

# Patologias no pé do idoso

Sabrina Canhada Ferrari<sup>\*</sup>, Fânia Cristina dos Santos<sup>\*\*</sup>, Miriam da Silva Lopes Araújo<sup>\*\*\*</sup>  
Maysa Seabra Cendoroglo<sup>\*\*\*\*</sup>, Virginia Fernandes Moça Trevisani<sup>\*\*\*\*\*</sup>

## Resumo

Com o aumento da expectativa de vida, o processo de envelhecimento populacional vem ocorrendo num ritmo acelerado e, por consequência, ocorrem inúmeras alterações, que interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos, entre as quais estão as patologias nos pés. Este trabalho visa relatar os principais problemas nos pés dos idosos, descrevendo as respectivas abordagens terapêuticas. Como método de levantamento bibliográfico utilizaram-se as bases de dados Medline Lilacs, Scielo e Scad. Observou-se que com o envelhecimento ocorrem várias modificações nas estruturas anatômicas e fisiológicas do pé, as quais se relacionam a problemas comuns nos idosos, como as metatarsalgias, fasciite plantar, hálux valgo, hálux rígido, deformidades dos dedos, alterações do arco plantar, dor no calcanhar, talalgias, problemas peritarticulares, alterações na pele e anexos, artropatias, afecções vasculares e neurológicas. Tais alterações estão relacionadas à incapacidade funcional e à diminuição da qualidade de vida dos idosos. Conclui-se que os problemas nos pés dos idosos são frequentes e necessitam de atenção quanto ao diagnóstico e tratamento adequados, em decorrência do declínio funcional associado a essas patologias.

*Palavras-chave:* Patologia. Pé. Idoso.

## Introdução

O envelhecimento populacional, resultado da redução da taxa de mortalidade e do aumento da expectativa de vida, é um dos grandes desafios que o mundo terá de enfrentar neste século. A população idosa é a parcela que mais cresce, tanto que, segundo estimativa da Organização das Nações Unidas, em 2050 22,1% da população do mundo terão sessenta anos ou mais, o que equivale a aproximadamente 1,97 bilhões de pessoas. (SALGADO, 1998).

Em 1950, com 4% de sua população constituída de idosos (2,1 milhões), o Brasil representava a 16ª população de idosos do mundo, em números absolutos. Projeções demográficas indicam que em 2025 o país terá a sexta população de idosos do mundo, com 32 milhões de idosos. (BERQUÓ, 1999). Os avanços da medicina, o diagnóstico precoce, a prevenção de determinadas doenças, a ampliação das

<sup>\*</sup> Fisioterapeuta. Mestra e doutoranda em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Fisioterapeuta afiliada ao Instituto de Geriatria Gerontologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo. Endereço para correspondência: Sabrina Canhada Ferrari, Rua Antonio Carlos, 196/43º, CEP 01309-010, São Paulo - SP. E-mail: [sabrinacferrari@yahoo.com.br](mailto:sabrinacferrari@yahoo.com.br).

<sup>\*\*</sup> Médica. Doutora em Medicina Interna e Terapêutica pela Universidade Federal de São Paulo. Médica Geriatria do Instituto de Geriatria e Gerontologia da Universidade Federal de São Paulo.

<sup>\*\*\*</sup> Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

<sup>\*\*\*\*</sup> Médica. Mestra em Epidemiologia e Doutora em Ciências da Nutrição pela Unifesp. Chefe da disciplina de Geriatria e Gerontologia pela Universidade Federal de São Paulo.

<sup>\*\*\*\*\*</sup> Médica. Mestra e Doutora em Reumatologia pela Universidade Federal de São Paulo. Docente da disciplina de Medicina Interna e Terapêutica da Universidade Federal de São Paulo.

↳ Recebido em Abril de 2008 - Avaliado em Julho de 2008

possibilidades de acesso aos serviços de saneamento básico, a alteração nos hábitos alimentares e de higiene, a prática de exercícios físicos, dentre outros fatores, contribuíram decisivamente para a aceleração do envelhecimento.

Com o envelhecimento ocorrem vários problemas que interferem na capacidade funcional e na qualidade de vida dos idosos, dentre os quais estão as modificações nas estruturas anatômicas e fisiológicas dos pés, que acarretam uma instabilidade postural e um maior risco de quedas. (MEILSLER, 1998).

As evidências obtidas de estudos detalhados sobre diversos males dos pés sugerem que mais de 80% da população têm algum tipo de problema com os pés. (GARROW et al., 2000). As modificações que ocorrem nos pés dos idosos podem ser decorrentes de doenças sistêmicas, de transtornos da marcha, maus-tratos aos pés ou traumatismos nos pés que comprometem a integridade das unhas, da pele, dos nervos, dos vasos e das estruturas ósseas.

