e a unha, frequentemente será colonizado por microrganismos (bactérias, leveduras e até mesmo com materiais externos com que o paciente tenha contato. (TOSTI et. al, 2007).

8.4 Onicomucose

As onicomicoses são infecções fúngicas das unhas das mãos e dos pés, constituem a doença ungueal mais comum, representando mais da metade de todas as onicopatias. Sua causa é multifatorial; mais frequentemente são afetados os adultos (os idosos em particular) homens: aqueles com condições médicas concomitantes (como diabetes, doença arterial periférica, imunodeficiência, psoríase, história de tinea pedis ou trauma ungueal); aqueles que apresentam comportamentos específicos (como os tabagistas, praticantes de atividades físicas) e aqueles com fatores genéticos predisponentes às onicomicoses. (GUPTA et. al 2008).

O uso de calçados fechados e úmidos ou andar descalço em banheiros públicos e traumas frequentes são fatores que influenciam essa elevada taxa de prevalência, os diagnósticos diferenciais das onicomicoses e que devem ser observados são, principalmente, psoríase ungueal, onicólise, hiperqueratose subungueal, alterações de coloração das unhas, como a leuconiquia e melanoniquia e as distrofias ungueais.

Há grande dificuldade para se chegar ao diagnóstico de infecção fúngica das unhas, mas essa diferenciação no diagnóstico é importante, pois implica diferentes tratamentos. (SILVA, 2000; CHANUSSOT; ARENAS, 2007).

De acordo com BARAN et.al (2001) as onicomicoses são classificadas em cinco subtipos clínicos:

- subungueal lateral e distal,
- superficial,
- subungueal proximal,
- endonyx e onicomicose distrófica total;

Podendo ser ainda primária ou secundária, os fungos patogênicos mais comuns são os dermatófitos *Trichophyton rubrum* e *T. mentagrophytes* (agentes causadores de mais de 90% de todas as onicomicoses) enquanto os fungos não dermatófitos, incluindo leveduras (*Cândida Albicans*), são encontrados como patógenos primários em menor frequência.

Dentre os cinco subtipos, a onicomicose subungueal lateral e distal é a mais comum, caracterizando-se pela invasão das hifas fúngicas que se iniciam no hiponíquio espalhando-se proximalmente ao longo do vale ungueal, com concomitante consumo do estrato córneo e da porção inferior da unha, resultando em descoloração, espessamento da unha, hiperqueratose subungueal e onicolise. (BARAN et.al, 2001).

A onicomicose superficial acomete normalmente os pés sendo raros nas mãos. É conhecida como onicomicose superficial branca. Nesse tipo de onicomicose os dermatófitos podem ser causa de 90% dos casos e o mais comum é o *T. interdigitale*. Outros dermatófitos incluem *Microsporum persicolor*, *Acremonium roseogriseum*, *Aspergillus terreus* e *Fusarium oxysporum*. (BARAN et. al, 2001).

A onicomicose secundária à paroniquia crônica ocorre mais comumente em mulheres do que em homens. Isso pode ser atribuído a um problema ocupacional, atribuído ao manuseio da água e a onicomicose distrófica total pode ser resultado do desenvolvimento de qualquer uma das formas de infecção previamente mencionadas ou pode se desenvolver de forma primária. (BARAN et. al, 2001).

8.5 Psoríase Ungueal

A psoríase é doença crônica de etiologia desconhecida, de natureza autoimune inflamatória que acomete não só a pele, mas também as unhas. Aproximadamente 1% a 2% da população tem psoríase, e as alterações ungueais são encontradas em aproximadamente 12% desses pacientes. (GUPTA et al, 2008).

Atinge igualmente homens e mulheres em qualquer fase da vida, mas seu pico ocorre na faixa de 20 a 40 anos de idade. Tais lesões se apresentam em forma de placas eritematosas aver-

melhadas e descamativas devido a rápida proliferação de células da camada basal.

Em geral as células do corpo humano se renovam a cada vinte e oito dias (tempo em que a célula da camada basal leva para atingir a epiderme e ser descartada), já na psoríase ungueal esse tempo de renovação é estimado em aproximadamente treze dias, o que leva o acúmulo de células na epiderme, gerando as placas escamosas. (GUPTA et al, 2008).

9. DEFORMIDADE NOS DEDOS

9.1 Hálux Valgus

De acordo com a Fundação Universidade Federal do Rio Grande, Hálux Valgus é frequente disfunção do antepé devido a diversas etiologias que podem ter, como consequência pé doloroso e deformado. É conhecida popularmente como joanete, ocorre um desvio lateral do hálux e um desvio medial do primeiro metatarso realizando uma angulação do primeiro arco. Com o tempo se forma proeminência óssea, globosa, denominada exostose que se localiza na face medial da cabeça do primeiro metatarso. Essa deformidade favorece a inflamação da bursa localizada no lado interno do hálux produzindo bursite, que provoca dor e dificuldade para usar certo tipo de calçado. Atinge principalmente mulheres e sua incidência aumenta com a idade, pode progredir deslocando-se para outros dedos.

9.2 Dedo em Martelo

É aquele onde a deformidade ocorre na articulação medial do dedo, ocasionando flexão plantar e produzindo calosidade dolorosa na região dorsal do dedo. É causada pelo atrito da articulação deformada com o calçado. É mais frequente em dedos longos e pode aparecer como deformidade única ou em vários dedos, chamada de múltipla, nome que se dá à deformidade em hiperflexão das articulações distais dos dedos menores, que adquirem formato que lembra um martelo. Pode ocorrer em paralelo com calos e cravos dolorosos. Podem ser causados por desequilíbrio muscular ou calçados mal adaptados. (KAPANDJI, 2001).

