



ARTIGO DE PESQUISA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO DE ADULTOS COM ARTRITE REUMATOIDE, SEGUNDO ROY E A CIPE®

NURSING DIAGNOSES IN THE REHABILITATION OF ADULT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS, ACCORDING TO ROY AND ICNP®

LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN LA REHABILITACIÓN DE LOS ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDEA, DE ACUERDO CON ROY Y LA ICNP®

Aline Rodrigues de Abreu Miranda¹, Carla Silva de Araújo², Fabiana Santana Faleiros-Castro³

RESUMO

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, realizado em um hospital de reabilitação, com o objetivo de identificar o perfil dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes, segundo o referencial teórico de Roy e CIPE® 2.0, em pacientes com 18 anos ou mais e portadores de artrite reumatóide (AR). A amostra foi composta por 31 pacientes. Foram identificados dezoito diagnósticos, entre eles a dor (100% dos casos), excesso de peso (58%), rendimento inadequado (55%), risco para solidão (48%) e autoimagem negativa (45%). A teoria de Adaptação mostrou-se eficaz para aplicação do processo de enfermagem, revelando-se útil na identificação dos problemas de adaptação no âmbito biopsicossocial. A utilização da CIPE® 2.0 também foi possível, permitindo especificar os diagnósticos de enfermagem na reabilitação de pessoas com AR. Os enfermeiros de reabilitação devem atentar-se para os diagnósticos de enfermagem identificados neste estudo durante o atendimento às pessoas com AR, além disso, mais pesquisas sobre este tema são necessárias para reforçar os dados encontrados. **Descritores:** Processos de enfermagem; Cuidados de enfermagem; Artrite reumatóide.

ABSTRACT

It is an exploratory and descriptive study, conducted in a rehabilitation hospital, in order to identify the profile of the most frequent nursing diagnosis, according to the theoretical framework of Roy and ICNP® 2.0, in patients 18 years or older with rheumatoid arthritis (AR). The sample consisted of 31 patients. Eighteen diagnoses were identified, including pain (100% of cases), overweight (58%), inadequate performance (55%), risk for loneliness (48%), and negative self-image (45%). Adaptation theory was effective for application of the nursing process, useful in identifying problems in biopsychosocial adaptation. The use of ICNP® 2.0 was also possible, allowing to specify nursing diagnoses in the rehabilitation of people with AR. The rehabilitation nurses should pay attention to the nursing diagnoses identified in this study during the service to people with AR, and more researches on this topic are needed to strengthen the found data. **Descriptors:** Nursing process; Nursing care; Rheumatoid arthritis.

RESUMEN

Se trata de un estudio exploratorio y descriptivo, realizado en un hospital de rehabilitación, con el fin de identificar el perfil de los diagnósticos de enfermería más frecuentes, según el marco teórico de Roy y ICNP® 2.0, en pacientes mayores de 18 años y con artritis reumatoidea (AR). La muestra fue compuesta por 31 pacientes. Dieciocho diagnósticos fueron identificados, incluyendo el dolor (100% de los casos), sobrepeso (58%), rendimiento inadecuado (55%), el riesgo de la soledad (48%), autoimagen negativa (45%). La teoría de Adaptación se mostró eficaz para la aplicación del proceso de enfermería, ya que fue útil en la identificación de problemas en la adaptación biopsicossocial. El uso de la ICNP® 2.0 también fue posible, pues permitió especificar los diagnósticos de enfermería en la rehabilitación de las personas con AR. Los enfermeros de rehabilitación deben estar atentos a los diagnósticos de enfermería identificados en este estudio durante el servicio a las personas con AR, y más investigaciones sobre este tema son necesarios para fortalecer los datos encontrados. **Descritores:** Procesos de enfermería; Atención de enfermería; Artritis reumatoidea.

¹Enfermeira da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, Belo Horizonte, MG, Brasil. E-mail: dubreu@sarah.br. ²Enfermeira especialista em Gerontologia e Assistência ao Portador de Lesão Cutânea, Belo Horizonte - MG, Brasil. E-mail: carlasilva@sarah.br. ³Enfermeira. Doutora em ciências da reabilitação pela Universidade de Dortmund - Alemanha. E-mail: fabifaleiros@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A artrite reumatoide (AR) é uma doença autoimune de etiologia desconhecida que desencadeia um processo inflamatório crônico nas articulações. Acomete de 0,5 a 1% da população adulta mundial, principalmente pessoas entre a 4ª e 6ª década de vida⁽¹⁾ e mulheres, cuja incidência é 2 a 3 vezes maior que nos homens. No Brasil, a prevalência estimada é de 0,46%⁽²⁾.

O processo inflamatório da doença é caracterizado por episódios dolorosos, com envolvimento simétrico e acumulativo das articulações sinoviais periféricas, podendo ocasionar deformidades físicas, limitações funcionais, além de repercussões socioeconômicas indesejadas, tais como a perda do emprego. Estima-se que a sobrevivência dos pacientes é reduzida de 3 a 10 anos. Nas formas mais graves da doença ocorrem manifestações extra-articulares afetando a pele, olhos, pulmão, coração, nervos periféricos, rins e vasos sanguíneos^(1,3).