O estudo de Chan e Chong (2002), realizado em Hong Kong, confirma que doenças nos pés têm um impacto significativo na qualidade de vida dos chineses. Neste estudo, realizado com 877 pacientes, 21% deles apresentavam desconforto nos pés ao caminhar; 17% relataram dores nos pés; 8%, limitação nas atividades da vida diária e 6% apresentaram algum tipo de dificuldade em razão de problemas nos pés. Entre as principais patologias nos pés foram encontradas as onicomicoses, os calos em metatarsos, os dedos em garra e outras deformidades, as quais, significantemen-

te, reduziram a locomoção da população geriátrica chinesa.

Helfand (2004) relata que problemas nos pés são prevalentes na população idosa, os quais estão relacionados a doenças crônicas, como diabetes melito, doença arterial periférica, alteração musculoesquelética e *deficit* motor. Assim, tais problemas estariam diminuindo a capacidade funcional e aumentando o risco de hospitalizações.

Considerando a prevalência de transtornos dolorosos e debilitantes dos pés na população geriátrica, deve ser dada uma assistência especial a esses, de modo que os idosos se mantenham deambulando.

## Objetivo

Estudar as principais patologias que acometem os pés dos idosos, descrevendo as respectivas abordagens terapêuticas.

## Método

A metodologia utilizada foi o levantamento bibliográfico de artigos nacionais e internacionais nos últimos dez anos (1997-2007) na biblioteca virtual Bireme, acessando as bases de dados referenciais do Medline, Lilacs, Scielo e Scap.

Para a realização da busca utilizaram-se as palavras-chaves “patologia”, “pé” e “idoso”. Foram encontrados na base de dados do Medline 225 artigos; na Lilacs, 32 artigos; no Scielo e na Scap, três artigos com essas palavras. Os mais expressivos artigos estudam os problemas que mais comumente acometem os pés dos idosos e as principais abordagens terapêuticas.

## Principais patologias nos pés dos idosos

### Metatarsalgia

É a localização mais frequente de dor no pé, sendo a parte plantar anterior a mais acometida por causas biomecânicas. A nítida predominância do sexo feminino é atribuída ao uso de sapatos de salto e com a parte anterior mais fina. As dores estão localizadas na região plantar posterior e anterior e constituem-se na maioria das queixas clínicas referentes aos pés, principalmente após a quarta década de vida.

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

### Fasciite plantar

A fasciite plantar caracteriza-se por dor na fáscia plantar, principalmente na região do calcâneo onde ocorre a sua inserção. É notada com mais frequência em indivíduos que exibem o pé pronado

com arco longitudinal achatado e cuja atividade exige ficar em pé ou caminhar por muito tempo; os homens são mais suscetíveis. (CAILLIET, 2005). O tratamento é sempre conservador e inclui analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia, esta para alongar o complexo aquileo-calcâneo-plantar. O uso de sapatos mais elevados com calcanheiras é importante para a redução da sobrecarga no local. (MENZ; MORRIS, 2005).

### Hálux valgo

O hálux valgo é uma subluxação estática da primeira articulação metatarsofalangeana. É vulgarmente chamado de “joanete” e leva a uma alteração tanto na estabilidade estrutural como postural dos pés, podendo ou não estar associada a outras deformidades naquela região. (CARVALHO, 2001). É mais frequentemente encontrado em mulheres idosas que têm o antepé alargado com o arco transversal achatado e o pé pronado e ocorre quase que exclusivamente em pessoas que usam calçados inadequados. (CAILLIET, 2005). O calçado pode ser considerado o maior contribuinte para patologias nos pés, tais como hálux valgo, deformidades nos dedos e calosidades. (FREY, 2000).

O tratamento é conservador e consiste de prescrição de calçados com a frente mais larga e a utilização de um separador de dedos para estabilização que deve ser usado à noite. Em casos graves, o tratamento cirúrgico é indicado, contudo a identificação de fatores que levaram àquela deformidade é imprescindível para a atuação cirúrgica e também para se evitar a recidiva.

Trata-se de uma afecção complexa, que como tal deve ser avaliada, para que se possa indicar também a técnica cirúrgica mais adequada. (SILVEIRA, 1999; IGNÁCIO et al., 2006). No estudo de Nery et al. (2001) estabeleceram-se os valores médios angulares da primeira articulação metatarsofalangiana indicado para cirurgia, evitando ou diminuindo ao máximo a porcentagem de correções insuficientes ou recidivas.

### Hálux rígido

O hálux rígido é o segundo problema mais comum do hálux. Define-se como artrose da primeira articulação metatarsofalangiana (SALÓ, 2003) e caracteriza-se por dor e limitação dos movimentos do pé, quase sempre acompanhada por aumento de volume e da consistência óssea ao nível da região dorsal da articulação metatarsofalangiana. Pode ser de etiologia congênita ou adquirida, como resultado de um trauma ou de uma artrite generalizada.

