

C,
R. 2211

REGINA MARIA DA SILVA FEU SANTOS

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
ÀS PACIENTES ALÉRGICAS AO LÁTEX

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
ÀS PACIENTES ALÉRGICAS AO LÁTEX**

Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da FCM/UNICAMP, para obtenção do título de Mestre em Cirurgia, área de Pesquisa Experimental, da aluna Regina Maria da Silva Feu Santos, RA: 057926. Campinas, 31 de outubro de 2008.

Prof. Dra. Glória Maria Braga Potério
Orientadora

CAMPINAS

Unicamp

2008

REGINA MARIA DA SILVA FEU SANTOS

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
Á PACIENTES ALÉRGICOS AO LÁTEX**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Cirurgia, área de concentração em Pesquisa Experimental.

ORIENTADORA: PROF. DRA. GLÓRIA MARIA BRAGA POTÉRIO

CO-ORIENTADORA: PROF. DRA. ILKA DE FATIMA S. FERREIRA BOIN

CAMPINAS

Unicamp

2008

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044**

Sa59a Santos, Regina Maria da Silva Feu
Alergia ao látex: assistência de enfermagem perioperatória / Regina Maria da Silva Feu Santos. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientadores : Glória Maria Braga Potério, Ilka de Fátima Santana Ferreira Boin

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Latex. 2. Alergia. 3. Enfermagem perioperatória. I. Potério, Glória Maria Braga. II. Boin, Ilka de Fátima Santana Ferreira. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Título em ingles: Perioperative Nursing Assistance to patients allergic to latex

Keywords: • Latex

- Allergy
- Perioperative nursing

Titulação: Mestre em Cirurgia

Área de concentração: Pesquisa Experimental

Banca examinadora:

Profa. Dra. Glória Maria Braga Potério

Profa. Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo

Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Módolo

Data da defesa: 31/ 10/2008

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Regina Maria da Silva Feu Santos

Orientadora: Profa. Dra. Glória Maria Braga Potério

Membros:

1. Profa. Dra. Glória Maria Braga Potério -

2. Profa. Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo -

3. Profa. Dra. Norma Sueli Pinheiro Módolo -

Curso de Pós-Graduação em Cirurgia da Faculdade de Ciências Médicas
da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/10/2008

DEDICATÓRIA

A Deus, pois sem ele nada seria possível em minha vida, quando eu me sentia cansada ou pensando em desistir ele me carregava.

Aos meus pais Sebastiana da Silva Feu (in memoriam) e Carli Feu, pelos valores transmitidos de amor ao próximo com muita dignidade.

A minha querida avó Ana Soares dos Santos(in memoriam)

Ao meu esposo Antônio César, por apoio incondicional na trajetória de desenvolvimento deste estudo,por seu amor e presença em minha vida.

As minhas crianças da Cirurgia pediátrica, que me fizeram entender a relevância deste estudo, contribuindo nem que seja um pouco na melhora da qualidade de vida delas.

A minhas tias Edy e Zilda pelo apoio e incentivo

*A minha grande amiga Valéria Henriqueta "In memoriam"
Em qualquer lugar que você esteja ,jamais a esquecerei, que tenhas alcançado o descanso eterno que tanto procuravas.*

A Deus, pois, sem ele eu não conseguiria.

À professora Dra. Glória, pelo empenho, disponibilidade, paciência, humildade e conhecimento demonstrado na realização deste estudo, uma verdadeira lição de vida. Meu muito obrigada.

À professora Dra. Ilka, pelo apoio demonstrado, na fase inicial desse trabalho.

À enfermeira e amiga Margareth Taglieta, por todo apoio enquanto Diretora do Serviço de Enfermagem de Centro Cirúrgico.

À professora Dra. Izilda Esmênia Muglia Araújo, por todo seu apoio, após a aula de qualificação, pelo carinho, amizade e sinceridade, suas críticas, construtivas. Pois só valorizaram meu trabalho, o meu muito obrigada.

À farmacêutica e grande amiga Patrícia Fatureto, por sua ajuda durante a catalogação dos materiais free-látex.

À enfermeira Sônia Aparecida Cavinato pelo apoio durante sua permanência no DENF.

Às enfermeiras Eliane Cintra, Maria Clara Padovese e Marlene Hitomi, da Assessoria de Recursos Materiais, pelo apoio na seleção dos materiais free-látex.

À Diretoria Técnica do Núcleo de Centro Cirúrgico Enfermeira Christhiane Guimarães Russo por todo apoio e incentivo

À Diretora do Serviço de Enfermagem de Centro Cirúrgico Mariza Ferreira Cavalcante Lino, por seu apoio e incentivo e compreensão durante a realização deste estudo.

À equipe de médicos-anestesiologistas pelo respeito e seriedade, no cumprimento do protocolo durante a realização dos procedimentos.

Ao estatístico Helymar dos Santos, muito obrigada, pela paciência demonstrada durante a fase de análise e interpretação dos dados.

Às minhas grandes amigas Márcia, Alessandra e Marli, pessoas como vocês, são especiais e únicas, obrigada por vocês existirem, e serem minhas amigas.

A todos os professores da Pós - Graduação do Departamento de Cirurgia FCM/UNICAMP pelo carinho e consideração, que me acolheram.

Às minhas amigas Enfermeiras, Mônica, Elen e Fernanda por todo apoio na Aula de Qualificação, montagem dos diapositivos e cronometragem do tempo. Para vocês o muito obrigado.

Às minhas amigas e Enfermeiras Biazinha, Loira, Lady Márcia, Adriane, Cidinha, Rosaura, Luciana, Fabiana, Ana Lúcia, Maria Cristina Quelhas, Vera e Marli pelo apoio, incentivo e torcida, durante a realização deste estudo.

À Vera e a Paula secretárias da Pós-graduação pelo apoio e orientação.

Ao Departamento de Enfermagem do Hospital de Clínicas da Unicamp às enfermeiras Filomena, Vera e Silvia Angélica, pelo apoio demonstrado durante a realização deste estudo.

À minha nova amiga Kozue da Educação Continuada, por sua ajuda nas apresentações de treinamento para a aula de qualificação.

À equipe de Técnicos de Enfermagem do Serviço de Anestesia Centro Cirúrgico HC/UNICAMP;

Às Circulantes e Técnicos de Enfermagem, Luciana Cristina, Lauzina, Vanessa, Kelly, Josefina, Sedyna, Valdir, Fatima Santos, e Gisele que tanto ajudaram no cumprimento rigoroso do protocolo de Alergia ao Látex.

Ao Professor Doutor Reinaldo Jordão, e toda equipe de médicos residentes da Otorrinolaringologia, o meu muito obrigado, pelos dois pôsteres apresentados nos Congressos da Bahia e Brasília.

À toda Equipe Cirúrgica da Proctologia em especial Dra. Lurdes e Dra. Raquel pela divulgação do protocolo de Alergia ao Látex em forma de Pôster no Congresso de Cirurgia

Às Instrumentadoras Olívia, Nilce e Cristiane por todo apoio durante a realização dos procedimentos cirúrgicos.

Ao inesquecível Prof. Dr. Juvenal Ricardo Góes, pelo incentivo, carinho e respeito dispensado não só a mim, mas a todos os enfermeiros do Centro cirúrgico.

um sonho sonhado sozinho permanece apenas um sonho. um sonho sonhado junto pode tornar-se realidade. sonhe comigo.

Edward schillebeeckx

bom mesmo é ir a luta com determinação, abraçar a vida com paixão, perder com classe e vencer com ousadia, pois o triunfo pertence a quem se atreve... a vida é muita para ser insignificante.

Charles chaplin

Noites Traíçoeras

*Deus está aqui neste momento
Sua presença é real em meu viver
Entregue sua vida e seus problemas
Fale com Deus, Ele vai ajudar você.*

Ôôôô

*Deus te trouxe aqui
Para aliviar os teus sofrimentos*

Ôôôô

*É Ele o autor da fé
Do princípio ao fim
De todos os seus tormentos*

(refrão)

*E ainda se vier, noites traiçoeras
Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
O mundo pode até
Fazer você chorar
Mas Deus te quer sorrindo (bis)*

*Seja qual for o seu problema
Fale com Deus, ele vai ajudar você
Após a dor vem a alegria
Pois Deus é amor e não te deixará sofrer*

Ôôôô

*Deus te trouxe aqui
Para aliviar os seus sofrimentos
É Ele o autor da fé
Do princípio ao fim
De todos os seus momentos*

*E ainda se vier, noites traiçoeras
Se a cruz pesada for, Cristo estará contigo
O mundo pode até
Fazer você chorar
Mas Deus te quer sorrindo*

Padre Marcelo Rossi

	PÁG.
RESUMO	<i>xxxix</i>
ABSTRACT	<i>xliii</i>
1- INTRODUÇÃO	47
1.1- Sistematização da assistência de enfermagem (SAE)	49
1.1.1- Processo de enfermagem.....	49
1.1.2- Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP).....	50
1.2- Látex	52
1.2.1- Reações ao látex.....	53
1.2.2- Grupos de risco.....	55
1.2.2.1- Pacientes com história de múltiplos procedimentos cirúrgicos.....	55
1.2.2.2- Profissionais da saúde.....	56
1.2.2.3- Outros indivíduos com exposição ocupacional.....	59
1.2.2.4- Indivíduos com antecedentes de atopia.....	59
1.2.2.5- Indivíduos com antecedentes de alergia a alimentos.....	59
1.2.3- Manifestações clínicas.....	60
1.2.3.1- Dermatite de contato irritativa.....	60
1.2.3.2- Hipersensibilidade tardia do tipo IV.....	61
1.2.3.3- Hipersensibilidade do tipo I.....	61

1.2.4- Diagnóstico de reações ao látex.....	62
1.2.4.1- Exames laboratoriais.....	63
1.2.5- Tratamento.....	64
1.2.5.1- Terapia inicial.....	65
1.2.5.2- Terapia secundária.....	66
1.3- Justificativa de execução do estudo.....	67
2- OBJETIVOS.....	69
2.1- Objetivos gerais.....	71
2.2- Objetivos específicos.....	71
3- SUJEITOS E MÉTODOS.....	73
3.1- Caracterização do estudo.....	75
3.1.1- Local do estudo.....	75
3.1.2- População e amostra.....	75
3.1.3- Cálculo do tamanho amostral.....	75
3.1.4- Critérios de inclusão.....	76
3.1.5- Critérios de exclusão.....	76
3.2- Instrumentos utilizado.....	76
3.3- Elaboração das relações de materiais/equipamentos com ou sem látex.....	77
3.4- Envolvimento das equipes de saúde em relação ao cuidado com o paciente alérgico ao látex.....	77
3.4.1- Roteiro de orientações sobre materiais com ou sem látex para os profissionais e para pacientes e familiares.....	78

3.5- Protocolo perioperatório para o atendimento de pacientes alérgicos ao látex.....	78
3.6- Procedimento de coleta de dados.....	79
3.6.1- Sentimentos expressados pelos pacientes.....	80
3.6.2- Avaliação do nível de conhecimento dos pacientes.....	81
3.6.3- Avaliação da dor pós-operatória.....	82
3.6.4- Orientações durante a visita pós-operatórias.....	82
3.7- Análise dos dados.....	83
3.8- Aspectos éticos.....	84
3.9- Parâmetros avaliados.....	84
4- RESULTADOS.....	85
4.1- Caracterização dos participantes.....	87
4.2- Fatores de risco.....	88
4.2.1- MDistribuição quanto a alergias co-existentes.....	88
4.2.2- Distribuição de acordo com história de cirurgias anteriores.....	90
4.2.3- Distribuição de acordo com doenças co-existentes e/ou deficiência física.....	91
4.3- Alterações respiratórias e geniturinárias	92
4.4- Conhecimento do processo cirúrgico.....	93
4.4.1- Conhecimento do posicionamento cirúrgico.....	93
4.5- Conhecimento do processo anestésico.....	94
4.6- Sentimentos expressados pelos pacientes.....	94
4.7- Impressões do entrevistador.....	95

4.8- Visitas pós-operatorias de enfermagem.....	95
4.8.1- Avaliação da dor pós-operatória.....	96
4.8.2- Intercorrências durante ato anestésico-cirúrgico.....	96
4.8.3- Alterações cardiorrespiratórias, geniturinárias e gastrintestinais.....	97
4.8.4- Opinião do paciente sobre a assistência perioperatória percebida....	98
4.9- Análise das questões abertas.....	99
5- DISCUSSÃO.....	101
6- CONCLUSÕES.....	119
7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	123
8- ANEXOS.....	137
9- APÊNDICES.....	147

LISTA DE SÍMBOLOS, SIGLAS E ABREVIATURAS

CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CC	Centro Cirúrgico
CAISM	Centro de atendimento integral à saúde da mulher
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FDA	Food and Drug Administration
IgE	Imunoglobulina tipo E.
NANDA	North American Nursing Diagnoses.
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAEP	Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória.
SOBECC	Sociedade Brasileira de Especialistas em Centro Cirúrgico.
TCP	Teste cutâneo por punctura
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
Vpós-OE	Visita Pós-operatória de Enfermagem
Vpré-OE	Visita pré-operatória de Enfermagem

LISTA DE TABELAS

	PÁG.
Tabela 1- Distribuição dos pacientes quanto ao sexo e à faixa etária.....	87
Tabela 2- Distribuição dos pacientes, quanto ao cruzamento de sentimentos bons e ruins por eles expressados, no período pré-operatório, versus a religião que professavam.....	88
Tabela 3- Distribuição dos pacientes alérgicos ao látex quanto à co-existência de alergia à frutas.....	89
Tabela 4- Análise estatística da concomitância de alergias a frutas em pacientes alérgicos ao látex. Cruzamento de frequências - banana versus maracujá.....	89
Tabela 5- Análise estatística da concomitância de alergias a bexigas de festa e ao iodo, em pacientes alérgicos ao látex. Cruzamento de frequências – bexigas versus iodo.....	90
Tabela 6- Distribuição dos pacientes quanto ao número de procedimentos cirúrgicos anteriores.....	91
Tabela 7- Distribuição quanto ao tipo de doença co-existente causando limitação à movimentação.....	92
Tabela 8- Distribuição quanto à presença de antecedentes neurológicos.....	92
Tabela 9- Distribuição quanto ao tipo de alterações respiratórias e alterações geniturinárias.....	93
Tabela 10- Distribuição quanto ao nível de conhecimento do processo e do posicionamento cirúrgicos.....	94
Tabela 11- Distribuição quanto ao nível de conhecimento do processo anestésico.....	94

Tabela 12-	Análise estatística dos sentimentos dos pacientes avaliados na visita pré-operatória de enfermagem. Cruzamento de frequências (sentimentos expressados pelos pacientes versus avaliação pelo entrevistador).....	95
Tabela 13-	Distribuição das queixas de dor pós-operatória avaliada nas visitas pós-operatorias de enfermagem.....	96
Tabela 14-	Distribuição dos pacientes de acordo com as intercorrências anestésico-cirúrgicas catalogadas nas visitas pós-operatorias de enfermagem.....	96
Tabela 15-	Distribuição quanto à frequência de alterações cardiovasculares, respiratórias, geniturinárias e gastrintestinais, encontradas no pós-operatório.....	97
Tabela 16-	Distribuição dos pacientes, quanto a sua opinião sobre a assistência prestada nos períodos pré e pós-operatório.....	98
Tabela 17-	Distribuição quanto às expressões de sentimentos relatadas pelos pacientes na entrevista pré-operatória, versus sua opinião sobre a assistência prestada no pós-operatório.....	99

LISTA DE FIGURAS

	PÁG.
Figura 1- Cálculo do tamanho amostral.....	76
Figura 2- Avaliação dos sentimentos expressados pelos pacientes de acordo com os critérios padronizados por Spielberger.....	81
Figura 3- Avaliação dos pacientes quanto ao nível de conhecimento do processo anestésico-cirúrgico.....	82
Figura 4- Escala para a aferição da dor pós-operatória.....	82

LISTA DE ANEXOS

	PÁG.
Anexo I- Aprovação do comitê de ética e pesquisa.....	139
Anexo II- Visita pré-operatória de enfermagem.....	140
Anexo III- Questionário para identificar pacientes sensíveis ao látex.....	142
Anexo IV- Visita pós-operatória de enfermagem.....	143
Anexo V- Avaliação dos sentimentos expressados pelos pacientes.....	145

LISTA DE APÊNDICES

	PÁG.
Apêndice I- Termo de consentimento livre e esclarecimento.....	149
Apêndice II- Produtos hospitalares com látex e produtos que podem conter látex.....	150
Apêndice III- Relação de materiais e equipamentos isentos de látex utilizados no intraoperatório.....	151
Apêndice IV- Protocolo perioperatório para pacientes alérgicos ao látex.....	153
Apêndice V- Orientações para pacientes e familiares de Produtos não hospitalares que possuem compostos de látex e orientações de alimentos, frutas encontrados na literatura que fazem reações cruzadas com látex.....	158
Apêndice VI- Respostas obtidas na visita pós-operatória, no qual o paciente expressa sua opinião, sobre a assistência prestada nos três períodos operatórios.....	159

RESUMO

Santos, RMSF. Assistência de Enfermagem Perioperatória à pacientes alérgicos ao látex. (Dissertação de Mestrado) Campinas, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 2008.

A elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem é um dos meios de que o enfermeiro dispõe para aplicar seus conhecimentos técnico-científicos e humanos na assistência ao paciente e caracterizar sua prática profissional, colaborando na definição do seu papel. O objetivo do presente estudo, foi contribuir para diminuir o risco de acidentes alérgicos, durante o período perioperatório, quando do atendimento a pacientes alérgicos ao látex, identificando antecedentes de risco e transmitindo-lhes informações sobre a alergia ao látex. Trata-se de um estudo prospectivo, de caráter descritivo e exploratório realizado com pacientes cirúrgicos eletivos, com história pregressa de reação comprovada a produtos que continham látex. Como resultados, foram identificados produtos que continham látex e produtos isentos de látex, para atendimento perioperatório. Por meio da visita pré-operatória, foram identificados fatores que pudessem expor o paciente a riscos. A proposta da confecção de um protocolo perioperatório para atendimento de pacientes alérgicos ao látex foi particularmente importante e encontra-se em fase de pré-teste. É importante destacar que é função do enfermeiro do centro cirúrgico proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais, visando à assistência integral ao paciente, principalmente utilizando dados previamente coletados por meio da Vpré-OE. Dos resultados obtidos nas condições adotadas neste estudo nos permitiram concluir que os fatores de risco detectados, alimentares ou não, coincidem com os citados na literatura, mas diferem quanto à frequência. Dentre as alergias às frutas, as mais frequentes, em ordem decrescente, foram maracujá, banana e nozes; e em menor e igual percentual, tomate, abacate, kiwi, abacaxi e laranja.

UNITERMOS: perioperatório, enfermagem, alergia, látex.

ABSTRACT

Santos, RMSF: Peroperative Nursing Assistance to patients allergic to latex. {Dissertation}, Campinas, São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp 2008.

The elaboration of the Systematization of Nursing Assistance is one of the means that the nurse applies his/her technical-scientific and human knowledge on the assistance to the patient and characterizes his professional practice, collaborating on the definition of his/her role. The main objective is to reduce the risk of allergic accidents during the Peroperative period, of attending allergic patients to latex by identifying previous risk patients and providing knowledge concerning latex allergy. It is a prospective descriptive and exploratory study accomplished with surgical chosen patients with former proven history of reaction to products that contained latex. As results, products that contained latex were identified and products exempt from latex for preoperative assistance, as well as by means of a pre-surgical visit, factors that could put the patient at risk were identified. The proposal of making a Peroperative protocol for assisting patients allergic to latex was particularly important and is in phase of pre-testing. It is worth pointing out that due to the CC nurse providing physical structure, human resources and materials for the anesthetic/surgical procedure to be performed in ideal conditions, in view of the complete assistance to the patient, specially using data previously collected by the (Vpré-OE). The results obtained with the conditions adopted in this study allow us to conclude: The risk factors detected, related to nourishment or not, correspond to the ones mentioned in literature, but differ with regards to its frequency. Amongst the allergies to fruits, the most frequent ones in decreasing order were: passion fruit, banana and nuts and in less or similar percentage, tomato, avocado, kiwi, pineapple and orange.

Key words: Peroperative, nursing, allergy, latex.

1- INTRODUÇÃO

1.1- Sistematização da assistência de enfermagem (SAE)

A enfermagem, embora ainda guarde resquícios de paradigmas do século passado, vem buscando libertar-se destes vínculos e firmar-se como profissão, com um corpo de conhecimentos próprios e estruturados e que conferem padrão científico às suas ações. Neste aspecto, vale destacar a padronização do cuidado, de maneira sistematizada, que resulta na assistência aos pacientes de forma individualizada e de melhor qualidade.

A sistematização da assistência de enfermagem engloba etapas integradas que guiam as ações de enfermagem e empregam métodos e estratégias, semelhantes aqueles adotados no desenvolvimento de pesquisa científica, para a identificação dos componentes do binômio saúde/doença. Os achados servem como base para subsidiar a implementação de ações que contribuem para a promoção, a prevenção, a recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, no seu contexto familiar e social⁽¹⁾.

A resolução 272/2004 do Conselho Federal de Enfermagem estabelece que toda instituição de saúde deva utilizar a SAE.⁽¹⁾ Nesta mesma resolução fica esclarecido que cabe ao enfermeiro, exclusivamente, a implantação, o planejamento, a organização, execução e a avaliação do processo de enfermagem.

1.1.1- Processo de enfermagem

O processo de enfermagem delineado de maneiras diferentes, por diversos autores, apresenta elementos comuns que são: Histórico de Enfermagem ou Avaliação Inicial, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento, Implementação e Evolução de Enfermagem.⁽²⁾ A operacionalização deste processo ocorre por meio de seis fases: o histórico de enfermagem, o diagnóstico de enfermagem, o plano assistencial, o plano de cuidados ou a prescrição de enfermagem a evolução de enfermagem e o prognóstico⁽³⁾.

Em nosso meio, a Lei nº. 7.498 de 25/04/2006, referente ao exercício da enfermagem, dispõe no seu Art. 11 como atividades exclusivas do enfermeiro:

... "consulta de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida, cuidados de enfermagem de maior

complexidade técnica e que exigem conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”...⁽⁴⁻⁵⁾

Sob esse contexto, parte-se da premissa de que a sistematização da assistência de enfermagem deve ser incorporada à prática, como uma possibilidade relevante para cumprir o que orienta e determina a lei do exercício profissional.⁽⁴⁾ O enfermeiro precisa reconhecer-se como profissional e responsabilizar-se por sua prática. Ao atuar no CC, precisa livrar-se de seu papel essencialmente técnico e envolver-se no cuidado total ao paciente cirúrgico, pois este indivíduo é dependente de outro em relação a sua segurança e bem-estar.

