

Anormalidades Identificadas nos Pés de Idosos Institucionalizados

Anormalities Found in the Feet of Institutionalized Elderly People

Bruna Luiza Dutra de Mello^{*}
Márcia Mitie Urano
Maria do Carmo Lourenço Haddad^{*}

* Universidade Estadual de Londrina (UEL).

Resumo

O envelhecimento populacional representa um dos maiores desafios da saúde pública em âmbito mundial. Considerando que devido ao processo de envelhecimento, o idoso tem maior propensão de desenvolver alterações biomecânicas nos pés, esse estudo teve por finalidade identificar as anormalidades presentes nos pés de mulheres, com 60 anos ou mais, residentes em uma instituição de longa permanência. Os pés das idosas foram avaliados por 2 docentes e 10 alunos do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Londrina, seguindo um instrumento que identificava alterações ortopédicas, dermatológicas e neuro-vasculares, assim como, o perfil sócio-econômico das mesmas. Os resultados foram analisados por porcentagem simples, seguindo as normas de um estudo descritivo, utilizando de embasamento literaturas publicadas em bases de dados. Os achados mais importantes deste estudo e, que condiziam com aqueles encontrados na literatura, foram: deformidades nos dedos, *hallux valgus*, pés planos, doenças nas unhas, micose ou maceração interdigitais, anidrose, pele fina e brilhante, pilificação ausente ou diminuída, edema, algumas sensibilidades diminuídas, calos e calosidades, que no caso deste estudo, não teve uma porcentagem tão significativa. Portanto, os profissionais de saúde, juntamente com políticas públicas eficazes precisam se atentar em desenvolver ações para prevenção e cuidado dessas alterações nos idosos.

Palavras-chave: Envelhecimento. Alterações nos pés. Neuropatias.

Abstract

Populational aging represents one of the biggest challenges in public health worldwide. Considering that, due to the aging process, the elderly is more likely to develop biomechanical alterations in the feet, this study aimed at identifying the abnormalities in women's feet, 60 years old or above, living in a long stay home. The elderly's feet were evaluated by 2 professors and 10 students from the Nursing Course of the State University of Londrina, by following an instrument that identified orthopedic, dermatological and neurovascular alterations, as well as the women's socio-economical profile. The results were analyzed by means of simple percentage, according to the norms of a descriptive study, and the literature used was from database. The most important findings in this study, which matched those found in the literature, were: finger deformities, hallux valgus, flat feet, nail diseases, mycosis or interdigital maceration, anhydrosis, thin and shiny skin, little or lack of hair growth, edema, some lessened sensitivities, calluses and callosities which, in the case of this study, did not present significant percentage. Therefore, health professionals, along with efficient public policies, need to develop actions towards the preventions and care of such alterations in the elderly.

Key-words: Aging. Feet alterations. Neuropathies.

1 Introdução

A mudança do perfil demográfico mundial tem levado os países, principalmente os desenvolvidos, e alguns em desenvolvimento, como o Brasil, a perceberem a importância de se investir em ações que auxiliem o indivíduo a ter um envelhecimento saudável. Associada a essa modificação demográfica, tem-se também a transição epidemiológica que, na população brasileira, tem mudado o perfil de doenças infecciosas e parasitárias para doenças e agravos não-transmissíveis, tais como os acidentes por causas externas e doenças crônico-degenerativas,

essa última relacionada mais à faixa etária idosa.

No Brasil, os idosos representavam 10,5% da população. Segundo Papaléo Netto e Ponte (2006) com o aumento da expectativa de vida, a saúde pública tem encontrado como um dos seus maiores desafios, a promoção da qualidade de vida dos idosos.

O envelhecimento é um processo que se inicia desde o nascimento, porém, se ocorrer de maneira saudável, apresenta um impacto na vida das pessoas a partir da quarta ou quinta década de vida, fase em que se percebem as mudanças advindas dele.

Segundo Papaléo Netto e Ponte (1996), o processo

de envelhecer é dinâmico e progressivo, com mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas as quais são fatores determinantes na perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, aumentando assim a susceptibilidade e ocorrência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.

Para Vieira (1996) o envelhecimento é considerado como fenômeno do processo de vida que, como na infância, adolescência e maturidade, denotam mudanças biopsicossociais específicas implicadas na passagem do tempo. É um processo universal, mas individual, inerente a cada pessoa, passando por situações comuns, que exigem diferentes maneiras de lidar.

A senescência é o processo de envelhecer saudável, em que se preservam as funções cognitivas, pessoais e de relação do indivíduo, podendo ser satisfatório e bem-sucedido ou usual quando se desenvolve com prejuízos, porém com capacidade de melhorar as perdas funcionais. Já a senilidade, ocorre quando há danos ou prejuízos em maior intensidade, com deficiências funcionais marcantes, podendo ter mudanças no sistema nervoso, levando ao déficit cognitivo com prejuízo da atuação do indivíduo nas suas atividades cotidianas (FREITAS et al., 2006).