O tratamento inicial é conservador, com o uso de sapato com sola rígida, que evite pressão sobre a articulação metatarsofalangiana. A injeção interarticular de um agente analgésico com ou sem esteróides oferece alívio temporário. Os medicamentos anti-inflamatórios orais também oferecem algum benefício. (CAILLIET, 2005) Em razão de o movimento articular sofrer uma diminuição gradual até a fusão total, a intervenção cirúrgica é indicada. (SILVEIRA, 1999; MARTORANA, 2001).

### Deformidades dos dedos

As deformidades dos dedos apresentam-se basicamente de três formas: garra, martelo ou malho. São todas de formas rígidas ou flexíveis. A causa mais comum é o uso de sapato inadequado, mas podem também ser secundárias a fatores congênitos, ou alterações neuromusculares. Nos casos flexíveis, pode-se tentar o tratamento conservador, com o uso de sapatos apropriados, com medidas de reabilitação da musculatura extensora e intrínseca do pé e uso de tubos de esponja de plástico para proteger e evitar atritos nos dedos. (MASCARÓ, 2003). Nos casos rígidos ou na falha do tratamento conservador indica-se o tratamento cirúrgico. (COLLET, 2002).

### Alterações do arco plantar

Embora frequentes, as alterações do arco plantar longitudinal, sobretudo na infância, não passam de uma variação do normal. A persistência da deformidade após os seis anos de idade, se assimétrica e com rigidez articular, merece abordagem mais precisa.

*Pé cavo*: definido como um aumento, no sentido vertical, do arco longitudinal do pé, ocasiona diminuição da área de apoio plantar. A etiologia é quase sempre relacionada a alterações neuromusculares. O tratamento é cirúrgico, mas nos casos leves e pouco sintomáticos podem ser utilizadas órteses e fisioterapia.

*Pé plano*: há uma característica da queda do arco plantar longitudinal, associada quase sempre a um valgismo do calcâneo de grau variável. Inicialmente,

o tratamento indicado consiste no uso de um sapato adequado, fisioterapia e, eventualmente, no uso de palmilha. Em casos mais avançados há indicação para cirurgia, que consiste em osteotomia de calcâneo (transferência tendíneas) e artrodeses. (SILVEIRA, 1999).

### Dor no calcanhar ou calcaneodinia

Segundo Martorana (2001), as causas de dor no calcanhar podem ser classificadas em:

- doenças inflamatórias sistêmicas: como artrite reumatóide e psoríase, espondilite anquilosante e artrite reativa;
- doenças inflamatórias localizadas: como tendinite do tendão de Aquiles, bursite retrocalcânea ou bursite calcânea inferior;
- compressões de nervos: nervos plantares medial e lateral, nervo calcanear medial, síndrome do túnel tarsiano, radiculopatia lombossacral e neuropatia periférica;
- doenças metabólicas: gota;
- infecções;
- síndrome traumática e/ou “uso abusivo”: fraturas por tensão, periostite e fasciite plantar.

Segundo Collet (2002), na maior parte dos casos de dor no calcanhar a causa principal decorre do esporão do calcâneo, que se relaciona à fasciite plantar.

*Síndrome do esporão do calcâneo:* caracterizada por crescimento ósseo extra no calcanhar, pode se formar quando a fáscia plantar faz excessiva tração sobre o calcanhar. A queixa típica de apresentação de um paciente com a síndrome

do esporão do calcâneo é a discinesia pós-estática, especialmente após se levantar de uma noite de descanso. Com os primeiros passos há a necessidade de se segurar em objetos para o apoio e a marcha ocorre nas pontas dos dedos para suporte do peso. A dor no calcanhar geralmente diminui após um período de atividade. O tratamento é feito com analgésicos e anti-inflamatórios orais, infiltrações locais com corticoesteróides, imobilização plantar e, posteriormente, fisioterapia e uso de palmilhas para alívio da tensão no calcanhar. (COLLET, 2002; CAILLIET, 2005).

*Talalgias:* São bastante frequentes nos indivíduos depois dos cinquenta anos, caracterizando-se por dores localizadas no retropé, envolvendo estruturas como o tendão de Aquiles, o calcâneo e a inserção da fáscia plantar. Esse quadro doloroso pode estar associado à existência de um tubérculo pósterio-superior do calcâneo proeminente, assim como a processos inflamatórios nas bursas localizadas no retropé. A causa mais frequente é atrito repetitivo entre a região posterior do pé e o sapato. O tratamento é basicamente conservador, incluindo, além de medicamentos analgésicos e anti-inflamatórios, o uso de sapato tênis com uma pequena elevação do salto e o uso de uma calcanheira de espuma ou material sintético, que reduzem a sobrecarga da região. Outra medida é a prevenção do atrito do sapato com o tendão de Aquiles, utilizando-se certas órteses. (MENZ; MORRIS, 2005).