As principais metas do tratamento são alívio da dor e o controle rigoroso do processo inflamatório articular. Os medicamentos para controle da doença são prescritos para longo prazo, requerendo um monitoramento da atividade da doença e gestão do tratamento.

A AR exige uma reabilitação com uma equipe interdisciplinar, na qual a enfermagem tem um papel essencial na abordagem holística dos pacientes e familiares⁽⁴⁻⁶⁾, contribuindo na redução do risco de complicações e na promoção da qualidade de vida desses indivíduos.

O Modelo de Adaptação de Callista Roy é constituído por quatro modos adaptativos (papel da função, interdependência, autoconceito e fisiológico) e possibilita ao enfermeiro a análise das repostas adaptativas e ineficientes nas situações de saúde e doença⁽⁷⁾. Essa teoria trata o diagnóstico de enfermagem como resultado de um

pensamento crítico sobre as necessidades biológicas e psicossociais, como aquelas determinadas por fatores ambientais e familiares.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE[®], atualmente na versão 2.0, está em processo de consolidação, em diversos países, como um padrão de definição dos diagnósticos de enfermagem, permitindo a troca de informações e a representação da enfermagem nos sistemas de informação em saúde⁽⁸⁾.

Pretende-se, com este estudo, identificar os principais diagnósticos de enfermagem durante a reabilitação de pacientes adultos com artrite reumatóide, utilizando a teoria de Callista Roy e a CIPE[®], versão 2.0.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo do tipo exploratório e descritivo, através de estudos de casos, realizado em um hospital de reabilitação em Belo Horizonte, em uma enfermaria de ortopedia para adultos com idade superior a 18 anos, que dispõe de 26 leitos. Por estudo de caso, entende-se uma investigação em profundidade de um indivíduo, de um grupo de indivíduos, de uma instituição ou unidade social, em que o pesquisador conduz a pesquisa, tentando analisar e entender as variáveis que são relevantes para o histórico, o desenvolvimento ou cuidado dispensado ao sujeito e seus problemas⁽⁹⁾.

Inicialmente foram avaliados 80 prontuários de pacientes com AR para uma estimativa inicial da prevalência dos principais diagnósticos citados nas evoluções de enfermagem. Nessa fase foram encontrados relatos de problemas cardíacos, renais, gastrointestinais, hipertensão, dor, diabetes mellitus, constipação intestinal, independência para atividades de vida diária, edema, sono e humor, cuja prevalência variou

entre 30 e 85%. A hipertensão arterial foi a patologia que gerou o maior equilíbrio entre um grupo acometido pela doença (48%) e o grupo sem a doença (52%). Considerando a variância decorrente desse equilíbrio (0,25), o nível de confiança de 95% e uma precisão relativa de 10%, seria necessário uma amostra mínima de 97 pacientes para se estimar os percentuais de cada diagnóstico. Todavia, a demanda foi insuficiente para se obter a amostra de 97 pessoas e uma amostra menor, de 31 pacientes, foi utilizada. Os percentuais foram estimados com nível de confiança de 90% e com precisão relativa de 16%, ou seja, existe uma probabilidade de 0,9 do verdadeiro valor populacional pertencer ao intervalo entre 8 pontos percentuais abaixo e 8 pontos percentuais acima do valor observado na amostra.

Participaram do estudo todos os pacientes internados, 31 participantes no total, entre julho de 2009 e janeiro de 2011 e que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico de artrite reumatoide (AR); idade acima de 18 anos; primeira internação no hospital para cumprir programa de reabilitação; aceitação em participar do estudo, por escrito, conforme descrito nos princípios éticos da resolução 196/96⁽¹⁰⁾. O estudo teve a aprovação do comitê de ética e pesquisa do hospital (processo nº 811). Para coleta de dados, foi elaborado um questionário com base na Teoria de Adaptação de Callista Roy, com o objetivo de avaliar os comportamentos e os estímulos relativos aos quatro modos de adaptação, nos pacientes com AR. Esse instrumento foi submetido à avaliação aparente e de conteúdo por enfermeiros especialistas em reabilitação do hospital em estudo. Em seguida, foi submetido a teste piloto com pacientes com AR, demonstrando sua operacionalidade para alcance dos objetivos.

Após a coleta dos dados, com o instrumento previamente testado e

informações retiradas do prontuário eletrônico, realizou-se um processo de análise e julgamento sobre as respostas dos pacientes com AR e sobre os estímulos que estavam provocando essas respostas. Esse processo produziu quadros individualizados de afirmativas diagnósticas, para os quais se utilizou a tipologia de indicadores de adaptação positiva e a tipologia de problemas recorrentes de adaptação desenvolvida por Roy^(7,11). Em seguida, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, tendo por base a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE[®]), versão 2.0⁽¹²⁾. Os diagnósticos de enfermagem com frequência igual ou superior a 41% constituíram o perfil diagnóstico dos pacientes com AR. Selecionouse o ponto de corte 41% de ocorrência para representar a população estudada tendo por base a relevância estatística da ocorrência de 13 casos em 31 (41,9%), uma vez que eles retratam os principais problemas adaptativos vivenciados pelos pacientes com AR atendidos no hospital de reabilitação em estudo.

