

Exmo. Senhor

Prof. Doutor José Manuel Canavarro

Presidente da Comissão de Segurança  
Social e Trabalho

Assunto: pronúncia sobre proposta de lei 203/XII  
regulação da profissão de podologia

05/Mar./2014

A proposta de Lei 203/XII, aprovada por unanimidade na Assembleia da República no passado dia 28 de Fevereiro, que estabelece o regime de acesso e de exercício da profissão de podologista é de elevada importância e manifesta um excelente contributo para os profissionais e para a saúde pública. Todavia, se bem que ansiosa pela regulação, a Associação Portuguesa de Podologia (APP) não pode abster-se de, na concretização desse controlo legal, deixar de alertar para que um conjunto de questões fundamentais relativas ao exercício da actividade da profissão, sejam acauteladas e devidamente salvaguardadas.

Assim, sugere-se pequenas alterações, que não desvirtuando o pretendido pelo legislador, terão grandes implicações na actividade dos respectivos profissionais.

1º

**Artigo 2.º, alínea e)**

Onde se lê:

«Ortopodologia» a área podológica que mediante a aplicação de próteses ou ortóteses, atua em alterações congénitas e ou adquiridas do tipo morfológico, estrutural e funcional, aplicando tratamentos corretores, compensadores ou paliativos;

Deveria constar:

«Ortopodologia» a área podológica que mediante a **realização**, aplicação e **indicação** de próteses ou ortóteses, atua em alterações congénitas e ou adquiridas do tipo morfológico, estrutural e funcional, aplicando tratamentos corretores, compensadores ou paliativos;

Justificação:

Esta sugestão de melhoria justifica-se pelo facto dos tratamentos ortopodológicos serem maioritariamente personalizados e daí a necessidade de serem os próprios podologistas a realizar os moldes dos pés **caso-a-caso**, executarem os tratamentos e aplica-los aos doentes. Caso se verifique a possibilidade de estar indicado um tratamento estandardizado o podologista deve, dentro das suas competências, poder indicar o tratamento necessário.

**No artigo 2.º, alínea k)**

Onde se lê:

«Quiropodologia» a área podológica na qual se realizam tratamentos **conservadores** das alterações da pele e das

lâminas ungueais com aplicação, se necessário, de anestesia local;

Deveria constar:

Quiropodologia» a área podológica na qual se realizam tratamentos das alterações da pele e das lâminas ungueais com aplicação, se necessário, de anestesia local;

Justificação:

Esta sugestão justifica-se pelo facto da intervenção com tratamentos conservadores, em algumas circunstâncias, não permitir tratar de forma definitiva a patologia e daí a necessidade de se aplicar outros tratamentos, nomeadamente corretivos. A título de exemplo, o corte de uma unha, a limpeza de uma ferida, a extração de uma queratopatia (calo), podem ser considerados como um tratamento não conservador, visto poder alterar a sua morfologia.

Esta é, de facto, a prática já utilizada no ensino (com plano curricular aprovado pelo Estado) e pelos podologistas no seu actual exercício profissional e desde a sua formação.

**2º**

**Ainda neste Artigo 2º deveriam ser introduzidas as seguintes definições (alíneas):**

**Farmacologia podológica** - área que abrange a administração e prescrição de fármacos com acção específica no campo podológico de acordo com o simpósio específico podológico, cuja especificação consta do anexo I, que faz parte integrante do presente diploma.

Justificação:

A prescrição é um direito e uma competência intrínseca à atividade do podologista, e há que olhar para esta questão de forma aberta, despreocupada, mas clara e objectivamente.

O podologista é o especialista na área da saúde do pé, logo sabe que terapêutica deve aconselhar e seguir. A formação académica do podologista, de acordo com o plano curricular actual, dota-o de competência para conhecer a semiologia, propedêutica, farmacologia, farmacologia e terapêutica e farmacoterapia podológica com uma carga horária, específica na área, de 264 horas.

Desta alteração nada de novo resulta de novo, porquanto é o próprio plano curricular aprovado pelo Estado que, seguindo as directrizes internacionais, contempla a matéria da farmacologia e de prescrição.

**Podologia Cirúrgica** - atos terapêuticos específicos no pé, mediante a aplicação de anestesia, de forma a tratar as alterações podológicas, particularmente do antepé, e as suas causas.

Justificação:

A realização de pequenas intervenções podológicas cruentas são uma prática actual e comum entre os podologistas de acordo com a sua formação académica e competências adquiridas. A intervenção minimamente invasiva na patologia do pé, realizada por podologistas, em meio ambulatorio, pressupõe uma recuperação célere e sem necessidade de abstencionismo ou incapacidade temporária pós cirúrgica do doente. Esta é de facto uma prática ministrada no ensino da podologia, de acordo com plano curricular aprovado pelo Ministério da Educação e acreditado pela A3ES.

3º

**No Artigo 7º, ponto 1)**

Onde se lê:

1 - A profissão de podologista é exercida com autonomia **técnica** e em complementaridade funcional com outros grupos profissionais de saúde, e é equiparada, para todos os efeitos legais, a uma profissão **paramédica**.

Deveria constar:

1 - A profissão de podologista é exercida com autonomia técnica **e clínica e** em complementaridade funcional com outros grupos profissionais de saúde, e é considerada para todos os efeitos legais, nomeadamente em termos fiscais, a uma profissão **de saúde**.

Justificação:

Tal qual já acontece hoje em dia, estas alterações permitirão que os podologistas sejam os responsáveis pelos seus atos clínicos e responsáveis pelos seus consultórios ou clínicas de podologia, uma vez que são os atuais proprietários e responsáveis técnica e clinicamente pelos mesmos.