9.3 Dedos em Garra

É deformidade mais complexa e se apresenta com a hiperextensão (para cima) da articulação que une o dedo ao resto do pé e da flexão (para baixo) da articulação do meio do dedo. Essa deformidade ocasiona dor plantar na porção frontal do pé e calosidades muito dolorosas no dorso dos dedos acometidos, podendo até

mesmo impossibilitam o uso de calçados fechados ou com solados finos e rígidos. Todos esses tipos de deformidades podem se apresentar de forma rígida ou flexível, e isto deve ser avaliado por um ortopedista para melhor orientar o método de tratamento a ser utilizado. Mudança do tipo de calçado, aparelhos de contenção e dedeiras de silicone são métodos conservadores que podem aliviar os sintomas, mas não corrigem as deformidades. (KAPANDJI, 2001).

9.4 Hálux Rígida

De acordo com (FERRARI et. al 2009) o hálux rígido é o segundo problema mais comum do hálux, definido como artrose da primeira articulação metatarsofalangeana e sua caracterização definida por dor e limitação dos movimentos. Quase sempre é acompanhada por aumento de volume do osso na região dorsal da articulação metatarsofalangeana e sua etiologia pode ser congênita ou adquirida como resultado de trauma ou de artrite generalizada.

10. FASCITE PLANTAR E ESPORÃO DE CALCÂNEO

Ferrari et. al (2009) define que a fascite plantar é caracterizada por dor na fáscia plantar principalmente na região do calcâneo onde ocorre sua origem.

Também é conhecida como síndrome dolorosa subcalcânea ou esporão de calcâneo que é caracterizado por crescimento ósseo extra no calcânhar podendo se formar quando a fáscia faz excessiva tração sobre o calcâneo, a queixa típica do paciente é dor ao se levantar e colocar os pés no chão. (FERRARI et. al, 2009).

É síndrome degenerativa da fáscia plantar resultante de trauma repetitivo na sua origem que fica no calcâneo. A causa mais comum é de origem mecânica, envolvendo forças compressivas que aplainam o arco longitudinal do pé. A inflamação ocorre devido aos microtraumatismos de repetição. (VELASCO e MEJIA, 2014).

De acordo com Velasco, Mejia (2014) a doença é acelerada ou agravada pela falta de flexibilidade como a retração do tendão do calcâneo, isso tudo causado pelo excesso de treinamento, fadiga entre outros.

11. TALALGIAS E METATARSALGIAS

De acordo com FERRARI et. al (2009) a talalgia é frequente em indivíduos depois dos cinquenta anos. As dores são localizadas no retro pé e envolve o tendão, o calcâneo e a origem da fascia plan-

tar. A dor pode estar associada a existência de processos inflamatórios localizados no retro pé.

O atrito repetitivo é frequente causa da talalgia, como o uso de sapatos apertados, por exemplo. (MENZ; MORRIS, 2005).

A metatarsalgia referida como dor na planta do pé na região dos metatarsos e pode estar relacionada a lesões de partes moles, articulares e periarticulares. O neuroma interdigital ou de Morton é causa comum de metatarsalgia. As bursites podem estar presentes em casos de trauma, infecção, artrite reumatóide e gota. (GUIMARÃES et. al, 2006).

No idoso observa-se com frequência “queda” das cabeças metatarsianas centrais, com formação de garra dos dedos; o coxim adiposo sob a cabeça se desloca para posição mais distal, reduzindo a posição dessa região do pé e levando a um quadro de metatarsalgia de caráter difuso tipo queimação, que às vezes impossibilita o uso de sapatos habituais. O tratamento é feito com mudanças de hábitos e correções no uso de sapatos (SILVEIRA, 1999). Nos casos de associação com os dedos em garra, o uso de órteses tipo bolha ou barra retrocapital associado a sapatos confortáveis reequilibra a funcionalidade perdida, aliviando muito os sintomas. (MENZ; MORRIS, 2005).

12. OSTEOARTRITE

De acordo com a Revista Brasileira de Reumatologia a osteoartrite é doença articular degenerativa conhecida como artrose ou osteoartrose, é doença reumática mais prevalente entre indivíduos com mais de 65 anos de idade. Estudos americanos apontaram que mais de 50 milhões de pessoas apresenta hoje essa enfermidade. No Brasil, não existem dados precisos sobre essa prevalência.

Os conhecimentos adquiridos recentemente da fisiopatogenia levaram a alteração no conceito dessa doença. Antes se acreditava tratar-se de doença progressiva, de evolução arrastada, sem perspectivas de tratamento, encarada por muitos como natural do processo de envelhecimento.

Hoje, no entanto, é vista como enfermidade em que é possível modificar o seu curso evolutivo, tanto em relação ao tratamento sintomático imediato, quanto ao seu prognóstico.

É afecção dolorosa das articulações que ocorre por insuficiência da cartilagem, ocasionada por desequilíbrio entre a formação e a destruição dos

seus principais elementos, associada a variedade de condições como: sobrecarga mecânica, alterações bioquímicas da cartilagem e membrana sinovial e fatores genéticos.

É doença crônica, multifatorial, que leva a incapacidade funcional progressiva. Além de provocar dor no pé, sensação de rigidez e edema, a osteoartrite nos pés pode ocasionar limitações funcionais, como perda de movimentos, deformidades e até grande incapacidade do membro inferior.

O tratamento pode ser feito com medicamentos, fisioterapia e, em alguns casos, cirurgia. A diminuição do peso corporal e a reeducação postural também são importantes para o alívio da dor e da amplitude de movimento. (CAILLIET, 2004).