No processo de inferência diagnóstica, os dados coletados foram individualmente avaliados e discutidos pelas pesquisadoras, na busca de um consenso. Os dados foram então compilados e analisados estatisticamente com o *software* Microsoft[®] Excel, versão 2010. Para o diagnóstico de mobilidade comprometida foi avaliada a capacidade funcional dos participantes, com a escala *Functional Independence Measure* (FIM), que considera independência modificada quando o paciente requer um dispositivo de ajuda ou adaptação ou leva um tempo acima do razoável ou exige risco de segurança. A dependência moderada é quando o paciente executa 50% ou mais do trabalho, podendo necessitar de supervisão ou preparação⁽¹³⁾. Na avaliação da intensidade da dor foi aplicada a Escala Visual Analógica da Dor (EVA), uma escala unidimensional que marca a dor de 0 a 10. As pontuações menores que 3 indicam “dor leve”; pontuações entre 4

e 6, “dor moderada”; e maiores de 7, “dor forte”⁽¹⁴⁾.

RESULTADOS

A amostra se caracterizou pela predominância do gênero feminino (84%) e de

pessoas casadas (58%). A maioria dos pacientes (78%) possuía o ensino fundamental (46%) ou médio (32%) e 48% eram aposentados ou pensionistas. Aproximadamente a metade dos pacientes (54%) morava em Belo Horizonte e o restante se distribuía igualmente entre o interior e outras cidades da região metropolitana (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição dos pacientes com AR segundo dados sociodemográficos - Belo Horizonte - MG - 2011

| Variável | n | % | Variável | n | % |
|---------------------|----|----|--|----|----|
| Gênero | | | Situação ocupacional | | |
| Feminino | 26 | 84 | Aposentado ou pensionista | 15 | 48 |
| Masculino | 5 | 16 | Desempregado | 6 | 19 |
| Estado civil | | | Empregado | 7 | 23 |
| Solteiro | 8 | 26 | Afastado ou auxílio doença | 3 | 10 |
| Casado | 18 | 58 | Procedência | | |
| Viúvo | 1 | 3 | Belo Horizonte | 17 | 54 |
| Divorciado | 3 | 10 | Outras cidades da Região Metropolitana de Belo Horizonte | 7 | 23 |
| União estável | 1 | 3 | Interior de Minas Gerais | 7 | 23 |
| Escolaridade | | | | | |
| Iletrado | 2 | 6 | | | |
| Ensino fundamental | 14 | 46 | | | |
| Ensino médio | 10 | 32 | | | |
| Ensino superior | 5 | 16 | | | |

Os pacientes da amostra apresentavam, além da AR, outros diagnósticos associados, sendo o mais frequente sinovite na articulação radioulnar, carpal, metacarpofalangeana e interfalangeana (45,2%). A tabela a seguir exhibe os percentuais e os intervalos de confiança das estimativas de cada um dos diagnósticos identificados.

Tabela 2- Distribuição dos diagnósticos em pacientes com AR - Belo Horizonte-MG -2011

| Diagnóstico | n | % ⁽¹⁾ | Intervalo de confiança % ⁽²⁾ |
|---|----|------------------|---|
| Sinovite na articulação radioulnar, carpal, metacarpofalangeana e interfalangeana | 14 | 45,2 | 31,4 - 59,7 |
| Hipertensão arterial | 13 | 41,9 | 28,6 - 56,6 |
| Osteoartrose de joelho, quadril | 12 | 38,7 | 25,8 - 53,5 |
| Bursite, tendinite e tenossinovite do ombro, mão e dedos e olecrano | 10 | 32,3 | 20,3 - 47,1 |
| Tratamento misto ansioso depressivo | 8 | 25,8 | 15,1 - 40,4 |
| Sinovite do joelho, tornozelo, metatarsofalangina e entesite | 7 | 22,6 | 12,6 - 37 |
| Anemia | 10 | 32,3 | 20,3 - 47,1 |
| Radiculopatia e osteoartrite da coluna | 12 | 38,7 | 25,8 - 53,5 |
| Síndrome do túnel do carpo | 5 | 16,1 | 7,8 - 29,9 |
| Diabetes melito | 4 | 12,9 | 5,5 - 26,2 |
| Canal estreito cervical | 3 | 9,7 | 3,4 - 22,4 |
| Miosites | 3 | 9,7 | 3,4 - 22,4 |
| Nódulo reumatóide | 2 | 6,5 | 1,5 - 18,4 |
| Osteopenia | 2 | 6,5 | 1,5 - 18,4 |
| Osteoporose | 2 | 6,5 | 1,5 - 18,4 |
| Hipotireodismo | 1 | 3,2 | 0 - 14,2 |
| Síndrome de Sjörger | 1 | 3,2 | 0 - 14,2 |

(1) Percentual sobre n=31 pacientes. (2) Intervalo de confiança de Wald a 90%.

