

Assistência de enfermagem a um paciente infartado portador de HIV, baseada na teoria do autocuidado - relato de caso*

The nursing assistance to patient myocardio infarction with hiv, based on the theory of to be careful - case report

La asistencia de enfermería a un paciente infartado portador de vih, basado en la teoría del autocuidado – relato de caso

Gabriela Silvestre de Lima¹, Tatiana de Medeiros Colletti Cavalcante², Adriana Paula Jordão Isabella³, Adriana da Silva Magalhães⁴

RESUMO

Objetivo: Aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente portador de HIV e infartado. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso realizado em um hospital escola localizado na região metropolitana de São Paulo, em novembro de 2003, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem e propondo diagnósticos de enfermagem com base na taxonomia II NANDA bem como as intervenções de enfermagem relacionadas. **Resultados:** Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Risco para controle ineficaz do regime terapêutico, ansiedade, perfusão tissular cardíaca alterada, mobilidade física prejudicada, proteção alterada, risco para infecção, entre outros. **Conclusão:** O estudo mostrou a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem e da decisão do paciente em engajar-se no autocuidado a fim de proporcionar uma melhora no padrão de resposta do doente à doença.

Descritores: Cuidados de enfermagem; Autocuidado; HIV, Infarto do miocárdio; Relatos de casos [tipo de publicação]

ABSTRACT

Objectives: Argued recent fact in the treatment of the patients with HIV is the possible increase of the cardiovascular risk in patients using inhibiting of proteasis. **Methods:** Being thus, we objectify to apply the Systematization of the Assistance of Nursing (SAN) to a carrying of HIV and glutton patient. School is about a study of case carried through in a hospital located in the region metropolitan of São Paulo, in November of 2003, using the SAE and considering of diagnostics of nursing on the basis of taxonomy NANDA II⁽¹⁾ as well as the related interventions of nursing. **Results:** The main identified disgnostic of nursing had been: Risk for inefficacious control of the therapeutical regimen, anxiety, perfusion to tissular cardiac modified, physical mobility harmed, modified protection, risk for infection, among others. **Conclusion:** The study it showed the importance of the SAE and the decision of the patient in engaging itself in the careful one in order to provide an improvement in the standard of reply of the sick person to the illness.

Keywords: Nursing care; Self care; HIV; Myocardial Infarction; Case reports [Publication type]

RESUMEN

Objetivo: Aplicar la Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) a un paciente portador de VIH e infarto. **Métodos:** Se trata de un estudio de caso realizado en un hospital docente localizado en la región metropolitana de Sao Paulo, en noviembre del 2003, utilizando la Sistematización de la Asistencia de Enfermería y proponiendo diagnósticos de enfermería basados en la taxonomía II NANDA⁽¹⁾ así como las intervenciones de enfermería relacionadas. **Resultados:** Los principales diagnósticos de enfermería identificados fueron: Riesgo para el control ineficaz del régimen terapéutico, ansiedad, perfusión tisular cardíaca alterada, movilidad física perjudicada, protección alterada, riesgo para la infección, entre otros. **Conclusión:** En el estudio se muestra la importancia de la Sistematización de la Asistencia de Enfermería y de la decisión del paciente para adherirse en el autocuidado con el fin de proporcionar mejora en el patrón de respuesta del paciente a la enfermedad.

Descriptor: Cuidados de enfermería; Autocuidado; VIH, Infarto de miocardio; Relato de casos [Tipo de publicação]

* Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP - São Paulo (SP) - Brasil; premiado em 2º lugar na XXI Jornada de Enfermagem do XXV Congresso da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo.

¹ Pós-graduanda da Disciplina de Cardiologia da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP- São Paulo (SP) - Brasil.

² Especialista em Enfermagem Cardiológica; Enfermeira Técnico-administrativa e Pós-graduanda do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP- São Paulo (SP) - Brasil. Preceptora do Curso de Residência em Enfermagem modalidade Pneumologia. Docente da Universidade Nove de Julho - UNINOVE. São Paulo (SP), Brasil.

³ Docente, Professora da Universidade Nove de Julho - UNINOVE. São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Especialista em Enfermagem Cardiológica; Enfermeira da Unidade de Cardiologia do Hospital São Paulo e Hospital do Coração - São Paulo (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

No final de 2003, foram estimadas um milhão de pessoas vivendo com HIV ou AIDS nos Estados Unidos (EUA). Ocorrem aproximadamente 40.000 novos casos por ano nos EUA e estes estão divididos entre 70% nos homens e 30% nas mulheres⁽¹⁾.