13. AFECÇÕES CUTÂNEAS

Os pés mudam com o decorrer do tempo, as alterações decorrentes do processo de senescência, traz ao pé, novo formato. Com o envelhecimento mais colágeno é formado tornando a estrutura da pele mais rígida. Os sinais comuns de sofrimento da pele nos pés do idoso incluem pele seca, escamosa e atrófica sendo por fatores de diminuição da atividade sebácea, nutrição e disfunção na formação de queratina.

Assim os distúrbios mecânicos causam lesões de hiperpressão, chamadas anomalias ósseas. No idoso a diminuição ou perda do coxim adiposo associado ao atrito pelo uso de meias apertadas, calçados inadequados, deformidade óssea, causa pequena lesão podendo progredir, até o ponto de ulcerar ou infectar. (CASTRO, 2007).

14. ALTERAÇÕES VASCULARES

As afecções vasculares afetam os pés causando problema de maior gravidade devido a rapidez de seu aparecimento, da lentidão, da imprevisibilidade de sua evolução e da impotência funcional que provocam e dos riscos de amputação, muitas precauções devem ser tomadas, como por exemplo o uso de um bom calçado e o exame do pé deve ser sistemático, desde as pequenas lesões, as úlceras são frequentes nos calcanhares e atingem também as regiões maleolares e as bordas do pé.

Numerosas substâncias, envolvidas nos processos inflamatórios e/ou aterosclerótico, são também mais abundantes na camada íntima da artéria envelhecida. (FERRARI et. al, 2007).

15. ALTERAÇÕES DO ARCO PLANTAR

O envelhecimento biológico do sistema muscu-

loesquelético pode levar as alterações específicas do arco plantar, fazendo com que a base de apoio perca seu equilíbrio. Os pés são base de sustentação na postura estática e dinâmica. O arco longitudinal medial é adaptado principalmente para a função de tomada de peso, absorve os choques e distribui toda a carga pelo pé. O Índice do arco plantar divide o mesmo em três regiões, o antepé, mediopé e retropé. (SACCO et.al, 2008).

15.1 Pé Cavo

O pé cavo é definido quando o arco longitudinal é excessivamente alto. Nesse tipo de pé a fásia está contraída fazendo com que ocorra o aumento da curvatura plantar. (OLIVEIRA et. al, 2013).

Essa alteração pode ser decorrente de alteração isolada localizada no antepé ou retropé e também resultar na combinação das duas alterações. É alteração complexa que pode estar relacionada com outras deformidades como varismo, dedos em garras, existe também o pé cavo adquirido que é causado frequentemente por doenças neurológicas de base, sendo as neuropatias mais comuns. (MARIN et. al, 2009).

De acordo com Maranhão et.al, 2009 há grande variação anatômica no conjunto das deformidades que produzem o cavo do arco. A deformidade pode ser leve, flexível e indolor ou até mesmo grave, rígida e incapacitante com calosidades plantares e instabilidade lateral do tornozelo.

15.2 Pé Plano

No idoso o sistema musculoesquelético, juntamente com outras interações aferentes e eferentes do sistema nervoso central, tem sua capacidade funcional reduzida com o envelhecimento biológico e isso faz com que ocorra perda de massa e força muscular.

O pé plano é caracterizado pela queda do arco plantar longitudinal, e pode quase sempre estar associada a um valgismo do calcâneo de grau variável. O pé plano é responsável pelo enorme desperdício de energia dos músculos e ligamentos que dão a sustentação ao arco longitudinal interno. (OLIVEIRA, SANTOS 2013).

16. ANÁLISE DE DADOS

Para sua realização foi feito o seguinte: Em uma planilha foram inseridas todas as patologias que acometem os membros inferiores no envelhecimento e os dados dos voluntários que foram divididos em 2 grupos denominados A e B e cada patologia observada foi anotada na planilha citada e inserida em 3 tabelas.

Tabela.1

Distribuição dos voluntários do estudo de acordo com a idade e caracterização sociodemográfica. São Paulo-SP, 2015. (Amostra=22).

Dados de identificação	Amostra	%
Faixa etária		
60-69	14	63
70-79	7	14
80 ou mais	1	4
Sexo		
Masculino	4	18
Feminino	18	82
Com quem vive		
Companheiro(a)	11	50
Companheiro(a) + filhos/netos	0	0
Irmão/filho/neto	9	41
Sosinho	2	9

De acordo com os dados na tabela 1 identificou-se que dos vinte e dois idosos que foram estudados a maioria possui a faixa etária de 60 a 69 anos ou seja (14;63%), a maioria é do sexo feminino (18;82%), em relação a convivência (11;50%) vivem com seus companheiros, isso demonstra que os idosos estudados possuem alguém que possa cuidar deles no processo do envelhecimento.

Apenas um idoso possui mais de oitenta anos não utilizando com frequência a podologia, nenhum mora em instituição de longa permanência.

Tabela.2

Distribuição dos voluntários do estudo de acordo com problemas de saúde e hábitos. São Paulo-SP, 2015. (Amostra=22).

Problemas de Saúde/hábitos	n	%
Hábitos		
Muito ativo	2	9
Ativo	6	27
Irregularmente ativo	0	0
Sedentário	11	50
Não se aplica	2	9
Fumo	1	4
Álcool	0	0
Problemas de saúde		
Artrite	7	32
HAS	2	9
Problemas circulatórios	4	18
Diabetes	4	18
Dislipidemia	1	4
Osteoporose	1	4
Diminuição de acuidade auditiva	0	0
Não sabe responder	0	0

De acordo com os dados na tabela 2 os resultados referentes a saúde e hábitos dos vinte e dois idosos estudados mostra que a maioria é sedentária e não saem muito de casa, quando necessitam sair é para ir ao médico ou algo urgente ou seja (11;50%) deles, este fator incide sobre o organismo sendo que a qualidade de vida cai muito, indicando a ocorrência de envelhecimento patológico, um bom indicativo é que nenhum faz uso de álcool e somente um é fumante.