De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (2003) o aumento gradual da população de idosos e a maior incidência das doenças crônicas degenerativas representam carga adicional ao sistema de saúde, o que poderá gerar problemas sociais, econômicos, médicos, éticos, criando situações críticas aos países com recursos limitados.

Associado a isso, direitos legalizados no Estatuto do Idoso, como o presente no capítulo IV, art 15, dispõem que é assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos (BRASIL, 2003).

As doenças crônico-degenerativas podem levar a limitação física e incapacidade, privando assim, no idoso, a habilidade de manter-se independente. Essas limitações, quando não trabalhadas de maneira adequada, levam o idoso à instabilidade, seguida de possíveis quedas, que afetam a sua capacidade funcional, comprometendo não só as atividades básicas da vida diária, como deambulação, alimentação, higiene, vestuário e continência, mas, também, o acesso a transportes e à ingestão de medicamentos, que juntamente com outras atividades garantem autonomia ao indivíduo.

Considerando que os pés são extremamente importantes por serem o suporte e “alavanca” para a deambulação e absorção de impactos durante o deslocamento do corpo, é necessário conhecer o processo de envelhecimento dessa estrutura em toda a sua complexidade e saber diferenciar o normal do patológico.

Portanto, cabe aqui uma mudança de perspectiva voltada para a atuação da enfermagem no cuidado com os pés, uma vez que, freqüentemente o exame físico dos

mesmos não é realizado devido a constrangimentos de exposição, pelo próprio cliente, ou por falta de costume de inspeção e cuidados pelos trabalhadores da área da saúde.

Com isso, o profissional, por meio da observação e execução de um exame físico detalhado, poderá identificar e prevenir patologias dos pés, possibilitando a realização de cuidados simples com o objetivo de prevenir pequenos problemas como as fissuras plantares, micoses ungueais ou interdigitais antes que se compliquem.

2 Objetivo

Identificar anormalidades e alterações ortopédicas, dermatológicas e neuro-vasculares nos pés de idosas residentes em uma unidade de longa permanência.

3 Procedimentos Metodológicos

Trata-se de um estudo transversal, individual e observacional realizado em uma instituição de longa permanência, mantida pela Igreja Presbiteriana e Prefeitura Municipal de Londrina-PR. A princípio a pesquisa era para ser realizada com 45 idosas, porém duas faleceram no decorrer do estudo, portanto a amostra constituiu-se de 43 idosas.

Foram feitas avaliações dos pés das idosas por duas docentes e dez alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina - UEL, seguindo um instrumento (Apêndice 1) que englobava dados de identificação, informações sobre patologias diagnosticadas previamente, além de um roteiro que possibilitou anotar as alterações identificadas no exame clínico dos pés referentes aos aspectos ortopédicos, dermatológicos e neuro-vasculares.

Os dados foram coletados no período de agosto de 2006 a maio de 2007. A coleta dos dados somente foi realizada após a autorização por escrito da direção da instituição, responsável pelas residentes.

As informações pessoais das idosas, como: nome, data de nascimento, idade, data de admissão na instituição, tipo de atendimento prestado pelo lar, estado civil, número de filhos, profissão/ocupação prévia, aposentadoria, doenças diagnosticadas, tipo de deambulação foram primeiramente perguntados a elas e, em um segundo momento, caso fosse percebida alguma alteração de cognição ou, se as mesmas não se recordassem de algum dado, procurava-se preenchê-lo, utilizando as informações do prontuário ou da própria enfermeira, responsável técnica pela instituição.

A presença de dores, sua localização e características foram consideradas através de relato verbal. Já o sinal da prece, exame que possibilita verificar a mobilidade articular e serve de parâmetro na verificação do mau controle metabólico e complicações crônicas (TSCHIEDEL, 2004) foi solicitado às idosas que juntassem as palmas das mãos umas sobre as outras, sem realizar pressão, como se estivesse rezando. Conforme a dificuldade tida para se unir os dedos do paciente, maior era o grau da limitação da mobilidade articular.

Os pulsos pedioso e tibial posterior foram verificados

primeiramente por meio da palpação e, em um segundo momento, caso não se conseguisse senti-los, utilizava-se um Doppler vascular portátil a fim de descartar dúvidas em relação à presença ou não dos mesmos. As demais avaliações, exceto a do edema em que também se empregava a palpação, foram realizadas através da inspeção.

O teste de sensibilidades foi realizado utilizando-se instrumentos que remetiam as sensações que o indivíduo deveria ter (BRASIL, 2001). Primeiramente, as idosas foram orientadas sobre a realização do teste e em um segundo momento vedava-se os olhos das mesmas, para realização do teste.