1.1.2- Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP)

A SAEP, que atualmente, sem dúvida, é o alicerce que dá sustentação às ações de enfermagem no centro cirúrgico (CC), preconiza uma filosofia de atendimento individualizada e humanizada além de proporcionar maior interação da assistência de enfermagem prestada no pré, trans e pós-operatório.⁽⁵⁾ De acordo com Araújo e Noronha,⁽⁶⁾ a sistematização das ações de enfermagem contribuiu para a documentação de ocorrências e procedimentos realizados pelos diversos integrantes da profissão e, em última análise, contribui para o reconhecimento social do enfermeiro.⁽⁷⁾

Segundo Horta⁽⁵⁾ o processo de enfermagem e a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas visam à assistência ao ser humano, um aspecto que foi muito prejudicado na década de 60.

Naquela época, a atuação do enfermeiro, especialmente no CC, era direcionada para a área instrumental, para o atendimento às solicitações da equipe médica e para ações administrativas relacionadas com o desenvolvimento do ato anestésico-cirúrgico. Considerando-se essa história pregressa e a complexidade das atividades administrativas que os enfermeiros exercem nesse setor, é possível entender a grande dificuldade que o enfermeiro perioperatório tem para aplicar as diretrizes e/ou ao dedicar-se à SAEP e considerar tal atividade como principal, necessária e exclusiva do enfermeiro.⁽⁷⁾

A assistência de enfermagem perioperatória caracteriza-se por ser um processo realizado numa fase muito específica da atenção ao paciente, com grau de complexidade dependente dos procedimentos anestésico e cirúrgico, exigindo do enfermeiro capacidade de julgamento, conhecimento específico e poder de decisão.⁽⁸⁾ No exercício dos sistemas normativo e organizativo do CC, os profissionais de enfermagem ampliam suas áreas de domínio, abrangendo a responsabilização por outros serviços que são aí realizados.⁽⁹⁾

O enfermeiro que atua no CC detém entre suas funções: proporcionar estrutura física, recursos humanos e materiais para que o ato anestésico-cirúrgico seja realizado em condições ideais, visando à assistência integral ao paciente e assegurando seu bem estar. Ocorre, então, a fragmentação do trabalho, de modo a confundi-los sobre a sua principal atividade, o cuidado com o paciente. Nos meios acadêmicos, no entanto, há discursos que preconizam o resgate do cuidado, ou seja, da verdadeira essência da enfermagem.⁽¹⁰⁾

Acredita-se que uma das formas de sistematizar a assistência no centro cirúrgico é a visita pré-operatória de enfermagem (Vpré-OE). Dos relatos de Castellanos e colaboradores,⁽¹¹⁾ pode-se deduzir que, em algumas instituições brasileiras a Vpré-OE passou a ser realizada a partir de 1975.

De acordo com Graziano e Bianchi⁽¹²⁾, a Vpré-OE contribui para a mudança acentuada de comportamento na maioria dos pacientes, havendo diminuição marcante do nível de ansiedade e de complicações nos períodos pós-operatório imediato e tardio. Além disso, deve oferecer informações que venham a contemplar o detalhamento das ações de enfermagem que serão desenvolvidas no período perioperatório, transmitidas de forma individual ou em grupo, em linguagem clara e objetiva e que sejam compatíveis com o grau de escolaridade e a compreensão do paciente.

O conteúdo das informações e a abordagem da transmissão ao paciente deverão ser sempre individualizados e têm, como um de seus objetivos, a redução dos temores que venham a contribuir para aumentar a ansiedade do paciente no período pré-operatório. Alguns dos temores citados são: o medo do desconhecido, da anestesia e de alguma alteração de sua imagem física e principalmente da morte.⁽¹¹⁾ Igualmente, conhecer sobre a presença de mecanismos de defesa e como o paciente responderá a uma determinada situação, é importante durante todo período perioperatório.⁽¹³⁾

Ao identificar os sentimentos que molestam os pacientes o enfermeiro encontra subsídios para prestar, no âmbito hospitalar, uma assistência de enfermagem holística e humanizada. O enfermeiro insere-se neste contexto de forma especial, porque, além de ter qualificação suficiente para desenvolver este papel com segurança e propriedade é o profissional da área da saúde que passa mais tempo com o paciente.⁽¹⁴⁾

Quando a Vpré-OE é realizada pelo enfermeiro do CC torna-se uma oportunidade privilegiada para que seja criado um vínculo e que se estabeleça o conhecimento do paciente, de sua identificação nominal e do elenco de fatores que definem o planejamento da assistência no CC. A principal vantagem desta conduta é permitir ao enfermeiro incluir no planejamento da assistência no CC além dos cuidados com os riscos decorrentes do processo anestésico/cirúrgico, aqueles inerentes a cada paciente e que estão associados com as doenças co-existentes ou com a própria doença de base.⁽¹⁴⁾

Salientam-se como fatores de risco os antecedentes de reações alérgicas e entre eles a alergia ao látex. O látex é amplamente utilizado na área da saúde como parte integrante da composição de grande número de materiais e/ou equipamentos médico-hospitalares. Desta forma, o planejamento da assistência a estes pacientes requer a inclusão de medidas de profilaxia primária e secundária visando diminuir o risco de eventos adversos, graves, no período perioperatório.

1.2- Látex

O látex é obtido da *Hevea brasilienses*, uma árvore originária da Amazônia e hoje em dia bem adaptada e cultivada no sudeste do Brasil, na Malásia e na Indonésia. Para garantir as propriedades de elasticidade, resistência e estabilidade da borracha o látex é submetido a um processo de vulcanização que consiste na elevação da temperatura, para 130°C, na presença de enxofre. Para a redução da temperatura e do tempo necessários para a vulcanização são adicionadas substâncias aceleradoras do processo, como, por exemplo, o tiurano, o mercaptobenzotiazol e carbamatos.⁽¹⁵⁾

Após a vulcanização, os resíduos químicos dessas substâncias são removidos e aqueles que remanescem são os responsáveis pelo desenvolvimento da dermatite de contato que se associa ao uso de luvas de borracha (reações Gell e Coombs tipo IV).⁽¹⁶⁾ O produto da vulcanização constitui a matéria-prima para a fabricação de diversos objetos de uso médico-hospitalar como garrotes, cateteres, bolsa coletora de urina, equipo de soro, luvas, êmbolos de seringas, tampas de frascos de medicamentos. As propriedades físicas desejáveis da borracha de látex natural já foram obtidas com o látex sintético, mas, os custos são notavelmente elevados. A forma sintética é encontrada em muitos produtos médicos. É também extensivamente encontrada em artigos de uso doméstico.⁽¹⁷⁾

O látex líquido, a chamada borracha natural, é usado para produzir artigos moldados como, por exemplo, luvas, preservativos e bexigas de festas. No processo de fabricação do tipo de luvas para serem usadas sem talco, com o objetivo de diminuir a aderência que é característica do látex, após o processo de moldagem o produto é submetido a dois novos processos de lavagem intercalados com um tempo de cloração. No caso de luvas para uso com talco, após a moldagem as luvas são imersas em amido de milho que é reconhecidamente o fator que mais contribui para o desenvolvimento de sensibilidade ao látex.⁽¹⁵⁾

A sensibilização pelo látex ocorre quando há um contato repetitivo, estimando-se ser necessária uma exposição de seis meses a 15 anos para o seu desenvolvimento.⁽¹⁶⁾ A exposição ao antígeno pode ocorrer por diferentes vias, como cutânea, percutânea, mucosa e parenteral. Nestes casos, a transferência acontece pelo contato direto. Recentemente, foi também sugerida a transferência por contato indireto quando o antígeno se apresenta como aerossol.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

1.2.1- Reações ao látex

Apesar dos produtos com látex já serem usados há muitos anos, o surgimento de alergia ao látex, do tipo mediada por IgE, é relativamente recente. Os primeiros relatos sobre a sensibilidade ao látex referiam-se às reações do tipo IV e cutâneas, a exemplo do

relato de Nutter.⁽¹⁸⁾ Em 1979, ele descreveu reação cutânea com a presença de urticária, após exposição ao látex e considerou a hipersensibilidade ao látex como a causa provável da reação.

O consenso geral é que a maioria dos alérgenos são os proteínáceos naturais da seringueira. Esse conjunto de proteínas que recebe a denominação de heveína é considerado o principal responsável pelas reações ao látex e existe em grande quantidade nas luvas cirúrgicas.⁽¹⁸⁾

O interesse sobre alergia ao látex aumentou muito a partir de 1988. No período de outubro de 1988 até setembro de 1992, foram publicados 1.118 casos de reações adversas ao látex, incluindo 15 mortes após a administração de enema de bário.⁽¹⁹⁾ Os acidentes foram atribuídos à exposição ao látex presente na ponta do clister. O FDA recolheu aquela apresentação do enema e emitiu avisos ao pessoal da saúde alertando e organizando programas de prevenção sobre a alergia ao látex.⁽¹⁹⁾

A incidência de reações ao látex, mínima até meados da década de 80, aumentou significativamente, depois de 1987, a partir da implementação das Precauções Universais instituídas pelo *Centers for Disease Control* (CDC).⁽²⁰⁾ Uma explicação plausível é que a adoção de tais medidas gerou o crescimento súbito do uso de luvas pelos profissionais da área de saúde. Mais recentemente, Laxenaire e Mertes⁽²¹⁾ que fizeram um estudo multicêntrico na França, analisando as reações alérgicas registradas durante a anestesia, verificaram que 12,1% das reações anafiláticas intra-operatórias podem ser atribuídas ao látex. Dentre os outros fatores os bloqueadores neuromusculares representaram 55% dos casos e os antibióticos 14,7%.⁽²¹⁻²²⁾

Considerando significativo o aumento crescente da alergia ao látex, Academia Americana de Alergia, Asma e Imunologia (AAAI), o *Food and Drug Administration* (FDA) e algumas indústrias de manufaturados de borracha passaram a divulgar alerta acerca desse fenômeno e a padronizar medidas preventivas para diminuir a morbidade relativa destas reações, principalmente, daquelas mediadas por IgE. Nos Estados Unidos, na Europa e na Malásia foram realizadas conferências dedicadas exclusivamente à alergia ao látex, enquanto numerosos encontros médicos ao redor do mundo incluíram simpósios individuais sobre esse tópico.^(19, 23)

1.2.2- Grupos de risco

São considerados fatores de risco à sensibilização ao látex: a) atopia; b) alergia a determinados alimentos; c) sondagens de repetição; d) intervenções cirúrgicas sucessivas, especialmente nos pacientes com malformações urológicas, bexiga neurogênica e defeitos do tubo neural; e) contato contínuo ou repetido com derivados de látex.⁽²²⁾

1.2.2.1- Pacientes com história de múltiplos procedimentos cirúrgicos

Este grupo inclui pacientes com malformação geniturinária congênita (extrofia vesical, válvula de uretra posterior, malformação de bexiga), mielomeningocele, espinha bífida, alterações no fechamento do tubo neural (30% a 60% de incidência), atresia esofágica, síndrome de Arnold Chiari tipo II, ânus imperfurado, síndrome Vacter (alteração vertebral, anomalia anuretal, cardiopatia, atresia esofágica, displasia renal), e defeitos ortopédicos.⁽²³⁾

A explicação para o maior risco nas crianças multioperadas, tem sido tema de debates. Supõe-se que a enfermidade poderia constituir-se um fator específico em si sem que se possam excluir os outros fatores que determinam a sensibilização ao látex. Considerando, o número de cirurgias às quais estas crianças são submetidas como o elemento determinante da sensibilização ao látex, Mazon e colaboradores⁽²⁴⁾ estabeleceram entre cinco e seis o número crítico, a partir do qual a probabilidade de sensibilização aumenta consideravelmente.

As crianças que apresentam mielomeningocele (MMC) são as que mais apresentam sensibilização ao látex devido à manipulação precoce com produtos hospitalares. Vários estudos realizados em países desenvolvidos mostraram que, nos últimos 15 anos, as reações de hipersensibilidade (do tipo I) ao látex de borracha natural foram relatadas com uma frequência entre 11,5% a 72%,⁽²⁵⁻²⁶⁾ sendo maior, nas crianças que tiveram contato com chupetas e equipamentos como luvas cirúrgicas, cateteres e válvulas.

Num estudo comparativo, foi encontrado que, crianças com espinha bífida apresentam a maior incidência de reações ao látex (18% a 73%). Nessas crianças a sensibilização ao látex ocorre de forma diferente em relação aos pacientes adultos, um achado que é atribuído às diferentes vias de sensibilização e poderia explicar as variações observadas nas manifestações clínicas. As crianças sensibilizam-se, fundamentalmente, por contato direto de partículas de látex com os vasos sanguíneos e as mucosas. Nos adultos pode ocorrer por via transcutânea ou por inalação de partículas aerolizadas. Conseqüentemente, nas crianças o quadro clínico inclui urticária, predominantemente, e, no adulto, a dermatite de contato e/ou sintomas respiratórios graves. Estudos bem conduzidos comprovaram que estas crianças possuem imunoglobulinas (IgE) que reconhecem de forma causal, as proteínas do látex.⁽²⁶⁾

Independentemente, da doença de base cerca de 60% das crianças com história de alergia ao látex, apresenta resultados positivos para o teste de puntura ou dosagem de imunoglobulina (IgE) sérica, específicos para o látex, mas, nem todas desenvolvem reações alérgicas graves.^(23, 26) Como nesta população os maiores fatores de risco são antecedentes de atopia prévia e as freqüentes exposições ao antígeno, nestas condições, a profilaxia primária (a convivência em ambiente isento de derivados do látex) é fundamental para prevenção da sensibilização ao látex.⁽²⁵⁾

No ambiente hospitalar as medidas preventivas devem ser aplicadas em pacientes de todas as especialidades pediátricas e em todos os níveis de prevenção. Para evitar contato com o alérgeno. Quando não se puder garantir ambiente livre de látex, pode-se recorrer ao uso de medicação específica no pré-operatório. Esta conduta é de uso ainda discutível, mas, é uma possibilidade terapêutica que, no futuro, poderá vir a ser considerada útil, em crianças alérgicas ao látex.⁽²⁷⁾

1.2.2.2- Profissionais da saúde

A prevalência de sensibilização ao látex na população em geral é <1%, mas, entre os profissionais de Saúde a prevalência relatada varia de 2,9% a 17%, dependendo do método de pesquisa utilizado, podendo ser bem maior.⁽²⁸⁾ De acordo com relatos

atualizados do FDA, cerca de 70% dos eventos adversos relacionados ao látex envolvem profissionais de Saúde que, em muitos casos, estão também na condição de pacientes em tratamento ou hospitalizados.⁽¹⁹⁾

A alergia ao látex foi catalogada pela AAAI,⁽²⁹⁾ como uma doença ocupacional que representa um grande problema de saúde pública. Entre os trabalhadores, o histórico de atopia eczema ou dermatite de contato nas mãos, relacionados com o uso freqüente de luvas de borracha, descartáveis, associam-se à elevação do risco de desenvolver reações alérgicas graves.

Em diversos países, Estados Unidos da América, Canadá e China entre outros, as taxas de prevalência de sensibilização alérgica do tipo I ao látex são elevadas. Estas taxas variam de 6,2% a 30%, entre profissionais que atuam na área hospitalar, por exemplo, enfermeiros e anestesistas do centro cirúrgico, enfermeiros da UTI (14%) e técnicos de laboratórios (16,9%).⁽³⁰⁻³⁵⁾

De acordo com Valls e colaboradores⁽³²⁾ que determinaram a prevalência de hipersensibilidade ao látex (do tipo I) entre os anestesistas e as enfermeiras anestesistas, com o auxílio de análise sorológica, as taxas de prevalência são relativamente altas. A prevalência encontrada foi de 12,5%, sendo que, entre os indivíduos incluídos naquele estudo, 2,4% apresentavam sintomas clínicos. Cerca de 10,1% eram assintomáticos, um achado que é preocupante.

Há poucos estudos que descrevem a hipersensibilidade do tipo I ao látex nos países da América do Sul. Na Argentina, Docena e colaboradores⁽³⁶⁾ estudaram 249 pacientes atendidos em um hospital de ensino. A prevalência encontrada foi de 17,3% em trabalhadores da Saúde (17/98), e o restante dos pacientes estudados correspondeu a 21,2% dos sensibilizados (32/151). No Chile, Guzman e colaboradores⁽³⁷⁾ avaliaram a ocorrência de sensibilização em trabalhadores da saúde e utilizaram teste de punctura para avaliar respostas a alguns estratos do látex. Eles relataram que a sensibilização aumentava progressivamente com o número de anos trabalhados e com a duração do uso de luvas por semana.

No Brasil, o primeiro estudo epidemiológico, controlado de alergia ao látex foi realizado num hospital metropolitano do Rio de Janeiro por Geller e colaboradores.⁽³⁸⁾ Eles estudaram 50 profissionais da área cirúrgica com o teste cutâneo por punctura (TCP) e encontraram 6% de sensibilização alérgica. Lopes e Lopes⁽³⁹⁾ relataram três casos de reações ao látex, ocorridos no Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM), em trabalhadores de saúde. Esses profissionais apresentaram sintomas clínicos fortemente sugestivos de alergia do tipo I, e, para a prevenção de re-exposição foram oferecidas luvas de vinil para o trabalho. No mesmo hospital a prevalência relatada, em trabalhadores da UTI neonatal foi de 8% de sensibilização alérgica, incluindo as equipes de enfermagem e médica.⁽⁴⁰⁾

Mais recentemente, Mathias e colaboradores⁽⁴¹⁾ mostraram maior prevalência de sinais e sintomas sugestivos de sensibilização ao látex entre profissionais expostos aos derivados do látex em ambiente hospitalar e com maior tempo de contato com luvas de qualquer tipo. Buss e Frode⁽⁴²⁾ observaram 47% de sintomas de alergia ao látex, numa população de 260 trabalhadores da área da saúde, lotados em Unidades Públicas de Saúde. O grupo de estudo diferiu estatisticamente do grupo controle quanto à ocorrência de dermatite de contato, asma, rinite alérgica, reações alérgicas após contato com o pó de luvas (em suspensão no ar), procedimentos cirúrgicos múltiplos, alergias a alimentos diversos e frutas. As dosagens sorológicas de IgE, específicas para o látex, foram negativas para ambos os grupos. Frente ao risco de reações anafiláticas graves os autores recomendaram cuidados para a identificação dos profissionais que estão sensibilizados para a adoção de medidas adequadas de prevenção.

Nos países que adotaram o uso de luvas de borracha com pó, como Estados Unidos e França, estima-se que a incidência de reações alérgicas é maior do que no Reino Unido. Nesse país, além da opção mandatória pelo uso de luvas sem pó, o *Department of Health* estabeleceu orientações para que somente sejam adquiridas luvas que obedeçam a especificações definidas e sejam manufaturadas de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos.⁽⁴³⁾

1.2.2.3- Outros indivíduos com exposição ocupacional

Diferentemente dos trabalhadores da área de Saúde que foram objeto de estudos extensivos, o estado atual da alergia ao látex entre trabalhadores da indústria da borracha ainda é pouco conhecido. Nessa população a prevalência é de 11%, sendo os maiores percentuais encontrados entre os trabalhadores envolvidos nos processos de cura e de inspeção. Alguns fatores contribuem para elevação das taxas de prevalência, como ambiente com altos níveis de poeira, confinamento em ambientes pequenos com fumaça e com resíduos químicos, o efeito sinérgico entre os fatores ocupacionais e ainda o uso abusivo de cigarro.⁽⁴⁴⁾

Além desses, outros profissionais que manipulam produtos manufaturados com látex, como cabeleireiros, jardineiros e empregados de empresas especializadas em limpeza entre outros podem apresentar níveis de sensibilizações semelhantes aos existentes no meio hospitalar e, portanto, devem merecer atenção especial na avaliação pré-operatória.

1.2.2.4- Indivíduos com antecedentes de atopia

Febre do feno, rinites, asma ou eczema e outras atopias parecem ser o principal fator de risco predisponente. Estudos recentes desenvolvidos no México encontraram frequência de sensibilização ao látex de 4,76% em crianças atópicas, e de 67% e de 22% em pacientes adultos com antecedentes profissionais, médicos e paramédicos, respectivamente.⁽⁴⁵⁾

1.2.2.5- Indivíduos com antecedentes de alergia a alimentos

Pacientes que apresentam atopia por outros alérgenos desencadeiam reações ao látex com maior frequência (2% a 11%). Naqueles previamente sensibilizados, podem ocorrer reações cruzadas quando em contato com alguns alimentos que apresentam epítomos semelhantes à heveína, como banana, *kiwi*, maracujá, mamão, abacate, tomate, nozes, batata, aipim e por folhas de plantas caseiras como o *Fícus benjamina*.⁽³³⁾ Considerando o grande percentual de pacientes, cerca de 52%, que apresentavam

antigenicidade cruzada ao látex e a algumas frutas, Blanco e colaboradores⁽³⁴⁾ sugeriram a existência de uma síndrome que denominaram *latex-fruit syndrome*.

Brehler e colaboradores⁽⁴⁶⁾ avaliaram pacientes que apresentavam esta síndrome, por meio do teste (RAST) específico. Nesses pacientes, inicialmente alérgicos ao látex, em 61% das amostras séricas foram encontrados anticorpos IgE específicos para frutas. Além daquelas frutas que já haviam sido citadas, eles relataram que outras frutas podem desencadear reações cruzadas com o látex como a: castanha, figo, melão, abacaxi e pêsego.

