

## **ARTRITE GOTOSA: UM RELATO DE CASO<sup>1</sup>**

### ***GOUTY ARTHRITIS: A CASE REPORT***

**Denis Cechin Filipini<sup>2</sup>**  
**Michelle Araujo Gracioli<sup>3</sup>**

#### **RESUMO**

O presente relato de caso refere-se a um paciente portador de artrite gotosa, o qual, devido à doença, apresentou algumas limitações que restringiram, e modificaram o andamento de suas atividades diárias, principalmente durante as crises agudas. Este estudo proporciona um maior conhecimento sobre as principais dificuldades que o paciente enfrenta e o que fazer para amenizá-las, tornando-o mais produtivo, com o intuito de inseri-lo na vida social ativa. Como a artrite gotosa é uma patologia que acomete as articulações, pretende-se, neste trabalho, descrever a doença, suas causas, manifestações clínicas e evidenciar os principais obstáculos fomentados pelo paciente portador, relacionados com sua auto-estima e com o convívio social. Por ser o tratamento, em maior instância, preventivo, pois não há cura para a doença, salientar-se-á a importância do auto-cuidado a fim de melhorar a auto-estima e a qualidade de vida do paciente. A coleta de dados iniciou durante a internação hospitalar com seis visitas domiciliares subseqüentes; em cada uma, a autora permaneceu aproximadamente uma hora junto ao paciente. As entrevistas foram previamente agendadas e realizadas durante os meses de março a junho de 2001. Com base nessas informações, sentiu-se a necessidade de realizar este relato de caso com o intuito de compreender melhor a patologia e suas peculiaridades.

**Palavras-chave:** artrite gotosa, cuidado, enfermagem.

#### **ABSTRACT**

The present case report refers to a patient carrying gouty arthritis who, due to the disease, has presented some limitations which restricted and changed the course of his everyday activities, mainly during the acute crises. This study provides a greater knowledge on the main difficulties the patient faces and suggests what should be done to ease them, making him more

---

<sup>1</sup> Trabalho Final de Graduação.

<sup>2</sup> Curso de Enfermagem - UNIFRA.

<sup>3</sup> Orientador.

productive, with the purpose of fitting him in an active social life. As the gouty arthritis is a pathology which attacks the joints, this work is intended to describe the disease, its causes, clinical manifestations, as well as finding out the main obstacles fomented by the disease-carrier patient, concerning his self-esteem and social contact. Being the treatment greatly preventive, since there is no cure for the disease, the importance of self-care is pointed out in order to improve the patient's self-esteem and quality of life. The data collection was conducted during the stay in the hospital and six subsequent home visits; in each of them, the author stayed beside the patient for about an hour. The interviews were previously scheduled and were carried out from March to June in 2001. Considering the information obtained, it was needed to report this case with the aim of having a better understanding of the pathology and its peculiarities.

**Key words:** gouty arthritis, care, nursing.

## INTRODUÇÃO

Desde o século V a.C., existem relatos sobre gota, o que permite considerá-la como uma das mais antigas patologias que acomete o homem.

O termo gota deriva da palavra *gutta*, uma gota. Foi usado inicialmente no século XIII, refletindo a crença de Hipócrates de que a doença seria causada por uma substância nociva ou venenosa que caía gota a gota, dentro da articulação (WYNGAARDEN & SMITH, 1986). Os autores complementam suas idéias expondo que, na antigüidade, esta doença recebeu o nome de doença de Reis, já que grandes personalidades da história eram portadores desta enfermidade.

Nas leituras realizadas, observei que esta patologia já vem sendo estudada e muitos meios profiláticos e medicamentosos já foram utilizados para amenizar os males por ela ocasionados. Atualmente, existem medicamentos específicos para esta patologia, os quais agem no sentido de evitar o surgimento de novas crises, fazendo com que o portador de gota crônica passe a ter uma melhor qualidade de vida.

Segundo BUSON (1997); BRUNNER & SUDDARTH (1998) e RIZZO (1998), a artrite gotosa, como também é denominada, decorre de uma alteração metabólica das purinas, resultante do acúmulo de ácido úrico sérico, devido ao aumento de sua síntese ou pela dificuldade de eliminá-lo.

Esta patologia acomete as articulações e, quando não tratada, causa diversas seqüelas, as quais debilitam o portador e o desintegram da vida social. A auto-estima do paciente fica prejudicada, pois se ele não tiver

aceitado a situação de estar doente, o seu restabelecimento torna-se mais lento e dificultoso.

O presente trabalho relata um estudo de caso realizado com um paciente portador de gota crônica. Serão descritos a evolução, as causas, os sintomas, as conseqüências e os desprivilégios ocasionados pela doença.

O portador durante as crises sente-se impotente, devido à impossibilidade de realizar afazeres do seu cotidiano. Somente à medida que o paciente se convencer de que o tratamento é, em maior instância, preventivo, o intervalo entre as crises aumentará, e a qualidade de vida será satisfatória. Pois, FINKLER (1994, p. 25) coloca que “a qualidade de vida está diretamente relacionada ao equilíbrio psicológico, emocional e social, e é essencial para o bem-estar do indivíduo comunicar-se com seus semelhantes que estão a sua volta”.

Vale ressaltar que a patologia é pouco cogitada porém, muitas pessoas são acometidas por esta enfermidade, provavelmente em decorrência dos hábitos alimentares e pela falta de orientações e esclarecimentos.