Por outro lado, no plano da actuação, distingue a podologia das profissões paramédicas, visto que tem uma metodologia de intervenção distinta e muito própria, nomeadamente na autonomia técnica e clínica, no exercício profissional e no diagnóstico.

Os podologistas, contrariamente aos paramédicos, exercem a sua actividade clínica de forma autónoma sendo os responsáveis pelo diagnóstico e tratamento das alterações dos pés. O podologista é o único especialista do pé, com conhecimentos altamente específicos e diferenciadores da

funcionalidade e biomecânica do pé, que tem capacidade para avaliar, orientar e tratar de forma autónoma. Esta é de fato a metodologia adotada e praticada em Portugal há mais de 16 anos.

Foi também considerado pela Entidade Reguladora da Saúde, que o podologista é um prestador de serviços de saúde, com autonomia e direito técnico e clínico ao ser obrigado a registar-se autonomamente na respectiva ERS.

Ora, a podologia não tem enquadramento enquanto profissão paramédica, pelo deve ser considerada uma profissão de saúde autónoma.

A título de exemplo, a Medicina Dentária, a Nutrição e a Psicologia Clínica têm a sua autonomia técnica e clínica, são consideradas para todos os efeitos legais uma profissão de saúde, designadamente em termos fiscais, e não estão equiparados ou integrados nas profissões paramédicas.

#### **4º**

##### **No Artigo 7º, ponto 2. B))**

Onde se lê:

Exercer a terapêutica da patologia e alterações dos pés, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, de acordo com as boas práticas definidas para o efeito, designadamente, quiropodologia, ortopodologia, podoposturologia e reabilitação podológica.

Deveria constar:

Exercer a terapêutica da patologia e alterações dos pés, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, de acordo com as boas práticas definidas para o

efeito, designadamente, quiropodologia, ortopodologia, podoposturologia, reabilitação podológica, **podologia cirúrgica**<sup>(1)</sup> e **farmacologia**<sup>(2)</sup>.

<sup>1</sup> **podologia cirúrgica:** A podologia cirúrgica é algo internacionalmente reconhecido como fazendo parte das competências da podologia.

A este propósito, não podemos deixar de citar a carta da Associação Europeia de Podologistas que refere expressamente que compete ao podologista, nomeadamente a realização de cirurgia podológica «alterações dos pés, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, de acordo com as boas práticas definidas para o efeito, designadamente, ... a cirurgia podológica ...», assim como, seguindo as práticas internacionais a esse propósito, a comunicação da Federação Internacional de Podologia de 6.11.2012, que nos permitimos juntar em anexo (10º parágrafo), onde se faz precisamente essa referência fundamental à intervenção dos podologistas nesta área:

«In many countries throughout the world, podiatrists are assuming increased responsibilities in the delivery of health care including podiatric surgery».

E tanto assim é que, em Portugal a Podologia Cirúrgica é ministrada e praticada no curso legalmente aprovado e acreditado pela AES e prática comum entre os podologistas, pelo que aqui se reiteram as considerações já feitas ao plano curricular.

<sup>2</sup> **farmacologia:** Ao prescrever, o podologista está a circunscrever-se "ao pé", sendo que **maioritariamente são fármacos tópicos**, sem nunca invadir a esfera de competência técnica e terapêutica de qualquer outra profissão da área da saúde.

Tal garantia de estanquicidade da prescrição dentro da área da podologia é assegurada pela submissão do podologista a um simpósio terapêutico restrito que, porque específico, deve constituir anexo da lei a aprovar.

Deste modo, garantida a competência técnica dada pelo ensino e garantida a restrição da prescrição ao simpósio terapêutico aprovado, nada pode impedir que o podologista exerça as suas competências na plenitude, a bem da profissão, do doente e da saúde pública.

A ser de outra forma, estaríamos a retirar uma competência intrínseca e essencial à profissão, atulhando as consultas do serviço nacional de saúde, apenas e só para a passagem de receitas.

Fazendo referência aos modelos que pretendemos seguir, como por exemplo os mais desenvolvidos como o Espanhol ou do Reino Unido, citados no preâmbulo da proposta de lei, não podemos deixar de referir alguma legislação espanhola que prevê expressamente essa possibilidade, como sejam o Real Decreto 542/1995 de 7 de Abril e a ley 28/2009 de 30 de Dezembro, e a Regulação do Reino Unido sobre a prescrição farmacológica n. 1855, de 23 de Julho de 2103 (conforme em anexo).

Acresce ainda que, tão grave como retirar à profissão algo que lhe é intrínseco, é a violação da legislação comunitária que isso implicaria. Na verdade, como é da natureza da profissão, a nível internacional o estudo e tratamento das patologias do pé - tal como em Portugal - inclui o tratamento, designadamente o uso de medicamentos no tratamento das patologias do pé, facto que internacionalmente foi transportado para a legislação, nomeadamente no ensino e faz parte da prática profissional.

Em conclusão e sem prejuízo de melhor análise e discussão em sede de comissão, apresenta aqui a APP um conjunto de sugestões que, sendo essenciais e respeitarem o já legislado nacional e internacionalmente, bem como por serem intrínsecas à própria natureza da profissão, devem merecer a V/ melhor atenção e consagração legal.