Algumas hipóteses foram levantadas para explicar as causas dessas reações cruzadas. Uma delas admite a reatividade entre proteínas com estrutura e pesos moleculares semelhantes existentes no látex e nas frutas. Uma outra explicação é a presença no látex de uma lisozima, um polipeptídeo que possui função enzimática (peso molecular igual a 27KD) e que é similar às lisozimas presentes nas frutas.^(35, 47)

Frente à significativa quantidade de reações alérgicas que permanecem com etiologia ignorada recomenda-se que seja realizada a avaliação, *in vivo*, dos indivíduos pertencentes aos diferentes grupos de risco, por meio de testes cutâneos por puntura (*prick test*) com antígeno para o látex e bateria de antígenos alimentares.⁽³⁹⁾

1.2.3- Manifestações clínicas

Após o contato com o látex podem ocorrer três tipos distintos de manifestações clínicas, a saber:

1.2.3.1- Dermatite de contato irritativa

A dermatite irritativa de contato é a dermatose ocupacional não imunológica mais comum associada ao uso de luvas, correspondendo a 80% das queixas dos trabalhadores que fazem uso de luvas. Esta reação não é mediada pelo sistema imunológico, não se constituindo uma reação alérgica verdadeira. É o resultado da maceração ou da abrasão da pele pelo uso constante de luvas e/ou pelas múltiplas

repetições de lavagem das mãos. A perda da integridade da pele permite a absorção de proteínas estranhas e posterior sensibilização.⁽⁴⁸⁻⁵⁴⁾

Outras causas que levam os usuários a desenvolverem este tipo de desconforto estão relacionadas com o uso de sabões anti-sépticos, secagem inadequada das mãos e umidade residual presente. Os sinais e sintomas mais frequentes são: pele seca e avermelhada, fissuras, descamação e coceira, repercutindo em agravamento do quadro clínico na integridade da função de barreira da pele.⁽⁵⁵⁾

1.2.3.2- Hipersensibilidade tardia do tipo IV

Também chamada de dermatite mediada por células –T ou dermatite alérgica de contato. Envolve diretamente o sistema imune. Cerca de 84% das reações imunológicas relacionadas com o uso de luvas são do tipo IV e, na maioria dos casos, são produzidas em respostas a alguns aditivos químicos utilizados na produção das luvas e não pela sensibilização às proteínas do látex.⁽⁵⁶⁻⁵⁷⁾ A pele desenvolve um eritema urticariforme, geralmente de 24 a 48 horas após o contato inicial com o produto agressor, podendo evoluir para vesículas na pele, que se espalham para áreas que não estiveram em contato direto com o látex. Não existem repercussões sistêmicas.⁽⁵⁷⁻⁵⁹⁾

O *rush* cutâneo pode ser o primeiro sinal de que uma pessoa se tornou alérgica ao látex, e, se a exposição ao antígeno permanece, podem ocorrer reações de maior gravidade. Como os sinais clínicos e os sintomas são semelhantes aos da dermatite irritativa de contato, é muito importante que se confirme o diagnóstico de alergia para a profilaxia de futuras sensibilizações. A dermatite alérgica de contato pode surgir quando da re-exposição ao antígeno, mesmo que a exposição inicial tenha ocorrido muitos anos antes.^(58- 63)

1.2.3.3- Hipersensibilidade do tipo I

Conhecida como reação anafilática ou reação mediada por células IgE, é a mais grave das reações agudas. Neste caso, o antígeno induz a produção de imunoglobulinas classe E específicas. Na re-exposição ao agente, a interação dos anticorpos ligados à parede

de mastócitos e basófilos com o antígeno ativa o gatilho para uma cascata de eventos que promove a degranulação dessas células, com liberação de mediadores inflamatórios como: histamina, ácido aracdônico, leucotrienos e prostaglandinas.⁽⁶⁴⁾

A liberação maciça desses mediadores desencadeia sinais e sintomas de intensidade e gravidade variadas, que aparecem alguns minutos após a exposição. Do quadro clínico inicial constam: fraqueza, vertigens e sintomas cutâneos, como eritema e urticária. A reação evolui, rapidamente, para edema laríngeo, broncoespasmo, hipotensão arterial, taquicardia e colapso circulatório em consequência da diminuição da resistência vascular sistêmica. A anestesia e os campos cirúrgicos podem encobrir os primeiros sinais, de forma que a hipotensão pode ser o primeiro sinal detectado. O diagnóstico precoce e o rápido início do tratamento são necessários para a prevenção das complicações mais graves, inclusive parada cardíaca e morte.⁽⁶⁵⁻⁷¹⁾

1.2.4- Diagnóstico de reações ao látex

O diagnóstico é baseado no levantamento da história clínica detalhada de sintomas relacionados com as reações mediadas por IgE, bem como no levantamento de certas condições de risco, como a presença de atopia, múltiplas cirurgias, história de alergia a determinadas frutas, exposição ocupacional, entre outras. O diagnóstico clínico é confirmado pelo diagnóstico laboratorial.⁽⁵⁹⁾ Na avaliação pré-anestésica é valiosa a utilização de questionário apropriado para a detecção de sinais e sintomas de alergia ao látex, principalmente, em pacientes de risco. Este instrumento deve enfatizar a pesquisa de antecedentes de atopia ou de reação alérgica aos derivados do látex e de eventuais intercorrências durante procedimentos cirúrgicos prévios.^(53, 72)

Os exames laboratoriais que indicam a degranulação dos mastócitos tornam possível detectar o mecanismo responsável pela reação e a confirmação do diagnóstico de anafilaxia, no período imediato que sucede a reação alérgica. Quando não for possível a realização imediata das dosagens, as amostras coletadas, de sangue e de urina, devem ser mantidas sob refrigeração. No período tardio, quatro a oito semanas, são realizados testes que têm como objetivo a identificação do agente responsável pela reação. A não

observância deste período pode resultar em falsos negativos. Nessa etapa estão indicados os testes cutâneos específicos e a dosagem de IgE específicas para o látex. Estes testes permitem identificar o agente causador em cerca de 75-90% dos casos. Em todos os casos, o paciente deve ser informado do resultado dos testes.^(65, 72-74)

1.2.4.1- Exames laboratoriais

Triptase sérica – é uma protease presente nos mastócitos, exclusivamente. A elevação dos níveis plasmáticos é indicativa da degranulação dos mastócitos ativados. Após reações anafiláticas ou anafilactóides alcança valores máximos (triptase plasmática $> 12\mu\text{g.mL}^{-1}$) em uma hora. Nos casos mais graves pode alcançar níveis plasmáticos $>25\mu\text{g.mL}^{-1}$. Mantém platô elevado por até duas horas e começa a declinar alcançando valores normais (triptase plasmática $\leq 1\mu\text{g.mL}^{-1}$) após 24 horas da reação. Um resultado negativo não exclui a hipótese de anafilaxia, pois, em grande percentual, a triptase não está aumentada nas reações de pequena gravidade.⁽⁷¹⁾

Em geral, níveis plasmáticos elevados de triptase sérica acompanham-se de elevação da IgE sérica, mas, existem casos em que somente uma das duas está elevada. Como esses dois exames podem ser colhidos até 24 horas após o óbito são utilizados no *postmortem*, na tentativa da confirmação médico-legal de anafilaxia.⁽⁶⁶⁾

Dosagem de metil-histamina urinária – é o principal metabólico da histamina e um bom indicador da liberação de histamina no plasma. Os níveis urinários elevam-se em cerca de uma a três horas após a reação atópica e permanecem elevados nas 24 horas que se sucedem à reação. Método pouco utilizado devido ao alto custo.⁽⁶⁵⁾

Dosagem de IgE sérica específica para o látex – realizada por radioimunoensaio (RAST), incubando-se o soro do paciente com anticorpos IgE numa fase sólida que contém os antígenos em questão. Este teste tem sensibilidade e especificidade altas e boa correlação com os testes cutâneos. O resultado pode ser falso-positivo (níveis elevados de IgE anti-heveína sem que o paciente seja atópico). Da mesma forma, indivíduos com alergia ao látex podem apresentar valores baixos de IgE anti-heveína

quando toda IgE específica estiver unida aos mastócitos e basófilos. A dosagem de IgE sérica pode ser negativa em 20-45% dos pacientes com testes de puntura positivos.⁽⁶³⁾

Teste de contato (patch test) específico: indicado para avaliar a reação do tipo IV, é realizado com padrões definidos, no caso a heveína. A sensibilidade do teste é alta, daí sua importância. O contato dérmico é feito com um quadrado de látex, padronizado, de uma polegada quadrada, durante 48 horas. A leitura é feita 72 horas após a aplicação do látex. Ao lado da região testada, são realizados testes com histamina que é o controle positivo, e com solução salina, o controle negativo.⁽⁶⁶⁻⁶⁷⁾ O teste de contato também pode ser feito por puntura (*prick test*) e nesse caso o alérgeno é inoculado no antebraço. Considera-se resultado positivo para alergia ao látex quando o edema cutâneo que se forma é >2 mm ou é superior a 50% do teste de controle positivo. Este teste não está indicado para casos de sintomas graves de reação ao látex, evitando-se riscos ao paciente.⁽⁶³⁾

Intradermoreação – é realizada com a injeção intradérmica de 0,05mL a 1mL, de várias diluições do alérgeno. O teste é positivo quando a reação cutânea é >9mm.

Teste de broncoprovocação: válido para a realização do VEF₁ (volume expiratório forçado no primeiro minuto) antes e após a inalação de látex, sendo mais útil para o diagnóstico de doença ocupacional. Pouco utilizado pelo risco de broncoespasmo grave, só deve ser realizado em pacientes hospitalizados.⁽⁶⁵⁾

1.2.5- Tratamento

O tratamento das reações ao látex, basicamente, consiste na prevenção, ou seja, na abolição do contato com seus derivados, além da orientação para evitar que novas reações sejam desencadeadas. Em pacientes de alto risco que necessitem de procedimentos invasivos deve-se considerar a necessidade do uso de salas cirúrgicas e equipamentos sem látex.⁽⁶⁷⁾

Nos pacientes que já têm diagnóstico confirmado a possibilidade de dessensibilização ao látex já foi tentada, por meio de protocolo de exposição progressiva aos derivados do látex, durante 12 meses. A princípio, os pacientes foram submetidos ao

uso de luvas por dez segundos durante alguns dias. Esse intervalo foi aumentado progressivamente, até uma hora, nos últimos três meses do estudo. Um ano após a exposição sistemática, os pacientes estudados estavam totalmente dessensibilizados sem que tivessem apresentado efeitos colaterais, fato observado tanto clínica quanto laboratorialmente.⁽⁶⁸⁾

A dermatite de contato e as reações do tipo IV são controladas com sucesso quando afastados os agentes irritantes da pele e pelo uso tópico de corticóides. As manifestações alérgicas sistêmicas do tipo I apresentam uma grande variedade de sinais e sintomas, dependendo do tratamento e da gravidade do caso clínico. É extremamente importante identificar e remover o agente desencadeante. As reações mais brandas, como rinite e eritemas, respondem ao uso de anti-histamínico e corticosteróide nasais ou sistêmicos. As reações mais graves com comprometimento das vias aéreas podem necessitar de tratamento agressivo com anti-histamínico, esteróide, bloqueadores H₂, oxigênio, broncodilatadores, intubação traqueal e principalmente a adrenalina.⁽⁶⁹⁾

Em caso de anafilaxia, deve ser padronizada uma seqüência de tratamento específico, buscando rapidez e eficiência no atendimento.

Algumas sociedades médicas propuseram protocolos para o tratamento de reações ao látex, e, entre eles destaca-se aquele sugerido pela ASA,⁽⁷⁰⁾ que preconiza o seguinte:

1.2.5.1- Terapia inicial.

1. suspender imediatamente a administração ou reduzir a absorção do agente agressor. Verificar vias de contato, inclusive via inalatória e mucosas;
2. remover todo o látex do campo cirúrgico;
3. trocar luvas de látex por vinil;
4. descontinuar a administração de antibióticos e/ou sangue e derivados;

5. desligar todos os agentes anestésicos;
6. manter a ventilação com oxigênio e FiO₂ de 100%;
7. intubação traqueal (quando necessária);
8. administrar 25-50 mL/kg peso de cristalóide;
9. administrar adrenalina: a) por via venosa: 0,1µg ou aproximadamente 10µg no adulto, em caso de hipotensão arterial e 0,01mg/kg em caso de colapso circulatório com parada cardíaca; b) por via subcutânea: 300µg na falta de acesso venoso e c) por via traqueal, de 5 a 10 vezes a dose venosa ou 50 a 100µg no adulto (10mL de solução 1:10.000); d) inalação com dosímetro: três inalações de 0,16 a 0,20mg de adrenalina; e) nebulização 15 gotas de solução de adrenalina a 2,25% em 2mL de solução fisiológica;
10. colocar avisos de “Alerta ao Látex” na entrada da sala de cirurgia e limitar a entrada de pessoas e materiais que contenham látex e usando vestimenta completa

1.2.5.2- Terapia secundária

1. administrar anti-histamínico: difenidramina 1mg/kg por via venosa ou muscular (dose máxima de 50mg) e ranitidina 1mg/kg venosa (dose máxima de 50mg);
2. administrar corticóides: hidrocortisona 5mg/kg (dose de ataque), seguidos de 2,5mg/kg a cada intervalo de quatro a seis horas ou metilpredisolona 1mg/kg de ataque e 0,8mg/kg a cada intervalo de quatro a seis horas;
3. administrar aminofilina (para broncoespasmo persistente) 5 a 6 mg/kg por via venosa (monitorizar o nível sanguíneo);
4. administrar β 2 agonista inalatório (broncoespasmo persistente);

5. administrar drogas vasoativas em infusão contínua para manter níveis pressóricos. Doses recomendadas: a) adrenalina 0,02 – 0,05 µg/kg/min; b) noradrenalina 0,05µg kg/ min; c) dopamina 5 – 20µg/kg/min; d) iso-proterenol 0,02 -0,05µg/kg/min.;
6. administrar bicarbonato de sódio 0,5 a 1mg/kg. Inicialmente, e a seguir se necessário, corrigir pela análise do sangue arterial. ⁽⁷⁵⁾

1.3- Justificativa de execução do estudo

A evolução do atendimento de enfermagem, distanciando-se da postura intuitiva para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, fez surgir a necessidade de uma sistematização da assistência prestada aos pacientes. Em nosso meio a sistematização da assistência (SAE) tornou-se obrigatória a partir de janeiro de 2000,⁽¹⁾ em função de normatização proposta pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) e engloba a sistematização da assistência prestada aos pacientes em todo período perioperatório (SAEP).⁽⁷⁶⁾

Dentre os principais objetivos da SAEP estão os itens que contribuem para auxiliar o paciente e seus familiares a prepararem-se para o ato anestésico-cirúrgico e suas conseqüências. Inclui-se também a diminuição, ao máximo, dos fatores de risco inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica. Assim, a utilização da SAEP proporciona ao enfermeiro a possibilidade prestar e de avaliar cuidados ao paciente cirúrgico, bem como de proporcionar maior segurança ao ato anestésico cirúrgico.⁽⁷⁷⁻⁸⁰⁾

De acordo com Soares e Turrini⁽⁸¹⁾ a SAEP deve facilitar a prestação de cuidado ao paciente como um ser único, que tem necessidades e sentimentos únicos, com sua anestesia e cirurgia, permitindo-lhe a participação ativa e objetivando a visão global do ser humano.

Dentro desta filosofia de atendimento há que se considerar que o paciente internado à espera de uma cirurgia eletiva, encontra-se isolado do seu ambiente familiar e vivenciando uma realidade que ele interpreta como ameaça a sua integridade física e, portanto, capaz de originar sentimento de ansiedade. Entendendo-se a ansiedade como um estado no qual o indivíduo experimenta um sentimento incômodo de grau variável, cuja origem com certa frequência é inespecífica, ou ele desconhece, a atenção de enfermagem de excelência deve prover elementos para transmitir-lhe confiança, dirimir-lhe as dúvidas e, assim, aliviar-lhe a ansiedade.⁽¹¹⁾

Desta forma, um contato prévio do paciente com um dos membros da equipe de saúde que irá atendê-lo no centro cirúrgico, o enfermeiro, por exemplo, é o momento ideal para fornecer informações sobre o ato anestésico cirúrgico e para a obtenção de subsídios que permitirão o planejamento da assistência no período perioperatório.⁽⁷⁵⁾

No momento da visita pré-operatória de enfermagem (Vpré-OE) o enfermeiro, ao realizar a verificação do prontuário, poderá detectar fatores de risco que podem interferir na segurança do processo anestésico-cirúrgico.⁽⁷⁹⁻⁸¹⁾ Dentre estes fatores estão as reações anafiláticas, uma emergência médica, cujo aparecimento pode ocorrer de forma inesperada, e, por isto mesmo, representam preocupação tanto para os pacientes como para a equipe de Saúde. A prevenção dessas reações bem como o diagnóstico precoce depende do conhecimento dos antecedentes alérgicos dos pacientes. Assim sendo, devem ser pesquisadas as causas mais freqüentes de anafilaxia como alergias alimentares, picadas de insetos, hipersensibilidade a drogas e alergia ao látex.

Justifica-se, assim, a realização deste estudo que, dentro da filosofia de sistematização da assistência de enfermagem, adotou a Vpré-OE e a Vpós-OE para transmitir informações aos pacientes alérgicos ao látex e seus familiares. Buscou-se também coletar dados que contribuíssem para diminuir o risco de reações alérgicas durante o período perioperatório.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivo geral

Diminuir o risco de acidentes alérgicos durante o período perioperatório, no atendimento dos pacientes alérgicos ao látex, por meio da identificação de antecedentes de risco pela oferta de informações sobre a alergia ao látex.

2.2- Objetivos específicos

1) Identificar:

- a. a concomitância de alergia à frutas;
- b. a concomitância de outras alergias;
- c. outros antecedentes e eventuais co-morbidades relacionados com a alergia ao látex.

2) Fornecer informações sobre a prevenção e o risco de acidentes alérgicos.

3) Propor protocolos para o atendimento perioperatório de pacientes alérgicos ao látex.

3- SUJEITOS E MÉTODOS

3.1- Caracterização do estudo

Estudo prospectivo, de caráter descritivo e exploratório, realizado com pacientes cirúrgicos, eletivos, com história progressiva de reação alérgica comprovada, desencadeada por produtos que continham látex.

3.1.1- Local do estudo

O estudo foi realizado num hospital universitário do interior do Estado de São Paulo, governamental, terciário, no centro cirúrgico (CC) e nas unidades de internação de pediatria, urologia, neurocirurgia, plástica, gastrocirurgia, ortopedia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia e oftalmologia.

3.1.2- População e amostra

A amostra foi constituída de pacientes candidatos a procedimentos cirúrgicos eletivos, com história progressiva de reação alérgica ao látex, comprovada, independentemente de faixa etária ou sexo, internados no hospital em estudo, no período de julho de 2006 a agosto de 2007.

3.1.3- Cálculo do tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral levou em consideração que se tratava de estudo descritivo-variável qualitativo e população finita. Para o cálculo considerou-se: a) N = tamanho da população alvo; b) P = proporção de indivíduos com a característica de interesse na população (alergia ao látex, comprovada); c) D = diferença desejada entre proporção amostral e proporção populacional (erro amostral); e) Alfa = nível de significância amostral (bilateral).⁽⁸²⁾ Considerando a demanda progressiva de pacientes alérgicos ao látex, avaliada no momento da elaboração do projeto de pesquisa, foi calculado o número mínimo de indivíduos para inclusão no estudo (figura 1).

N	30	40	50	45
p	0,910	0,910	0,910	0,910
d	0,050	0,050	0,050	0,050
alfa	0,05	0,05	0,05	0,05
n	25	31	36	34

Figura 1- Cálculo do tamanho amostral, de acordo com Fonseca e Martins ⁽⁸²⁾

3.1.4- Critérios de inclusão

- pacientes que concordaram em participar, voluntariamente, da entrevista após receberem todas as informações pertinentes, e terem esclarecidas as suas dúvidas e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice I);
- pacientes com história progressiva de reação a produtos que contenham látex.

3.1.5- Critérios de exclusão

Pacientes com antecedentes de reação alérgica a produtos do látex que não apresentaram ou que não realizaram o teste RAST (radioallergosorbent test) específico para a confirmação da alergia ao látex.

3.2- Instrumentos utilizados

Para a coleta de dados foram utilizados três instrumentos: a) um instrumento de visita de pré-operatória de enfermagem (Vpré-OE) (Anexo II); b) um questionário para a coleta de informações sobre os fatores desencadeantes de sensibilização ao látex (Anexo III); c) um instrumento de visita pós-operatória de enfermagem (Vpós-OE) (Anexo IV);

Nesta pesquisa foram testados cinco instrumentos: a) relação de materiais/equipamentos isentos de látex (Apêndice II); b) relação de materiais que contêm látex (Apêndice III); c) Protocolo perioperatório para atendimento de pacientes alérgicos ao látex (Apêndice IV); d) roteiro de orientações para pacientes e familiares de produtos não hospitalares (Apêndice V).

Esses instrumentos, que estão em fase de pré-teste, foram elaborados com o propósito de normatização e o atendimento de pacientes alérgicos ao látex. Visam, ainda, a divulgação de informações, pertinentes ao risco e à prevenção de reações alérgicas ao látex, destinada à equipe multidisciplinar de saúde diretamente envolvida nesse atendimento.

3.3- Elaboração das relações de materiais/equipamentos com ou sem látex

Com embasamento em informações resultantes de consulta aos fornecedores, foi elaborada uma listagem para o levantamento de materiais e equipamentos empregados durante o período perioperatório que eventualmente venham a ser utilizado pelos pacientes alérgicos ao látex, ou seja, materiais/equipamentos isentos de látex (Apêndice II) e materiais/equipamentos que contêm látex (Apêndice III).

Os laudos técnicos fornecidos pelas indústrias de produtos médico-hospitalares, obtidos por e-mail ou fax enviados à autora ou à Assessoria de Recursos Materiais do hospital, foram catalogados e arquivados e constituem arquivos documentais.

Participaram na confecção dessas listas a farmacêutica lotada no Serviço de Farmácia do Centro Cirúrgico, duas enfermeiras da Assessoria de Recursos Materiais do hospital, um anestesista e enfermeiros do centro cirúrgico.

3.4- Envolvimento das equipes de saúde em relação ao cuidado com paciente alérgico ao látex

A comunicação entre as equipes de cirurgia, enfermagem e anestesia ocorriam a partir do momento que o residente de cirurgia convocava para internação um paciente com alergia ao látex, confirmada. As informações sobre a data da cirurgia e o local da internação

do paciente eram passadas, pessoalmente ou por contato telefônico, ao enfermeiro do centro cirúrgico com pelo menos 24 horas de antecedência, para que fossem tomadas as medidas profiláticas, para que o paciente não fosse exposto a riscos desnecessários. O enfermeiro do CC era responsável pela divulgação destas informações entre as áreas de interesse, ou seja, o fluxo que o paciente percorreria, durante seu período de internação.

3.4.1- Roteiro de orientações sobre materiais/equipamentos com ou sem látex para os profissionais e para os pacientes e familiares

Com base nas informações fornecidas pelas indústrias foram confeccionadas as listagens de materiais/equipamentos com e sem látex (Apêndices II e III). Estes instrumentos englobam informações que permitem ao paciente: a) evitar o contato com materiais médico-hospitalares que contêm látex, durante o seu tratamento domiciliar; b) informações coletadas da literatura sobre objetos domésticos e de uso pessoal, que podem desencadear reações alérgicas⁽⁸¹⁾. (Apêndice V).

3.5- Protocolo perioperatório para o atendimento de pacientes alérgicos ao látex

O protocolo de atendimento usado durante o período perioperatório, que contém as condutas e recomendações relativas à prevenção de acidentes alérgicos ao látex, foi confeccionado pelos Serviços de Enfermagem do Centro Cirúrgico e Serviço de Anestesia do Hospital em estudo (Apêndice IV). Este instrumento contempla as recomendações da Emergency Nurses Association⁽⁸³⁾, da American Society of Anesthesiologists⁽⁷¹⁾ e da Canadian Society of Gastroenterology Nurses and Associates⁽⁸⁴⁾ (Apêndice IV).