O interesse para o estudo da artrite gotosa foi despertado durante o 4º semestre da minha vida acadêmica, período em que me deparei com um caso familiar, no qual os sintomas e as conseqüências comprometiam de forma agressiva a vida do indivíduo. Este fato instigou minha curiosidade, que foi aguçada quando meses mais tarde, deparei-me com um paciente hospitalizado com a mesma doença.

Surgiu-me, então, um questionamento importante: o que fazer para minimizar os sintomas dos pacientes com artrite gotosa, visando uma melhor qualidade de vida?

Em vista disso, objetiva-se neste trabalho:

- relacionar conhecimentos científicos com o cotidiano de um paciente com artrite gotosa;
- realizar orientações relacionadas ao uso correto da medicação e do afastamento de fatores desencadeantes, a fim de prevenir o surgimento de crises recidivantes;
- enfatizar a importância do “eu terapêutico” para um melhor restabelecimento.

## **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

### **ARTRITE GOTOSA**

Com base na argumentação de estudiosos como BUSON (1997); BRUNNER & SUDDARTH (1998) e RIZZO (1998) e na minha vivência

profissional durante a jornada acadêmica, é possível afirmar que a artrite gotosa surge em decorrência de uma alteração no metabolismo das purinas, pois o produto final deste processo é o ácido úrico, o qual, em concentrações séricas elevadas (hiperurecemia), junta-se ao sódio e deposita-se na forma de tofo nas articulações.

RIZZO (1998) considera que este acúmulo pode ser devido tanto a uma síntese excessiva de ácido úrico, quanto a uma deficiência de sua eliminação. O excesso de ácido úrico geralmente se origina de refeições ricas em carne, açúcar, sal ou excesso de álcool. Já os problemas no processo eliminatório significam uma alteração no rim. Logo, inúmeras variáveis afetam o fenótipo das pessoas com hiperurecemia, sendo esta necessária, porém insuficiente para o aparecimento da patologia.

Estudos revelam que a gota pode ter origem primária ou secundária. Para HOOD & DINCHER (1995), a gota primária resultaria de herança genética, porém ainda não foi determinado o padrão da moléstia em questão. Já a gota secundária seria adquirida em decorrência de doenças pré-existentes que causam hiperurecemia e levam ao surgimento de artrite gotosa. Ambas podem ser evitadas, pois os níveis de ácido úrico sérico podem ser facilmente revertidos.

BENNETT & PLUM (1997) relatam curiosamente, que os níveis séricos de urato são extremamente baixos. Revelam também que a gota não existe em primatas não humanos nem em outras espécies que possuem urato oxidase (uricase), é uma enzima hepática que transforma o urato em alantoína. Esta última é de 80 a 100 vezes mais solúvel que o urato e, por isso, é mais facilmente excretada pelo rim. No contexto desse referencial, a urecemia propriamente dita em seres humanos representa o resultado anormal de um erro inato do catabolismo dos uratos. Na verdade, a gota é causada por cristais de urato e não pelo urato em solução.

Como enfermeira, observo a ocorrência de hiperurecemia sem o surgimento de gota, pois, em inúmeros casos, os pacientes passam de 20 a 30 anos com elevado índice de ácido úrico sérico, sem desenvolverem a doença. Fatores endógenos e exógenos íntimos de cada ser implicam neste processo que está diretamente relacionado com a não formação dos tofos.

No momento em que se depositam nas articulações, os tofos são reconhecidos como antígenos (Ag) pelo organismo. Este envia glóbulos brancos ao líquido sinovial, os quais, no entender de SODEMAN & SODEMAN (1993), fagocitam os cristais que causam dor, desencadeando uma reação inflamatória, o que caracteriza a fase aguda. A reincidência dessas crises agudas levam à artrite gotosa crônica.

ORLAND & SALTMAN (1988) relatam que a gota pode ser analisada em quatro fases clínicas: a hiperurecemia assintomática, a artrite gotosa aguda, a fase de intervalo e a artrite gotosa crônica.

Da mesma forma, o mesmo autor completa sua idéia expondo que a artrite aguda caracteriza-se pelo período inflamatório que normalmente progride num período de 5 a 7 dias. Isso se deve ao aumento devido do intervalo entre as crises e à diminuição da dor. A fase de intervalo detém-se na separação das crises, e é nesta fase que o paciente deve fazer uso dos métodos profiláticos, a fim de afastar as possibilidades de recidivas. A gota crônica é a perpetuação da doença.

Segundo KRUPP & CHATTON (1983), WYNGAARDEN & SMITH (1986), ABRANS & BERKOW (1995) e RIZZO (1998), os fatores desencadeantes são inúmeros. Dentre eles podem ser citados: excessos alcoólicos dietéticos, inanição, longas caminhadas, traumas, intervenções cirúrgicas, início de terapias medicamentosas hipouricêmicas, administração de diuréticos tiazídicos que inibem a excreção de ácido úrico, transfusões sangüíneas, mudanças bruscas de temperatura e idade, que é diretamente proporcional ao aumento de ácido úrico sérico.

KRUPP & CHATTON (1983) sugerem que tanto o aumento quanto a diminuição dos níveis de ácido úrico no sangue são fatores importantes para provocar o surgimento de novas crises. Vale observar que, como não é possível alterar os fatores herdados, pode-se atuar sobre os fatores adquiridos, evitando-os.

