

MÁRCIA REGINA SILVÉRIO SANTANA BARBOSA MENDES

**O CUIDADO COM OS PÉS DO SENESCENTE:
UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

CURITIBA

2000

**PROGRAMA DE APOIO PLANO SUL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CONVÊNIO CAPES/SETI
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
PROMOTORA: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
RECEPTORA: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR
ASSOCIADAS: PUC/PR; CESULON; UNIOESTE; FAFIPA**

**O CUIDADO COM OS PÉS DO SENESCENTE:
UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

MÁRCIA REGINA SILVÉRIO SANTANA BARBOSA MENDES

Dissertação apresentada ao Curso Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof^ª Lourdes Emília Ruviaro Novakoski.

CURITIBA

2000

**PROGRAMA DE APOIO AO PLANO SUL DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA
Convênio CAPES/SETI – PR**

MESTRADO INTERINSTITUCIONAL

PROMOTORA: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem
RECEPTORA: Universidade Federal do Paraná – UFPR
ASSOCIADAS: PUC/PR; Cesulon; Unioeste; FAFIPA

**O CUIDADO COM OS PÉS DO SENESCENTE: UM PROCESSO EM
CONSTRUÇÃO**

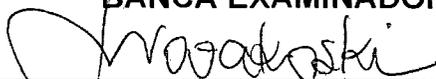
MÁRCIA REGINA SILVÉRIO SANTANA BARBOSA MENDES

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela BANCA
EXAMINADORA para obtenção do título de:

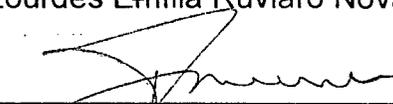
MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Sendo aprovada em 31 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação
vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina – UFSC.

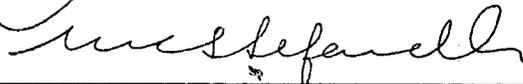
BANCA EXAMINADORA



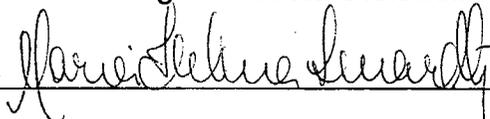
Profª Drª Lourdes Emília Ruviaro Novakoski – Presidente Orientadora



Profª Drª Tamara Iwanow Cianciarullo – Membro



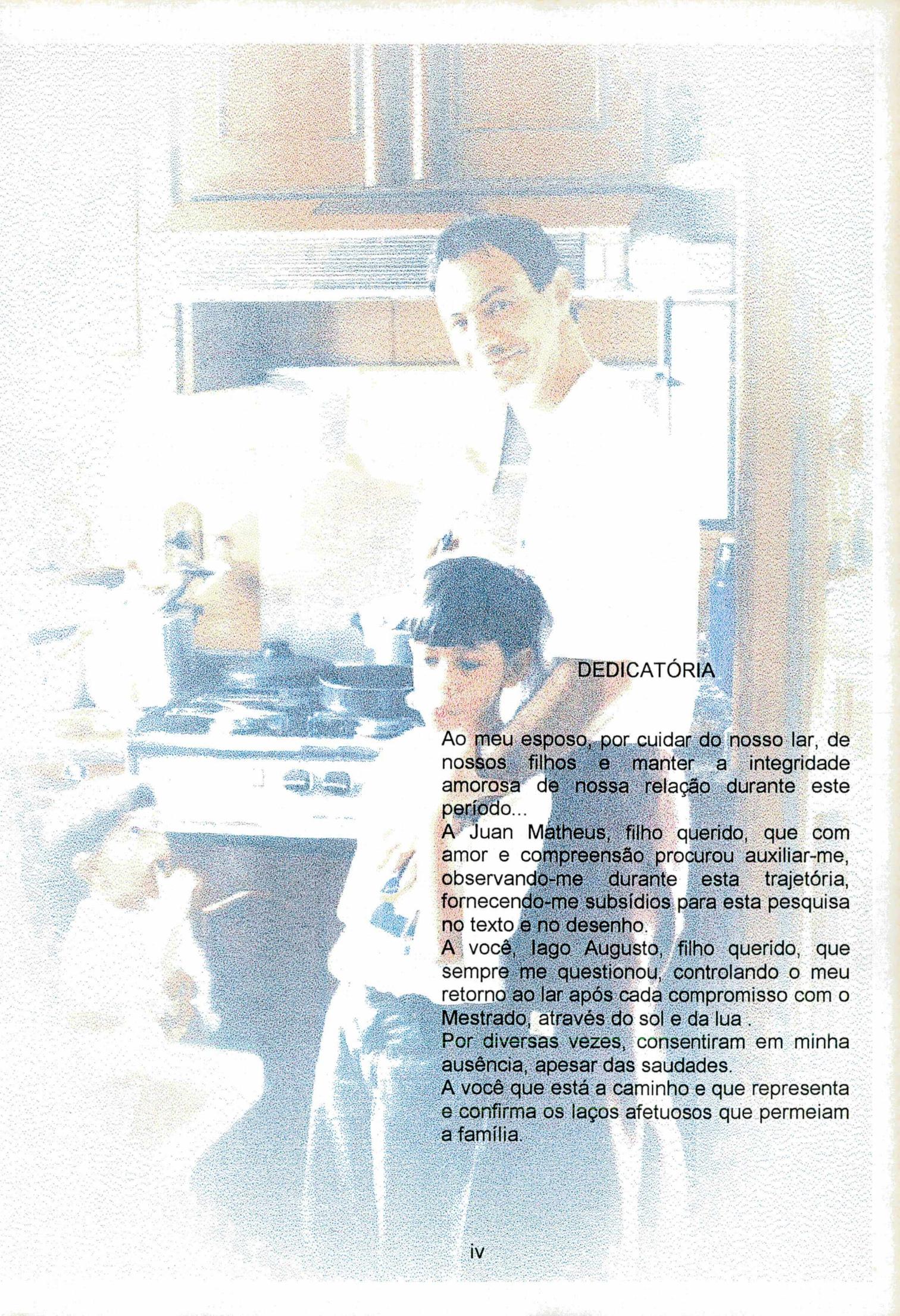
Profª Drª Maguida Costa Stefanelli – Membro



Profª Dda. Maria Helena Lenardt – Membro



Profª Drª Maria de Lourdes Centa – Membro Suplente



DEDICATÓRIA

Ao meu esposo, por cuidar do nosso lar, de nossos filhos e manter a integridade amorosa de nossa relação durante este período...

A Juan Matheus, filho querido, que com amor e compreensão procurou auxiliar-me, observando-me durante esta trajetória, fornecendo-me subsídios para esta pesquisa no texto e no desenho.

A você, Iago Augusto, filho querido, que sempre me questionou, controlando o meu retorno ao lar após cada compromisso com o Mestrado, através do sol e da lua.

Por diversas vezes, consentiram em minha ausência, apesar das saudades.

A você que está a caminho e que representa e confirma os laços afetuosos que permeiam a família.

“Para quem viaja ao encontro do sol,
é sempre madrugada”
(Helena Kolody, 1985).

Aos meus pais,
que me permitiram seguir a minha trajetória, concretizando os meus
sonhos e atingindo os meus ideais.

Às minhas irmãs Eliza e Ana e ao meu cunhado Eugênio.

“O que as pessoas mais desejam é alguém que as escute de maneira calma e tranqüila. A gente ama não é a pessoa que fala bonito. É a pessoa que escuta bonito. A fala só é bonita, quando nasce de uma longa e silenciosa escuta”.

(Rubem Alves)

Agradeço a compreensão e o apoio.

“Deus dá a todos uma estrela Uns
fazem da estrela um sol Outros nem
conseguem vê-la”

(Helena Kolody, 1986).

Para Lourdes Emília Ruviaro Novakoski,
pelo incentivo e confiança no meu trabalho,
orientando-me com atenção e dedicação
espontâneas e compromissadas. Agradeço
este período compartilhado, no qual me senti
“cuidada” e respeitada. Acima de tudo,
agradeço as coisas que aprendi. O seu
carinho e sensibilidade foram o contraponto
desta relação orientadora–orientanda.



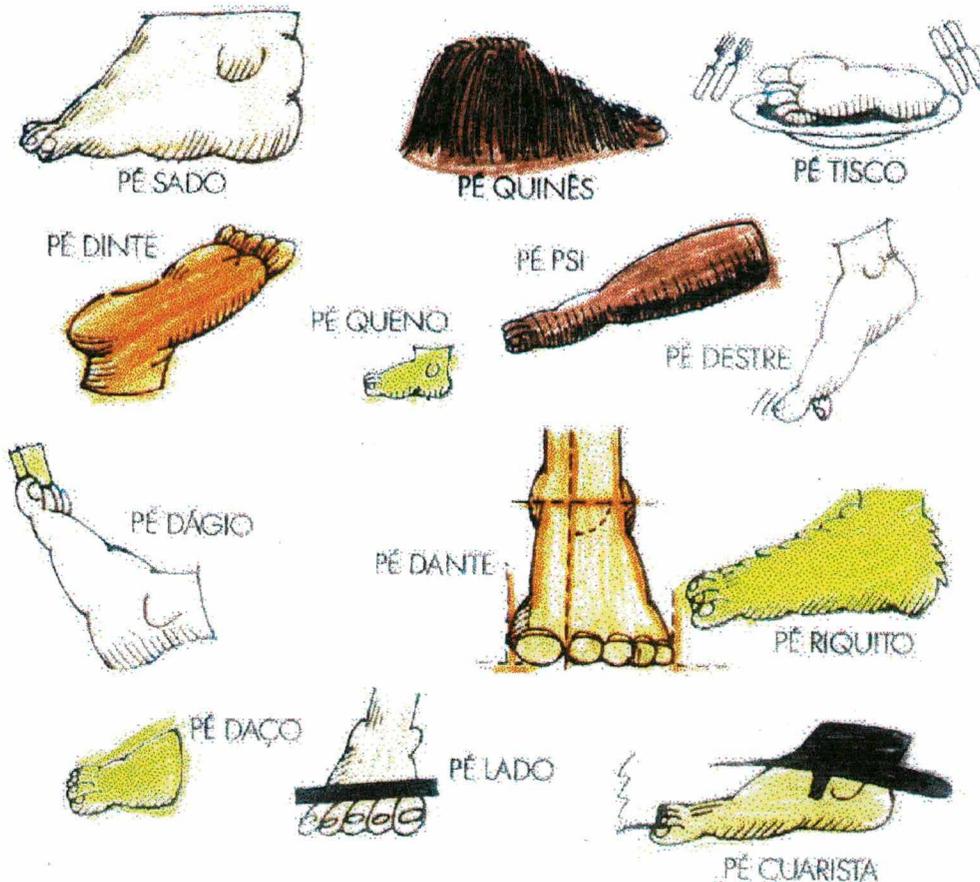
Todos nós temos condições físicas e técnicas para a escalada do Everest, mas o que vai nos levar lá para cima é a força interior de cada um. Pode ser difícil superar o vento, o frio, e a falta de oxigênio, mas é muito mais difícil superar-se a si mesmo.

(Waldemar Niclevicz)

O PÉ REDESCOBERTO*

(In: Revista de Domingo, Jornal do Brasil. Luís Fernando Veríssimo)

A crise tem seu lado bom. O brasileiro vai redescobrir, por exemplo, o prazer de andar a pé. Vai redescobrir o próprio pé, essa região remota e muitas vezes incompreendida do seu ser. O pé é a nossa base, o nosso sustento, o que traz de pé. E não existe apenas um pé, ou dois. A sua variedade é infinita. Aqui está uma pequena amostra. E pensar que devemos o nosso prestígio do pé ao pé-tróleo!



(retirado do Livro: Oficina da Palavra de Rosa Riche e Luciane Haddad. Ed. FTD)

* Material fornecido por: Juan Matheus Santana Mendes.

AGRADECIMENTOS

“Quem vai cantando,
Não vai sozinho,
Dançam em seu caminho
O sonho e a canção”
(Helena Kolody, 1985).

A Deus, por iluminar os meus caminhos, abençoando-me todos os dias.

A todos aqueles que estiveram mais próximos durante o desenvolvimento deste estudo, que leram os manuscritos, deram sugestões valiosas, especialmente à Lisia Rocha Trigo e ao Prof^o Balestro que me concederam horários especiais para correção ortográfica, à Sandra que esteve ao meu lado no início e no término da dissertação, e Ingrid pela contribuição na estruturação do trabalho cedendo longas horas de dedicação, agradeço a amizade, o apoio e o incentivo. À Elizabeth Bráz, Rosane (Nane), Valéria, Francinara, Mendes, Ana Meri e Carlos Floriano agradeço a amizade, apoio, incentivo e carinho, acompanhando-me em etapas importantes desta minha trajetória.

À enfermeira Ana Lúcia e Dr. Maurílio do Instituto de Geriatria de Curitiba, pelo carinho com que me receberam, para realização do teste piloto após apreciação do manuscrito.

À Regina Marta Barreiros Bento e sua equipe da Secretaria Municipal de Ação Social de Cascavel, juntamente com Rosangela, Rosimeri, Elizabeth, cujo apoio foi fundamental para a concretização deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Maria José D'Elboux Diogo, pelas valiosas contribuições no início deste estudo.

Às Prof^{as}. Dr^{as}. Tamara Iwanow Cianciarullo, Maguida Costa Stefanelli e Maria de Lourdes Centa, pelo respeito, incentivo e confiança no meu trabalho, os meus mais sinceros e afetuosos agradecimentos.

À Prof^a e colega Nelsi Paiva, por sua solidariedade e espontaneidade ao substituir-me no período de sustentação da dissertação.

Às Prof^{as} e colegas Marley Fátima Fiewski, pelo apoio, compreensão e amizade durante esta fase e Luciana Magnani pelo incentivo.

Aos meus colegas de Mestrado especialmente à Alda, Lilian, Andréia, Marilyn, Rubens, pela amizade e carinho no decorrer desta jornada.

À Rejane e sua equipe pela contribuição na arte final deste trabalho.

Aos funcionários Lúcia (secretária da pós-graduação da UFPR), Cláudia (secretária da pós-graduação da UFSC), Sandra (setor da comutação da UNICAMP), pela cooperação e paciência para a conclusão deste estudo.

As minhas amigas Cristina Alves, Sandra DallÓglio, Marise Carvalho e Rafaella Veronese, que cuidaram das minhas tarefas do cotidiano, relacionadas aos meus filhos, para que eu pudesse desenvolver esta pesquisa.

Aos idosos, que participaram desta pesquisa, pois sem eles não seria possível o desenvolvimento deste trabalho.

Uma vez perguntaram-me se eu acreditava em anjo da guarda e respondi: Não sei. Agora posso dizer que sim, e o nome de um deles é Marta. Maria Marta Nolasco Chaves, grande amiga, companheira de mestrado, sempre ao meu lado nos bons e maus momentos, com palavras amiga e incentivadora.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a construção deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS E QUADROS	xiii
LISTA DE GRÁFICOS	xv
RESUMO	xvi
ABSTRACT	xvii
RESUMEN	xviii
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	01
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	01
1.2 JUSTIFICATIVA	04
1.3 OBJETIVOS	07
1.3.1 GERAL	07
1.3.2 ESPECÍFICO	07
1.4 PRESSUPOSTOS	07
1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS	09
CAPÍTULO II EMBASAMENTO TEÓRICO	11
2.1 O IDOSO NO SEU CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO E AMBIENTAL	11
2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS QUE ACOMETEM O INDIVÍDUO	17
2.3 OS PÉS: INSTRUMENTOS QUE INTERFEREM NAS CONDIÇÕES AMBULATORIA E NA POSTURAL	28
2.4 ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA E O CUIDADO	37
CAPÍTULO III – OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	46
3.1 TIPO DE ESTUDO	46
3.2 LOCAL, POPULAÇÃO E AMOSTRA	47

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E SUA VALIDAÇÃO	50
3.4 COLETA DE DADOS.....	51
3.5 PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E APRESENTAÇÃO DOS DADOS	52
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	53
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INTEGRANTES DO ESTUDO	53
4.2 SITUAÇÃO DO IDOSO E CONDIÇÕES NO CONDOMÍNIO.....	58
4.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE, LIMITAÇÕES FÍSICAS E CUIDADOS COM OS PÉS	67
4.4 MARCHA, EQUILÍBRIO E CALÇADO	82
CAPÍTULO V – CONCLUSÃO.....	93
CAPÍTULO VI – REFLEXÕES	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS.....	112
ANEXOS	115

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO O SEXO.....	54
TABELA 2 – OCUPAÇÃO ANTERIOR DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, SEGUNDO O SEXO	55
TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO LOCAL DE ORIGEM POR ZONA DE PROCEDÊNCIA	56
TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE PESO/ALTURA E CONDIÇÕES DOS PÉS.....	57
TABELA 5 – MOTIVOS QUE LEVARAM OS IDOSOS A RESIDIR NO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, SEGUNDO TEMPO DE MORADIA ...	58
TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O MODO DE VIDA NO CONDOMÍNIO E SEU PRINCIPAL CUIDADOR	63
TABELA 7 – HÁBITOS SOCIALMENTE ADQUIRIDOS PELOS IDOSOS, SEGUNDO O SEXO.....	68
TABELA 8 – PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS DETECTADOS NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS.....	73
TABELA 9 – SINAIS DE DISTÚRBIOS CIRCULATÓRIOS DETECTADOS NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS	74
TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DE DOENÇAS REFERIDAS POR HOMENS E MULHERES IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE.....	77
TABELA 11 – MODIFICAÇÕES OBSERVADAS PELOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE NOS PÉS E NA MARCHA.....	81
TABELA 12 – CONDIÇÕES REFERIDAS PELOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE EM RELAÇÃO À MARCHA, EQUILÍBRIO E CALÇADO..	82

TABELA 13 – COMPROMETIMENTO DA MARCHA, POSTURA E EQUILÍBRIO, OBSERVADO NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE.....	84
TABELA 14 – TIPO DE MATERIAL DOS CALÇADOS MAIS USADOS PELOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE	90
Tabela 15 – TIPO DE CALÇADO MAIS USADO AO LONGO DA VIDA.....	91

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO NO MOMENTO DA ENTREVISTA.....	61
GRÁFICO 2 - CONDIÇÕES DO LOCAL DE HABITAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO SUAS PERCEPÇÕES.....	64
GRÁFICO 3 – SITUAÇÃO DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM OS PÉS.....	69
GRÁFICO 4 – CONDIÇÕES DE HIGIENE OBSERVADAS NA INSPEÇÃO DOS PÉS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE	70
GRÁFICO 5 – PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS DETECTADOS NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS	72
GRÁFICO 6 – TIPO DE APOIO DOS PÉS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, EM RELAÇÃO AO SOLO.....	87
GRÁFICO 7 – DEFORMIDADES E ANOMALIAS DOS PÉS E UNHAS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE	88

RESUMO

Esta investigação tem como objetivo identificar a importância do cuidado à saúde e integridade dos pés, associada às condições gerais de saúde. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 43 idosos de ambos os sexos, com idade acima de 59 anos, residentes no Condomínio de Terceira Idade. Trabalhou-se mediante entrevistas, com roteiro semi-estruturado, que envolveu o seguinte: dados pessoais, situação de vida e hábitos; condição de saúde e limitações físicas; cuidado com os pés, marcha, equilíbrio e calçados. A inspeção dos pés comportou a avaliação da marcha e da dinâmica corporal, realizadas pelo pesquisador. Sendo o foco central deste estudo a saúde dos pés, partiu-se do pressuposto de que desempenham importante função do aparelho locomotor, intervindo como "suporte e alavanca" para a deambulação e absorção de impactos. Os resultados mostraram que mais da metade dos entrevistados possuem acima de 70 anos, oriundos prioritariamente da zona rural e de outros Estados, moram com companheiro e apresentam condições sócio-econômicas precárias. Dentre os hábitos prejudiciais à saúde, predomina o sedentarismo, o tabagismo e o alcoolismo. As doenças mais citadas foram as osteoarticulares, cardiovasculares, dermatológicas e o diabetes. Quanto aos pés foram detectados problemas de higiene e, nas unhas, micoses, dermatofitoses, verrugas, calosidades, deformidades, uso de calçados inapropriados e dores. A maioria apresentou comprometimento da marcha, da postura e de equilíbrio. O enfoque no cuidado com os pés possibilita a prevenção e a superação de problemas, a manutenção da autonomia e a melhoria da qualidade de vida.

PALAVRAS CHAVES: Saúde dos pés. Integridade dos pés. Cuidado com os pés.

ABSTRACT

The aim of this investigation is to study the health care and feet integrity importances, in association with general life and health conditions. It consists of an exploratory-descriptive study, in quantitative approach, where 43 institutional people, aged over 59 and of both sexes, took part. The authors performed interviews, with a semi-structured questionnaire, including the following criteria's: personal data, life situations and habits, health conditions and physical limitations, and data about walking, balancing and footwear. The investigators made the feet's inspections, as well as, the evaluations on walking and corporal dynamics. Once this study central focus is feet's health, we presuppose that they play an important role in association with the locomotor apparatus, acting as "support and lever" to walk and also as shocking absorbers. The results have founded over half interviewed group, being over seventies, coming in priority from the countryside or others states, living with their mates and rated as low social-economic level. Regarding to harmful health habits, smoking, alcoholism and sedentariness were the most predominant. The most mentioned illnesses were arthroses, diabetes melittus, cardiovascular and dermalogicals diseases. Regarding to fee, were detected hygienical problems, dermatophytosis, verrucas, callosities, nail deformities, inappropriated footwear and aches. The majority showed walks, balance and posture impairments. The focus on feet's care provides prevention and overcomes existing problems, as long as, raises autonomy to perform daily activities and improves quality of life.

KEY WORDS: Feet health. Feet integrity. Feet care.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo estudiar la importancia del cuidado de la salud y integridad de los pies para la mantención de las condiciones generales de vida y salud. Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, con abordaje cuantitativa, realizado con 43 personas viejas de ambos los sexos, con edad superior a 59 años, viviendo en el "Condominio de Terceira Idade". El trabajo fué hecho a través de preguntas, con secuencia semi-estructurada, comprendiendo: datos personales; situación de vida y hábitos; condiciones de la salud y limitaciones físicas; cuidado con los pies; marcha, equilibrio y calzados. La inspección de los pies, avaliación de la marcha y la dinámica corporal fueron realizados por la pesquisadora. El foco central de este estudio, fué la salud de los pies, partindose de la suposición de que los mismos tienen función importante em relación al aparato locomotor, actuando como "soporte y impulso" para la deambulaci3n y absorci3n de los impactos. Los resultados mostraron que más de la mitad de los pesquisados tenían más de 70 años de edad, siendo provenientes de zona rural y de otros Estados, moraban con compaÑero y apresentaban condiciones sociales y económicas precarias. Dentre los hábitos prejudicales a la salud, predominaba el sedentarismo, el tabagismo y el alcoholismo. Las enfermedades mas citadas eram las osteoarticulares, cardiovasculares, dermatológicas y el diabetes. Em relación a los pies, fueron detectados problemas de higiene, micosis, dermatofitosis, verrugas, calosidades, deformidades y problemas con las uñas, uso de calzados inapropiados y dolores. La mayoría apresentó comprometimiento de la marcha, de la postura y del equilibrio. El enfoque en el cuidado con los pies posibilita la prevención y la superaci3n de problemas, la mantención de la autonomía y la mejoría de la cualidade de la vida.

PALAVRAS-LLAVE: Salud de los pies. Integridad de los pies. Cuidados con los pies.

CAPÍTULO I

INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO

O envelhecimento da sociedade é uma realidade, o número de pessoas idosas é significativo e tem sido motivo de grande preocupação por parte de profissionais de diferentes áreas, uma vez que a maioria desses indivíduos requerem cuidados e assistência pertinentes às suas particularidades e necessidades. Para RODRIGUES & DIOGO (1996), o envelhecer é um processo normal que caracteriza uma etapa da vida do homem, ou seja, constitui uma fase do curso de vida e caracteriza-se por mudanças físicas, psíquicas e sociais que acometem, de forma particular, cada indivíduo com sobrevida prolongada. É uma etapa em que, ponderando a própria existência, o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos mas, também, sofreu muitas perdas, das quais a saúde se destaca como um dos aspectos mais afetados.

O fator genético caracteriza e influencia essa etapa de vida dos seres humanos, mas fatores extrínsecos, tais como a sociedade, o ambiente em que vivem e o trabalho a que se dedicam também contribuem para determinar as diferentes reações que ocorrem de indivíduo para indivíduo.

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

A falta de preparo da criança para tornar-se adulta e atingir a velhice é um dos fatores que contribuem para a problemática da rejeição do indivíduo ao seu processo de envelhecimento (SALGADO, 1992).

O entendimento das particularidades inerentes ao processo de envelhecimento fisiológico normal é importante para diferenciá-lo do envelhecimento patológico, que congrega acometimentos que poderão e deverão ser prevenidos.

É de suma importância que o atendimento prestado ao idoso seja realizado por uma equipe multiprofissional, fazendo com que essa clientela seja atendida de forma integrada, com vistas à promoção de sua saúde, para inseri-la e mantê-la na sociedade com a mais plena capacidade e autonomia (CARVALHO FILHO & PAPALETTO, 1998).

A Geriatria é uma área direcionada ao idoso, que trabalha na prevenção de possíveis patologias, juntamente com o diagnóstico e o tratamento de doenças crônicas e agudas, visando à recuperação funcional e à não-segregação do idoso na sociedade (LLORENTE et al., 1996).

MARIM & ANGERAMI (1996) dizem que o aumento da expectativa de vida da população se tem evidenciado devido a melhorias nas condições sanitárias, ao crescimento e desenvolvimento das indústrias farmacêuticas, às profilaxias das doenças e à queda das taxas de mortalidade.

Esse aumento expressivo da população de idosos, de modo geral poderá trazer consigo elevado número de indivíduos portadores de problemas crônico-degenerativos, relacionados com vários sistemas do organismo. Os problemas de saúde que acometem essa população podem variar, dependendo das condições em que cada idoso se encontra.

As patologias mais freqüentes que acometem os idosos, segundo autores consultados na construção deste estudo, estão associadas aos sistemas cardiovascular, respiratório, digestivo, urinário, hematológico, nervoso, metabólico e endócrino, reumatológico e traumatológico, além daquelas relacionadas aos

órgãos dos sentidos. Essas patologias, algumas vezes, desencadeiam processos incapacitantes relacionados ao aparelho locomotor, como os acidentes vasculares cerebrais, as doenças cardíacas, as doenças respiratórias, os tumores malignos e as alterações dos sentidos, consideradas grandes síndromes e caracterizadas por instabilidades, quedas, imobilidades, incontínências, deterioração mental, déficit dos sentidos, iatrogenia (causada por cuidados inadequados), síndrome confusional aguda, úlceras por pressão, desidratação e subnutrição (LLORENTE et al., 1996)

Cabe ressaltar que os pés desempenham importante função associada ao aparelho locomotor. Essa função, quando não ajustada adequadamente, levará o idoso a uma das grandes síndromes geriátricas, a instabilidade seguida de possíveis quedas, que afetarão a sua capacidade funcional, comprometendo não só as atividades básicas da vida diária, como deambulação, alimentação, higiene, vestuário e continência, mas, também, as tarefas cotidianas, como o uso de transporte e a ingestão de medicamentos, entre outras atividades que garantem a sua autonomia. Essas são atividades essenciais, praticadas por qualquer pessoa no seu cotidiano.

Os profissionais da área de saúde, enfocando o enfermeiro neste estudo, muito poderão contribuir em todo o contexto que envolve a assistência e a prevenção de afecções que comprometem a saúde do indivíduo idoso.

Geralmente, a assistência ao idoso ocorre quando os problemas detectados já oferecem gravidade, o que reflete a preocupação com o custo excessivo representado por essa parcela da população, tendo em vista a realidade social e econômica em que vivem. Cabe aqui uma mudança de perspectiva voltada para a atuação da enfermagem especializada em gerontogeriatría, já que, com conhecimentos adequados, é possível a realização de cuidados com o objetivo de prevenir pequenos problemas antes que se compliquem. Os problemas mais relevantes e os mais simples requerem, igualmente, cuidados e atenção detalhados.

O profissional, por meio da observação e da execução de um exame físico detalhado, poderá auxiliar na prevenção de patologias dos pés, desde as mais simples até as mais complexas.

Com frequência, o acompanhamento de observação direcionada aos pés não é realizado por constrangimento de exposição dos pés, pelo próprio cliente, ou por falta de costume de inspeção e cuidado com os pés pelos profissionais da saúde. Os pés são extremamente importantes por serem o suporte e “alavanca” para a deambulação e absorção de impactos durante o deslocamento do corpo. Nesse sentido, entende-se que o fator deambulação, associado a uma boa observação e cuidados específicos, deve refletir uma marcha saudável e equilibrada. Para isso, é preciso conhecer o processo de envelhecimento em toda a sua complexidade e saber diferenciar o normal do patológico, uma vez que a observação acurada das alterações comuns que ocorrem nos pés durante o processo de envelhecimento e o conhecimento das diferentes patologias são a base para a locomoção segura.

Diante das considerações apresentadas e da problemática exposta, configura-se o problema-alvo deste estudo no seguinte esquema - pergunta: quais os cuidados que devem ser prestados aos pés dos idosos que favoreceu a melhoria da postura e da deambulação?

A temática do presente trabalho enfoca os pés, instrumentos importantes para a deambulação e que devem estar em harmonia com toda a estrutura locomotora, diminuindo os riscos de acidentes causados por quedas.

1.2 JUSTIFICATIVA

A vivência em atividades relacionadas à assistência, ao ensino, à pesquisa e a extensão das atividades de enfermagem em uma universidade proporcionam contínuo aprimoramento científico e complementação da formação acadêmica,

preparando para intervenção com competência nas complexas situações que se apresentam no decorrer da prática docente e profissional.

A trajetória profissional, alicerçada por trabalhos na área de saúde pública, com assistência a uma clientela predominantemente constituída por crianças e idosos — as duas mais expressivas demandas de serviço naquele contexto social — despertou o interesse e a aproximação com a assistência aos pacientes idosos, gerando o compromisso ligado ao tema desta dissertação.

O envolvimento com essa temática foi acontecendo ao longo da trajetória profissional. Refletindo sobre os motivos que poderiam ter sido determinantes ou favorecedores dessa opção, foi possível compreender que, já na juventude, havia grande interesse na observação atenta da diferença existente entre a deambulação do adulto jovem e a da pessoa mais “velha” — as dificuldades apresentadas para caminhar, o tipo de marcha e a relação dos pés com os movimentos demandados — e a constatação formada a partir da observação principalmente da figura materna, foi de primordial importância para o direcionamento dado ao trabalho, conforme foto ilustrativa a seguir.



Foto nº 1

Assim, à curiosidade latente da juventude somou-se o conhecimento construído à luz de leituras sobre o tema ainda não tão aprofundada e crenças e valores que permitiram a reflexão e a ampliação da observação e da perspicácia sobre o trabalho a ser desenvolvido.

A leitura da obra “Minha profissão é andar” (PECCI, 1980), efetuada ainda na adolescência descrevia o problema de um jovem que, após um acidente automobilístico, ficou impossibilitado de caminhar, mas encontrou na família e nos profissionais de saúde o apoio, a atenção, a compreensão e os cuidados necessários para, gradativamente, desenvolver sua independência e autonomia e realizar determinadas tarefas. O caso despertou o interesse pela área de atuação escolhida, a partir da ênfase dada à realização profissional efetuada no contexto dessa literatura.

A prática profissional proporcionou-me a oportunidade de expandir o aprendizado em direção a essa temática. A opção de trabalhar a saúde e o cuidado com os pés, no específico grupo dos idosos, deu-se a partir da aproximação prévia junto a essa comunidade durante o acompanhamento de acadêmicos do curso de enfermagem da UNIOESTE, no decorrer do exercício pedagógico de atividades de práticas supervisionadas.

A assistência aos idosos requer dos profissionais de saúde conhecimentos, habilidade e atitudes específicas. Para se atendê-los de forma integral, é preciso perceber que os pés são elementos importantes para a manutenção da qualidade de vida.

Pretende-se, com este estudo, propor que a prática de enfermagem seja, fundamentada em ampla visão dos problemas que envolvem os pés na tríade *integridade, deambulação e mecânica corporal*, procurando, dessa forma, demonstrar que a sistematização da assistência de enfermagem, voltada ao cuidado e à percepção da importância da saúde dos pés, contribuirá, efetivamente, para a melhoria da qualidade de vida dos idosos.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Geral

Evidenciar a importância do cuidado e integridade dos pés, no contexto que envolve o idoso, visando à sua autonomia, mediante a melhoria da deambulação e da mecânica corporal.

1.3.2 Específicos

- a) Levantar dados sobre a situação de vida dos idosos e as suas percepções quanto às condições de saúde e limitações físicas.
- b) Identificar hábitos, comportamentos e cuidados com os pés, bem como anomalias, deformidades e outros distúrbios que possam causar desconforto ao equilíbrio, postura e marcha.