A Direcção da APP

Manuel Azevedo Portela

## **Simpósio Terapêutico Podológico**

### 1 – PRINCÍPIOS GERAIS A CONSIDERAR

- 1.1 – Será conveniente que o ajustamento legal da prescrição farmacológica, a aplicar no âmbito da Podologia, contemple exatamente os mesmo princípios que são aplicados à Medicina, a fim de que o plano geral da estratégia terapêutica, sendo a mesma, esteja automaticamente reconhecida para os novos grupos a incluir ou a retirar do Prontuário Terapêutico e/ou de qualquer outro documento oficial com o mesmo valor legal.
- 1.2 – Será conveniente que o reconhecimento legal da prescrição podológica tenha em atenção que a anatomia, a fisiologia e a patologia do pé apresenta relações biológicas que se podem alargar à generalidade do corpo humano, embora com profilaxias, formas e intensidades com peculiaridades diferentes.

Deste modo, propõe-se que seja tornado acessível a receituário podológico os seguintes grupos de fármacos, seguindo a nomenclatura do prontuário terapêutico:

#### Grupo 1 – Medicamentos anti-infecciosos

- 1.1. Antibacterianos
  - 1.1.1. Penicilinas
  - 1.1.2. Cefalosporinas
  - 1.1.5. Associações de penicilinas com inibidores das  $\beta$  – lactamases
  - 1.1.8. Macrólidos
  - 1.1.10. Quinolonas
  - 1.1.11. Outros antibacterianos
- 1.2. Antifúngicos

#### Grupo 2 – Sistema nervoso Central

- 2.2. Anestésicos locais
- 2.10. Analgésicos e antipiréticos

#### Grupo 3 – Aparelho Cardiovascular

- 3.6. Venotrópicos

#### Grupo 6 – Aparelho Digestivo

- 6.2. Antiácidos e antiulcerosos
  - 6.2.2.3. Inibidores da bomba de prótons

#### Grupo 9 – Aparelho Locomotor

- 9.1. Anti-inflamatórios não esteroides
- 9.3. Medicamentos usados no tratamento da gota

#### Grupo 13 – Medicamentos usados em afeções cutâneas

- 13.1. Anti-infecciosos de aplicação na pele
- 13.2. Emolientes e protetores
- 13.3. Medicamentos queratolíticos e antipsoriáticos
- 13.5. Corticosteroides de aplicação tópica
- 13.6. Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteroides
- 13.7. Adjuvantes da cicatrização
- 13.8. Outros medicamentos usados em Dermatologia

## **Grupo 1 – Medicamentos anti-infecciosos**

### **1.1. Antibacterianos**

A utilização de antibióticos para o tratamento de quadros infecciosos constitui um dos maiores êxitos terapêuticos de todos os tempos; o uso dos mesmos permitiu salvar muitas vidas e aumentar a esperança de vida da humanidade.

O uso irracional dos antibióticos, devido a um consumo excessivo quantitativo e/ ou qualitativo, transforma os seus potenciais benefícios em graves prejuízos, tanto para o próprio indivíduo como para a sociedade.

Os antibióticos são substâncias que administradas por via oral inibem (efeito bacteriostático) ou eliminam (efeito bactericida) os germes patogénicos da infeção. Com o aparecimento do primeiro antibiótico (penicilina, em 1941) surge a explosão incontrolável destes eficazes agentes anti-infecciosos. Desde então, a investigação tem seguido dois caminhos diferentes: o primeiro, na modificação das moléculas a partir dos núcleos essenciais dos antibióticos originais (antibióticos nativos), obtendo os denominados antibióticos semissintéticos; o segundo, na síntese de novas moléculas capazes de atuar contra os agentes patogénicos bacterianos (antibióticos sintéticos e quimioterápicos).

A utilização dos antibacterianos tem reconhecido interesse na atuação clínica da podologia, designadamente na área do pé diabético, onde se destacam infeções da pele dos tecidos moles, osteomielites, abscessos com celulites disseminada, artrite séptica aguda e na profilaxia das infeções pós-cirúrgicas do âmbito podológico.

Apesar do vasto número de antimicrobianos existentes e do apoio ao tratamento das infeções, para a área da podologia serão necessárias apenas moléculas que atuem com precisão, segurança e rigor no tratamento efetuado em podologia, nomeadamente a Amoxicilina, Amoxicilina + Ácido Clavulâmico, Clindamicina, Azitromicina, Ciprofloxacina, Metronidazol, Cefuroxina e Ácido Fusíco.

### **1.2. Antifúngicos**

As infeções fúngicas das unhas (onicomicose) têm sido tradicionalmente difíceis de tratar devido, principalmente, a quatro fatores:

1. Pouca ou nenhuma acessibilidade do antifúngico tópico à (lâmina, leito e matriz ungueal).
2. Longa duração dos tratamentos orais que conduzem a fracassos terapêuticos. Por exemplo, as onicomicoses demoram até 6 meses para responder à griseofulvina oral e as unhas dos pés

um ano ou mais, cerca de 60% não respondem ao tratamento ou apresentam recidivas depois do mesmo.

3. Alta toxicidade dos medicamentos antifúngicos em uso sistêmico. Este é o caso de cetoconazol, primeiro derivado imidazol utilizado no tratamento sistêmico de infecções fúngicas, com uma elevada incidência de efeitos adversos graves principalmente hepáticos.

4. O atingimento da matriz dificulta ainda mais um possível tratamento eficaz. Nas duas últimas décadas introduziram-se princípios ativos e excipientes que permitem, por via tópica, alcançar maior concentração e penetração no tecido ungueal com “efeito de depósito”. Do mesmo modo, a criação de novas moléculas de uso sistêmico com maior penetração e fixação nos tecidos queratinizados (unhas e pele) e com um baixo perfil de toxicidade, têm permitido que o tratamento das onicomioses seja mais eficaz, reduzindo o tempo de tratamento em média para 3 meses, assim como os casos de recidivas.