A sensibilidade dolorosa foi verificada por meio de palito de madeira e, a protetora, com um monofilamento de 10g, ambas aplicadas aleatoriamente em polpa digital de hálux, 3º e 5º artelhos, em região metatársica, na altura dos mesmos e, em calcâneo, quando esse não tinha presença de calosidade. Além disso, na dolorosa somente encostava-se o instrumento e retirava-se, já na protetora, contava-se dois segundos, porém não se podia dobrar o monofilamento.

A sensibilidade tátil foi averiguada, passando-se um chumaço de algodão nas laterais dos pés e perguntando com que se assemelhava o instrumento passado. Para verificar a sensibilidade térmica, aplicou-se alternadamente e em diferentes partes dos pés, tubos de ensaio contendo água em temperatura quente e fria e, perguntou-se qual temperatura estava sentindo. E, para avaliar a sensação vibratória colocou-se um diapasão de 128 Hertz sobre locais de extremidades ósseas e pediu para que relatasse o tipo da sensação percebida.

A amostra para o teste de sensibilidades foi de apenas 30 idosas, pois as demais apresentavam confusão e/ou irritavam-se ao respondê-los. Nas que se conseguiu realizar o teste, após vendar os olhos, foi considerado como ponto positivo a resposta verbal ou movimentação dos pés (exceto para o teste térmico). Nas que movimentavam os pés sem nenhum estímulo, apresentavam confusão em responder aos testes ou irritavam-se em respondê-los, considerou-se como impossibilitado.

Os resultados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2003, analisados por porcentagem simples e, realizada análise descritiva. E, a profissão/ ocupação foi classificada de acordo com a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO.

4 Resultados

O estudo realizado em um lar de longa permanência abrangeu 44 idosas. Dessas 65,1% tinham 75 anos ou mais, 83,7% eram viúvas, 55,8% não possuíam filhos ou tinham até dois descendentes, porém ao considerar separadamente o número de filhos, as idosas com 2 filhos foram as que apresentaram maior porcentagem 25,6%.

Todas as residentes eram aposentadas e 41,9% realizavam trabalho em casa, antes de se aposentarem e/ou serem institucionalizadas, o mesmo percentual residia no lar de 1 a 5 anos e, 53,5%, além da aposentadoria, pagavam uma quantia a mais à instituição por receberem

atendimento particular.

Na coleta de dados do perfil das idosas estavam também presentes diagnósticos de doenças tidas previamente ao início da coleta ou que surgiram no decorrer da mesma. As doenças e/ou sintomas mais prevalentes foram os neuropsíquicos, presentes em 69,8% das idosas, sendo que as mesmas podiam apresentar mais de um desses. Dentro deste grupo, as demências eram as mais evidentes, acometendo 25,6% das idosas, sendo o Alzheimer o maior responsável pela ocorrência das mesmas, com 81,8%. Além disso, 13,9% das mulheres apresentavam esquizofrenia e 11,6% depressão.

As patologias cardiovasculares e hematológicas foram as de segunda maior prevalência, em 53,5% da população. Associado a isso, algumas idosas tinham mais de um tipo dessas doenças, com predomínio da hipertensão arterial que estava presente em 44,2% das mulheres seguida de história de Acidente Vascular Encefálico - AVE com 18,6%.

Quanto às anormalidades endócrinas, 25,6% das idosas possuíam diabetes *mellitus* e, duas dessas tinham associadas alterações na tireóide. As alterações osteomusculares e fraturas estavam presentes em 13,9%, 9,3% eram fraturas de fêmur prévias à admissão na instituição ou ocorridas na mesma. As doenças gastrointestinais incidiam em 11,6% das idosas e, uma das mulheres possuía duas patologias acometendo esse sistema. Já nas doenças pulmonares, somente 4,6% eram acometidas, sendo as duas portadoras de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.

Entre os fatores decorrentes do envelhecimento ou da associação com a patologia de base, avaliou-se o sinal da prece, em que 39,5% das idosas não apresentaram nenhuma alteração, porém se somados os valores dos outros graus percebe-se que 53,9% possuíam alguma imobilidade das articulações. Isso se deve ao fato das falanges não conseguirem se encostar umas nas outras, quando se pedia para juntar uma palma da mão à outra. Quanto à deambulação, 41,9% caminhavam sem auxílio, porém 58,1% necessitavam de alguma ajuda, seja ela cadeira de rodas, bengala ou outro apoio como, a mão de outra pessoa.

Em relação às dores nos membros inferiores, das 34 entrevistadas que tinham condições neuropsíquicas de relatar verbalmente a sensação, metade delas, que corresponde a 39,5% do total de idosas da instituição, apresentavam dor nessa região, sendo que 41,17% dessas se apresentavam em pernas e pés e, 58,8% foram caracterizadas como "pontada" ou "agulhada".