1.4 PRESSUPOSTOS

Os pressupostos foram constituídos a partir de leituras, crenças e valores e na experiência da autora deste conteúdo, referente à temática. Entende-se, como pressupostos, idéias nas quais se acredita e que fazem refletir e ampliar a percepção e a visão acerca do que se pretende construir e de como se deve trabalhar.

Durante o transcorrer deste trabalho, serão apresentadas questões que envolvem o indivíduo idoso e o seu contexto, enfocando o cuidado com os pés. A orientação e o cuidado pertinentes aos pés amenizam os desconfortos e prejuízos para o caminhar. O envelhecimento não é acidente de percurso, faz parte de um dos processos da vida como a infância, adolescência, maturidade e, finalmente, a

velhice. É uma fase do ciclo vital com características próprias, mas não necessariamente com problemas de saúde.

É importante salientar que o processo de envelhecimento biológico é natural e diferente do estar doente. Não se deve confundi-los, pois há uma concepção social de que todo idoso é doente (JACOB FILHO & CHIBA, 1998).

Durante o atendimento ao indivíduo idoso, é necessário particular atenção, pois este apresenta características e peculiaridades que devem fazer parte do conhecimento de quem presta o atendimento. É importante que o profissional conheça os hábitos de cada indivíduo, adequando os seus conhecimentos à assistência prestada. É importante valorizar os seus sonhos, evitando reforçar as perdas pertinentes ao processo de envelhecimento.

A interação e a comunicação são importantes veículos na compreensão das falas ou das queixas relatadas pelos idosos. Além de facilitar a anamnese, a comunicação permite mais fidedignidade para analisar as queixas, contribuindo assim, para o diagnóstico e tratamento adequados.

Na prática da enfermagem, o cuidado faz parte da ação educativa que promove a melhoria das capacidades funcionais e da autonomia. É fundamental estimular o desejo de cuidar de si e a necessidade de educar-se continuamente por meio de novas experiências, somando-as às vivências anteriores.

O desenvolvimento deste estudo, orienta-se nos seguintes pressupostos.

- A maioria dos idosos, em função do posicionamento inadequado dos pés em relação ao solo e sua estrutura corporal apresenta problemas e dificuldades relacionadas à deambulação que afetam a marcha, a capacidade funcional e o desempenho das atividades básicas da vida diária.
- A capacidade de deambulação é um dos fatores relevantes que influenciam a qualidade de vida e permitem a autonomia do idoso.

- As desordens de ambulação, que envolvem o equilíbrio, calçado e marcha, evidenciam problemas que podem agravar-se progressivamente.
- Síndromes geriátricas como instabilidade e quedas são decorrentes do desajuste postural.

1.5 DEFINIÇÃO DE TERMOS¹

Alguns termos são definidos com o objetivo de esclarecer a abrangência, significado e compreensão da abordagem do presente estudo.

- **Envelhecimento.** É uma fase do ciclo vital que pode ser interpretada dependendo do prisma que cada um olhar. Para a biologia o processo do envelhecer poderá iniciar-se desde a concepção e prosseguir no decorrer de toda a trajetória vital (HAYFLICK, 1997).

Segundo CARVALHO FILHO (1998), é um processo dinâmico e progressivo. Como há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasiona maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos.

- **Envelhescência.** “Termo popular definido como o período de preparação do adulto para a velhice, semelhante à adolescência, que é a preparação para a fase adulta” (VIEIRA, 1996, p.5).
- **Geriatria.** Está relacionada ao tratamento de problemas e patologias direcionado ao ser humano.
- **Gerontologia.** Refere-se aos estudos científicos dos processos do envelhecer.

¹ Terminologias tiradas de autores com discreta adaptação à realidade contemplada pela autora nesta dissertação.

- **Idoso.** Indivíduo com idade superior a 60 anos (OMS, 1984).
- **Senescência.** É conceituada como um período da vida identificado por idade cronológica, associada aos processos naturais do envelhecimento. Termo conhecido também como senectude (WALDOW, 1984).
- **Senilidade.** Implica perda substancial da integração orgânica e funcional. Associa-se às perturbações patológicas que acometem o idoso (WALDOW, 1984).

Essas definições não são exclusivas e rigorosamente rígidas para este contexto como para outro; mas, à luz do desenvolvimento científico, ocorrerão alterações pelos seus constantes avanços.

CAPÍTULO II

EMBASAMENTO TEÓRICO

Este capítulo focaliza aspectos considerados relevantes para o estabelecimento de um referencial teórico para este estudo. Cinco temas são abordados: breve reflexão sobre a situação do idoso no contexto sócio-econômico e ambiental; uma descrição do processo do envelhecimento visando identificar as alterações fisiológicas que acometem o indivíduo, com ênfase na condição dos pés, como instrumento que interferem nas funções ambulatoria e postural; a enfermagem gerontogeriátrica como ação humana social aplicada, inserida no processo de mudança global e enfocada no cuidado a saúde dos pés; e por último, aspectos éticos relacionados ao processo de pesquisa.

2.1 O IDOSO NO SEU CONTEXTO SÓCIO-ECONÔMICO E AMBIENTAL

MARCO TÚLIO CÍCERO cita um provérbio, muito antigo, De Senectute: 2,4. "*Quam senectutem ut adipiscantur omnes optant, eamden accusant adepti*", que significa: "Quanto à velhice, todos a desejam, mas, alcançada, a acusam" (JORDÃO NETO, 1987).

Esse provérbio ilustra que, já na antigüidade, se o envelhecimento era visto como um alvo a ser alcançado, suas conseqüências eram indesejadas. De certa forma, é verdade que todos desejamos ter vida prolongada; no entanto não concordamos ou aceitamos o fato de sermos moldados pelos traços marcantes

dessa fase, na qual a natureza nos submete, refletindo, nos espelhos, uma silhueta e imagem amadurecidas.

CAÇÃO (1997, p. 40) cita três razões básicas relacionadas às preocupações da sociedade no que se refere ao envelhecimento e às formas de amenizá-lo das quais destacamos aquela pertinente a este trabalho: *“existe um sentimento próprio da espécie humana, manifestado desde a antigüidade, como um desejo de viver muitos anos sem, contudo, perder o vigor físico e a agilidade intelectual da juventude.”*

Na verdade isso ocorre, pois a biologia e a fisiologia adicionadas às questões sociais e culturais têm forte influência nesse processo, atuando de maneira diferenciada para cada homem que alcança essa fase.

O envelhecimento da população é um fato que afeta a todos e é uma questão que alcança proporções maiores no mundo inteiro. Segundo CUNHA (1998), poderão ocorrer desajustes da estrutura social, fazendo com que um pequeno número da população mais jovem, que se encontra em plena atividade de trabalho, se depare com dificuldade em contribuir financeiramente para manter os idosos.

No contexto social brasileiro, essa realidade não se encontra distante, há uma expectativa para, no ano de 2025, o Brasil ser o sexto País com a maior população de idosos do mundo. Essa situação vai além das competências assistenciais e da questão puramente biológica, abrange o próprio sistema previdenciário. A aposentadoria é vista, geralmente, através da similaridade entre o indivíduo que passa de ser atuante, à condição de ser ocioso (CUNHA, 1998).

Os diversos segmentos da sociedade devem preocupar-se com a necessidade de compreender a situação dos senescentes na atualidade, procurando solução para os problemas que mais os afetam, como as condições de habitação e lazer, entre outros que permeiam o decreto nº 1948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e de outras previdências (BRASIL, 1994).

A lei dispõe de artigos que se reportam às vertentes que permeiam a trajetória do ciclo vital do ser humano, no decorrer da velhice, numa visão e perspectiva positivas em relação à qualidade de vida, à manutenção do indivíduo na sociedade.

No contexto social brasileiro, já é possível observar uma tímida iniciativa em algumas organizações que favorecem o senescente, como escolas, clubes, associações, cursos e serviços para a terceira idade, que buscam proporcionar-lhes convívio social e mantê-los como parte integrante da sociedade. Os idosos de hoje demonstram forte interesse em exercer a sua cidadania.

Devido ao contexto cultural de cada indivíduo, há outros fatores no processo do envelhecimento que interferem no seu perfil, como é o caso do aspecto psicológico, que repercute no seu comportamento. Esses aspectos exercem forte influência em todos ciclos, como o da infância, adolescência, fase adulta e, conseqüentemente, a velhice, quando a sociedade cobra, direta ou indiretamente, padrões e atitudes adequadas à idade.

LEINNINGER (1996); CAMPEDELLI (1992); WALDOW (1995), descrevem cultura como valores, crenças, normas de comportamento e práticas relativas ao estilo de vida incorporados, compartilhados e transmitidos por um grupo específico, que orientam o pensamento, as decisões e as ações dos elementos pertencentes ao grupo. Indica, ainda, que a cultura propicia influências diretas no processo saúde-doença dos indivíduos, familiares ou grupos.

O conhecimento da cultura é um importante fator que permite ao profissional adequar o atendimento prestado ao indivíduo idoso, ajustando, assim, os seus conhecimentos e atenção à compreensão das diferenças encontradas nos diversos grupos em que atua. É importante enfatizar o aspecto cultural durante todo o atendimento, antes mesmo de finalizá-lo. Cultura envolve leis, hábitos, costumes e crenças que se desenvolvem e aprimoram por meio de um grupo de pessoas e que devem ser respeitados.

O que caracteriza a cultura é o fato de ser aprendida, ensinada e compartilhada com outros e adaptada ao ambiente. Tratando-se de um conjunto

de traços adquiridos pelo aprendizado, a cultura se modifica de uma geração para outra, tanto pelo ensino formal como pela imitação.

Para HELMAN (1990), cada sociedade tem a sua cultura, e cada grupo cultural tem as suas opiniões e práticas em relação à saúde e à doença. As crenças compreendem as opiniões, os conhecimentos e a fé em relação aos diversos aspectos do mundo. As crenças que mais despertam interesse no profissional da saúde referem-se aos cuidados a serem prestados aos seres humanos, relacionados à doença ou à saúde e às suas causas, bem como os métodos preferidos de tratá-los, as conseqüências esperadas e os receios em relação à doença. As decisões em torno do estado de saúde ou de mal-estar derivam da experiência com os fatores biológicos, sociológicos e culturais da vida cotidiana.

Para ser aceito por parte dos membros de determinado grupo, o tratamento de saúde precisa ser embasado na compreensão e no respeito pelos seus hábitos de vida, pela sua comunidade e pelas suas orientações socioculturais, na medida em que estas se referem à promoção, à preservação e ao restabelecimento da saúde (LEINNINGER, 1996).

Há idosos que residem em instituições geriátricas por necessidade e não por opção própria. A velhice insere-se no processo de vida; no entanto, se faz importante instrumentalizar o idoso e os seus familiares, assim como a sociedade, para que questões como altos custos em relação a internações hospitalares, assistência especializada e necessidades básicas peculiares à velhice sejam amenizados. A partir daí, a própria população estará voltada para dar atenção a essa clientela. Todos querem viver por muito tempo; a longevidade é um sonho de muitos, pelo seu grande aumento do tempo médio de vida, mas poucos são aqueles que gostariam de sofrer as possíveis conseqüências associadas à longevidade.

A população de idosos, tanto da zona urbana quanto da zona rural, geralmente não dispõe de recursos próprios para arcar com a sua subsistência. Com certeza, é um dos objetivos do ser humano viver a sua trajetória, rumo à

velhice, dispondo de um mínimo de qualidade de vida, representada, principalmente, pela integridade do seu estado funcional. No Brasil, a representação do envelhecimento ocorre de diferentes maneiras, nas mais diferentes localidades e camadas sociais. Por exemplo, em se tratando de saúde mental e fator econômico, os idosos estão representados pela categoria de aposentados e pessoas sem ocupação definida que, muitas vezes, adquirem o perfil de pessoas desmotivadas e sem perspectivas de viver. A partir da literatura pesquisada, da observação cuidadosa da autora deste trabalho e de depoimentos registrados, é possível afirmar que os idosos se sentem, geralmente, ridicularizados e à margem do convívio social, fato que os leva ao isolamento.

Dentre os idosos que fazem parte do contexto social, há aqueles que são considerados sadios, desenvolvendo as suas atividades com plena autonomia, e aqueles que requerem cuidados específicos, ou seja, são dependentes.

O Brasil faz parte do grupo de países que se encontram em desenvolvimento. A maioria dos idosos brasileiros pertencem à classe econômica de baixa renda. Assim sendo, não há condições de viverem sós e acabam amparados por instituições para idosos. Muitas vezes, as famílias não dispõem do recursos e assistência necessária para atender às particularidades do seu idoso, gerando, assim, situações de conflito familiar (CUNHA, 1998).

JORDÃO NETTO (1987) afirma que as instituições para idosos acabam sendo consideradas como resposta natural para esses casos, atendendo àqueles que não dispõem de recursos e cujas famílias não conseguem arcar com as despesas da área de saúde, ou àqueles que, por conflitos ou espaço limitado, não podem permanecer com a família.

SILVA; PEREIRA & GARCIA (1998) dizem que, apesar de muitas fontes legais enfatizarem o cuidado e a responsabilidade dos filhos em relação aos pais durante a doença, necessidade ou velhice, não se pode exigir deles o cumprimento do encargo, já que nem mesmo a sociedade assuma sua parcela de responsabilidade, provendo recursos e criando condições para que o idoso possa permanecer no seu ambiente familiar.

Há um estigma sobre as instituições que abrigam os idosos que não existiria, caso houvesse participação mais efetiva por parte da comunidade, o que acarretaria melhor compreensão e acomodação para os idosos, integrando atividades e ações que repercutissem positivamente durante o período de institucionalização.

As normas para funcionamento de casas geriátricas tratam da regulamentação de critérios e parâmetros essenciais para o seu funcionamento, os quais foram aprovados, em 1989, pela Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, do Ministério da Saúde. O documento dita que toda a instituição que abriga idosos deve: a) possuir um Estatuto e Regulamento, onde estejam especificados os objetivos, a estrutura da organização e também todo o conjunto de normas básicas que regem a instituição; b) contar com responsável técnico da área de saúde que responderá pela instituição junto às autoridades sanitárias. No que diz respeito ao funcionamento, todas as instituições específicas para idosos devem ser registradas no órgão sanitário competente, no âmbito Municipal, Estadual ou Federal (BRASIL, 1997).

Por meio deste exposto fica entendido que, a partir da vigência dessas normas, só serão concedidas licenças para funcionamento às instituições que se adequarem às disposições descritas. As instituições que se propõem o atendimento de pacientes em clínicas ou hospitais geriátricos deverão atender, prioritariamente, ao disposto na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 06 de dezembro de 1997 (BRASIL, 1997). A vigência dessas normas permite que as autoridades sanitárias cassem, em qualquer momento, o alvará de funcionamento da instituição que se abster de segui-las. Faz-se necessário também registro e prontuário atualizado das pessoas residentes em instituições, os quais devem conter dados pessoais e uma descrição pormenorizada da capacidade funcional e do estado de saúde do idoso, com a finalidade de adequar os serviços às necessidades do atendido. Outros recursos como instalações elétricas, coleta de lixo e estrutura física devem também seguir preceitos dispostos naquele documento. Os recursos humanos com que as instituições dos idosos devem contar são: a) assistência médica e de enfermagem, odontológica, nutricional,

psicológica e farmacêutica; b) atividades de lazer e recreação; c) atividades de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia); d) serviço social; e) apoio jurídico e administrativo; f) serviços gerais.

Segundo VIEIRA (1996), a dimensão da equipe multiprofissional necessária à assistência ao idoso institucionalizado deverá ser baseada nas necessidades da população atendida, na disponibilidade de recursos humanos regionais ou locais e nos critérios dos respectivos conselhos regionais de profissionais.

O modelo ideal que define as instituições específicas para idosos, e as suas diversas nomenclaturas, compreende: *“locais físicos equipados para o atendimento de pessoas com mais de 60 anos, que podem funcionar em regime de internato ou não, com pagamento mensal ou não, que aceitem internação para períodos indeterminados, e que disponham de um quadro de funcionários que atendam às suas necessidades, como alimentação e higiene, entre outras atividades pertinentes à institucionalização”* (VIEIRA, 1999, p.112).

2.2 O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO: ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS QUE ACOMETEM O INDIVÍDUO

O envelhecimento não constitui doença, mas tem particularidades que podem trazer transtornos ao idoso e, conseqüentemente, aos seus familiares ou cuidadores. O fator genético e o tipo de vida influenciam, diretamente, essa etapa.

Várias afecções associadas a distúrbios funcionais, econômicos, psicológicos e sociais identificam o cliente senescente, diferente de o percebermos somente por meio do fator cronológico, isto faz com que a conduta voltada para o atendimento abordando uma ampla visão da atenção e cuidado deste cliente o diferencia de outros clientes, como citam os autores MADER; FORD (1997, p.107), quando geralmente os clientes são identificados por idade.

“Do mesmo modo que os bebês não são adultos de tamanho reduzido, as pessoas idosas não são adultos de 35 anos de idade, 50 anos mais tarde”. O ideal é atendermos os clientes como pessoas que apresentam problemas.

BATES (1998) salienta que os idosos podem, por diversos motivos, não relatar seus sintomas, seja por timidez, medo ou tentativa de evitar as despesas com medicamentos ou, até pelos problemas referentes ao diagnóstico e tratamento. A anamnese do idoso tem particularidades pelo fato de esse cliente apresentar, freqüentemente, diminuição da acuidade auditiva e visual, déficit de memória entre outros, respondendo às perguntas de forma mais vagarosa e, às vezes, sem relação com o conteúdo abordado; por isso é importante garantir um tempo maior para ouvi-los e manter comunicação; o tom de voz deverá ser claro e pausado e o ambiente seguro e confortável.

A mesma autora afirma que a grande maioria das pessoas se torna ciente do seu envelhecimento pessoal a partir da meia idade e começa a medir suas vidas a partir dos anos que ainda restam e não daqueles que viveram. É nesse momento que se pode e deve estabelecer um forte vínculo entre o profissional da saúde e o cliente (BATES, 1998).

Cada etapa de maturação do ser humano constitui-se em base experimental que o prepara para a vivência da fase subsequente; assim, considerando-se as limitações e possibilidades de cada um, faz-se necessário que haja um preparo adequado para que a pessoa se aceite e se adapte confortavelmente, ao surgimento de mudanças físicas, caracterizadas por alterações da estrutura corporal, da capacidade funcional, da postura e deambulação.

Para compreensão da importância dos pés, faz-se necessário o conhecimento da sua relação com o corpo humano, como um todo. Assim, far-se-á um recorte, no qual será destacada a relação de determinação da saúde dos pés, a partir do enfoque dos demais órgãos e tecidos, abrangendo a pele e anexos, unhas, processo de cicatrização.

A pele e anexos, à medida que se envelhece, perdem seu tônus muscular. Apresenta-se a pele enrugada, de aspecto pálido e com sulcos profundos. Nas regiões dorsais das mãos e antebraços torna-se mais fina, frágil, frouxa e transparente, apresentando manchas esbranquiçadas e despigmentadas, aparentando pseudocicatrices. O mais comum não são manchas pigmentadas e palidez difusa pela diminuição da circulação da derme superficial. Nessas mesmas regiões podem surgir máculas ou manchas bem demarcadas e púrpuras, denominadas actínicas ou senis. Estes pontos purpúreos resultam do sangue que transbordou pelos capilares e se espalhou na derme. O ressecamento da derme é comum e torna a pele descamativa, áspera e, geralmente, pruriginosa. A pele costuma ser brilhante, em especial nas pernas, onde surgem fissuras superficiais que, segundo BATES (1998), adquirem o aspecto de mosaico formado de pequenos polígonos. Outras lesões benignas comuns acompanham o envelhecimento, entre elas os angiomas, tipo cereja, que costumam surgir no início da vida adulta; as ceratoses seborréicas e, em regiões expostas ao sol, manchas actínicas e ceratoses actínicas por descamação ionizante. O senescente tem mais predisposição a desenvolver dois tipos de câncer cutâneo, o carcinoma basocelular, geralmente encontrado no lábio superior, podendo ser tratado por remoção cirúrgica, e o carcinoma espinocelular, com maior predominância no sexo masculino, freqüentemente encontrado no lábio inferior.

As unhas de indivíduos idosos perdem parte de seu brilho com a idade e podem ficar amareladas e espessas, especialmente nos artelhos, à medida que ocorre o envelhecimento. Devido à maior rigidez, podem provocar lesões traumáticas com processos inflamatórios nos artelhos, principalmente no hálux. A foto abaixo ilustra o comprometimento das unhas e artelhos.

As glândulas sudoríparas e sebáceas diminuem a sua atividade, resultando em pele seca e áspera e predispondo a infecções e maior sensibilidade às variações de temperatura.

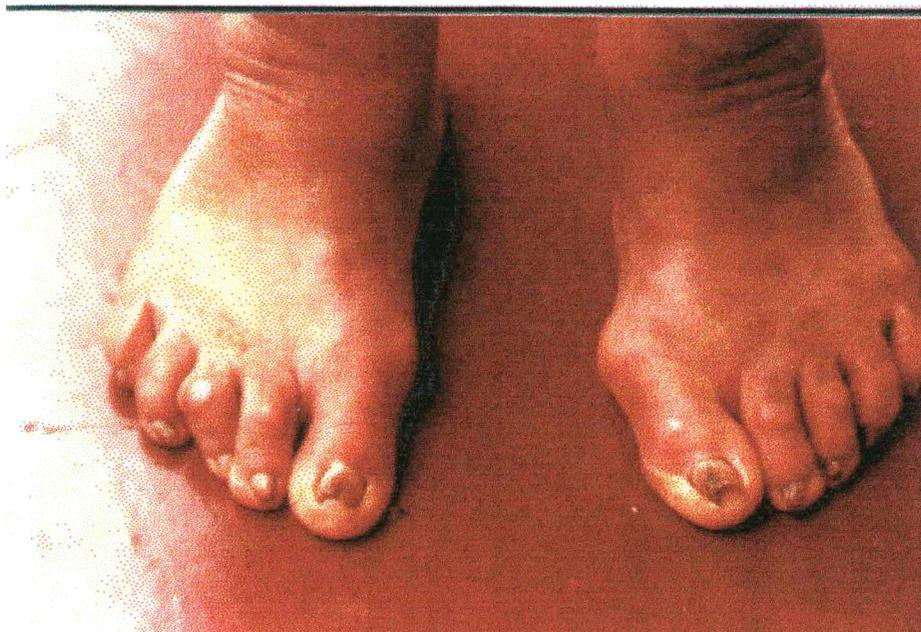


foto nº 2.

Os idosos transpiram menos, porque muitas glândulas sudoríparas desaparecem ou perdem a funcionalidade. Com a idade, a capacidade das glândulas de produzir a transpiração regride, acompanhando a diminuição da temperatura corporal. Essas são as principais razões pelas quais as pessoas mais idosas têm menor capacidade de defesa contra variações da temperatura ambiente. As glândulas sudoríparas apócrinas, localizadas nas axilas, são controladas por um hormônio, o androgênio, que começa a funcionar durante a puberdade. A transpiração apócrina fornece substrato para bactérias que originam o cheiro acre e forte do corpo humano. A produção de androgênios diminui com a idade, especialmente nas mulheres, após a menopausa. Como foi apontado por KLIGMAN et all. (1996), o odor corporal nos idosos é menos intenso.

Há diminuição do número de melanócitos e de alças capilares, ficando a pele pálida e com aparência de anêmica.

Entre os 40 e 50 anos, a pálpebra inferior pode adquirir aparência de edema, por herniação de gorduras associada à pequena retenção de líquido. Também poderá apresentar hiperpigmentação nesse local.

Quanto ao controle de temperatura, HAYFLICK (1997) salienta que abaixo da epiderme e derme existe uma terceira camada chamada subcutânea. Além da sua função como depósito de gordura, essa camada serve para absorver o traumatismo e controlar a perda de calor corporal. A maior parte da camada subcutânea retrocede com a idade, especialmente no dorso das mãos, na face e nas solas dos pés. É provável que a perda cutânea, ou seja, o coxim adiposo nas solas dos pés, aumente o trauma ao caminhar e propicie o aparecimento de problemas nos pés dos idosos.



Foto nº 3

O coxim plantar é constituído de tecido celular que entra em contato com o solo diretamente e é visto pela sua nítida impressão, quando apoiado no solo, por meio de um delineamento oval do calcanhar. O ideal é que todos os delineamentos sejam visíveis, tanto para uma boa inspeção, quanto principalmente para a obtenção da harmonia da estrutura corporal em relação aos

pés, para a seqüência e desenvolvimento da deambulação. A sua forma particular caracteriza-se pela concavidade do ístmo, cuja imagem pode ser vista por meio do podoscópio ou pela marca deixada pela planta do pé sobre uma superfície embebida em substância líquida (RODELLE, 1981).

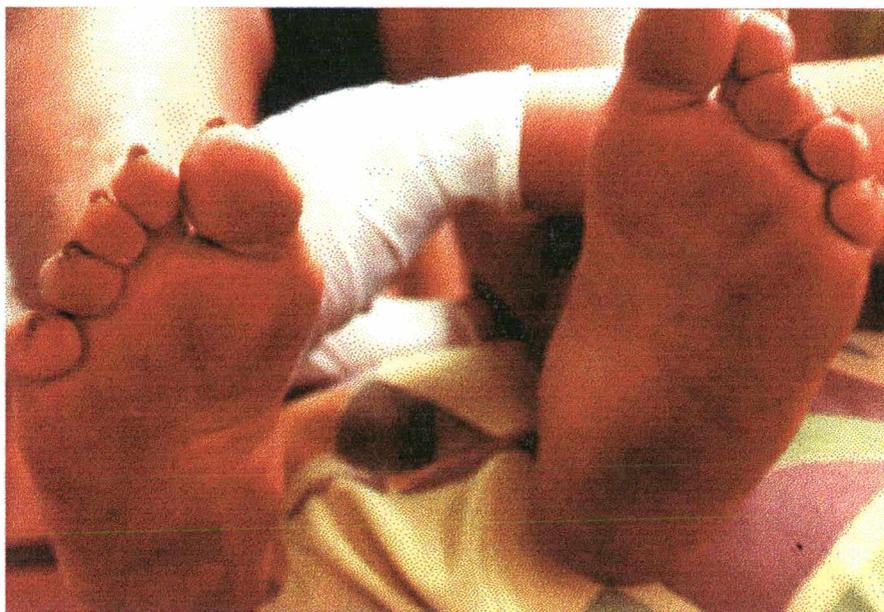


foto Nº 4.

Há indícios de que as células nervosas da pele se tornem menos eficientes com a idade. Isso talvez explique por que a pele das pessoas mais idosas é menos sensível à dor do que a dos adultos jovens. As queimaduras tendem a ser mais graves nos idosos devido à redução da sensibilidade ao calor, à dor e ao toque (HAYFLICK, 1987).

A densidade do sistema circulatório da pele, diminui com o avanço na idade. Provavelmente essa é a razão pela qual as pessoas idosas sentem frio mais rapidamente, quando a temperatura cai. Para a pessoa idosa, a temperatura agradável é, freqüentemente, cinco a oito graus superior à temperatura considerada agradável por uma pessoa mais jovem. Descobriu-se que a temperatura da pele do rosto diminui com a idade. As medições da temperatura

da pele, da área da virilha aos pés, em mulheres idosas, revelaram um gradiente de temperatura muito maior do que o observado em adultos jovens. Todo idoso sabe da rapidez com que seus pés ficam frios, quando a temperatura cai, mas não se sabe ao certo a causa desse gradiente de temperatura (HAYFLICK, 1987).

Uma conseqüência séria, potencialmente letal, da sensibilidade ao frio na velhice é a hipotermia que ocorre quando a temperatura corporal cai abaixo de um nível seguro, em torno de 35°C. A exposição ao frio produz essa condição em pessoas idosas, colocando-as em risco. Os jovens expostos ao frio sobrevivem porque a constrição dos pequenos vasos da pele é maior, os músculos se contraem mais e essas reações ajudam a gerar mais calor corporal (HAYFLICK, 1987).

No cliente idoso, por apresentar alterações e modificações anátomo-fisiológicas em sua estrutura, o processo de cicatrização é mais lento, principalmente quando associado a patologias, que inibem o sistema imunológico.

A permanência prolongada no leito ou na cama poderá oferecer riscos à integridade cutânea e provocar úlceras de pressão que necessitam de cuidados específicos e período maior para cicatrização.

A irrigação sangüínea é fundamental para uma cicatrização favorável e, geralmente, o idoso apresenta quadros de distúrbios cardíacos, vasculares ou pulmonares que limitam a irrigação sangüínea. A hipóxia, que também é comum em muitos idosos, pode comprometer o fornecimento de oxigênio e de nutrientes à ferida (BATES, 1998).

Entre os idosos o tabagismo também é freqüente, o que pode levar à vasoconstrição e à hipóxia, por causa dos elementos de combustão do cigarro, entre eles, o monóxido de carbono. O fumo favorece e aumenta a arteriosclerose e a agregação plaquetária, limitando a quantidade de oxigênio necessário para o ferimento e, conseqüentemente, a cicatrização (BATES, 1998).

A desnutrição costuma ser um problema freqüente entre os idosos, devido a fatores econômicos, sociais, ajuste de prótese dentária, ausência de arcada

dentária, distúrbios do sistema digestório e diminuição da capacidade de absorção de nutrientes ao organismo, o que interfere diretamente no processo de cicatrização.

A síntese do colágeno e leucócitos, elementos importantes para a cicatrização, são seriamente afetados pela desnutrição, ingestão insuficiente de vitaminas e uso de medicamentos, como os esteróides (JACOB FILHO & SOUZA, 1998)

Cabe ao profissional enfermeiro diagnosticar adequadamente o quadro em que o idoso se encontra, juntamente com a equipe multiprofissional, e proceder de acordo com o tipo de lesão encontrada, objetivando a melhor forma de cicatrização.

HAYFLICK (1997) alerta para o fato de que uma resposta nervosa menos eficiente da pele da pessoa idosa, combinada à queda do sistema imunológico, pode ser responsável pela redução ou retardamento da resposta inflamatória aos fatores irritantes.

No que se refere ao envelhecimento fisiológico, denotando aspectos sociais, HAYFLICK (1997) relata que quase tudo o que podemos medir nos seres humanos e nos animais muda com o passar do tempo, mas nem sempre as mudanças implicam perda. O que se ganha e o que se perde com o tempo traz preocupações, porque algumas mudanças provocam ansiedade ou podem anunciar problemas de saúde.

As mudanças funcionais ocorrem normalmente com o tempo e resultam em perdas psicológicas reais.

HAYFLICK (1997) relata algumas das mudanças naturais que ocorrem com a idade: perdas da força e do vigor físico, perturbação da visão, crescimento de pelo nas orelhas e narinas, problemas na memória de curto prazo, queda de cabelo, perda de massa óssea, diminuição da altura, diminuição da audição e menopausa. Essas mudanças, associadas à idade, são progressivas. A maioria delas pode ser observada mais facilmente, mas suas origens encontram-se em

níveis que não estão prontamente aparentes aos nossos sentidos (LLORENTE & RUIPÉREZ, 1996).

A probabilidade de se adoecer aumenta com a idade porque essas mudanças tornam o organismo mais vulnerável às doenças como o câncer, as doenças cardíacas, a doença de Alzheimer e os acidentes vasculares cerebrais. Essas patologias causam impacto na sociedade, devido às seqüelas e aos transtornos que provocam na auto-imagem e autonomia do idoso, gerando conflitos familiares.

Nesse trabalho, o sistema ósseo tem sua relevância por abordar significativamente o aparelho locomotor do qual os pés são elementos essenciais. A estrutura óssea composta das camadas compacta e esponjosa sofre alterações importantes no envelhecimento.

Os osteócitos que controlam o metabolismo da matriz extracelular diminuem em número e atividade, desequilibrando o metabolismo do cálcio, com perdas significativas de tecido ósseo, que ocorrem de forma diferente no homem e na mulher. Após a menopausa o processo é mais significativo na mulher do que no homem, tanto no tecido compacto quanto no esponjoso.

Quanto ao sistema circulatório periférico, os distúrbios arteriais e venosos, especialmente a arteriosclerose, acometem as pessoas idosas com maior freqüência: com a idade as artérias alongam-se, tornando-as tortuosas, com enrijecimento de suas paredes (BATES, 1998).

O sistema músculo-esquelético regride a partir dos 40 anos, cerca de 1cm por década. O encurtamento torna-se evidente na idade mais avançada e essa perda repercute, também, na diminuição dos arcos do pé, no aumento da curvatura da coluna e nas alterações nos discos intervertebrais. Os diâmetros da caixa torácica e do crânio tendem a aumentar. A maior parte da perda da altura localiza-se no tronco, pois os discos intervertebrais se tornam mais finos e os corpos vertebrais encurtam ou entram em colapso. A flexão dos joelhos e quadris reforçam a redução da estatura. Os membros superiores dos idosos costumam parecer proporcionalmente mais longos que o tórax (BATES, 1998).