Pelas suas características farmacológicas, segurança e eficácia, os antifúngicos sistêmicos de eleição em Podologia são o Fluconazol, o Itraconazol e a Terbinafina.

## **Grupo 2 – Sistema Nervoso Central**

### **2.2. Anestésicos locais**

Os anestésicos locais são fármacos que bloqueiam de forma reversível os impulsos nociceptivos, tanto nos recetores sensoriais como nas vias aferentes sensoriais, ao longo de um tronco nervoso ou nervo ou nos gânglios, tanto se a entrada sensorial passa por nervos somáticos aferentes como vegetativo. Como resultado disto, a função sensitiva e motora das fibras nervosas fica inibida de forma transitória no local da administração do anestésico ou na área inervada por estruturas nervosas vizinhas. Passado o seu efeito, a recuperação da função nervosa é completa. Os anestésicos locais inibem a origem e a condução do impulso nervoso ao bloquear os canais de  $\text{Na}^+$ -dependentes da voltagem da membrana das células nervosas. A diminuição na entrada do cátion sódio exprime a excitabilidade, a velocidade de despolarização e a amplitude do potencial não de ação. Em podologia usam-se procaína, tetracaína, bupivacaína, lidocaína, mepivacaína, cloreto de etilo, prilocaina + lidocaina tópica e lidocaina tópica.

### **2.10. Analgésicos e antipiréticos**

A Associação Internacional para o Estudo da Dor define a dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual real, concreta ou potencial, ou descrita em termos de lesão tecidual". Em circunstâncias normais, a dor é o resultado da estimulação dos recetores periféricos ou nociceptores que transmitem impulsos até ao cérebro através de vias de dor. Classifica-se geralmente como dor de natureza aguda ou crónica:

- A dor aguda é consequência de uma lesão ou de uma doença, apresenta uma localização, um carácter e uma evolução bem definida. Geralmente, dura enquanto dura a lesão. Associa-se a sintomas de hiperatividade autónoma, tais como taquicardia, hipertensão, sudação, ou midríase.

- A dor crónica define-se como a dor que persiste durante, pelo menos dois meses. Não pode estar diretamente relacionada com uma lesão ou uma doença, ou pode persistir após a cura da lesão inicial. A sua localização, carácter e evolução temporal são menos precisos do que na dor aguda. Uma vez que o sistema autónomo se adapta, os sinais de hiperatividade autónoma associados à dor aguda podem desaparecer temporariamente ou dar origem, posteriormente, a lesões axonais responsáveis pelas dores neuropáticas crónicas. Os pacientes com dor crónica experimentam deterioração física, psicológica, social e funcional, a qual contribui para o aumento da dor. Muitos autores consideram que só existe dor crónica quando se altera a função laboral e a atividade social, sendo frequente a utilização dos serviços de saúde.

São por isso necessários e indicados para o tratamento da dor podológica o ácido acetilsalicílico, metamizol, paracetamol, paracetamol + codeína, tramadol, tramadol + codeína e clonixina.

## **Grupo 3 – Aparelho Cardiovascular**

### **3.6. Venotrópicos**

Os venotrópicos são substâncias utilizadas no tratamento da insuficiência venosa. Na maioria são quimicamente flavonóides ou substâncias aparentadas. Atuam por mecanismo ainda mal esclarecido. Alguns, tais como a diosmina e as oxerrutinas (das quais é exemplo a troxerrutina), apresentam indicação melhor fundamentada no que respeita a eficácia. Existem formas para aplicação tópica.

## **Grupo 6 – Aparelho Digestivo**

### **6.2. Antiácidos e anti ulcerosos**

#### *6.2.2.3. Inibidores da bomba de prótons*

A utilização podológica dos fármacos incluídos neste grupo terapêutico têm como objetivo o tratamento profilático das úlceras duodenais, úlceras gástricas benignas e/ou erosões gastroduodenais produzidas por AINEs em pacientes de risco.

Sem dúvida que as medidas gerais de prevenção são uma prioridade e passam inevitavelmente pelo uso racional de AINEs.

Os fármacos que demonstram, em estudos epidemiológicos, serem eficazes na prevenção de lesão gástrica por AINEs são os anti-histamínicos H2 (ranitidina e famotidina), o misoprostol, pantoprazol e omeprazol.

De todos estes fármacos, os inibidores da bomba protónica são os que apresentam o índice terapêutico mais favorável, pelo que foram selecionados para o fim em vista.

## **Grupo 9 – Aparelho Locomotor**

### **9.1. *Anti-inflamatórios não esteroides***

Os anti-inflamatórios não esteroides (AINE's) são um grupo heterogéneo de substâncias com ação anti-inflamatória, analgésica e antipirética; equivalentes em eficácia e em incidência de efeitos adversos, e com grandes diferenças na resposta individual de carácter idiossincrásico, mesmo entre membros de uma mesma família química. Os efeitos terapêuticos e muitas das reações adversas dos AINE's podem explicar-se pelo seu efeito inibidor das ciclooxigenases (Cox), enzimas que convertem o ácido araquidónico em prostaglandinas e tromboxanos e pelos seus efeitos dissociadores da fosforilação oxidativa mitocondrial. Hoje são conhecidas pelo menos duas isoformas de ciclooxigenase (Cox-1 e Cox-2), com localizações e funções diferentes. A Cox-1 tem carácter de enzima constitutiva e a sua atividade tem que ver com a participação das prostaglandinas e dos tromboxanos no controlo das funções fisiológicas (hemostasia, função renal, manutenção da integridade da mucosa gástrica, entre outras. Ao contrário, a Cox-2 tem características de enzima induzida e está implicada no processo inflamatório por competição de diversas citocinas e medidores de inflamação.