De acordo com os problemas de saúde (7;32%) possuem artrite, uma doença degenerativa que afeta as articulações, antes acreditava-se que que a artrite não possuía perspectivas de tratamento, hoje esse quadro mudou, é possível modificar o seu curso evolutivo mesmo sendo do processo natural do envelhecimento, (4;18%) tem problema circulatório e diabetes um indicativo do sedentarismo que influencia no surgimento dessas patologias, (3;13%) não possuem nenhuma das patologias questionadas e não visitam o médico com frequência.

Tabela. 3

Distribuição dos voluntários do estudo de acordo com problemas dos pés. São Paulo-SP, 2015. (Amostra=22).

De acordo com os dados na tabela 3, estão os dados referente às patologias encontradas nos pés, este estudo mostra que a maioria dos idosos estudados possuem os dedos em garra devida a artrite e artrose (10;45%) que de acordo com Kapandji (2001), é uma deformidade mais complexa ocasionando dor na planta do pé na região do antepé, o idoso possui dificuldade até mesmo para usar calçados fechados, (9;41%) possuem pé cavo causando dor e dificuldade na deambulação, no envelhecimento o arco plantar vai modificando sendo um dos fatores que influenciam na musculatura fazendo com que fiquem hipertônicas e a falta de exercícios também pode influenciar neste caso.

Na observação das unhas (7;32%) possuem distrofia ungueal sendo muito frequente nos idosos, a onicomicose foi a onicopatia mais observada (12;54%). Nenhum deles mostrou higiene inadequada e (9;41%) estão com as unhas descoladas devido a distrofia e a onicomicose.

Na pele foram observados resultados iguais para hiperqueratose e fissura (3;13%). Nas afecções de pele (13;59%) não possuem nenhuma das afecções questionadas.

Tabla 3

Problemas com os pés	n	%
Deformidades		
Hálux Valgus	5	22
Dedos em Martelo	1	4
Dedos em garra	10	45
Pé cavo	9	41
Pé plano	1	4
Unhas		
Distrofias	7	32
Espessa	2	9
Atróficas	1	4
Onicomicose	12	54
Compridas	0	0
Onicocriptose	3	13
Onicólise (descolada)	9	41
Pele		
Hiperqueratose	3	13
Helomas (calos)	2	9
Hiperidrose	0	0
Anidrose	1	4
Feridas	0	0
Fissuras	3	13
Maceração	0	0
Eritema	0	0
Não se aplica	13	59