A alteração nos discos e vértebras evidenciam a cifose própria do envelhecimento; o aumento do diâmetro ântero-posterior do tórax é mais evidente nas mulheres. O volume e a potência da musculatura esquelética diminuem e os ligamentos perdem parte da força de tensão. Essa perda progressiva da massa muscular resulta na diminuição da força do tônus e da velocidade de contração. Os movimentos ficam mais lentos e a capacidade de reação diminui. Há alteração da marcha, devido ao aumento da base de sustentação e diminuição do movimento dos braços ao longo do corpo.

Em relação ao sistema nervoso, BATES (1998) alerta: ao avaliar uma pessoa idosa, muitas vezes é difícil diferenciar as alterações decorrentes do envelhecimento normal daquelas associadas a doenças relacionadas à idade. Segundo a mesma autora alguns achados considerados anormais em jovens, são freqüentemente atribuídos aos idosos como normas.

LLORENTE & RUIPÉREZ (1996) acrescentam que envelhecer não está, obrigatoriamente, associado à deterioração intelectual. Eventualmente, pessoas idosas desenvolvem tremor benigno: a cabeça, a mandíbula, os lábios ou as mãos podem tremer com uma velocidade e amplitude sugestivas de doença de Parkinson.

As alterações funcionais no sistema nervoso central, determinadas pelo envelhecimento, traduzem-se em modificações em diferentes níveis: sensorial, motor, capacidade intelectual e comportamento.

Essas manifestam-se pela diminuição ou perda do reflexo aquileu, que pode ser abolido gradativa e simetricamente ou sofrer redução; o reflexo patelar também pode ser afetados de modo análogo; os reflexos dos músculos abdominais diminuem ou desaparecem; em virtude das alterações músculo-esqueléticas dos pés, as respostas ficam menos evidentes e são mais difíceis de interpretação; a sensação de vibração diminui ou desaparece nos pés e nos tornozelos; a perda de memória para fatos recentes representa um dos déficits funcionais mais presentes, progressivos e complexos. Para o idoso, a

capacidade de recordar situações recentes torna-se mais lenta, exigindo grande esforço (BRICOT, 1999).

LLORENTE; RUIPÉREZ (1996) salientam que há decréscimo em alguns aspectos psíquicos da velhice, principalmente com a debilidade da vitalidade, podendo também interferir na vontade, ocasionando perda da capacidade de adaptação a novas situações. Associa-se a esse quadro a diminuição da capacidade de comunicação e do estado emocional com tendência à tristeza, podendo culminar em estado pré-depressivo.

HAYFLICK (1997) considera que a redução da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade à doença são características predominantes na velhice. Na realidade, as pessoas idosas só percebem que estão envelhecendo, quando são lembradas a respeito. Algumas situações, tais como alguém ceder o lugar no ônibus, permitir que passe na frente em filas, e outras situações que favoreçam ao idoso ser atendido de imediato. A lei do idoso nº 8.842, é clara e favorece-o em situações de espera, privilegiando o seu atendimento. As situações que os beneficiam são benquistas no seu ponto de vista, havendo, contudo, posições individuais controversas.

Segundo BEAUVOIR (1990), a velhice não é somente um fato biológico, mas um fato cultural, que só pode ser compreendida em sua totalidade

WALDOW (1984) salienta que a velhice se caracteriza da forma como a sociedade determina e encara o envelhecimento, mais do que a própria percepção do idoso a respeito do seu processo de envelhecimento que, nem sempre, corresponde ao seu estado de envelhecimento.

2.3 OS PÉS: INSTRUMENTOS QUE INTERFEREM NAS CONDIÇÕES

AMBULATÓRIA E POSTURAL.

Segundo BRICOT (1999), já no início do século XIX um estudioso do equilíbrio, CHARLES BELL, levantava a questão sobre a maneira pela qual o ser humano se mantinha em pé ou inclinado contra o vento que soprava na sua direção. É uma questão curiosa e relevante, que mostra a importância dos pés como base de sustentação do corpo. Segundo a colocação dos autores citados, há uma ênfase da condição dos pés como instrumento fundamental para a estrutura corpórea, responsável pela postura e equilíbrio, enquanto o corpo se encontra em movimento ou estático, mas em pé.

Considera-se de suma importância a relação entre os pés, o solo e o corpo, mesmo porque patologias como artroses, ou mesmo aquelas que mais afetam a coluna vertebral (escoliose, lordose, cifoses, hérnias discais), podem estar intimamente relacionadas a um desequilíbrio, à utilização de forças musculares inadequadas na realização de determinados movimentos ou na má utilização dos pés em relação ao deslocamento do corpo.

Há estudos como o de GUDAS (1997), por exemplo que estimam que pelo menos metade da população poderá vir a ter alguma patologia que afete a saúde e integridade dos pés. A idade é um fator relevante, quando se analisa a saúde e a qualidade de vida de determinada clientela dos serviços de saúde. Na faixa etária acima de 65 anos esse problema é acentuado; as queixas tornam-se mais freqüentes e evidentes. Dados estatísticos, citados por GUDAS (1997), estimam que 25% de idosos de um grupo estudado apresentaram doenças sintomáticas no pé, incluindo esporão de calcâneo, dedos em martelo, joanetes, fraqueza generalizada nos pés e desalinhamento.

A foto seguinte, ilustra a presença de *hálux valgus*, "joanete", um dos grandes problemas que acomete a anatomia dos pés, interferindo no conforto e instabilidade do idoso.

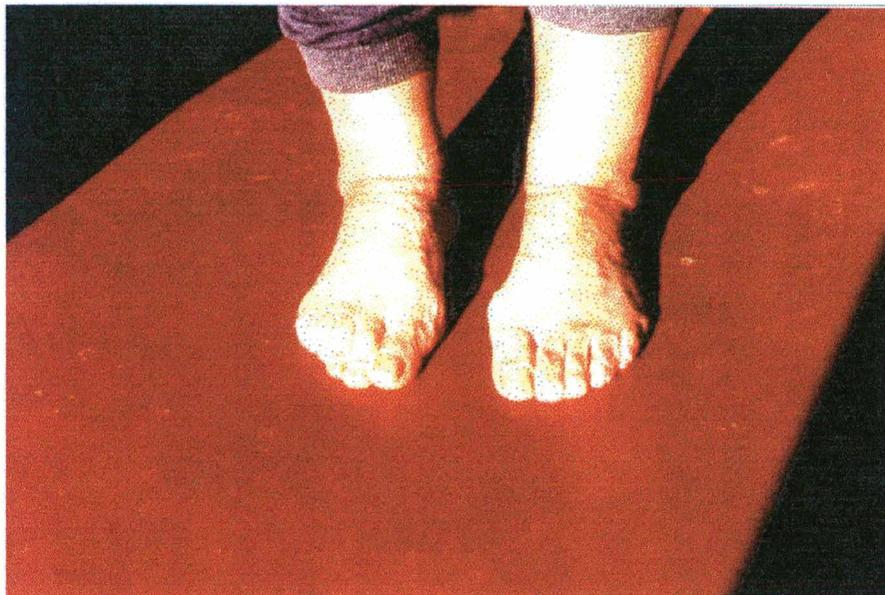


foto nº 5 .

O pé é um órgão complexo que reflete várias patologias sistêmicas; no processo do envelhecer, muda a posição postural no centro gravitacional, isto é, projeta o corpo para frente, fletindo a cabeça sobre o pescoço, forçando a cervical, evidenciando a cifose e a lordose. Essa postura provoca um encaixe do abdômen que força a coluna lombar para a frente, diminuindo o movimento dos membros superiores e inferiores ao caminhar.

Esse quadro modifica o equilíbrio do corpo e obriga o idoso a arrastar os pés. Esse trabalho faz com que exista um comprometimento maior dos pés, pela responsabilidade de carregar todo o jogo e peso do corpo, acarretando uma acomodação e postura totalmente inadequadas e predispondo o idoso a patologias que acometem a saúde dos pés.

EVANSKI (1982) refere-se ao fato de que cerca de um terço de todos os idosos reclama de problemas em relação às unhas dos pés, sendo que GUDAS (1997) associa o diagnóstico e tratamento dos pés em pessoas idosas a um desafio interessante, devido à complexidade dos problemas por eles apresentados.

Segundo LLORENTE; RUIPÉREZ (1996), a deambulação é necessidade elementar para o ser humano, permitindo-lhe qualidade de vida adequada. A marcha do idoso, muitas vezes, pode estar comprometida em função de doenças físicas ou psíquicas, decorrentes do processo de envelhecimento.

A avaliação dos pés poderá evitar seqüelas que, muitas vezes, são irreversíveis, tendo em vista que a integridade dos artelhos, quando livres de deformidades e afecções, evita a distribuição inadequada do peso corporal e a postura incorreta. BRICOT (1999) relata que se deve não somente tratar, mas verificar o porquê de determinadas patologias. Esse pensamento comunga com os princípios da assistência de enfermagem referentes à prevenção e à abordagem feita dentro de uma visão abrangente dos cuidados que devem ser dispensados ao cliente.

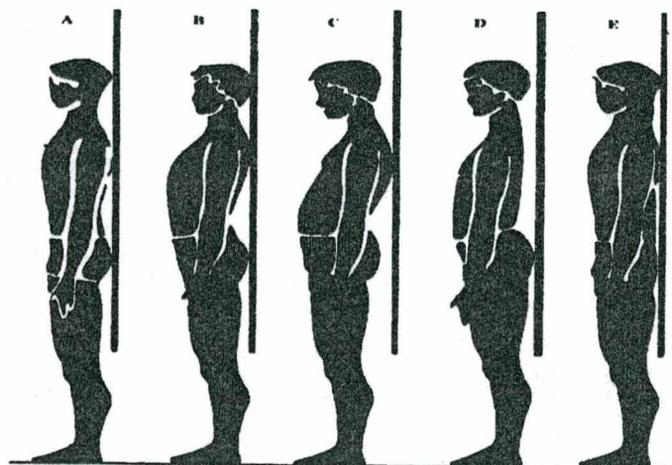
Quando se fala do pé e da sua relação com o solo e com o próprio corpo, percebe-se que essa seqüência, além de estar associada ao equilíbrio, também compreende a harmonia dos passos para a realização da marcha. Qualquer distúrbio patológico que acometa os pés interferirá na harmonia proporcionada ao ser humano.

BRICOT (1999) relata que mais de 90% dos seres humanos trazem consigo algum distúrbio relacionado ao aparelho locomotor. O autor coloca três planos do espaço como fatores desencadeantes desses distúrbios; entre esses, será citado o plano sagital, por abordar amplamente elementos que contribuem e definem a desarmonia postural, focalizando os pés como um dos integrantes desta desarmonia. Ao descrever as alterações estáticas no sentido ântero-posterior, o autor faz uma correlação dessas com as deformações da parte posterior dos pés (retropé) e, conseqüentemente, no procedimento do passo.

De acordo com a Figura 1, pode-se considerar a letra A dentro dos padrões de normalidade, na letra B a escápula e as nádegas encontram-se alinhadas, destacando a proeminência da escápula e da coluna lombar. Já na letra C a escápula apresenta-se posteriorizada e a letra D, a escápula está anteriorizada;

na letra E mostra-se a escápula e as nádegas num mesmo alinhamento, mas sem as curvaturas consideradas como normais.

FIGURA 1 – DESEQUILÍBRIO TÔNICO POSTURAL DE PERFIL



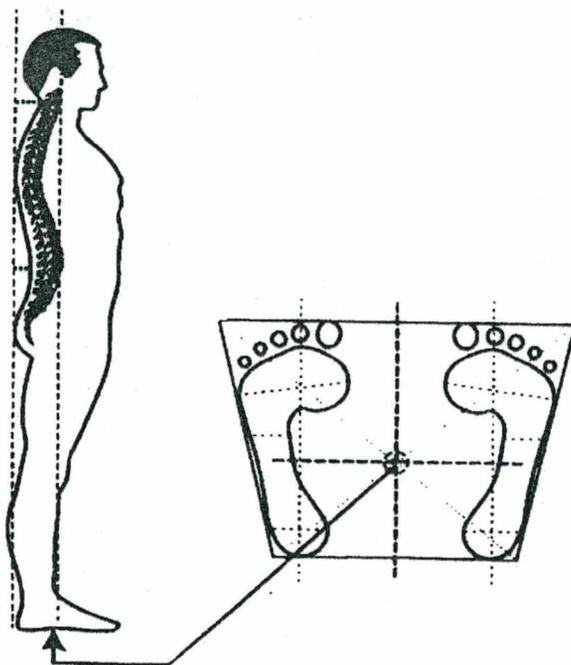
FONTE: BRICOT (1999, p.26).

No senescente essas alterações manifestam-se de forma mais acentuada, devido às modificações naturais do seu processo de envelhecimento.

BRICOT (1999) atribui o aumento das curvaturas da fig. B aos pés valgos a diminuição das curvaturas da figura. Nos pés varos, o problema apresentado na fig. C como reflexo de pés planos e o da fig. D é causado por pés com duplo componente, apresentando-se com a região dorsal plana e a região escapular anteriorizada.

O autor cita que os pés representam um dos principais fatores da descompensação do plano sagital, (Figura 2) mas há outros órgãos ou captadores, responsáveis por essas descompensações. Poder-se-ia discorrer sobre o assunto, mas isso significaria abrir outra vertente que, no momento, não seria pertinente. A figura 2 descreve a projeção do centro de gravidade do corpo no meio do quadrilátero de sustentação.

FIGURA 2 – POSTURA NORMAL DE PERFIL

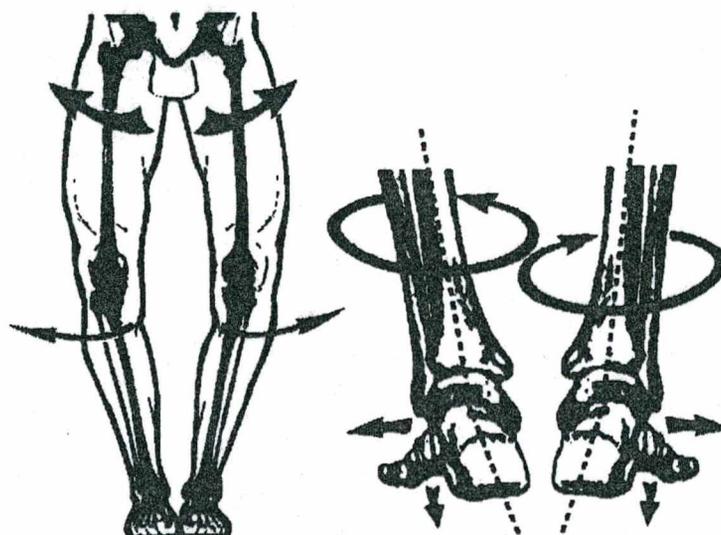


FONTE: BRICOT (1999, p.22).

O mesmo autor coloca pés varos, pés varos assimétricos, pés valgos e pés planos como fatores de desequilíbrio postural. (Figura 3). Essa figura, demonstra a projeção adequada, no centro gravitacional, representado pelo quadrilátero.

O pé varo tem postura geno varum, em que a queda talo-calcânea externa induz a rotação externa dos eixos tibiais e femurais, que sobrecarregam os tornozelos, joelhos e patela e dará à região glútea um aspecto plano, como se apresentasse uma continuidade entre a nádega e a coluna vertebral e, conseqüentemente, afetando o formato dos pés.

FIGURA 3 – CONSEQUÊNCIAS ESTÁTICAS DOS PÉS VAROS

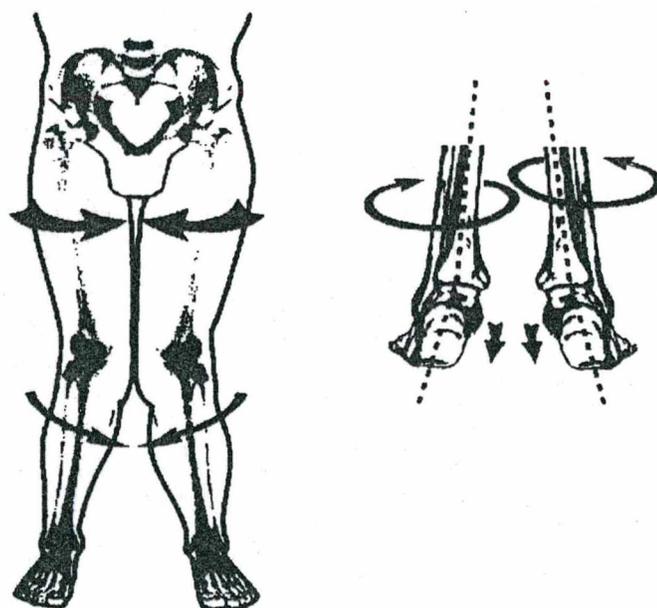


FONTE: BRICOT (1999, p.35).

Os pés varos assimétricos, pela posição desajustada em seu eixo e rotação, provocam assimetria no alinhamento responsável pela acomodação da coluna vertebral. BRICOT (1999) relata que esse desajuste da pelve poderá acontecer para os senescentes, ocasionando bloqueios articulares. Esse tipo de pé traz consigo os desconfortos fêmuro-patelares, algumas “coxartroses” ou mesmo postura escoliótica, na qual haverá rotação em nível das 2 ou 3 últimas vértebras lombares, com o objetivo de restabelecer o alinhamento ou ajuste e a rotação da pelve.

Os pés valgos ou planos denotam uma queda talo-calcânea medial, dando um aspecto de geno valgo. A coluna vertebral efetua a compensação por meio de uma hiperlordose com projeção da vértebra L3 para a frente (abdômen proeminente); conseqüentemente ocorrerá uma compensação por hipercifose dorsal, acompanhada de uma hiperlordose cervical, (Figura 4) proporcionando pressões em todos os segmentos lombares.

FIGURA 4 – CONSEQUÊNCIAS ESTÁTICAS DOS PÉS VALGOS



FONTE: BRICOT (1999, p.41).

BRICOT (1999) considera o pé como traço de união entre o equilíbrio e o solo, instrumento que se adapta à estrutura do chão para, em seguida, fixar-se. Destaca-se, portanto, a ampla visão que se deve ter em relação aos pés.

A temática do presente trabalho enfoca os pés, instrumento importante para a deambulação e que deverá estar em harmonia com toda a estrutura locomotora, diminuindo, assim, os riscos de acidentes causados por quedas. Quando os pés apresentam alguma assimetria, ou deformação de qualquer natureza, essa anomalia, conseqüentemente, reflete-se em todo o conjunto, necessitando de ajuste ou adaptação de todo o seu sistema postural BRICOT (1999).

Os pés adaptam-se sempre que for necessário para rearmar o apoio de toda a estrutura corpórea, visto serem a base de sustentação de todo o corpo.

Segundo BRICOT (1999), há diferentes tipos posturais de pés: o causativo, o adaptativo, o misto e o com duplo componente. O **pé causativo** é o responsável

pelo desajuste ou desequilíbrio postural; ainda que de maneira discreta, interfere na mobilidade ou na sustentação da estrutura corpórea. Na origem desse tipo de pé, encontra-se a de natureza congênita, em que há antecedentes familiares de pés valgus, metatarsos varus, pés cavos ou assimétricos. Outra forma de pé causativo, descrito pelo mesmo autor, é o de natureza adquirida no decorso da vida devido a traumatismos, marcha primária inadequada, calçados desconfortáveis ou inconvenientes e, também, casos de entorses provocando desajustes dos pés, o que, conseqüentemente, implicará seqüelas, lesões e discretas restrições que, também, afetarão os pés, refletindo no seu conjunto postural. BRICOT (1999) discorre que há, também, como outra forma de pé causativo, o de natureza iatrogênica. Na tentativa de corrigir a deformidade, o uso da palmilha deverá ser muito bem avaliado em toda a sua espessura, levando em consideração o espaço entre a palmilha e a planta dos pés, ou seja, fazer com que a planta dos pés entre em contato com o solo, permitindo o desenvolvimento do sistema propioceptivo. As palmilhas mal avaliadas prejudicam, pois destroem a propriocepção fina do pé, acarretando atraso na maturidade do sistema propioceptivo.

Quando se fala dos pés, pode-se dizer que a importância da função do arco medial está em distribuir a pressão do peso corporal sobre ele. Quando não ocorre a pressão adequada, haverá um desequilíbrio iatrogênico dos pés.

Outro tipo, é o **pé adaptativo**, aquele que se comporta como o compensador de um desequilíbrio vindo de cima para baixo, tornando-se, então, uma vítima do problema principal. Essa adaptação é inicialmente reversível e, nesse caso, segundo o autor, ao corrigir-se o que a provocou, contribui-se para harmonizar o sistema postural. Passado determinado período, segundo o referido autor, as deformações adaptativas se consolidam, levando ao pé adaptativo fixo. Diante do pé adaptativo, portanto, a dificuldade estará vinculada à definição sobre se esse pé é reversível ou irreversível; podendo-se afirmar que, quando o problema já está instalado há algum tempo, é maior a probabilidade de tratar-se de um pé fixado. O pé compensador está na categoria de pé adaptativo; é um pé

ativo que trabalha contra o desequilíbrio na tentativa de combatê-lo por meio da sua compensação.

O **pé misto** resulta da associação entre o pé causativo com o adaptativo. Deve ser sempre corrigido em quaisquer condições em que se encontrar, ainda que, na categoria de adaptativo, seja reversível.

Outro tipo, citado pelo autor, é o **pé com duplo componente**. É o mais freqüentemente encontrado. Apresenta-se patológico na sua dinâmica e, quando inerte, ele traz as mais diferentes formas, como valgo ou varo, e quando em movimento mostra a sua característica predominante, a má evolução dos passos. É considerado o pé do homem moderno, tipo muito comum nos dias de hoje, quando o homem, no exercício de trabalhos sedentários, passa grande parte do seu dia sentado, posição que propicia o encurtamento dos músculos. Outras causas desse tipo de pé podem ser de origem adaptativa ou iatrogênica, com os apoios dos arcos plantares posicionados em primeiro lugar. Enfim, o autor assevera que os pés mais raros são os causativos, e os mais freqüentes são os pés mistos ou com duplo componente.

Diante do exposto, pode-se perceber a importância de se aprofundar o conhecimento sobre a podologia — estudo específico dos pés — em busca de subsídios que possam estimular a compreensão e o conhecimento. Se a abordagem se voltasse, de modo específico, para a posturologia associada às atitudes podais, far-se-ia necessário maior pesquisa e compreensão sobre a pelve e, mais especificamente, o quadril; embora seja importante para o equilíbrio corporal, não é objeto de estudo.

2.4 ENFERMAGEM GERONTOGERIÁTRICA E O CUIDADO

A enfermagem geriátrica é um ramo ou especialidade que congrega habilidades e conhecimentos voltados para o cuidado e que evoluiu gradativamente, de uma forma geral, em suas especificidades. Presta grande contribuição para a equipe multiprofissional: além de ser um elo forte e presente entre o paciente, a família e a comunidade, sempre teve como princípio o cuidado direcionado ao indivíduo inserido no seu contexto social. A atuação e a formação do enfermeiro partem de uma realidade concreta em que, continuamente, se colocam problemas e desafios que demandam reflexão e reposicionamento.

A enfermeira, na especialidade gerontogeriatrica, como agente de mudança, tem papel decisivo na educação do indivíduo, da família e da comunidade, para auxiliar na compreensão dos aspectos biopsicossociais e espirituais do processo do envelhecimento e no preparo do idoso para a aceitação desse processo e para a vivência de uma velhice sadia. Ensinar como se dá o processo de envelhecer é essencial e de responsabilidade de todos aqueles envolvidos ou próximos dos que vivenciam essa fase. A consulta de enfermagem, portanto, é um recurso relevante por estabelecer um vínculo expressivo entre o profissional enfermeiro e o cliente e seus familiares.

A forma como a sociedade marginaliza, superprotege, venera ou respeita o idoso determinará a sua adaptação e o assumir da velhice (WALDOW, 1984). A prática mostra que, além de se levar em consideração as atitudes e valores dos idosos, é fundamental que os profissionais da enfermagem reavaliem as suas atitudes e valores, refletindo sobre seu compromisso social em face da velhice, realidade comum a todos.

Um dos papéis da enfermagem é atuar como agente que promove a mudança na percepção sobre a velhice, junto à equipe multidisciplinar e à comunidade, além da participação nos problemas de ordem social, que influem no desenvolvimento biopsicossocial do homem no decorrer do seu curso de vida.

A assistência e o cuidado da enfermagem contribuem para a estimulação e manutenção dos idosos na sua independência e autonomia. Assim, quando se fala de cuidado, além da assistência material, alude-se ao fato de que a abordagem ao cliente deva ser efetuada de forma integral, manifestando paciência, carinho, respeito e dedicação.

CAMPEDELLI (1992) comenta o conhecimento e a disponibilidade relacionados à assistência, afirmando que quanto mais a enfermeira conhecer sobre os seres humanos com quem tem contato profissional e tiver maior disponibilidade para eles, melhor será a qualidade da assistência prestada. A conscientização do enfermeiro e o conhecimento prévio da história do cliente podem evitar a composição de crenças e valores, o que permitirá uma construção compartilhada no âmbito da gerontogeriatría. Enfermagem gerontogeriatrica é um campo de conhecimento recente e em construção, que reflete a preocupação dos enfermeiros com as questões relativas ao envelhecimento. (DUARTE, 1996).

A enfermagem gerontogeriatrica é, para os enfermeiros, um campo em crescente expansão, pois o crescimento da população idosa, no contexto social brasileiro, é real e vem acontecendo progressivamente, sendo, portanto, pertinente o conhecimento e preparo de profissionais de saúde para o atendimento e a compreensão dessa clientela. Muitos enfermeiros estão engajados nesse tipo de trabalhos e aprofundando estudos voltados, especificamente, para essa área, na qual um dos aspectos relevantes a serem considerados é a consulta de enfermagem; outro aspecto relevante é o cuidado e a atenção dispensada aos senescentes.

Na prática da enfermagem, a ação educativa também faz parte do cuidado que promove a melhoria das suas capacidades funcionais e a autonomia. É fundamental estimular o cuidar de si e do outro, em processo de educação contínuo que valorize as novas experiências somadas às experiências anteriores.

Uma das pioneiras do campo de enfermagem gerontogeriatrica foi a enfermeira BURNSIDE (1979), que publicou o livro *Enfermagem e os idosos*, no

qual afirma que as enfermeiras se têm preocupado timidamente com as questões que envolvem a enfermagem geriátrica. O estudo do campo da Geriatria no Brasil é muito recente, sendo reconhecida como especialidade médica, em primeira instância, no ano de 1982, que tem como principal objetivo a longevidade associada às boas condições de saúde. Essa questão ensejou a abertura de outra vertente nos currículos do curso de enfermagem e outras áreas, possibilitando a especialidade nas disciplinas de Geriatria e Gerontologia, e despertou interesse em segmentos da sociedade, em especial na educação, já amparado no Art. 9º, inciso V, do Decreto nº 1948, de 03 de julho de 1996, (Brasil, 1999).

MADER & FORD (1997) ressaltam a importância de que a avaliação do senescente se realize por equipe que inclua outros profissionais de saúde e não somente o médico, uma vez que alguns dos problemas poderão ser solucionados ou pertinentes a áreas específicas, como a da enfermagem, da assistência social e da nutrição, contribuindo para o levantamento de informações, com o objetivo de possibilitar uma avaliação mais ampla: a conduta ética traduz-se em cuidados, orientações e encaminhamentos a outros profissionais, quando a competência de resolução do problema fugir do seu âmbito de ação.

SKEET, citado por CAMPEDELLI (1992), destaca que uma das necessidades mais comuns dos idosos é a assistência, o que implica ouvir os anseios e queixas, identificar necessidades e intervir de forma adequada e positiva. Embora possa parecer que a assistência de enfermagem, em essência, não se diferencie para as pessoas idosas, o conhecimento das características inerentes a essa fase do ciclo vital impõe aos profissionais de enfermagem atenção especial na individualização do cuidado.

CAMPEDELLI et al (1992) ressaltam a importância dos aspectos específicos na execução do exame físico do idoso, levando em consideração as alterações anatomofisiológicas. A avaliação dos sinais vitais constitui um procedimento básico no pronto atendimento; deve ser efetuada cuidadosamente, assim como a observação acurada da modificação da estrutura

corporal do senescente é um dos dados relevantes que cumpre levar em conta, para a sua melhor mobilidade.

CUNHA apud CAMPEDELLI (1992) alerta para a hipotensão ortostática, como uma causa que leva o idoso a sofrer quedas. Peso e altura são dados relevantes na avaliação do exame físico do idosos, visto que, nessa fase, o indivíduo apresenta diminuição da massa muscular, ganho de tecido adiposo e diminuição de sua estatura em 01 a 02 cm devido à atrofia dos discos fibroestáticos nos espaços vertebrais.

Segundo CAMPEDELLI (1992), as observações do exame físico devem ser interpretadas cuidadosamente, devendo o profissional enfermeiro estar tecnicamente instrumentalizado para a sua execução, a fim de detectar com precisão as alterações e prover as condutas pertinentes a cada caso, interagindo efetivamente com o cliente: é de suma importância avaliar o seu grau de dependência e limitação. Todo o cuidado em relação à locomoção e a atenção às dificuldades e limitações são considerações imprescindíveis para a sua autonomia e conforto.

A mesma autora enfatiza a importância de examinar o tronco anterior e posterior, registrando as alterações detectadas. Ao proceder a uma análise com enfoque músculo-esquelético, solicita-se que, se possível e não necessitando de ajuda, fique de pé e caminhe. Observar, então, a posição dos pés, a mobilidade articular, a postura, a envergadura da coluna vertebral e a amplitude dos seus movimentos. Caso isso não aconteça, é impossível avaliar com fidedignidade e sua postura.

A atrofia progressiva e constante dos músculos resulta em debilitações musculares que diminuem a força, a resistência e a agilidade. A perda gradativa de cálcio nos ossos torna-os mais leves e porosos. As articulações tornam-se mais rígidas, devido ao desgaste da superfície cartilaginosa; no entanto os idosos deverão manter um mínimo de atividades físicas, pois a falta delas agravará a sua incapacidade músculo-esquelética.

CAMPEDELLI (1992) salienta que é primordial captar preocupações no decorrer do exame do senescente, com o objetivo de dar oportunidade ao cliente de falar a respeito das suas ansiedades, quer sejam de ordem física, social, econômica, psicológica e/ou espiritual.

GUNTER & MULLER (1977), com base na proposta efetuada pela Comissão de Exercício de Enfermagem Geriátrica, em 1970, Estados Unidos, afirmam que o desejo da enfermagem geriátrica está relacionado às necessidades de enfermagem das pessoas idosas, ao planejamento e implementação dos cuidados de enfermagem para o atendimento dessas necessidades e à avaliação da efetividade de tais cuidados na obtenção e manutenção de um nível consistente de bem-estar, com as limitações importantes causadas pelo processo de envelhecimento."

A enfermagem gerontológica, expressada pela Organização Panamericana de Saúde, é a mesma de GUNTER & MULLER (1977, p. 208), *"um serviço de saúde que incorpora aos conhecimentos específicos de enfermagem aqueles especializados sobre o processo de envelhecimento para estabelecer, no idoso e ao seu redor, as condições que permitam, entre outras, aumentar as condutas saudáveis e minimizar e compensar as perdas de saúde relacionadas com o idoso"*.

A enfermagem gerontológica tem a possibilidade de desenvolver ampla variedade de serviços, desde a comunidade até as instituições de mais complexidade tecnológica. São da sua competência atuações como: educação, cuidado ou assistência direta, assessoria, planejamento e coordenação de serviços, ensino e avaliação das pessoas que executam essas atividades ou daquelas que se preparam para realizá-las. Na assistência de enfermagem, a metodologia, ou a assistência sistematizada, é uma atividade que permite identificar os problemas de maneira individualizada, planejar, executar e avaliar a assistência prestada para cada pessoa (DIOGO, 1996).

Essa estratégia de assistência de enfermagem, que permite identificar os problemas direcionados cada pessoa em particular, deve ser documentada e

contínua, incentivando a participação do idoso e da família, com o objetivo de que ambos estejam engajados no cuidado e participação do processo de adaptação às novas condições em que o idoso se encontra, para que ele possa sentir-se responsável pela gerência da própria vida (DIOGO, 1996).

As inovações nas áreas do cuidar em gerontologia enfatizam a promoção à saúde, que deve ser vista com atenção para contraporem-se à idéia de se trabalhar com a doença. Incluem no cuidar a redução de fatores de riscos previsíveis e salientam a importância de harmonizar as dimensões de recuperação, restauração, reabilitação como estratégias inovadoras, em busca de respostas apropriadas e específicas para cada idoso que está recebendo cuidados (ALVAREZ; GONÇALVES & STEVENSON, 1992).

Destaca-se a área de restauração que consiste em promover a substituição de algo que não está bem por algo bom. Esse é o objetivo primordial da enfermagem gerontológica, assim como a reabilitação que se preocupa com o pós-queda e o pós-fratura, condições estas que comprometem a integridade do idoso, limitando-o a determinado espaço que, conseqüentemente, o manterá segregado do convívio social. Essas mesmas condições estão fortemente associadas às grandes síndromes como as quedas; alguns autores relatam a grande possibilidade de estas causarem óbito; por isso o processo de reabilitação deve ser cuidadosamente pensado.