O instrumento foi subdividido em três partes: Parte A – contém recomendações gerais de importância para a equipe multidisciplinar, relacionadas a seguir:

Recomendações gerais:

- a. inclusão no prontuário da lista de equipamentos/medicamentos que contém látex e de equipamentos/medicamentos isentos de látex (ApêndiceII);

- b. adoção da cor verde-limão para a confecção de material de sinalização/atenção de alerta de risco de alergia ao látex;
- c. identificação do prontuário com tarja na cor verde-limão;
- d. identificação com bracelete e uso de placa na mesma cor para o leito do paciente;
- e. identificação do quarto do paciente com cartaz, verde-limão, afixado na porta, com os dizeres – Alergia ao Látex;

No centro cirúrgico, para todos os pacientes foi adotada a seguinte rotina:

- a. todas as cirurgias foram agendadas para o primeiro horário da manhã;
- b. limpeza terminal e montagem da sala operatória (SO) deixando-a em repouso por no mínimo seis horas (tempo suficiente para que o alérgeno do látex atinja seus níveis mais baixos antes da realização do procedimento);
- c. identificação das portas da SO com cartazes chamativos de alergia ao látex na cor verde-limão;
- d. restrição de acesso à SO aos profissionais diretamente envolvidos na assistência, que estavam uniformizados com vestimentas, propé e gorro, isentos de látex.

Parte B – um *check list* de materiais e equipamentos que podem conter látex;

Parte C – contempla itens de segurança que não devem faltar no atendimento de paciente alérgico ao látex.

3.6- Procedimento de coleta de dados

Os instrumentos de comunicação escrita de enfermagem, utilizados para a realização das entrevistas durante as visitas pré e pós-operatória de enfermagem, foram adaptados propostos por Araújo e Noronha ⁽⁶⁾ e Noronha e Araújo ⁽⁷⁾, respectivamente (Anexos II e IV), que obtiveram algumas mudanças.

Ao instrumento usado na Vpré-OE (Anexo II) foram acrescentados pela autora os itens: item 19 - quem prestou as informações sobre os processos cirúrgicos e anestésicos; item 23 - o paciente foi orientado quanto a medidas que pudessem ajudá-lo no pós-operatório; item 26 - diagnóstico de enfermagem.

No instrumento de Vpós-OE (Anexo IV) foram acrescentados: a) o item 6- escala para aferição da dor. A opção por este item objetivou a inserção da avaliação da dor como o 5º sinal vital. A escala adotada foi a recomendada por McCafrey ⁽⁸⁵⁾; item 10- quem prestou as informações sobre a cirurgia realizada.

O terceiro instrumento, utilizado durante a visita pré-operatória, um questionário específico para detectar antecedentes de possíveis reações cruzadas entre látex-fruta, que visava maior segurança no período perioperatório teve também finalidade educativa e de divulgação das listas de materiais/equipamentos que contêm látex. Foi elaborado com base naquele proposto por Soares e Turrini ⁽⁸¹⁾, modificado pela autora após revisão bibliográfica (Anexo III).

3.6.1- Sentimentos expressados pelos pacientes

Os sentimentos exteriorizados pelos pacientes, durante a entrevista realizada na visita pré-operatória, foram avaliados com o auxílio da Escala de Ansiedade proposta por Spielberger ⁽⁸⁶⁾ (Anexo V) à qual foi acrescentado o item 21 – sem interação. Nesse item foram incluídos os pacientes que demonstraram dificuldades para responder às questões feitas pelo entrevistador. Os sentimentos expressados pelos pacientes foram catalogados de acordo com os critérios descritos na Figura 2. Esses critérios embasaram a avaliação de sentimentos prevista no item 24 – impressões do entrevistador, do instrumento de Vpré-OE.

No período perioperatório, os pacientes foram visitados e entrevistados pela autora em dois momentos diferentes: a) no dia que antecedeu a cirurgia para a realização da visita pré-operatória, seguindo os roteiros dos (Anexos II e III) b) do segundo ao quinto dia do pós-operatório utilizando Anexo IV. Este momento também foi usado para que o paciente avaliasse a assistência de enfermagem, prestada em todo o período perioperatório,

por meio de perguntas direcionadas, respondidas pelos próprios pacientes ou seus responsáveis.

sentimentos	itens correspondentes
agitação	respostas ao item 13
ansiedade	respostas aos itens 3 e 9
angústia	respostas aos itens 4 e 6
apatia	respostas aos itens 19 e 20
calma aparente	respostas ao item 17
calmo/ confiante	respostas aos itens 1, 2, 8, 10 ,11,15 e 16
euforia	respostas ao item 18
isolamento	respostas ao item 21
medo	respostas ao item 7
nervosismo	respostas aos itens 12 e 14

Figura 2- Avaliação dos sentimentos expressados pelos pacientes de acordo com os critérios padronizados por Spielberger⁽⁸⁶⁾

Para fins de análise estatística quando os pacientes foram considerados calmos e/ou confiantes, foram catalogados como sentimentos bons. Quando enquadrado em qualquer um, dos demais itens da padronização, o paciente foi catalogado como portador de sentimentos ruins.

3.6.2- Avaliação do nível de conhecimento dos pacientes

Na avaliação do nível de conhecimento dos pacientes quanto ao processo anestésico-cirúrgico foram atribuídos os indicadores, “pouco,” “suficiente” e “nada”, de acordo com o descrito na Figura 3.

nível	descrição
pouco	significa que o paciente sabia que seria submetido a procedimento cirúrgico e tinha apenas noção do que iria acontecer (não sabendo explicar o procedimento).
suficiente	o paciente sabia que seria submetido a procedimento cirúrgico e absorvia de forma simples todas as informações que lhe eram passadas (sabendo explicá-las a seu modo e demonstrando entendimento).
nada	pacientes que receberam as orientações, mas, que não conseguiram entender nada do que lhes fora explicado.

Figura 3- Indicadores do nível de conhecimento dos pacientes quanto ao processo anestésico-cirúrgico

3.6.3- Avaliação da dor pós-operatória

Estratificou-se a dor pós-operatória de acordo com os critérios padronizados por McCaffery ⁽⁸⁵⁾ que estão contidos na Figura 4.

escore da dor	escala para aferir a dor
0-1	sem dor
2-3	amena
4-6	desconfortante
7-8	aflitiva
9-10	pior dor

Figura 4- Escala para a aferição da dor, de acordo com McCaffery. ⁽⁸⁵⁾

3.6.4- Orientações durante a visita pós-operatória

No momento da Vpós-OE eram entregues aos pacientes ou ao familiar responsável (quando o paciente era criança) o instrumento Apêndices III, que contém orientações para eles quanto a alimentos que costumam desencadear reação cruzada com o látex, e, produtos não hospitalares que contêm látex na sua composição.

3.7- Análise dos dados

Para fins de análise estatística foram considerados apenas alguns dos dados coletados.

Dentre os dados coletados com o instrumento de Vpré-OE foram considerados:

itens 1, 3, 6, 8 e do 14 ao 18 – relativos à identificação do paciente.

itens 22 ao 24 – relativos à satisfação do paciente quanto ao atendimento, e sentimentos por ele expressados.

Dentre os dados coletados com o instrumento de Vpós-OE foram considerados:

item 2 – intercorrências relacionadas com o ato anestésico/cirúrgico

item 5 – alterações cardio-respiratórias, geniturinária e gastrintestinal;

item 6 – avaliação da dor;

item 7 – opinião do paciente sobre a assistência recebida,

item 8 – observações do enfermeiro

Os dados foram inseridos em planilhas eletrônicas no programa Microsoft Excel® do ambiente Windows e então foram transportadas para o programa SSPS para Windows 2004. ⁽⁸⁷⁾

Foram realizadas as análises descritiva e comparativa. Para descrever o perfil da amostra segundo as variáveis em estudo, foram feitas tabelas de frequência das variáveis categóricas, com os valores de frequência absoluta e relativa, estatísticas descritivas das variáveis contínuas, com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo.

Para verificar associação ou comparar as proporções foi utilizado o Teste Exato de Fisher. Foi considerado o nível de 5% de significância nos testes estatísticos, isto é, $p < 0.05$. Os resultados estão apresentados em tabelas e figuras. ⁽⁸⁸⁻⁹⁰⁾

3.8- Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição (parecer 400/2002 – Anexo I)

Os aspectos éticos foram cumpridos nos termos da Resolução 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, referentes às recomendações para a realização de pesquisas em seres humanos.⁽⁹¹⁾ Aos participantes do estudo foi garantido o sigilo de sua identificação. A pesquisa foi considerada de risco mínimo

3.9- Parâmetros estudados

Na entrevista pré-operatória foram pesquisados itens que se referem à caracterização do paciente: a) idade, sexo e religião; b) alergias coexistentes; c) cirurgias e anestésias anteriores; d) deficiências ou limitações; e) conhecimento do processo anestésico-cirúrgico; f) sentimentos expressados pelo paciente; g) impressões do entrevistador sobre o paciente.

Na avaliação pós-operatória foram pesquisados: a) intercorrências durante ato anestésico-cirúrgico, b) alterações cardiorrespiratórias, geniturinárias e gastrintestinais; c) avaliação da dor; d) opinião do paciente sobre a assistência perioperatória recebida.

4- RESULTADOS

4.1- Caracterização dos participantes

Foram incluídos no estudo dez pacientes (41,7%) do sexo feminino e 14 do sexo masculino (58,3%). Quanto à idade, 18 pacientes (75%) pertenciam à faixa etária de 0 a 16 anos e seis (25%) pertenciam à faixa de 17 a 77 anos, prevalecendo maior número até 16 anos. A Tabela 1 contém a distribuição dos pacientes quanto ao sexo e à idade e os resultados do estudo estatístico, respectivamente.

Tabela 1- Distribuição dos pacientes quanto ao sexo e à faixa etária. Campinas 2007

	<i>sexo</i>		<i>faixa etária (anos)</i>	
	M	F	0 a 16	17 a 77
freqüência	10	14	18	6
percentual	41,7	58,3	75,0	25,0

N = 24; **m** – masculino; **f** – feminino;

Neste estudo 54,2 % dos pacientes pertenciam à religião católica. Dentre as demais religiões seis pacientes (25%) eram evangélicos, dois pacientes (8,3%) eram espíritas e três (12,5%) não tinham religião alguma. A análise da eventual influência da fé professada pelos pacientes nos sentimentos (considerados bons e ruins), expressados no período pré-operatório, mostrou que: a) dez pacientes católicos expressaram sentimentos ruins e três expressaram bons sentimentos; b) um paciente espírita expressou sentimento ruim e outro sentimento bom; c) seis pacientes evangélicos expressaram sentimentos ruins; d) dentre os pacientes que não professavam religião alguma, um tinha sentimento ruim e dois expressaram bons sentimentos (Tabela 2).

Tabela 2- Distribuição dos pacientes, quanto ao cruzamento de sentimentos bons e ruins por eles expressados, no período pré-operatório, *versus* a religião que professavam. Campinas 2007

religião	sentimentos		total
	ruins	bons	
católicos	10	3	13
	76,9%	23,1%	100,0%
espíritas	1	1	2
	50,0%	50,0%	100,0%
evangélicos	6	0	6
	100,0%	0,0%	100,0%
sem religião	1	2	24
	33,3%	66,7%	100,0%
total	18	6	24
	75,0%	25,0%	100,0%

ruins = pacientes agitados, eufóricos, apáticos, angustiados, ansiosos, medo e calma aparente

bom = pacientes calmos e/ou confiantes;

4.2- Fatores de risco

4.2.1- Distribuição quanto às alergias co-existent

Foram detectadas alergias: a) a esparadrapo, relatada por 23 pacientes (95,8%), sendo que destes 16 (66,7%) eram também alérgicos à iodo (reação cutânea após o uso de iodo durante internação hospitalar); b) a iodo, exclusivamente, relatada por 8 (33,6%) pacientes; c) a antibióticos, sendo um (4,2%), alergia à amoxicilina; um (4,2%) ao clavulim; dois (8,3%) à penicilina; um (4,2%) à vancomicina, e 19 (79,2%) não relataram qualquer reação a antibiótico. Os pacientes também citaram alergias a outros alimentos como lingüiça calabresa dois (8,4%), milho três (12,6%) e leite de vaca oito (37,5%).

Neste estudo, constatou-se maior frequência de alergia a maracujá, relatada por nove pacientes (37,5%). Além destes, cinco pacientes (20,8%) eram alérgicos a banana, cinco (20,8%) à nozes, e cinco (20,8%) eram alérgicos a outras frutas, relatadas em menor frequência (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição dos pacientes alérgicos ao látex quanto à co-existência de alergia à frutas. Campinas 2007

<i>frutas</i>	<i>freqüência</i>	<i>percentual</i>
abacate	1	4,2
abacaxi	1	4,2
kiwi	1	4,2
laranja	1	4,2
tomate	1	4,2
banana	5	20,8
nozes	5	20,8
maracujá	9	37,5
total	24	100,0

N=24

A concomitância de alergia à frutas, testada pelo cruzamento das distribuições, entre as mais freqüentes, maracujá *versus* banana, não teve significância estatística (Tabela 4).

Tabela 4- Concomitância de alergias às frutas em pacientes alérgicos ao látex. Cruzamento de freqüências (banana *versus* maracujá). Campinas 2007

		<i>banana</i>	<i>total</i>
maracujá	5	4	9
ausente	14	1	15
total	19	5	24
percentual	79,2%	20,8%	100,0%

Os 16 pacientes alérgicos a bexiga (66,7%) apresentaram sua primeira reação alérgica após contato com bexiga em festa infantil. A concomitância, em pacientes alérgicos ao látex, à bexigas de festas e ao iodo, testada pelo cruzamento de suas distribuições, não teve significância estatística (Tabela 5).

Tabela 5- Concomitância de alergia à bexigas de festa e ao iodo, em pacientes alérgicos ao látex. Cruzamento de frequências (bexigas *versus* iodo). Campinas 2007

		<i>bexigas</i>		<i>total</i>
		sim	não	
iodo	sim	12 75%	4 50%	16 66,7%
	não	4 50%	4 25%	8 33,3%
total		16 100%	8 100%	24 100%

N=24;

4.2.2- Distribuição de acordo com a história de cirurgias anteriores

O número de cirurgias anteriores variou entre dois, em somente um paciente (4,2%), e nove procedimentos em dois pacientes (8,3%). A Tabela 6 contém a distribuição dos pacientes, de acordo com o número de procedimentos, a que foram submetidos, anteriormente.

Tabela 6- Distribuição dos pacientes quanto ao número de procedimentos cirúrgicos anteriores. Campinas 2007

Nº de procedimentos cirúrgicos	freqüência	percentual
2	1	4,2
3	5	20,8
4	2	8,3
5	5	20,8
6	2	8,3
7	6	25,0
8	1	4,2
9	2	8,3
total	24	100,0

N=24

4.2.3- Distribuição de acordo com doenças co-existentes e/ou deficiência física

Os diferentes tipos de doença co-existentes que pudessem determinar qualquer limitação à movimentação dos pacientes e/ou que pudesse resultar em múltiplas cirurgias anteriores e a análise descritiva estão relacionados na Tabela 7.

Entre os antecedentes neurológicos foram encontradas: a) meningomielocele tratada e derivação ventrículo-peritoneal no mesmo paciente em dez casos (41,7%); b) derivação ventrículo-peritoneal em um paciente (4,2%); c) microcefalia em um paciente (4,2%) (Tabela 8).

Tabela 7- Distribuição quanto ao tipo de doença co-existente causando limitação à movimentação. Campinas 2007

doenças	freqüência	percentual
encurtamento fêmur	1	4,2
paraplegia	7	29,1
artrose joelho	1	4,2
pé torto congênito	3	12,5
sem doença	12	50,0
total	24	100,0

N=24

Tabela 8- Distribuição quanto à presença de antecedentes neurológicos. Campinas 2007

alterações do tubo neural	freqüência	percentual
dvp/mielo	10	41,7
ausente	12	50,0
dvp	1	4,2
microcefalia	1	4,2
total	24	100,0

N=24; dvp/mielo – pacientes com derivação ventrículo peritoneal e mielomeningocele

dvp - pacientes com derivação ventrículo peritoneal

4.3- Alterações respiratórias e geniturinárias

Das respiratórias foram encontradas: rinite alérgica, em nove (37,5%) pacientes, dispnéia em três (12,5%), asma e edema labial em outros cinco (20,8%) (Tabela 9). Das geniturinárias, foram encontradas em 20 pacientes. Nove (37,5%) pacientes tinham vesicostomia, 11 tinham bexiga neurogênica, e os demais (16,7%), foram catalogados como outros (pacientes que apresentavam pelo menos uma alteração dentre insuficiência renal crônica, síndrome hidronefrótica, uretra posterior, incontinência urinária e infecção urinária de repetição) (Tabela 9).

Tabela 9- Distribuição quanto ao tipo de alterações respiratórias e geniturinárias. Campinas
2007

alterações respiratórias	freqüência	percentual (%)
rinite alérgica	9	37,5
dispnéia	3	12,5
ausente	7	29,2
asma e edema labial	5	20,8
alterações geniturinárias		
vesicostomia	9	37,5
bexiga neurogênica	11	45,8
outros	4	16,7

N=24; outros= pacientes que apresentavam pelo menos uma alteração dentre insuficiência renal crônica, síndrome hidronefrótica, uretra posterior, incontinência urinária e infecção urinária de repetição.

4.4- Conhecimento do processo cirúrgico

Em relação às etapas do processo cirúrgico constatou-se que cinco (20,8%) dos entrevistados não sabiam nada, sete (29,2%) sabiam pouco e 12 (50%) o suficiente (Tabela 10).

4.4.1- Conhecimento do posicionamento cirúrgico

Quanto ao posicionamento cirúrgico, constatou-se que 21 (87,5%) não sabiam nada, e apenas três (12%) relataram saber pouco (Tabela 10).

Tabela 10- Distribuição quanto ao nível de conhecimento do processo e do posicionamento cirúrgicos. Campinas 2007

conhecimento do procedimento	freqüência	percentual (%)
nada	5	20,8
pouco	7	29,2
suficiente	12	50,0

conhecimento do posicionamento		
nada	21	87,5
pouco	3	12,5

4.5- Conhecimento do processo anestésico

Quanto ao procedimento anestésico cinco (20,8%) relataram não saber nada, sete (29,2%) sabiam pouco, e 12 (50%) sabiam o suficiente (Tabela 11).

Tabela 11- Distribuição quanto ao nível de conhecimento do processo anestésico. Campinas. 2007

conhecimento do procedimento	freqüência	percentual (%)
nada	5	20,8
pouco	7	29,2
suficiente	12	50,0
total	24	100,0

N=24

4.6- Sentimentos expressados pelos pacientes

Na Vpré-OE, 18 (75%) dos pacientes, expressaram sentimentos considerados ruins como: ansiedade, medo, euforia, isolamento, angústia, etc; seis (25%) expressaram sentimentos considerados bons, como estarem calmos e confiantes, para a realização do procedimento e confiantes em seu pronto restabelecimento.

4.7- Impressões do entrevistador

Durante a Vpré-OE, na avaliação do entrevistador, foram atribuídos sentimentos bons a 13 (54,2%) pacientes e sentimentos ruins a 11 (45,8%). Dos sentimentos ruins destacaram-se em número de três sentimentos, agitados, ansiosos, isolados e um eufórico, um apático, um angustiado. O cruzamento de freqüências, dos sentimentos expressados pelos pacientes (agrupados em bons e ruins) com os atribuídos pelo entrevistador, não apresentaram diferença significativa (Tabela 12).

Tabela 12- Sentimentos dos pacientes avaliados na visita pré-operatória de enfermagem. Cruzamento das freqüências (sentimentos expressados pelos pacientes *versus* impressões do entrevistador)

sentimentos	avaliação pelo entrevistador						total
	agitado	ansioso	apatia	calmos / confiantes	euforia	isolado	
ruins	3 100,0%	3 100,0	1 100,0	0 0,0%	1 100,0%	3 60,0%	11 45,8%
bons	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	11 100,0%	0 0,0%	2 40,0%	13 54,2%
total	3 100,0%	3 100,0%	1 100,0%	11 100,0%	1 100,0%	5 100,0%	24 100,0%

N=24; **sentimentos** = sentimentos expressados pelos pacientes. **ruins** = pacientes agitados, ansiosos, apáticos, calma aparente, eufórico e isolados. **bons** = pacientes calmos e/ou confiantes;

4.8- Visitas pós-operatorias de enfermagem

As visitas pós-operatorias foram realizadas no primeiro dia de pós-operatório (PO) em 41,7% dos casos; no segundo dia; em 16,7%, no terceiro em 37,5%, e no quinto, em 4,2% casos.

4.8.1- Avaliação da dor pós-operatória

Os pacientes apresentaram queixas algicas na seguinte intensidade: 37,5% dor amena, 37,5% desconfortante, e 8,3% aflitiva; 16,7% não apresentaram dor (Tabela 13).

Tabela 13- Distribuição das queixas de dor pós-operatória avaliada nas visitas pós-operatorias de enfermagem. Campinas 2007

<i>escore da dor</i>	<i>queixa de dor</i>	<i>freqüência</i>	<i>percentual</i>
0-1	sem dor	4	16,7%
2-3	amena	9	37,5%
4-5	desconfortante	9	37,5%
6-8	aflitiva	2	8,3%
9-10	pior dor	0	0.0%

4.8.2- Intercorrências durante ato anestésico-cirúrgico

Houve intercorrências no intraoperatório em oito (33,3%) casos. Do total de procedimentos realizados 66,7% transcorreram sem intercorrências (Tabela 14). Durante o ato anestésico-cirúrgico foram consideradas intercorrências: broncoespasmo - 4,2%; *rush* cutâneo com urticária - 16,8%; acidose metabólica - 4,2%; hipertensão arterial - 4,2%; e taquicardia - 4,2% (Tabela 14).

Tabela 14- Distribuição dos pacientes de acordo com as intercorrências anestésico-cirúrgicas catalogadas nas visitas pós-operatorias de enfermagem. Campinas 2007

<i>intercorrências</i>	<i>freqüência</i>	<i>percentual (%)</i>
sim	8	33,3
não	16	66,7
total	24	100,0

N=24

4.8.3- Alterações cardiorrespiratórias, geniturinárias e gastrintestinais

Foram detectadas as seguintes alterações cardiorrespiratórias e respiratórias: crise asmática - 8,3%, insuficiência respiratória - 4,2%, hipotensão - 4,2%, hipertensão - 4,2%. geniturinário: hematúria - 8,3%, infecção urinária em tratamento - 3%, sendo que 4,2% dos pacientes estavam em uso de sonda vesical de demora ou com vesicostomia - 4,2%, gastrintestinal constipação - 50% e flatulência - 12,5%. Não apresentavam alteração alguma - 37,5%.