## Periarticulares

As principais tendinites que afetam os pés são as que envolvem os tendões de Aquiles e o tendão tibial posterior. Esses são de difíceis tratamentos, pois são tendões que estão constantemente “lutando” contra a força da gravidade. O resultado é uma tensão excessiva sobre os tendões, levando ao estiramento e à laceração, seguidos de uma resposta inflamatória reparadora e dor. A persistência daquelas forças não verificadas pode levar ao enfraquecimento ou ao alongamento do tendão e a eventual deformação e ruptura. O tratamento é medicamentoso, com analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia. (DANDY, 2000).

## Afecções cutâneas e de anexos

*Hiperqueratose*: segundo Pinto (2002), são zonas de calosidades que ocorrem em locais de proeminência óssea depois de muito tempo de hiperpressão e de atrito. Podem ocasionar dor e dificuldade para deambular e também podem ulcerar e infectar. Classificam-se os calos em rígidos e pouco consistentes. Os rígidos se desenvolvem no dorso dos dedos do pé (pequenos) ou na superfície plantar (projetando-se sobre a cabeça do metatarso), ao passo que os pouco consistentes se formam entre os dedos e, habitualmente, apresentam-se macerados e úmidos. O tecido hiperqueratósico constitui uma reação de defesa e não deve ser eliminado, a menos que esteja prejudicando o paciente. A retirada do tecido hiperqueratósico deve estar dentro dos princípios podológicos de não lesar a área profunda, não expor cavidades e

protegê-la lateralmente com órteses ou palmilhas específicas, procurando aliviar a sua região central. As calosidades tratadas recidivam frequente e precocemente se, paralelamente, os transtornos estáticos do antepé, que os ocasionam, não forem compensados.

Segundo Sodeman e Sodeman (1999), o tratamento dos calos duros geralmente se dá com o desbridamento, que deve ser muito cuidadoso, sem se atingir o tecido normal. Um desbridamento agressivo pode causar infecção secundária, que seria muito prejudicial tratando-se de idosos com diabetes melito ou comprometimentos vasculares diversos.

Os calos pouco consistentes devem ser tratados colocando-se algodão ou pequena proteção macia no espaço interdigital. Os sapatos abertos são também muito úteis. O desenvolvimento dos calos diminui ou desaparece ao se protegeram as proeminências ósseas.

*Alterações ungueais*: as onicomicoses são infecções fúngicas comuns nas unhas dos idosos, tanto das mãos quanto dos pés. Sua prevalência pode ser explicada por fatores como aumento da incidência de imunodeficiências relacionadas à idade da população. O uso de calçados fechados e/ou úmidos, andar descalço em banheiros públicos e traumas frequentes são fatores que influenciam essa elevada taxa de prevalência. Os diagnósticos diferenciais das onicomicoses e que devem ser observados são, principalmente, onicólise, hiperqueratose subungueal, alterações de coloração das unhas, como a leuconíquia e melanoníquia e as distrofias ungueais. Há grande dificuldade para se chegar ao diagnóstico de infecção

fúngica das unhas, mas essa diferenciação no diagnóstico é importante, pois implica diferentes tratamentos. (SILVA, 2000; CHANUSSOT; ARENAS, 2007).

*Onicólise*: caracteriza-se por um descolamento da unha de seu leito na sua região, criando um espaço subungueal onde se acumulam germes, sujeira, queratina e outros detritos. Nesses casos é preciso ter certos cuidados, como evitar traumatismos. O uso de detergentes e certos medicamentos tenta erradicar os fungos e bactérias porventura presentes. (SILVA, 2000).

*Hiperqueratose subungueal*: pode ser congênita ou adquirida e ocorre por hiperplasia epitelial dos tecidos subungueais em razão de doença cutânea exsudativa ou por doenças crônicas inflamatórias que envolvem a região, incluindo as infecções fúngicas. (SILVA, 2000).

*Distrofias ungueais parciais*: vão desde unhas frágeis, quebradiças, com fendas longitudinais ou transversais, chegando até à alteração completa na lâmina ungueal. As causas das alterações leves são várias, desde um simples processo relacionado à idade, exposição exagerada a detergentes, uso de esmaltes, removedores e outras substâncias que ressecam as unhas. As formas graves com distrofias quase totais estão, em geral, associadas a outras doenças e/ou infecções. (SILVA, 2000).

*Unha encravada ou criptonicose*: quando as unhas dos pés são curvas, não planas, as suas bordas podem cavar para a polpa do dedo. A borda medial da unha do hálux é afetada mais frequentemente

e cavará na polpa do artelho, causando uma lesão de partes moles. A área lesada poderá, então, ficar infectada e produzir uma lesão granulomatosa crônica infectada ao longo do lado medial da unha. O tratamento conservador geralmente é efetivo e consiste de limpeza regular das unhas; colocação de uma bolinha de algodão abaixo da borda da unha; permissão para que a unha cresça além da extremidade do dedo. Se as medidas conservadoras falharem, poderá ser necessária uma intervenção cirúrgica. (DANDY, 2000).