O cuidado contínuo da pessoa idosa é outra especialidade da enfermagem geriátrica e gerontológica, por ser significativo no processo de viver diário. Considerando o prolongamento da vida, há uma evidência estatística que carrega consigo encargos adicionais em face da instalação de possíveis deficiências físicas/funcionais, fragilidade progressiva e sobreposição de doenças crônico-degenerativas.

O profissional enfermeiro atuante na área geriátrica e gerontológica, diante das diversas situações em que se encontra ao atender o idoso nos poucos mas variados serviços de saúde, necessita buscar, entre a desenvoltura e a

criatividade, soluções realísticas e imediatas que assegurem a continuidade dos seus cuidados.

Na enfermagem, considera-se CIANCIARULLO (1983), uma expressão na assistência de enfermagem, acompanhando constantemente as evoluções e o desenvolvimento em todos os segmentos da área, destacando o processo do "cuidar".

Nas suas publicações, sempre deixa transparente a valorização do trabalho em equipe e o incentivo aos profissionais enfermeiros nas diversas atribuições que competem a ele.

CIANCIARULLO et. al (1983, p.27), juntamente com a equipe de enfermagem do Hospital Universitário, referia-se a alguns pontos importantes, dos quais serão citados: *"a essência da assistência de enfermagem fundamenta-se na promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio da utilização de todos os nossos recursos técnico-científicos, incluindo o sistema operacional da assistência e das nossas habilidades instrumentais e expressivas, direcionadas para o cuidado"*.

Compreende-se que essa citação, embora datada de 1983, tem na sua essência a atualidade pertinente à assistência de enfermagem e ao desenvolvimento que permeia esse processo, assim como a capacidade do cliente, paciente, família e comunidade de tomar as suas próprias decisões, quando dotadas de força, vontade e conhecimentos, responsáveis por esta autodeterminação na sua dignidade.

Diante do exposto, compreende-se a visão e o esforço da equipe em instrumentalizar o cliente e aos seus familiares para a sua plena autonomia.

Para WALDOW (1998), o cuidado humano é uma atitude ética em que os homens percebem e reconhecem os direitos uns dos outros.

NODDINGS (apud WALDOW, 1998) diferencia o cuidado natural do cuidado ético. O natural ocorre como ato instintivo, um impulso no sentido de ajudar a outra pessoa. O cuidado ético, segundo a mesma autora, é aquele em

que a ação é realizada no sentido de fazer o que é moralmente correto, o que poderia sugerir uma situação forçada no sentido instintivo. Outro ponto importante a se destacar é o que ocorre nas relações interpessoais, em que o cuidador desempenha o seu trabalho de forma correta e eficiente, mas apenas tecnicamente. Realiza procedimentos num corpo qualquer, caracterizando-se pela relação pessoa-objeto.

O cuidar sempre esteve presente na história humana, até na sua forma de se relacionar e de viver. O processo de cuidar envolve crescimento e ocorre independentemente de cura. É um ato intencional e os seus objetivos são diversos.

Sendo o cuidar entendido como ato de interação interpessoal, como característica humana ou, mesmo, como intervenção terapêutica, elementos como respeito, consideração e afeto devem estar sempre presentes.

Na nossa cultura, pessoas de origem humilde freqüentemente agradecem o cuidado recebido, como se estivessem obtendo um favor ao invés de um direito. O cuidado não tem tempo nem espaço: tem início antes da interação de cuidado, propriamente dito, entre cuidador e ser cuidado e prolonga-se após esse período, produzindo efeitos e propiciando mudanças que poderão contribuir para que a interação se concretize com a presença de ambos.

O cuidador ao cuidar, no seu verdadeiro sentido, relaciona-se com outro ser, expressando o seu conhecimento e sensibilidade, demonstrando habilidade técnica e espiritualidade, elevando a auto-estima do cliente e ajudando-o a crescer. Pode-se dizer que a ética está sempre associada à presença, que é um dos pontos fortes do cuidado humano.

A questão do cuidar/cuidado inclui o fator cultural, uma vez que as pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar e a forma como os expressam está ligada a padrões em que vivem.

Para WALDOW (1998) cuidar é um compromisso com o estar no mundo e contribuir com o bem estar geral, na presença da natureza, da dignidade humana

e da espiritualidade. É contribuir na construção da história, do conhecimento e da vida. O autor salienta que o cuidado humano, pelas suas características, é considerado a própria ética da enfermagem.

Na concepção de GONÇALVES et al (1998), o cuidado é um momento em que há criação na arte da enfermagem. É a manifestação do 'ser pessoa' enquanto cuida; portanto conhecer e possibilitar as próprias capacidades é condição *sine qua non* para tornar-se um cuidador autêntico. As pessoas idosas devem ter acesso à utilização dos níveis apropriados de cuidados, que lhes forneçam não só proteção, mas igualmente promoção e estimulação social e mental, num ambiente seguro.

Considera-se, dessa forma, que o cuidado deve estar vinculado à atenção e à proteção, representadas por comportamentos, atividades com conhecimentos e habilidades que conduzam à compreensão do outro e à reflexão sobre a qualidade da condição humana.

CAPÍTULO III

OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

Este capítulo apresenta a abordagem do método, a caracterização do local, da população e a amostra selecionada para a realização deste estudo; o instrumento de coleta de dados e a sua validação; a coleta de dados e o processamento das informações.

3.1 TIPO DE ESTUDO

O enfoque metodológico adotado para a realização do presente trabalho é do tipo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Segundo TRIVIÑOS (1987), é possível aprofundar os estudos através de uma realidade e, em seguida, programar uma ação descritiva, dessa realidade. O tipo exploratório-descritivo contribui para mostrar a realidade por meio dos dados coletados. A realização desse tipo de trabalho busca proporcionar uma visão geral e, a partir da descrição de situações existentes, identificar problemas e justificar condições para futuros planos e decisões. Abrange, também, aspectos qualitativos na descrição de especificidades de situações, a partir das percepções, problemas e opiniões dos entrevistados.

3.2 LOCAL, POPULAÇÃO E AMOSTRA

O estudo foi desenvolvido em uma instituição da Prefeitura Municipal de Cascavel, no bairro Interlagos. Trata-se de um condomínio composto de um conjunto de casas, denominado blocos, segundo documento da COHAVEL – Companhia de Habitação de Cascavel – responsável pela construção desta instituição. Cada bloco tem o seu número como forma de identificação. Estes blocos localizam-se em três ruas, distribuídos assim: em uma rua há um único bloco, o de número 01, na rua central há os blocos de número 02, 03, 04, 05 e na rua acima os de número 06 e 07. Cada bloco é constituído de 08 casas e pode abrigar até 02 moradores.

A administração da Instituição, referida no presente trabalho, encontra-se centralizada na Prefeitura, distante, portanto, do local onde estão abrigados.



Foto nº 7.

O Condomínio conta com serviço de assistência à saúde, prestado por um profissional médico e uma enfermeira, que realizam visitas a cada dois ou três meses, uma assistente social que atende diariamente e uma síndica, que atua no condomínio e atende problemas relacionados às questões que envolvem pensão,

pagamento de contas e, freqüentemente, a problemas gerais relacionados à saúde dos idosos, como medicamentos solicitados por meio de receitas e verificação da pressão arterial.

Atualmente residem 64 idosos que vivem com recursos próprios, advindos de aposentadoria e com alguns auxílios provenientes da Prefeitura. Dentre estes, 21 não participaram da pesquisa, sendo os motivos: 01 óbito, 06 se recusaram efetivamente e os outros 14 sempre verbalizaram *"hoje não, amanhã, pois tenho compromisso"*, e saíam.

A população alvo desta pesquisa foi constituída por 43 respondentes que aceitaram participar voluntariamente do estudo, representando uma porcentagem expressiva dos moradores do Condomínio. Além da aceitação, optou-se – como critérios para inclusão na pesquisa – por pessoas de ambos os sexos, com mais de 60 anos (conforme preconização da Organização Mundial da Saúde), que fossem capazes de prestar as informações necessárias ao estudo.

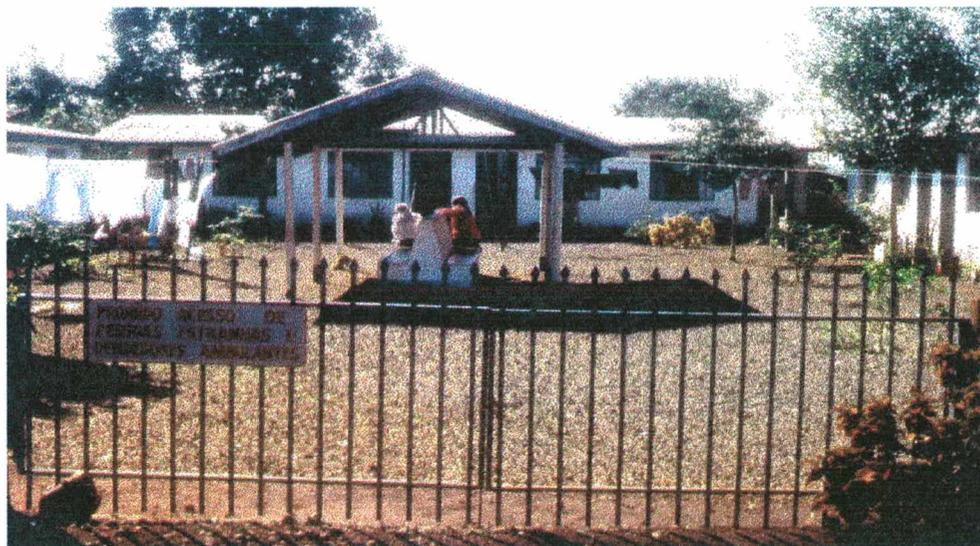


Foto nº 8.

Dos 43 idosos entrevistados, somente 4 encontram-se com seu estado funcional comprometido. Os demais são idosos saudáveis e podem locomover-se

livremente. Não se trata de um asilo, nem de casa de repouso ou casa geriátrica, para a morada de idosos com baixa renda, que pagam somente despesas de água, luz e alimentação, ficando isentos de aluguel.



Foto nº 9.

Essa clientela é um alerta para a necessidade de se contar com outros profissionais, atuantes nos serviços de saúde, que sejam eficazes, respeitosos e éticos no atendimento das necessidades apresentadas.

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS E SUA VALIDAÇÃO

Ao centrar a preocupação no cuidado com os pés, é preciso ter clareza de que se faz necessário considerar o idoso como um todo, abordando os aspectos físicos, psicológicos, socioculturais e econômicos. Nenhuma das partes do ser humano pode ser compreendida isoladamente, pois qualquer manifestação reflete e é o reflexo do indivíduo na sua totalidade e da sua relação com o contexto sócio-cultural.

No estudo proposto, decidiu-se trabalhar com dados obtidos por meio de entrevista com roteiro semi-estruturado, que atendesse os principais pontos da pesquisa e tivesse flexibilidade suficiente para que o respondente pudesse sentir-se à vontade e acrescentar outros aspectos e que a inspeção dos pés servisse de base para a avaliação das condições de saúde e limitações físicas (Anexo 3). O instrumento compõe-se de seis partes.

I - Dados Pessoais: idade, sexo, estado civil, religião, instrução, renda, ocupação e procedência.

II - Situação de vida e hábitos: compreende questões referentes à vida do idoso no Condomínio e hábitos socialmente adquiridos.

III - Condições de saúde e limitações físicas: consta de perguntas fechadas e abertas para obtenção de opiniões e percepções do respondente sobre seu estado de saúde, restrições e limitações físicas.

IV - Dados relacionados aos cuidados com os pés: envolve questões relacionadas a hábitos de higiene, dificuldades e cuidados com os pés

V - Dados referentes à marcha, equilíbrio e calçado: envolvendo o uso e tipo de material dos calçados.

VI - Exames físicos, abrangendo breve avaliação geral; inspeção dos pés e observação da marcha.

A validação do instrumento empregado neste estudo foi determinada em duas etapas: primeiramente pela técnica de análise por avaliadores, sendo dois especialistas em geriatria e um epidemiologista; uma vez validado pelo consenso deles, o instrumento foi testado com dois idosos, para verificação do entendimento, clareza e as dificuldades em responder às questões.

Atendendo às sugestões dos avaliadores e ao resultado do estudo piloto, foram feitas algumas reformulações quanto à seqüência do conteúdo e forma de apresentação.

3.4 COLETA DE DADOS

Para aplicação do instrumento, solicitou-se autorização à Secretaria Municipal da Ação Social de Cascavel. Em seguida, foi marcada uma reunião com os moradores da referida instituição, quando foram informados sobre o objetivo da pesquisa e a importância da sua contribuição para a realização dela.

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de março a 07 de abril de 2000, com a devida concordância do respondente em participar da pesquisa. O documento de CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (Anexo 1), foi apresentado a cada um dos idosos, sendo que estes foram informados sobre a necessidade de apor sua assinatura nele para que a autorização para a pesquisa fosse válida. Foi-lhes, ainda, esclarecido que as informações obtidas nas entrevistas seriam mantidas em sigilo e anonimato, respeitando-se os hábitos, as crenças e formas de expressarem os seus problemas e preocupações.

Durante o processo para o início desta pesquisa ocorreu um fato interessante que traduzia o receio e a insegurança da clientela; ao se depararem com o documento citado acima, a falta de compreensão sobre a importância de estabelecer-se um compromisso de modo formalizado e respeitoso proporcionou constrangimento a alguns, que perguntaram se havia algum custo, outros

sentiram-se inseguros, temendo alguma perda ou prejuízo. Muitos não sabiam ler e escrever e, nesse caso, convidou-se um vizinho, parente ou amigo próximo para a leitura do documento. Realmente é preciso flexibilidade e paciência por parte do pesquisador para a compreensão do respondente, esclarecendo adequadamente sobre o documento a ser assinado.

3.5 PROCESSAMENTO DAS INFORMAÇÕES E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para caracterizar a amostra e sintetizar os dados, a análise foi realizada em partes, com o objetivo de obter o máximo de informações. Para os dados de caracterização foi utilizado o procedimento exploratório-descritivo, em termos de frequência absolutas e percentuais, complementadas com descrições das questões abertas. Os resultados obtidos foram apresentados sob forma de tabelas, quadros e gráficos e discutidos segundo as articulações possíveis.

Para a elaboração das tabelas e gráficos, adotou-se as orientações das Normas para Apresentação Tabular e Gráfica (PARANÁ, 1983).

CAPÍTULO IV

APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo apresenta os dados coletados sob forma de tabelas, quadros e gráficos, análise e discussão dos resultados. Para sistematizar o desenvolvimento do estudo, inicialmente são descritos os dados de caracterização dos integrantes do estudo; em seguida, a análise das condições do idoso no condomínio : a saúde, as limitações físicas, aspectos relacionados aos cuidados com os pés, condições da marcha, equilíbrio e uso de calçados.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS INTEGRANTES DO ESTUDO

Para a caracterização dos idosos que participaram do estudo, foram trabalhadas as seguintes variáveis: idade, sexo, estado civil, grau de instrução e renda, que constam do instrumento de coleta de dados.

TABELA 1 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS POR FAIXA ETÁRIA, SEGUNDO O SEXO. CASCAVEL, 2000

IDADE	SEXO				TOTAL	
	Feminino		Masculino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
60 – 64 anos	09	20,9	02	4,7	11	25,6
65 – 69 anos	07	16,2	02	4,7	09	20,9
Acima de 70 anos	12	27,9	11	25,6	23	53,5
TOTAL	28	65,0	15	35,0	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Na Tabela 1, verifica-se que, a maioria 23 (53,5%) possui idade acima de 70 anos. Dentre os 43 entrevistados, 28 (65,0%) são do sexo feminino e 15 (35,0%) do sexo masculino. Observa-se ainda que, 25,6% dos homens apresentam faixa etária acima de 70 anos de idade, enquanto as mulheres distribuem-se nas diversas faixas de idade de forma relativamente homogênea, com ligeira predominância superior a 70 anos.

Em relação à religião, a grande maioria é evangélica, nos seus diversos segmentos, e um número reduzido é católico.

No que se refere ao grau de escolaridade: 46,6% não tiveram acesso à escola, conseqüentemente, sem nenhuma instrução; 48,8% relataram possuir da 1ª à 4ª série; e, somente 4,6% cursaram da 5ª a 8ª série.

Para suprir as suas necessidades, dos 43 participantes desta pesquisa recebem como renda: 37 (86,0%) um salário mínimo³; 4 (9,3%) nenhum valor e 2 (4,7%) em torno de R\$ 60,00. Estes valores revelam a situação de precariedade

³ Salário Mínimo vigente no período de coleta de dados = R\$ 136,00

dos idosos que buscam no Condomínio da Terceira Idade, segurança e melhores condições de vida. Para complementar a sua renda, minimizando assim as dificuldades financeiras, muitos trabalham em Centros Comunitários, desenvolvendo atividades manuais como, vassouras, estopas, horta, bordados, costura.

TABELA 2 – OCUPAÇÃO ANTERIOR DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, SEGUNDO O SEXO. CASCAVEL, 2000

OCUPAÇÃO ANTERIOR	SEXO					
	Feminino		Masculino		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Serviços Gerais*	-	-	08	18,6	08	18,6
Motorista	-	-	01	2,3	01	2,3
Doméstica*	12	27,9	-	-	02	27,9
Costureira	04	9,3	-	-	04	9,3
Lavrador(a)	12	27,9	06	14,0	18	41,9
TOTAL	28	65,1	15	34,9	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

* Serviços gerais = atividades de carpinteiro, pedreiro, jardineiro, trabalhadores em fábrica, encanador, vendedor ambulante.

* Doméstica = atividades de cozinheira e diarista.

Com a finalidade de relacionar alguns aspectos das condições de saúde e limitações físicas atuais com a ocupação anterior articulou-se a ocupação dos homens e mulheres e constatou-se que do total 41,9% foram lavradores ou trabalhadores rurais. Quanto às mulheres, 27,9% exerceram diferentes atividades agrícolas; 27,9% trabalharam como doméstica e diaristas. Os homens, 18,6% trabalharam em atividades de serviços gerais como carpinteiro, pedreiro, jardineiro, encanador e vendedor ambulante e 14,0% também atuaram na agricultura. Esses resultados mostram que a grande maioria sofreu grande desgaste físico em ocupações que demandam esforço, exposição a riscos naturais e ocupacionais.

As profissões exercidas pelos entrevistados, quando se encontravam na faixa etária economicamente ativa, eram desprovidos de apoio da seguridade social, com sérias repercussões em sua situação de vida atual.

Observa-se ainda que as atividades exercidas pelos idosos, quando adultos jovens, traduzem os problemas instalados e diferenciados entre os sexos masculino e feminino. Em geral, os homens exerceram atividades que exigiram esforço, segundo a ocupação relatada. Cabe ressaltar que as ocupações de doméstica, trabalhador rural e serviços gerais, comprometem efetivamente o aparelho locomotor e conseqüentemente acarretando problemas osteoarticulares.

TABELA 3 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO LOCAL DE ORIGEM POR ZONA DE PROCEDÊNCIA. CASCAVEL, 2000

LOCAL DE ORIGEM	ZONAS DE PROCEDÊNCIA				TOTAL	
	Rural		Urbana		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Outros Municípios do Paraná	12	27,9	03	6,9	15	34,8
Outros Estados	21	48,8	07	16,2	28	65,1
TOTAL	33	76,7	10	23,1	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Dos 43 (100%) entrevistados, 28 (65,1%) são advindos de outros Estados e 15 (34,8%) provenientes de outros Municípios do Estado do Paraná. Quanto à zona de procedência 33 (76,7%) são da área rural e 10 (23,1%) da área urbana.

Sobre a distribuição do local de origem por procedência, observa-se ainda que as influências no comportamento e atitudes envolvendo hábitos e costumes diferentes advindos de outra realidade, podem interferir, congregando ou modificando uns aos outros, compactuando com as afirmações de HELMAN (1990), conforme citado anteriormente neste trabalho.

Estes dados refletem e reproduzem o processo de migração rural-urbano em busca de outras condições de vida e inserção social.

TABELA 4 – RELAÇÃO ENTRE PESO/ALTURA E CONDIÇÕES DOS PÉS.
CASCAVEL, 2000

RELAÇÃO PESO/ALTURA*	CONDIÇÃO DOS PÉS				TOTAL	
	Com Deformidades Anatômicas		Sem Deformidades Anatômicas			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Acima do peso ideal	21	48,8	03	7,0	24	55,8
Dentro do peso ideal	06	13,9	01	2,4	07	16,3
Abaixo do peso ideal	11	25,6	01	2,3	12	27,9
TOTAL	38	88,3	05	11,7	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

A relação peso/altura foi calculada, conforme Tabela adaptada por Blackburn e col., (1977) (Anexo 4)

Analisando a Tabela 4, observa-se que dos 43 entrevistados, 38 (88,3%) apresentam deformidades anatômicas dos pés. Dentre estes 21 (48,8%) encontram-se acima do seu peso ideal. Este dado deve ser levado em consideração, quando se pretende desenvolver atividades nas quais o fator peso possa interferir na mecânica corporal.

O idoso com alteração na sua composição corpórea faz com que haja maior probabilidade de redução de peso após os 60 anos de idade. O acúmulo de adiposidade interfere na manutenção ou alteração do peso. No processo de envelhecimento, grande parte dos órgãos apresentam diminuição em seu peso, devido à queda da massa celular; no entanto, devido ao sedentarismo, pode haver aumento da adiposidade mesmo quando se ingere a mesma quantidade de alimentos, pois não há atividades para perda de calorías. O tecido adiposo sofre aumento significativo para o idoso, sendo mais evidenciado na região abdominal, projetando a região lombar para a frente (JACOB, FILHO & SOUZA, (1998).

Segundo BRICOT (1999) a estrutura sofre alteração em cada década, após os 40 anos de idade, onde ela se encontra praticamente estabilizada. Isto ocorre por modificação da coluna vertebral, ou seja, há uma redução dos discos intervertebrais, compressão das vértebras e o aparecimento da cifose dorsal. Os membros inferiores apresentam-se discretamente ou acentuadamente arcados. Dependendo da patologia instalada, encontra-se o arco plantar com achatamento. A medida de estatura mais fidedigna para o indivíduo idoso é a tomada da sua envergadura.

4.2 SITUAÇÃO DO IDOSO E CONDIÇÕES NO CONDOMÍNIO

Neste tópico constam as variáveis: tempo de moradia, motivos que os levaram a residir no condomínio, preocupações, laços familiares e cuidadores; e condições do condomínio, local de habitação dos idosos.

TABELA 5 – MOTIVOS QUE LEVARAM OS IDOSOS A RESIDIR NO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, SEGUNDO TEMPO DE MORADIA. CASCAVEL, 2000

MOTIVO	TEMPO DE RESIDÊNCIA						TOTAL	
	< de 1 ano		1 a 3 anos		4 a 6 anos		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Dificuldade financeira	8	18,6	5	11,6	14	32,5	27	63,7
Enfermidade	2	4,7	2	4,7	5	11,6	9	21,0
Pensou ser melhor residir neste local	-	-	-	-	3	7,0	3	7,0
Dificuldade de relacionamento	1	2,3	1	2,3	2	4,7	4	9,3
TOTAL	11	25,6	8	18,6	24	55,8	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Conforme Tabela 5, verifica-se que a maioria 24 (55,8%) encontram-se no Condomínio no período compreendido de 4 à 6 anos, seguido daqueles que se encontram há menos de 1 ano.

Quanto aos motivos que os levaram a residir no Condomínio constatou-se que a grande maioria 27 (63,8%) relatou a dificuldade financeira como fator primordial; seguido de 9 (21,0%) por problemas de enfermidades. Os problemas de saúde que os acometem acentuam-se com o processo natural do envelhecimento.

O relato dos idosos traduz o seu sofrimento, angústia, desamparo e o processo de segregação e precariedade a que são submetidos.

... "porque eu não tinha casa, não tinha terra, não tinha nada, me vi obrigado! Mesmo que aqui seja o lugar dos velhos."

... "não tinha casa minha e o dinheiro não chega para pagar tudo o que é coisa. O dinheiro não dá pra nada quase, além de comer alguma coisa."

... "pobreza, o filho doente e eu também."

... "aluguel era muito difícil de pagar."

... "estava na rua, não tinha onde morar."

... "motivos de desentendimentos familiares, falta de emprego, por idade avançada e dificuldade financeira."

... "questões econômicas, último recurso, diz ser bom devido aos vizinhos."

... "não podia pagar o aluguel."

... "minha filha foi embora, fiquei sozinha com a mãe, e ela tem bastante idade."

... "não tenho condição de pagar o aluguel."

... "meu cunhado arrumou para mim, não posso trabalhar e tenho que cuidar da esposa."

... "ganhei aqui. Saí da minha casa porque me disseram que aqui era melhor."

... "por cabeça ruim do marido, não gosto de morar aqui, a gente de idade gosta de liberdade, aqui não tem."

... "não me dava com o meu filho e precisava de um lugar para morar, mas faço serviço na casa dele."

... "era melhor aqui."

... "ganhei a casa para morar o resto de minha vida do Prefeito."

... "as minhas netas eram ruins, não me obedeciam; eu queria fazer as coisas e não deixavam; não me deixam comer o que eu queria e não tinha onde ficar."

... "fui despejado pelo neto que precisou do lote onde tinha casa de madeira."

... "é mais sossegado não tenho mais paciência para cuidar dos netos."

... "não que eu goste, aqui não se vive, o povo é difícil, eu não pago aluguel."

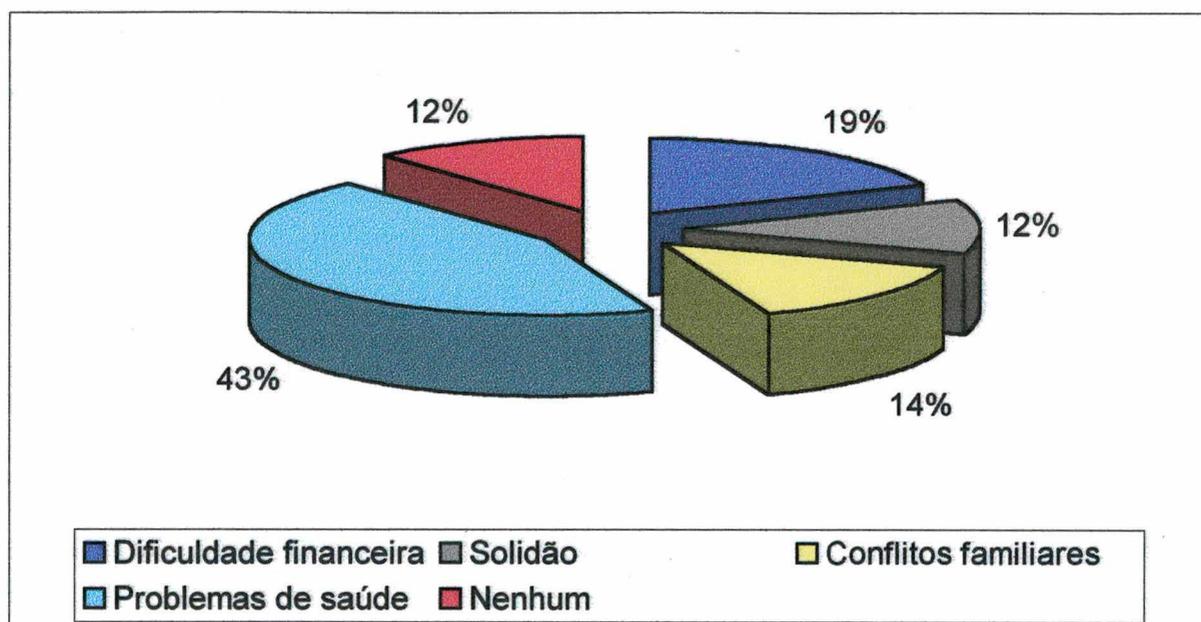
... "falta de recursos, se eu tivesse estudos seria diferente."

... "me separei do meu marido e precisava de um lugar para cuidar de mim e de minha mãe, ela tem muita idade."

Grande parte queixa-se das dificuldades de relacionamento familiar. Além disso, o fator financeiro, os problemas de moradia, a dificuldade de manter o seu sustento e a falta de companhia ou alguém que cuidasse deles, os levaram a buscar abrigo no final das suas vidas. A solidão foi uma queixa comum entre os idosos, sentem falta de amigos que os visitem.

Há aqueles que não possuem familiares e sentem-se sós. Alguns dos idosos da instituição, onde se realizou este estudo, reclamaram da instabilidade financeira, motivo que os levou à condição de institucionalizados.

GRÁFICO 1 – PRINCIPAL PREOCUPAÇÃO DOS IDOSOS RESIDENTES NO CONDOMÍNIO NO MOMENTO DA ENTREVISTA. CASCAVEL, 2000



O Gráfico 1 apresenta uma síntese das principais preocupações dos idosos por ocasião da entrevista. Os problemas com a saúde constituem-se na principal preocupação para 43% respondentes, seguida do fator financeiro e outras causas relacionadas a aspectos afetivos, psicológicos e familiares, como se pode constatar nos seus relatos.

... "quando recebo e não posso pagar minhas contas."

... "preciso ter uma pessoa para quando eu ficar doente."

... "não quero que falte nada em casa ou para a esposa e quero que meus filhos estejam bem."

... "meu estômago dói, não posso passar nervoso, tenho úlcera nervosa."

... "não tenho preocupação."

... "briguei com meu marido, mas ele precisa de ajuda, do meu dinheiro para suas necessidades."

...*"preocupação com meus filhos e com meu marido. E essa doença minha – derrame e perna bamba - o que é que vai fazer, só se sarar."*

...*"a saúde, faz anos que não estou bom da saúde, operei as hemorróidas e estou ruim."*

...*"os pés, os chinelos saem do pé, eu não vejo os dedos são amortecidos!*

...*"esse filho com problema de rim, paralisado e sem enxergar."*

...*"é com ela! Quero bem a ela! Depois que deu derrame nela, a gente fica nervoso, e também as minhas juntas e meus joelhos."*

...*"não posso me incomodar, pressão é alta."*

...*"se eu fico doente, não tenho ninguém, tenho que pegar alguma filha e elas não podem."*

...*"que meus filhos consigam viver folgadoamente ajudados por Deus."*

...*"quando a mãe está nervosa e irada, fico preocupada."*

...*"viver sozinha."*

...*"ficar doente."*

...*"conseguir aposentadoria."*

...*"pouco dinheiro e tenho medo de perder a casa."*

...*"o problema é dinheiro, que queria trabalhar; não tenho medo de morrer..."*

...*"preocupo-me com meus filhos bastante, por causa do serviço que é difícil."*

...*"estar longe de parentes, e preciso atender os meus interesses, é pouco, mas é meu."*

...*"porque eu não ando muito boa, tenho tontura e sinusite."*

...*"tenho medo de ladrão, sou sozinha."*

...*"meus calos doem, e meu pinto é pequeno."*

...*"são os meus filhos, um dos netos é deficiente e vai na APAE, eu sofro muito, a criança não entende as coisas."*

...*"me preocupo com meus filhos, todos bebem."*

...*"tenho medo da minha esposa adoecer. Ela é quem cuida de mim."*

...”estou longe da minha família, tenho saudades.”

...”se preocupar muito não adianta, é só para esquentar a idéia. Serviço de casa tem bastante, prefiro não pensar.”

...”eu me preocupo porque eu não posso caminhar, não posso fazer o serviço.”

A grande preocupação dos idosos com a saúde possivelmente está associada à sua maior predisposição a infecções, devido à involução dos mecanismos de defesa e processos degenerativos que progridem com o avançar da idade. Outras preocupações relacionam-se ao afastamento da família, com a situação dos filhos e com o seu próprio futuro.