A Tabela 15 contém as alterações cardiorrespiratórias, geniturinárias e gastrintestinais e a análise estatística descritiva.

Tabela 15- Distribuição quanto à frequência de alterações cardiorrespiratórias, geniturinárias e gastrintestinais, manifestadas no pós-operatório. Campinas. 2007

alterações		
cardiorrespiratórias	frequência	percentual (%)
crise asmática	2	8,3
insuficiência respiratória	2	8,3
hipertensão	1	4,2
hipotensão	1	4,2
geniturinárias		
hematúria	2	8,3
infecção urinária	1	4,2
vesicostomia	4	16,7
svd	3	12,5
gastrintestinais		
constipação	12	50,0
flatulência	3	12,5
ausente	9	37,5

N=24; svd - sonda vesical de demora.

4.8.4- Opinião do paciente sobre a assistência perioperatória percebida

Para 95,8% dos pacientes a assistência recebida no pré-operatório foi considerada boa e para 4,2% foi regular. A respeito do transoperatório 100,0% acharam boa. Quanto ao período pós-operatório, 91,7% consideraram a assistência prestada boa, 4,2% regular, e 4,2% péssima (Tabela 16).

Tabela 16- Distribuição dos pacientes, quanto a sua opinião sobre a assistência recebida pelas equipes de saúde nos períodos pré e pós-operatório. Campinas 2007

período	assistência recebida		
	boa	regular	péssima
pré-operatório	23 95,8%	1 4,2%	0
pós-operatório	22 91,7%	1 4,2%	1 4,2

N=24

A avaliação dos sentimentos expressados pelos pacientes durante a realização da entrevista pré-operatória em cruzamento com sua opinião em relação à assistência recebida no pós-operatório mostra que: os 14 (87,5%) pacientes que manifestaram como isolados consideraram a assistência recebida como boa; um (6,3%) como péssima, e um (6,3%) como regular. Os três pacientes que se manifestaram ansiosos avaliaram a assistência boa; os cinco catalogados como “outros sentimentos” (medo; apatia; euforia; agitação e angústia) avaliaram a assistência prestada como boa (Tabela 17).

Tabela 17- Distribuição quanto às expressões de sentimentos, relatadas pelos pacientes, na entrevista pré-operatória, *versus* sua opinião, sobre a assistência prestada no pós-operatório. Campinas 2007

sentimentos	opinião dos pacientes			total
	boa	péssima	regular	
isolado	14 87,5%	1 6,3%	1 6,3%	16 100,0%
ansioso	3 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	3 100,0%
outros	5 100,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 100,0%
total	22 91,7%	1 4,2%	1 4,2%	24 100%

N=24; outros – sentimentos expressados como: medo; apatia; euforia; agitação e angústia.

4.9- Análise das questões abertas

A análise das questões abertas (Apêndice VI) mostrou que a Vpré-OE contribuiu para transmitir conhecimento sobre a doença em 15 sujeitos (62%). Na maioria dos respondentes (sujeitos 1, 12, 16, 17, 18, 21 e 23) enfatizaram o esclarecimento de suas dúvidas. Para quatro sujeitos (2, 10, 13 e 22) já havia, por parte dele ou do familiar que respondeu a questão, algum conhecimento sobre a doença. Nestes casos as informações prestadas contribuíram para esclarecer sobre a real gravidade das reações alérgicas. Para o sujeito 15 a Vpré-OE, contribuiu para melhorar o conhecimento sobre a doença, mas, isto não se associou, ao temor de reações, e para outros três sujeitos (6, 14 e 24), a opinião quanto à transmissão de conhecimentos, foi expressa de forma indireta, ou seja, expressaram surpresa/satisfação, por saber, que havia pessoas, estudando o assunto. Somente um familiar verbalizou a utilidade das informações recebidas na continuidade do tratamento no ambiente familiar.

Para dez pacientes e/ou familiares, (sujeitos 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 24), a Vpré-OE transmitiu-lhes segurança, frente ao procedimento anestésico/cirúrgico.

5- DISCUSSÃO

Avaliar o que está sentindo um paciente durante o período de sua internação não é uma tarefa das mais fáceis. O indivíduo se sente fragilizado, em um ambiente frio e desconhecido, longe de seus entes queridos, sem saber ao certo o que irá acontecer consigo, quando retornará à sua vida normal.⁽⁹²⁾ No caso de pacientes alérgicos ao látex, soma-se a consciência do maior risco de exposição inerente ao ambiente hospitalar e, portanto, o medo de desenvolverem reações alérgicas graves durante a internação. Ciente dessas preocupações os profissionais envolvidos na assistência devem ter a sensibilidade de acolher o paciente, passando-lhe segurança e confiança para que consiga vencer esta etapa do tratamento.

Neste estudo, no período perioperatório, em dois momentos, nas visita pré e pós-operatórias, lhes foram passadas informações quanto à doença e às medidas de segurança pertinentes. A Vpré-OE foi considerada o momento ideal para passar ao paciente e/ou familiares às informações sobre a padronização de condutas, que seriam adotadas durante todo o período de internação.

Com a Vpré-OE teve início a assistência sistematizada de enfermagem perioperatória e, além de ser relevante como oportunidade para incrementar a interação efetiva enfermeiro-paciente, também contribui para melhorar as relações intersetoriais com os enfermeiros das Unidades de Internação.⁽⁸¹⁾

No transcorrer deste estudo, na instituição, ainda não havia sido oficializada qualquer proposta de Vpré-OE instrumentalizada. Desta forma, para a padronização das entrevistas, foi adotado o instrumento de avaliação pré-operatória proposto por Araújo e Noronha.⁽⁶⁾ A escolha deve-se ao fato dos enfermeiros, que participaram das diferentes etapas do atendimento dos pacientes, já estarem familiarizados com ele. Anteriormente, na sua forma original e com os mesmos objetivos, ou seja, a sistematização do atendimento perioperatório, o instrumento havia sido usado, na Instituição, num estudo com pacientes da cirurgia cardíaca.⁽⁹³⁾

Neste estudo, no entanto, fez-se necessária a ampliação de sua abrangência para adequá-lo às peculiaridades do atendimento perioperatório de pacientes alérgicos ao látex. Para tal, foi modificado com a inclusão de itens para detectar antecedentes clínicos e

eventuais fatores de risco próprios da amostra estudada. Buscava-se, ao traçar o perfil de risco dos indivíduos em estudo, definir as medidas de prevenção secundária pertinentes.

A prevenção primária tem como objetivo principal a adoção de medidas que visam proteger os indivíduos da sensibilização por um determinado alérgeno.⁽⁹⁴⁾ Assim sendo, o fator de prevenção mais importante é o investimento num processo educacional que deve ter início a partir da suspeita de sensibilização ou da confirmação diagnóstica. O indivíduo sensibilizado, ao acumular conhecimento sobre a sua doença, passa a contribuir de forma direta e eficaz no cumprimento das medidas de prevenção destinadas a evitar novas exposições ao alérgeno.⁽⁹⁵⁾

Vale salientar que o conhecimento, no caso específico de alérgicos ao látex, também contribui para que o indivíduo, ao compreender a sua doença, saiba dosar a apreensão frente aos riscos de exposição presentes na vida diária. No ambiente doméstico, um percentual relativamente grande de indivíduos sensibilizados consegue manusear utensílios que contêm derivados do latex, porque toleram o potencial alérgênico de suas composições. Este fato, por um lado pode ser considerado benéfico, porque torna menos estressante a vida diária quanto às precauções excessivas. Por outro lado, inspira atenção frente ao risco de reações alérgicas graves quando de re-exposições ao látex. A maioria das propostas de prevenção requer mudanças de hábitos dos pacientes, na escola, no ambiente de trabalho e na assistência sanitária.⁽³²⁾

No ambiente hospitalar, devido à multiplicidade de vias pelas quais o antígeno afeta o paciente e também pela grande variedade de utensílios/equipamentos que contêm látex, a prevenção torna-se muito mais complexa.⁽⁹⁶⁻⁹⁷⁾ Por esse motivo, Valls e colaboradores⁽³²⁾ sugeriram que, idealmente, estes pacientes deveriam ser atendidos em hospitais livres de látex. Como isto nem sempre é possível, devem ser tomadas medidas para transformar a ambiente freqüentado pelo paciente num ambiente livre de riscos de exposição.

Considerando que neste estudo a amostra populacional era constituída de indivíduos comprovadamente alérgicos ao látex, buscou-se difundir e seguir rigorosamente as medidas de prevenção secundária que estavam padronizadas nos protocolos.

A prevenção secundária das reações alérgicas visa abolir o risco de exposição de indivíduos susceptíveis a um determinado alérgeno. Baseia-se na análise rigorosa das reações prévias e na exclusão dos fatores/drogas incriminados. Assim, na definição das condutas de profilaxia de reações ao látex devem ser enfatizadas informações pregressas de atopia e de alergias co-existentes.^(94, 98)

A co-existência de outros tipos de alergia é um achado freqüente entre os pacientes que desenvolvem alergia ao látex. Salientam-se as alergias alimentares e, entre elas, as sensibilizações cruzadas presentes na síndrome látex-frutas. A incidência de alergia a frutas em indivíduos comprovadamente alérgicos ao látex é de 35% e a incidência de alergia ao látex naqueles comprovadamente alérgicos a frutas é de 11%. Num grande percentual de pacientes, a alergia ao látex precede a alergia alimentar, mas, nos demais o diagnóstico pode ser coincidente ou até ocorrer posteriormente. Assim, na avaliação pré-anestésica de um paciente alérgico à frutas a decisão de investigação diagnóstica deve pesar, o risco inerente aos testes *versus* o benefício das informações complementares.⁽⁹⁹⁾

As frutas/alimentos implicados com maior freqüência variam de um país para outro, por exemplo, no Canadá é mais alta a taxa de alergia à batatas e na Espanha ao kiwi e às castanhas.⁽⁹⁵⁾ Como a ocorrência de reações sistêmicas e, portanto, mais graves está relacionada ao consumo de castanhas, abacate e kiwi, é importante que na avaliação pré-operatória sejam identificados quais frutos e alimentos representam antecedentes de risco para cada caso.

Nos relatos da literatura, é relevante o número de pacientes atópicos que apresentam sensibilização ao látex e à banana, concomitantemente.^(35, 100-101) Esta observação torna-se importante para a população brasileira, em geral, e outros países tropicais, nos quais a banana é um alimento popular e de grande aceitação pelas crianças, fato que aumenta o risco de sensibilização cruzada. No presente estudo, a maior freqüência observada foi de indivíduos alérgicos ao látex e ao maracujá seguido das alergias à banana e às nozes, em ordem decrescente, resultados que diferem daqueles relatados por outros autores.^(31, 102) Embora, a explicação para este achado não esteja entre os objetivos atuais, considera-se interessante dar continuidade ao estudo, aumentando o tamanho amostral, para poder constatar se este comportamento se mantém.

Neste estudo, os pacientes também citaram alergias a outros alimentos como lingüiça calabresa (8,4%), milho (12,6%) e leite de vaca (37,5%), que foram consideradas particularidades da amostra uma vez que não foram encontradas citações semelhantes na literatura pesquisada. Além das alimentares, também, foram citadas alergias a perfume (12,6%) e a produtos de limpeza (20,8%). Nestes casos, não foi possível confirmar a co-existência de alergias pela falta de informações quanto à presença de látex na composição desses produtos. Para que se confirme o real significado desta distribuição, será necessário a continuidade do estudo incluindo maior número de pacientes.

Todas as crianças multioperadas devem ser consideradas com probabilidade de risco para reação alérgica ao látex, em especial as crianças com defeitos congênitos urológicos.⁽¹⁰³⁻¹⁰⁶⁾ No presente estudo doze dos pacientes apresentavam defeitos, congênitos ou não, que implicam em risco de múltiplos procedimentos cirúrgicos, sendo a maior ocorrência de bexiga neurogênica em 11 (45,8%) pacientes. A associação com meningomielocele tratada e derivação ventrículo-peritoneal ocorreu em dez (41,7%) pacientes.

Ellsworth e colaboradores⁽¹⁰⁷⁾ avaliaram crianças com espinha bífida, quanto ao número médio de operações, obteve 9,5 nos pacientes positivos, enquanto nas crianças negativas para sensibilização ao látex, foi de 6,7, diferença considerada significativa. Quanto a outros fatores de risco como, idade e tempo de cateterização intermitente não houve diferença significativa.⁽¹⁰⁸⁾ De acordo com Mazon e colaboradores⁽²⁴⁾ o número médio de cinco procedimentos é um fator de sensibilização. Neste estudo, o número de procedimentos cirúrgicos, aos quais os pacientes haviam sido submetidos, em ordem decrescente, foi de nove a dois, uma exposição considerada alta. Embora alguns destes pacientes tenham sido atendidos nesta Instituição em internações anteriores e em todas as ocasiões foram rigorosamente cumpridas as medidas contidas nos protocolos de alergia ao látex, para a análise estatística foram considerados os resultados obtidos na primeira intervenção de cada paciente, exclusivamente, para evitar possíveis vieses.

Dentre os fatores de risco para a exposição ao látex, vale destacar a prática comum em aniversários infantis, da utilização de bexigas de borracha como parte da decoração das festas. No caso de crianças atópicas, previamente sensibilizadas ou não, pode

ocorrer a primeira manifestação alérgica quando do contato com as bexigas.⁽¹⁰⁹⁻¹¹⁰⁾ Essa tendência também se verificou neste estudo, uma vez que, em 16 dentre os 24 indivíduos estudados, o diagnóstico de alergia ao látex foi estabelecido após o contato com as bexigas de seu primeiro aniversário. Considerando que na população em geral o número de indivíduos sensibilizados é crescente, seria interesse de saúde pública recomendar que as embalagens destes produtos contenham informações sobre o material com o qual são manufaturados.

O látex provoca reações graves, independentemente, da via pela qual atinge o paciente. Por esse motivo, e considerando as peculiaridades do atendimento no centro cirúrgico, na UTI, nas unidades de internação, nos setores de diagnósticos, a diversidade de profissionais de saúde envolvidos no atendimento e as especificidades de infra-estrutura de apoio em cada etapa da permanência do paciente no hospital, torna-se necessária a criação de protocolos que norteiem a assistência prestada aos pacientes e permitam aumentar o grau de segurança das medidas de prevenção em todas as etapas do atendimento perioperatório.

Dos protocolos que já foram confeccionados, de acordo com recomendações multidisciplinares estabelecidas por sociedades de classes,^(71, 85-86) constam a recomendação de anexar aos prontuários dos pacientes as relações de equipamentos e de medicamentos que contém látex e daqueles que são livres de látex. É importante destacar que foi necessário um trabalho de divulgação destas listas, entre os enfermeiros das unidades de internação, que tem papel fundamental no cumprimento das medidas de prevenção secundária.

A finalidade é evitar o risco de exposição acidental como ocorreu, por exemplo, com uma das crianças no período de internação que precedeu a cirurgia. Como a enfermagem ainda não havia recebido a informação de *alerta ao Látex*, a criança ao participar de uma comemoração na enfermaria manuseou as bexigas da festa. Quando informada, a enfermeira providenciou a retirada da criança do ambiente de risco. Embora, tivesse sido exposta ao alérgeno a criança evoluiu bem, sem maiores intercorrências.

Outros fatores que também contribuem para diminuir a exposição acidental valorizam a importância da divulgação do conhecimento dos riscos inerentes à doença e a equipe de enfermagem como um dos responsáveis pelo cumprimento das normas de

profilaxia. Por exemplo, a desinformação do pessoal encarregado da limpeza do quarto do paciente constitui risco quando do uso de equipamentos de proteção, utensílios e/ou de produtos de limpeza cujas embalagens contenham látex. O trânsito de profissionais de saúde, no setor reservado ao paciente, deve ser restrito, uma vez que transportam partículas de látex na forma de aerossóis, de ambientes contaminados para o paciente.⁽³²⁾

O maior envolvimento do enfermeiro na capacitação/habilitação da equipe multiprofissional para a profilaxia das reações certamente teria evitado os dois casos de exposição acidental que ocorreram no período pós-operatório. A auxiliar de enfermagem que se apresentou para executar os procedimentos de higiene pessoal das crianças usava luvas de borracha, e por isso, foi interpelada pelo acompanhante para que as substituísse por luvas livres de látex.

Uma das medidas de profilaxia secundária, considerada de grande relevância, foi o cuidado com a identificação do paciente. Para tal foram adotadas as seguintes situações: cor verde limão para a identificação, ou seja, a tarja de alerta ao Látex no prontuário do paciente; bracelete e placa de identificação do leito, na Unidade de Internação. A mesma cor também foi padronizada para os cartazes de alerta usados nas portas, na enfermaria e na sala de operações. Desta forma, buscou-se diminuir o risco de exposição por distração/esquecimento das medidas de prevenção, durante o manuseio do paciente.

Algumas medidas foram criteriosamente seguidas durante a permanência dos pacientes no centro cirúrgico, nas unidades de recuperação pós-anestésica e UTI. Todas as cirurgias eletivas foram agendadas para o primeiro horário do dia, prevenindo assim níveis muito altos de antígenos sob forma de aerossóis na sala cirúrgica. O cumprimento desse cuidado gera transtornos no agendamento das cirurgias, porque repercute na programação das cirurgias eletivas da SO/período. Como consequência, algumas especialidades optaram por postergar as cirurgias de seus pacientes, dificultando assim, que se conseguisse o número mínimo de indivíduos previsto no cálculo do tamanho amostral. É importante lembrar que o cálculo foi feito tomando-se por base os dados de um estudo piloto, que avaliou a demanda pregressa de atendimento de alérgicos ao látex nos Ambulatórios do Hospital.

O número de pessoas presentes nas salas cirúrgicas foi restrito àquelas envolvidas diretamente na assistência ao paciente, e que usavam vestuário livre de látex (inclusive propé e gorro). Uma medida que é de difícil implementação por tratar-se de um hospital de ensino, mas o fator que contribuiu decisivamente para o cumprimento foi à sinalização das portas da sala de operação, com cartazes de alerta de alergia ao látex.

Apesar de todos estes cuidados, durante a cirurgia de um dos pacientes que estava sendo submetido a transplante renal intervivos, ocorreu reação alérgica após início da transfusão de concentrado de hemácias, administrada sob pressão com o auxílio de uma bolsa pressurizadora. Embora, a bolsa estivesse catalogada como livre de látex, ela havia sido usado em outro procedimento e foi trazida diretamente da sala cirúrgica juntamente com a unidade de concentrado de hemácias. Inadvertidamente, não foi submetida ao protocolo de limpeza para a remoção de partículas residuais de látex. Detectado o engano, a bolsa foi retirada da sala e foram trocados os equipos de transfusão. A resposta positiva ao tratamento com corticoterapia e reposição volêmica foi imediata.

O diagnóstico de anafilaxia foi baseado no antecedente de alergia ao látex e no aparecimento de *rush* cutâneo generalizado alguns minutos após o início da transfusão. Considerou-se que as reações alérgicas provocadas pelas drogas usadas na anestesia ocorrem precocemente, ou seja, alguns minutos após a injeção.⁽¹¹¹⁻¹¹³⁾ Nesse caso, a reação ocorreu ao final da cirurgia sem associação com a administração de qualquer dos fármacos usados no paciente (que já haviam sido usados em anestésias anteriores, sem relatos de intercorrências). Como o paciente era comprovadamente alérgico ao látex, optou-se pela não realização de testes imunológicos no pós-operatório.

Em relação ao presente caso, foi de grande relevância ter-se adotado na sala do doador o mesmo cuidado dispensado ao receptor. Basicamente, procurou-se manter o ambiente nas duas SO livres de partículas de látex em aerossóis. O pó proveniente das luvas, cirúrgicas ou de proteção laboral é responsável pela dispersão de antígenos na forma de proteínas hidrossolúveis, cujo tamanho permite que sejam inaladas provocando sensibilização pela via aérea e também pelas via peritoneal. Justifica-se, assim, o cuidado com a limpeza dos equipamentos e medicamentos presentes na SO do doador.⁽³²⁾

Os níveis ambientais de partículas de látex num hospital variam entre $0,3\text{ng/m}^3$ em locais onde o uso de luvas de látex é insignificante até $13 - 208\text{ng/m}^3$ nos locais de uso intenso como o CC, por exemplo. É importante salientar que o limiar de sensibilização/sintomas é de $0,6\text{ng/m}^3$ fato que justifica o grande número de anafilaxia durante intervenções cirúrgicas.⁽³²⁾ Como as proteínas do látex aderidas às partículas de talco disseminam-se no ar ambiente, nesse caso considerou-se a possibilidade de duas vias de contaminação. A primeira, pelo contato com o rim a ser transplantado durante a manipulação cirúrgica, para a retirada ou durante o tempo de preparo. A segunda, pela contaminação dos profissionais de saúde que transitam entre as duas salas. Assim, evitou-se a exposição do receptor a situações de risco decorrentes da contaminação do enxerto e/ou do trânsito de pessoal entre as duas salas.

Um outro aspecto, que motivou a realização deste estudo, é a necessidade de gerarem-se condutas que contribuam para o processo de humanização do atendimento hospitalar, valorizando o papel das equipes de saúde, na transmissão de conhecimento sobre a doença e na prestação de assistência de forma holística, individualizada. Desta forma, além dos cuidados direcionados à prevenção, no ambiente hospitalar, foram transmitidas informações aos familiares, para que pudessem com os conhecimentos adquiridos garantir a continuidade da assistência após a alta hospitalar.

O paciente cirúrgico apresenta expectativas de ficar curado de sua doença depositando na equipe de saúde confiança em seu pronto restabelecimento. Torna-se agradecido, mediante a realização de pequenos procedimentos, como punção venosa ou coleta de exames, confiando a mãos estranhas seu tratamento. Ao respeitar o paciente e entender as suas necessidades e direitos, a equipe que com ele se relaciona obtém sucesso em seu trabalho, desde que estes aspectos sejam cumpridos.⁽⁷⁴⁾

De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico,⁽¹⁰⁾ o enfermeiro, após ter analisado os dados colhidos durante a visita pré-operatória, histórico e exame físico, identificará os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas no período pré-operatório. Analisando o grau de dependência fará o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e da comunidade aos problemas/processos de vida, vigentes ou potenciais. Dessa forma, a utilização de

instrumentos específicos para as entrevistas realizadas no pré e no pós-operatório, como as adotados neste estudo procura valorizar, também, o papel do enfermeiro na transmissão de conhecimentos aos pacientes, relativos ao processo anestésico-cirúrgico a que serão submetidos. Procura em última análise diminuir os seus temores.