No campo de utilização podológica usam-se anti-inflamatórios de ação específica no tratamento dos processos inflamatórios agudos e ou associados a processos degenerativos muscular esqueléticos do aparelho locomotor, nomeadamente aceclofenaco, diclofenac, indometacina, dexetoprofeno, ibuprofeno, naproxeno, diacereina, glucosamina, capsaicina, ácido salicílico, ácido salicílico + salicilato de metilo + capsaicina + mentol, benzidamina, cetoprofeno, etofenamato, flurbiprofeno, heparina sódica + salicilato de dietilamina + mentol, naproxeno, nicoboxil + nonivamida, nimesulida, picetoprofeno, piroxicam e salicilato de metilo + mentol + guaiacol.

### **9.3. *Medicamentos usados no tratamento da gota***

As crises agudas de gota tratam-se eficazmente com anti-inflamatórios não esteroides em doses altas. A colquicina é uma alternativa terapêutica válida mas a sua utilização é limitada pela toxicidade da posologia necessária ao controlo do acesso agudo. É útil em doentes com ICC e hipocoagulados. A recorrência frequente de crises legitima o uso do alopurinol, inibidor da xantina oxidase, ou de uricosúricos. O início do tratamento pode precipitar a ocorrência de crises. Estas podem ser prevenidas administrando colquicina ou anti-inflamatórios não esteroides.

## **Grupo 13 – Medicamentos usados em afeções cutâneas**

### **13.1. *Anti-infeciosos de aplicação na pele***

### **13.1.1. Antissépticos e desinfetantes**

Os antissépticos são substâncias químicas que inibem o crescimento ou destroem microrganismos patogênicos, atuando sobre a superfície dos tecidos. Os desinfetantes são substâncias químicas que exercem tal ação sobre superfícies ou objetos inanimados.

Entende-se como ação germicida aquela que leva à morte dos microrganismos; atendendo à sua etiologia, teríamos fungicidas, bactericidas, virucidas e esporicidas. Da mesma forma, uma ação germistática envolve a inibição do crescimento de microrganismos; falando de fungistáticos, bacteriostáticos, virustáticos, em função do agente causal.

Em geral, as mesmas substâncias podem ser usadas como antissépticos ou desinfetantes, já que a ação germicida ou germistática não varia de acordo com a área de aplicação. Por conseguinte, um desinfetante é usado como antisséptico se não é irritante para os tecidos, não é inativado pela matéria orgânica e não produz toxicidade secundária por absorção sistêmica.

Atualmente os antissépticos mais utilizados e de eleição para a maioria das necessidades terapêuticas no campo da podologia são a cloro hexidina, peróxido de hidrogênio, cloreto de benzalcônio, cetrimida e os iodados (álcool 70º iodado a 1%, iodopovidona).

### **13.1.2. Antibacterianos**

A pele é um órgão por fazer fronteira com o mundo exterior, apresenta uma rica flora saprófita (bacteriana e fúngica), denominada flora residual permanente, estando em perfeito equilíbrio ecológico. Esta flora, juntamente com o pH ligeiramente ácido da pele (manto ácido gorduro cutâneo), atua como um mecanismo de defesa para controlar o crescimento de microrganismos potencialmente patogênicos e a sua possível invasão para outras partes da pele e do corpo. Deste modo, o desencadeamento da infecção dérmica por organismos patogênicos está relacionado com a rotura dos mecanismos naturais "desinfetantes" protetores da pele ou com o desenvolvimento de um grande número de colônias de agentes patogênicos.

Perante uma infecção dermatológica o tratamento pode ser tópico e/ou sistêmico. Para a grande maioria das infecções dérmicas, o antibiótico de eleição seria a mupirocina, ao não ter resistências cruzadas com outros antibióticos, induzir poucas resistências próprias, ser muito pouco sensibilizante e não se utiliza por via sistêmica. Igualmente eficazes são o ácido fusídico, gentamicina, nitrofurais, retapamulina, sulfadiazina de prata, as associações de neomicina + bacitracina e neomicina + bacitracina + polimixina B, evitando tratamentos de mais de uma semana de duração para minimizar as sensibilizações.

### **13.1.3. Antifúngicos**

Nos últimos anos e, apesar do desenvolvimento de novos e potentes quimioterápicos, a incidência das infecções fúngicas da pele têm vindo a aumentar. As causas devem-se, em primeiro lugar, ao enorme reservatório ambiental desses germes que, ajudados pelo aumento do tráfego aéreo, têm facilitado a importação para a Europa de micoses tropicais antes desconhecidas. Em segundo lugar, tem-se vindo a observar uma maior suscetibilidade por

parte da população às infecções mucocutâneas fúngicas, quer seja devido a um aumento na incidência de certas doenças: linfoma, diabetes, leucemia, avitaminoses, estados de desnutrição graves; quer a terapias específicas cada vez mais longas e frequentes: corticosteroides, antibióticos, imunossupressores e contraceptivos orais.

Todas estas causas, conjuntamente com fatores de risco concomitantes (hiperidrose, eliminação da camada de ácidos gordos da pele, o contato com fontes de contaminação), sejam elas individuais ou circunstanciais, irão determinar a origem, a frequência e o desenvolvimento de infecções fúngicas da pele.

Em podologia, a grande maioria das infecções fúngicas dérmicas ou ungueais são produzidas por fungos dermatófitos e por leveduras.