O advento de drogas antiretrovirais potentes tem repercutido em efeitos na mortalidade, progressão da doença e distúrbios relacionados ao HIV⁽²⁾. A introdução da terapia antiretroviral em meados dos anos 90 reduziu drasticamente a morbimortalidade pelo HIV, porém não evitou que estes indivíduos fossem sucumbidos pelas infecções oportunistas. No entanto, recentes estudos descrevem o aumento da frequência de eventos coronarianos em pacientes com HIV recebendo terapia com drogas antiretrovirais (ARV)⁽³⁾.

A infecção por HIV representa uma causa de injúria endotelial importante, independente de outros fatores de risco, podendo iniciar um processo aterosclerótico precoce e participar da evolução da lesão aterosclerótica responsável pelo infarto agudo do miocárdio (IAM). Tem-se observado que os pacientes tratados com inibidores da protease – o principal componente da terapia antiretroviral – apresentam maior risco cardiovascular, assim como o desenvolvimento de dislipidemia, hiperglicemia e hiperinsulinemia⁽⁴⁾.

Os primeiros casos de doença coronária em dois pacientes jovens com HIV em uso de terapia antiretroviral foram descritos em 1998. A partir de então, vários estudos tentam demonstrar esta correlação⁽⁴⁾.

O processo de enfermagem de Orem⁽⁵⁾ é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a posterior definição dos papéis da pessoa ou enfermeiro para satisfazer as exigências de autocuidado.

Para esta autora, o autocuidado é a prática de atividades que o indivíduo inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. Tem como propósito as ações que, seguindo um modelo, contribuem de maneira específica, para a integridade, funções e desenvolvimento humano. Esses propósitos são expressos através de ações denominadas requisitos de autocuidado⁽⁵⁾.

Diante destas considerações, resolvemos desenvolver um estudo aplicando o processo de enfermagem baseado na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem com um paciente HIV positivo infartado, buscando detectar os diagnósticos de enfermagem, utilizando os diagnósticos de enfermagem propostos pela taxonomia II NANDA⁽⁶⁾. Pretendíamos, também, traçar um plano assistencial no sentido de melhorar as condições de saúde e bem-estar desse paciente para cuidar de si mesmo, tendo em vista, o respeito pelas sugestões e decisões do pesquisado.

Relatamos no presente artigo o caso desse paciente

HIV positivo há 13 anos, com fatores de risco coronariano (hipertrigliceridemia e dislipidemia) identificados após o início da terapia antiretroviral com inibidores da protease, que desenvolveu IAM sem supra de ST após diversas internações prévias por angina instável, sendo evidenciada lesão triarterial severa pela cineangio-coronariografia com indicação de cirurgia de Revascularização do Miocárdio (RM).

OBJETIVO

Aplicar a metodologia da assistência de enfermagem em um paciente com HIV e IAM, baseada na Teoria do Autocuidado de Orem, para a operacionalização do processo de enfermagem.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa, do tipo estudo de caso, que é uma modalidade de estudo que permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas de episódios da vida real, como ciclos de vida individuais e processos organizacionais e administrativos. Este tipo de estudo ainda contribui, de maneira inigualável, para a compreensão dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos, representando uma estratégia comum de pesquisa na psicologia, sociologia, na ciência política, dentre outras⁽⁷⁾.

A coleta de dados foi realizada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo na Unidade Coronariana de um hospital escola da região metropolitana de São Paulo, no período de 18 a 27 de novembro de 2003.

Os critérios de inclusão do paciente estabelecidos para a pesquisa foram: 1. Paciente portador de HIV e em uso de terapia antiretroviral, 2. Estar hospitalizado pelo diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio e 3. Aceitar participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados durante a internação do paciente, através de uma entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro padronizado denominado como Histórico de Enfermagem pela instituição, fundamentado e adaptado à Teoria do Autocuidado de Orem, o qual continha os dados de identificação, história da admissão, exame físico e informações adicionais como as necessidades humanas básicas. Para subsidiar a pesquisa ainda foram utilizadas algumas informações contidas no prontuário do cliente tais como resultados de exames realizados e intercorrências durante a hospitalização.