Além disso, na avaliação realizada nos pés das idosas pôde-se caracterizar e identificar anormalidades presentes nos mesmos (tabela 1). As alterações osteomusculares encontradas foram pés planos em 30,2% das idosas, condizendo assim com as mudanças ocorridas com o envelhecimento, como o desabamento do arco plantar; dedos em garra prevalentes em 55,8%, que somados ao resultado do sinal da prece, demonstraram o prejuízo das articulares dessas idosas. E, agregado a isso, 44,2% apresentaram *hallux valgus* (joanete) em pelo menos um dos pés.

Os achados de modificações dermatológicas foram: pele fina e brilhante em 90,7% das idosas, pilificação ausente em 67,4% e, diminuída em 25,6%, anidrose (pés ressecados) em 79,1% e, bromidrose (odor desagradável nos pés) em 16,3%. Houve prevalência do tipo de unhas normais em 93% dos pés, porém, 83,7% das idosas apresentavam micose na lâmina ungueal (onicomicose), sendo que 79,1% delas possuíam a mesma em um ou nos dois hálux.

A onicocriptose (unha encravada) e a onicogrifose (espessamento, alongamento e, a curvatura da lâmina ungueal) estavam presentes em 7% dos pés das idosas, com predominância nos hálux. Já a micose interdigital, mostrou-se em 27,9% das mulheres, com maior presença entre o 3º e 4º e 4º e 5º artelhos, demonstrando as dificuldades tidas com a higiene dos pés nesse grupo etário, devido à dificuldade em curvar-se e a obesidade que muitas vezes está associada.

Tanto os calos como as calosidades acometiam 16,3% das mulheres, sendo que o primeiro encontrava-se em regiões dorsal e de polpa de dígitos e, dorsal de 1º metatarso. Já no segundo, 57,14% apresentavam-se em região calcânea.

Havia também idosas com feridas superficiais nos membros, 18,6%, variando a localização desde a região dorsal de artelho a terço distal de tíbia. A maioria dessas advinha de batidas e do ato de esfregar a pele com as unhas que associadas ao aspecto de pele fina e brilhante levavam a solução de continuidade.

Além dessas características, avaliaram-se os pulsos pedioso e tibial posterior, presentes nos pés das idosas em 100% e 95,3% respectivamente, sendo que no primeiro 83,7% apresentavam-se normais e 16,3% diminuídos e, no segundo, 75,6% normais e 21,9% diminuídos. Além disso, o edema estava presente em 39,5% das idosas, demonstrando a diminuição da circulação venosa e/ou arterial adequada nos membros inferiores.

Juntamente a coleta de dados e avaliações realizadas anteriormente, realizou-se um teste neurológico básico e quantitativo, a fim de verificar se as sensibilidades de pressão, térmica, vibratória, tátil e dolorosa estavam presentes nos pés das idosas. Pois, a diminuição das mesmas ou a insensibilidade, associada a fatores como deformidades nas articulações (dedos em garra), calos, anidrose, fissuras, são sintomas de uma possível neuropatia periférica que torna os pés bastante susceptíveis a desenvolver úlceras e, quando associadas à doença vascular periférica (DVP) e infecção colocam o paciente em risco de amputação e até de morte.

Como já citado na seção de materiais e métodos, a amostra para o teste de sensibilidade foi de 30 idosas, dessas 36,7% respondeu a todos os estímulos, o mesmo percentual sentiu de um a quatro estímulos, 10% apresentaram insensibilidade a todos e, 16,7% referiram-se àquelas que tiveram o resultado prejudicado. Pois, apesar de movimentar os pés a alguns estímulos, não conseguiam relatar oralmente a sensação tida ou, como no caso de duas idosas com hemiplegia, devido a AVE, não sentiam somente o lado paralisado, permanecendo a sensibilidade inalterada no lado não afetado, prejudicando assim o resultado do teste.

Tabela 1. Características e anormalidades dos pés de idosas residentes em um lar de longa permanência, Londrina, PR, Brasil, 2006/2007.

Características	Frequência (n=43)	Porcentagem %
Tipos dos pés		
Normal	28	65,1
Cavo	2	4,7
Plano	13	30,2
Tipos de dedos		
Normal	18	41,9
Garra	24	55,8
Martelo	1	2,3
Hallux valgus		
Aspecto da pele	19	44,2
Normal	4	9,3
Fina e brilhante	39	90,7
Pilificação		
Normal	3	7
Diminuída	11	25,6
Ausente	29	67,4
Umidade dos pés		
Normal	9	20,9
Anidrose	34	79,1
Bromidrose	7	16,3
Tipos de unhas		
Normal	40	93
Involuta	1	2,3
Afunilada	2	4,7
Onicomicose		
	36	83,7
Onicocriptose		
	3	7
Onicogrifose		
	3	7
Micose interdigital		
	12	27,9
Calos		
	7	16,3
Calosidades		
	7	16,3
Úlceras Superficiais		
	8	18,6

Das mulheres que sentiram de um a quatro estímulos, 81,8% obtiveram sensibilidade dolorosa, 27,3% protetora, 45,4% vibratória, 63,6% térmica e tátil.