São inúmeros os fatores de risco intra-operatório, que representam potenciais trauma para o paciente, incluindo-se aqui os relativos ao posicionamento intra-operatório. Assim, o significado da prevenção dos fatores de risco e as implicações psicossociais da cirurgia para o paciente e seus familiares, bem como os desafios trazidos pela necessidade de saber do paciente, representam um desafio para a equipe que presta assistência no âmbito hospitalar.⁽¹¹⁴⁾

Segundo Ricker e colaboradores,⁽¹¹⁵⁾ o posicionamento correto do paciente para a intervenção cirúrgica é uma arte, uma ciência e também um fator chave no transcorrer do procedimento e deve levar em conta a aplicação de conhecimentos relacionados à anatomia, fisiologia e à patologia humanas, dentre outros.

Cabe lembrar que as alterações anatômicas e fisiológicas ligadas à anestesia, ao posicionamento e ao procedimento envolvem os sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, respiratório e nervoso. No período perioperatório, o posicionamento adequado deve favorecer a monitorização constante dos parâmetros clínicos dos pacientes, uma vez que nesse período os mecanismos cardiovasculares de proteção encontram-se deprimidos por uma gama de fármacos e somente retornam à normalidade após oito horas, em média.⁽³²⁾

O posicionamento do paciente cirúrgico é um dos cuidados de enfermagem no intra-operatório, porém todos os membros da equipe devem estar envolvidos na identificação de riscos, para manter a segurança do paciente, protegendo-o de traumas durante o ato cirúrgico e da ocorrência de possíveis eventos adversos.⁽⁹³⁾ Transmitir ao paciente informação a respeito do posicionamento cirúrgico é dever do enfermeiro, mas, esta tarefa pode ser realizada por qualquer membro da equipe envolvido na assistência do paciente.

Neste estudo, durante as visitas pré-operatórias foram enfatizados os aspectos relativos ao posicionamento e aos procedimentos aos quais os pacientes seriam submetidos. Com este cuidado buscou-se atenuar o nível de ansiedade à medida que se minimizava o medo do desconhecido. A análise comparativa entre os sentimentos expressados pelo paciente no pré-operatório com os dados pós-operatórios, revelou que: a) dentre os pacientes que foram catalogados como “isolado” na avaliação de sentimentos 54,2% apresentaram sentimentos bons no pós-operatório. b) dentre os que foram catalogados como ansiosos 12,7% demonstraram bons sentimentos. Estes dados fazem supor que a Vpré-OE, de alguma forma, contribuiu para que os pacientes se expressassem de forma positiva em relação ao ato anestésico-cirúrgico. Embora do ponto de vista estatístico não tenha havido diferença, do ponto de vista clínico esta diferença assume grande relevância.

As repercussões das informações prestadas durante a visita pré-operatória foram avaliadas quanto às eventuais mudanças de sentimentos expressados pelos pacientes nas Vpré-OE e Vpós-OE. Na visita pós-operatória eles foram argüidos para detectar eventuais mudanças comportamental-emocionais. A análise comparativa de sentimentos do paciente com a impressão do entrevistador, no pré-operatório, revelou que 18/24 pacientes tiveram sentimentos ruins e apenas 6/24 que expressaram bons sentimentos, resultados que não foram diferentes do ponto de vista estatístico. A não significância pode ser conseqüência do tamanho da amostra estudada. Provavelmente, em novo estudo, com maior número de participantes os resultados possam alcançar significância estatística.

A expectativa e o grande receio do desconhecido reforçam a importância dos cuidados no pré-operatório, um período considerado de importância vital para o paciente ao nível biopsicosocial e espiritual. Nesse período, agravam-se os medos de todo o processo anestésico-cirúrgico, além do pânico de morrer, de não mais retornar a sua família.⁽¹¹⁶⁻¹¹⁸⁾

Vale salientar que o presente estudo o desconhecimento do processo anestésico justificou-se pelo fato de que, no horário em que os pacientes eram visitados pela autora, ainda não haviam recebido a visita do anestesista para a avaliação pré-anestésica.

A realização da cirurgia é considerada pelos pacientes um acontecimento importante na sua vida e encerra um significado próprio, pois após ela o indivíduo espera viver de uma forma mais saudável, com melhor qualidade de vida.⁽¹¹⁶⁾ Nesta pesquisa, a

análise das questões abertas que abordavam, mostrou que os pacientes e/ou seus familiares expressaram muita preocupação quanto à eventualidade de reações alérgicas, durante a realização do procedimento anestésico/cirúrgico, ou seja, um medo do desconhecido, porque, até o momento da visita, não dispunham de informações precisas sobre a alergia ao látex e nem quanto às medidas de prevenção de reações padronizadas.

O enfermeiro deve criar ações assistenciais para atender não só a uma avaliação profissional, mas também e atividades técnicas e às expectativas do paciente. Essas ações devem ser desenvolvidas por toda a equipe de enfermagem, que pode oferecer ao paciente apoio, atenção, respeito às suas crenças, valores, medos e necessidades, atendendo-o com segurança destreza e eficácia. É comum os pacientes apresentarem ansiedade no período pré-operatório.

Ansiedade é um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica (a fonte é frequentemente inespecífica ou desconhecida para o indivíduo) um sentimento vago de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal de alerta que chama a atenção para um perigo iminente e permite ao indivíduo tomar medidas para lidar com ameaças.⁽⁷⁹⁾ A situação é a origem da ameaça, mas, não a ameaça em si. Contrariamente, o medo é um sentimento de apreensão frente a uma ameaça específica ou a um perigo para o qual o padrão de segurança dá um sinal de alerta. Quando a ameaça é removida, o sentimento de medo é dissipado.⁽¹¹⁷⁾

O medo pode existir sem a ansiedade e a ansiedade pode estar presente sem o medo. Clinicamente, ambos podem coexistir na resposta de uma pessoa a uma situação. O indivíduo que está encarando uma cirurgia pode ter medo da dor e estar ansioso quanto a um possível diagnóstico de câncer, por exemplo.⁽¹¹⁹⁾ No caso específico dos alérgicos ao látex, a grande preocupação esta ligada ao risco de anafilaxia grave, especialmente, no período de internação.

A Vpós-OE, bem como a Vpré-OE, procuram proporcionar o inter-relacionamento entre as Unidades de internação e o Centro Cirúrgico, de tal modo que não haja interrupção na assistência e que a equipe de enfermagem obtenha informações registradas e documentadas. Assim, o objetivo maior é o conhecimento do paciente com o qual irá interagir.

No Brasil este procedimento, que é de responsabilidade do enfermeiro do centro cirúrgico, não está sendo realizado em grande parte dos hospitais. Este fato pode ser explicado por fatores múltiplos como, por exemplo, o número escasso de enfermeiros para esta atividade, sobrecarga de atividades administrativas e gerenciais que acabam por mascarar a real função do enfermeiro, além do não conhecimento da importância da metodologia e dos resultados da visita. Pode-se supor que o pequeno número de publicações sobre o assunto, resulte da pouca importância dada pelos enfermeiros à Vpós-OE.⁽⁶⁾

Segundo Noronha e Araújo,⁽⁶⁾ o que se tem claro é que as visitas pré e pós-operatórias devem ser realizadas pelo mesmo enfermeiro, que deverá dispor de um período durante seu plantão para a realização destes procedimentos. Preferencialmente, o enfermeiro que realizar as visitas deverá acompanhar o paciente durante os três períodos do tratamento cirúrgico, para evitar que a assistência prestada seja feita de forma segmentada.⁽¹²⁰⁻¹²¹⁾

A visita pós-operatória permite, ainda, a participação no trabalho de equipe e amplia o papel do enfermeiro na execução de atividades técnico-científicas, a realização do diagnóstico de enfermagem e a elaboração de um plano de cuidado objetivo aos pacientes.⁽¹⁰⁾

Adotou-se a Vpré-OE, nesta pesquisa, como um momento privilegiado para, concomitante à transmissão de informações aos pacientes quanto às especificidades do ato anestésico-cirúrgico, identificar fatores que pudessem interferir na expressão dos sentimentos relativos ao sofrimento decorrente da internação e da expectativa da cirurgia. São exemplos destes fatores a crença religiosa, que pode atenuar as vivências ruins típicas deste período, e a ocorrência de dor, que torna o período ainda mais desconfortável e difícil.

A crença religiosa, informação que também está entre as necessidades humanas básicas, não deve ser ignorada, principalmente no momento do pré-operatório que, como citado anteriormente, é um grande gerador de ansiedade e insegurança para o paciente. Assim, neste estudo a religião foi considerada um fator de grande relevância, pois a crença em um Deus melhora o estado de espírito do paciente, torna-o mais confiante, e incrementa suas chances de recuperação.⁽⁹³⁾

O paciente, sentindo-se ameaçado pela proximidade da cirurgia, procura apegar-se a explicações e expectativas de sucesso no procedimento e de garantia de vida, sendo a fé uma grande força de sustentação. Assim sendo, as crenças de cada paciente devem ser conhecidas, respeitadas e estimuladas.⁽¹¹⁶⁾

No presente estudo, o maior percentual de sentimentos considerados bons (pacientes calmos) e também o de sentimentos considerados ruins foi detectado entre os pacientes católicos o que pode representar um viés, tendo em vista que, o maior número de pacientes professava a religião católica (13/24). Dentre os demais, três não professavam qualquer religião, dois eram espíritas e seis eram evangélicos. Provavelmente, essa diversidade contribuiu para que o estudo estatístico da repercussão da religião, no estado emocional do paciente, tivesse detectado diferença significativa.

A dor pós-operatória, que é uma das formas mais prevalentes da dor aguda, relaciona-se, na maioria das vezes, com afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias e tem expectativa de desaparecimento após a cura da lesão. Apresenta respostas neurovegetativas associadas à ansiedade e à agitação psicomotora, que acompanham os quadros dolorosos com certa frequência.

Embora a dor seja um sintoma, a Sociedade Americana de Dor classificou a dor aguda como o 5º sinal vital, pela importância que deve ser dada a sua avaliação e registro. Devem-se levar em consideração a importância da avaliação e do tratamento desse tipo de dor para a redução de complicações pós-operatórias e menor morbidade, diminuindo assim o período de recuperação dos pacientes.⁽¹²²⁻¹²⁴⁾

Alguns fatores podem estar relacionados à dor pós-operatória como: natureza da cirurgia, orientações pré-operatórias, crenças e aspectos culturais, entre outros. As respostas físicas, emocionais e comportamentais provenientes do quadro algico podem ser atenuadas, acentuadas ou perpetuadas por variáveis biológicas, psíquicas e socioculturais.⁽¹²⁴⁾ Assim sendo, o controle da dor pós-operatória e o alívio do sofrimento são essenciais para a assistência integral ao paciente cirúrgico. Nesse enfoque, a responsabilidade e o compromisso profissional passam a ser de todos que atuam na área da saúde.⁽¹²²⁾

Um fator importante na avaliação da dor é a capacidade de entendimento do paciente em relação ao instrumento de avaliação. Assim, os instrumentos devem ser adequados à capacidade cognitiva, à faixa etária e aos aspectos culturais dos indivíduos avaliados.⁽¹²²⁾ Para este estudo, foi utilizada a régua com expressões faciais de um lado e numeração de (0 a 10) do outro elaborado por McCaffery.⁽⁸⁴⁾ O lado mostrado ao paciente era o lado que trazia as faces e a todos foi perguntado como se sentiam em relação à dor naquele momento. A opção por esta régua, foi o fato de ser bastante colorida e, portanto, atraente para as crianças, em maioria na amostra estudada. A dor pós-operatória considerada como uma variável de controle, pelo fato de admitir que pacientes com queixa de dor significativa poderiam não colaborar adequadamente durante a Vpós-OE. A intensidade da dor foi considerada aceitável na maioria dos pacientes (16,7% sem dor e 37,5% amena) e nos demais (37,5% com dor desconfortante, e 8,3% aflitiva) considerada de intensidade que pudesse interferir nas avaliações pós-operatórias. No entanto, obteve-se de todos os pacientes as informações previstas no formulário de Vpós-OE.

O enfermeiro tem um papel fundamental e a responsabilidade de comunicar sua avaliação e sugestões de forma eficaz à equipe clínica, de modo que o paciente possa receber medicação adequada.⁽⁸⁴⁾ O enfermeiro é o profissional que passa maior tempo com o paciente do que qualquer outro membro da equipe de saúde, devendo por isso desempenhar um papel ativo.

Dentre os itens abordados durante a Vpós-OE, a avaliação feita pelo paciente ou por seu acompanhante no caso das crianças, ao responder o elenco de questões abertas, embora, não tenha sido incluída no estudo estatístico merece um comentário especial. As quatro perguntas apresentadas aos pacientes visavam englobar todas as etapas do perioperatório, ou seja, naquele momento o paciente podia deixar aflorar os sentimentos que lhe foram importantes durante as etapas. Em última análise eles podiam, dentro de sua simplicidade, pronunciarem-se quanto à assistência recebida.

Da leitura das respostas pode-se admitir que as informações transmitidas na Vpré-OE, em dois casos, contribuíram para que os familiares pudessem atuar de forma efetiva no exercício das medidas de prevenção. Para os sujeitos 13 e 22 a intervenção do familiar evitou o manuseio do paciente por um profissional que não estava adequadamente

paramentado. Este fato repercutiu negativamente na avaliação da qualidade da assistência prestada durante a internação. Em outros dois participantes (04 e 19) as informações prestadas na Vpré-OE fora interpretadas como úteis para melhorar a qualidade dos cuidados no pós-operatório tardio, no ambiente doméstico.

Um outro aspecto a considerar, são poucos percentuais de casos, nos quais as informações recebidas foram valorizadas como um fator que contribuiu para transmitir segurança e confiança no atendimento hospitalar à medida que divulgara uma forma de cuidado hospitalar padronizado em protocolos específicos. Entende-se que a expressão desses sentimentos sinalizou para a necessidade da avaliação continuada da assistência prestada e manutenção dos índices da qualidade.

Os protocolos de atenção aos pacientes alérgicos ao látex incluídos nesta pesquisa, embora, tenham sido elaborados com recomendações aceitas mundialmente estão em fase de teste. Eles serão acrescidos de alterações decorrentes dos resultados obtidos neste estudo e deverão ser submetidos a um processo de validação, para posterior implantação.

As repercussões deste estudo extrapolaram as equipes diretamente envolvidas no atendimento perioperatório e motivaram o interesse da Instituição em aprimorar o atendimento deste grupo de pacientes. A divulgação da padronização do atendimento aos pacientes alérgicos ao látex originou a criação de um grupo de trabalho encarregado de propor protocolos de atendimento de pacientes alérgicos nos diferentes setores do hospital. Indiretamente, em função das recomendações do grupo, foram criadas condições para que as Vpré-OE e Vpós-OE se tornem rotineiras.

6- CONCLUSÕES

Os resultados obtidos nas condições adotadas neste estudo permitem concluir:

1. Os fatores de risco detectados, alimentares ou não, coincidem com os citados na literatura, mas, diferem quanto à frequência.
 - 1.1. Dentre as alergias às frutas, as mais frequentes, em ordem decrescente foram: maracujá, banana e nozes e em menor e igual percentual tomate, abacate, kiwi, abacaxi e laranja.
 - 1.2. Dentre as alergias a outros alimentos lingüiça calabresa, milho e leite de vaca foram achados típicos desta amostra.
 - 1.3. Dentre as alergias coexistentes foram detectadas, em ordem decrescente, alergia a esparadrapo, ao iodo e a antibióticos como amoxicilina, clavulim, penicilina e vancomicina, em ordem decrescente.
2. As visitas pré e pós-operatórias de enfermagem são estratégias úteis na transmissão de informações sobre a prevenção e o risco de acidentes alérgicos ao látex.
3. A identificação e a divulgação dos materiais/equipamentos que contem látex contribuem para diminuir o risco de exposição dos indivíduos sensibilizados, durante os cuidados médicos e de enfermagem.
4. Os protocolos para o atendimento de pacientes alérgicos ao látex devem ser seguidos em todas as etapas do período perioperatório.

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Lacerda RA. Centro Cirúrgico In. Fernandes AT. Controle de infecção e suas interfaces na área de saúde. São Paulo: Atheneu; 2000. p.789-818.
- 2- Stanton M, Paul C, Reeves JS. Um resumo do processo de enfermagem. In: George JB. Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. p. 24-37.
- 3- Smeltzer SC, Bare BG. Reflexão crítica e o processo de enfermagem. In: Smeltzer SC, Bare BC. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 22-33.
- 4- Brasil Lei n. 7498 de 25 de julho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União 1986 jul.26: seção 1; 9273-5.
- 5- Horta WA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. 100p.
- 6- Araújo IEM, Noronha R. Nursing communication: preoperative visit. Acta Paul Enf 1998; 11(2): 35-46.
- 7- Noronha R, Araújo IEM. Visita pós-operatória de enfermagem: aplicação de um instrumento e apreciação dos enfermeiros. Acta Paul Enf 1998; 11(3) 70-78.
- 8- Possari JF. Assistência de enfermagem na Recuperação Pós-Anestésica (RPA) São Paulo: Iátria; 2003. 60p.
- 9- Avelar MCQ. A prática do enfermeiro de centro cirúrgico. Tese (doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 1995.
- 10- Possari JF, Akamine J, Peniche ACG, Suriano MLF, Diniz TRZ et al. Práticas Recomendadas – SOBECC. São Paulo: Sociedade Brasileira de Enfermeiros do Centro Cirúrgico; 2007. 221p. Disponível em <http://www.sobecc.org.br/prat.htm>
- 11- Castellanos BEP, Bianchi ERF. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação de enfermagem. Rev Paul Enf 1984; 4(1):10-14.

- 12- Grazziano ES, Bianchi ERF. Nível de ansiedade de clientes submetidos a cine-angiocoronariografia e de seus acompanhantes. *Rev Latinoam Enf* 2004; 12(2): 168-174.
- 13- Kiyohara LY, Kayano LK, Oliveira LM. Sugery information reduces anxiety in the pre-operative period. *Rev Hosp Clin Fac Med São Paulo* 2004; 59(2):51-56.
- 14- Rossi LA, Torrati FG, Carvalho EC, Manfrim A, Silva DF. Diagnósticos de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. *Rev Esc Enferm USP* 2000; 34 (2):54-64.
- 15- Lilja G, Wickman M. Allergy – atopy – hypersensitivity - matter of definition. *Allergy* 1998; 53(11):1011-2.
- 16- Miri S, Pourpak Z, Zarinara A, Heidarzade M, Kazemnejad A, Kardar G. Prevalence of type I allergy to natural rubber latex and type IV allergy to latex and rubber additives in operating room staff with glove-related symptoms. *Allergy Asthma Proc* 2007; 28(5): 557-63.
- 17- Mourão EMM, Rosário Filho NA. Alergia ao Látex. In: Negreiros, B. Ungier, C. *Alergologia Clínica*. São Paulo: Atheneu; 1995. p. 389--397.
- 18- Nutter RAF. Contact urticaria to rubber. *Brit J Dermatol* 1979; 101:597-601.
- 19- Tomazic VJ, Withrow TJ, Fisher BR, Dillard SF. Short analytical review- latex associated allergies and anaphylatic reactions. *Clin Immunol Immunopathol*, 1992; 64(2): 89-97.
- 20- Hamilton RG, Brown RH. Impact of personal avoidance practices on health care workers sensitized to natural rubber latex. *J Allergy Clin Immunol* 2000; 105(4):839-41
- 21- Laxenaire MC, Mertes PM. Anaphylaxis during anaesthesia. Results of a two-year survey in France. *Br J Anaesth* 2001; 87(4):549-58.

- 22- Mertes PM, Laxenaire MC, GERAP. Anaphylactic and anaphylactoid reactions occurring during anaesthesia in France. Seventh epidemiologic survey (January 2001-December 2002). *Ann Fr Anesth Reanim* 2004; 23(12):1133-43.
- 23- Ellsworth PI, Mergueriam PA, Klein RB, Rozycki AA. Evaluation and risk factors of latex allergy in spina bifida patients: Is it preventable? *J Urol* 1993; 50(2 Pt2): 691.
- 24- Mazon A, Nieto A, Pamies R, Felix R, Linana JJ, Lanuza A et al. Influence of the type of operations on the development of latex, sensitization in children with myelomeningocele. *J Pediatr Surg* 2005; 40(4):688-92.
- 25- Cremer R, Lorbacher M, Hering F, Engelskirchen R. Natural rubber latex sensitisation and allergy in patients with spina bifida, urogenital disorders and oesophageal atresia compared with a normal paediatric population. *Eur J Pediatr Surg* 2007; 17(3):194-8.
- 26- Nieto A, Mazón A, Pamies R. Espina bífida y alergia al látex. In: Blanco Coverra C, Quirce Gancedo S. *Alergia al látex*. Barcelona: MRA Editions; 2002. p. 149-174.
- 27- Deval R, Ramesh V, Prasad G, Jain AK. Natural rubber latex allergy. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74(4): 304-10.
- 28- Palczynsky C, Walusiak J, Ruta U, Górski P. Occupational allergy to latex: life threatening reactions in health care works. Report of tree cases. *Int J Occup Med Environ Health* 1997; 10(3): 297-301.
- 29- American Academy of Allergy and Immunology. Committee report. Task Force on allergic reactions to latex *J Allergy Clin Immunol* 1993; 92(1 Pt 1):16-8.
- 30- Sussuman LG, Beezhold DM. Allergy to latex rubber (editorial). *Ann Inter Med* 1995; 122:43-6.
- 31- Delbourg MF, Guilloux L, Moneret-Vautrin DA, Ville G. Hypersensitivity to banana in latex-allergic patients. Identification of two major banana allergens of 33 and 37 kd. *Ann Allergy Asthma Immunol* 1996; 76(4):321-6.

- 32- Valls A, Pascual CY, Caballero MT, Martín Esteban M. Latex allergy. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2004; 32(5):295-305.
- 33- Moreal P, Server MT, Torrens L, Escoda JM. Hipersensitivity to fruits in latex allergic patients. *Allergol Immunopatol* 1996; 24(1):33-35.
- 34- Blanco C, Carrillo T, Castillo R, Quiralte J, Cuevas M. Latex allergy: clinical features and cross reactivity with fruits. *Ann Allergy* 1994; 73(4):309
- 35- Latasa M, Dieguez I, Sanz MI, Parra A, Pajaron MI, Oehling A. Fruit Sensitization in patients with allergy to latex. *J Invest Allergol Clin Immunol* 1995; 5 (2): 97-102.
- 36- Docena GH, Fernandez R, Ocamp M, Fossati, CA. Serological investigation of latex allergy in Argentina. *Allergy Asthma Proc* 1999; 20:99-106.
- 37- Guzmán MA, Arancibia V, Salinas J, Rodas C, Roa J, Villegas R. Prevalence of latex hypersensitivity in operating room workers of the university of Chile clinical hospital. *Rev Med* 2005;133(5):535-40.
- 38- Geller M, Paiva TCB, Geller P. Alergia ao látex mediada por IgE em centro cirúrgico. *Rev Bras Alergia Immunopatol* 1997; 20:166-168.
- 39- Lopes MHB, Lopes RAM. Latex allergy in health care personnel. *AORN J.* 2000; 72(1):42-6.
- 40- Lopes RA, Benatti MC, Zollner RL. A review of latex sensitivity related to the use of latex gloves in hospitals *AORN J* 2004; 80(1):64-71.
- 41- Mathias LAST, Botelho MPF, Oliveira LM, Yamamura SBJ, Bonfa RLG, Marsura S. Prevalência de sinais/sintomas sugestivos de sensibilização ao látex em profissionais de saúde. *Rev Bras Anesthesiol* 2006; 56(2):126-136.
- 42- Buss ZS, Fröde TS. Latex allergen sensitization and risk factors due to glove use by health care workers at public health units in Florianopolis, Brazil. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17(1):27-33.