A operacionalização da coleta de dados seguiu os seguintes passos do processo: realização do levantamento de dados através da entrevista; planejamento das ações

de enfermagem através do sistema de apoio-educação; execução e avaliação das ações de enfermagem.

A fase posterior da pesquisa envolveu a análise das informações coletadas. Para se chegar aos diagnósticos, foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores relacionados ou de risco determinados pela taxonomia II NANDA⁽¹⁾, como também o conhecimento e a experiência das autoras na sistematização da assistência de enfermagem. Este processo culminou nas propostas das intervenções de Enfermagem e posterior implementação das mesmas, observando, durante todo o estudo, a adesão do paciente às recomendações.

Relato de caso

L.C.M, 53 anos, brasileiro, branco, solteiro, católico, natural e procedente de São Paulo, cabeleireiro, 1,76m e 76Kg, com diagnóstico médico de IAM sem supra de ST em tratamento medicamentoso controlado. Refere duas internações prévias por angina instável. Admitido no serviço em 18/11/2003, proveniente do serviço de hemodinâmica onde realizou cateterismo eletivo que evidenciou lesão triarterial severa e ventrículo esquerdo com déficit contrátil leve. Refere que há seis meses iniciou quadro de precordialgia com piora há um mês, quando apresentou dor retroesternal em aperto, de forte intensidade (8/10), com duração de mais ou menos uma hora, sem irradiação, associada a náuseas, vômitos e sudorese. Refere fazer uso domiciliar regular de AAS, Monocordil, Propranolol, Captopril, Kaletra, Ziagenavir, Fortovase, DDI (Jan. 2003) e Cedur. Relata HIV há 13 anos, e devido ao CD4 < 200/mm³ foi incluído no protocolo de infusão de Interleucina 2. Apresentou hipertrigliceridemia e dislipidemia após o uso dos ARV e Herpes Zooster. É ex-tabagista e ex-etilista, parou há cinco meses e oito anos, respectivamente. Nega outras doenças. Desconhece alergias medicamentosas. Apresenta antecedente familiar de coronariopatia e doença vascular cerebral. Ingere cerca de dois litros de líquido/dia, alimentação variada e hipolipídica, com baixa aceitação alimentar. Evacuações duas vezes ao dia. Sem alterações urinárias. Relata sono interrompido. Nega repouso após as refeições. Reside com o companheiro. Homossexual, parceiro único há um ano. Queixa-se de preocupação com o companheiro e medo da morte. Refere não participar de atividades sociais ultimamente, nem sentir falta; segundo o mesmo, tem um bom relacionamento com a família e vizinhos, porém garante ter reduzido o círculo de amizade após a descoberta da doença. Nega atividades físicas e de lazer, pois refere trabalhar muito. Relata ter feito uso de maconha. Tem um bom nível de conhecimento sobre a doença, porém gostaria de entender as restrições impostas pela patologia. Além disso, queixa-se de ansiedade pela realização da cirurgia indicada. Refere crer muito em Deus, e diz que sua fé ajuda a superar as

dificuldades enfrentadas. Expressa um medo exagerado de morrer.

Na admissão, seu colesterol total foi de 331mg/dl, o HDL foi de 27mg/dl, seu triglicérides foi de 978mg/L e o seu LDL colesterol não pode ser calculado.

Exame Físico de Admissão na Unidade Coronariana: Bom estado geral, corado, hidratado, anictérico, acianótico, afebril. Consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa, pupilas isocóricas e fotorreagentes, força motora e sensibilidade preservadas. Eupnéico, com respiração espontânea em ar ambiente, expansibilidade e simetria pulmonar preservadas, saturação de O₂ = 98%, som claro pulmonar à percussão, ausculta pulmonar com murmúrio vesicular presente, sem ruídos adventícios. Normotenso, normocárdico, mantém monitorização cardíaca em ritmo sinusal, ausculta cardíaca: BRNF 2t s/ sopro. Apresenta abdome globoso, flácido e indolor à palpação, RHA +, sem visceromegalias. Aparelho genital sem anormalidades. Mantém acesso venoso periférico em MSE sem sinais flogísticos recebendo SF 0,9% para hidratação. Mantém curativo oclusivo em RID (local de cateterismo), limpo e seco; mantém repouso do membro. Apresenta pulsos simétricos, com boa perfusão periférica, gradiente térmico normal e sinal de Godet negativo.