Durante a crise aguda, manifestações clínicas como dor, calor, rubor, exantema, edema acompanhados de hipertermia, calafrios e imobilidade articular de graus variáveis se evidenciam. O mal-estar causa inapetência. Porém, a descrição mais fidedigna da crise aguda baseia-se nas idéias de Sydenhan, formuladas em 1683 e citadas por WYNGAARDEN & SMITH (1986):

a vítima adormece sem nenhum problema, no meio da noite é acordada por uma dor súbita moderada na forma de dor persistente ou sensação de pressão na articulação acometida acompanhada de tremores, calafrios e um pouco de febre; progressivamente a dor e os demais sintomas se intensificam, e até mesmo leves ruídos causam tensão e aumento da dor, levando a pessoa a crises de insônia e inquietação a procura de uma posição mais favorável para amenizar a dor, que pode atingir uma ou mais articulações em uma mesma crise.

É importante notar, no entanto, que, durante o auge da inflamação, a

pele fina, tensa e brilhante que recobre os tofos pode ulcerar-se, extravasando uma substância branca e pastosa (WYNGAARDEN & SMITH, 1986). Segundo os mesmos autores, “à medida que a crise cessa a pele inflamada pode descamar-se” (p. 1128). Nesse período, surge um prurido intenso. Além dos tofos articulares, o paciente crônico pode desenvolver nódulos cutâneos, principalmente na região trabecular e litíase, insuficiência renal, alterações cardíacas e hepáticas.

Segundo os mesmos autores, as crises podem ser mono ou poliarticulares. Geralmente, agridem a articulação metatarsofalangiana do grande artelho ou alux (podagra). Já o punho, a mandíbula, as vértebras, o quadril, o joelho e a articulação sacro-íliaca raramente são acometidas.

BRUNNER & SUDDARTH (1998, p. 1252) afirmam que “a formação de cálculos está no aumento do ácido úrico sérico, acidez da urina e concentração urinária”. Em face disso, com o aumento do pH (básico), ocorre aumento da solubilidade, diminuindo, por conseguinte, a sua concentração plasmática. Caso ocorra o contrário, mais cálculos irão se formar, levando à insuficiência renal, pois o urato não irá dissolver-se.

Do ponto de vista de ABRANS & BERKOW (1995, p. 750), “a artrite gotosa pode ser acompanhada por leucocitose e elevação da velocidade de hemossedimentação (VHS)”. A partir dessa constatação, a leucocitose e a VHS indicam infecção, e as alterações do hematócrito vão ocorrer devido ao edema, pela diminuição do volume plasmático. O exame de urina é realizado para verificar a uricemia, que geralmente se encontra elevada.

Segundo MILLER (1987), os exames do material dos tofos e do líquido articular evidenciam os típicos cristais de urato de sódio que confirmam o diagnóstico. Complementando a idéia, o autor ainda expõe que o raio X dos ossos demonstram, em fases avançadas, lesões em saca-bocado, que nada mais são do que deformidades ósseas ocasionadas pela doença.

A incidência da patologia eleva-se após 35 a 40 anos em homens, que são os maiores acometidos; as mulheres, por sua vez, podem desenvolver a doença após a menopausa devido às alterações hormonais na fase de transição endócrina.

Frente ao que já foi descrito, BENNETT & PLUM (1997, p. 1667) destacam que a gota não tratada pode levar a artropatia destrutiva dolorosa e urolitíase, porém ambas podem ser prevenidas facilmente com a correção da hiperuricemia e da uricosúria.

Atualmente, a Colchicina é a medicação mais eficaz, associada a antiinflamatórios, diuréticos não tiazídicos a corticosteróides.

MILLER (1987) salienta que existem medicamentos que inibem a produção de ácido úrico através da diminuição do metabolismo das purinas. Esses medicamentos geralmente são mais utilizados em pacientes que apresentam dificuldade em eliminar pelo rim o ácido úrico. Outros, porém,

como os diuréticos não tiazídicos, têm a função de aumentar a excreção renal de ácido úrico.

A utilização de bicarbonato de sódio é recomendada para evitar a formação de cálculos renais. Os portadores de artrite gotosa que não podem fazer uso desse fármaco serão submetidos à punção do fluido sinovial ou extração cirúrgica dos tofos.

PECHEMPAUG & POLEMAN (1997) relatam que se deve notar que as drogas são usualmente mais efetivas em diminuir o ácido úrico. Sendo assim, as restrições dietéticas não são mais impostas. Todavia, o paciente com gota não deve exagerar; deve ingerir uma dieta balanceada, rica em carboidratos, moderada em proteína e pobre em gordura. Vegetais e verduras podem ser ingeridos normalmente.

Por serem diversas as causas de exibição de uma crise de gota, é recomendado o controle periódico, através de uma eficiente e eficaz assistência de enfermagem, mesmo com a ausência dos episódios de dor. Dessa forma, pode-se tratar profilaticamente a doença, de modo a atalhar novas crises. Com isso, serão descartadas possíveis complicações, pois, apesar de não haver cura para a doença, o indivíduo com gota pode levar uma vida normal.

#### A AUTO-ESTIMA E A AUTOCONFIANÇA

A auto-estima depende do bem-estar psicológico, emocional e espiritual, ou seja, a auto-estima é estar de bem consigo mesmo. Tal sentimento é uma experiência pessoal que nasce da necessidade instintiva de ser valorizado a nível existencial.

No entender de DANI (1999, p. 105), “auto-estima é a confiança em nossa capacidade para pensar e enfrentar os problemas da vida”.

A auto-estima de uma pessoa não é igual a de outra. Infelizmente, existem pessoas que procuram a auto-estima em todos os lugares, menos dentro delas mesmas.