5 Discussão

Nos países desenvolvidos, a institucionalização do idoso ocorre na faixa etária mais avançada, geralmente acima dos 85 anos, vítimas de múltiplas perdas funcionais ou atividade de vida diária comprometida e demenciados. Já no Brasil, observa-se frequentemente a institucionalização definitiva de idosos com baixos níveis de dependência (BORN; BOECHAT, 2006).

Baseado no perfil sócio-econômico e psicológico

das idosas desse estudo pôde-se confirmar o que Born e Boechat (2006) relatam ser fatores de risco para institucionalização das mesmas, que são: síndrome de imobilidade, 58,1% necessitava de alguma ajuda para se mobilizar; múltiplos problemas decorrentes de patologias, pois cada idosa possuía pelo menos um diagnóstico de alguma patologia; depressão, presente em 11,6% delas; ser do sexo feminino, no caso dessa instituição todas eram deste sexo; ter acima de 70 anos, 87,4% pertencia a essa faixa etária; ser solteiro ou viúvo, 91,3% encontravam-se em um desses dois estados civis; sem filhos, 23,2% delas não possuíam filhos e, 55,8% totalizava as mulheres com nenhum ou, até 2 filhos.

No caso do grupo em estudo, pode-se ressaltar ainda que as patologias neuropsíquicas presentes nessas idosas condiziam bastante com que Naranjo et al. (1995) citam como sendo os principais tipos de doenças psiquiátricas que atingem os idosos: depressão, transtorno bipolar, ansiedade, transtornos psicóticos e demências.

Em relação às doenças que acometiam as idosas, estão presentes com alta prevalência as doenças crônicas não-transmissíveis, que se encontram entre as mais prevalentes no perfil epidemiológico brasileiro e, que no caso da instituição onde o estudo foi realizado, eram representadas pela hipertensão em 44,2% dessas mulheres, doenças cardíacas e cérebro-vasculares em 30,2%, e o diabetes *mellitus* presente em 25,6%.

Associado a isso, como o sinal da prece, segundo Tschiedel (2004), é um importante marcador de mau controle metabólico e complicações crônicas, percebeu-se, na aplicação deste teste, o grau de limitação da mobilidade articular presente em 53,5% das idosas e, ainda que 63,6% das diabéticas possuíam essa alteração. Assim, da mesma maneira que as articulações palmares estão alteradas, as dos pés também podem estar e, isso se evidencia pela prevalência de 58,1% de idosas com os dígitos tipo garra (em maior porcentagem, 55,8%) e martelo. Além dessas deformidades, 44,2% das mulheres apresentaram também *hallux valgus* (joanete), 30,2% pé plano (comprometimento de estruturas ósseas e ligamentos que levam ao alargamento e perda do coxim plantar) e 4,7% pé cavo.

Semelhante a esses achados, Badlissi et al. (2005) em estudo sobre desordens musculoesqueléticas nos pés, dor, e a relação dessas com a limitação funcional nos idosos, encontraram que, em uma amostra de 713 pessoas, 52,5% apresentavam alguma deformidade nos dedos, 37,1% *hallux valgus*, 19% pé plano e 5,2% possuíam pé cavo.

Em outro estudo, realizado por Dunn et al. (2004) a respeito da prevalência de condições dos pés e tornozelo de uma população de 784 pessoas, com 65 anos ou mais, de uma comunidade-moradia, foram encontradas as 5 alterações mais comuns nos pés: deformidades nos dedos (60%), *hallux valgus* (37,1%) e sinais de infecções, fissuras ou maceração entre os dedos (36,3%) calos e calosidades (58,2%) e doenças nas unhas (74,9%).

Comparando-se os achados de Dunn et al. (2004) com os encontrados nesta pesquisa, encontrar-se-ão valores próximos como, as micoses interdigitais, em 27,9% das idosas, as onicomicoses (micose nas unhas),

em 83,7% e, as deformidades nos dedos e *hallux valgus* que já foram citados.

Em relação às calosidades, estas apresentarem-se com porcentagem diminuída, se comparada a outros estudos, provavelmente isto se deve ao fato de que a maioria das idosas permanecem a maior parte do tempo deitadas ou sentadas, devido à dificuldade de mobilização. Quanto aos calos, assim como as calosidades, os “joanetes”, as deformidades nos dedos, geralmente estão associados com o tipo de calçado utilizado durante a vida.

Isso pode ser evidenciado em um estudo realizado por Dawson et al. (2002), com 96 mulheres entre 50 e 70 anos, no qual constatou que 36% dessas tinham joanetes, 59% calos, entre outras anormalidades, principalmente osteomusculares, devido ao uso de sapatos de “salto-alto” durante vários anos.