Diagnósticos e intervenções de enfermagem durante a internação na Unidade Coronariana

A partir do levantamento dos diagnósticos de Enfermagem foram propostas as intervenções de enfermagem e os primeiros foram agrupados de forma a não haver repetição de intervenções.

1- Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, relacionada ao relato de ingestão de comida menor que a porção diária recomendada.

- Solicitar avaliação do nutricionista.
- Supervisionar a aceitação da dieta.
- Orientar boa higiene oral depois da ingestão de alimentos.
- Oferecer alimentos que estimulem boa aceitação da dieta.
- Restringir os líquidos durante as refeições e evitá-los uma hora antes e uma hora após as refeições.
- Instruir sobre a importância da alimentação.

2- Risco para infecção, relacionado a procedimentos invasivos, imunossupressão e defesas secundárias inadequadas.

3. Proteção ineficaz, relacionada à terapia com drogas e distúrbios imunológicos.

4- Risco para Hipertermia, relacionado a procedimento invasivo.

- Registrar presença de sinais flogísticos nos locais de acessos venosos.

- Trocar fixação de acesso venoso diariamente com aplicação de Clorohexidina na inserção.

- Trocar acessos venosos a cada 72h, ou na presença de sinais flogísticos.

- Aferir sinais vitais de 2-2h.

- Realizar curativo com SF 0,9% na incisão cirúrgica.

- Instruir o cliente a observar e comunicar, imediatamente, quaisquer sinais e sintomas de inflamação.

5- Perfusão tissular ineficaz renal, relacionada à diminuição da ingestão hídrica e administração de contraste endovenoso durante procedimento invasivo.

6-Risco para volume de líquidos desequilibrado, relacionado aos procedimentos invasivos maiores.

7- Risco para débito cardíaco diminuído, relacionado à contratilidade e ejeção alteradas.

- Aumentar ingesta hídrica.

- Realizar balanço hídrico.

- Controlar peso diário em jejum.

- Verificar níveis séricos bioquímicos.

- Registrar: fadiga, alterações mentais, ausculta pulmonar, redução do débito urinário, extremidades frias, úmidas e cianóticas.

- Observar e registrar: ritmo cardíaco e padrão respiratório.

- Realizar ECG no caso de dor precordial e alteração no ritmo cardíaco.

8- Perfusão tissular ineficaz cardíaca, relacionada à interrupção do fluxo arterial.

9- Intolerância à atividade, relacionada com o desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio.

- Investigar a resposta do indivíduo à atividade.

- Verificar o pulso, a pressão arterial e a respiração antes e após qualquer atividade.

- Interromper a atividade se o cliente responder à atividade com precordialgia, dispnéia e/ou claudicação.

10-Risco para perfusão tissular ineficaz periférica, relacionado à interrupção do fluxo arterial.

11- Mobilidade física prejudicada, relacionada à restrição de movimentos prescritos.

12- Déficit no autocuidado: banho/higiene, relacionado à restrição de movimentos prescritos.

- Avaliar: queixas algicas, dispnéia, diaforese, náuseas, vômitos, alteração de nível de consciência e arritmias.

- Promover mecanismos para alívio da dor.

- Incentivar exercícios mínimos.

- Discutir sobre a necessidade de restrição dos movimentos.

- Manter repouso absoluto no leito.

- Promover métodos de conservação de energia.

13- Interação social prejudicada, relacionada a distúrbio no autoconceito.

14- Ansiedade, relacionada à perda do controle situacional.

15- Medo, relacionado à perda do controle situacional.

- Solicitar avaliação da psicóloga.

- Fornecer terapia ocupacional.

- Solicitar que o mesmo desenvolva alguma atividade

- Integrar o cliente em terapias de grupos.

- Fornecer, se possível, livros ou revistas para o paciente.

- Debater com o cliente sobre a importância dos relacionamentos sociais.

- Promover interação social com os demais clientes

- Encorajar o cliente a falar sobre os sentimentos de solidão e as razões para sua existência.

- Mobilizar o sistema de apoio composto pelos vizinhos e amigos da pessoa.

- Diminuir as barreiras para o contato social.

- Identificar estratégias para expandir o mundo do isolado p. ex. grupos religiosos, associações, etc.