FINKLER (1994) afirma que existem condições que favorecem o desenvolvimento da auto-estima, como conhecer a si mesmo, aceitar-se positivamente, desejar valorizar-se para o bem pessoal e integrar pacificamente aspectos negativos da própria personalidade.

Todos possuem defeitos, mas somente à medida que esses defeitos são reconhecidos e que as pessoas se tornam capazes de aceitá-los. Isso não significa que as dificuldades intrínsecas ao ser devam ser esquecidas ou acomodadas; devem ser revertidas em melhoramentos que aumentarão positivamente a auto-estima, desenvolvendo, assim, a autoconfiança.

No ponto de vista de OLIVEIRA (1993), a auto-confiança induz pensamentos positivos em relação a si mesmo, tornando-se um indivíduo confiante de seu modo de pensar, ser e agir.

HAY (1990, p. 21) acredita que “criamos todas as doenças do nosso corpo. Ele como tudo na vida é reflexo de nossos pensamentos e crenças anteriores”. Para que isso não ocorra, devemos gostar de nós mesmos e de aflorar o “eu terapêutico” que nada mais é do que a vontade interna de melhorarmos ou de nos livrarmos dos males que nos afligem.

Rosemberg, apud DANI (1999, p. 106) menciona que “a auto-estima domina a vida da pessoa e determina seus pensamentos, sentimentos e conduta”. Sendo assim, a auto-estima é uma experiência íntima, influenciada pelos fatores sociais, como as pessoas e as realizações pessoais, não estando ligada diretamente ao conforto material.

Desse modo, o enfermeiro tem papel fundamental na elevação da auto-estima, na descoberta da autovalorização e no desenvolvimento dos segredos mentais positivos que são capazes de anular os tormentos orgânicos.

Segundo BRUNNER & SUDDARTH (1998), para cuidar dos pacientes portadores de distúrbios, as enfermeiras devem estar em paz com seus próprios sentimentos. Uma enfermeira que reage de modo adverso ao aspecto de um paciente pode causar um efeito maléfico sobre a capacidade dessa pessoa de se ajustar de uma maneira positiva.

Frente a doenças crônicas, a enfermeira deve encorajar as famílias a expressarem seus sentimentos de forma construtiva, pois, dependendo da maneira como eles são colocados, poderão abalar ou afetar significativamente a auto-estima dos pacientes. Ensinar o paciente a auto-cuidar-se fará com que sua auto-estima se eleve, pois ele se conscientizar de que é capaz de agir por si próprio em relação ao seu restabelecimento.

CIANCIARULLO (2000) acredita que a criatividade e a comunicação são instrumentos básicos para o cuidar; a criatividade é uma tendência natural que impele o indivíduo à auto-realização. A enfermeira deve ser criativa para utilizar meios para fazer com que o paciente aceite-se como ele é e esteja convicto de que depende apenas dele o seu restabelecimento.

## CUIDADO DE ENFERMAGEM E QUALIDADE DE VIDA

Para assegurar melhor qualidade de vida ao portador de gota crônica, uma eficiente assistência de enfermagem deve ser planejada não só para amenizar os sintomas, como também para evitar o surgimento de novas recidivas.

Fleck, citado por SOUZA & GUIMARÃES (1999) refere-se à qualidade de vida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no

contexto cultural e no sistema de valores no qual ele vive em relação aos objetivos, expectativas, padrões, interesses e preocupações. Os autores enfatizam, ainda, que este amplo e complexo conceito engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, os relacionamentos sociais e as crenças pessoais relacionadas a características ambientais.

A esse propósito, SILVA & DE MARCHI (1997) salientam que qualidade de vida é algo que depende das expectativas traçadas no plano de vida de cada ser, por conseguinte importante componente subjetivo e individual que deve ser planejado, porém não necessariamente concretizado. Segundo essa concepção, SOUZA & GUIMARÃES (1999) ainda afirmam que, nos diferentes estágios da vida, novas metas são impostas, as quais, quando alcançadas, implicarão uma melhor qualidade de vida.

Por outro lado, BRUNNER & SUDDARTH (1998) expõem que o bem-estar de cada indivíduo depende de sua capacidade de realizar, da melhor maneira, suas habilidades, de expressar-se e perceber o que há de bom nas pequenas coisas da vida. No entanto, de nada adiantarão esses potenciais se o indivíduo não estiver sintonizado com o mundo à sua volta, pois o bem-estar será influenciado, implicando a qualidade de vida. As pessoas com doenças crônicas, como artrite gotosa podem alcançar um alto nível de bem-estar desde que estejam sendo bem-sucedidas em alcançar seu potencial de saúde, dentro dos limites oferecidos pela patologia. Isso só será obtido se o portador de gota crônica estiver ciente de seu problema e das causas, procurando evitá-las ou amenizá-las.

PEREIRA (1999) argumenta que pessoas com bons hábitos, como alimentar-se bem, realizar exercícios diários, controlar níveis de estresse físico e mental, evitando situações que modifiquem negativamente o humor e dedicando algum tempo para si, certamente terão uma qualidade de vida satisfatória. O cultivo desses hábitos saudáveis somente será efetuado se o indivíduo estiver informado tanto dos benefícios quanto dos malefícios ocasionados pela ausência.