Grande parte dos idosos, mas principalmente as mulheres, usaram calçadas com enumeração pequena e, formatos inadequados para o tamanho dos pés no decorrer da vida e, muitas vezes, utilizam cotidianamente chinelos, por serem confortáveis e práticos, porém, esses não podem ser usados constantemente, pois não suportam adequadamente os pés, resultando assim, em uma postura e um caminhar instável, sendo até mesmo responsável por quedas nessa faixa etária.

Assim, a maioria das deformidades osteomusculares presentes na faixa de etária de 60 anos ocorre devido não somente a patologias, mas também, a agressão constante aplicada aos pés pelo uso de calçados incorretos. Segundo Menz e Lord (2001), entre os vários prejuízos que as alterações nos pés podem causar nos idosos, encontram-se as quedas. Pessoas com uma história de quedas múltiplas têm problemas nos pés significativamente piores do que aquelas que tiveram uma única queda ou que nunca caíram.

Entre as alterações dermatológicas encontrou-se alto percentual de pele fina e brilhante (90,7%), pilificação ausente ou diminuída (93%) e anidrose (79,1%), possíveis conseqüências da diminuição de glândulas sebáceas e sudoríparas, não lubrificação da pele e/ou da circulação ineficaz. Com isso, a pele torna-se mais susceptível a entrada de microrganismos, que poderão causar infecções BRYAN; BEILINCH, 1999).

As doenças podológicas quando associadas com as sistêmicas como, diabetes *mellitus*, doença vascular periférica e neuropatia periférica, reduzem o desempenho da deambulação ou, até mesmo, o ato de ficar em pé.

Apesar de não haver diagnóstico prévio, a maioria dos pés em que a circulação permanecia ausente ou diminuída apresentava características de pés neuropáticos (cianóticos, sem sensibilidade), ou com insuficiência vascular periférica (frio, edema, coloração pálida à elevação e eritrocianótica ao declive). Concomitante a isso, o edema apresentava-se em 39,5% das idosas, demonstrando redução do retorno venoso nos membros inferiores, podendo associá-lo à mobilidade prejudicada, presente em 70,6% dessas idosas.

Baseado na citação de Plummer e Albert (1996) que os idosos, com ou sem diabetes *mellitus*, devam ser considerados igualmente quanto ao risco em desenvolver

úlceras, decidiu-se aplicar o teste de sensibilidade para verificar o grau de percepção aos estímulos externos (pressão, temperatura, dor, vibração e tato).

Das idosas com insensibilidade somadas àquelas que sentiram de 1 a 4 estímulos 35,7% eram neuropatas, segundo o critério de avaliação utilizado por Ramos (2003) em seu estudo sobre a prevalência de doença tireoideana em pacientes com diabetes tipo 1: apresentar perda da sensibilidade protetora ao teste com o monofilamento de Semmes-Weinstein de 10g, sinal da prece positivo, diminuição ou abolição dos reflexos aquileanos ou patelares e/ou diminuição da sensibilidade ao diapasão de 128Hz.

Além disso, 60% dessas neuropatas eram diabéticas e hipertensas e 40%, somente hipertensas. Sendo que esses valores poderiam apresentar uma significância maior se não houvesse as perdas devido à resposta prejudicada e, ao prejuízo cognitivo presentes no restante das idosas.

A dor é um sintoma presente nos membros com o decorrer dos anos, devido a patologias osteomusculares associadas e seqüelas de doenças como a do acidente vascular cerebral. Segundo Leveille et al. (1998) as mulheres têm risco aumentado de sentir dores nos pés em comparação aos homens, por possuírem alta prevalência de deformidades podológicas, osteoartrites e artrite reumatóide.

As idosas que compuseram a amostra dessa pesquisa apresentaram taxa de 39,5% de dores em membros inferiores diariamente, sendo que 41,17% localizavam-se em pernas e pés, 58,8% foram caracterizadas como “pontada” ou “agulhada”. Dado semelhante pode-se encontrar no estudo realizado por Menz (2006), em que 36% de 301 idosos referiam dores incapacitantes nos pés.

Mesmo considerando essas informações, muitos ainda não atentaram para a importância que os pés exercem no estilo de vida. Segundo Jeckel-Neto e Cruz (2000) por ter essa complexa estrutura o pé é o órgão “visual” do relacionamento do corpo com o solo, capaz de agüentar o peso corpóreo. Assim protege-lo de doenças e traumatismos aumenta as chances de uma vida mais independente, reduzindo a probabilidade de exclusão do convívio familiar e social.

Coni; Davison e Webster (1996) afirmam que o indivíduo idoso apresenta maiores dificuldades para cuidar sozinho de seus pés devido: à desidratação das unhas dos pés, que leva ao endurecimento das mesmas, prejudicando o corte; à acuidade visual diminuída, não conseguindo assim, distinguir o que deve ser tratado; à restrição do movimento da coluna vertebral; à diminuição da força motora nas mãos, além de muitas vezes estarem trêmulas e inaptas à função tão delicada como o corte das unhas.