Gráfico 1: Idade e caracterização sociodemográfica

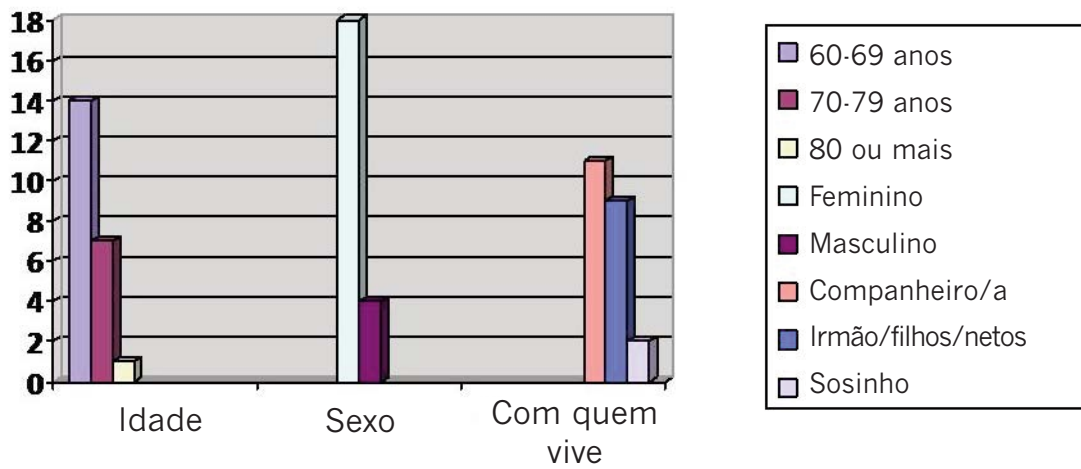


Gráfico 2: Problemas de saúde e hábitos

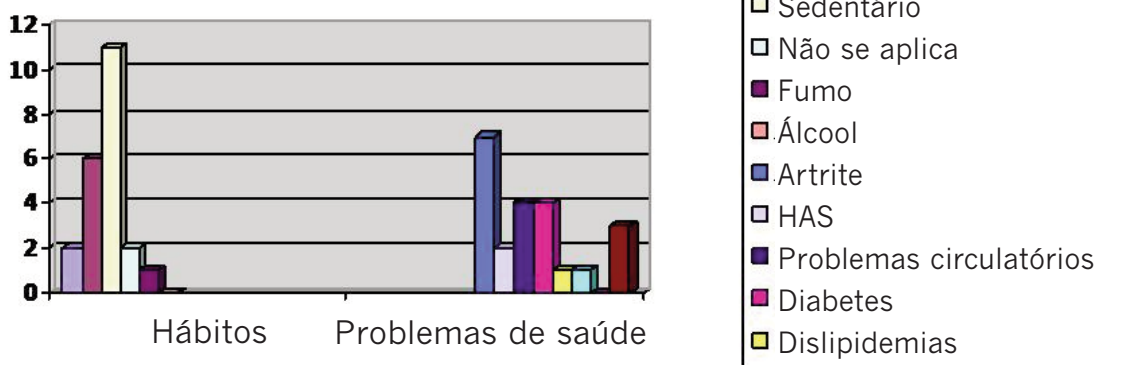


Gráfico 3: Problemas com os pés: deformidades

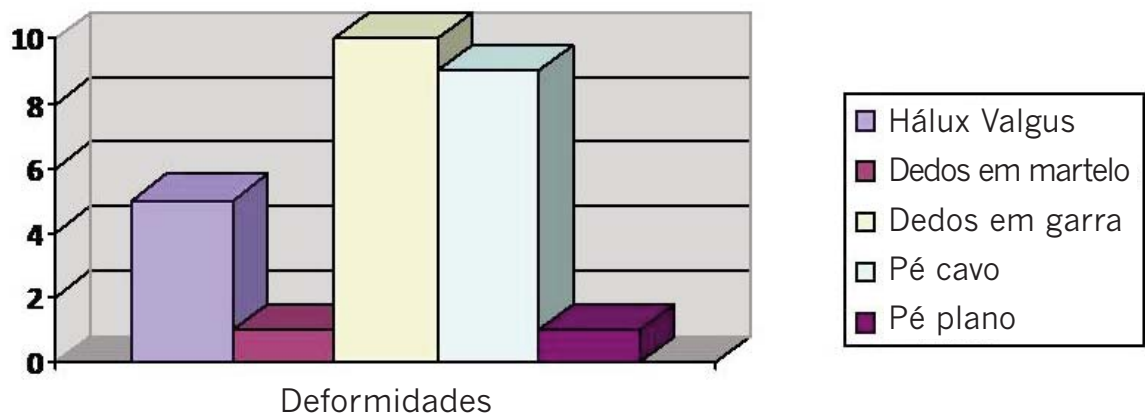


Gráfico 4: Problemas com os pés: unhas

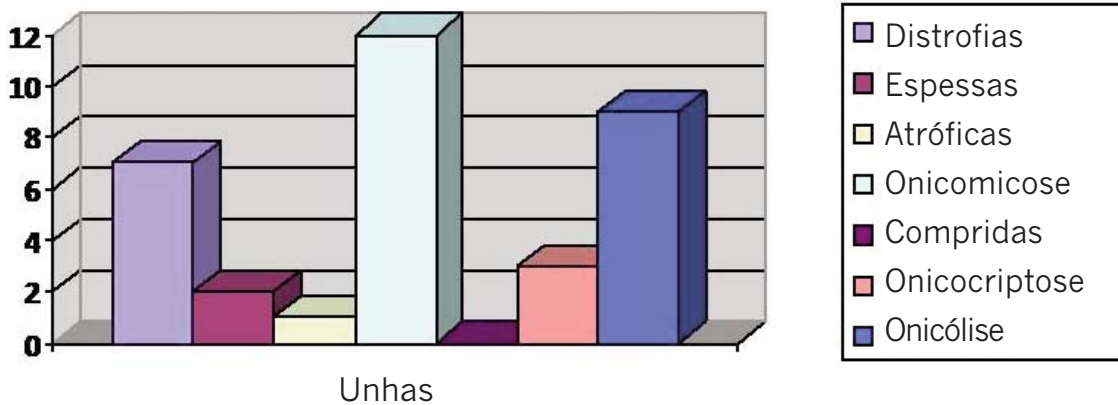
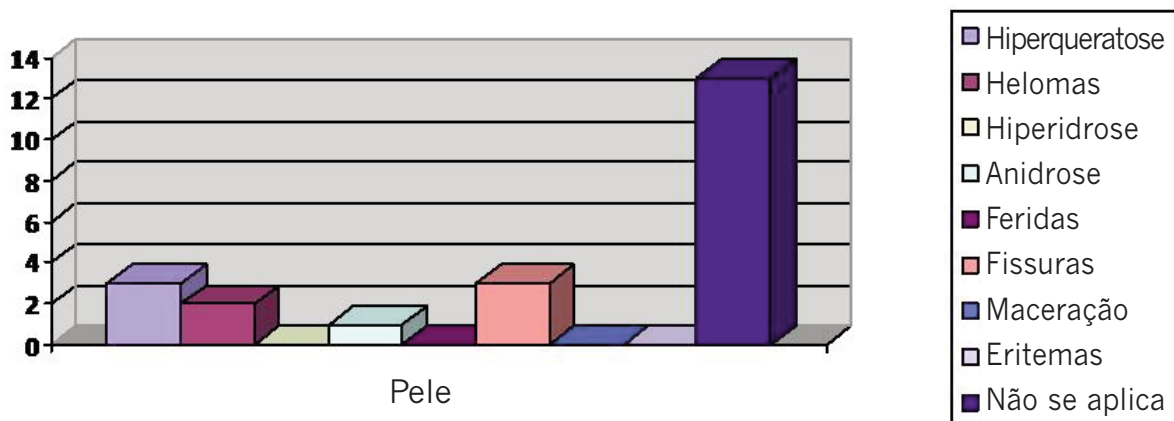


Gráfico 5: Problemas com os pés: pele



CONCLUSÃO

Conclui-se este estudo mostrando que os problemas com os pés dos idosos são frequentes e comuns no processo do envelhecimento, muitas podopatologias são influenciadas por patologias que fazem parte do envelhecimento, estas patologias exigem atenção dos familiares e de cuidadores onde o tratamento adequado pode evitar lesões frequentes.