- 43- Brehler R, Kutting B. Natural rubber latex allergy: a problem of interdisciplinary concern in medicine. *Arch Intern Med.* 2001; 161(8):1057-64.
- 44- Huber MA, Terezhalmay GT. Adverse reactions to latex products: preventive and therapeutic strategies. *J Contemp Dent Pract.* 2006; 7(1): 97-106.
- 45- Raap U, T Schaefer, Kapp A, Wedi B. Exotic Food Allergy: Anaphylactic reaction to lychee. Case report. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17(3): 199-201.
- 46- Brehler R, Theissen U, Mohr C, Luger T. Latex-fruit syndrome. Frequency of cross-reacting IgE antibodies. *Allergy* 1997; 52(4):404-410.
- 47- Latasa M, Diéguez I, Sanz ML, Parra A, Pajarón MJ, Oehling A. Fruit sensitization in patients with allergy to latex. *J Investig Allergol Clin Immunol* 1995; 5(2):97-102.
- 48- Muller BA. Minimizing latex exposure and allergy. How to avoid or reduce sensitization in the healthcare setting. *Postgrad Méd.* 2003 Apr; 113(4): 91-7.
- 49- Toraason M, Sussman G, Biagini R, Meade J, Beezhold D, Germolec D. Latex allergy in the workplace. *Toxicol Sci* 2000 Nov;58(1):5-14.
- 50- Sánchez-Palacios A. Latex allergy. Diagnosis and therapeutic aspects. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2001; 29(5):212.
- 51- Ganwkrodger DJ. Patch testing in occupational dermatology. *Occup Environ Med* 2001; 58(12):823-8.
- 52- Navarrete MA, Salas A, Palacios L, Marín JF, Quiralte J, Florido JF. Latex allergy *Farm Hosp* 2006; 30(3):177-86.
- 53- Porras O. Alergia al látex: historia, epidemiología, prevención y tratamiento. *Acta méd. costarric.* [online].. 2003;45, no.4 [citado 16 Julio 2008], p.145-153.
- 54- Zucker PB, Stadtmauer GJ. Latex allergy. *Mt Sinai J Med.* 2002 ; 69: 88-95.

- 55- Garabrant DH, Roth HD, Parsad R, Ying GS, Weiss J. Latex sensitization in health care workers and in the US general population *Am. J Epidemiol.* 2001; 153(6): 515-22.
- 56- Kelly KJ, Walsh-Kelly CM. Latex allergy: patient and health care system emergency. *Ann Emerg Med* 1998; 32(6): 723-9.
- 57- Quirce S, Olaguíbel JM, Alvarez MJ, Tabar AI. Latex. An important aeroallergen involved in occupational asthma. *An Sist Sanit Navar.* 2003; 26 Suppl 2:81-95.
- 58- Suneja T, Belsito DV. Occupational dermatoses in health care workers evaluated for suspected allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis* 2008; 58(5): 285-90.
- 59- Turillazzi E, Greco P, Neri M, Pomara C, Riezzo I, Fineschi V. Anaphylactic latex reaction during anesthesia: the silent culprit in a fatal case. *Forensic Sci Int* 2008; 179(1): 5-8.
- 60- Moneret-Vautrin DA, Beaudouin E, Widmer S, Mouton C, Kanny G, Prestat F, Kohler C, Feldmann L. Prospective study of risk factors in natural rubber latex hypersensitivity *J Allergy Clin Immunol.* 1993; 92(5): 668-77.
- 61- Laxenaire MC, Moneret –Vautrin DA. New Concepts in allergeo-anesthesia. *Ann Fr Anesth Reanim* 1993; 12(2) 89-90.
- 62- López S, DI Domenico MSDB, Castro, FEM. Alergia ao Látex. *Rev Bras Alerg Immunopatol*; 1995;18 (4) p.126-129.
- 63- Batti MACSB. Latex allergy. *Rev Bras Anesthesiol* [Serial on the Internet]. 2003 Sep [cited 008 Mar 13]; 53(5): 555-560.
- 64- Mathias LAST, López S, Domenico MSD, Castro FFM, Mathias RS. Reação anafilática ao látex. *Rev Bras Anesthesiol* 1995; 45(supl. 19): 275.
- 65- Weiss ME, Hirshman CA. Latex allergy. *Can J Anaesth* 1992; 39(6)528-32.
- 66- Beezhold D, Hicky V, Sussman G. Mutational analysis of the IgE epitopes in the latex allergen Hev.5. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;107(6):1069-76.

- 67- Atanasković-Marković M, Gavrović-Jankulović M, Cirković Velicković T, Vucković O et al. Intraoperative anaphylactic shock in a child with no history of type I hypersensitivity. *Iran J Allergy Asthma Immunol* 2008; 7(2): 97-9.
- 68- Konrad C, Fieber T, Schupfer G, Gerber H, Mullner G. Comparing the enzyme allergosobens and coated allergen particle tests for latex allergy. Which in vitro test should be chosen by an anesthesiologist? *Anesth Analg* 1998; 87(6):1389-92.
- 69- Hamilton RG, Adkinson NF. Diagnosis of natural rubber latex allergy multicenter latex skin testing efficacy study. Multicenter latex skin testing study task force. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102(3): 482-90.
- 70- Patriarca G, Nucera E, Buonomo A, et al. Latex allergy desensitization by exposure protocol: five case reports. *Anesth Analg* 2002;94 (3): 754-8.
- 71- Katz JD, Holzman RS, Brown RH, Hamid R, Hirshman CA, Kinsella SB, Petrovich C. Natural rubber latex allergy. Considerations for Anesthesiologists. [booklet on line] New York: American Society of Anesthesiologists. 2005. 35p. Disponível em: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/latexallergy.pdf>.
- 72- Woods JA, Lambert S, Platis-Milles TAE, Drake DB, Edlich RF. Natural rubber latex allergy: spectrum, diagnostic approach, and therapy. *J Emerg Med* 1997; 15: 71-85.
- 73- Krup VP, Fink JN.-The spectrum of immunologic sensitization in latex allergy. *Allergy*, 2001; 52:2-12.
- 74- Ávila CR, Navarro BE, Rosas VS, Monge JJ. Immediate reaction to latex: Comparison between skin test and IgE determination with Elisa. *Rev Alerg* 2001; 48(4):110-4.
- 75- Ronald JF- Anaphylactoides and anaphylactic reactions -*Anesthesiology* 1994; 86: 191-193.
- 76- Moraes LO, Peniche ACG. Assistência de Enfermagem no período de recuperação anestésica: revisão de literatura. *Rev. Esc. Enferm USP*, 2003; 37(4): 34-42.

- 77- Piccoli M; Galvão MC. Visita pré-operatória de enfermagem: Proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. REE 2005; 7(3):366-372. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/index.php/fen>
- 78- Pra LA, Piccoli M. Enfermagem perioperatória: diagnósticos de enfermagem fundamentados na teoria de Ida Jean Orlando. REE 2004; 6(2): 1518-1944 Disponível em <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- 79- Nosow V, Peniche ACG. Paciente cirúrgico ambulatorial: catatonia e ansiedade. Acta Paul. Enferm. [periódico na Internet]. 2007. [citado 2008 Jun.10]; 20(2): 161-167. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.
- 80- Jorgetto GV, Noronha R, Araújo IEM. Assistência de Enfermagem a pacientes cirúrgicos : Avaliação comparativa . Revista Eletrônica de Enfermagem 2005; 7 (3) 273 - 277. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
- 81- Soares FAL, Turrini RNA. Alergia ao Látex: Protocolo de atendimento perioperatório com produtos livres de látex. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de São Paulo 2005.
- 82- Fonseca JS, Martins GA. Curso de estatística. São Paulo: Atlas; 1994. (5a ed.). 197p
- 83- Bernstein ML. Latex-safe emergency cart products list. J Emerg Nurse 1998; 24(1): 58-61.
- 84- Canadian Society of Gastroenterology Nurses and Associates. Recommended guidelines for preventing allergic reactions to natural rubber latex. Toronto; 2006.
- 85- McCaffery M. Using the 0 to 10 pain rating scale. Am J Nurs 2001;101(10):81-2.
- 86- Spielberger CD. Tensão e ansiedade. São Paulo : Harper & Row do Brasil; 1981. p.220.
- 87- SPSS Statistics [computer program] student version 14.0 for Windows . Seattle (WA): Microsoft Office; 2004.

- 88- Conover WJ. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley & Sons; 1971. p67
- 89- Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: J Wiley & Sons, 1981. (2nded.) p150.
- 90- Siegel S. Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento. São Paulo: McGraw-Hill. (1975).
- 91- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96 Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. Inf Epidem. SUS (2)1996
- 92- Katz E. Pré y posoperatorio normal y patológico. Buenos Aires: Universitária, 1971, p.100.
- 93- Feu RMS, Maciel AP. Visita pré e pós-operatória de enfermagem sistematizada no atendimento das necessidades do paciente. Rev Sobecc 2008; 13(2):24-31.
- 94- Mertes PM, Laxenaire MC. Allergic reactions occurring during anaesthesia. Eur J Anaesthesiol 2002; 19(4): 240-62.
- 95- Binkley HM, Schroyer T, Catalfano J. Latex allergies: a review of recognition, evaluation, management, prevention, education, and alternative product use. J Athl Train 2003; 38(2):133-140.
- 96- Verdolin BA, Villas Boas WW, Gomez RS. Alergia ao latex: Diagnóstico acidental após procedimento urológico. Relato de caso. Rev Bras Anesthesiol 2003; 53(4):496-500.
- 97- Ebo DG, Verheecke G, Bridts CH, Mertens CH, Stevens WJ. Perioperative anaphylaxis from locally applied rifamycin SV and latex. Br J Anaesth. 2006; 96(6):738-41.
- 98- Fisher MM, Doig GS. Prevention of anaphylactic reactions to anaesthetic drugs. Drug Saf, 2004; 27(6):393-410.

- 99- Laws P. The clinical implications of latex-fruit allergy. *Anaesthesia*. 2008; 63(2): 211-2.
- 100- Ibero M, Castillo MJ, Pineda F. Allergy to cassava: a new allergenic food with cross-reactivity to latex. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17(6):409-412.
- 101- Hegde VL, Venkatesh YP. Anaphylaxis following ingestion of mango fruit. *Investig Allergol Clin Immunol* 2007; 17(5): 341-4.
- 102- Machado M, Sant'anna C, Aires V, Rodrigues PP, Pinheiro MF, Teixeira M. Latex and banana allergies in children with myelomeningocele in the city of Rio de Janeiro. *Rev Assoc Med Bras* 2004; 50(1): 83-6.
- 103- Forte WCN, Neto FA, Mathias LAST. Reações anafiláticas ao látex. *Diagnóstico e Tratamento* 2003; 8:127-131.
- 104- Gentili A, Ricci G, Di Lorenzo FP, Pigna A, Masi M, Baroncini S. Latex allergy in children with oesophageal atresia. *Paediatr Anaesth* 2003; 13(8): 668-75.
- 105- Rendeli C, Nucera E, Ausili E, Tabacco F, Roncallo C, Pollastrini E, Scorzoni M, Schiavino D, Caldarelli M, Pietrini D, Patriarca G. Latex sensitization and allergy in children with myelomeningocele. *Childs Nerv Syst*. 2006; 22(1):28-32.
- 106- Ausili E, Tabacco F, Focarelli B, Nucera E, Patriarca G, Rendeli C. Prevalence of latex allergy in spina bifida: genetic and environmental risk factors. *Eur Rev Med Pharmacol Sci* 2007; 11(3): 149-53.
- 107- Ellsworth PI, Merguerian PA, Klein RB, Rozycki AA Evaluation and risk factors of latex allergy in spina bifida patients: is it preventable? *J Urol* 1993; 150(2 Pt 2):691-693.
- 108- Woodhouse CR. Myelomeningocele: neglected aspects. *Pediatr Nephrol* 2008; 23(8): 1223-31.

- 109- Bernardini R, Novembre E, Lombardi E, Mezzetti P, Cianferoni A, Danti AD et al. Prevalence of and risk factors for latex sensitization in patients with spina bifida. *J Urol* 1998;160(5):1775-8.
- 110- Mavale MS, Paty E, Scheinmann P, de Blic J. Latex allergy in children. *Arch Pediatr* 2003;10(8):700-6.
- 111- Mertes PM, Laxenaire MC. Allergic reactions occurring during anaesthesia. *Eur J Anaesthesiol*, 2002; 19:240-262.
- 112- Mertes PM, Laxenaire MC. Allergy and anaphylaxis in anaesthesia. *Minerva Anesthesiol* 2004; 70(5):285-91.
- 113- Allarcon JB, Malito M, Linde H, Brito MEM. Alergia ao Latex. *Rev Bras Anesthesiol* 2003;53(1):89-96
- 114- Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. 1250p.
- 115- Ricker LE, Meeker MH. Posicionamento do paciente para a cirurgia. In: Meeker MH, Rothrock JC. Alexander: cuidados de Enfermagem ao paciente cirúrgico. 10ªed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p. 90-105.
- 116- Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1994; 120p.
- 117- Beland IL, Passos JW. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979. 35p.
- 118- Cavalcante JB, Pagliuca, LMF, Almeida PC. Cancelamento de cirurgias programadas em um hospital escola: estudo exploratório. *Rev Latinoam Enf* 2000; 8(4): 59-62.
- 119- Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermagem. 9ªed. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- 120- Rocha LA, Maia TF, Silva LF. Diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. *Rev Bras Enferm*. Brasília 2006;59(3).

121- Feu RMS, Maciel AP. O papel da visita pré e pós-operatório de enfermagem sistematizada no atendimento das necessidades do paciente. Monografia. (Especialização) Londrina: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Londrina; 2003.

122- Pimenta CAM. Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo: [s.n.]; 2000.

123- Sousa FAEF. Dor: o quinto sinal vital. Rev Latinoam Enf 2002; 10(3): 446-7.

124- Chaves LD. Dor pós-operatória: aspectos clínicos e assistência In: Chaves LD, Leão ER. Dor - 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem. 8ª ed Curitiba.; 2004. p. 151-68.

8- ANEXOS

ANEXO I

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

✉ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP
☎ (0_19) 3788-8936
FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/ceica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 25/10/05
(PARECER PROJETO 400/2002)

PARECER

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “A VISITA PRÉ-OPERATÓRIA SISTEMATIZADA NA INSTITUIÇÃO TEM ATENDIDO ÀS NECESSIDADES DO PACIENTE E DA EQUIPE DE SAÚDE?”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Regina Maria da Silva Feu.

II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP aprovou o Adendo com o projeto “**ALERGIA AO LÁTEX. A EQUIPE MULTIDISCIPLINAR ESTÁ PREPARADA PARA PRESTAR ASSISTÊNCIA?**”, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.


Prof. Dra. Carmen Silvia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO II
Visita Pré-Operatória de enfermagem

1-Identificação do Paciente	
Nome _____	HC _____
Idade _____ Estado civil _____	Sexo _____ Especialidade _____
Ocupação _____	Religião _____ Procedência _____
Unidade de Internação _____	Diagnóstico Médico _____
Data da Internação _____	Data da cirurgia _____ Data da Visita _____
Cirurgia Proposta	
2-Dados Vitais e Antropométricos	
T _____ C _____ P _____ bpm _____	R _____ mpm _____ PA _____ mmHg _____
Peso _____ kg _____ Altura _____ m _____	
3- Alergias? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim. Especificar _____	
4- Hábitos	
tabagismo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> quantidade /dia _____ há _____ anos parou há _____ anos.	
Etilismo Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> quantidade _____ parou há _____ anos	
Uso de drogas /e narcóticos Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
5- Exames Laboratoriais e Radiológicos	
Tipo sanguíneo _____ Fator RH _____	Hb/Ht <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não
RX <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não prontuário <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	Exames complementares _____
6- Cirurgias e Anestesias anteriores	
Anestesia anterior <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim especifique _____	
Cirurgia anterior <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim especifique _____	
Obs. Em caso afirmativo a experiência com os procedimentos foi:	
<input type="checkbox"/> Ótima <input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> péssima	
7-Existe autorização (documentos) para realização do procedimento:	
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim especifique _____	
8-Deficiências/Limitações	
Física Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Mental Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Auditiva Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Visual Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
9- Utilização de próteses	
Próteses Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique o tipo _____	
10- Estado Nutricional e Hidratação:	
<input type="checkbox"/> bom <input type="checkbox"/> emagrecido <input type="checkbox"/> mucosas ressequidas <input type="checkbox"/> turgor diminuído <input type="checkbox"/> astenia <input type="checkbox"/> edema	
<input type="checkbox"/> obesidade <input type="checkbox"/> outros _____	
11- Rede venosa	
visível Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> palpável Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> alterada Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> _____ intracath	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
12-Musculatura	
hígida <input type="checkbox"/> alterada <input type="checkbox"/> especifique _____	
13-Higiene corporal	
<input type="checkbox"/> boa <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> má	
14-Perfil de saúde	
Problemas: Neurosensorial Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Respiratório Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Cardiovascular Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Gastrintestinal Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Geniturinário Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
Endócrino Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especifique _____	
15-Conhecimento do Processo Cirúrgico:	
<input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> suficiente	

16- Conhecimento da Cirurgia Proposta: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> suficiente				
17-Conhecimento sobre o posicionamento cirúrgico: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> suficiente				
18-Conhecimento do processo anestésico: <input type="checkbox"/> nenhum <input type="checkbox"/> pouco <input type="checkbox"/> suficiente				
19- Quem prestou as informações sobre: Processo cirúrgico: <input type="checkbox"/> Cirurgião <input type="checkbox"/> Enf ^o /CC <input type="checkbox"/> Enf ^o /enfermaria Processo anestésico <input type="checkbox"/> Anestesista <input type="checkbox"/> Enf ^o /CC <input type="checkbox"/> Enf ^o /enfermaria				
20- Uso contínuo de medicações: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> nome, dose e frequência.				
21- Problema/ Doença não abordados nessa entrevista: _____				
22- Expressão de Sentimentos: <input type="checkbox"/> calmo <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> angústia <input type="checkbox"/> ansiedade <input type="checkbox"/> apatia <input type="checkbox"/> outro Especificar _____				
23- O paciente foi orientado quanto às medidas preventivas que possam ajudá-lo no Pós-operatório: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> especificar _____				
24-Impressões do Entrevistador: <input type="checkbox"/> isolado <input type="checkbox"/> agitado <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> agressivo <input type="checkbox"/> ansioso <input type="checkbox"/> eufórico <input type="checkbox"/> calma aparente <input type="checkbox"/> outro. Especificar _____				
25- ANOTAÇÕES				
26-Diagnósticos de Enfermagem				
27- Prescrição de Enfermagem				
Data/Hora	Prescrição de Enfermagem	<i>Pré-operatório</i>	<i>Trans-operatório</i>	<i>Pós-operatório</i>

COREN _____ NOME _____ Assinatura _____

ANEXO III

Questionário para identificar pacientes sensíveis ao látex na unidade de internação, durante a Visita Pré-operatória de enfermagem.

1) Sofre de asma, rinite, eczema? Não () Sim () Qual tipo?
2) Tem alergia a algum destes alimentos? Assinale com um (x) Banana () Abacate () Kiwi () Mamão Papaya () Manga () Melão () Abacaxi () Pêssego () Tomate () Batata () Pêra () Castanhas () Nozes () Mandioca () Morango () Figo () Nabo () Pêssego () Ananás () Cenoura () Aipo () Pepino () Cereja () Uva () Centeio () Trigo () Avelã () Amendoim () Soja () Espinafre () Limão () Ameixa () Ervilha () Laranja () Grão ().
3) Já foi submetido a alguma cirurgia? () Sim. () Não Se sim, a quantas e quais?
4) Possui alguma reação (espirros, falta de ar, coceira, etc.) ao entrar em contato com luvas de borracha, balões de festa, preservativos, chinelos ou outros artigos de borracha? Não () Sim () Quais?

COREN _____ NOME _____ Assinatura _____

ANEXO IV
Visita Pós-operatória de Enfermagem

1-Identificação do Paciente

Nome _____ Idade _____ Sexo _____ HC _____
 Estado civil _____ procedêcia _____ Especialidade _____ Unidade de \Internação _____
 Ocupação _____

Data da cirurgia ____/____/____ Cirurgia realizada _____ PO ____

2- Intercorrência no ato Anestésico Cirúrgico? Não Sim

Especifique _____

3- Nível de Consciência

Consciente Inconsciente Comunicativo Outro

Especificar _____

4-Incisão cirúrgica:

Curativo: aberto fechado Secreção: Não Sim

Especificar _____

Características: cicatrização hiperemia deiscência

5- Alterações:

Cardiorrespiratória Sim Não

Geniturinária Sim Não

Gastrintestinal Sim Não

6- Escala para aferição da dor.



7- Opinião do Paciente

7.1 A visita Pré-operatória de Enfermagem contribuiu de alguma forma para lhe esclarecer dúvidas? Sim Não

Especificar _____

7.2 A assistência pré-operatória foi:

Boa Regular Ruim

Especificar: _____

7.3A assistência trans-operatória foi: Boa Regular Ruim

Especificar _____

7.4 A assistência pós-operatória foi:

Boa Regular Ruim

Outras/ Especificar _____

8-Condições Gerais do Paciente	Cabeça		Tronco		Membros		Especificar (local tipo e tamanho).
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Edema							
Hematoma/ equimose							
Lesões de pele							
Secreções							

Higiene							
Queimadura (causa)							
Infeção							
Formigamento							
Câimbras							
Parestesia/ paralisia							
Drenos							
Perfusão							
Alterações dos movimentos							
Punção venosa							
Ostomias							
Sondas							
Fistula							
Outros							
9-Observações do Enfermeiro							
10- Quem prestou as informações sobre a cirurgia realizada?							
Cirurgião <input type="checkbox"/> Enfº da enfermaria <input type="checkbox"/> Enfº do CC <input type="checkbox"/>							

Nome _____ CORÉN _____ Assinatura _____

ANEXO V

Escala de Ansiedade

Avaliação dos sentimentos expressados pelos pacientes

numeração	Sentimentos	Sim	Não
1-	Sinto-me calmo		
2	Sinto-me seguro		
3	Estou tenso		
4	Estou arrependido		
5	Sinto-me à vontade		
6	Sinto-me perturbado		
7	Estou preocupado com possíveis infortúnios		
8	Sinto-me descansado		
9	Sinto-me ansioso		
10	Sinto-me em casa		
11	Sinto-me confiante		
12	Sinto-me nervoso		
13	Sinto-me agitado		
14	Sinto-me uma pilha de nervos		
15	Estou descontraído		
16	Sinto-me satisfeito		
17	Sinto-me preocupado		
18	Sinto-me super-excitado e confuso		
19	Sinto-me alegre		
20	Sinto-me bem		
21	Sinto-me sem interação		

9- APÊNDICES

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIMENTO

Eu, Regina Maria da Silva Feu Santos, Enfermeira do Serviço de Enfermagem Centro Cirúrgico, estou desenvolvendo um estudo intitulado: « Assistência de Enfermagem Perioperatória a pacientes alérgicos ao látex.