Sandifer e Davies (1998) ressaltam que os cuidados com os pés dos diabéticos são enfatizados, porém com os pés de outras pessoas, às vezes, são negligenciados na literatura, na educação e na prática.

Como este estudo foi realizado em uma instituição onde também acontecia um projeto de extensão, além das avaliações realizadas e dados coletados,

desenvolvemos também procedimentos podológicos, como: corte de unhas, lixamento de unhas e calos (com aparelhos apropriados), retirada de espícula, hidratação dos pés e orientações sobre estar sempre mantendo os mesmos hidratados, não banhá-los em água muito quente, não utilizar chinelos, e sim, sapatos confortáveis com apoio adequado aos pés e uso de meias de algodão. E, quando as idosas não tinham um grau de cognição adequado para o entendimento das informações, as mesmas eram transmitidas à enfermeira responsável da instituição.

6 Conclusão

Os resultados desse estudo apresentaram semelhança com dados de outras fontes, mostrando que as anormalidades encontradas nos pés de pessoas idosas não têm uma variação muito significativa entre as diferentes localidades, sendo predominantes: deformidades nos dedos, *hallux valgus*, pés planos, doenças nas unhas, micose ou maceração interdigitais, anidrose, pele fina e brilhante, pilificação ausente ou diminuída, edema, algumas sensibilidades diminuídas, calos e calosidades, que no caso deste estudo, como já citado, não teve uma porcentagem tão significativa.

Portanto, políticas públicas precisam ser efetivas, com a adesão de profissionais da saúde comprometidos com a qualidade de vida, desenvolvendo ações que focalizem a recuperação, manutenção e prevenção da saúde. Permitindo e estimulando, serviços de cuidados aos pés de idosos, para que não se machuquem ao tentar cortar as unhas, calos ou calosidades, com bisturi, estilete ou tesoura. E, juntamente a esses cuidados, possam receber orientações sobre a necessidade de hidratar os membros inferiores; não banhar os pés em água muito quente, pois a percepção de estímulos externos nas extremidades já não é mais a mesma; enxugar bem os dedos, com uma toalha, após o banho; a necessidade de se utilizar meias algodão com os sapatos e que as mesmas não “garroteiem” as pernas, permitindo a passagem do fluxo sanguíneo; o uso de calçados adequados a fim de evitarem a formação de lesões nos pés e, aumentarem ainda mais o risco de quedas, que comumente é bastante incidente nesta faixa etária.

Logo, deve-se estimular o desenvolvimento de uma atenção, que em um primeiro momento remete-se a cuidados sem muita importância ou valor, mas que ao deixar de olhar somente a ponta do “ice-berg” e, passar a medir as conseqüências advindas da não aplicação dos mesmos, se observará a prevenção de quedas, traumas, lesões e, por que não dizer, a possibilidade de se proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida.

Referências

- BADLISSI, F. et al. Foot musculoskeletal disorders, pain, and foot-related functional limitation in older persons. *American Geriatrics Society*, v. 53, n. 6, p. 1029-1033, jun. 2005.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E.V. et al. *Tratado*

- de *geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Lei nº 10.741 de outubro de 2003. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. *Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Manual de hipertensão arterial e diabetes mellitus*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRYANT, J.L.; BEILINCH, N.R. Foot care: focus on the elderly. *Orthopaedic Nursing, United States*, v. 18, n. 6, p. 53-60, nov./dez. 1999.
- CONI, N.; DAVISON, W.; WEBSTER, S. *O envelhecimento*. São Paulo: Experimento, 1996.
- DAWSON, J. *et al.* The prevalence of foot problems in older women: a cause for concern. *Journal of Public Health Medicine, England*, v. 24, n. 2, p. 77 - 84, 2002.
- DUNN, J.E. *et al.* Prevalence of foot and ankle conditions in a multiethnic community sample of older adults. *American Journal of Epidemiology*, v. 159, n. 5, p. 491-498, 2004.
- FREITAS, E.V. *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2008*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home>>. Acesso em: 15 out. 2008.
- JECKEL-NETO, E. A.; CRUZ, I.B.M. (Org.) *Aspectos biológicos e geriátricos do envelhecimento*. Porto Alegre: Edipucrs, 2000.
- LEVEILLE, S.G. *et al.* Foot pain and disability in older women. *American Journal of Epidemiology*, v. 148, n. 7, p. 657-665, 1998.
- MENZ, H. B.; LORD, S.R. The contribution of foot problems to mobility impairment and falls in community-dwelling older people. *Journal of the American Geriatrics Society, United States*, v. 49, n. 12, p. 1651-1656, dec. 2001.
- MENZ, H.B. Foot pain in community-dwelling older people: an evaluation of the manchester foot pain and disability index. *Rheumatology, Oxford*, v. 45, n. 7, p. 863-867, jul. 2006.
- MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO. *Classificação brasileira de ocupações*. Brasília: Esplanada dos Ministérios. Disponível em: <<http://www.mte-cbo.gov.br/busca.asp>> Acesso em: 02 jun. 2007.
- NARANJO *et al.* Recent advances in geriatric pharmacology. *Drugs & Aging*, v. 7, n. 3, p. 184-202, 1995. In: FREITAS, E.V. *et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial*. Brasília: OMS, 2003. 105 p.
- PAPALÉO NETTO, M. Estudo da velhice: definição do campo e termos básicos. In: FREITAS, E.V. *et al. Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 03.
- _____; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio da transição do século. In: _____. *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 3-12
- PLUMMER, E. S.; ALBERT, S.G. Focused assessment of foot care in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, v. 44, n. 3, p. 310-313, mar. 1996.
- RAMOS, A.J.S. *et al.* Prevalência de doença tireoideana em pacientes com diabetes tipo 1. *Arq Bras Endocrinol Metab*, São Paulo, v. 47, n. 2, abr. 2003.
- SANDIFER, Q.D.; DAVIES, J. Foot morbidity and exposure to chiropody: purchases still need to decide about investing in foot health care. *British Medical Journal, England*, v. 316, n. 7144, p. 1608-1609, 1998.
- TSCHIEDEL, B. Diabetes Mellitus Tipo 1: uma visão panorâmica do tratamento atual. *Sociedade Brasileira de Diabetes. Diabetes news*, v. 1, n. 1, jun. 2004.
- VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