A perda da capacidade funcional, limitações na deambulação pode ter um efeito sobre a autoestima, qualidade de vida desses idosos. Os idosos que foram avaliados integram uma rede onde várias pessoas na mesma faixa etária possuem doenças comuns. Os aspectos importantes neste estudo foram a grande prevalência de onicomucose e artrite.

Autores

Angela Teresa Rodrigues Peral,
Fernanda Graciela Mariano, Maria Cristina dos Reis
e Martha Florinda Silveira.
Fernanda Graciela: graciela438@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARAN, Robert; NAKAMURA, Robertha. Doenças da Unha - do Diagnóstico ao Tratamento. São Paulo: Elsevier / Medicina Nacionais, 2001.
- BEGA, Armando. Tratado de podologia. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2006.
- BEGA, Armando. Tratado de podologia. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2014.
- BORN T.; BOECHAT NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, EV. et al Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.768-77.
- BARBOSA, G.G. et al. Estudo retrospectivo do tratamento cirúrgico do Neuroma de Morton por via plantar. Acta Ortop. Bras. V.13, n.5, p.258-260, 2005.
- BARROCO, R.S.; Netto, A.A.; Nery, C.A.S. Tratado do Neuroma de Morton pela via plantar: avaliação dos resultados cirúrgicos. Ver. Bras. Ortop., v.33, n.7, p.532-536, 1998.
- CAILLIET, Rene. Dor no pé e no tornozelo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CAMARANO, AM; KANSO S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Revista de Estudo de População. vol. 27, n.1, p.233-235, jan-jun. 2010.

CARMO, H de O. et al Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? In: RBCEH, v.9, n.3, p.330-340, set./dez. 2012.

CASTRO, Alessandra Paiva de. Características antropométricas dos pés dos indivíduos idosos. 2007. 164 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

DIAS, I. G. A institucionalização asilar na percepção do idoso e sua família: estudo do "lar dos velhinhos". 2007. 57 f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2007. In: RBCEH, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2012. In: Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja? RBCEH, Passo Fundo, v. 9, n. 3, p. 330-340, set./dez. 2012.

DERMATOLÓGICA, Sociedade Brasileira de Cirurgia. Fisiologia da Unha. Disponível em: <<http://www.sbcd.org.br/pagina/1607>>. Acesso em: 24 out. 2015.

ESTÁTISTICA, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 04 out. 2015.

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE. Hálux Valgo. Disponível em: <www.hancau.net/arquivos/PE_CLASS_II_2011.pdf>. Acesso em: 04 out. 2015.

FERRARI, Sabrina Canhada et al. Patologias no pé do idoso. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, Passo Fundo, v. 6, n. 1, p.106-118, jan. 2009.

GUIMARÃES, Maria Carolina et al. Metatarsalgias: Diagnóstico diferencial por meio da Ressonância Magnética. Radiologia Brasileira, São Paulo, v. 4, n. 39, p.297-304, 2006.

GERONTOLOGIA, Sociedade Brasileira de Geriatria e. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/>>. Acesso em: 24 out. 2015.

KAPANDJI, A.i. Fisiologia Articular. São Paulo: Guanabara, 2001.

MARANHO, Daniel Augusto Carvalho; VOLPON, José Batista. Pé Cavo adquirido na doença de

Charcot -Marie- Tooth. Revista Brasileira de Ortopedia, São Paulo, v. 6, n. 44, p.86-479, 2009.

MENZ, H. B. MORRIS, M. E. Footwear characteristics and foot problems in older people. Gerontology, v. 51, p. 346-351, 2005.

MARIN, Maria José Sanches; CARVALHO MACIEL, Mateus de. Caracterização dos problemas relacionados aos pés dos idosos de uma comunidade em município do interior do Estado de São Paulo. Revista Brasileira Geriatria Gerontologia, Rio de Janeiro, v. 2, n. 17, p.243-253, out. 2014.

NAKAMURA, Roberta. Anatomia e Fisiologia das unhas. Disponível em: <<http://www.roberthanakamura.com/#!anatomia>>. Acesso em: 04 out. 2015.

PINTO, MJ. Os pés do idoso e suas repercussões na qualidade de vida. In: FREITAS EV. Et al Tratado de geriatria e gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 3.ed Rio de Janeiro, 2011. p. 1169.

REVISTAPODOLOGIA.COM. Campinas: www.revistapodologia.com. 2012.

SACCO, Isabel de Camargo Neves et al. Envelhecimento, atividade física, massa corporal e arco plantar longitudinal influenciam no equilíbrio funcional dos idosos? Revista Brasileira de Educação Física e Esporte, São Paulo, v. 22, n. 3, p.91-183, jul.

SANTOS, FH dos. Envelhecimento: um processo multifatorial. SANTOS, FH dos et al. In: Revista Psicologia em Estudo. vol.14, n.1, p.3-10, jan-mar. 2009.

SANTOS, FC dos et al. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento. V.6, n.1, 2009.

SILVEIRA, A. C. M. Pé do idoso. In: PETROIANU, A.; PIMENTA, L. G. (Ed.). Clínica e cirurgia geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999. p. 503-512.

TOSTI, Antonella. Doenças da unha - Clínico e Cirúrgico. São Paulo: Luana Livraria Editora, 2007.