Cabe ressaltar que todos os participantes da amostra possuíam diagnóstico de AR por um período igual ou superior a 5 anos, além disso, 31 pacientes estavam em tratamento com fármacos antirreumáticos modificadores da doença (DMARD) e medicamentos sintomáticos (analgésicos, AINH-anti-inflamatórios não hormonais, e corticosteroides em baixa dose) e nenhum paciente fazia uso de agente biológico.

Na análise dos dados coletados sobre os comportamentos e estímulos dos pacientes com AR, conforme os quatro modos

adaptativos da teoria de Callista Roy, foram identificados 18 diagnósticos de enfermagem, cuja prevalência variou de 3,2% a 100%. Dentre eles, a dor artrítica foi o que mostrou a maior representatividade. Todos os pacientes referiram dores nas articulações, sendo que mãos e punhos foram as articulações que obtiveram maior escore na Escala Visual e Analógica para Dor (tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição da localização da dor dos pacientes com AR, e avaliação da sua intensidade utilizando EVA - Belo Horizonte- 2011

| Localização | Dor leve 1-3 | Dor moderada 4-6 | Dor forte 7-10 | (n) | % ⁽¹⁾ |
|---------------|-----------------|---------------------|-------------------|-----|------------------|
| Mãos e punhos | 5 | 7 | 9 | 21 | 68 |
| Ombro | 6 | 7 | 7 | 20 | 65 |
| Joelho | 3 | 6 | 5 | 14 | 45 |
| Coluna | 2 | 2 | 8 | 12 | 39 |
| Pé | 2 | 5 | 4 | 11 | 35 |
| Quadril | 1 | 4 | 4 | 9 | 29 |
| Tornozelo | 1 | 4 | 4 | 9 | 29 |
| Cotovelo | 1 | 3 | 3 | 7 | 23 |
| Maxilar | 0 | 0 | 1 | 1 | 3 |

(n) número de pacientes que referiram dor de acordo com a localização.

(1) Percentual sobre número de pacientes.

Doze pacientes (38,7%) realizaram cirurgia como sinovectomia e artrodese das articulações das mãos, punho, joelho e pés com a finalidade de controlar a dor e

melhorar a sua capacidade funcional. A tabela a seguir exhibe os percentuais e os intervalos de confiança das estimativas de cada um dos diagnósticos identificados.

Tabela 4- Distribuição dos diagnósticos de enfermagem, segundo CIPE 2.0 em pacientes com AR - Belo Horizonte - MG -2011

| Diagnóstico | n | % ⁽¹⁾ | Intervalo de confiança % ⁽²⁾ |
|---|----|------------------|---|
| Incapacidade para desempenhar atividade de lazer | 1 | 3,2 | 0,0 - 14,2 |
| Bem estar psicológico comprometido | 3 | 9,7 | 3,4 - 22,4 |
| Interação social comprometida | 3 | 9,7 | 3,4 - 22,4 |
| Não adesão à medicação | 4 | 12,9 | 5,5 - 22,2 |
| Obstipação | 5 | 16,1 | 7,8 - 29,9 |
| Risco de queda | 5 | 16,1 | 7,8 - 29,9 |
| Risco para alergia | 7 | 22,6 | 12,5 - 37,0 |
| Processo do sistema gastrointestinal comprometido | 11 | 35,5 | 23,0 - 54,3 |
| Funcionamento sexual comprometido | 13 | 41,9 | 28,6 - 56,6 |
| Autoimagem negativa | 14 | 45,2 | 31,4 - 59,7 |
| Risco para solidão | 15 | 48,4 | 34,3 - 62,7 |
| Mobilidade comprometida | 16 | 51,6 | 37,3 - 65,6 |
| Rendimento inadequado | 17 | 54,8 | 40,3 - 68,5 |
| Sono comprometido | 17 | 54,8 | 40,3 - 68,5 |
| Déficit do conhecimento da doença | 18 | 58,1 | 43,4 - 71,4 |
| Excesso de peso | 18 | 58,1 | 43,4 - 71,4 |
| Integridade da pele comprometida | 19 | 61,2 | 46,5 - 74,2 |
| Dor artrítica | 31 | 100 | 90,4 - 100,0 |

(1) Percentual sobre n=31 pacientes. (2) Intervalo de confiança de Wald a 90%.

Cabe ressaltar algumas considerações sobre os diagnósticos de enfermagem mais frequentes.

O diagnóstico de integridade da pele comprometida foi firmado em 61,2% da amostra: 8 participantes (25,8%) apresentavam lesões, a mais frequente fissura e maceração interdigital, seguida de pele seca 11 (35,5%).