Sendo assim, observo que a enfermeira, ciente da problemática vigente, deve saber interferir quando necessário, prestando cuidados de enfermagem relacionados não só ao restabelecimento físico como também ao suporte emocional, já que este último será de grande valia para a melhora do enfermo. Isso tudo vem complementar o pensamento de FINKLER (1994), o qual explica que o bem-estar está sempre intimamente relacionado com o próprio corpo. O corpo doente ou órgãos fisiológicos em mau estado de funcionamento afetam inevitavelmente o bem-estar psicológico, emocional e espiritual. Um corpo são, facilita a saúde mental, e vice-versa. Somente quando o indivíduo estiver de bem consigo mesmo será capaz de colaborar positivamente, auxiliando no seu próprio restabelecimento.

Para que uma boa assistência de enfermagem seja prestada, um bom planejamento deve precedê-la. Por conseguinte, um diagnóstico minucioso quanto às alterações, distúrbios, desconfortos e riscos aos quais o paciente está exposto deverá ser efetuado baseado nos diagnósticos de enfermagem aprovados por Nanda em 1994 (NOBREGA & GARCIA, 1994).

Logo após o diagnóstico e o planejamento, metas deverão ser traçadas. No entender de estudiosos como MILLER (1987), BEYERS & DUDAS (1990), NETTINA (1995) e BRUNNER & SUDDARTH (1998), dentre as principais metas estão: a imobilização da articulação acometida com colchão de espuma, travesseiros para apoiar as talas; a identificação do local exato da crise que auxiliará na escolha do melhor método; avaliação das dores subjetivas; administração correta da medicação prescrita; realização das aplicações de calor e frio; massagens e mudanças de decúbito; orientação da alimentação, incentivando a família a ingerir a mesma dieta do paciente (hipoprotéica, hipolipídica e hipocalórica) com o intuito de ajudá-lo psicologicamente a aceitar a doença e suas limitações (afinal, o fator emocional interfere diretamente no resultado de um bom prognóstico).

## **METODOLOGIA**

Este trabalho aborda uma pesquisa descritiva do tipo relato de caso. O paciente em questão é do sexo masculino, com 59 anos de idade, formado em Estudos Sociais e Ciências Físicas e Biológicas pela URCAMP (Universidade da Região da Campanha), aposentado.

A coleta de dados iniciou durante a internação hospitalar em um hospital filantrópico de médio porte, com aproximadamente 250 leitos, da cidade de Santa Maria – RS, seguida de seis visitas domiciliares. Estas foram previamente agendadas e realizadas em ambiente tranqüilo, com o mínimo possível de interferência externa. Cada encontro sucedeu-se em aproximadamente uma hora, tendo como objetivo detectar o tratamento realizado, a frequência das crises recidivantes, bem como observar a interação com a família, compactuando com as alterações bio-psico-sociais. A coleta de dados foi realizada durante os meses de março a junho de 2001, conforme período de disponibilidade do paciente.

Foram observadas, neste trabalho, questões éticas relacionadas ao sujeito da pesquisa, observando as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde e do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Através do consentimento livre e informado, o sujeito autorizou a participação voluntária na pesquisa, tendo assegurado o direito de retirar-se a qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo ao seu cuidado.

O sujeito teve assegurada sua privacidade quanto aos dados confidenciais da pesquisa, descritos pela Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

É interessante observar que o paciente recebeu orientações referentes à importância de autocuidar-se, a fim de que se sentisse útil, melhorando, assim, sua auto-imagem e sua auto-estima, já que a artrite gotosa, por ser uma doença crônica que atinge as articulações, influencia psicologicamente o paciente. A realização de exercícios físicos e uma alimentação equilibrada configuram-se em uma boa ajuda para reforçar a qualidade de vida do paciente.

## DISCUSSÃO DO CASO

R. F., 59 anos, sexo masculino, católico, natural e procedente de Caçapava do Sul – RS, internou no dia 08 de março de 2001, em um hospital filantrópico de médio porte, com aproximadamente 250 leitos, da cidade de Santa Maria – RS, a fim de submeter-se a uma safenectomia radical decorrente de complicações varicosas. No entender de BRUNNER & SUDDARTH (1998), a safenectomia radical refere-se à extirpação total da veia safena, que é a veia superficial mais acometida por distúrbios venosos, como trombose e flebites. Opta-se pelo ato cirúrgico quando tais distúrbios implicam riscos exacerbados ao paciente, como a formação de trombos, que podem deslocar-se e vir a comprometer funcionalmente o membro afetado, por ocasionar severa diminuição do fluxo sanguíneo. Durante a internação, após o ato cirúrgico, o paciente desencadeou uma crise gotosa aguda. A esse respeito, WYNGAARDEN & SMITH (1986, p. 1128) argumentam que “a gota pós-operatória ocorre, geralmente, do terceiro ao quinto dia e tem sido atribuída à cessação do alarme adrenal”. A esse propósito, BRUNNER & SUDDARTH (1998) afirmam que o ato cirúrgico altera a função tubular renal, causando, conseqüentemente, um aumento do acúmulo de urato. Os mesmos autores ainda salientam que a crise aguda pode ser desencadeada por trauma, ingestão de bebidas alcoólicas, dietas, drogas, estresse cirúrgico ou pela própria doença. O paciente referiu que sua primeira crise teve início em um período no qual estava cursando as faculdades de Estudos Sociais e Ciências Físicas e Biológicas, tendo de trabalhar para sustentar os filhos pequenos. Evidenciou que, nesta fase, dormia pouco e caminhava longas distâncias no percurso para o trabalho. Em uma noite acordou com muita dor no hálux do membro inferior esquerdo, o qual se encontrava hiperemeado e edemaciado. Frente a esse fato, DUNCAN *et al*; (1990, p. 444) expõem que, “usualmente, o ataque é de instalação abrupta, chegando ao seu clímax em poucas horas, invariavelmente na madrugada”. Tal referencial é complementado com as