TABELA 6 – DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO O MODO DE VIDA NO CONDOMÍNIO E SEU PRINCIPAL CUIDADOR. CASCAVEL, 2000

CUIDADOR	MODE DE VIDA						TOTAL	
	Companheiro(a)		Sozinho(a)		Parente		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Próprio(a)	04	9,3	09	20,9	01	2,3	14	32,5
Parente	01	2,3	04	9,2	02	4,7	07	16,3
Companheiro(a)	20	46,5	-	-	-	-	20	46,5
Vizinho(a)	-	-	01	2,3	01	2,3	02	4,7
TOTAL	25	58,1	14	32,5	04	9,3	43	100,0

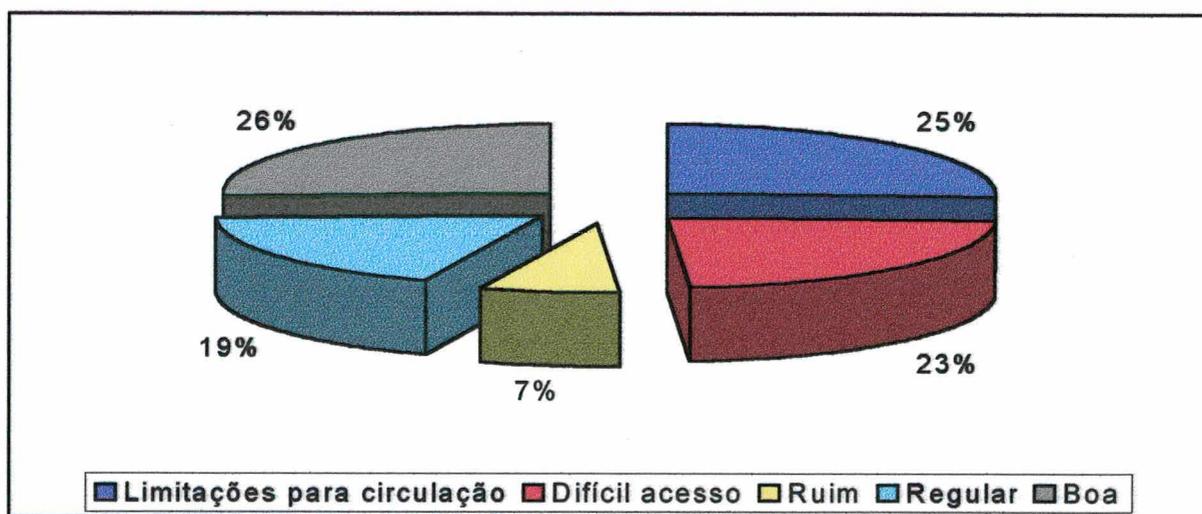
FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

A Tabela 6 mostra quem é o cuidador do idoso institucionalizado. Observa-se que mesmo com maior porcentagem concentrada no “companheiro”, há os que, mesmo residindo com o companheiro, são cuidados por outra pessoa: parente, vizinho ou até ele próprio.

Analisando-se comparativamente quem é o cuidador e com quem reside, constata-se que para 21 (48,8%) idosos o cuidador é o companheiro ou parente com quem mora.

No entanto, 32,5% dos idosos do condomínio cuidam de si próprios. Dentre estes, 20,9% moram sozinhos. O modo de vida no condomínio e a situação de saúde dos idosos constituem elementos fundamentais para o estabelecimento de prioridades e definição de estratégias de cuidado e acompanhamento da situação de vida.

GRÁFICO 2 – CONDIÇÕES DO LOCAL DE HABITAÇÃO DOS IDOSOS SEGUNDO SUAS PERCEPÇÕES. CASCAVEL, 2000



No Gráfico 2 procurou-se questionar os idosos a respeito das condições da habitação (Condomínio), no ambiente onde residem. Percebe-se que 24 (55,8%) entrevistados apresentaram queixas em relação ao local de habitação, como limitações para circulação, dificuldades de acesso, condições de risco, entre outras, como os relatos apresentados a seguir.

...*"as pedras não deixam fazer barro em frente da casa! Eu nem sei como está a rua! Nem posso sair! Mas depois do derrame fico mais na cadeira de rodas, vim pra cá e não saí mais."*

...*"acho bom as pedrinhas, para segurar as poeiras. Acho que está tudo bom."*

...*"uso cera em casa de 15 em 15 dias. O pátio do condomínio não me incomoda, eu sou muito sadia. A rua não é ruim. Eu não tenho dificuldade nenhuma. A rua tem buracos. É ruim para as pessoas, para mim não. Se arruma, melhor."*

...*"as pedrinhas é um pouco bom, um pouco ruim. No verão vem aquele vapor, na rua é perigoso, tem pedreira e buraco."*

...*"o piso é liso, não encero; a rua é ruim, tem buracos."*

...*"é seguro se tiver adaptação à moradia. A rua é muito ruim."*

...*"as pedrinhas atrapalham, para pegar o ônibus é tudo longe, muito buraco na rua."*

...*"as ruas não facilitam para caminhar. Os cascalhos em frente à casa dificultam o caminhar. O piso de casa é escorregadio e frio."*

...*"piso é escorregadio, a rua tem muito buraco, o ônibus é longe, é muito perigoso."*

...*"eu gosto muito da minha casinha, o chão a noite é muito ruim; quando chove a água não escorre e fica com buracão, essas pedrinhas ao redor da casa são frias no inverno e muito quentes no verão."*

...*"eu me cuido, as pedrinhas são perigosas, porque uma resvalada cai, depende do calçado; na rua para mim é um problema; tenho medo de levar um tombo; quase não saio a pé por aí; não me adapto; cheio de buraco não tem chão parelho."*

...*"o piso é perigoso cair e escorregar, quando molhado, as pedrinhas atrapalham para andar, mas precisa-se delas por causa da poeira; a rua é péssima para caminhar, a lotação não vem, o ponto é longe; quando chove, é perigoso."*

... "tem muita gente que fala que não pode ser assim o banheiro, a gente se vira; no calor as pedrinhas esquentam. Lá na rua, piorou. Prometeram o asfalto para passar o ônibus porque é longe, mas nada. É perigoso andar, se não tem firmeza machuca."

... "é bom, mas a casa é pequena; gostaria de mais espaço para algumas coisas que gostaria de fazer: plantar, colocar uma rede."

... "tá tudo bom, é só andar calçado."

... "a gente que manca é perigoso cair."

GUIMARÃES (1989), relata algumas alterações atribuídas ao envelhecimento que predispõem a quedas e conseqüentemente levarão os idosos a tropeçarem em objetos esquecidos. O controle neuromuscular deficiente causará dificuldade à recuperação do equilíbrio; dificulta o desvio de obstáculos; provoca anormalidades da marcha, alteração do peso, instabilidade postural, modificação nos pés e mudança na marcha.

Ainda em relação às condições de habitação dos entrevistados, o item de maior expressão é a limitação para circulação. De modo geral, a localização e o acesso para o centro da cidade são ruins devido à subida do local em que moram até o ponto de ônibus, danificados por buracos, com pedras dificultando o caminhar. Ao redor das casas há o pátio com a presença de pedras, que atrapalham andar ou tornam-se escorregadias, dependendo das condições climáticas. Estas queixas são gerais. Alguns, talvez aqueles mais atentos, observam e percebem o perigo do próprio piso da moradia em que residem, pois o chão é muito liso e frio. O banheiro não tem dispositivos de segurança para os idosos, exceto em uma das residências (conforme fotografia). A pavimentação seria pertinente neste momento, como fator de segurança para deambulação.

4.3 SITUAÇÃO DE SAÚDE, LIMITAÇÕES FÍSICAS E CUIDADO COM OS PÉS

Esta etapa envolve questões relativas aos hábitos socialmente adquiridos, história de doenças, modificações, deformidades e cuidados com os pés.



Foto nº 10

Tendo em vista que os hábitos, socialmente adquiridos, são prejudiciais à saúde, podem agravar e/ou acelerar processos patológicos e degenerativos.

TABELA 7 – HÁBITOS SOCIALMENTE ADQUIRIDOS PELOS IDOSOS SEGUNDO O SEXO. CASCAVEL, 2000

HÁBITOS	SEXO							
	Feminino				Masculino			
	SIM		NÃO		SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tabagismo	08	18,6	19	44,1	06	13,9	10	23,2
Alcoolismo	01	2,3	26	60,4	02	4,6	14	32,5
Sedentarismo	18	41,8	09	20,9	14	32,5	02	4,6

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

A tabela 7 mostra que a grande maioria, (74,4%) adota um estilo de vida sedentária que, de modo geral, agrava o estado do idoso, acarretando complicações, dificultando a reversão de processos já instalados ou em grau avançado, principalmente quando associado ao alcoolismo e tabagismo.

Quanto aos hábitos socialmente adquiridos, percebe-se que há grande diferença entre os sexos, principalmente quanto ao fumo e álcool. Os homens apresentam maior frequência que as mulheres. Estes fatores são responsáveis por problemas cardiovasculares, cirrose hepática e neoplasias.

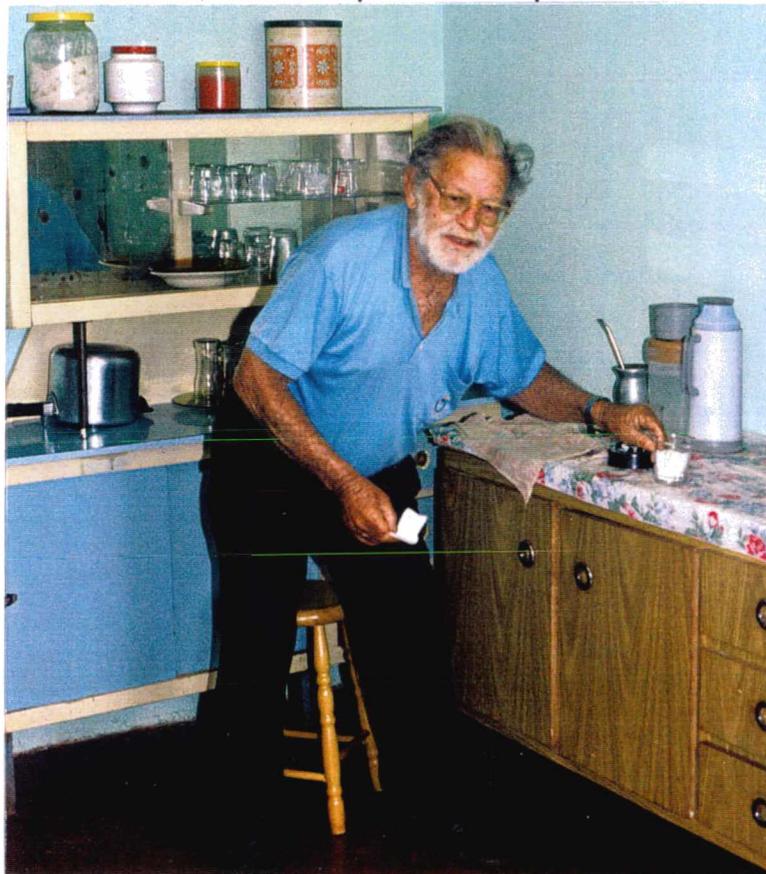
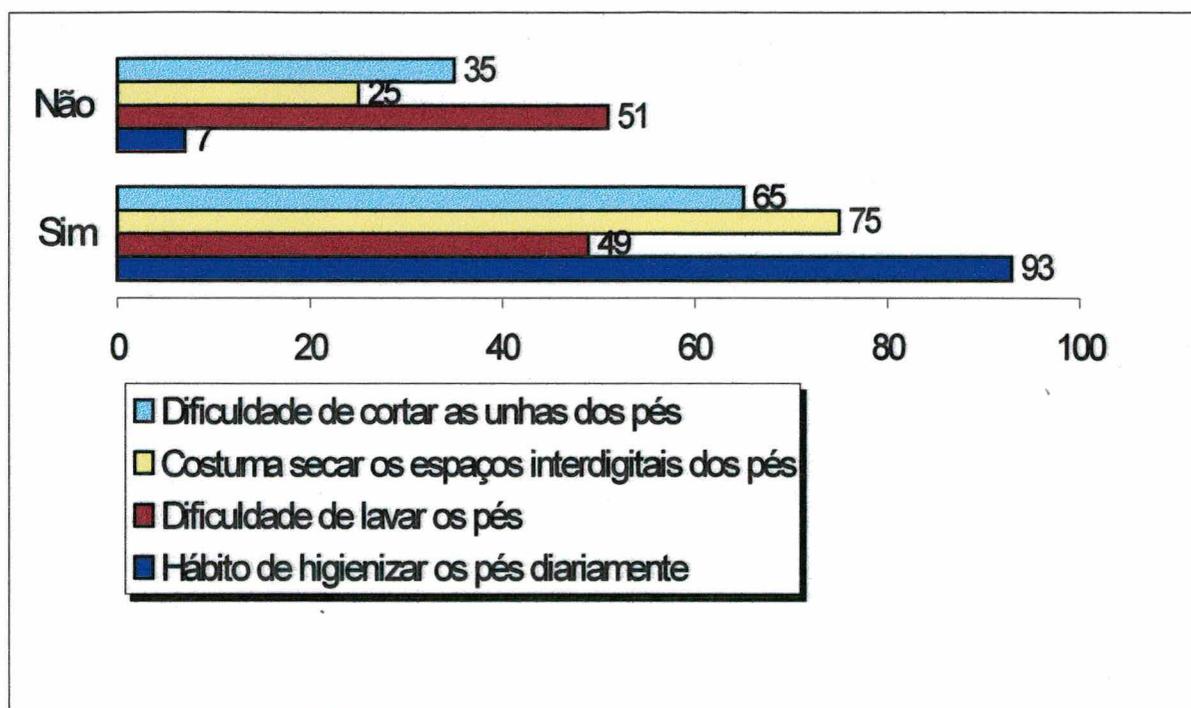


GRÁFICO 3 – SITUAÇÃO DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE EM
 RELAÇÃO AOS CUIDADOS COM OS PÉS. CASCAVEL, 2000

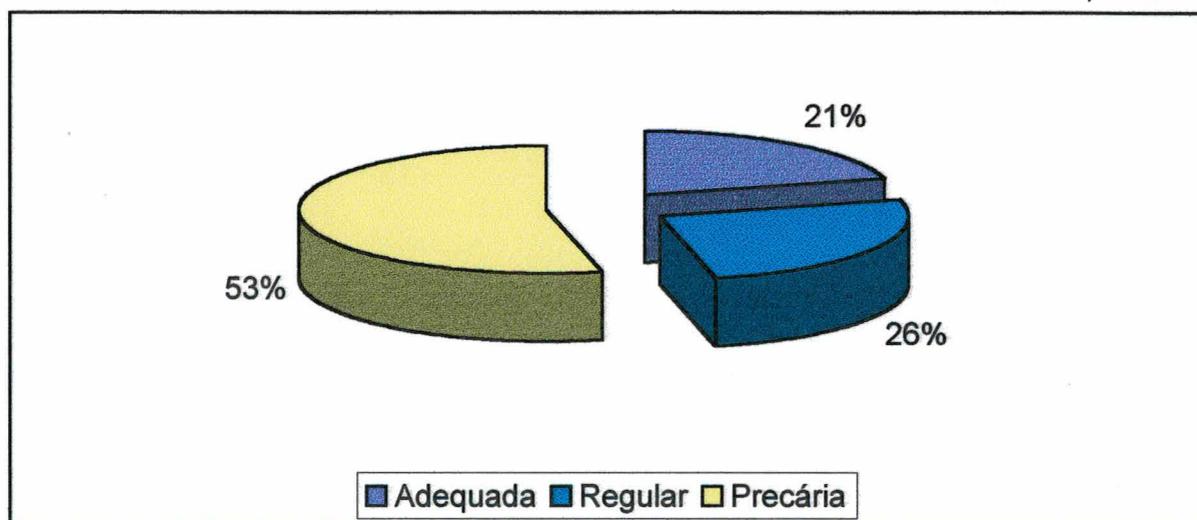


Dentre os entrevistados, 93% relataram ter o hábito de higienizar os pés diariamente; 48,9% têm dificuldade em realizar os movimentos para lavar os pés; 74,4% não costumam secar os espaços interdigitais, e 65, 2% relataram a dificuldade de cortar as unhas dos pés. Essas situações podem estar associadas à dificuldade de flexibilidade e curvatura da coluna. Apesar de 51,1% relatarem que não encontram dificuldade em lavar os pés, os outros procedimentos mostram que a dificuldade está presente, aliada aos demais processos de cuidados com os pés referentes à higienização.

De acordo com o Gráfico 3, os idosos com respostas positivas a respeito dos cuidados, relataram, durante a entrevista, a dificuldade para realizar movimentos devido à limitação do corpo em relação a flexibilidade. Na realidade, quando foi realizado o exame físico dos pés, alguns aspectos contraditórios foram constatados. Embora 93,0% tenham afirmado higienizar os pés diariamente, a maioria apresentava grande quantidade de sujidade nos espaços interdigitais e nas unhas.

As condições de higiene podem até estar associadas ao fator econômico já que este envolve o uso de água, luz, tesoura que corte adequadamente e o mais oneroso provavelmente que seriam os óculos.

GRÁFICO 4 – CONDIÇÕES DE HIGIENE OBSERVADAS NA INSPEÇÃO DOS PÉS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE. CASCAVEL, 2000



Dentre os 43 entrevistados 53% apresentaram higienização precária e 26% regular, com alta incidência de micose nos espaços interdigitais, decorrente possivelmente da falta de costume em secar estes espaços ou devido a limitação dos movimentos. Apenas 21,0% mostraram condições de higiene adequadas.

A higienização precária, deve-se à limitação de movimentos, devido às perdas de colágeno, elastina e componentes da estrutura músculo-esquelética, que são naturais dentro do processo de envelhecimento. Este problema torna-se amenizado, quando há um programa que assista esses idosos nas suas atividades físicas.

As limitações e dificuldades expressivas no cuidado com os pés mostram o quanto é importante residir com “alguém”, desde que, este “alguém” participe dos processos de interação que englobam o cuidado, ou dispor de alguém que possa prestar esses cuidados.

Na avaliação dermatológica do idoso, GUDAS (1997) salienta a importância do reconhecimento e tratamento das atrofia cutâneas, ulceração, tratos sinusiais, fissuras, lesões hiperkeratóticas sobre proeminências ósseas, como calosidades e calos e lesões cutâneas primárias, incluindo lesões hemorrágicas. As doenças sistêmicas que podem ter manifestações dermatológicas nos pés incluem o lúpus discoide, o eritema multiforme, a psoríase, o sarcoma de Kaposi, a esclerodermia e a sarcoidose. No Condomínio da 3ª idade, constatavam-se, com maior frequência, as infecções fúngicas em todos os entrevistados, nos espaços interdigitais e leito ungueal, conforme ilustram as fotos a seguir. Estas, tornam-se severas frequentemente em idosos, levando-os à infecções mais graves. Neste sentido, teve-se o cuidado de realizar uma avaliação minuciosa neste tipo de procedimento. A realização do exame físico dos pés possibilitou detectar vários problemas, conforme consta no Gráfico 5.



Foto nº 11.

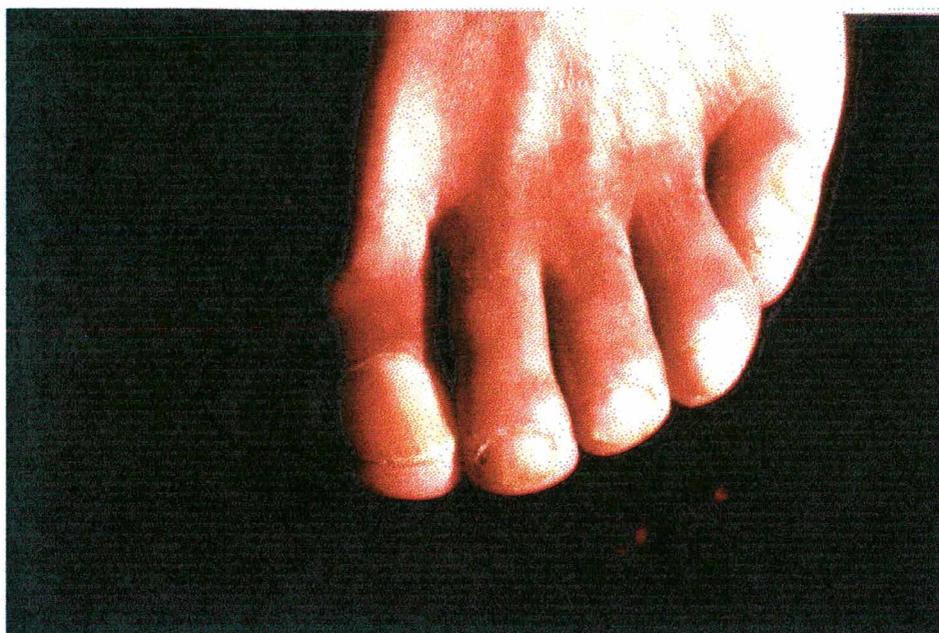
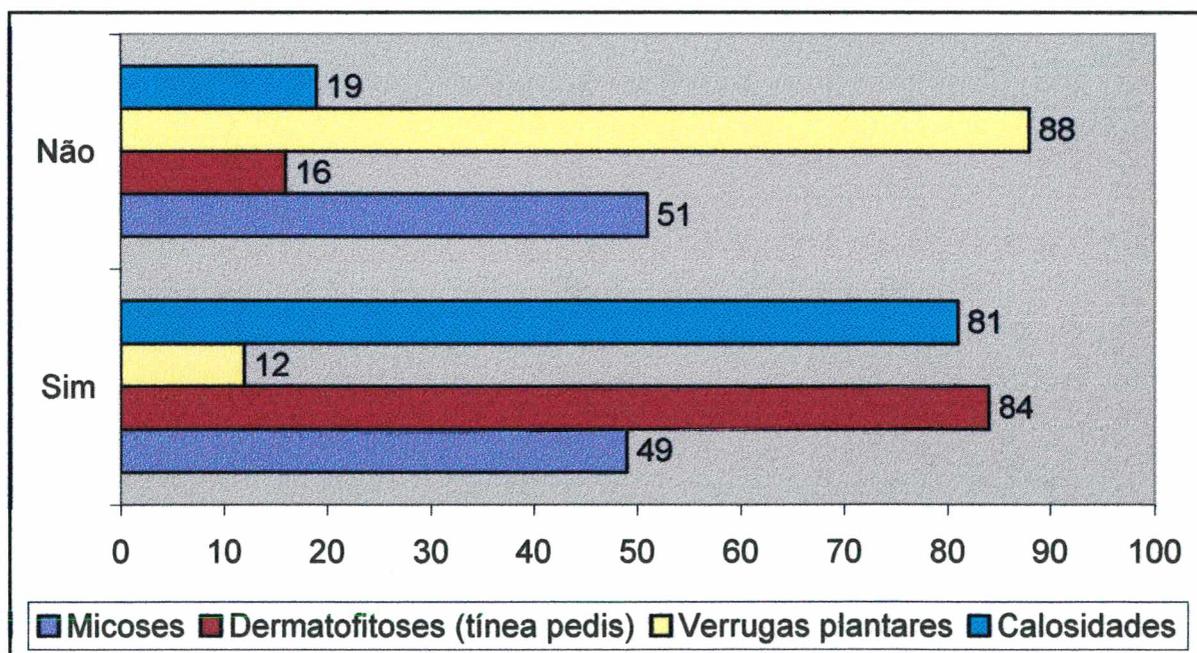


Foto nº 12.

GRÁFICO 5 – PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS DETECTADOS NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS. CASCAVEL, 2000



Uma breve análise do Gráfico 5 deixa evidente a variedade e a elevada incidência de problemas dermatológicos nos pés dos idosos, com grande predomínio de dermatofitoses (83,8%), calosidades (81,4%), micoses (49,0%) e em menores

proporções as verrugas plantares (11,6%). De acordo com os valores contidos neste gráfico, um número expressivo de idosos são portadores de mais de um problema, causando-lhes desconforto, constrangimento e dor, conforme mostra a tabela a seguir.

TABELA 8 – PROBLEMAS DERMATOLÓGICOS DETECTADOS NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS. CASCAVEL, 2000

DERMATOSES	Nº DE IDOSOS			
	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Micoses	21	49,0	22	51,0
Dermatofitoses (tínea pedis)	36	83,8	07	16,2
Verrugas plantares	05	11,6	38	88,4
Calosidades	35	81,4	08	18,6

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

A maioria deles apresenta, como problema mais comum, o ressecamento de pele, que ocorre progressivamente. Esta condição pode ocasionar fissuras, inflamações e infecções. A pele do idoso torna-se atrofiada naturalmente, com ceratose e dermatite de estase. Na região do dorso do pé podem ocorrer as neurodermatites. GUDAS (1997) relata que o aparecimento de micoses fungóides podem acontecer devido à dermatite exfoliativa localizada na região do dorso do pé, distal e da perna.

Durante a fase de pesquisa, a incidência destes achados foi relativamente alta, reforçando o pressuposto da autora do estudo que a retirada inadequada do sabão durante o banho ou a limitação física levam a esta incidência.

Observou-se no decorrer deste estudo que entre os 43 entrevistados, 20 (46,5%) prestam cuidados aos idosos que têm dificuldades em realizá-los.

TABELA 9 – SINAIS DE DISTÚRBIOS CIRCULATORIOS DETECTADOS NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS. CASCAVEL, 2000

CONDIÇÕES E ACHADOS	Nº DE IDOSOS			
	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Palpação da artéria tibial posterior e dorsal dos pés	39	90,7	04	9,3
Hipotermia das (extremidades de MMII) Unilateral ou Bilateral	28	65,1	15	34,9
Coloração normal dos pés	34	79,0	09	21,0
Cianose dos pés	06	14,0	37	86,0
Varicosidade nos pés	11	25,6	32	74,4
Edema	27	62,8	16	37,2

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Quanto aos sinais de distúrbios circulatórios, observou-se o fluxo sangüíneo dos pés por meio da inspeção de palpação do dorso do pé e do pulso tibial. Realizou-se o teste de enchimento capilar, comprimindo digitalmente a ponta dos pododáctilos. Naqueles que não apresentavam comprometimentos vasculares, a coloração normal retornava em aproximadamente 3 ou 4 segundos.

Em outros, que apresentavam fluxo sangüíneo diminuído, a pele não retornava à coloração normal no período considerado limite, 6 segundos, conforme GUDAS (1997). Detectou-se que alguns dos idosos denotavam ausência discreta de crescimento capilar sobre o dorso dos dedos dos pés, associados a pulsos fracos. Segundo GUDAS (1997), isto caracteriza um fluxo sangüíneo diminuído. As unhas examinadas apresentavam-se mais espessas que o normal, hipertróficas e com onicomicose que, segundo o mesmo autor, pode sugerir uma redução na circulação sangüínea, muito comum entre os idosos. Constatou-se ainda, alterações tróficas na pele e perda de seu turgor, o que pode ser analisado como meio adicional no comprometimento do fluxo sangüíneo.



Foto nº 13.

Este processo está presente em todos os estratos sociais. As condições econômicas, culturais e sociais é que, praticamente, determinam a forma como o indivíduo reage. Todos os aspectos inerentes a ele são vivenciados pelos idosos, mas cada um terá a sua forma de agir, tomando e buscando medidas em face das doenças, em busca de sucesso do seu bem-estar.

As modificações e alterações fisiológicas do idoso ocorrem para todos, mesmo que se manifestem de maneira totalmente diferente de uns para outros. O fato de o idoso ser, freqüentemente, acometido por doenças crônicas, agudas e desconfortos generalizados é muito comum.

Observou-se no decorrer da pesquisa que, para os idosos, os pés estão associados principalmente ao fator locomoção; já os cuidados e a saúde destes surgem somente na presença de afecções.

Quando questionados sobre a importância dos pés, como parte integrante do corpo, foram emitidas as seguintes respostas.

- ... "é. Ih! Porque os pés da gente é tudo para caminhar."
- ... "sem eles você não faz nada, não dá pra se locomover pra parte nenhuma."
- ... "o importante é estar com os pés bem bons."
- ... "prestei atenção por causa da dor."
- ... "importante sim, não sinto nada."
- ... "pra mim caminha."
- ... "porque eu caminho, eu preciso deles."
- ... "os pés é tudo quando se pode andar bem, andar."
- ... "os pés ajudam muito a caminhar, se tá machucado não tem jeito; atrapalha pra caminhar."
- ... "a coisa mais triste do mundo é não poder andar e nem enxergar."
- ... "ocupo muito os pés."
- ... "pode andar por toda a parte."
- ... "porque carrego meu corpo, uai."
- ... "o que é que se faz sem os pés."
- ... "se eles não estiverem bons?"
- ... "porque a gente pode andar. É duro ficar que nem a vizinha."
- ... "tudo é bom, os braços, os pés."
- ... "eu sou pobre, é meu meio de transporte."
- ... "agora é difícil, faço movimentos escorado na cama, porque não vou caminhar."
- ... "sem os pés o cara não anda."
- ... "eu adoro meus pés."
- ... "meu pé ajuda a andar."
- ... "pra fica de pé e andar."
- ... "eles me levam aonde eu quero."

A tabela apresentada na sequência, contém a distribuição de doenças referidas por homens e mulheres, antes de adentrar nas especificidades dos pés.

TABELA 10 – DISTRIBUIÇÃO DE DOENÇAS REFERIDAS POR HOMENS E MULHERES IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE. CASCAVEL, 2000

HISTÓRICO DE DOENÇAS	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Feminino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Problemas Osteoarticulares	11	25,5	19	44,1	30	69,7
Problemas Vasculares	07	16,2	15	34,8	22	51,1
Diabetes Mellitus	01	2,3	06	13,9	07	16,2
Problemas Dermatológicos	03	6,9	12	27,9	15	34,8
Obesidade	01	2,3	06	13,9	07	16,2
Esforço Ocupacional	10	23,2	11	25,5	21	48,8
Incontinência Urinária	04	9,2	10	23,2	14	32,5

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Quanto à distribuição da história de doenças segundo o sexo, (Tabela 10) as doenças vasculares: (insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, infarto do miocárdio e angina de peito, arteriopatas periféricas, distúrbios venosos). As neurológicas (Alzheimer, doença de Parkinson e Acidente Vascular Cerebral); as osteomusculares (artrose, osteoporose, fraturas, artrite reumatóide, doença de Paget, polimialgia reumática); as urológicas (infecção urinária, hipertrofia e câncer de próstata e incontinência urinária); endocrinológica (diabetes méllitus, desidratação, alterações da tireóide, obesidade), também estão presentes nos indivíduos idosos interferindo nesta função.

Na Tabela 10 observa-se que as queixas de problemas osteoarticulares aparecem com maior frequência entre os idosos entrevistados. Geralmente o idoso e seus cuidadores consideram naturais os acometimentos osteoarticulares, adicionados às limitações físicas. Quando há queixas, deve-se fazer uma boa avaliação para detectar a causa e observar a localização específica da dor, para definição precisa do quadro. É comum confundí-la com problema neurológico.

JACOB FILHO & SOUZA (1998, p.49) relatam: "*dentro do panorama da abordagem propedêutica do idoso, o aparelho osteoarticular não foge à regra geral*

de manifestar seus problemas por meio de sintomas e sinais incharacterísticos, por vezes considerados como parte normal do envelhecimento pelo doente e sua família.”

Analisando-se separadamente por sexo, constatou-se que entre os homens predominam os problemas osteoarticulares, seguidos das vasculopatias, problemas de incontinência urinária e problemas dermatológicos. Nas mulheres, também predominam os problemas osteoarticulares e vasculares seguidos com pequenas oscilações, pelos problemas dermatológicos, perturbações decorrentes do esforço ocupacional e incontinência urinária.

Ainda que o número de entrevistados se concentre no sexo feminino, o número de queixas referidas neste sexo é relativamente mais elevado e notório, que entre os homens. Os problemas osteoarticular, vascular, atopias, diabetes, obesidade e incontinência urinária são expressivos comparados ao sexo masculino.

Outro problema observado e relatado pelos entrevistados foi a incontinência urinária, que não deve ser considerada normal para os idosos. Segundo JACOB FILHO & SOUZA (1998), tem sua prevalência alta nesta fase, mais em idosos acamados ou institucionalizados; destaca que este problema não é muito investigado nem tratado de forma adequada. Este problema afeta o bem-estar e conforto do idoso. A pressa em urinar associada às deformidades anatômicas dos pés podem ser causas de acidentes ou quedas. Este é um problema que conseqüentemente leva o idoso ao isolamento social, pelo desconforto que causa pelo ardor da infecção. Várias são as enfermidades que podem ocasionar a incontinência urinária e alguns problemas comuns são: diabetes mellitus, afrouxamento do assoalho pélvico (comum nas mulheres em climatério e menopausadas) ou a hipertrofia prostática nos homens.

Segundo SCHOWERI; RAMOS & PAPALÉO NETTO (1998), as pessoas do sexo feminino dão mais importância à saúde, procuram os serviços de saúde mais do que os homens, contribuindo assim para um aspecto positivo referente à prevenção e combate dos problemas de saúde que podem instalar-se.

Mesmo sendo do sexo feminino a maior porcentagem de número de queixas, não significa que estas não procurem os serviços de saúde, pois são quem mais recorrem em tempo hábil a estes serviços, o que as diferenciam do sexo masculino, que somente quando não há outros meios de melhora se dirigem aos serviços de saúde.

Segundo GUDAS (1997), a avaliação dermatológica no idoso inclui o reconhecimento e o tratamento das atrofia cutâneas, ulceração, tratos sinusiais, fissuras, lesões hiperkeratóticas sobre proeminências ósseas como calosidades e calos e lesões cutâneas primárias, incluindo lesões hemorrágicas. As doenças sistêmicas que podem ter manifestações dermatológicas nos pés incluem o lúpus discoide, o eritema multiforme, a psoríase, o sarcoma de kaposi, a esclerodermia e a sarcoidose. Tratando-se da realidade no condomínio da 3ª idade, constatamos com maior frequência as infecções fúngicas em todos os entrevistados, nos espaços interdigitais e leito ungueal. Estas tornam-se severas frequentemente em idosos, levando-os a infecções mais graves. Coube aqui uma avaliação minuciosa neste tipo de procedimento.