## Periartropatias

As principais tendinites que afetam os pés são as que envolvem os tendões de Aquiles e os tendões tibiais posteriores. Esses tendões são de difíceis abordagens, pois estão constantemente “lutando” contra a força da gravidade, o que resulta quase sempre, se não controlada, numa tensão excessiva sobre os tendões, levando ao seu estiramento e laceração, seguidos de resposta inflamatória reparadora e dor importante. A persistência daquelas forças poderá levar ao enfraquecimento ou ao estiramento do tendão, com uma eventual deformação e ruptura. O tratamento é frequentemente medicamentoso, com analgésicos, anti-inflamatórios e fisioterapia. (DANDY, 2000).

## Artropatias

As doenças articulares são comuns nos idosos, podendo afetar o tornozelo e o pé, que tem aproximadamente vinte articulações. (ROTÉS; COTS, 2003).

*Osteoartrite*: antes conhecida como osteoartrose ou simplesmente artrite, corresponde a um grupo de problemas que resultam em alterações nas articulações, principalmente em joelhos, quadris, mãos, coluna vertebral e pés. Algumas vezes, apenas uma única articulação do pé é comprometida; em outras situações, algumas ou muitas delas podem ser afetadas ao mesmo tempo e com intensidades diferentes. Além de provocar dor no pé, sensação de rigidez e edema, a osteoartrite nos pés pode ocasionar limitações funcionais, como perda de movimentos, deformidades e até grande incapacidade do membro inferior. Os tratamentos disponíveis para aliviar os sintomas envolvem desde a simples orientação educacional para os pacientes, o uso de medicações analgésicas, fisioterapia e cirurgia em casos extremos. É importante que o indivíduo acometido mantenha boa saúde geral, elimine os fatores de risco, o excesso de peso corporal; preserve uma boa força muscular e, acima de tudo, reconheça a sua própria responsabilidade no controle do tratamento. (CAILLIET, 2005).

*Artrite reumatóide*: a história natural da artrite reumatóide no pé pode ser uma deformidade progressiva, associada com dor e incapacidade e de natureza dinâmica, uma vez que as forças mecânicas que atuam durante a marcha se sobrepõem, ocorrendo a destruição articular produzida pela sinovite crônica. (SILVEIRA, 1999). A sinovite é um evento precoce no curso da doença, podendo ser vista antes da destruição cartilaginosa ou óssea. (FIRESTEIN, 2003). Na fase inicial ocorre edema ou dor no antepé em 80%

a 90% dos casos. (KIHARA et al., 2007). As manifestações da artrite reumatóide no pé são muito frequentes, precoces e incapacitantes, sendo às vezes o primeiro sinal da doença. A evolução clínica do pé reumatóide pode ser dividida em quatro estágios, segundo Silveira (1999):

- primeiro estágio: não existem deformidades ósseas nem indicação para tratamento cirúrgico;
- segundo estágio: há comprometimento articular, mas sem deformidades fixas;
- indicação de sinovectomia: nos casos em que não haja resposta ao tratamento clínico, as articulações do tornozelo, metatarsofalangianas e interfalangianas respondem melhor com sinovectomia;
- terceiro estágio: deformidades com lesões das partes moles; há indicação de sinovectomia, transferências tendinosas, liberação de partes moles periarticulares e capsulotomias;
- quarto estágio: presença de deformidades e destruição articular, estando indicados procedimentos cirúrgicos reconstitutivos.

A terapia precoce com drogas modificadoras da história natural da doença é fundamental para melhorar a evolução radiológica e funcional dos pacientes e tem como finalidade a supressão completa do processo inflamatório articular, reduzindo o dano estrutural e funcional. Para isso, são necessários um diagnóstico precoce e um bom método para acompanhar a progressão da doença. (MÖTTÖNEN; HANNOVEN; LEIRISALO-REPO, 1999; BARTHON et al., 2000;

PINTO; MIGUEL; REZENDE, 2006). O uso de palmilhas tem sido rotineiro no tratamento dos pés reumatóides, visando à melhor distribuição de carga na superfície plantar, a melhor apoio para os pés e, em decorrência, ao alívio da dor e melhora funcional. (MAGALHÃES; JORGE FILHO; BATTISTELLA, 2003; LI et al., 2000; WOODBUM; BARKER; HELLIWELL, 2002). O tratamento fisioterápico é utilizado para preservar a capacidade funcional da articulação, evitar as atrofias musculares e prevenir de deformidades articulares. (ROTÉS; COTS, 2003).