idéias de WYNGAARDEN & SMITH (1986) e HOOD & DINCHER (1995), os quais relatam que o surgimento ocorre caracteristicamente à noite, tornando-se a articulação afetada quente, avermelhada, inchada e muito dolorosa. No dia seguinte, o paciente em questão realizou uma dosagem de ácido úrico sérico no qual se evidenciou a hiperurecemia. MILLER & GONÇALVES (1997) descrevem que a taxa normal de ácido úrico plasmático é de 2 a 5 mg/100 ml, sendo sua dosagem muito útil no diagnóstico da gota, na qual os níveis séricos situam-se entre 6,5 a 10 mg/100 ml. A dor característica e o exame confirmaram o diagnóstico de artrite gotosa. A esse propósito, MILLER (1987) discorre artrite gotosa como uma doença familiar, de maior incidência no sexo masculino, causada pelo excesso de ácido úrico sanguíneo, resultando na presença de cristais de urato monossódico (tofós) no líquido sinovial e demais líquidos do organismo. Esta patologia acompanha o paciente em questão há quase 30 anos. Frente a essa informação, algumas orientações relacionadas à sua dieta foram consideradas; todavia, as alterações no cardápio baseavam-se numa ingesta hipercalórica, hipoprotéica e hipolipídica. Estudiosos como WYNGAARDEN & SMITH (1986); MILLER (1987); DUNCAN *et al*; (1990); HOOD & DINCHER (1995) e MAHAN & ESCOTT-STUMP (1998) argumentam que a hiperurecemia correlaciona-se frequentemente com a obesidade, ingestão protéica e nível educacional. Mencionam, ainda, que regimes hipoprotéicos têm pouco efeito sobre a hiperurecemia nos indivíduos gotosos que produzem grande quantidade de purinas, porém exibem efeitos satisfatórios em indivíduos gotosos com reduzidas depurações renais de urato. A ingestão de álcool e a dieta hipocalórica aumentam os níveis séricos de ácido úrico ao inibir a sua excreção renal, podendo, assim, desencadear um ataque gotoso súbito. Por isso, o paciente com artrite gotosa deve evitar alimentos ricos em purinas, para diminuir a sobrecarga e reduzir gradativamente o peso com dietas pobres em gordura, mantendo uma alimentação equilibrada com uma elevada ingesta hídrica, estabilizando mutuamente suas taxas. No decorrer da internação, foram solicitados exames como hemograma, exame do líquido sinovial, dosagem sérica de ácido úrico e raio X da articulação metatarso-falangiana do membro inferior esquerdo, nos quais, além da hiperurecemia e dos tofos articulares, foi consignado um desgaste no hálux do membro inferior esquerdo, provavelmente em decorrência da patologia em questão. No entender de PORTO (1982, p. 298), “as radiografias podem mostrar lesões de reabsorção ósteo cartilaginosa ao nível das articulações acometidas”. Já para WYNGAARDEN & SMITH (1986, p. 1129), “a destruição do tecido é particularmente evidente na cartilagem e no osso, levando a lesões radiotransparentes em ‘saccabocado’”, as quais são características da

moléstia. Logo, o exame do líquido sinovial serve para estabelecer o diagnóstico através da demonstração dos típicos cristais em formato de agulha intraleucocitários que se encontram nas articulações. Os mesmos autores enfatizam que a leucocitose e o aumento da velocidade de hemossedimentação ocorrem nos pacientes com artrite gotosa aguda, indicando a infecção. Tais alterações não apareceram no paciente em questão, cujo hemograma e velocidade de hemossedimentação apresentaram-se normais. O mesmo ainda informou que nunca havia realizado esses exames durante o estágio agudo da doença para fins de diagnóstico. As manifestações clínicas tiveram início na hálux do membro inferior esquerdo e, as crises, geralmente, se efetuaram neste local, passando após para o tornozelo e, eventualmente, acometendo ambas articulações. Anos após, as mesmas articulações do membro inferior direito foram afetadas. Questões como esta vêm de encontro com as idéias de KRUPP & CHATTON (1983), as quais expressam que normalmente a articulação mais acometida pela patologia em questão é a metatarso – falangiana do grande artelho, porém outras articulações como a dos pés, tornozelos e joelhos podem ser afetadas. Em alguns casos mais de uma articulação pode sofrer alterações inflamatórias em um mesmo surto. A dosagem de ácido úrico sérico expelido pela urina nas 24 horas foi realizada, para certificar que a hiperurecemia era desencadeada pelo aumento da síntese de purinas e não pela dificuldade de eliminá-la via renal, já que suas eliminações intestinais e urinárias manifestaram-se dentro dos parâmetros normais. Sendo assim, WYNGAARDEN & SMITH (1986) enfatizam que todo paciente portador de gota crônica deve submeter-se a uma dosagem urinária de ácido úrico durante as 24 horas, a fim de confirmar o pressuposto de superprodução das purinas, cujos valores devem estar acima de 600 mg nas 24 horas. O tratamento medicamentoso profilático para artrite gotosa está fundamentado na administração de drogas como a Colchicina e o Alopurinol (Zyloric). A Colchicina é um antiinflamatório que tem como base evitar a reincidência de novas crises, pois age na fagocitose dos tofos. Já o alopurinol é um inibidor da xantina-oxidase que resulta em ácido úrico pela degradação das purinas. Existem também agentes uricossúricos, que agem bloqueando a reabsorção tubular de uratos, aumentando, assim, sua excreção urinária. No entender de KRUPP & CHATTON (1983), a colchicina, o alopurinol ou os agentes uricosúricos devem ser administrados simultaneamente na prevenção de crises agudas. No entanto, durante as crises, as taxas de ácido úrico sérico não devem ser alteradas, pois acabam impedindo a fagocitose dos tofos gotosos. O paciente em questão, além da colchicina, costumava permanecer tomando também o alopurinol, e isso acabava por exacerbar as crises. Ao exame físico, o paciente apresenta-se lúcido, orientado