VELASCO, Rayanna Maria Paz Nepomucena; MEJIA, Dayana Priscila Maia. Benefícios da bandagem funcional e alongamentos terapêuticos no tratamento de fascite plantar. 2014. 12 f. Monografia (Especialização) - Curso de Ortopedia, Faculdade Avila, Manaus, 2014.

www.revistapodologia.com
www.shop.mercobeauty.com



Sindicato dos Podólogos do Estado do Rio de Janeiro - SINPOERJ

Rua Álvaro Alvim, 31, grupo 701- Centro - Cinelândia - CEP: 20.031-010

TEL: (21) 3141-8023

Segundas, Terças e Quintas-feiras das 09:00 às 17:00 horas.

www.sinpoerj.org.br - sindicatosinpoerj@gmail.com - Face: Sinpoerj

Trabalho do podólogo no feriado do comércio

Caro podólogos, nos termos do Decreto nº 27.048/1949 é possível identificar duas categorias de empresas que podem trabalhar nos dias destinados a repouso, o que inclui os domingos.

A primeira categoria refere-se às atividades que, em face de exigências de natureza técnica e econômica, gozam de permissão de caráter permanente. A relação das atividades que possuem permissão legal para o trabalho nos dias de repouso e FERIADOS, não havendo falar em necessidade de autorização especial, está exaustivamente elencada ao final do próprio Decreto nº 27.048/1949.

A segunda categoria de circunstâncias excepcionais tem caráter transitório e refere-se àquelas empresas que, em razão do interesse público, ou pelas condições peculiares de suas atividades ou do local onde as mesmas são exercidas, tornem indispensável a continuidade do trabalho, em todos ou alguns dos respectivos serviços. E é exatamente com relação a essa segunda categoria que se aplicam as previsões da recente Portaria 945, do Ministério do Trabalho e Emprego, publicada em 9 de julho de 2015.

A referida Portaria prevê que a autorização transitória para trabalho aos domingos e FERIADOS civis e religiosos poderá ser concedida de duas formas: (i) mediante acordo coletivo de trabalho específico firmado entre empregadores e o Sindicato representativo da categoria profissional dos empregados (após o devido registro no MTE) ou (ii) mediante ato da Superintendência Regional do Trabalho e Emprego ("SRTE"), com circunscrição no local da prestação do serviço.

Em caso de celebração de acordo coletivo de trabalho específico para tal finalidade, a citada Portaria estabelece que o instrumento normativo deverá necessariamente versar sobre (i) escala de revezamento; (ii) prazo de vigência da prestação do trabalho aos domingos e feriados civis e religiosos; (iii) condições específicas de segurança e saúde para o trabalho em atividades perigosas e insalubres e (iv) os efeitos do acordo coletivo específico na hipótese de cancelamento da autorização.

Já, em caso de requerimento diretamente perante à SRTE, deverá o pedido ser instruído por: (i) laudo técnico elaborado por instituição Federal, Estadual ou Municipal, indicando a necessidade de ordem técnica e os setores que exigem a continuidade do trabalho, com validade de 4 (quatro) anos; (ii) escala de revezamento, de forma que o gozo do repouso semanal remunerado dos trabalhadores coincida com o domingo, no mínimo, 1 (uma) vez a cada três semanas; (iii) comprovação da comunicação, com antecedência mínima de 15 dias da data do protocolo do pedido feito ao MTE, à entidade sindical representativa da categoria laboral a respeito da autorização para o trabalho aos domingos e feriados; (iv) resposta apresentada pela entidade sindical laboral competente no prazo de 15 dias, se houver.

O podólogo não está inserido na relação do Decreto nº 27.048/1949 como atividade que tem autorização permanente para funcionar nos feriados, da mesma forma que não tem autorização para funcionar de forma transitória, porque não consta no registro do SINPOERJ qualquer pedido de autorização, pelas empresas de podologia, do funcionamento da empresa no feriado.

Por esta razão, as empresas de podologia que exigem que os seus funcionários trabalhem no feriado do comércio estão agindo em desacordo com a Lei, podendo, inclusive, ser multadas. Por esta razão, devem ser denunciadas ao Ministério do Trabalho e procurar o SINPOERJ.

O PODÓLOGO É UM PROFISSIONAL DA SAÚDE, MAS QUANDO ELE TRABALHA EM LOJAS QUE VENDEM PRODUTOS, COMO: talcos, palmilhas e SERVIÇOS que são trabalho do podólogo, ESTA LOJA ESTÁ ATUANDO NA ÁREA DO COMÉRCIO. Não pode ser aceita, portanto, a alegação de que este podólogo está trabalhando no feriado somente por ser profissional da saúde.

Ajude o SINPOERJ a ajudar você. DENUNCIE!



Ajude-nos a ajudá-lo

Associe-se

www.podologo.com.br



Curta nossa
Fan Page no
Facebook

www.facebook.com/abppodologo

Comunicamos que no dia 11/02/2016, participamos de uma reunião com o Deputado Federal José Mentor onde conversamos sobre o Projeto Lei que regulamenta o exercício da profissão de Podólogo. Como sabemos o PL está no Senado esperando inclusão na pauta para votação pelo plenário.

Estamos na reta final da regulamentação da nossa profissão. Fiquem atentos porque nesses próximos dias informaremos nossas ações de apoio à regulamentação da profissão, bem como precisamos de todos engajados nessa luta que é da Podologia geral.

Nosso Movimento: PACTO NACIONAL PELO DESENVOLVIMENTO DA PODOLOGIA BRASILEIRA

(ABP),

Associação Brasileira de Podologia Superior (ABPS)

Associação Iberoamericana de Podologia – AIP

Sindicato de Podólogos do Estado do Rio de Janeiro (SINPOERJ)

Associação Gaúcha de Podólogos (AGP)

Associação Mineira de Podologia (AMPO),

Associação Paranaense de Podologia (APP)

Associação Catarinense de Podólogos (ACAPO)

Associação Cearense de Podologia (referendou as decisões, através do teor das discussões apresentado pelo representante Armando Bega na Jornada Cearense de Podologia)

Curso de Graduação em Podologia – Universidade Anhembí Morumbi

Escola Técnica Senac Aclimação

Curso Técnico de Podologia Senac de São Carlos –SP

Curso Técnico de Podologia Senac de São José do Rio Preto

Curso Técnico São Camilo Minas Gerais

Curso Técnico de Podologia da Universidade de Caxias do Sul -RS -UCS

Pedimos a todos que compartilhem essa mensagem em nossa página no www.facebook.com/abppodologo.com para que chegue a todos os Podólogos do Brasil.