Os fármacos antimicóticos tópicos podem-se classificar em derivados do imidazol (Bifonazol, Fenticonazol, Clotrimazol, Sertaconazol, Cetoconazol, Tioconazol, Econazol, Miconazol, Sulconazol, Omoconazol), o Ciclopirox, a Amorolfina, a Terbinafina, o Tolnaftato e a Nistatina.

#### **13.1.4. Antivíricos**

As verrugas são doenças de pele causadas por vírus de ADN papovavírus, dos quais o único agente patogénico para o homem e responsável por produzir verrugas é chamado o papiloma vírus humano (HPV), do qual existem mais de 200 serotipos. As verrugas são geralmente classificadas de acordo com o tipo de HPV e da sua localização. As verrugas plantares têm como subtipo responsável o HPV 1 e 2, e localizam-se principalmente nas zonas submetidas a pressão, apresentam um crescimento endofítico, de superfície hiperqueratótica e aplanada, muitas vezes dolorosas, quando são muito numerosos aglutinam-se em placas maiores, resultando em verrugas em mosaico. O período de incubação é difícil de estabelecer, mas acredita-se que seja de aproximadamente 4 meses. Os tipos de tratamento são variados, embora todos sejam baseados na destruição física das células infetadas e da hiperqueratose que a acompanha. Incluem o uso de substâncias queratolíticas, cáusticas, vesicantes e citotóxicas.

### **13.2. Emolientes e protetores dermatológicos**

O uso excessivo de sabonetes antissépticos, hábitos dietéticos ou maus hábitos alimentares, em conjunto com outros fatores intrínsecos: idade, sexo, patologias inflamatórias, fatores genéticos, etc, provocam desequilíbrios hídricos da pele, caracterizando-se pela perda de flexibilidade, descamação e secura exagerada do estrato córneo. O problema da hidratação da pele não se limita ao domínio da cosmética, a água é um componente fundamental para a vida e um elemento essencial na estrutura dérmica (resiliência, adaptabilidade e resistência). Um grande número de dermatopatias observadas e tratadas por podologistas apresentam-se com secura da pele (xerose, ictiose, hiperqueratose, prurido invernial, eczema numular, eczema xerodérmico, eczema asteatótico), o tratamento destas lesões baseia-se na utilização de

emolientes, hidratantes e de protetores dérmicos, assim como no caso de lesões eczematosas de corticoides tópicos.

As substâncias emolientes são de natureza lipófila, sós ou incorporadas à fase gorda das emulsões constituem uma película mais ou menos oclusiva sobre a superfície cutânea, aumentando a retenção de água do extrato córneo, proporcionando elasticidade, hidratação, suavidade e flexibilidade da pele.

A Podologia tem em consideração os emolientes parafínicos como vaselina e parafina líquida, assim como azeites vegetais, esterres de ácidos gordos e lanolina.

Os produtos hidratantes são capazes de reter moléculas de água do extrato córneo e inclusivamente das capas mais profundas da pele, evitando a perda do conteúdo hídrico da mesma, aumentando o grau de flexibilidade, elasticidade e, portanto, a sua hidratação.

Entre os princípios ativos hidratantes destacaríamos a ureia, ácido láctico, dexpanthenol, lactato sódico, lactato amónico, ácido hialurónico, vitaminas A, D y E, ácido glicólico e aloé vera.

Os protetores são preparados tópicos formados por emolientes mais ou menos gordos com efeitos emolientes e hidratantes que incorporam algum pó (em geral óxido de zinco e/ou talco) ou algum silicone (dimeticona), com a finalidade de diminuir a humidade local proporcionando proteção mecânica contra a fricção mediante a emulsão formada sobre a superfície cutânea.

### ***13.3. Medicamentos queratolíticos e antipsoriásicos***

As queratopatias na sua maioria apresentam uma origem mecânica, sendo por isso o tratamento podológico direcionado para a profilaxia e tratamento das causas associadas. O uso de substâncias queratolíticas (ácido salicílico, ácido láctico, fluoruracilo) podem ser usadas como coadjuvantes.

A psoríase é uma doença inflamatória da pele caracterizada por um aumento na proliferação epidérmica que produz eritema, descamação e aumento da espessura da pele. É uma doença crónica, provocando um grande impacto psicossocial sobre os seus portadores.

A variante clínica que mais afeta o campo podológico é a psoríase palmo-plantar, apresentando-se como uma evolução da psoríase em placas e afeta igualmente a palmas das mãos e planta dos pés. As chamadas placas psoriáticas caracterizam-se por apresentar eritema, infiltração e descamação com um aspeto liqueniforme, provocam geralmente prurido e sobre infeção bacteriana e/ou fúngica após fricção das mesmas. Devem diferenciar-se das dermatomicoses secas hiperqueratóticas e/ ou das dermatopatias alérgicas liqueniformes. Durante o decorrer da psoríase é frequente a afetação das unhas. É necessário, a fim de evitar fracassos terapêuticos, realizar-se um diagnóstico diferencial das onicomicoses e/ou outras afeções.

A estratégia terapêutica geral para o tratamento da psoríase palmo-plantar e ungueal baseia-se no tratamento tópico mediante a associação de diferentes grupos farmacológicos, designadamente hidratantes, emolientes, queratolíticos, corticoides tópicos, ditranol, calcitriol, calcipotriol, tacalcitol e derivados de vitamina D e A.