e coerente. Faz uso de próteses dentárias inferior e superior e de catéter venoso periférico heparinizado no membro superior esquerdo. Apresenta manifestações clínicas, como edema, hiperemia e rubor no hálux do membro inferior esquerdo devido à artrite gotosa e um leve edema nas incisões cirúrgicas do membro inferior direito. A rede venosa apresentava-se regular, devido à presença de varizes nos membros inferiores. Apresenta restrições quanto aos movimentos devido à cirurgia e à pressão articular no grande artelho, ocasionada pela patologia mencionada. O estado nutricional encontra-se ligeiramente aumentado, o que prejudica um pouco a profilaxia de novas crises, por ser a obesidade um fator desfavorável, pois dificulta a eliminação de ácido úrico devido a maior lentidão do metabolismo. Após a alta hospitalar, novas crises gotosas desencadearam-se, fazendo com que o paciente tivesse de abandonar o tratamento que vinha realizando há mais de 20 anos com Colchicina e alopurinol, pois as crises estavam mais freqüentes e intensas. Atualmente, o paciente está fazendo uso de um medicamento uricosúrico, chamado nancaricina. Este tem a mesma função do alopurinol, que é a de diminuir os níveis de ácido sérico; difere apenas, por ser indicado a pacientes que não apresentam problemas renais, ou seja, de eliminação. Além disso, faz com que os tofos regredam, impedindo novos depósitos, tornando, dessa forma, as crises mais raras. Com a administração deste medicamento, deve ser suspenso o uso de salicilatos, como o AAS (ácido acetil salicílico), pois MILLER (1987) alerta que os salicilatos bloqueiam o efeito uricoúriro desta substância. Almejando evitar a precipitação de uratos nas vias urinárias, foi indicada a ingestão de 2000 ml de água bicarbonatada para estimular e alcalinizar a diurese. Em face disso, MILLER (1987) defende a idéia de que a administração de bicarbonato de sódio é útil para manter o pH urinário acima de 6,0, já que esta é uma substância alcalinizante, que, em combinação com a água, diminui a concentração e a acidez urinária, as quais predispõem a formação de litíase renal. Meses atrás, o comprometimento articular do hálux do membro inferior esquerdo resultou no afinamento em decorrência do depósito tofáceo, com um desgaste excessivo. Foi sugerida, então, uma cirurgia para reconstruir o osso e fortalecer a articulação, evitando maiores danos. Ao realizar exames preliminares à cirurgia, foi constatado que o paciente encontrava-se leucopênico. Exames complementares como a punção da medula óssea confirmaram a imunossupressão idiopática, diagnosticada como neutropenia severa cíclica. É importante notar, no entanto, que conforme WYNGAARDEN & SMITH (1986), uma das respostas tóxicas relacionadas ao uso da Colchicina é a supressão da medula óssea, ou seja, diminuição das células sangüíneas por ela produzidas, ocasionando distúrbios hematológicos graves. Já que os glóbulos brancos, leucócitos, constituem as defesas do

organismo. Desse modo, não ocorreram mais crises gotosas, por serem os leucócitos os responsáveis pela fagocitose dos tofos. Na perspectiva desses estudiosos, nenhum caso de artrite gotosa aguda pode ser desencadeada na ausência de glóbulos brancos (leucócitos). Frente a este novo fato, muitos sentimentos vieram à tona, como ansiedade, medo, descontentamento e frustrações, provavelmente em decorrência de anseios e dúvidas que permeiam seu cotidiano diante desse diagnóstico nebuloso que traduz um prognóstico desconhecido. Já que não existe tratamento específico para a doença, o paciente foi aconselhado à realização de hemogramas mensais para acompanhamento da moléstia. Cabe à enfermeira realizar um trabalho de apoio psicológico ao enfermo como o ensejo de melhorar o seu humor e seu bem-estar, através do diálogo e do esclarecimento das dúvidas. Nesse aspecto, BRUNNER & SUDDARTH (1998) salientam que, quando o paciente e a família estão passando por uma situação de choque, descrença e negação, muitas vezes a verbalização dos sentimentos e a discussão das preocupações têm um efeito tranqüilizante. Para facilitar a assimilação dessa nova situação, é muito válida a execução das atividades diárias normais e o afastamento de notícias melancólicas. A enfermeira deve orientar a família a apoiar o paciente, permitindo que o mesmo alimente-se bem, durma pelo menos 8 horas por dia e tenha uma vida equilibrada, já que restrições fazem com que o paciente sintam-se improdutivo. O convívio familiar e a prática de hábitos saudáveis são a base de um prognóstico favorável, o qual irá refletir positivamente na sua qualidade de vida.