Evolução

O paciente recebeu orientações e informações concernentes aos seus déficits de autocuidado, conforme o planejamento da assistência. Ele mostrou-se aberto à ajuda da enfermagem e disposto a engajar-se na realização do autocuidado para superar os déficits encontrados. Expressou suas ansiedades e sentimentos, mostrando querer iniciar o seu autocuidado. Com o passar dos dias, o paciente referiu que seus sentimentos geradores de ansiedade diminuíram, que sua ingesta alimentar foi aumentada, porém ainda demonstrava ansiedade por não saber a data para realização da cirurgia cardíaca. Foi informado sobre a sua doença e foram reforçadas as informações do último encontro. Observou-se que o paciente enfrentava certa dificuldade em realizar algumas medidas de autocuidado. Porém, tinha realizado outras com sucesso, necessitando de maior apoio, incentivo e acompanhamento pela enfermagem, de forma que o mesmo realizasse as medidas necessárias para que sua vida e o seu bem-estar fossem mantidos. No encontro seguinte, o paciente informou estar feliz por poder participar do seu cuidado e referiu já ter listado e selecionado as atividades de lazer que gostaria de fazer para se divertir. Estabeleceu que iria encaixar essas atividades durante a sua semana. Isso caracterizou que o paciente reconhecia a importância da realização de atividades de autocuidado, aceitava as sugestões e tinha realizado com sucesso algumas dessas atividades, superando assim alguns déficits de autocuidado. O paciente foi informado sobre a cirurgia que seria realizada no dia seguinte, no intuito de diminuir sua ansiedade. Cinco dias após a admissão foi então encaminhado à cirurgia de Revascularização do Miocárdio com uso de circulação extra-corpórea, sem intercorrências, tendo alta hospitalar após quatro dias, o que o deixou muito satisfeito. Foi encaminhado para o ambulatório de revascularizados e prevenção secundária. O cliente agradeceu pelo acompanhamento de enfermagem e afirmou que procuraria marcar os acompanhamentos nos

ambulatorios o mais rápido possível, demonstrando interesse em realizar acompanhamento no ambulatório de enfermagem. Nos acompanhamentos posteriores foi evidenciada a adesão do paciente às intervenções prescritas, principalmente no que diz respeito a mudanças no estilo de vida e hábitos de vida saudáveis com conseqüente melhora no perfil lipídico.

DISCUSSÃO

Segundo o Centro de Controle e prevenção de Doenças, a definição de caso de AIDS é: Indivíduo infectado com HIV com CD4 inferior a 200 ou indivíduo infectado com HIV que apresenta infecções oportunistas específicas⁽⁴⁾.

A infecção por HIV é caracterizada por uma irreversível e profunda imunossupressão que predispõe os pacientes a múltiplas infecções oportunistas e progressiva disfunção de múltiplos órgãos⁽⁸⁻⁹⁾.

Alguns estudos têm relatado que o HIV apresenta tropismo cardíaco, mas possivelmente o coração também é afetado por outros vírus oportunistas, fungos e protozoários. Sendo assim, a doença cardíaca associada ao HIV deve ser multifatorial, e pode ser causada por infecção ou complicação ou ainda, em decorrência da terapia antiretroviral⁽¹⁰⁾. A infecção não tratada pelo HIV geralmente progride para AIDS. Para os cardiologistas, é bastante familiar a ocorrência de complicações cardiovasculares da AIDS tais como a miocardiopatia primária, derrame pericárdico e hipertensão pulmonar⁽⁴⁾.

A infecção por HIV representa uma causa de injúria endotelial, independente de outros fatores de risco, podendo iniciar um processo aterosclerótico precoce e participar da evolução da lesão aterotrombótica responsável pelo infarto agudo do miocárdio⁽¹¹⁻¹²⁾.

O "gold-standard" do tratamento antiretroviral dá-se pela utilização de um inibidor da protease ou pelo uso de um inibidor da transcriptase reversa não-nucleosídico combinado com dois inibidores da transcriptase reversa nucleosídicos, reduzindo a replicação viral, a progressão da doença e prolongando a sobrevida, enquanto limita o desenvolvimento da resistência viral⁽¹³⁻¹⁵⁾. Numa sobrevida de 40 a 50 anos, não é difícil ocorrer doença da artéria coronária como uma conseqüência iatrogênica do regime terapêutico⁽¹⁶⁾, e isto emerge como um problema importante.