*Artrite psoriásica*: é uma doença associada à psoríase da pele ou das unhas, com fator reumatóide negativo. Pode ser exatamente agressiva, deixando o paciente incapacitado para realizar funções do dia a dia. (MACHADO; ATAÍDE; SANDRI, 2005). É frequente o acometimento assimétrico dos pés e principalmente das articulações interfalangeanas distais, associado com lesões psoriásicas das unhas adjacentes. Observa-se reabsorção óssea, com hipotrofia das partes moles, e, às vezes, há destruição das falanges proximais. (MARTORANA, 2001). O tratamento é medicamentoso com analgésicos e debridamentos periódicos. (LOYOLA et al., 2005).

*Gota*: é uma das enfermidades de mais longa história, de patogenia relacionada com o metabolismo do ácido úrico. Entre 50 e 70% dos ataques iniciais ocorrem na articulação metatarsofalangiana do hálux e o tratamento é sempre clínico. A artrite gotosa crônica com depósitos tofáceos é pouco frequente. É mais frequente em homem de meia idade, obeso,

hipertenso e por vezes diabético, que usualmente apresenta consumo aumentado de bebidas alcoólicas. Nos casos crônicos, com grandes depósitos de tofáceos ou de deformidades articulares, estão indicados a ressecção desse material e o debridamento periarticular, desde que sob controle clínico eficaz do paciente. (COLLET, 2002; CRUZ, 2006).

## Afecções vasculares

As afecções vasculares são, provavelmente, os problemas nos pés de maior gravidade, por conta da rapidez de seu aparecimento, da lentidão, da imprevisibilidade de sua evolução e da impotência funcional que provocam e dos riscos de amputação no caso de má evolução. A constituição de úlceras vasculares, as mais frequentes de origem venosa, explica-se facilmente pelas modificações da pele e da estática do pé da pessoa idosa. As insuficiências venosas podem provocar a formação de úlceras; por isso, precauções devem ser tomadas, como, por exemplo, usar um bom calçado para evitar os traumatismos, tratar prontamente infecções, corrigir as deformações e assegurar uma boa contenção por meio de meias macias. (ROACH, 2003). O exame sistemático do pé deve pesquisar as pequenas lesões dos dedos e dos espaços interdigitais, especialmente nos doentes que tenham comprometimento arterial dos membros inferiores. A desconsideração desses aspectos pode levar à amputação com prognóstico reservado numa pessoa idosa.

As úlceras são frequentes nos calcaneares e atingem também as regiões maleolares e os bordos dos pés. A fragi-

lidade da pele do idoso facilita sua formação. O mau estado geral do paciente é outro fator de risco e, provavelmente, o mais relevante. Não se pode deixar de comentar as úlceras por pressão, muito frequentes nos idosos acamados e que se desenvolvem por conta de pressão exercida em pontos principalmente de protusões ósseas nos pés.

O diabetes melitos desempenha um papel importante nas alterações tróficas por causar vasculopatias, facilitar a infecção de feridas e pelas alterações neurológicas que provoca. (MARTINEZ; AUN, 2006).

### Afecções neurológicas

Várias afecções neurológicas afetam as pessoas idosas. Muitas delas podem afetar a função do pé, como, por exemplo, as neuropatias periféricas por alterações metabólicas, carências, pós-traumáticas e degenerativas. Frequentemente muito dolorosas, podem prejudicar e até mesmo impedir a marcha. A espasticidade causada pelas síndromes piramidal e extrapiramidal pode comprometer a marcha tanto pelo componente doloroso como pelas modificações das pontas de apoio. O pé flácido pós-hemiplégico está na origem das deformações, como o pé varo equino, se não forem tomadas medidas de prevenção.

A síndrome de compressão do nervo tibial posterior, ou síndrome do túnel tarsal, é muito frequente, mas pouco diagnosticada, e ocorre em virtude da compressão do nervo tibial posterior e seus ramos no seu trajeto retromaleolar medial, provocando um quadro doloroso muito confundido com a fasciite plantar.

A dor, às vezes bastante incapacitante, irradia-se desde o ponto de compressão retromaleolar até a face medial e plantar do calcâneo, podendo se estender até a região metatarsal. Queixa de dor matinal é frequente antes de iniciar a deambulação. O tratamento desta condição patológica geralmente é cirúrgico (transferência tendinosa ou artrodese) e visa, fundamentalmente, ao restabelecimento da anatomia e função do pé. (CAILLIET, 2005).

A neuropatia diabética perturba frequentemente a sensibilidade superficial do pé, com perda de sensibilidade à dor, que pode contribuir para o aparecimento de lesões tróficas graves e osteoartropatias. (GARBINO, 2006).