## CONCLUSÕES

A artrite gotosa, como qualquer outra doença crônica, ocasiona ao paciente portador restrições que o despertam para sentimentos de repulsa, como medo, angústia, ansiedade e insegurança, os quais degradam a auto-estima, tornando o indivíduo resignado e insólito.

Sendo assim, torna-se de extrema necessidade elucidar que a gota não é uma doença letal e que o maior obstáculo está em evitar as reincidivas das crises agudas, já que não há cura para a doença, mas amenização dos sinais e sintomas através dos meios profiláticos e de cuidados de enfermagem eficazes presentes em todo o processo.

Por meio deste relato de caso, tive a oportunidade de compreender pontos obscuros desta patologia, a qual vem acometendo inúmeros relevantes da patologia, como causas, manifestações clínicas, meios profiláticos e tratamento, auxiliam de maneira significativa para o indivíduos, e inteirar-me do cotidiano do paciente, a fim de assimilar as mudanças bio-psico-sociais que se fizeram presentes.

Evidenciei, dessa forma, que o esclarecimento de alguns aspectos restabelecimento físico e psicológico do portador.

O maior obstáculo encontrado pelo paciente cujos dados foram analisados foi seu estado emocional que, por momentos, encontrou-se abalado pela dificuldade de assimilar novos fatos, que causaram dúvidas e receios coerentes com as circunstâncias.

É importante salientar que o paciente em questão, embora aposentado, desempenha várias atividades diárias que o ajudam a exercitar corpo e mente, estimulando-o a ter uma vida normal, saudável e plena de realizações e alegrias. O que lhe importa é como se vive cada momento, valorizando as pequenas coisas que a vida oferece de bom.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANS, B.; BERKOW, Robert. 1995. **Manual Merck de geriatria**. São Paulo: Rocca.
- BENETT, Claude; PLUM, Fred. 1997. **Tratado de medicina interna**. 20.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BEYERS, Marjorie; DUDAS, Susan. 1990. **Enfermagem médico-cirúrgico tratado de prática clínica**. 2.ed. v. IV. Rio de Janeiro: Guanabara.
- BRASIL. 1996. Conselho Nacional de Saúde. Decreto nº 93.933 de 14 de janeiro de 1987. **Rev. Bioética**, v. 4, p. 15-25.
- BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. 1998. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- BUSON, Paul. 1997. **Tratado de medicina interna**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana.
- CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. 2000. **Instrumentos básicos para o cuidar**. São Paulo: Atheneu.
- DANI, Lúcia Salette Celich. 1999. **Cenas e cenários: reflexões sobre educação**. Santa Maria: Pallotti.
- DUNCAN, Bruce B. *et al.* 1990. **Medicina ambulatorial**. Porto Alegre: Artes Médicas.
- FINKLER, Pedro. 1994. **Qualidade de vida e plenitude humana**. Petrópolis: Vozes.

- HAY, Louise. 1990. **Ame-se e cure sua vida**. 27.ed. São Paulo: Nova Cultural.
- HOOD, Harkens; DINCHER, Judith. 1995. **Fundamentos e prática de enfermagem**. Atendimento completo ao paciente. 8.ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- KRUPP, Marcus A.; CHATTON, Milton J. 1983. **Diagnóstico e tratamento**. 22.ed. São Paulo: Atheneu.
- MAHAN, L. Kathleen; ESCOTT-STUMP, Sílvia. 1998. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**. 9.ed. São Paulo: Rocca.
- MILLER, Otto. 1987. **Diagnóstico e terapêutica em medicina interna**. 14.ed. Rio de Janeiro: Atheneu.
- MILLER, Otto; GONÇALVES, R. Reis. 1997. **Laboratório para o clínico**. 8.ed. São Paulo: Atheneu.
- NETTINA, Sandra. 1995. **Prática de enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- NÓBREGA, Maria Mirian Lima da; GARCIA, Telma Ribeiro. 1994. **Uniformização da linguagem do diagnóstico de enfermagem (NANDA): sistematização das proposta do 2º SNDE**. João Pessoa.
- OLIVEIRA, Tarsizo de. 1993. **Desenvolvimento do poder do pensamento positivo**. 11.ed. Porto Alegre: Mercado Aberto.
- ORLAND, Mathew J.; SALTMAN, Robert J. 1988. **Manual de terapêutica clínica**. 25.ed. Rio de Janeiro: Medsi.
- PECHEMPAUG, Nanci J.; POLEMAN, Charlotte. 1997. **Nutrição: essência e dietoterapia**. 7.ed. São Paulo: Roca.
- PEREIRA, João Luís Prates. 1999. Em busca da vida saudável. **Zero Hora**, Porto Alegre, 25 de set.
- PORTO, Celmo Celeno. 1982. **Exame clínico**. Rio de Janeiro: Guanabara.
- RIZZO, Mauro. 1998. **Plantão médico: urgência e emergência**. Rio de Janeiro: Biologia e Saúde.
- SILVA; Marco Aurélio Dias da; DE MARCHI, Ricardo. 1997. **Saúde e qualidade de vida no trabalho**. São Paulo: Best Seller.
- SODEMAN, A. W.; SODEMAN, M. T. 1993. **Biblioteca médica básica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Interamericana.

SOUZA, José Carlos; GUIMARÃES, Liliana A. M. 1999. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB.

WYNGAARDEN, James B.; SMITH, H. 1986. **Tratado de medicina interna**. 16.ed. Rio de Janeiro: Guanabara.