### **13.5. Corticosteroides de aplicação tópica**

A ação farmacológica de todos os corticosteroides tópicos é idêntica e a sua utilização em terapêutica é a mesma. Os dermacorticoides são utilizados terapêuticamente para as seguintes ações:

1. Ação antialérgica: é de origem tecidual, inibindo a resposta alérgica. Não inibem a reação de antígeno-anticorpo produtora dos fenómenos alérgicos, mas sim a libertação de histamina, impedindo assim o efeito a médio prazo.
2. Anti-inflamatória: inibem a fosfolipase A e a síntese do ácido araquidónico, bloqueando a formação de prostaglandinas. É uma ação inespecífica, sendo eficaz na maioria das inflamações que têm origem mecânica, químicos, microbiológicos ou imunológico.
3. Ação imunossupressora: inibem a mitose das células epidérmicas, através do bloqueio do DNA, com ações antiproliferativas e imunossupressoras.

A diferença fundamental entre os corticosteroides tópicos devem – se, portanto, não à sua ação, mas sim na potencia do preparado e por conseguinte, à sua absorção através da pele.

Os métodos experimentais baseados no poder vasoconstritor dos corticoides tópicos (que se correspondem bastante bem com a sua eficácia clínica) determinarão as classificações por potência dos mesmos.

No campo da ação podológica usam-se os glucocorticoides Hidrocortisona, Clobetasol, Dexametasona e Betametasona.

Por regra não se recomenda a associação de corticosteroides com antibacterianos e com antifúngicos, no entanto, esta associação justifica-se situações bem identificadas.

### **13.6. Associações de antibacterianos, antifúngicos e corticosteroides**

Por via de regra não se recomenda o uso de associações de antibacterianos entre si ou com corticosteroides e com antifúngicos mas, nos raros casos em que o seu uso possa justificar-se.

### **13.7. Adjuvantes da cicatrização**

Os cicatrizantes têm sido usados em todos os tipos de feridas, tais como queimaduras, úlceras de pressão, vasculares, diabéticas, para estimular a produção de colagénio pelos fibroblastos, estimular o tecido de granulação e assim promover a cicatrização.

Com a comercialização dos apósitos biológicos (hidrogéis, alginatos, hidrocolóides, colagénio, gelatina, prata, etc.), os tratamentos cicatrizantes diversificaram-se, cobrindo estes um campo importante em terapias com *deficit* de cicatrização (principalmente úlceras e queimaduras).

O grupo farmacológico constituído por princípios ativos (cicatrizantes e/ ou anti-infecciosos), incluídos num suporte galénico em forma de pensos de gaze impregnada, a fim de facilitar a sua aplicação em feridas infetadas, úlceras ou queimaduras. Os apósitos medicamentosos, além de terem as ações farmacológicas derivadas das dos seus princípios ativos, têm a propriedade de manter um micro ambiente húmido, sem produzir macerações, facilitando o processo de cicatrização das lesões dérmicas. Por outro lado existem outros apósitos, não incluídos neste grupo terapêutico, denominados biológicos. Estes necessitam de princípios ativos medicamentosos, à exceção dos novos preparados que contêm sais de prata. Os apósitos biológicos proporcionam um micro ambiente, desde a superfície ao seu interior, para que se produza a cicatrização nas melhores condições possíveis, no menor tempo e reduzindo ao mínimo o risco de infeções. Incluem na sua composição: polissacarídeo, hidrocolóides, hidrogéis, alginatos, espumas de poliuretano, com funções diferentes, seja de absorção de exsudados, preenchimento de cavidades em úlceras, aumento ou diminuição da permeabilidade gasosa para o oxigénio, e sempre com o objetivo final de obter uma correta cicatrização da lesão.

### **13.8. Outros medicamentos usados em Dermatologia**

O prurido é um dos sintomas mais comuns da pele, sendo a sua etiologia diversa: urticária, psoríase, atopia, xerodermias, eczemas, parasitária. Além disso, várias patologias sistémicas como insuficiência renal, policitemia vera, linfoma, leucemia mieloide crónica, diabetes, hipotireoidismo, insuficiência hepática entre outros, têm o prurido como um dos sintomas. A irradicação da patologia base seria o tratamento ideal, mesmo quando, em muitos casos, é necessário recorrer a tratamento sintomático, usando anti-histamínicos (Clemastina, Clorfenoxamina, Dimetindeno e Prometazina), anestésicos tópicos (Lidocaína, Prilocaína, Difenidramina, Cânfora, Calamina), mentol, assim como corticoides tópicos e anti-histamínicos orais.

Hiperidrose é o aumento excessivo e desnecessário em suor pelas glândulas sudoríparas écrinas, que são reguladas pelo sistema nervoso simpático. Os fármacos adrenérgicos (adrenalina, efedrina...) e broncodilatadores (teofilina, salbutamol, salmeterol...), entre outros,

estimulam a produção sudoral, enquanto os antiespasmódicos (alcaloides da beladona) e betabloqueadores (atenolol, propranolol...) a sua redução. O tratamento eficaz da hiperidrose e bromidrose baseia-se na utilização de substâncias que eliminam ou reduzem a hipersecreção anti hidróticas sudoral de sabonetes antissépticos e ácidos que regulam a flora bacteriana e normalizam o pH da pele, recorrendo a utilização de sabonetes antissépticos e de caráter ácido, adstringentes, absorventes, anti hidróticos, substâncias refrescantes e ou antissépticos.

## **Fórmulas Magistrais**

A formulação magistral tem como objeto essencial salvar as lacunas terapêuticas que não cobrem a indústria farmacêutica, assim como a individualização dos tratamentos farmacológicos em podologia.

A prescrição de uma fórmula magistral está normalizada segundo o estado da arte previsto na Lei vigente.