Contando com a colaboração, firmamo-nos,
Atenciosamente,
Salvador Libarino Amorim - Presidente ABP



Salvador Amorim,
Lilia Cordeiro Nascimento,
Armando Bega,
José Mentor,
Renato Butsher Cruz
e Katya Pereira



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.

Gommage 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

POSTERS PODOLÓGICOS DIDÁTICOS - 40 x 30 cm

Onicomicoses - Onicomicosis

Classificação por sua localização ou aparência na lâmina ungueal
 Clasificación por su localización o apariencia en la lamina ungueal

Causas: Dermatofitos (filamentosos FFDF) ou filamentosos (FFND) ou leveduras
 Dermofitos (filamentosos FFDF) ou filamentosos (FFND) ou leveduras

Distal
Proximal
Subungual lateral
Subungual transverse
Proximal
Distal
Subungual distal e lateral
Distal com destruição da lâmina ungueal

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Vista Dorsal Vista Plantar

1 Calcâneo - Calcáneo
2 Talus - Talus
3 Navicular - Navicular
4 Cuneiformes - Cuneiformes
5 Metatarsais - Metatarsais
6 Metáfalanges - Metafalanges
7 Falanges - Falanges
8 Cuneiformes - Cuneiformes
9 Calcâneo - Calcáneo
10 Talus - Talus
11 Navicular - Navicular
12 Cuneiformes - Cuneiformes
13 Metatarsais - Metatarsais
14 Metáfalanges - Metafalanges
15 Falanges - Falanges
16 Cuneiformes - Cuneiformes
17 Calcâneo - Calcáneo
18 Talus - Talus
19 Navicular - Navicular
20 Cuneiformes - Cuneiformes
21 Metatarsais - Metatarsais
22 Metáfalanges - Metafalanges
23 Falanges - Falanges
24 Cuneiformes - Cuneiformes
25 Calcâneo - Calcáneo
26 Talus - Talus
27 Navicular - Navicular
28 Cuneiformes - Cuneiformes
29 Metatarsais - Metatarsais
30 Metáfalanges - Metafalanges
31 Falanges - Falanges

Salto Alto - Taco Alto

43% 57%
57% 43%
75% 25%
90% 10%

REFLEXOLOGIA PODAL

1 Cabeça - Head
2 Pescoço - Neck
3 Pulmões - Lungs
4 Coração - Heart
5 Estômago - Stomach
6 Fígado - Liver
7 Baço - Spleen
8 Pâncreas - Pancreas
9 Intestino delgado - Small intestine
10 Intestino grosso - Large intestine
11 Vesícula biliar - Gallbladder
12 Bexiga - Bladder
13 Uterino - Uterus
14 Ovarios - Ovaries
15 Testículos - Testicles
16 Prostata - Prostate
17 Glândula tireoideia - Thyroid gland
18 Tireoide - Thyroid
19 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland
20 Tireoide - Thyroid
21 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland
22 Tireoide - Thyroid
23 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland
24 Tireoide - Thyroid
25 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland
26 Tireoide - Thyroid
27 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland
28 Tireoide - Thyroid
29 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland
30 Tireoide - Thyroid
31 Glândula paratireoideia - Parathyroid gland

Ossos do Pé - Huesos del Pie

Face posterior Face medial Face lateral

1 Tibia - Tibia
2 Fíbula - Fibula
3 Calcâneo - Calcáneo
4 Talus - Talus
5 Navicular - Navicular
6 Cuneiformes - Cuneiformes
7 Metatarsais - Metatarsais
8 Metáfalanges - Metafalanges
9 Falanges - Falanges
10 Calcâneo - Calcáneo
11 Talus - Talus
12 Navicular - Navicular
13 Cuneiformes - Cuneiformes
14 Metatarsais - Metatarsais
15 Metáfalanges - Metafalanges
16 Falanges - Falanges
17 Calcâneo - Calcáneo
18 Talus - Talus
19 Navicular - Navicular
20 Cuneiformes - Cuneiformes
21 Metatarsais - Metatarsais
22 Metáfalanges - Metafalanges
23 Falanges - Falanges
24 Calcâneo - Calcáneo
25 Talus - Talus
26 Navicular - Navicular
27 Cuneiformes - Cuneiformes
28 Metatarsais - Metatarsais
29 Metáfalanges - Metafalanges
30 Falanges - Falanges

Classificação Morfológica dos pés

Clasificación morfológica de los pies

SISTEMA MUSCULO-VASCULAR

Calosidade e Tipos de Calos - Callosidad y Tipos de Callos

Calosidade: região ampla de pressão - Callosidad: región amplia de presión
 Calo: ponto específico de pressão - Callo: punto específico de presión

Calosidade - Callosidad
Calo - Callo
Calo - Callo
Calo - Callo
Calo - Callo
Calo - Callo
Calo - Callo
Calo - Callo

Email: revista@revistapodologia.com - Tel.: #55 - 19 - 98316-7176 - Campinas - SP - Brasil
 A venda no nosso Shop virtual: www.shop.mercobeauty.com
 Envios desde Brasil para Brasil e para todo o mundo !!!