O sobrepeso presente em 14 participantes (45%) e a obesidade em 4 (13%) foram os problemas mais frequentes associados ao diagnóstico de excesso de peso.

Com relação ao diagnóstico de déficit do conhecimento da doença, nove dos participantes (29%) informaram não ter o conhecimento sobre a doença e outros 9 (29%) ter apenas conhecimento parcial.

Em relação à independência funcional, foi observado que a maioria dos participantes possuía uma independência modificada e apenas uma pequena parte apresentava a dependência moderada para realizar as atividades. Para vestir parte inferior do corpo, 12 participantes (38,7%) apresentam independência modificada, enquanto 2 (6,5%) a dependência moderada. Na atividade de

subir e descer escadas, 13 indivíduos (41,9%) possuíam independência modificada e apenas 2 (6,5%) a dependência moderada. Para locomover-se através da marcha, 12 participantes (38,7%) apresentavam independência modificada e 2 (6,5%) a dependência moderada. Utilizam auxílio locomoção 5 pacientes (16,1%). Observou-se ainda que 18 participantes (58,1%) apresentavam algum tipo de deformidade articular e 7 (22,6%) a rigidez matinal, que são manifestações clínicas relacionadas à mobilidade comprometida. A seguir, o quadro 1 apresenta a relação entre o modo adaptativo e os comportamentos associados aos diagnósticos de enfermagem que ocorreram com maior frequência. Através da identificação dos comportamentos relacionados aos quatro modos adaptativos, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem dos pacientes com AR utilizando a tipologia de indicadores e de problemas recorrentes de adaptação desenvolvida por Roy^(7,11).

Quadro 1- Distribuição dos Diagnósticos de Enfermagem dos pacientes com AR segundo os Modos Adaptativos de Callista Roy - Belo Horizonte - MG - 2011

| Modo de adaptação | Comportamentos | Diagnostico de enfermagem (CIPE [®] versão 2.0) |
|---|---|--|
| MODO PAPEL DA FUNÇÃO | Conflito no desempenho dos papéis associado à incapacidade física causada pela doença Alteração nos papéis Interrupção da vida profissional Dependencia financeira | <i>Rendimen to inadequado</i> |
| MODO INTERDEPENDENCIA | Alteração no relacionamento com amigos e familiares Dificuldade nas interações sociais devido a incapacidade causada pela doença e alteração nos papéis Diminuição das atividades de lazer Sentimento negativo sobre o corpo Dependência financeira | <i>Risco para sozido</i> |
| MODO AUTOCONCENTO | Falta de conhecimento sobre a doença | <i>Deficit do conhecimento sobre a doença</i> |
| | Mudança no relacionamento com o companheiro Dor e presença das deformidades dificultando a relação sexual Diminuição da verbalização do desejo sexual Sentimento negativo sobre o corpo | <i>Funcionamento sexual comprometido</i> |
| | Verbalização de insatisfação com a aparência e deformidades Sentimento de desvalia e incapacidade | <i>Autoimagem negativa</i> |
| MODO FISIOLÓGICO Nutrição | Cálculo de IMC 25 a 34,9 Nutrição maior que as necessidades corporais Ganho ponderal associado ao uso de corticoides Sedentarismo | <i>Excesso de peso</i> |
| MODO FISIOLÓGICO Sentidos | Dor crônica Edema articular | <i>Dor artrítica</i> |
| MODO FISIOLÓGICO Proteção | Pele seca Maceração e fissura interdigital | <i>Integridade da pele comprometida</i> |
| MODO FISIOLÓGICO Atividade e repouso | Dificuldade para dormir Despertar durante o sono devido a dor Expressão de mal-estar e sono durante o dia | <i>Padrão de sono comprometido</i> |
| | Restrição da mobilidade Dificuldade para deambular, subir e descer escada Intolerância a atividade devido à dor, edema articular e deformidades em membros superiores e inferiores Rigidez matinal | <i>Mobilidade comprometida</i> |

DISCUSSÃO

Modo papel da função

A amostra foi constituída na sua maioria pelo gênero feminino, com baixo nível socioeconômico e pouca escolaridade. A maior parte das mulheres tinha trabalho doméstico sem remuneração, enquanto outra parcela exercia funções como diaristas, auxiliares de serviços gerais, costureira e cortadeira de confecção. Esses trabalhos exigem grande

destreza manual e um importante esforço físico, o que frequentemente as fazem perder o emprego nos primeiros anos da doença, sem chance de serem realocadas ou reintegração no mercado de trabalho devido à baixa escolaridade. Essa situação poderia explicar a alta porcentagem (48%) de aposentadorias observadas na amostra.