Foi possível perceber que queixas referentes aos pés não são consideradas relevantes pelos idosos, mas muitas são as queixas relatadas por eles em relação ao desconforto provocado pelos pés. Todas as pessoas evitam caminhar quando lhes doem os pés e esta situação torna-se mais evidente no idoso.

Quando perguntados se observaram alguma deformidade nos pés ou se haviam procurado os serviços de saúde especificamente por causa dos pés, percebeu-se que quase todos se surpreenderam com esta pergunta e observou-se que até então não haviam relacionado as suas queixas e doenças a problemas nos pés.

Este trabalho levantou aspectos importantes relacionados aos pés. Sendo assim, ao avaliar todo o conjunto do idoso, foi incluída a atenção específica a estes membros.

Aqui estão alguns relatos.

... "se tá bom, faz o que."
... "não sei, a gente era bobo."
... "muitas vezes; as unhas do pé estavam estragadas. O médico examinou todo o pé."
... "porque nunca precisei, nunca senti."
... "não foi dada importância."
... "meu pé torceu e eu nem fui atrás para pôr no lugar."
... "porque não adianta, volta."
... "a enfermeira olhou meu pé."
... "procurei por causa do derrame."
... "por causa da unha."
... "o médico disse que é por causa do peso."
... "porque não prejudicava."
... "nunca foi preciso."
... "dos pés toda a vida fui sã."
... "eu achava que os meus pés estavam certos."
... "é tão difícil a coisa pra gente."
... "nunca, é a única coisa, só isso."
... "por causa de outros lugares, mas não o pé."
... "não, nunca, porque ninguém olha."
... "porque não foi preciso, só a mulher que faz a unha."
... "por quê?"
... "não tenho nada disso, não sinto nada. Eu tenho muita saúde."
... "não tive problemas com os pés."
... "o médico que me atendeu só anotou, ele não examinou! Não olho, não fui mais!"
... "não olha, sei lá!"
... "não dói e eu não me preocupo. Sei que eu tenho joanete porque eu ouvi falar na televisão."
... "por causa disso não, só por causa do coração e outras coisas."

Mas ao retomarem a sua trajetória de vida, poucos se lembraram das modificações nos pés, mas muitos notaram modificação na marcha, conforme mostra a Tabela 13, sem contudo precisar a época.

TABELA 11 – MODIFICAÇÕES OBSERVADAS PELOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE NOS PÉS E NA MARCHA. CASCAVEL, 2000

MODIFICAÇÃO	OBSERVADAS				TOTAL	
	SIM		NÃO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pés	1	2,6	42	97,4	43	100,0
Marcha	35	81,4	8	18,6	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Os pés desempenham papel fundamental, com particularidades específicas que se modificam ao longo da vida. É uma parte do corpo muito utilizada em relação ao conjunto do organismo. FINLAY (1998), afirma que é necessário cuidá-los desde a infância até o envelhecimento.

Observou-se no decorrer da pesquisa e, de forma significativa, a atrofia do coxim gorduroso dos pés e pele na região plantar, forçando uma sobrecarga do peso nessa região e obrigando a algumas atitudes posturais inadequadas, desconfortantes, restritivas e, às vezes, dolorosas.

GUIMARÃES (1989) relata algumas alterações atribuídas ao envelhecimento que predispõem a quedas e conseqüentemente levarão os idosos a tropeçarem em objetos esquecidos; o controle neuromuscular deficiente causará dificuldade para recuperar o equilíbrio, dificultando o desvio de obstáculos, anormalidades da marcha como alteração do peso e a própria instabilidade postural.

4.4 MARCHA, EQUILÍBRIO E CALÇADO.

Para aprofundar essa questão, caracterizaram-se algumas situações que possibilitaram visualizar as condições vivenciadas pelos idosos, que envolvem aspectos relacionados ao equilíbrio, marcha, dor, conforto e segurança. Por último, tipo e características dos calçados mais usados pelos idosos.

TABELA 12 – CONDIÇÕES REFERIDAS PELOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, EM RELAÇÃO À MARCHA, EQUILÍBRIO E CALÇADO. CASCAVEL, 2000

CONDIÇÕES REFERIDAS	SIM		NÃO	
	Nº	%	Nº	%
Tem segurança ao pisar	26	60,4	17	39,6
Tem dores nos pés	16	37,3	27	62,8
Cai freqüentemente	05	11,6	38	88,4
Tem dificuldade de realizar as atividades diárias	19	44,2	24	55,9
Costuma andar com os pés descalços	13	30,2	30	69,8
Calça corretamente os calçados	35	81,4	08	18,6
Tem dificuldade em colocar o calçado	20	46,1	23	53,4
Usa meias habitualmente	17	39,6	26	60,4

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Analisando-se as respostas emitidas para as diversas condições colocadas, aspectos importantes são destacados. Entre os principais problemas destacam-se, em ordem de prioridade, a dificuldade de calçar os sapatos e de deslocar-se para a realização das atividades diárias, dores nos pés e quedas. O fato de terem segurança ao pisar e colocarem corretamente os calçados, apesar de alguns relatarem dificuldade, constituem pontos positivos e cuidados incorporados na sua situação de vida.

O uso de meia entre os entrevistados foi representado por 39,6% dos 43 entrevistados e sua maioria, conforme constatou-se na prática, as utilizam de forma inadequada garroteando o tornozelo, conforme ilustra a foto abaixo.



Foto nº 14.

A situação dos pés, quando interfere nas atividades diárias, está fortemente relacionada à presença de calosidades e algias relatadas por eles. Quanto ao uso correto dos calçados, observou-se que 18,6% adaptaram os calçados de acordo com os seus pés, assim como recortar o local que comprime os calos e pisar forçando a parte posterior que acomoda a região calcânea.

A dificuldade em colocar os calçados relatada por 46,6% dos entrevistados, pode estar associada ao próprio processo de envelhecimento, comprometendo a flexibilidade do corpo devido ao encurtamento dos espaços intervertebrais, conforme discorridos no presente trabalho. Alguns relatos dos entrevistados traziam o aumento do volume abdominal como fator que interfere nos movimentos de “abaixar”.

Quanto ao tempo de permanência com o calçado, 100% dos entrevistados, permanecem com chinelos, por ser mais fácil calçá-los e, também, costumam ficar descalços. Isto ocorre, quando estão nos arredores de casa ou em seu interior. Diante destas considerações e do encontrado durante a pesquisa, perceberam-se as consequências dos maus cuidados com os pés, englobando as condições precárias

de higiene, somadas às deformidades como: pés planos, calosidades, verrugas plantares, comprometendo assim a sua integridade cutânea.

Para complementação das informações relatadas, realizou-se no exame físico dos pés, uma observação específica quanto à marcha, postura e equilíbrio. Os resultados contidos na Tabela 13, expressam esses dados.

TABELA 13 – COMPROMETIMENTO DA MARCHA, POSTURA E EQUILÍBRIO, OBSERVADO NO EXAME FÍSICO DOS PÉS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE. CASCAVEL, 2000.

ATITUDES	SIM		NÃO		C/DIFICULDADE.	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Claudicação	29	67,5	14	32,5	-	-
Arrasta os pés	26	60,4	17	39,6	-	-
Desvio do pé para a direita	30	69,7	04	9,3	09	21,0
Desvio do pé para a esquerda	23	53,4	05	11,6	15	35,0
Marcha para trás	22	51,2	05	11,6	16	37,2
Marcha para frente	34	80,0	05	11,6	04	9,3

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Analisando-se as atitudes relacionadas ao comprometimento da marcha, equilíbrio e calçado, observou-se que, entre estas, destacou-se como principal comprometimento a claudicação em 29 (67,5%) dos entrevistados, seguida do ato de arrastar os pés, que foi citado por 26 (60,4%) idosos. As outras atitudes relacionadas ao desvio para a direita ou para a esquerda e, marcha para trás e para frente foram realizadas com dificuldade.

Os objetos do ambiente tais como tapetes enrolados ou soltos, caminhos com obstáculos ou irregulares, iluminação precária e pisos molhados ou escorregadios, aumentam as chances de os idosos sofrerem quedas. Por ser o fator ambiental possível de ser modificado, abordaram-se cuidados relativos a este no que tange à prevenção de quedas, respeitando-se os hábitos e costumes, não demonstrando-se “pouco caso” em relação aos seus objetos e pertences estimados.

Alguns idosos utilizam-se de objetos para apoio durante a deambulação no interior de sua residência. É importante que esses apoios estejam firmes. A foto abaixo ilustra essa afirmação.

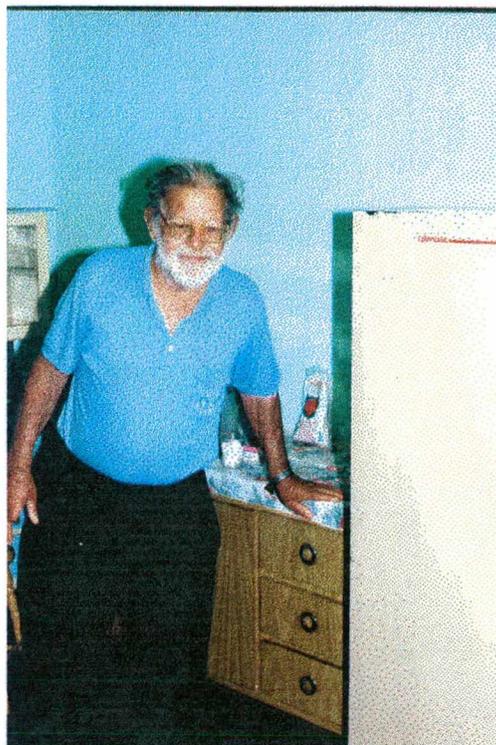


Foto nº 15.

Na tríade equilíbrio, marcha e calçado, quando não estão harmonicamente ajustadas, ocorre grande prejuízo para a mobilidade do idoso. Constatou-se ainda que este fato interfere na autonomia e independência do idoso, privando-o de um convívio social prazeroso, tornando grande parte dos idosos sedentários.

No referente à Tabela 13, comprometimento da marcha, postura e equilíbrio, a função motora foi visivelmente identificada pela presença ou ausência de reflexos e força dos membros inferiores, por meio de manobras simples, como a verificação do tônus e força muscular. A determinação da força muscular e a análise da marcha forneceram informações sobre a articulação dos membros inferiores doloridas (joelhos), algias em quadril, idosos com presença de prótese de platina que, de

acordo com o relato e comparação com a literatura, contribuem para as deformidades dos pés.

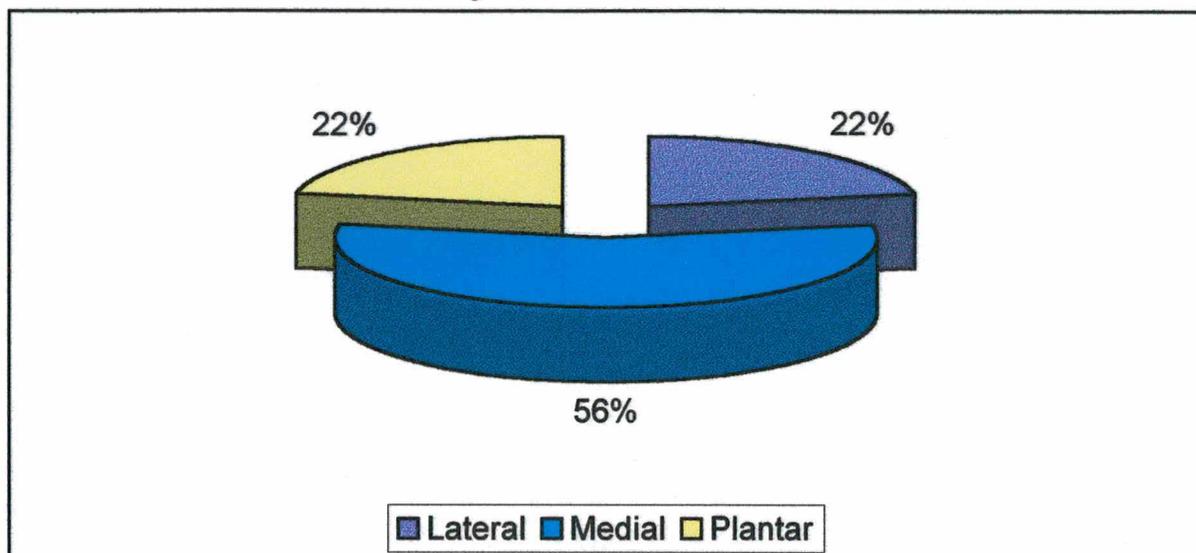
GUDAS (1997) diz que a toda atrofia observada nos músculos ou grupo de músculos de membros inferiores devem ser registrados.

Observou-se que a maioria dos entrevistados perceberam alteração da sua marcha, adicionada ao cansaço, algia de membros inferiores e pés, "falta de ar", ficando surpresos ao lembrarem como caminhavam, quando mais jovens, retratando assim a importância de cuidados desde a fase jovem, adulto jovem, amenizando problemas, como histórias de doenças.

Ao constatar a presença de limitações dos idosos para o desempenho de boa deambulação, deve-se orientá-los e proporcionar-lhes nas ações de enfermagem os meios para a prevenção de problemas relacionados a incapacidades que podem instalar-se progressivamente. Orientou-se sobre a importância do conforto e estabilidade dos pés para ajustes de seus movimentos, sem privá-los das suas atividades. Observou-se com mais detalhes, a marcha, a postura e o equilíbrio em relação ao posicionamento natural no solo, cujos resultados podem ser vistos no Gráfico 6, que mostra o tipo de apoio dos pés.



GRÁFICO 6 – TIPO DE APOIO DOS PÉS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE, EM RELAÇÃO AO SOLO. CASCAVEL, 2000.



Constatou-se que 56,0% dos idosos utilizam a parte medial dos pés como parte de apoio para atividade ambulatoria. Este fator, conforme BRICOT (1999) e os padrões estabelecidos do peso x altura interferem sobrecarregando os pés.

Observou-se a cadência e velocidade dos passos destes idosos, com e sem calçados. Examinou-se também, a parte da metade posterior dos pés (retropé) e constatou-se a presença de problemas tais como seqüelas de AVC, trazendo conseqüências e acentuando os pés planos com a presença das calosidades em artelhos, conforme foto, ilustrada a seguir. Na inspeção e palpação também foi possível detectar áreas localizadas de sensibilidade dolorosa ou de edema.

Embora o número de entrevistados, que relatou ter observado deformidade nos pés tenha revelado que no exame físico realizado por profissional da saúde, se constatou que, na realidade, esta situação é completamente diferente, como pode ser observado no Gráfico 7, que mostra as modificações anatômicas dos pés e anomalias das unhas.

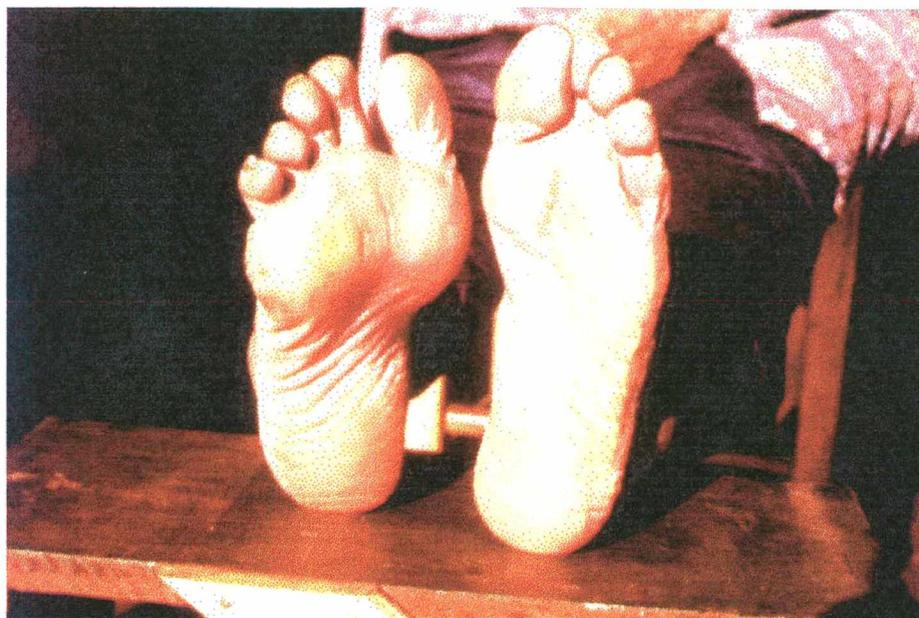
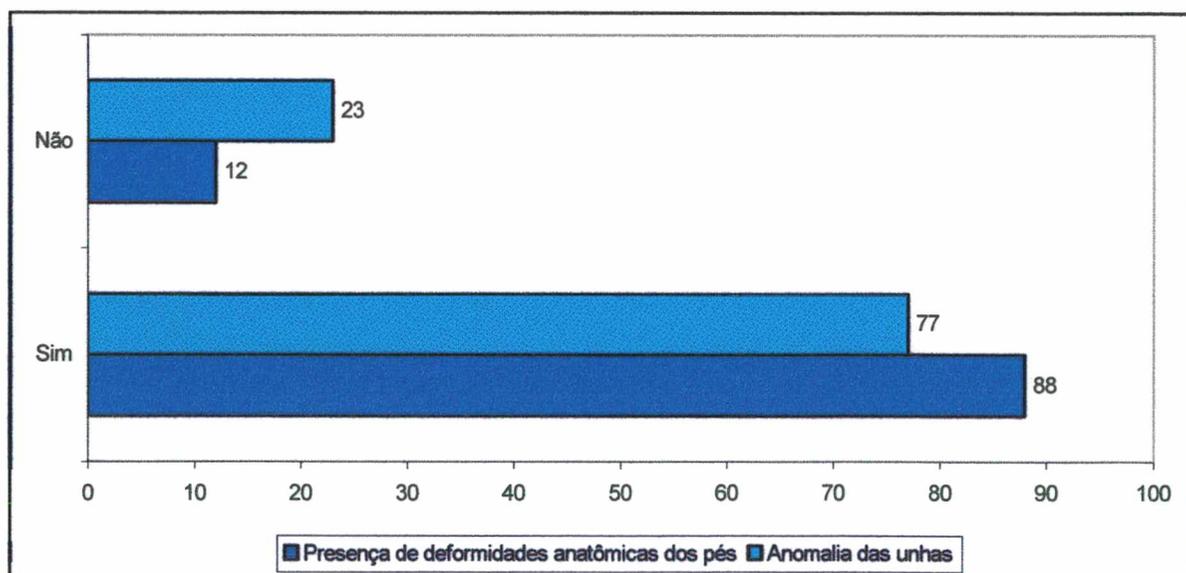


Foto nº 16.

GRÁFICO 7 – DEFORMIDADES E ANOMALIAS DOS PÉS E UNHAS DOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE. CASCAVEL, 2000.



As deformidades anatômicas detectadas relacionam-se a pés planos, pés invertido (sobrecarga na parte mediana dos pés), hállux valgus, arco medial com discreta ausência de curva. Grande parte dos idosos utilizam a parte externa dos pés para caminhar. As posições dos pés sugerem aspectos de geno varum e geno valgo, devido à postura e achatamento da região talocalcânea.

De forma geral, constatou-se que os grandes problemas entre os idosos, isto é, na população deste estudo, são a presença de calos, calosidades, hállux valgus, pés valgus ou planos, pés com duplo componente, caracterizado pelo posicionamento natural no solo.

Entre as deformidades dos dedos, tais como o hállux valgus (joanete), que é uma das afecções mais comuns em seres humanos, podem surgir em qualquer idade, com maior incidência após os 50 anos; é uma das deformidades anatômicas dos pés mais comum entre os idosos.

GUDAS (1997) refere que, em um estudo realizado, 25% de todos os pacientes examinados, que apresentavam "joanetes", tinham mais de 65 anos. Outro dado importante é que sua prevalência é maior em mulheres do que em homens, numa proporção de 4:1. Dentre os 43 entrevistados, no local onde se realizou a pesquisa, observou-se que 88,3% apresentavam "joanetes". No idoso, a atrofia dos músculos, ligamentos e tendões costumam dar complicações a este tipo de problema, pela dificuldade que tem em manter-se no centro gravitacional, tornando-o mais vulnerável.

Nos pés observados pelos idosos e pelo profissional da saúde há grande divergência de percepção. Muitas vezes, a percepção dos idosos é tida como natural, pois não têm o conhecimento científico, enquanto o profissional da saúde detecta melhor os problemas encontrados.

As desordens da marcha, equilíbrio ou fraqueza muscular estão entre as causas mais freqüentes de quedas, decorrente do desajuste postural, embora o percentual de queda tenha sido de 1% na população em estudo. Observou-se também que problemas tais como alterações naturais do processo do envelhecimento, a diminuição da força muscular e mesmo alteração da pressão

sangüínea postural são fatores intrínsecos que contribuem para uma marcha inadequada.

Quanto ao tipo de material do qual é feito o calçado mais usado no dia-a-dia, como um dos fatores que pode comprometer a dinâmica postural e deambulatória, é mostrada no Quadro 1.

TABELA 14 – TIPO DE MATERIAL DOS CALÇADOS MAIS USADOS PELOS IDOSOS DO CONDOMÍNIO DA 3ª IDADE. CASCAVEL, 2000

TIPO DE MATERIAL	Nº DE IDOSOS	%
Sola de Borracha	33	76,7
Sola de Madeira	10	23,3
Cabedal de Plástico	04	9,3
Cabedal de Couro	23	53,5
Cabedal de Tecido	16	37,2
TOTAL	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

No que se refere ao material do calçado mais usado pelos entrevistados, 76,7% responderam, e as respostas foram compatíveis com a realidade encontrada quanto à questão da sola de borracha. Quanto ao cabedal, 53,5% responderam couro, mas grande parte dos idosos também tinham calçados de tecido. Percebe-se que gostariam de usar os de couro, mas os de tecido acomodam melhor os seus pés. A maior parte do idosos responderam que preferem utilizar os chinelos por serem fáceis de colocar e que não exigem movimentos exacerbados da estrutura corporal.

O material de couro junto a esta comunidade é visto como de boa qualidade e de alto custo, incompatível com a realidade deles. Relataram ainda que ganham grande parte dos calçados e acabam fazendo uso deles.

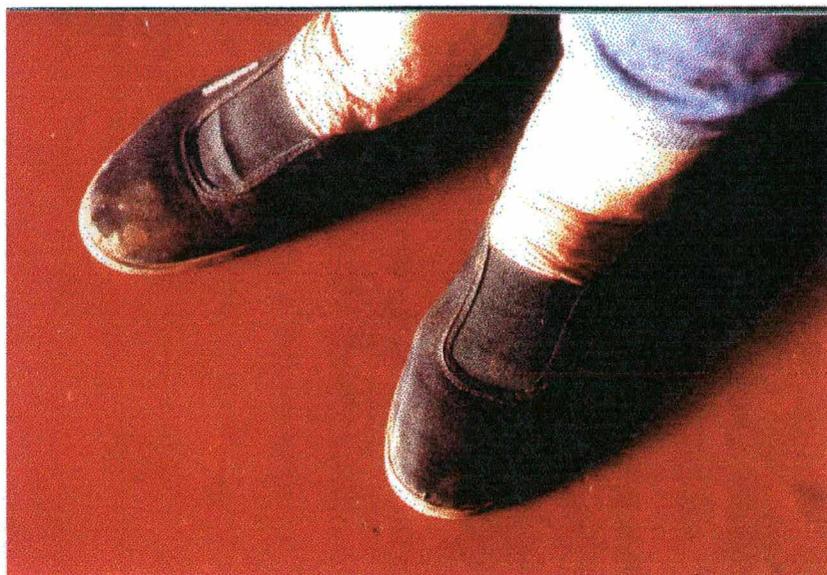


Foto nº 17.

Ao longo de suas vidas, os calçados mais utilizados pelos respondentes, na sua maior parte, eram de abotoar. A comodidade foi relatada como fator principal nas suas escolhas, “*enfiar os pés nos calçados facilitava o uso, desde que eram jovens*”, fator este que pode afetar o formato dos pés no condicionamento de alteração do seu agravo, quando já instalada e não percebida ou tratada.

TABELA 15 – TIPO DE CALÇADO MAIS USADO AO LONGO DA VIDA, CASCAVEL, 2000

ESTILO DE CALÇADO	Nº DE IDOSOS	%
Sapato de salto baixo	03	6,9
Sapato de salto alto	04	9,2
Sapatos fechados, chinelo	09	21,0
Sapato fechado	08	18,6
Sandálias e chinelo	03	6,9
Botina	06	14,0
Descalço e chinelo	05	11,6
Alpargatas	05	11,6
TOTAL	43	100,0

FONTE: Instrumento de Coleta de Dados.

Verificou-se que muitos idosos faziam uso de chinelos dentro e fora de casa, alternando com o uso de sandálias e sapatos.

Poucas foram as idosas que relataram fazer uso de saltos altos. Para estes casos, recomendou-se, conforme BARROS FILHO & NAPOLI (1998) o uso do salto, entre 2,5 a 3,0 cm de altura, assegurando o contato e a distribuição do peso corporal em direção ao solo. O calçado com a finalidade de proteção aos pés, deverá ser confortável, com forma ajustada para cada tipo de pé e que absorva os impactos durante a deambulação. Observou-se nesta comunidade que, alguns dos idosos pela própria condição financeira, usam calçados que lhes foram doados, realidade esta que contribui para os agravos em relação aos pés. Outros idosos ainda relataram que adaptam os calçados de acordo com as condições dos seus pés, recortando-os quando há presença de calosidades, hállux valgus, esporões de calcâneo ou conforme as deformidades apresentadas.

Mediante os problemas levantados e detectados no decorrer deste estudo, sentiu-se a necessidade da elaboração de um Manual de Cuidados que contenha orientações, procedimentos e recomendações, com o objetivo de contribuir para a melhoria da integridade da saúde dos pés e do aparelho locomotor.

Esse material foi entregue sob a forma de Manual de Cuidados, no local em que foi realizada a pesquisa. A elaboração deste manual constituiu-se à luz das experiências vivenciadas pela autora desta dissertação, somadas às consultas bibliográficas utilizadas no decorrer deste estudo. As bibliografias exploradas são dos seguintes autores: DIOGO (1996), FINLAY (1998), GUDAS (1997), EVANSKI (1982).

Tal manual, encontra-se no anexo de nº 5 deste trabalho.

CAPÍTULO V

CONCLUSÃO

A pesquisa de campo, realizada no Condomínio da 3ª Idade, comprovou o pressuposto da autora deste trabalho de que os pés, comumente, não são instrumentos associados ao aparelho locomotor. No decorrer das entrevistas, tornou-se claro o fato de que os idosos não só dispensavam cuidados inadequados aos seus pés como, também, ignoravam a importância da manutenção da saúde, no que tange à prevenção das limitações físicas advindas do processo de envelhecimento.

Após constatar, no decorrer do estudo, a dissociação entre os pés e o aparelho locomotor, passou-se à inspeção dos pés e, então, foi possível observar as conseqüências dos tratamentos inadequados, como o ressecamento da pele dos pés e da região dos tornozelos. A origem desse problema foi de fácil diagnóstico, pois além do processo natural do envelhecimento da derme adiciona-se o fato de os idosos, participantes deste estudo, durante seu banho, não enxaguarem adequadamente essa região por acreditarem que a água que escorre pelo corpo é suficiente para a retirada completa do sabão. Este fato faz com que o sabão vá impregnando-se à derme, contribuindo para o processo de ressecamento.

Esta ilustração trata de um fato que, aparentemente, é corriqueiro, porém, em seu bojo, encontra-se a raiz da problemática levantada: a necessidade de um trabalho de enfermagem que, a partir do conhecimento da cultura, seja direcionado à transformação e à educação dos idosos para o cuidado com os seus pés, visando a maior qualidade nesta fase das suas vidas.

Dessa forma, conclui-se que o exame físico dos pés dos idosos é procedimento imprescindível para que, antes de se iniciar um tratamento, se chegue a um diagnóstico mais aprofundado sobre os problemas constatados. A isso soma-se a razão de que, nos idosos, a recuperação dos tecidos não ocorre de forma tão rápida quanto em indivíduo jovem.

O exame detalhado, portanto, o diagnóstico correto e o tratamento adequado das afecções, desde as mais simples até as mais complexas, contribuirão para a saúde dos pés e de todo o aparelho locomotor, propiciando conforto e bem-estar aos idosos, uma vez que estes instrumentos têm grande importância como suporte e alavanca para a marcha e absorção de choques.

CAPÍTULO VI

REFLEXÕES

Os pés tem importante função para a atividade deambulatória; conforme dados observados e comprovados na realização da pesquisa, muitas das afecções podem principiar pelos pés, como é o caso das dermatoses, sendo a mais comum a tinea pédis (frieira) e problemas vasculares que podem ser sanados antes mesmo de se instalarem as deformidades. Já na categoria das deformidades, encontra-se a presença de hálux valgus, associado a algias ou não, pés valgus ou planos, pés com duplo componente, calos e calosidades.

BARROS FILHO & NAPOLI (1994) enfatizam que não se deve corrigir estas deformidades apenas por motivos estéticos. O ato cirúrgico, que é o procedimento para estas deformidades, poderá ocasionar outros problemas como úlceras de pressão em proeminências ósseas e o sedentarismo.

Os autores acima citados salientam a importância de procedimentos que permitam a mobilização e deambulação precoces para os idosos, evitando o sedentarismo ou formas de tratamento que os levem a permanência no leito por períodos prolongados.

Os mesmos autores defendem a utilização de procedimentos conservadores como o uso de palmilhas ou calçados adequados para melhor distribuição do peso corporal sobre os pés. Está intrínseco nas pessoas o hábito de se obter resolutividade no que se refere à dor, por meio de procedimentos cirúrgicos ou terapias medicamentosas. O que converge com o encontrado nesta comunidade, onde, além de se resolverem os problemas mediante esses métodos convencionais,

caberiam medidas simples como atividades físicas, de acordo com as condições e limitações de cada um, cuidados de higiene, evitando-se os casos de “frieiras” ou desconfortos devido às más condições das unhas e às próprias deformidades.

Os autores acrescentam que a metatarsalgia (dor nos artelhos) é a queixa mais comum entre os indivíduos, o que foi comprovado na comunidade trabalhada: os idosos relataram este tipo de dor principalmente com localização na face plantar do pé, próximo aos artelhos. As etiologias que acometem a saúde dos pés, segundo os autores, classificam-se em três grandes grupos; destacam-se duas que se aproximam de nossa realidade: as modificações localizadas na região do antepé e as enfermidades generalizadas na mesma região.

Uma categoria considerada importante e que está intimamente relacionada aos pés, diz respeito aos tipos de calçados utilizados ou relatados pelos entrevistados. Percebe-se que o tipo de calçado é importante; automaticamente interfere naqueles que têm atividade deambulatória adequada, incluindo os que se restringem em determinados ambientes, onde a sua atividade ambulatória é limitada.

Os autores supracitados relatam a finalidade do calçado como proteção para os pés. Ele deverá recobrir tanto o dorso do pé como a região calcânea, com facilidade, para vestir e que não tenha cadarço, pois este dificulta os movimentos dos idosos, que já não possuem a mesma elasticidade, devido ao processo natural do envelhecimento, conforme relatos durante a pesquisa. A maior parte dos idosos preferem utilizar os chinelos, por serem fáceis de calçar. Na foto a seguir, são mostrados alguns modelos de calçados confortáveis, segundo os idosos entrevistados.

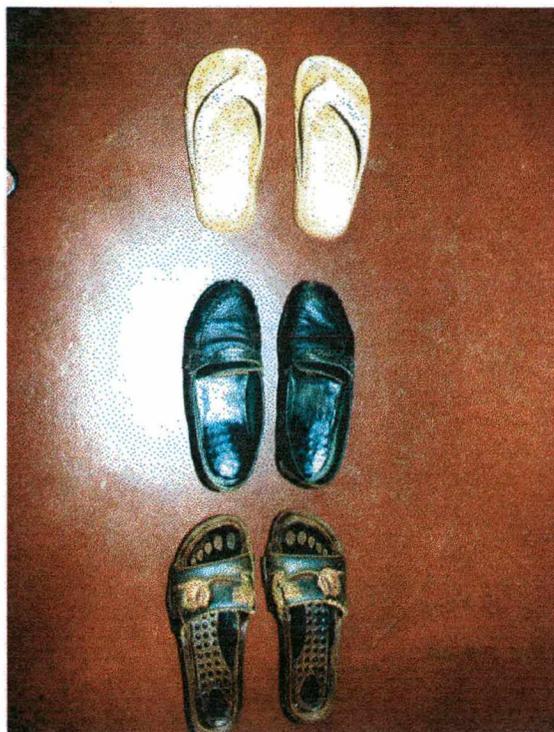


Foto nº 18.

De acordo com o relato dos entrevistados, durante a pesquisa, utilizam-se como referência os saltos médios, pois o número de idosos que fazem uso de saltos altos, é mínimo.



Foto nº 19.

GUDAS (1997) salienta que o desenvolvimento progressivo da joanete leva a um deslocamento da segunda articulação metatarsofalangiana, que acarreta uma forma severa de calo e dedo em forma de martelo e, que as calosidades são muito comuns entre os idosos.