Para que eu possa realizar o estudo acima mencionado, necessito de sua colaboração e disponibilidade, no sentido de ser utilizado o protocolo para pacientes alérgicos ao látex, em seu procedimento cirúrgico ou de seu familiar, para diminuir evitar o risco de exposição ao alérgeno. Será necessário ainda, que sejam cumpridas criteriosamente todas as orientações constantes nos protocolos, no ambiente hospitalar e doméstico.

Garanto que suas informações servirão única e exclusivamente para fins de pesquisa e não serão divulgadas a outras pessoas, nem haverá identificação, ou qualquer dado que o comprometa, assim como há possibilidade de abandonar este estudo a qualquer hora que julgar necessário.

Em caso de dúvidas, esclarecimentos ou quaisquer outras informações, favor entrar em contato com:

Regina Maria da Silva Feu Santos . (19) 35217416
Prof^a Doutora Glória Maria Braga Potério : (19) 3521'7562 (Orientadora)
Comitê de Ética em Pesquisa : (3521-8936)

Agradeço antecipadamente.

Campinas, ____ de _____ de 2007.

AUTORIZAÇÃO

Eu-----concordo de livre e espontânea vontade participar desse estudo.

Assinatura

APÊNDICE II

Produtos hospitalares com látex e produtos que podem conter látex;

- Luvas cirúrgicas e de procedimentos
- Drenos de penrose
- Máscaras
- Circuitos respiratórios
- Sensores para Oximetria de Pulso
- Seringas
- Sondas nasogástricas
- Máscaras laríngeas
- Torneira três vias
- Buretas
- Equipos de soro, sangue e bomba de infusão
- Cateteres periféricos para função periférica
- Materiais para punção venosa central
- Placa de colostomias
- Garrote para venopunção
- Manguitos para mensuração da pressão
- Esparadrapos, faixa adesiva elástica (Tensoplast)
- Faixas compressivas elásticas
- Tubos extensores
- Estetoscópios
- Termômetro esofágico
- Cabos para ECG;
- Transdutores para pressão arterial
- Toucas cirúrgicas com elástico.
- Garrote
- Máscara para ventilação
- Adesivos

En^{fa} Regina Maria da Silva Feu Santos

APÊNDICE III

Relação de materiais e equipamentos isentos de látex utilizados no Intraopertório.	
Assistência Anestésica	
Material	Fabricante
Equipo para infusão sangue	Fresenius
Equipo de Infusão intravenoso	BD/ B. Braun/Brasino
Estetoscópio	Litman/BD
Perfusor	B.Braun/ BD
Máscara de Venturi PVC	Hudson/ Oxigel
Máscaras faciais/ Balões/ KTS (Baraka) silicone	Takaoka / Oxigel
Seringas descartáveis	BD
SNG/ sonda de aspiração	CPL/ Medical's
Soro fis. Glic. RL.	Baxter/ B. Braun.
Torneiras três vias/alto/Fluxo	B.Braun /Medex/ Embramac
Kit polifix	B. Braun
Metronidazol	Halx Istar
Filtro para acesso venoso	Hartmann/ BD
Relação de Luvas Látex-Free	
Material	Fabricante
Luvas sintéticas (policlopore)	Bioservice
Luvas sintéticas	Duoprene
Luvas de procedimentos (vinil)	Danny
Luvas de procedimentos (nitrile).	Bioservice
Materiais Utilizados no Intraopertório	
Material	Fabricante
Bisturi descartável	Style
Balão dilatador Ureteral	Uromax
Placa para colostomia (Karaiya)	Covatec
Coletor de Urina Sistema Fechado	Kendall/ Embramac
Campos Cirúrgicos	Mollincke/ Kendall
Campo impermeável	Kendall
Capa para microscópio	Zeiss
Cateter Tenckhoff Quinton	Kendaall/ Tyco
Cateter Urológico Pigtail	Urotec
Cateter inplantável portocath	Bard
Cateteres Urológicos e Vasculares	Cook
Cateteres urológicos	Boston Scientific
Colchão Térmico	Gaymar
Drenos JP/ J-Vac	Baxter
Dispositivo para bolsa de soro	Baxter
Dreno de sucção Porto-vac	PCE

Dreno torácico silicone	Medicone
Dreno Tubular silicone “Japonês”	Medicone
Dreno Blake	J & J
Equipo para Artroscopia	Arthrex Tellus/ Hartman
Equipo de Transferência para CAPD	Baxter
Eletrodo descartável Liga sure	Tyco
Eletrodo Versapoint	J & J
Eletrodo Arthrocare	Optika
Eletrodo Serfas	Striyker
Eletrodo Vapr	Arthromed
Extensão para aspiração /drenagem	Zammy
Gelfoan (gelatina absorvível)	Pharmácia
Implante de Silicone para retina 5005	Vistatek
Material	Fabricante
Injelijett (equipo para astroscopia)	PCE
Kit Faco Legacy (Kit para facectomia)	Alcon
Máscara descartável para proteção	Kimberly
Material	Fabricante
Máscara descartável para proteção N95	3M
Manta Wam Touch	Mallinckrodt
Pressurizador de Soro	Medex
Sonda Vesical de demora	(silicone) Rusch, suplimed.
Sonda Uretral	CPL Medical's
Splint nasal	Richards
Steri Strip/ Op Site/ Tegaderm	3M
Transpore/ Micropore	3M

APÊNDICE IV

Protocolo perioperatório para pacientes alérgicos ao látex.

Parte A - Recomendações gerais.

1	O paciente deve ser cuidadosamente acompanhado, pelos responsáveis das equipes de anestesia, cirurgia, enfermagem e das demais equipes hospitalares envolvidas no atendimento. Esse cuidado deve começar na internação.
2	O paciente deve ser agendado como cirurgia eletiva, para o primeiro horário do dia. – neste horário, os antígenos do látex suspensos no ar estão nos seus níveis mais baixos.
3	Caso não seja possível o agendamento do procedimento para o primeiro horário do dia, a sala operatória deverá permanecer em repouso no mínimo de 06 horas.
4	Durante a realização do procedimento, deverão permanecer na sala operatória, apenas os profissionais envolvidos diretamente na assistência.
5	Cartazes sinalizando “ ALERGIA AO LÁTEX ” (para os pacientes já diagnosticados) ou ALERTA – ALERGIA AO LÁTEX (para os casos de suspeita) deve ser colocado na porta das salas de cirurgia, (lados de dentro e de fora) e também na área de atendimento perioperatório e enfermarias de origem. (tarja verde-limão).
6	Uma lista com itens de segurança deve acompanhar o paciente durante todo o período de internação.
7	Uma lista de produtos/equipamentos livres de látex deve estar no local onde o paciente está sendo atendido, com fácil acesso e disponível para o setor de suprimentos do hospital.
8	O paciente deve ser orientado a obter um bracelete de alerta, identificando sua alergia ao Látex. Com Alerta de Alergia ao Látex. Para os suspeitos e Alergia ao látex para confirmados. (verde-limão)
9	Tais orientações devem acompanhar o paciente em seu prontuário, desde a internação.
10	Comunicação formal entre os setores onde o paciente permanecerá que poderá ser verbal, (contato telefônico), escrito por e-mail, ou comunicado.
11	Comunicar à central de materiais esterilizados, para que todo o instrumental seja preparado, com luvas isentas de látex.
12	Quando houver dúvida, sobre a composição de injetores das bolsas de soros, não aspirar ou injetar, medicamentos por essas vias.
13	Quando houver dúvida sobre a composição e o produto não puder ser substituído, envolvê-lo com filme transparente, compressas, malhas de algodão.
14	Remover da sala produtos com látex que habitualmente são mantidos como (garrote, esparadrapo, faixa adesiva tensoplast, extensão e luvas).
15	Comunicar com antecedência, ao serviço de lavanderia, para que seja providenciado propé e gorro de tecido ou livre de látex.

16	Nos casos suspeitos, encaminhar paciente para a imunologia, para realização de exames específicos. “Rast” específico para látex.
17	Identificação do prontuário do paciente, com tarja verde-limão de Alergia ao látex para os casos confirmados e Alerta ao látex para os casos suspeitos.
18	Profilaxia com difenidramina e corticosteróide é recomendada 24h, antes, nos casos cirúrgicos. Porém, não é garantia de prevenção ou melhora de quadro anafilático.
19	Contactar o Serviço de Nutrição, informando-o da internação de paciente alérgico ao látex, para evitar reações cruzadas látex-frutas e alimentos.
20	Remoção de tampas de borrachas de frascos de medicamentos, para sua diluição /reconstituição. Utilizar filtro venoso . Ao perfurar as tampas de borracha, de frascos de medicamentos, com a agulha, as proteínas do látex serão carreadas para a corrente sanguínea, juntamente com a medicação.
21	Substituição dos produtos com látex, pelos similares feitos com plástico, vinil, silicone ou borracha sintética.

Parte B - “CHECKLIST”

Serviço de Anestesia		
1	Providenciar tubos endotraqueais, cânula de guedel livres de látex.	
2	Máscaras de silicone ou máscaras de borracha preta, velhas, bem lavadas.	
3	Balões de ventilação – de neoprene ou de borracha preta, usada, ou utilizar Ambu de silicone.	
4	Ventilador – fole de neoprene ou silicone, ou borracha preta, usado, bem lavado.	
5	Circuito respiratório-de polivinilclorido ou de silicone embrulhado separadamente do balão ventilatório.	
6	Transformar medicamentos de doses múltiplas em dose unitária ou remover as tampas de borracha dos frascos.	
7	Tomar cuidado com as partes de borracha dos equipos de infusão intravenosa; não usar garrotes do tipo Penrose ou faixas elásticas.	
8	Providenciar garrote de tecido com velcro e equipo de silicone ou cubra com um pano as partes de borracha dos equipo, use torneirinhas para injeções venosas.	
9	Aparelho de pressão – use manguito e perinha de borracha preta, usados, recobertos com tecido de algodão ou sem látex.	
10	Providenciar balão ventilatório. Certificar-se que o balão e a válvula respiratória não tenham componentes de látex.	
11	Como alternativa fornecer balão auto-inflável de silicone.	
12	Providenciar seringas de vidro para reconstituir medicamentos a cada seis horas, ou seringas descartáveis livres de látex.	
13	Manter diluída adrenalina – (0,01mg/ml ou 1:100 000), conforme prescrição médica.	

Enfermeiro de Referência		
1	Providenciar limpeza terminal da sala de cirurgia com 6 horas de antecedência.	
2	Montar e checar o carrinho de cirurgia com o material da CME e farmácia, devidamente limpo e desinfetado, de acordo com procedimento cirúrgico.	
3	Solicitar à farmácia que providencie sonda vesical de silicone, de acordo com a idade do paciente.	
4	Solicitar junto à farmácia, solução de clorexidina alcoólica e degermante, caso o paciente seja alérgico ao iodo.	
5	Realizar Visita Pré-operatória de enfermagem e Prescrição de Enfermagem para todo o período perioperatório, que deverá ser cumprida rigorosamente pelos profissionais envolvidos.	
6	Verificar junto à farmácia, se todos os itens de segurança foram providenciados.	
7	Ter funcionário disponível para o encaminhamento de exames laboratoriais.	
8	Providenciar limpeza preparatória da SO, nas superfícies horizontais e equipamentos existentes, com solução de álcool a 70%.	
9	Usar placa de Alerta ao Látex, para identificação das portas da SO.	
10	Seguir recomendações – contidas no prontuário do (a) paciente.	
11	Checar junto com o instrumentador e equipe fios que deverão ser abertos durante o procedimento.	
12	Todas as pessoas com acesso a SO devem utilizar propé e gorro de tecido	
13	Fornecer para a equipe cirúrgica luva de vinil de todas as numerações. Mantendo também em sala uma caixa com luvas de nitrile ou silicone para realização de procedimentos não estéreis.	
14	Manter em sala somente profissionais envolvidos na assistência.	
No dia anterior ao procedimento cirúrgico (técnico da anestesia)		
1	Providenciar limpeza do carrinho de anestesia e medicamentos, lavando todas as ampolas, para retirada do pó.	
2	Requisitar, conferir material de consumo do kit de farmácia e solicitar limpeza dos mesmos.	
3	Solicitar e checar a caixa de fármacos anestésico seja montada apenas com ampolas.	
4	Providenciar que o vaporizador a ser utilizado, seja abastecido anteriormente.	
5	Providenciar frascos para coleta de exames para que fique na entrada da sala de operação.	
6	Efetuar montagem do carrinho, fazendo conferência do material.	

Equipamentos usados na ventilação		
1	Bolsa e válvulas/ silicone	
2	Cateteres de aspiração/ polivinil	
3	Máscaras faciais/ silicone	
4	Circuito respiratório/ silicone	
5	Tubos endotraqueais de todos os tamanhos.	
6	Fole do ventilador de polivinil.	
Cateteres		
1	Sonda Foley/ silicone	
2	Condor cateter	
3	Cabo de teletermômetro esofágico ou retal.	
Material cirúrgico		
1	Placa para colostomia	
2	Dreno- de borracha e penrose	
3	Tubos de gastrostomias	
4	Gorros descartáveis	
5	Propé	
6	máscaras	
Suprimentos da boca e dentes		
1	Cânula guedel número (00 a 4,0) livres de látex.	
2	Protetor dentário	
Suprimentos hospitalares		
1	Seringas descartáveis	
2	Tubulação estetoscópio	
3	Torniquetes	
4	colchonetes	
5	Borracha para aspirador	

Parte C - Itens de segurança procedimento anestésico

1	Seringas de vidro	
2	Agulhas hipodérmicas	
3	Cateteres intravenosos	
4	Extensões para infusão intravenosa – de polivinil	
5	Torneirinhas de 3 vias e simples	
6	Frasco de heparina, manipulado na farmácia.	
7	Peça em T com entrada lateral para conectar traquéia corrugada.	
8	Algodão ou gaze com álcool	
9	Esparadrapo (livre de látex)	
10	Torniquetes livres de látex	
11	Gazes esterilizadas - chumaço	
12	Termômetro esofágico	

13	Manguito de aparelho de pressão, livre de látex todos os tamanhos.	
14	Estetoscópio com as borrachas protegidas – para uso exclusivo.	
15	Eletrodos de ECG – livres de látex.	
16	Sensores de oxímetro de pulso – livres de látex.	
17	Plano de ação ligado com os demais protocolos de alergia ao látex.	
18	Cartazes coloridos e bem atrativos para sinalizar todas as portas.	
19	Ressuscitador manual livre de látex	
20	Máscaras ventilatórias e venturi de todos os tamanhos livres de látex.	
21	Cânula nasal de oxigênio	
22	Extensão para a cânula de oxigênio	
23	Tubos endotraqueais – de polivinil de todos os tamanhos.	
24	Cateteres para uso oral – de polivinil.	
25	Medicamentos prescritos e de emergência em ampolas	
26	Luvas de vinil – tamanho pequeno médio e grande.	
27	Luvas sintéticas estéreis – tamanhos 6,0 ao 9,0.	
28	Cateter de Foley – 100% de silicone de vários tamanhos	
29	Bolsa de sistema fechado, para sondagem vesical de demora livre de látex.	
30	Manter manual de informações sobre produtos livre de látex em local de fácil acesso, para uso de toda equipe.	
31	Kits para bloqueios epidural e espinhal.	
32	Cateteres de aspiração – de polivinil, tamanhos 8F ao 14F.	
33	Circuitos de anestesia – com balão e tubos livres de látex.	
34	Aparelho de anestesia – equipado com o mínimo possível de artefatos de borracha.	
35	Medicamentos de uso em anestesia que não ampolados, vindos diretamente da farmácia, manipulados em seringas de vidro ou livres de látex.	
36	Filtros para partículas de ar de alta eficiência.	
37	Filtro venoso de retenção da partícula do látex.	

_____/_____/_____

Data - Assinatura e carimbo do responsável pela montagem e conferência

APÊNDICE V

Orientações para pacientes e familiares de produtos não hospitalares que possuem compostos de látex e Orientações de alimentos e frutas, encontrados na literatura, que fazem reações cruzadas com látex.

Fraldas	Bolsas
Tecidos elásticos	Luvas de borracha de uso doméstico;
Dedeiras	Preservativos
Adesivos	Colas têxteis
Bolas	sapato
Colas de envelopes	borracha escolar
Ligaduras elásticas	Chupetas;
sandálias	botas
Bico de mamadeira	Balões de festa;
Touca de banho	Touca térmica, natação.
chinelo	Óculos de natação
Câmara de ar	Brinquedos.

Associação látex-alimento

Alimentos com associação forte
banana, pêra, castanha, manga, kiwi, pêssego.
Alimentos com associação moderada
maçã, batata, tomate, melão. papaya, ananás, cenoura, aipo.
Alimentos com associação fraca, mas já citados.
nabo, pepino, cereja, morango, figo, uva, maracujá, centeio, trigo, avelã, noz, amendoim, soja, espinafre, limão, ameixa, ervilhas, laranja e grão.

Enf^a Regina Maria da Silva Feu Santos

APÊNDICE VI

Respostas obtidas na visita pós-operatória de enfermagem, na qual o paciente expressa sua opinião, sobre a assistência recebida pela equipe de saúde nos três períodos operatórios.

Sujeito	Questões	Respostas
1	a	Tudo foi muito bem explicado e esclareceu as dúvidas
	b	Toda a equipe foi muito cordial
	c	
	d	
2	a	Ajudou em todos os sentidos, pois não tinha noção da seriedade da doença.
	B	Equipe de enfermagem e médica atenciosa
	c	Medo com o término das luvas de nitrile
	d	Após tudo que passei estou de alta-hospitalar (após 02 meses internada e cinco procedimentos cirúrgicos)
3	a	após ver meu filho quase morto, ele está de alta.
	B	Meu filho já fez tantos procedimentos que perdi a conta
	c	Meu filho sentiu-se mais seguro ao ver que haviam tantas pessoas envolvidas em seu tratamento.
	D	Todos o tratam com carinho
4	a	Eu não tinha idéia do funcionamento desse serviço, as informações passadas me ajudarão à cuida-la em casa.
	B	O tratamento foi minucioso pensaram nos mínimos detalhes .
	c	Estou muito segura quanto à assistência prestada.
	D	Meu filho ficou assustado com o tom da funcionária por isso acho regular
5	a	Eu estava muito nervosa com a alergia de minha filha .
	b	Minha filha foi muito bem tratada
	c	
	d	
6	a	Me senti segura ao saber que existem pessoas gente estudando um assunto tão diferente para mim.
	B	Todos nos trataram com carinho e profissionalismo
	c	
	d	
7	a	Deixou-me mais tranqüila a mim e a minha filha.
	B	Muita atenção e carinho a mim e a minha filha
	c	
	d	
8	a	Senti-me mais segura.
	B	Tive apoio e correu tudo bem.
	C	Estou muito bem e estou de alta
	d	

9	a	Fiquei mais segura quanto ao procedimento
	b	
	c	
	d	

sujeito	Questões	Respostas
10	a	Eu não tinha noção da gravidade do problema de meu filho
	b	Agradeço a todos a atenção e cuidados que tiveram com meu filho.
	c	
	d	
11	a	Estou feliz, pois deu tudo certo, mais triste, de voltar para hemodiálise. Depois de muitos anos retornar é difícil. (transplantado renal colocou Tenckoff)
	b	
	c	
	d	
12	a	Contribuiu para esclarecimento de dúvidas..
	b	Fui muito bem atendido
	c	
	d	
13	a	Eu já tinha noção da doença de meu filho, mas não sabia era que o processo alérgico era tão grave.
	b	A assistência foi regular no pós-operatório, a funcionária queria usar luva comum no banho de meu filho. Fiquei muito estressada com essa situação. Depois de todo o cuidado que tiveram no CC.
	c	
	d	
14	a	Fiquei muito segura após a visita..
	b	Meu filho foi tão bem tratado que já está de alta.
	c	
	d	
15	a	Melhorei meu conhecimento sobre a doença de minha filha, e fiquei feliz em conhecer alguém do CC, isso me deixou mais tranqüila.
	b	Minha filha foi muita bem cuidada com muita atenção.
	c	
	d	
16	a	Esclareceu minhas dúvidas
	b	Senti-me mais segura
	c	
	d	
17	a	Foi ótima porque foram esclarecidas minhas dúvidas
	b	Fui muito bem preparado, durante a visita por isso fiquei muito segura..
	c	Bem preparada equipe muito prestativa
	d	

18	a	Esclareceu dúvidas.
	b	Meu filho teve pronto restabelecimento.
	c	Foi tão bom que meu filho já está de alta
	d	
19	a	As orientações foram tão boas, que irão me ajudar a cuidá-la em casa.
	b	Devido a tantos cuidados minha filha já está de alta
	c	
	d	
20	a	Trouxe segurança tanto para mim como para meu filho.
	b	Estou muito feliz pelo procedimento ter sido realizado com sucesso e tantos cuidados..
	c	A recuperação de meu filho foi imediata
	d	
21	a	Trouxe segurança para mim e para meu filho.
	b	Esclareceu todas as minhas dúvidas e diminuiu minha ansiedade e de meu filho.
	c	Eu e meu filho estamos felizes com o sucesso do procedimento e a alta hospitalar
	d	
22	a	Eu já tinha noção da doença de meu filho, mas não sabia era que o processo alérgico era tão grave.
	b	A assistência foi regular no pós-operatório, a funcionária queria usar luva comum no banho de meu filho.
	c	Fiquei muito estressada com essa situação. Depois de todo o cuidado que tiveram no CC
	d	
23	a	Foi ótima porque foram esclarecidas minhas dúvidas.
	b	Fui muito bem preparado, durante a visita por isso fiquei muito segura.
	c	Bem preparada equipe muito prestativa
	d	
24	a	Me senti segura ao saber que existem pessoas gente estudando um assunto tão diferente para mim.
	b	Todos nos trataram com carinho e profissionalismo
	c	
	d	