A maior parte dos participantes (55%) relatou que a renda familiar não é adequada para a própria manutenção, necessitando de

ajuda financeira de outros familiares. Esse dado confirma os comportamentos identificados no modo papel da função, ou seja, funções que a pessoa ocupa na sociedade⁽⁷⁾. Os comportamentos desse modo: conflito no desempenho dos papéis associado à incapacidade física, alterações dos papéis, interrupção da vida profissional, dependência financeira, levaram à afirmativa diagnóstica de rendimento inadequado.

Modo interdependência

A Alteração no relacionamento com amigos e familiares, a dificuldade de inserção em grupos sociais devido à incapacidade causada pela doença e alteração nos papéis, a diminuição nas atividades de lazer, dependência financeira e sentimento negativo sobre o corpo foram comportamentos do modo interdependência que levaram à afirmativa diagnóstica de risco para solidão. Esse modo identifica os padrões de valor humano, afeição, amor e afirmação, caracterizando o modo em que as necessidades afetivas são satisfeitas⁽¹¹⁾.

A teoria prevê que mais de um modo pode ser afetado por um mesmo comportamento, resultando em problemas de adaptação. Assim, verificou-se que no modo interdependência houve a influência dos modos da adaptação do papel da função e autoconceito, ao observar que aspectos como dependência financeira e sentimento negativo sobre o corpo influenciaram os comportamentos dos pacientes.

Mesmo contando com uma rede de apoio, seja familiar ou na comunidade, 48% dos pacientes entrevistados relataram sentir solidão. Eles normalmente têm dificuldade de inserção em grupos sociais devido às limitações funcionais e às dores provocadas pela doença. As atividades de lazer mais frequentes foram assistir televisão, 42%, e realizar atividades manuais, 32%, que são atividades realizadas geralmente sem a

necessidade de um acompanhante, em concordância com o comportamento do modo interdependência e o diagnóstico de risco para solidão.

Constatou-se também que 25,8% dos participantes tiveram o diagnóstico médico de transtorno misto ansioso depressivo. Estudos mostram a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos, na AR, acima da média habitualmente encontrada na população em geral, variando de 13% a 47%⁽¹⁵⁾.

Modo autoconceito

Quanto ao modo autoconceito, observa-se certa relação com o modo fisiológico, tendo em vista que as alterações de cunho biológico afetam o julgamento que a pessoa tem de si mesma. Sob esse prisma, 42% declararam alteração na função sexual devido à dor e presença das deformidades articulares, dificultando a relação sexual, mudança no relacionamento com o parceiro e diminuição da libido. Pesquisas prévias revelam o impacto das doenças reumáticas na função sexual, sendo que a deficiência física, a dor e depressão são os principais fatores relacionados a esse problema^(16,17).

A verbalização de insatisfação com a aparência e as deformidades, sentimento de desvalia e incapacidade possibilitaram as afirmativas diagnósticas de autoimagem negativa.

Ainda no modo autoconceito, avalia-se o subcomponente do eu pessoal, a autoconsistência, que é o desempenho real de alguém, a resposta a uma situação, o que ela sabe de si. O conhecimento da doença, suas repercussões e tratamento identificam o comportamento relacionado a esse subcomponente. O déficit do conhecimento da doença presente na maioria da amostra requer atenção, uma vez que todos os pacientes informaram que já tinham recebido orientações a respeito da doença pelo médico. Fatores como a baixa escolaridade da maioria

da amostra, além do desinteresse identificado em alguns e o longo período de retorno ao médico contribuíram com essa afirmativa diagnóstica.

A AR é uma doença que causa muitos sintomas desagradáveis, como dor, rigidez matinal, edema das articulações, fadiga, afetando indesejadamente muitos aspectos da vida do paciente. Os tratamentos são variados e consistem num regime permanente, necessitando de monitoramento da atividade da doença, com a finalidade de prevenção da incapacidade^(1,4). Por isso, o conhecimento da doença e do seu gerenciamento por parte do paciente é de fundamental importância para evitar complicações e abandono do tratamento.

Modo fisiológico

O modo fisiológico está associado à forma como a pessoa responde fisicamente aos estímulos provenientes do ambiente. Neste modo houve cinco afirmativas diagnósticas nos componentes: nutrição, sentidos, proteção, atividade e repouso.

O componente nutrição implica em padrões de nutrientes para a manutenção do funcionamento humano, promoção da saúde e restauração do tecido lesionado⁽¹¹⁾. O comportamento nutrição maior que as necessidades corporais, com índice de massa corporal de 25 a 34,9 (IMC), ganho ponderal pelo uso de corticóides e sedentarismo são afirmativas para o diagnóstico de excesso de peso. A maioria dos participantes (87%) relatou não fazer uma dieta, o que pode contribuir para repercussões negativas tanto para a aparência como para a saúde.

No modo fisiológico - sentidos -, que representa o canal de entrada da pessoa através do qual a informação sensorio-perceptiva é processada⁽¹¹⁾, a dor foi a queixa mais frequente. Após a aplicação da escala visual analógica para avaliação da dor, foi identificado que a intensidade da dor nas

articulações era de moderada a intensa. Foram observadas ainda repercussões dessa queixa na realização das atividades de vida diária, da atividade sexual, no padrão de sono e no aspecto psicológico, pois alguns pacientes verbalizaram tristeza, nervosismo e ansiedade.