A foto abaixo denota a presença de "joanete" e calosidades em artelhos, forçando postura inadequada, mas adaptada à anatomia dos pés.

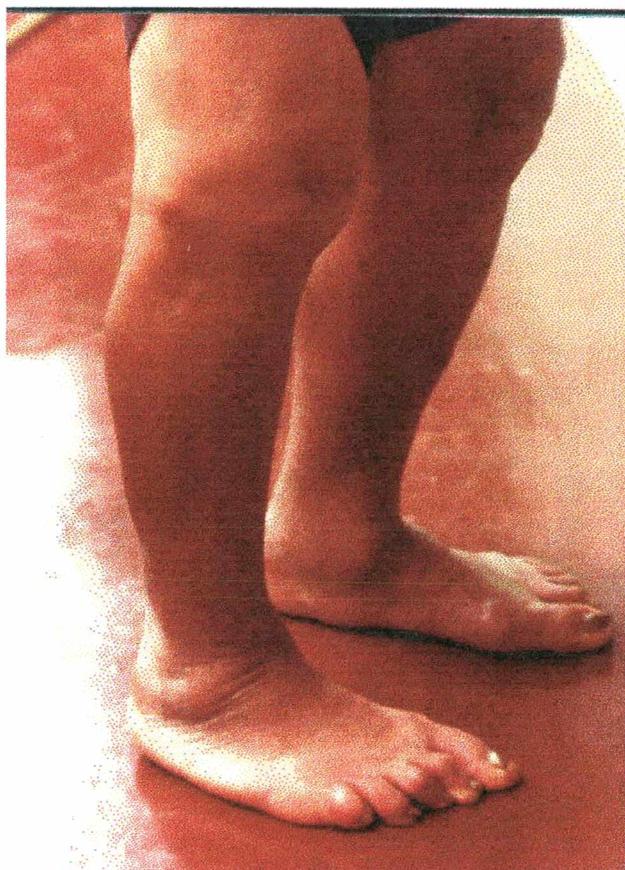


Foto nº 20.

O uso do calçado foi avaliado pelos registros fotográficos. Verificaram-se os diferentes tipos de calçados, por dentro e por fora, pertencentes a cada idoso morador do condomínio e, cada um, avaliou a sua utilização e a forma de pisar no solo. Constatou-se, que a adaptação ao calçado é problema maior que a dor.

Entretanto este problema é adaptado à sua realidade: acomodando-se os pés nos calçados improvisados, que recebem da comunidade.

Callus é uma dermatose hiperkeratósica, formada a partir de forte pressão sobre saliência óssea. É denominado calo quando encontrado acima dos pododáctilos. Em locais abaixo da cabeça de um metatarsiano, denomina-se calosidade; quando se encontra na região plantar recebe o nome de ceratoses plantares.

Os tipos de calosidades, que ocorrem abaixo das cabeças dos metatarsianos, causam dores em uma ou mais cabeças deles. A sobrecarga de pressão é causada geralmente por um pé cavo, ou deformidades de dedo e geralmente ocorre por uso de calçados apertados, podendo desenvolver dedos em martelo e dedos em garra.

As calosidades ocorrem abaixo de saliências ósseas, são pouco vascularizadas e a sua textura é uniformizada. As queixas dos entrevistados são compatíveis com as dermatoses instaladas. Geralmente as calosidades encontram-se no 2º, 3º e 4º metatarsiano.

Orientam-se os idosos quanto à não retirada destes calos, por eles mesmos ou por seus cuidadores, o que pode levar a conseqüências graves. Este tipo de procedimento deve ser realizado por profissional, que tenha conhecimento do assunto. Casos cirúrgicos são raros devido à incidência de recidiva em pelo menos 50% dos casos (GUDAS, 1997).

A perda progressiva da função dos dedos e do tecido adiposo de amortecimento contribui para a formação de calos. Segundo a literatura utilizada neste estudo e discussão no local da pesquisa, junto aos idosos, um dos tratamentos para este problema inclui uso de sapatos apropriados, com solas macias, e a inserção de palmilhas, sempre sob a orientação de um profissional especializado.

EVANSKI (1982) relata que cerca de um terço de todos os idosos reclamam de problemas nas unhas dos pés. Encontraram-se entre os entrevistados bordas de

unhas encurvadas, onicomicose, e unhas hipertrofiadas, que pressionam a polpa digital e acabam por levar à irritação, inflamação e infecção, que causam a dor. Todos os tratamentos relacionados à unha devem ser simples, pois qualquer procedimento inadequado em idosos com comprometimento vascular pode ser perigoso com risco de gangrena e amputação. Foi explicado de forma simples sobre a importância e os cuidados específicos quanto ao corte e o seu tratamento, tendo em vista que as unhas dos idosos crescem lentamente, mas apresentam uma espessura grande e deformada, devido ao traumatismo sobre o leito ungueal, insuficiência vascular e alterações nutricionais.

DIOGO (1996) ressalta a importância da atenção aos pés de idosos, a sua observação e cuidados específicos. As unhas dos avaliados por esta autora encontravam-se estriadas e espessas. A imersão em água morna com bicarbonato de sódio favoreceu o seu amolecimento. O corte foi executado em linha reta e, depois, foram lixadas, eliminando as suas pontas eriçadas. Constatou-se ainda o ressecamento da pele e sugeriu-se a hidratação dos pés, tornozelos e unhas com cremes inodoros ou hipoalergênicos, ou ainda, por tratar-se de um grupo de baixa renda, o uso de óleo de girassol, pelo menos 2 vezes ao dia, com cautela na sua aplicação para evitar acidentes por quedas.

No caso de hiperkeratoses extensas nos pés, orientou-se sobre os procedimentos que devem ser realizados para melhorar as grandes fissuras dos calcanhares: vedar os pés com vaselina, pelo menos uma vez na semana, durante toda a noite.

GUDAS (1997) diz que a maioria dos idosos apresentam um ressecamento gradual e um adelgaçamento da pele com o avanço da idade, levando a rachaduras, fissuras, inflamação e infecção. A atrofia da pele e a ceratose difusa são comuns nestes indivíduos. A dermatite de estase também é comum, já a dermatite exfoliativa no dorso dos pés e na região distal da perna podem predispor o surgimento de micoses fungóides.

Quanto à estrutura ambiental, considerou-se que é o local integrante e constante de cada indivíduo. É nele que se tem maior intimidade, mesmo que não se

permaneça por 24 horas. O ambiente também poderá ser preparado e adaptado, de acordo com as necessidades dos idosos e legislação vigente.

WILLIAMS (1997) propõe que a avaliação do ambiente em que o senescente circula, tanto o ambiente físico interno (o lar) quanto o ambiente físico externo (as redondezas), deva ser realizada por um profissional enfermeiro ou por um membro da equipe de trabalho, com condições de intervir nas prováveis modificações. O objetivo dessa avaliação, de acordo com outros autores já citados e com a autora desta dissertação, é a importância de o cliente, mesmo que apresentando limitações funcionais, usufrua com segurança do local em que vive. Serve para identificar as necessidades de modificação, tornando-o adequado à circulação dos idosos. O local onde esse condomínio foi construído dificulta o acesso dos idosos para outras localidades: além de o ponto de ônibus ser distante, as redondezas das casas e as ruas ou são de terra ou pavimentadas com pedregulhos; há buracos e o terreno é inclinado, dificultando a locomoção.

As casas que compõem o condomínio necessitam de ajustes na sua estrutura externa e interna, como corrimão, onde for necessário, maçanetas apropriadas para o manuseio prático de seus moradores, pisos antiderrapantes e pintura em cor clara, para facilitar a visualização dos objetos.

O aparelho telefônico, por exemplo, encontra-se localizado sobre uma estrutura de cimento, em forma de quadrado, com um degrau que pode, devido à deambulação inadequada, oferecer risco de quedas com conseqüências graves para o idoso, como fraturas e entorces, conforme ilustra a foto seguinte.

Constatou-se que pequenas alterações contribuiriam sobremaneira para a auto-estima e a segurança do caminhar dos moradores desse condomínio, estimulando a auto-estima, integrando o idoso ao seu contexto social.

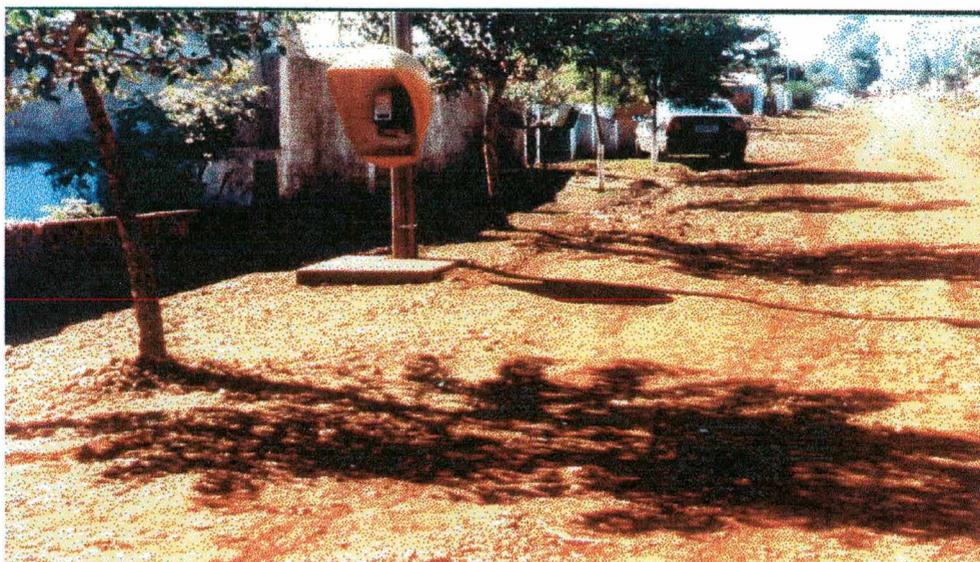


Foto nº 21.

Na velhice, diante da transformação que ocorre no organismo ou em decorrência de patologias, o ambiente pode trazer algumas dificuldades, riscos e desconfortos. Quando o senescente demonstra dependência, é importante garantir-lhe que tenha a sua privacidade assegurada no seu próprio ambiente. Todas as modificações ambientais, mesmo inerentes aos seus hábitos, devem ocorrer harmonicamente e não serem impostas, pois as conseqüências emocionais se tornariam sérias. Quando ocorre a presença de riscos iminentes, devemos envolver os idosos na mudança, para que percebam a necessidade de se implementar um ambiente seguro, fazendo com que participem das modificações, explicando-lhes os porquês das alterações necessárias.

VIEIRA (1996) alerta para o fato de que uma das grandes metas da gerontologia é manter o idoso na sua residência, com a família. Na assistência domiciliar isso vem-se despontando como importante papel na organização do atendimento, diminuindo também os efeitos iatrogênicos causados pela hospitalização a longo prazo. Segundo a mesma autora, é possível desenvolver esse tipo de assistência para diversos tipos de tratamento, dependendo das

condições em que o cliente se encontra, a fim de assegurar-lhe a qualidade da assistência. Para isso é importante um quadro clínico estável, o apoio e o interesse do cuidador. Os avanços tecnológicos têm permitido e facilitado esse procedimento, não só para aqueles que apresentam enfermidades crônicas ou agudas, mas também para aqueles que necessitam de reabilitação funcional em nível cognitivo e, até mesmo para a manutenção dos cuidados básicos.

Essa é uma realidade no Brasil, onde há muitos locais em que essa prática é comum e as famílias participam das orientações em alguns segmentos que têm programas para idosos, visando ao seu restabelecimento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fio condutor deste estudo foi o relacionamento estabelecido entre a pesquisadora e os idosos da Unidade do Condomínio da 3ª Idade. Esse relacionamento teve, como base de sustentação, os cuidados de enfermagem aliados a um processo de educação sobre a saúde dos pés, com vistas à melhoria da qualidade de vida no decorrer do processo de envelhecimento. Faz-se necessário tornar claro que, durante esse relacionamento, se manteve o respeito à integridade e aos valores dos idosos.

Dando continuidade ao estudo elaborado, sugere-se que a instituição de ensino, que utiliza a Unidade de Condomínio da 3ª Idade como campo de atividades práticas supervisionadas, promova a formação de uma equipe interdisciplinar, que envolva profissionais da área médica, nas suas especificidades, como nutrição, fisioterapia, psicologia, terapia ocupacional e odontologia, com o intuito de prover o idoso com a atenção que abranja integralmente os problemas biopsicossociais identificados durante a investigação realizada no que se refere aos pés, assim como no contexto global de saúde.

Após o levantamento dos dados decorrentes da investigação, concordou-se com GUDAS (1997), quando afirma ser um desafio interessante a atenção,

cuidados e tratamento para os pés dos idosos e, no que se refere à enfermagem, vislumbra-se um caminho a ser percorrido.

As crenças, valores, normas e ritos de cuidado influenciam poderosamente no processo de sobrevivência humana, tanto nas fases de crescimento e desenvolvimento quanto no decorrer do processo saúde-doença e de envelhecer. O conhecimento e a compreensão cultural do cuidado são necessários para o desenvolvimento da prática assistencial de enfermagem, com visão ampla para o cuidado com o idoso, institucionalizado ou não.

A instituição abordada pelo presente trabalho está em constante processo de adequação, priorizando uma convivência mais digna para o idoso que nela reside. Apesar de contar com estrutura ainda muito pequena e falta de recursos adequados para atender a demanda dos idosos, vislumbra-se a possibilidade de ajustes e melhorias. A presença da Universidade com acadêmicos e docentes e da Secretaria de Ação Social desencadeou a busca de outras pessoas e instituições que possam contribuir com a assistência e inserção dos idosos no contexto social.

A saúde e a doença permeiam todo o processo de envelhecer, porém a visão de saúde-doença dos enfermeiros e dos profissionais da saúde nem sempre reflete a visão de saúde-doença dos seres humanos em geral. Por essa razão, as ações da enfermagem e a atenção a saúde devem embasar-se não só num conjunto de conhecimentos que englobem a cultura pessoal e profissional, mas também nas percepções e na importância da interação com o outro.

Essa trajetória profissional despertou o interesse da autora deste trabalho para a área de assistência e cuidado, com grande ênfase, ainda que timidamente, para a particularidade relacionada ao cuidado dos pés e à ortopedia.

Acrescento aos comentários a respeito da enfermagem gerontogeriatrica os cuidados que devem ser dirigidos às especificidades da enfermagem, voltados as necessidades apresentadas. Trata-se de um contínuo buscar de subsídios, estudos e informações que possibilitem o enriquecimento destes conhecimentos para a enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVAREZ, Angela M.; GONÇALVES, Lúcia H. & STEVENSON, Joane S. O cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica. **TEXTO & CONTEXTO**. ENFERMAGEM/UFSC. Programa de Pós Graduação em Enfermagem - v.1, n. 1. Florianópolis: UFSC, 1992.
- BARROS FILHO, Tarcísio E. P. de & NAPOLI, Manlio M. M. Aspectos ortopédicos e traumatológicos. *In*: CARVALHO FILHO, E. T. & PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica, terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- BATES, Barbara. **Propedêutica médica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BRAGA, Cristiane Giffoni. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, 1997. v. 31, n. 3, p. 41.
- BRASIL, Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispões sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Órgão oficial de divulgação. Sociedade brasileira de geriatría e gerontologia. São Paulo, v. 5, n. 1, p. 41, março 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria nº 400 de 06 de dezembro de 1997. Resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- BRICOT, Bernard. **Posturologia**. São Paulo: Ícone, 1999.
- BURNSIDE, I. M., **Enfermagem e os idosos**. São Paulo: Andrei, 1979.
- BEAUCHAMP & CHILDRESS. *In*: CAMPBELL, Alastair V. **A Bioética no século XXI. O mundo da saúde**. São Paulo. a. 22 v.22 n. 3, p. 171-174, maio/jun. 1998.

- CAÇÃO, João de Castilho. Envelhecer no século XXI. **Gerontologia - Órgão oficial de divulgação**. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Seção São Paulo, v. 5, n. 1, p. 40-41, mar/1997.
- CAMPBELL, A. V. A Bioética no século XXI. **O mundo da saúde**. São Paulo. ano 22 v.22 n. 3, p. 171-174, mai/jun/1998.
- CAMPEDELLI, M. C. et al. **Processo de enfermagem na prática**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1992.
- CARVALHO F.º, F. L. & PAPALÉO NETTO, M. **Geriatria: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- CIANCIARULLO, T.I. et. al. Uma filosofia assistencial de enfermagem na prática. **Revista Paulista de Hospitais**. v. 31, n. 5-6, p. 99-102, maio/jun/1983.
- CUNHA, Ayres da. Envelhecimento populacional no mundo. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 30 de dezembro de 1998.
- DIOGO, Maria José D'Elboux. Gerontologia est cols. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- DUARTE, Y. A. O. Princípios de Assistência de Enfermagem Gerontológica *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- EVANSKI, P. M. The geriatric foot. *In*: Jahss MH (ed): Disorders of the Foot. Philadelphia, PA, Saunders, 1982, pp. 964-978.
- FINLAY, Olwen, E. Problemas com os pés e prescrição de calçados. *In*: PICKLES, B.; COMPTON, A.; SIMPSON, J. M. & VANDERVOORT, A. A. **Fisioterapia na terceira idade**. São Paulo: Santos, 1998.
- GARRAFA, V.; OSELKA, G. & DINIZ, D. Saúde pública, bioética e equidade. **Bioética**. v. 5, n. 1, Brasília, 1997, p. 27-33.
- GONÇALVES, Lúcia H. Takase. & ARRUDA, Eloita Neves. **A enfermagem e a arte de cuidar**. Florianópolis: UFSC, 1998.
- GUDAS, Charles. J. Doenças dos pés comuns em pessoas idosas. *In*: CALKINS, E.; FORD, A. B. & KATZ, P. R. **Geriatria prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- GÜNTER, L. M. & MILLER, J. C. Toward a nursing gerontology. **Nurs. Res.** 26: 208-21, 1977.
- HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campos, 1997.

- HELMAN, C. G. **Culture, health and illness: na introduction for health professionals.** London: Wright, 1990.
- HOSSNE, W. S. Ética nas pesquisas. **Medicina. Conselho Federal.** v. 10. n. 2, p.22-23, jun/1997.
- JACOB FILHO, Wilson. & SOUZA, Romeu R. de. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. *In:* CARVALHO FILHO, E. T. & PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia: fundamentos, clínica, terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1998.
- JACOB FILHO, Wilson & CHIBA, Toshio. Atendimento multidisciplinar. *In:* CARVALHO FILHO, E. T. & PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica, terapêutica.** São Paulo: Atheneu, 1998.
- JORDÃO NETTO, Antonio. Asilo de Velhos. Uma instituição nada exemplar. **Revista São Paulo em Perspectiva.** São Paulo: v. 1, n. 3, p. 71-76, 1987.
- _____. **Gerontologia básica.** São Paulo: Lemos, 1997.
- KLIGMAN, A. M & TAKASE, Y. **Cutaneous Aging.** Tokio, University of Tokyo Press, 1988.
- LEINNINGER, M. The phenomena and nature of caring. First National Conference. *In:* **Caring and essential human need: proceding of The National Caring Conferences.** New Jersey: The World or Caring, 1996.
- LEME, L. E. G. **O envelhecimento.** São Paulo: Contexto, 1997. (Mitos & verdades).
- LI, William. **Sêneca sobre a brevidade da vida.** Edição bilíngüe. São Paulo: Nova Alexandria, 1998.
- LLORENTE, Paloma Domingo. & RUIPÉREZ, Isidoro Cantera. **Geriatría. Guias práticos de enfermagem.** Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 1996.
- MADER, S. L. & FORD. A. B. História e exame físico do paciente geriátrico. *In:* CALKINS, E.; FORD, A. B. & KATZ, P. R. **Geriatría prática.** Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- MARIM, M. J. S. & ANGERAMI, E. L. S. Problemas dos idosos na alta hospitalar. *In:* **Gerontologia 2:** 678-74,1996.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Grupo científico sobre la epidemiología dei envejecimiento, Ginebra, 1984. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los anciamos. Série de Informes Técnicos, 706

- PARANÁ. Secretaria de Estado do Planejamento. Departamento de Estatística. **Normas para apresentação tabular e gráfica**. 2. ed. Curitiba, 1983.
- PECCI, João Carlos. **Minha profissão é andar**. 22. ed. São Paulo: Summus, 1980.
- PEREIRA, Leani Souza Máximo.; BASQUES, Flávia Valadares & MARRA, Taís Almeida. Avaliação da marcha em idosos. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo. a. 23, v. 23, n. 4, p. 221-228, 1999.
- RODELLE, Bernard. **O que fazer diante de um pé doloroso**. São Paulo: Andrei, 1981.
- RODRIGUES, R. P. & DIOGO, M. J. D. **Como cuidar dos idosos**. Campinas: Papyrus, 1996.
- SALGADO, M. A. O significado da velhice no Brasil, uma imagem da realidade latino americana. **Terceira Idade**. v. 4, n. 5, p. 7-13. 1992.
- SANTOS, L. L. C. dos. Ações de enfermagem e sua importância segundo o enfermeiro e o paciente geriátrico. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**, São Paulo. v. 16, n. 4, p. 23-26, dez/1996.
- SILVA.; PEREIRA. & GARCIA. A instituição e o idoso: um estudo das características da instituição do perfil de seus moradores. **Gerontologia**. São Paulo: v. 6 n. 4, p. 167-176, 1998.
- SCHOUERI JUNIOR, R.; RAMOS, L. R. & PAPALÉO NETTO, M. Crescimento populacional: aspectos demográficos e sociais. *In*: CARVALHO FILHO, E. T. & PAPALÉO NETTO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- TRIVIÑOS, Augusta Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Normas para apresentação de trabalhos. Curitiba: UFPR, 1996. v. 2, 6 e 8.
- VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.
- VIEIRA, E. B. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WALDOW, V. R. O papel da enfermagem na velhice em face das modificações fisiológicas e fisiopatológicas. **Revista Paulista de Enfermagem**. v. 04, n. 4, p. 127-130, São Paulo, 1984.

_____. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar. A enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

_____. **Cuidado humano, o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

WILLIAMS, T. F. Avaliação geriátrica global. *In*: CALKINS, Evan.; FORD, Amasa B. & KATZ, Paul R. **Geriatría prática**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

BERQUÓ, E. Envelhecimento populacional no Brasil e suas consequências. *In*: PEREIRA, D.M. **Idoso : encargo ou patrimônio**. São Paulo: Proposta Editorial, 1993.

_____. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. MPAS. **Anais... do I Seminário Internacional. Envelhecimento Populacional**. Brasília: MPAS, 1996.

BODACHNE, Luiz. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Curitiba: Champagnat, 1998.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar. Ética do humano : compaixão pela terra**. 5. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BOTH, A.; BOTH, S. L. & PORTELLA, M. R. **Fundamentos da gerontologia**. Passo Fundo: UPF, 1994.

CAPALBO, C. Ética social e ética pública. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro: UERJ, v. 3, n. 2, p. 223-226, out/1995.

CARDIA, Maria Cláudia Gatto (org.) **Manual da escola de posturas**. 2. ed. João Pessoa: Universitária, 1998.

CECCONELLO, Ivan.; OLIVEIRA Marcelo A. de.; PINOTTI, Henrique W.; POLLARA, Wilson M.; RAIA, A. A. & ZILBERSTEIN, Bruno. **Nutrição enteral em cirurgia**. s/d.

CHAIMOWICZ, Flávio. **Os idosos brasileiros no século XXI. Demografia, saúde e sociedade**. 1. ed. São Paulo: Postgraduate, 1998.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

COMPTON, Ann.; COTT, Cheryl.; PICKLES, Barrie.; SIMPSON, Janet. & VANDERVOORT, Anthony. **Fisioterapia na terceira idade**. 1. ed. São Paulo: Santos, 1998.

- CURIATI, J. A. E. & ALENCAR, Y. M. G. de. Aspectos da propedêutica do idoso. *In*: CARVALHO FILHO, E. T. & PAPALÉO NETO, M. **Geriatría: fundamentos, clínica, terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1998.
- DEPS, V L. Atividade e bem estar psicológico na maturidade. *In*: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.
- FARO, Ana C. M.; ONOE, Edna K. N.; UTIMURA, Márcia. & VENTURE, Maria de F. **Enfermagem ortopédica**. São Paulo: Ícone, 1996.
- GAIARSA, J. A. **Como enfrentar a velhice**. 3ed. São Paulo: Ícone, Campinas: Unicamp, 1986.
- GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem**. Rio de Janeiro: Artes Médicas, 1993.
- GOSBSTEIN, L. L. & NERI, A. L. Tudo bem graças a Deus. Religiosidade e satisfação na maturidade e na velhice. *In*: NERI, A. L. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.
- GUALDA, D. M. R. & HOGA, L. A. K. **Estudo sobre teoria transcultural de Leininger**. Ver. Esc. Enfe., v. 26, n. 1, São Paulo, mar/1992, pg. 75-86.
- HADDAD, Luciane. & RICHE. Rosa. Oficina da palavra, p. 145. *In*: **Revista de Domingo, Jornal do Brasil** (Luís Fernando Veríssimo).
- MERCADANTE, Elizabeth. et. al. **Gerontologia**. *In*: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.
- MINAYO, Maria C. S. Saúde-doença: uma concepção popular de etiologia. **Cadernos de saúde pública**. v. 4, n. 4. Rio de Janeiro, 1988, pg. 363-381.
- _____. **Pesquisa social. Teoria, método e criatividade**. 6. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem à mulheres e recém-nascidos**. Dissertação (Mestrado). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, UFSC. Florianópolis, 1994.
- MÜLLER-DIAS, L.P. & TRENTINI, M. **Meu primeiro projeto assistencial**. Florianópolis: UFSC/Casa Vida e Saúde, 1994.
- OKUMA, S. S. Envelhecimento ativo e feliz. **Atividades em Geriatría**. a. 2, n. 13, p. 5, out/1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **O mundo da saúde**. São Paulo, v. 22 n. 3

REVISTA DE ENFERMAGEM. Rio de Janeiro: UERRJ, v. 3 n. 2, p. 223-226, out/1995.

SANTIAGO, J.; MELLO, M. H. M. & TANAKA, C. Alinhamento postural e projeção do centro de gravidade em mulheres idosas. **Gerontologia**, v. IV, n. 4, p. 23-26, dez/1996.

ANEXOS

ANEXO 1

TERMOS DE: AUTORIZAÇÃO E CONSENTIMENTO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/UFSC/SETI – UFPR – Receptora
PUC-CESULON-PARANAÍ-UNIOESTE – Associadas

Curitiba, 25 de fevereiro de 2000

lima Sr.^a Secretária Municipal da Ação Social de Cascavel

M. D. Sr.^a Regina Marta Barreiros Bento

Assunto: Termo de Autorização

O presente instrumento tem por objetivo solicitar de Vossa Senhoria autorização para que a enfermeira e mestranda em Assistência de Enfermagem da UFSC/UFPR, **MARCIA REGINA SANTANA S. BARBOSA MENDES** possa realizar a coleta de dados junto aos idosos do Condomínio da 3^a Idade.

Os recursos para obtenção das informações que subsidiarão a Dissertação de Mestrado envolvem entrevistas, fotos, gravações e filmagens. Tendo em vista a importância desse estudo e a contribuição que poderá oferecer par ao Município, pedimos especial atenção no sentido de facilitar o acesso aos idosos, residentes no Condomínio supracitado.

Agradecemos antecipadamente a atenção dispensada.

Neste Termos
Pedimos Deferimento

Profa. Dra. Lourdes Emília Ruviaro Novakoski
Orientadora/Docente da UFPR

Márcia Regina S. Santana Barbosa Mendes
Mestranda da UFSC/UFPR

RESPOSTA DO TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Condomínio da 3ª Idade

Rua Pitágoras, s/n - CEP 85.814-385

Jardim Tarumã – Cascavel – PR Fone: (0XX45) 222-4492

Autorização

Autorizamos a Enfermeira Márcia Regina S. S. B. Mendes a utilizar nome, endereço e local desta Instituição, “Condomínio da 3ª Idade”, na realização de suas atividades referentes ao Mestrado, junto aos idosos da Instituição supra citada, conforme sua solicitação a nós enviada, bem como na divulgação deste trabalho e os resultados obtidos, através dos dados coletados. Temos ciência que será relevante e colaborador para ambas as partes.

Por ser verdade, firmamos o presente

Cascavel, 01 de Março de 2000.

Regina Marta Barreiros Bento
Secretária Municipal de Ação Social

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/UFSC/SETI – UFPR – Receptora
PUC-CESULON-PARANAVAÍ-UNIOESTE – Associadas

Esclarecimento: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após o consentimento livre e esclarecido dos sujeitos à participar na pesquisa”. Brasil, - Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. Resolução: 196/96.

“Através do desenvolvimento do presente trabalho, intenciono assistir ao idoso, contribuindo para a qualidade de sua marcha através do cuidado com os pés. Considerando o idoso como um todo, sendo que, nenhuma das partes do ser humano pode ser compreendida isoladamente. Utilizando para realização do presente trabalho, entrevista com roteiro semi estruturado, atendendo os principais pontos de interesse do estudo, com flexibilidade para o respondente expressar-se e a avaliação de suas condições de saúde e limitações físicas”.

Autorização: Eu, _____

morador (a) do Condomínio da 3ª Idade, tenho interesse e concordo em participar do trabalho do Mestrado da Enfermeira Márcia Mendes. A mesma esclareceu-me sobre o assunto, que envolve a pesquisa, seus riscos e benefícios, com o respeito, garantindo-me sigilo, privacidade e segurança quanto as informações obtidas. Diante do exposto considero-me com total liberdade para participar e desistir, deste trabalho, caso seja de minha vontade e sem quaisquer prejuízo para minha pessoa. Contudo, fui informado (a) que por trata-se de um trabalho científico será divulgado em eventos e revistas da área da saúde. Para este trabalho serão utilizados recursos tais como: fotografia, filmagem e gravação. Após os devidos esclarecimentos, concordo em participar deste trabalho.

Cascavel, _____ 2000.

(assinatura)

Enfermeira Márcia Regina S. S. B. Mendes
Rua Santa Catarina, 855, Apto 101, Centro – CEP 85.806-040
Cascavel – PR Fone: (45) 224-4391

ANEXO 2
LEGISLAÇÃO

DECRETO nº 1.948, de 3 de julho de 1996

Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV e VI da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, DECRETA:

Art. 1º - Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades políticas são as estabelecidas neste Decreto.

Art. 2º - Ao Ministério de Previdência e Assistência Social, pelos seus órgãos compete:

I – coordenar as ações relativas a Política Nacional do Idoso;

II – promover a capacitação dos recursos humanos para atendimento ao idoso; participar em conjunto com os demais Ministérios envolvidos, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

III - participar em conjunto com os demais Ministérios envolvidos, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

IV – estimular a criação de formas alternativas de atendimento não-asilar;

V – promover eventos específicos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento;

VI – promover articulações inter e intraministeriais à implementação da Política Nacional do Idoso;

VII – coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos; VIII -fomentar junto aos Estados, Distrito Federal, Municípios e organizações não-governamentais e prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar;

Art. 3º - Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Parágrafo único - A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Art. 4º - Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I – Centro de Convivência – local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II – Centro de Cuidado Diurno, Hospital-Dia ou Centro-Dia: local destinado à permanência do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou assistência multiprofissional;

III – Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;

IV – Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V – atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI – outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Art. 5º - Ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS compete:

I – dar atendimento preferencial ao idoso, especificamente nas áreas de Seguro Social, visando à habilitação e à manutenção dos beneficiários, exame médico pericial, inscrição de beneficiários, serviço social e setores de informação;

II – prestar atendimento, preferencialmente, nas áreas de arrecadação e fiscalização visando à prestação de informações e ao cálculo de contribuições individuais;

III – estabelecer critérios para viabilizar o atendimento preferencial ao idoso;

Art. 6º - Compete ao INSS esclarecer ao idoso sobre seus direitos previdenciários e aos meios de exercê-los. O serviço social atenderá, prioritariamente, nos Postos do Seguro Social, os beneficiários idosos em via de aposentadoria.

O serviço social, em parceria com órgãos governamentais e não-governamentais, estimulará a criação e a manutenção de programas de preparação para aposentadorias, por meio de assessoramento às entidades de classes, instituições de natureza social, empresas e órgãos públicos, por intermédio das suas respectivas unidades de recursos humanos.

Art. 7º - Ao idoso aposentado, exceto por invalidez, que retornar ao trabalho nas atividades abrangidas pelo Regime Geral de Previdência Social, quando acidentado no trabalho, será encaminhado ao Programa de Reabilitação do INSS, não fazendo jus a outras prestações de serviço, salvo às decorrentes de sua posição de aposentado.