*Neuroma de Morton*: é causa comum de metatarsalgia, desencadeado frequentemente pela compressão mecânica dos ramos digitais dos nervos plantares, com a formação de uma pequena massa ao redor do nervo plantar comum que passa embaixo do pé, no ponto em que este se divide em dois ramos, que se dirigem aos dedos. (BARRÔCO; NETTO; NERY, 1998). Localiza-se entre a terceira e a quarta cabeça dos metatarsos. A predileção pelo sexo feminino sugere que a lesão seja desencadeada pelo uso de sapatos de salto alto, com o que ocorre um aumento da pressão na cabeça dos metatarsos e, conseqüentemente, compressão do nervo. O neuroma causa dor lancinante no antepé, levando o paciente, em certas ocasiões, a retirar o sapato e massagear os dedos. A dor irradia-se para os dedos, podendo ocorrer fenômenos parestésicos nas áreas inervadas por seus ramos, com a sensação

de queimação. (BARBOSA et al., 2005). O tratamento inicial é direcionado à mudança de hábito quanto ao uso de calçados, dando-se preferência ao uso de salto menor e bico mais largo; também é instituído o uso de anti-inflamatórios não hormonais e fisioterapia com alongamento da fáscia plantar e flexores dos dedos e ultrassom. Podem ser usadas como coadjuvantes palmilhas para supressão de carga na região metatarsal acometida, com barra retrocapital. Também podem ser utilizadas infiltrações com esteroide e anestésico local para um alívio mais prolongado (HIGGINS et al., 1998). Quando o tratamento conservador falhar, outros métodos podem ser utilizados, incluindo neurólise e liberação cirúrgica do ligamento metatarsal transversal para descompressão. (WU, 2000).

## Conclusão

Conclui-se que os problemas nos pés dos idosos são frequentes e exigem grande atenção quanto ao diagnóstico correto e ao tratamento adequado, em decorrência do grande declínio funcional que poderá estar associado a esses. A perda da capacidade de locomoção pode ter um efeito em cascata sobre a autoestima, dignidade e desejo do idoso de continuar contribuindo para a sociedade em que vive. Muitos dos problemas relatados podem ser prevenidos facilmente, possibilitando condições de autonomia e independência aos idosos.

## Pathology in the foot of the elderly people

### Abstract

With the increase in expectation of life, the process of population aging in a very high process, and with this course, a lot of changes happening, that interferes in the functional capable and in the quality of life in the elderly people, and, between those, are the pathologies in the feet. This work aims to study the pathologies usuals in the feet of the elderly people, describing the mains therapeutic approaches. As a method of lifting bibliographic, were used databases Medline, Lilacs, and Scielo e Scap. As a result, were observed that, with aging, a lot of changes occurs in the physiological and anatomical structures of the foot, leading to common problems on the feet of elderly, as metatarsalgias, fasciite plant, hálux valgus, hálux hard, deformities of the fingers, changes in the plantar arch, pain in the heel, talalgias, periarticular problems, skin (and supplementares) changes, artropatias, problemas (problems) periarticulares, vascular and neurological disorders. These disturbs are related with an incapacity functional and the decrease in the quality of life of the elderly people. In conclusion, the problems in the feet of the elderly people happening with frequency and it needs to have a lot of pay attention about the diagnostic and the correct treatment, deriving of the functional decrease on this kind of pathologies.

*Key words:* Pathologies. Elderly. Foot.