Outro fator importante associado à dor foi o edema nas articulações causado pelo processo inflamatório da doença, presente em 12 participantes (38,7%). O edema pode acometer bainhas de tendões, causar bursites, tendinites, sinovites, levar à limitação da mobilidade, dor e limitação da capacidade para autocuidado e risco para quedas⁽¹⁸⁾. A frequência dessa queixa mostra a importância do enfermeiro na avaliação da dor, bem como as necessidades relacionadas ao bem-estar psicológico e social, incluindo fatores como ansiedade e depressão^(19,20).

O modo fisiológico-proteção incide sobre a integridade da pele e a imunidade como necessidades fisiológicas básicas que permitem uma função protetora⁽⁷⁾. A perda da integridade da pele por cerca de 61% dos participantes está relacionada com a presença de epiderme áspera, escamosa, com risco para rachaduras mais frequente na região dos braços e pernas, presença de fissura e maceração interdigital. Observa-se também que as deformidades das articulações e as limitações funcionais e dor causadas pela doença dificultam a higiene interdigital, favorecendo o aparecimento dessas lesões⁽²⁰⁾.

O componente atividade e repouso envolve a necessidade de atividade física diária, função motora e descanso e necessidade de dormir⁽⁷⁾. A dificuldade para dormir, despertar durante o sono devido à dor, expressão de mal-estar e sono durante o dia, relatado por 17 participantes (54,8%), foram os comportamentos que levaram à afirmativa diagnóstica de sono comprometido. Esse diagnóstico, padrão de sono comprometido, contribui para aumentar o

desconforto dessas pessoas e pode alterar a sua rotina diária. Estudos mostram que a dor e depressão podem contribuir para o comprometimento do sono dos indivíduos com AR^(21,22).

Ainda nesse modo, o diagnóstico de mobilidade comprometida, presente em 16 participantes (51,6%), teve como comportamentos relacionados à restrição da mobilidade, dificuldade para deambular, subir e descer escadas, intolerância à atividade devido à dor, deformidades articulares e limitações causadas pelo aumento de volume das articulações das mãos, punhos, quadris, joelhos e pés e rigidez matinal. Outro fator relacionado é a diminuição da força e resistência associada à deficiência músculo-esquelética que pode ser causada pela AR^(03,23).

A mobilidade comprometida pode causar problemas como mudanças na marcha, gerando um risco aumentado para quedas, além da dependência para realizar as atividades de vida diária e laborais, interferindo na qualidade de vida dessas pessoas⁽³⁾. Observa-se uma redução significativa da capacidade funcional medida pela escala FIM nesses pacientes. Não foi observada na amostra uma relação entre o tempo de tratamento da doença com a capacidade funcional.

Estudos utilizando o instrumento *Health Assessment Questionnaire* (HAQ), o instrumento mais utilizado em ensaios clínicos em AR⁽²²⁾, mostram uma queda inicial do escore, seguida do aumento gradual ao longo do tempo. Isso explica o fato de que o paciente com AR tem uma incapacidade considerável antes do início do tratamento, com um aumento lento e progressivo da limitação funcional à medida que o dano articular e outras manifestações da doença progridem^(22,23).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo identificou os seguintes diagnósticos de enfermagem durante a reabilitação dos pacientes com AR: dor artrítica, integridade da pele comprometida, déficit do conhecimento da doença, excesso de peso, rendimento inadequado, sono comprometido, mobilidade comprometida, risco para solidão, autoimagem negativa e funcionamento sexual comprometido. Esses diagnósticos de enfermagem identificados poderão fornecer elementos para o planejamento das intervenções de enfermagem na reabilitação dos pacientes com AR. Isso ressalta a necessidade da reflexão holística dos enfermeiros acerca do cuidado e de seu papel de apoio e educação desses indivíduos, com o intuito de melhorar o conhecimento e a autonomia dos pacientes para o gerenciamento da doença, promovendo a redução das complicações da AR e a participação social. A teoria de Callista Roy e o uso da CIPE versão 2.0 para a formulação dos diagnósticos de enfermagem direcionaram este estudo e permitiu às pesquisadoras a identificação das necessidades relacionadas ao bem-estar físico, psicológico e social da amostra. No entanto, devido à limitação do tamanho da amostra, há a necessidade de mais estudos sobre o tema que validem sua aplicabilidade em outros centros de reabilitação. Recomenda-se que outros estudos sejam realizados para corroborar os diagnósticos identificados nesta pesquisa e determinar o perfil diagnóstico de pacientes com AR em outras realidades, o que permitiria a validação dos diagnósticos e, posteriormente, das intervenções de enfermagem, contribuindo assim para o desenvolvimento do processo de enfermagem.