Os inibidores da protease são componentes chaves da terapia antiretroviral em pacientes com infecção por HIV, entretanto muitos pacientes que recebem estas medicações têm um risco aumentado de doença coronariana, assim como dislipidemia, hiperglicemia e obesidade centrípeta⁽¹⁶⁾.

Tem-se observado que o aumento do risco cardiovascular é maior quando tratados com inibidores

da protease, assim como o desenvolvimento de dislipidemia, hiperglicemia e hiperinsulinemia⁽¹⁷⁾.

A dislipidemia afeta aproximadamente 50% dos pacientes em uso de inibidor da protease, levando a um aumento do colesterol total e triglicérides⁽¹⁷⁻²¹⁾.

O caso apresentado demonstra a associação do incremento do risco cardiovascular após o início da terapia antiretroviral, e principalmente o aparecimento da dislipidemia e hipertrigliceridemia, sendo este último um dos fatores de maior risco para este paciente, segundo os estudos⁽⁹⁾.

É possível considerar que o uso da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem é um instrumento válido, o qual nos ajudou a promover uma comunicação mais objetiva entre pesquisadores e pesquisado, adequando de certa forma, o planejamento da assistência de enfermagem à problemática deste paciente. Consideramos também, que o processo de enfermagem baseado em Orem nos deu subsídios para a aplicação sistemática dessa assistência, fazendo-se mudanças necessárias ao plano de cuidados do paciente.

Através da aplicação da Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) pudemos identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem concernentes para este caso. Embasadas na teoria de Orem observamos a necessidade de envolvimento do paciente na assistência, o que promove maior adesão à terapêutica utilizada e satisfação pessoal para o cliente e equipe.

CONCLUSÕES

A aplicação da SAE a este paciente nos permitiu confirmar a concepção que as autoras já possuíam, que ao se tratar de uma doença estigmatizante como é o HIV, associado ainda ao risco iminente, provindo do IAM, esse paciente não pode ser visto somente como um ser biológico, mas também levado em consideração seu lado psicológico e social.

Por intermédio da realização deste estudo pudemos evidenciar que, por meio da assistência embasada na teoria de Orem, foi possível identificar os déficits de autocuidado, e que é relevante operacionalizar o processo de enfermagem tomando como referência um modelo assistencial, pois facilita a identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como o desenvolvimento de sua prática.

Pudemos perceber com este caso a relação existente entre o surgimento de fatores de risco coronarianos e o uso de drogas antiretrovirais, no caso inibidores da protease, conforme o descrito na literatura.

Este estudo evidenciou, também a importância e a necessidade de planejamento eficaz de políticas de saúde, no que diz respeito à prevenção primária das síndromes coronarianas em pacientes usuários de drogas

antiretrovirais. Isso nos levou a pensar sobre a necessidade da realização de estudos para a implementação de novas estratégias para a associação de hipolipemiantes orais ao esquema terapêutico antiretroviral.

Visto que, durante intensa pesquisa bibliográfica, não foram encontrados artigos/relatos específicos de enfermagem relacionados a esses pacientes, faz-se necessário maior desenvolvimento de estudos, nos quais deve-se destacar a atuação do enfermeiro em programas de orientação dietética, medicamentosa e desportiva, proporcionando assim, maior adesão do paciente ao tratamento e concomitante melhoria na sua qualidade de vida.

Ademais, o estudo reforçou a concepção de que o ser humano deve ser visto de forma holística e que ele é capaz de decidir sobre a sua vida, especificamente num caso de paciente portador de HIV e infartado.

O estudo evidenciou, também, que para a realização do autocuidado não é necessário apenas que o paciente reconheça a sua importância mas, acima de tudo, a sua decisão pelo autocuidado. O autocuidado é algo aprendido por meio de incentivos, estímulos, auxílio e ensino, para que o paciente decida pela mudança no seu estilo de vida e adote o autocuidado. Isso ficou explícito quando o paciente aderiu às medidas terapêuticas prescritas, pela tomada de decisão, pelo controle e pela condução da assistência.

Sendo assim, o estudo demonstrou a importância da SAE e da decisão do paciente em engajar-se no autocuidado a fim de proporcionar uma melhora no padrão de resposta do doente à doença.