Art. 8º - Ao Ministério do Planejamento e Orçamento, por intermédio da Secretaria de Política Urbana, compete:

I – buscar, nos programas habitacionais com recursos da União ou por ela geridos, a observância dos seguintes critérios:

- a) identificação, dentro da população-alvo destes programas, da população idosa e suas necessidades habitacionais;
- b) alternativas habitacionais adequadas para a população idosa identificada;
- c) previsão de equipamentos urbanos de uso público que também atendem às necessidades da população idosa;
- d) estabelecimento de diretrizes para que os projetos, que utilizam tipologias habitacionais adequadas para a população idosa identificada, eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas;

II – promover gestões para viabilizar linhas de crédito visando ao acesso a moradias para o idoso, junto:

- a) à entidades de crédito habitacional;
- b) aos Governos Estaduais e do Distrito Federal;
- c) a outras entidades, públicas ou privadas, relacionadas com os investimentos habitacionais;

III – incentivar e promover, em articulação com os Ministérios da Educação e do Desporto, da Ciência e Tecnologia, da Saúde e junto às instituições de ensino e pesquisa, estudos para aprimorar as condições de habitabilidade para os idosos, bem como sua divulgação e aplicação aos padrões habitacionais vigentes;

IV – estimular a inclusão na legislação de: a) mecanismos que induzam a eliminação de barreiras arquitetônicas para o idoso, em equipamentos urbanos de uso público;

b) adaptação, em programas habitacionais no seu âmbito de atuação, dos critérios estabelecidos no inciso I deste artigo.

Art. 9º - Ao Ministério da Saúde, por intermédio as Secretaria de Assistência à Saúde, em articulações com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

I – garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o sistema articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

II – hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério de Saúde;

III – estruturar centros de referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde, com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento;

IV – garantir acesso à assistência hospitalar;

V – fornecer medicamentos, órteses e próteses. necessários à reabilitação e recuperação da saúde do idoso;

VI – estimular a participação do idoso nas diversas instâncias do Sistema Único de Saúde;

VII – desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde;

VIII – desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a: a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo com autonomia e independência que lhe for própria;

b) estimular o autocuidado e o cuidado informal;

c) envolver a população nas ações de promoção de saúde do idoso;

d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social;

e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso;

IX – adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

X – elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares e acompanhar sua implementação;

XI – desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, para treinamento de profissionais de saúde;

XII – incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais;

XIII – realizar e apoiar estudos e pesquisa de caráter epidemiológico visando à ampliação do conhecimento sobre o idoso e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação;

XIV – estimular a criação da rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de Unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-Dia, Centro-Dia) de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos;

Art. 10º - Ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

I – viabilizar a implantação do programa educacional voltado para o idoso, de modo a atender o inciso III do art. 10 da Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II – incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento;

III – estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional;

IV – incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;

V – incentivar a inclusão de disciplinas de Geriatria e Gerontologia nos currículos dos cursos superiores;

Art. 11º - Ao Ministério do Trabalho, por meio de seus órgãos, compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho.

Art. 12º - Ao Ministério da Cultura compete, em conjunto com seus órgãos e entidades vinculadas, criar programas de âmbito nacional visando:

I – garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

II – propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos;

III – valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

IV – incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

Parágrafo único – Às entidades vinculadas do Ministério da Cultura, no âmbito de suas respectivas áreas afins, compete a implementação de atividades específicas, conjugadas à Política Nacional do Idoso.

Art. 13º - Ao Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria dos Direitos da Cidadania, compete:

I – encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou ao Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;

II – zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos;

Parágrafo único – Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

Art. 14º - Os Ministérios que atuam na área de habitação e urbanismo, de saúde, de educação e desporto, de trabalho, de previdência e assistência social, de cultura e da justiça deverão elaborar proposta orçamentária no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Art. 15º - Compete aos Ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso, dentro de suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso.

Parágrafo único – Para viabilizar a capacitação de recursos humanos, os Ministérios poderão firmar convênios com instituições governamentais e não-governamentais, nacionais, estrangeiras ou internacionais.

Art. 16º - Compete ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

Art. 17º - O idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Parágrafo único – O idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover a sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei.

Art. 18º - Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou pôr em risco sua vida ou a vida de terceiros.

Parágrafo único – A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, depende de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.

Art. 19º - Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o sistema de saúde local.

Art. 20º - Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de julho de 1996, 175º da

Independência e 106º da República.

ANEXO 3

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

MESTRADO INTERINSTITUCIONAL UFSC / UFPR
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
Mestranda: Márcia Regina S. S. B. Mendes

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

1. Dados Pessoais:

1.1 Nome: _____ 1.2 Peso: _____ 1.3 Altura: _____

1.4 Idade: _____ 1.5 Sexo: _____ 1.6. Estado civil: _____ 1.7 Religião: _____

1.8 Instrução: _____ 1.9 Renda: _____

1.10 Ocupação anterior: _____ atual: _____

1.11 Procedência – Cidade: _____ Estado: _____

Zona Rural: _____ Zona Urbana: _____

Observações: _____

2. Condição do Idoso no Condomínio:

2.1 Há quanto tempo reside no Condomínio da 3ª Idade? _____

2.2 Motivo(s) que o levou a residir no Condomínio: _____

2.3 Com quem reside? _____

2.4 Quem é seu cuidador? _____

2.5 Qual sua maior preocupação no momento? _____

2.6 Condições da habitação¹ _____
(manutenção do ambiente seguro, para a deambulação)

3. Situação de Saúde, Limitações Físicas:

3.1. Hábitos: a) Fumo: () Sim () Não

b) Álcool: () Sim () Não

c) Sedentário (a) () Sim () Não

Observações: _____

¹ Manutenção do ambiente seguro, para deambulação.

3.2. História de doenças:

- Problemas Osteoarticulares Diabetes mellitus
 Problemas Vasculares Problemas Dermatológicos
 Obesidade Esforço Ocupacional
 Incontinência urinária

3.3 Em relação aos pés, o Sr.(^a) acha que tem alguma deformidade? Sim
 Não. Qual? _____

3.4 Já procurou o serviço de saúde por causa de problemas referentes aos pés?
 Sim. O profissional de saúde examinou os seus pés? _____
 Não. Por que? _____

3.5 Observou modificação nos seus pés? Sim Não Desde quando?__

3.6 Observou modificação na sua marcha? Sim Não Desde quando? __

3.7 Quando criança alguém percebeu alguma deformidade em seus pés?

Sim Não

3.8 Recebeu algum tratamento ortopédico para os pés? Sim Não

PARTE 2 – CUIDADOS COM OS PÉS

4 Cuidado com os Pés

4.1 Tem o hábito de higienizar os pés diariamente? Sim Não
 Como o faz? _____

4.2 Tem dificuldade de lavar os pés? Sim Não
 Qual é a dificuldade? _____

4.3 Costuma secar entre os dedos dos pés? Sim Não

4.4 Tem dificuldade de cortar as unhas dos pés? Sim Não
 Por que? _____

4.5 Caso tenha dificuldades nestes cuidados citados, quem os faz? _____

4.6 Qual a importância dos seus pés como parte do corpo? _____

5. Marcha, equilíbrio e calçado:

5.1 Tem segurança ao pisar? Sim Não

Por que? _____

5.2 Tem dores nos pés? Sim Não

Local: _____ Com que frequência _____

5.3 Cai freqüentemente? Sim Não

O que o leva a cair? _____

5.4 A condição dos seus pés dificultam a realização de atividades diárias?

Sim Não

Por que? _____

5.5 Costuma andar descalço? Sim Não

Por que? _____

5.6 Calça corretamente os calçados? Sim Não

Por que? _____

5.7 Tem dificuldade em colocar o calçado? Sim Não

Por que? _____

5.8 Usa meias habitualmente? Sim Não

Como usa? _____

5.9 Que tipo de calçados usa?

Por que? _____

5.10 Quanto tempo permanece com os pés calçados?

ao sair em casa o dia todo
nunca

5.11 Características do calçado que mais usa:

sola de borracha cabedal de plástico

sola de plástico cabedal de couro

sola de madeira cabedal de tecido

outros—Quais? _____

5.12 Ao longo de sua vida, que tipo de calçado mais utilizou?

salto baixo médio alto chinelo

botina descalço

sandália tênis

sapato fechado

Outros: _____

6. Inspeção dos pés:

6.1 Higiene: () Adequada () Regular () Precária

Observação: _____

6.2 Integridade cutânea: dermatoses² dermatofitoses (tinea pedis), verrugas plantares, hiperkeratoses
{calosidades, calos}:

Condições cutâneas: _____

6.3 Sinais de distúrbios circulatórios: Palpação da artéria tibial posterior e dorsal dos pés: _____
Temperatura¹: _____ Coloração²: _____
Varicosidade, presença ou iminência de úlcera: _____
Edema: _____6.4 Presença de deformidades anatômicas dos pés³: () Sim () Não6.5 Anomalias das unhas⁴: () Sim () Não

6.6 Observação da marcha, postura e equilíbrio:

6.6.1 Posicionamento natural no solo: () lateral () medial () plantar

6.6.2 Claudicação () sim () não () c/dificuldade.
- Arrasta os pés: () sim () não () c/dificuldade
- Desvio do pé para a direita: () sim () não () c/dificuldade
- Desvio do pé para a esquerda: () sim () não () c/dificuldade
- Marcha para trás: () sim () não () c/dificuldade
- Marcha para frente: () sim () não () c/dificuldade

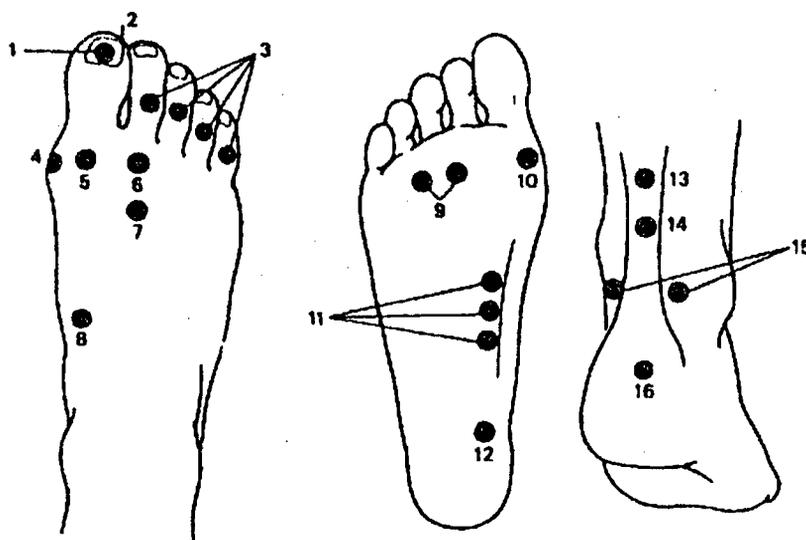
6.7 Pontos dolorosos: _____

Data: ___/___/___

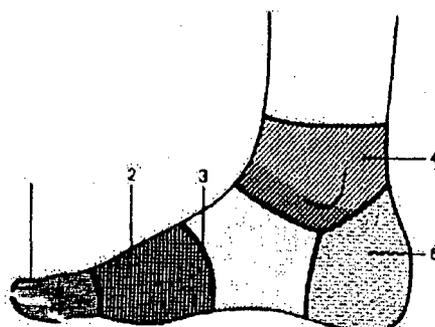
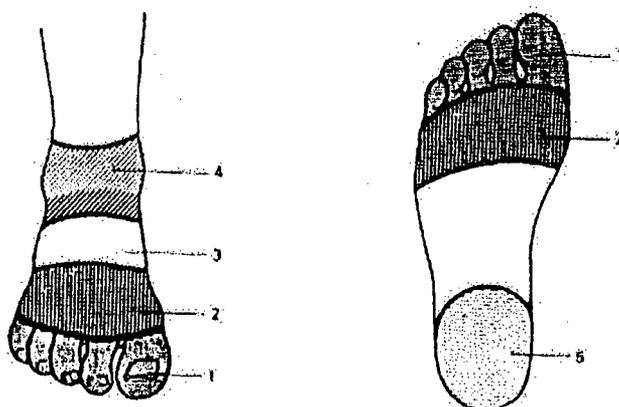
Entrevistador: _____

² Lesões de pele: Queratose, alteração pré-ulcerativas, ulcerações, descamação, escoriações, necrose ou gangrena, eczemas, verrugaplantar, calosidades, calos, psoríase.¹ Temperatura da pele: normal, abaixo do normal e acima do normal.² Coloração da pele: normal, cianótica, ruborizada, pálida.³ Alterações na forma dos pés: pé valgo, pé varo, pé cavo, pé plano, pé eqüino, deformidade dos dedos, "joanetes" (*hallux valgus*).⁴ Exame das unhas dos pés: descoloração, opaca, hiperqueratose, onicólíose, onicogrifose.

PONTOS DOLOROSOS – PATOLOGIAS FREQUENTES



- 1 - Calo ou exostose subungueal, tumor do jeito da unha.
- 2 - Unha encravada.
- 3 - Calos.
- 4 - Hallux valgus.
- 5 - Artrite ou artrose metatarso-falângicas.
- 6 - Doença de Freiberg-Köhler.
- 7 - Fratura de marcha do 2º metatarso.
- 8 - Artrite médio-tarsiana, escafoidite.
- 9 - Neuroma plantar ou metatarsalgia estática.
- 10 - Sesamoidopatia.
- 11 - Esclerose nodular da aponeurose plantar (Doença de Ledderhose).
- 12 - Aponeurosite plantar calcânea.
- 13 - Tendinite do tendão de Aquiles.
- 14 - Ruptura do tendão de Aquiles.
- 15 - Tenossinovite retromaleolar.
- 16 - Bursite retroaquiliana.

PÉ DOLOROSO - TOPOGRAFIA DAS PODALGIAS

- 1 - Dores do dedo.
- 2 - Dores metatarsianas e metatarso-falângicas.
- 3 - Dores Tarsianas anteriores e médio-tarsianas.
- 4 - Dores do tornozelo.
- 5 - Dores do Calcanhar.

ANEXO 4

TABELAS DE PESO/ALTURA

TABELA 1-PESO IDEAL EM RELAÇÃO A ALTURA PARA O SEXO MASCULINO

Altura (cm)	Peso (Kg)	Altura (cm)	Peso (Kg)	Altura (cm)	Peso (Kg)
145	51.9	159	59.9	173	68.7
146	52.4	160	60.5	174	69.4
147	52.9	161	61.1	175	70.1
148	53.5	162	61.7	176	70.8
149	54.0	163	62.3	177	71.6
150	54.5	164	62.9	178	72.4
151	55.0	165	63.5	179	73.3
152	55.6	166	64.0	180	74.2
153	56.1	167	64.6	181	75.0
154	56.6	168	65.2	182	75.8
155	57.2	169	65.9	183	76.5
156	57.9	170	66.6	184	77.3
157	58.6	171	67.3	185	78.1
158	59.3	172	68.0	186	78.9

Tabela adaptada por Blackburn e col., 1977 de estudo original de Jelliffe, D. B. – **The assessment of nutritional status of the community.** Geneva, Who, 1966.

TABELA 2 – PESO IDEAL EM RELAÇÃO A ALTURA PARA O SEXO FEMININO

Altura (cm)	Peso (Kg)	Altura (cm)	Peso (Kg)	Altura (cm)	Peso (Kg)
140	44.9	150	50.4	160	56.2
141	45.4	151	51.0	161	56.9
142	45.9	152	51.5	162	57.6
143	46.4	153	52.0	163	58.3
144	47.0	154	52.5	164	58.9
145	47.5	155	53.1	165	59.5
146	48.0	156	53.7	166	60.1
147	48.6	157	54.3	167	60.7
148	49.2	158	54.9	168	61.4
149	49.8	159	55.5	169	62.1

Tabela adaptada por Blackburn e col., 1977 de estudo original de Jelliffe, D. B. – **The assessment of nutritional status of the community.** Geneva, Who, 1966.

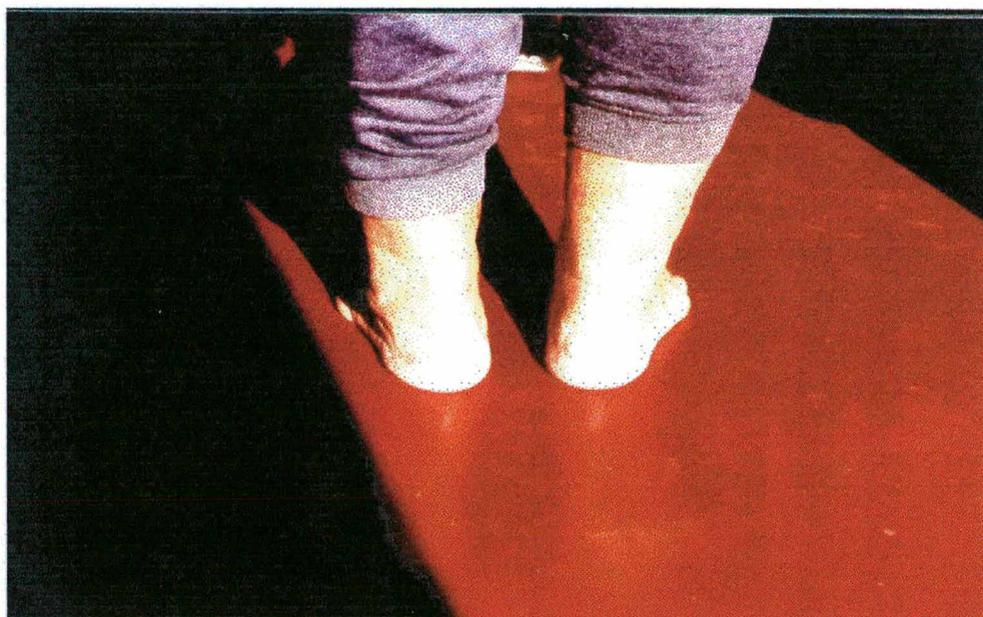
ANEXO 5

MANUAL DE CUIDADOS COM OS PÉS

- **CUIDADO COM OS CALÇADOS**

Percebeu-se durante a pesquisa, conforme os relatos dos entrevistados e de acordo como os seus calçados se apresentam, as deformações dos pés, em muitos destes casos, os têm como responsáveis.

A foto abaixo ilustra posicionamento em relação ao solo, utilizando a lateral interna dos pés.



FONTE: Local da Pesquisa.

Cuidados para o uso correto de calçados:

- a) Observar como o calçado se ajusta aos pés e, não somente ter como referência o seu tamanho.

- b) Examinar atentamente o ajuste do cabedal, que acomode confortavelmente a parte anterior do pé.
- c) O idoso tende a modificar o tamanho dos seus pés; no entanto é correto usar um tamanho de acordo com sua medida.
- d) Quando um pé for maior que o outro, normalmente isto ocorre de forma discreta, optar pelo maior tamanho.
- e) O ideal é que se tenha como parâmetro para medida o término do dia, após a movimentação dos idosos.
- f) A ponta dos pododáctilos devem ficar a pequeno espaço da ponta do calçado, para amortizar os artelhos. Para experimentá-los, a posição “em pé” é a melhor.
- g) A região calcânea precisa estar bem acomodada, para que não sofra atritos.
- h) O arco do pé (região mediana do pé), considerado o mais longo, deve estar confortavelmente instalado no calçado.
- i) O procedimento de caminhar, quando se está experimentando um calçado, deve ser realizado, para ter certeza da sua adaptação.
- j) Observar as costuras do calçado, principalmente no cabedal para evitar ferimentos e afecções.
- k) Os calçados de amarrar não são práticos para os idosos, por causa da posição em colocá-los e, caso os usem, tem que se observar o afrouxamento do laço, para não pressionar o dorso do pé, principalmente na ausência de algias.

- l) Os saltos largos contribuem para a distribuição do peso corporal sobre os pés.
- m) Possuir espaço suficiente para a movimentação dos pés, mas sem exagero.
- n) Os calçados de salto alto, pressionam o peso corporal sobre as articulações entre a região calcânea e os pododáctilos, contribuindo até para o desequilíbrio postural, contraindo outras articulações e evitando o alongamento da panturrilha.
- o) Os calçados com ponta de bico fino projetam os artelhos maiores (hállux), para fora de sua posição normal, ocorrendo assim as joanetes e pressão de articulação.

Ao se chegar à fase adulta com problema nos pés, observa-se que estes geralmente estão associados ao uso de calçados inadequados no decorrer das suas vidas (DIOGO, 1996; FINLAY, 1998; GUDAS, 1997; EVANSKI, 1982).

• CUIDADO COM AS UNHAS DOS PÉS

Nessa pesquisa, constatou-se que há dificuldades para os procedimentos de aparar as unhas dos pés especificamente entre os idosos que, neste caso, devem pedir auxílio para este tipo de procedimento. A inclusão da prática de exercícios físicos de alongamentos podem melhorar a flexibilidade do aparelho

locomotor, contribuindo para que os cuidados com os pés obtenham melhores resultados.

Segundo EVANSKI (1982), a maioria dos idosos apresentam distúrbios de unhas dos pés, fato este comprovado durante a pesquisa.

Todos os cuidados devem ser tomados em relação aos problemas apresentados pelas unhas, levando-se em consideração alguns procedimentos de cuidados como os seguintes.

- a) Antes de aparar as unhas, deixar os pés de molho em água morna para o seu amolecimento.
- b) Os sapatos devem ser confortáveis, para que não pressionem as unhas.
- c) A higiene das meias é fundamental para que se evitem micoses ou que elas aumentem.
- d) O corte das unhas deve ser reto para evitar onicocriptose (unha encravada).
- e) Casos de complicação, como presença de calos, calosidades, onicocriptoses ou espessamento das unhas, devem-se encaminhar ao profissional especializado, especialmente se forem portadores de diabetes.
- f) Ter cuidado com tesouras muito afiadas, pois podem ocasionar lesões perfurantes, proporcionando entrada de microorganismos ou bactérias.
- g) Observar a coloração da unha e a temperatura da pele.

- h) O corte das unhas deve seguir o seu contorno, sem colocar força neste tipo de procedimento.
- i) Não realizar este procedimento na presença de material purulento ou alguma infecção presente.
- j) Este procedimento deverá ser realizado por outro, quando a dificuldade de flexibilidade nos movimentos do idoso estiver presente.

• CUIDADO COM A INTEGRIDADE CUTÂNEA

A manutenção da pele íntegra é fundamental, para que o organismo possa defender-se contra as agressões externas ao corpo. Além de servir como proteção, transmite grande parte das sensações que a pessoa mantém com o meio ambiente, como percepção da dor, tato, frio, calor, contato e pressão.

Informações importantes sobre os cuidados com a pele:

- a) O cuidado da pele e suas fissuras amenizam e mostram bons resultados por meio de hidratação.
- b) A hidratação pode ser realizada com o uso de cremes ou loções de preferência inodoros e hipoalergênicos.
- c) A alimentação deve ser equilibrada e orientada.
- d) A ingestão hídrica deve ser mantida, ingerindo-se pequenas quantidades, várias vezes ao dia.

- e) A exposição ao sol traz benefícios à pele, desde que em horários adequados, antes das 10:00 horas e após as 16:00 horas. O excesso de exposição ao sol causa queimaduras, ressecamento, desidratação e intensifica o aparecimento de manchas.
- f) Os exercícios físicos contribuem para a manutenção da pele em boas condições, melhorando a circulação e levando oxigênio às células.
- g) A vaselina ou mesmo o óleo de girassol têm efeito satisfatório sobre a pele; deve ser usado após o banho ou sempre que forem observados sinais de ressecamento.
- h) O álcool deve ser evitado, assim como agentes desinfetantes sobre a pele seca.
- i) Na região calcânea, que apresenta "rachaduras", pode se usar vaselina topicamente, após vedar com meias durante toda a noite, pelo menos duas vezes na semana.
- j) Nas queratoses, as condutas podem ser realizadas pela aplicação de loção emoliente e palmilhas, que amenizam a pressão sobre os pés e faz-se um desbridamento suave.

• CUIDADO COM VERRUGAS PLANTARES

As verrugas plantares são causadas por um papilomavírus e tratam-se de dermatoses hiperkeratóticas, que se desenvolvem nas solas dos pés. Um

pequeno número de entrevistados apresentaram esse tipo de dermatose. Elas constituem um aglomerado de papilas avermelhadas. Quando recobertas de hiperqueratose, pode ser difícil diagnosticá-las, pois apresentam aparência de um calo. As verrugas surgem em locais que não estão associados à sobrecarga do peso e podem aparecer em qualquer lugar da região plantar. O seu desaparecimento ocorre entre cinco e seis meses; nos casos de complicação, são empregados procedimentos de maior complexidade.

O tratamento, geralmente, consiste em:

- a) apara superficial;
- b) aplicação de ácido salicílico em estado líquido ou pomada na lesão, para que o medicamento tenha efeito no local correto;
- c) debridamento ocorre naturalmente com a retirada do curativo oclusivo, removendo as camadas necrosadas; este procedimento deve ser realizado por especialista ou profissional que tenha conhecimento sobre o que se está fazendo.

• CUIDADOS ESPECÍFICOS COM DIABÉTICOS

Entre os entrevistados, 18,4% apresentaram problemas de diabetes e, durante a pesquisa, os seus pés encontravam-se sem complicações advindas deste problema. Os cuidados necessários são os seguintes.

- a) Higienizar, ou seja, lavar bem os pés e os dedos todos os dias, de preferência com água ligeiramente aquecida;

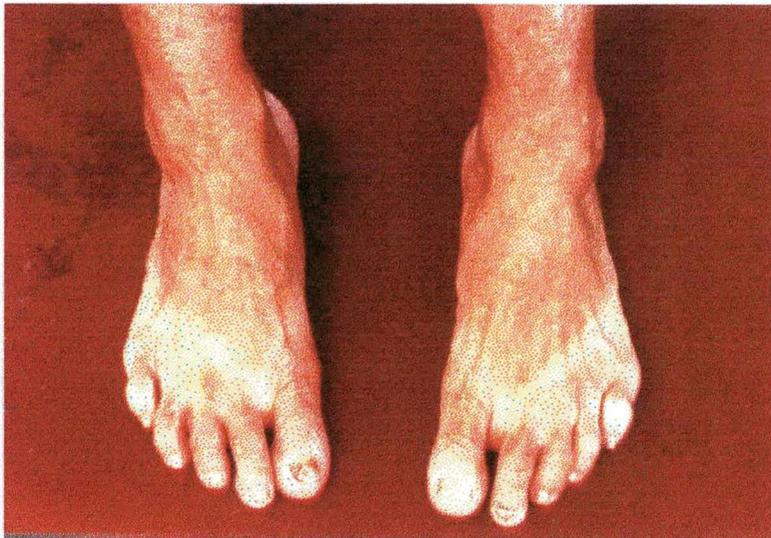
- b) evitar, ou melhor, nunca andar descalço;
- c) pedir que alguém inspecione os pés diariamente e observe se há ulcerações e inflamações;
- d) não usar calçados ou meias úmidas;
- e) as meias, preferencialmente, não devem ter costuras, furos e, não devem garrotear os membros inferiores (conforme segue foto abaixo dos itens relacionados);
- f) evitar terapias medicamentosas tópicas, como os ácidos, em qualquer região dos pés;
- g) antes de colocar os calçados, verificar se há algum objeto estranho em seu interior;
- h) evitar cortar os cantos das unhas;
- i) não cortar ou remover calos e calosidades;
- j) variar o tipo de calçado, alternando-os;
- k) caminhar moderadamente;
- l) fazer exames laboratoriais de rotina para o controle do diabetes mellitus;
- m) após lavar os pés, secá-los bem nos espaços interdigitais;
- n) hidratar os pés, para evitar “rachaduras”, que podem levar a infecções;
- o) não usar loção sobre feridas abertas;
- p) evite cruzar as pernas, porque este ato causa diminuição da circulação sanguínea para os pés;

- q) manter os pés aquecidos com meias folgadas e confortáveis;
- r) evitar o uso de procedimentos que aqueçam os pés, como bolsas térmicas e aquecedores.

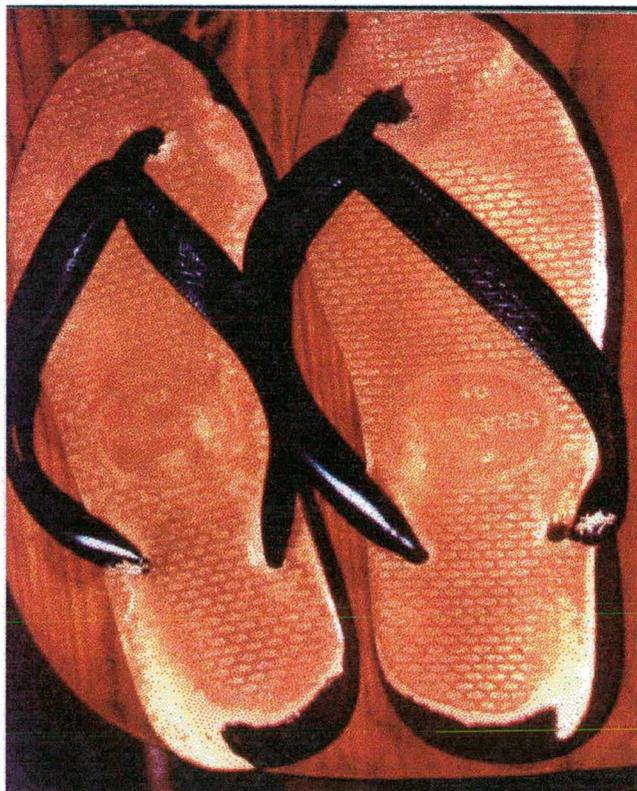
• **ORIENTAÇÃO SOBRE AS DEFORMIDADES ANATÔMICAS**

Os idosos com deformidades anatômicas devem ser encaminhados a um profissional especializado, prover pontos de apoio e orientá-los quanto ao uso correto dos calçados.

Estas deformidades são desenvolvidas ao longo da vida de cada indivíduo. Todo o desajuste e distúrbio, estrutural e funcional dos pés pode advir de anomalias do desenvolvimento no processo entre a infância e a adolescência. As deformidades residuais instalam-se e progridem, caso não haja correção do problema. Conforme ilustra a foto abaixo, o uso de chinelos foi evidentemente sombreado, percebendo-se a marca das tiras no dorso dos pés. O chinelo utilizado consta na foto posterior, observando-se o seu uso prolongado, pelo desgaste no seu ponto de apoio, parte externa dos pés e região calcânea.



FONTE: Local da Pesquisa.



FONTE: Local da Pesquisa.

Nos casos de "joanetes":

- a) Informar bem sobre o uso de calçados adequados, pois a modificação dos calçados contribui para a melhora de deformidades leves e moderadas;
- b) usar calçados de material macio, principalmente na região medial;
- c) levar o calçado a um profissional para alargá-lo na altura onde se aloja a proeminência óssea (joanete), se houver necessidade;
- d) evitar salto alto, suprimindo a pressão desarmônica na região anterior do pé e sobre a joanete;
- e) os sapatos que não calçam ajustadamente os pés acabam por deformá-los, acarretando deformidades como: ,joanete, joanetinho (que acomete a lateral do pé após o quinto pododactilo), dedos em martelo, calos e calosidades;
- f) quando o caso for de correção cirúrgica, pode ocorrer recorrências, diminuição da função, rigidez, dor, incapacidade de impulsionar os pés durante a deambulação e efeitos iatrogênicos.

- **ORIENTAÇÃO EM RELAÇÃO A ESTRUTURA AMBIENTAL**

Se necessário for, propor adaptações estruturais, como:

- a) a elevação do vaso sanitário;
- b) a ampliação da largura das portas, caso utilizem cadeira de rodas;
- c) a instalação de corrimão (ponto de apoio) se houver necessidade;

- d) verificar se há móveis que apresentam pés bambos, encostos soltos ou em locais que atrapalhem a passagem;
- e) evitar móveis que apresentem bordas salientes e arestas cortantes;
- f) evitar uso de tapetes, principalmente com bordas que ofereçam perigo por deslizamento ou que prendam os pés ao se mudar os passos;
- g) manter iluminação adequada, evitando a circulação em ambientes escuros;
- h) eliminar buracos e saliências que dão acesso à casa ou ao quintal;
- i) utilizar tapetes de borracha no banheiro;
- j) os objetos pessoais e os utensílios que se utilizam com maior frequência devem ser dispostos em armários de fácil acesso, pois facilitam a visualização;
- k) não utilizar móveis, maçanetas e torneiras como apoio;
- l) durante a noite, deixar um ponto de luz aceso, para a necessidade de levantar várias vezes.

A observação e a criatividade melhoram o ambiente no qual o idoso vive. Durante a velhice, os cuidados consigo e com os outros, muitas vezes, são deixados de lado ou em último plano, como se não fosse importante cuidar de si mesmo; com o processo do envelhecer, essa dinâmica cresce de significado. O idoso apresenta dificuldades que, algumas vezes, tornam impossível a realização das suas atividades, não só pelo processo do envelhecimento, como também pela limitação do seu aparelho locomotor,

caracterizada pela perda dos componentes ósseos que diminuem, progressivamente, os seus movimentos e sua flexibilidade.

Essas limitações podem comprometer a qualidade de vida do idoso, quando interferem nas suas atividades diárias, restringindo-o a seu próprio ambiente e privando-o do convívio social com os seus pares e com outras pessoas.