REFERÊNCIAS

- 1- Pinheiro GRC. Artrite reumatóide. In: Moreira C, Pinheiro GRC, Marques Neto JF, editores. Reumatologia essencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. p. 338-54.
- 2- Senna ER, De Barros AL, Silva EO, Costa IF, Pereira LV, Ciconelli RM, et al. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. *J. rheumatol.* 2004; 31(3):594-7.
- 3- Corbacho MI, Dapuetto JJ. Avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida de pacientes com artrite reumatóide. *Rev. bras. reumatol.* 2010;50(1):31-43.
- 4- Lianza S, Torigoe DY. Reabilitação na artrite reumatóide. In: Lianza S, editor. *Medicina de reabilitação*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. p. 266-73.
- 5- Bertolo MB, Brenol CV, Schainberg CG, Neubarth F, Lima FAC, Laurindo IM et al. Atualização do consenso brasileiro no diagnóstico e tratamento da artrite reumatóide. *Temas de reumatol clín.* 2009;10(1):6-14.
- 6- Barker TL, Puckett TL. Rheumatoid arthritis: coping with disability. *Rehabil. nurs.* 2010; 35(2):75-9.
- 7- Roy C, Andrews HA. Teoria da enfermagem: o modelo de adaptação de Roy. Lisboa: Instituto Piaget; 1981.
- 8- Mazoni SR, Rodrigues CC, Santos DS, Rossi LA, Carvalho EC. Classificação internacional para prática de enfermagem e a contribuição brasileira. *Rev. bras. enferm.* 2010; 63(2):285-9.
- 9- Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
- 10- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Bioética.* 1996;4(Supl.2):15-25.
- 11- Geoge JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 2000.
- 12- International Council of Nurses. INCP® Browsers. Version 2.0 [internet]. Delivered by ClinicalTemplates.org technology. [atualizado em, 2010 April 20; acesso em 2011 May 23]. Disponível em: <http://www.icn.ch/pillarsprograms/icnpr-browsers/>.
- 13- Treinamento para utilização do FIM: guia para o Sistema Uniforme de Informação para Reabilitação Médica (FIM para adultos). [s.1:s.n.]; 1993. 48 f.
- 14- Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor (SBED). Hospital sem Dor: diretrizes para implantação da dor como 5º sinal vital [Internet]. 2009. [acesso em 2009 fev 25]. Disponível em: http://www.dor.org.br/profissionais/5_sinal_vital.asp.
- 15- Costa AFC, Brasil MAA, Papi JA, Azevedo, MNL. Depressão, ansiedade e atividade de doença na artrite reumatóide. *Rev. bras. reumatol.* 2008;48(1):7-11.
- 16- Hill J, Bird H, Thorpe R. Effects of rheumatoid arthritis on sexual activity and relationships. *Rheumatology.* 2003;42(2):280-6.
- 17- Ostensen M. Função sexual comprometida em pacientes com doença reumática independente da atividade da doença, tratamento e função gonadal. *Rev. bras. reumatol.* 2009;49(6):639-42.
- 18- Brunner LS, Suddarth DS. Histórico e cuidados aos pacientes com distúrbios reumáticos. In: Smeltzer SC, Bare BG, editores. *Brunner & Suddarth tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2008. p. 1605-17.
- 19- Makelainen P, Vehvilainen-Julkunen K, Pietila AM. Rheumatoid arthritis patient

education: RA patients' experience. *J. clin. nurs.* 2009;18(14):2058-65.

20- Oliver S. Understanding the needs of older people with rheumatoid arthritis: the role of the community nurse. *Nurs. older people.* 2009;21(9):30-7.

21- Nicassio PM, Ormserth SR, Kay M, Custodio M, Irwin MR, Olmstead R, Weisman MH. The contribution of pain and depression to self-reported sleep disturbance in patients with rheumatoid arthritis. *Pain.* 2012;153(1):107-12.

22- Irwin MR, Olmstead R, Carrillo C, Sadeghi N, Fitzgerald JD, Ranganath VK, Nicassio PM. Sleep loss exacerbates fatigue, depression, and pain in rheumatoid arthritis. *Sleep.* 2012;35(4):537-43.

23- Mota LMH, Crus BA, Brenol CV, Pereira IA, Fronza LSR, Bertolo MB et al. Consenso da Sociedade Brasileira de Reumatologia 2011 para o diagnóstico e avaliação inicial da artrite reumatóide. *Rev. bras. reumatol.* 2011;51(3):207-19.

24- Mota LMH, Laurindo IMM, Neto Leopoldo LS. Avaliação prospectiva da qualidade de vida em coorte de pacientes com artrite reumatóide inicial. *Rev. bras. reumatol.* 2010;50(3):249-61.

Recebido em: 10/08/2012

Versão final em: 15/11/2012

Aprovação em: 25/11/2012

Endereço de correspondência

Aline Rodrigues de Abreu Miranda

Endereço: Avenida Amazonas, 5953, Gameleira.

CEP 30510-000 Belo Horizonte-MG

E-mail: dubreu@sarah.br