REFERÊNCIAS

- Centers for Disease Control and Prevention. Basic statistics from the Divisions of HIV/AIDS Prevention. [text on the Internet]. Atlanta: CDC; 2004. [cited 2005 Dec 31]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/basic.htm>
- Hsue PY, Giri K, Erickson S, MacGregor JS, Younes N, Shergill A, et al. Clinical features of acute coronary syndromes in patients with human immunodeficiency virus infection. *Circulation*. 2004;109(3):316-9.
- Hsue P, Waters DD. What a cardiologist needs to know about patients with human immunodeficiency virus infection. *Circulation*. 2005;112(25):3947-57.
- Coplan PM, Nikas A, Japour A, Cormier K, Maradit-Kremers H, Lewis R, et al. Incidence of myocardial infarction in randomized clinical trials of protease inhibitor-based antiretroviral therapy: an analysis of four different protease inhibitors. *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2003;19(6): 449-55.
- Foster PC, Janssens NP, Dorothea E. Orem. In: George JB, et al. *Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p.90-107.
- North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação - 2001-2002. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.
- Bozzette S, Ake C, Tam HK, Chang SW, Louis TA. Cardiovascular and cerebrovascular events in patients treated for human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Méd*. 2003;348(8):702-10. Comment in: *N Engl J Med*. 2003;348(8):679-80; *N Engl J Med*. 2003;349(21):2065-7; *N Engl J Med*. 2003;349(19):1869-70; author reply 1869-70.
- Zhou X, Nicoletti A, Elhage R, Hansson GK. Transfer of CD4+ T cells aggravates atherosclerosis in immunodeficient apolipoprotein E knockout mice. *Circulation*. 2002; 102(24):2919-22. Comment in: *Circulation*. 2002;106(13):1599-601.
- Prendergast BD. HIV and cardiovascular medicine. *Heart*. 2003;89(7):793-800.
- Matetzky S, Domingo M, Kar S, Noc M, Shah PK, Kaul S, et al. Acute myocardial infarction in human immunodeficiency virus-infected patients. *Arch Intern Med*. 2003; 163(4):457-60.
- Hadigan C, Meigs JB, Wilson PW, D'Agostino RB, Davis B, Basgoz N, et al. Prediction of coronary heart disease risk in hiv-infected patients with fat redistribution. *Clin Infect Dis*. 2003;36(7):909-16.
- Escaut L, Mounsuiez JJ, Chironi G, Merad M, Teicher E, Smadja D, et al. Coronary artery disease in HIV infected patients. *Intensive Care Med*. 2003;29(6):969-73.
- Hammer SM. Increasing choices for HIV therapy. *N Engl J Med*. 2002;346(26):2022-3. Comment on: *N Engl J Med*. 2002;346(26):2039-46.
- Currie PF, Boon NA. Immunopathogenesis of HIV-related heart muscle disease: current perspectives. *AIDS*. 2003;17 (Suppl. 1): S21-8.
- Varriale P, Saravi G, Hernandez E, Carbon F. Acute myocardial infarction in patients infected with human immunodeficiency virus. *Am Heart J*. 2004;147(1):55-9.
- Stein JH, Klein MA, Bellehumeur JL, McBride PE, Wiebe DA, Otvos JD, et al. Use of Human immunodeficiency virus-1 protease inhibitors is associated with atherogenic lipoprotein changes and endothelial dysfunction. *Circulation*. 2001;104(3):257-62.
- Friis-Moller N, Weber R, D'Arminio Monforte A, El-Sadr W, Reiss P, Dabis F, et al. Exposure to HAART is associated with a increased risk of myocardial infarction: The D.A.D. Study [abstract]. In: 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. 2003, Feb. 10-14. Boston, MA, USA.
- Mauss S. HIV – associated and antiretroviral-induced hyperlipidaemia: na update. *J HIV Ther*. 2003;8(2):29-31.
- Mary-Krause M, Cotte L, Simon A, Partisani M, Costagliola D; Clinical Epidemiology Group from the French Hospital Database. Increased risk of myocardial infarction with duration of protease inhibitor therapy in HIV-infected men. *AIDS*. 2003;17(17):2479-86. Comment in: *Adis*. 2003;17(17):2529-31.
- Hoeje U, Yuan A, Tuomari A, L'Italien G, Mauskopf, J, Moore R. Protease inhibitors may increase risk of cardiovascular disease in HIV-infected patients. [abstract]. In: 10th Conference Retroviruses Opportunistic Infections 2003 Feb 10-14. Boston, MA, USA.