APÊNDICE 1
Universidade Estadual de Londrina

Avaliação realizada por: _____ Data da primeira avaliação: ____ / ____ / ____
 Nome: _____ Registro Geral: _____

Data de nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____ / ____ / ____ Atendimento: Prefeitura Particular
 Estado Civil: _____ Nº de filhos: _____ Aposentada: Sim Não Se sim, qual a ocupação/ profissão que exercia?
 Doenças: D. M. H.A. Outras: _____
 Deambulação: sem auxílio com auxílio cadeirante
 Dor em MMII: Local: _____ Característica: _____ Sinal da prece (grau): _____

Avaliação	Pé Direito		Pé Esquerdo	
	presente ausente	normal diminuído	presente ausente	normal diminuído
Pulso pedioso	normal ausente	normal diminuído	normal ausente	normal diminuído
Pulso tibial posterior	normal	diminuído	ausente	ausente
Aspecto da pele	normal	fina e brilhante	normal	fina e brilhante
Pilificação	normal	diminuído	ausente	ausente
Tipos de pés	normal	cavo	plano	plano
Tipos de dedos	normal	garra	martelo	garra martelo
Umidade dos pés	normal	bromidrose (odor)	normal	bromidrose (odor)
Tipos de unhas	hiperidrose (pé molhado)	anidrose (pé seco)	normal	hiperidrose (pé molhado) anidrose (pé seco)
Onicomiose (micose nas unha)	normal	involuta	telha	afunilada
Micose interdigital	Dedos: hálux 2ª 3ª 4ª 5ª	entre o hálux e o 2º dedo entre o 3º e 4º dedo	entre o hálux e o 2º dedo entre o 3º e 4º dedo	Dedos: hálux 2ª 3ª 4ª 5ª
Onicocriptose (unha encravada)	sim	não	sim	não
Onicogribose (unha curvada ou deformada)	Dedo: sim	não	Dedo: sim	não
Fissuras	Dedo: sim	não	Dedo: sim	não
Calos	Local: _____	Local: _____	Local: _____	Local: _____
Calosidades	Local/Tipo: _____	Local/Tipo: _____	Local/Tipo: _____	Local/Tipo: _____
Úlceras	superficial	profunda	Local: _____	profunda Local: _____
Hallux Valgus (joanete)	sim	não	sim	não
Edema em MMII	sim	não	sim	não
Sensibilidades	Vibatória <input type="checkbox"/> Protetora <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Tátil <input type="checkbox"/>	Vibatória <input type="checkbox"/> Protetora <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Tátil <input type="checkbox"/>	Vibatória <input type="checkbox"/> Protetora <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Tátil <input type="checkbox"/>	Vibatória <input type="checkbox"/> Protetora <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Dolorosa <input type="checkbox"/> Tátil <input type="checkbox"/>

Bruna Luiza Dutra de Mello

Enfermeira pela Universidade Estadual de Londrina (UEL).

e-mail: <buicamello@yahoo.com.br>

Márcia Mitie Urano

Enfermeira. Pós-graduanda em urgência e emergência pelo Instituto Brasileiro de Estudos e Pesquisas Sócio-Econômicos.

e-mail: <mmuangel22@yahoo.com.br>

Maria do Carmo Lourenço Haddad

Doutora em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL)..

e-mail: <haddad@sercomtel.com.br>

*** Endereço para correspondência:**

Rua Pequim, 158 – CEP. 86010-420 – Londrina, Paraná, Brasil.