Fórmula magistral, o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares;

Em podologia os medicamentos manipulados que mais se aplicam são:

Manipulados antissépticos; Manipulados adstringentes; Manipulados para hiperidroses e bromidroses; Manipulados para xerodermias; Manipulados para queratodermias; Manipulados para dermatomicoses; Manipulados para verrugas; Manipulados para onicopatias; Manipulados para lesões psoriáticas; Manipulados para eczemas; Manipulados para úlceras; Manipulados hemostáticos.

## **Homeopatia**

*“ A diátese homeopática constitui uma predisposição geral latente, hereditária ou adquirida, do organismo que o condiciona a contrair um certo tipo de doenças. A diátese homeopática encontra-se associada a um conjunto de indivíduos que evoluem no tempo, segundo uma patologia comum, reproduzindo a patogenesia de determinados medicamentos, que lhe são específicos.”*

Consideram-se correntemente quatro diáteses homeopáticas, sendo a Diátese tipo I – (Psora) e a Diátese tipo III – (Sicose), as de interesse Podológico, utilizando produtos homeopáticos ou de forma unicista ou de forma pluricista/alternista.

No momento atual, há que aguardar o aparecimento de bases científicas sólidas e inequívocas quanto ao interesse deste tipo de terapia podológica.

Contributos Associação Portuguesa de Podologia (APP)

5 de março 2014

<p><u>Artigo 2.º, alínea e)</u></p> <p>Onde se lê:</p> <p>«Ortopodologia» a área podológica que mediante a aplicação de próteses ou ortóteses, atua em alterações congénitas e ou adquiridas do tipo morfológico, estrutural e funcional, aplicando tratamentos corretores, compensadores ou paliativos;</p>	<p>Deveria constar:</p> <p>«Ortopodologia» a área podológica que mediante a <b>realização</b>, aplicação e <b>indicação</b> de próteses ou ortóteses, atua em alterações congénitas e ou adquiridas do tipo morfológico, estrutural e funcional, aplicando tratamentos corretores, compensadores ou paliativos;</p>
<p><u>No artigo 2.º, alínea k)</u></p> <p>Onde se lê:</p> <p>«Quiropodologia» a área podológica na qual se realizam tratamentos <b>conservadores</b> das alterações da pele e das lâminas ungueais com aplicação, se necessário, de anestesia local;</p>	<p>Deveria constar:</p> <p>Quiropodologia» a área podológica na qual se realizam tratamentos das alterações da pele e das lâminas ungueais com aplicação, se necessário, de anestesia local;</p>
<p><u>Aditamento de novas alíneas no Artigo 2.º:</u></p> <p><u>Farmacologia podológica</u> - área que abrange a administração e prescrição de fármacos com ação específica no campo podológico de acordo com o simpósio específico podológico, cuja especificação consta do anexo I, que faz parte integrante do presente diploma.</p>	
<p><u>Podologia Cirúrgica</u> - atos terapêuticos específicos no pé, mediante a aplicação de anestesia, de forma a tratar as alterações podológicas, particularmente do antepé, e as suas causas.</p>	
<p><u>No Artigo 7.º, n.º 1)</u></p> <p>Onde se lê:</p> <p>1 - A profissão de podologista é exercida com autonomia <b>técnica</b> e em complementaridade funcional com outros grupos profissionais de saúde, e é equiparada, para todos os efeitos legais, a uma profissão <b>paramédica</b>.</p>	<p>Deveria constar:</p> <p>1 - A profissão de podologista é exercida com autonomia técnica <b>e clínica e</b> em complementaridade funcional com outros grupos profissionais de saúde, e é considerada para todos os efeitos</p>

	legais, nomeadamente em termos fiscais, a uma profissão <b>de saúde</b> .
<p><u>No Artigo 7.º, n.º 2 alínea b)</u></p> <p>Onde se lê:</p> <p>Exercer a terapêutica da patologia e alterações dos pés, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, de acordo com as boas práticas definidas para o efeito, designadamente, quiropodologia, ortopodologia, podoposturologia e reabilitação podológica.</p>	<p>Deveria constar:</p> <p>Exercer a terapêutica da patologia e alterações dos pés, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, de acordo com as boas práticas definidas para o efeito, designadamente, quiropodologia, ortopodologia, podoposturologia, reabilitação podológica, <b>podologia cirúrgica</b><sup>(1)</sup> e <b>farmacologia</b><sup>(2)</sup>.</p>

<sup>1</sup> **podologia cirúrgica:** A podologia cirúrgica é algo internacionalmente reconhecido como fazendo parte das competências da podologia.

A este propósito, não podemos deixar de citar a carta da Associação Europeia de Podologistas que refere expressamente que compete ao podologista, nomeadamente a realização de cirurgia podológica «alterações dos pés, sua etiologia e consequências, utilizando os procedimentos técnicos, de acordo com as boas práticas definidas para o efeito, designadamente, ... a cirurgia podológica ...», assim como, seguindo as práticas internacionais a esse propósito, a comunicação da Federação Internacional de Podologia de 6.11.2012, que nos permitimos juntar em anexo (10º parágrafo), onde se faz precisamente essa referência fundamental à intervenção dos podologistas nesta área:

«In many countries throughout the world, podiatrists are assuming increased responsibilities in the delivery of health care including podiatric surgery».

E tanto assim é que, em Portugal a Podologia Cirúrgica é ministrada e praticada no curso legalmente aprovado e acreditado pela AES e prática comum entre os podologistas, pelo que aqui se reiteram as considerações já feitas ao plano curricular.

<sup>2</sup> **farmacologia:** Ao prescrever, o podologista está a circunscrever-se "ao pé", sendo que **maioritariamente são fármacos tópicos**, sem nunca invadir a esfera de competência técnica e terapêutica de qualquer outra profissão da área da saúde.