## Referências

- BARBOSA, G. G. et al. Estudo retrospectivo do tratamento cirúrgico do neuroma de morton por via plantar. *Acta Ortop. Bras.*, v. 13, n. 5, p. 258-260, 2005.
- BARRÔCO, R. S.; NETTO, A. A.; NERY, C. A. S. Tratamento do neuroma de morton pela via plantar: avaliação dos resultados cirúrgicos. *Rev. Bras. Ortop.*, v. 33, n. 7, p. 532-536, 1998.
- BARTON, J. M. et al. A comparison of etanercept and methotrexate in patients with early rheumatoid arthritis. *N. Engl. J. Med.*, v. 343, p. 1586-1593, 2000.
- BERQUÓ, E. Considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A. L. (Org.). *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 1999. p. 11-40.
- CAILLIET, R. *Dor no pé e no tornozelo*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
- CARVALHO, A. E. J. Hálux valgo no adulto. *Clin. Orthop.*, v. 2, p. 365-378, 2001.
- CHAN, M. K. T.; CHONG, L. Y. A prospective epidemiologic survey on the prevalence of foot disease in Hong Kong. *Journal of American Podiatric Medical Association*, v. 92, n. 8, p. 450-456, 2002.
- CHANUSSOT, C.; ARENAS, R. Infección micótica plantar e interdigital en pacientes con onicomicosis. *Rev. Iberoam. Micol.*, v. 24, p. 118-121, 2007.
- COLLET, B. S. Problemas do pé. In: ABRAMS, W. B.; BERKOW, R. (Ed.). *Manual Merck de informações médica*. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002. p. 281-288.
- CRUZ, B. A. Gota. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 419-422, 2006.
- DANDY, D. J. Distúrbios do tornozelo e do pé. In: *Ortopedia e traumatologia prática*. Diagnóstico e tratamento. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 415-429.
- FIRESTEIN, G. S. Rheumatoid synovitis and pannus. In: HOCHBERG, M. C. et al. *Rheumatology*. 3. ed. St. Louis: Mosby, 2003. p. 855-884.
- FREY, C. Foot health and footwear for women. *Clin. Orthop.*, v. 372, p. 32-44, 2000.
- GARBINO, J. A. Avaliação eletroneuromiográfica da neuropatia diabética. In: KUHN, P. *O pé diabético*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 159-167.
- GARROW, P. A. et al. Development and validation of a questionnaire to assess disabling foot pain. *Pain*, v. 85, p. 107-113, 2000.
- HELFAND, A. E. Foot problems in older patients – A focused podogeriatric assessment study in ambulatory care. *Journal of American Podiatric Association*, v. 94, n. 3, p. 293-304, 2004.
- HIGGINS, K. R. et al. Sero negative rheumatoid arthritis and morton's neuroma. *J. Foot. Surg.*, v. 27, p. 404-407, 1998.
- IGNÁCIO, H. et al. Estudo retrospectivo da osteotomia da base do primeiro metatarso como tratamento do hálux valgo. *Acta Ortop. Bras.*, v. 14, n. 1, p. 48-52, 2006.
- KIHARA, A. et al. Diagnóstico por imagem do antepé de pacientes com artrite reumatóide inicial. *Rev. Bras. Reumatol.*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 123-126, 2007.
- LI, C. Y. et al. Biomechanical evaluation of foot pressure and loading force during gait in rheumatoid arthritic patients with and without foot orthosis. *Kurume. Med. J.*, v. 47, p. 211-217, 2000.
- LOYOLA, A. J. C. et al. Influximab no tratamento da artrite psoriásica grave. *An. Bras. Dermatol.*, v. 80, n. 5, p. 535-537, 2005.
- MACHADO, A. P. B.; ATAÍDE, D.; SANDRI, C. Importância do raio X e exame físico no diagnóstico da artrite psoriática e sua prevalência no Hospital Universitário Evangélico de Curitiba. *Rev. Bras. Dermatol.*, v. 80, n. 3, p. 345-351, 2005.
- MAGALHÃES, E. P.; JORGE FILHO, D.; BATTISTELLA, L. R. Pés reumatóides: avaliação pela podobarometria dinâmica computadorizada e restauração funcional

com órteses plantares. *Acta Fisiátrica*, v. 10, n. 2, p. 78-82, 2003.

MARTINEZ, A. R.; AUN, R. Avaliação e intervenção vascular. In: KUHN, P. *O pé diabético*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 77-92.

MARTORANA, V. J. A saúde dos pés no idoso. In: GALLO, J. J. et al. (Org.). *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001. p. 360-367.

MASCARÓ, R. Patologia dos dedos. In: VILADOT, A. *15 lições sobre patologia do pé*. 2. ed. Rio de Janeiro, 2003. p. 165-187.

MEILSLER, J. G. Toward optimal health: the experts discuss foot care. *J. of Women's Health*, v. 7, n. 6, p. 659-663, 1998.

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

MÖTTÖNEN, T. et al. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: a randomised trial. *Lancet*, v. 353, p. 1568-1573, 1999.

NERY, C. A. S. et al. Avaliação radiológica do hálux valgo: Estudo populacional de novos parâmetros angulares. *Acta Ortop. Bras.*, v. 9, n. 2, p. 41-48, 2001.

PINTO, M. J. Os pés do idoso e suas repercussões na qualidade de vida. In: FREITAS, E. V. et al. (Org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 690-698.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G. G. Tratamento da artrite reumatóide. *Ver. Bras. Reumatologia*, v. 46, n. 3, p. 219-223, 2006.

ROACH, S. *Introdução à enfermagem gerontológica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ROTÉS, M. T.; COTS, R. O pé na artrite reumatóide. In: VILADOT, A. *15 lições sobre patologia do pé*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 189-199.

SALGADO, M. A. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. *A Terceira Idade*, São Paulo, v. 10, p. 31-37, 1998.

SALÓ, J. M. Metatarsalgias. In: VILADOT, A. *15 lições sobre patologia do pé*. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 146-164.

SILVA, M. R. Onicomicoses: diagnóstico diferencial. *Dermatologia Atual*, v. 6, p. 627-634, 2000.

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

SODEMAN, W. A. J.; SODEMAN, T. M. *Instructions for geriatric patients*. 2. ed. Philadelphia: Saunders, 1999.

WOODBUN, J.; BARKER, S.; HELLIWELL, P. S. A randomized controlled trial of foot orthoses in rheumatoid arthritis. *J. Rheumatol.*, v. 29, p. 1377-1383, 2002.

WU, K. K. Morton neuroma and metatarsalgia. *Cur. Opin. Rheumatol.*, v. 12, p. 131-142, 2000.