

AVALIAÇÃO DOS EFEITOS DO JEJUM PROLONGADO NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIOS

Evaluation of the effects of prolonged furniture prior to and after operating

Evaluación de los efectos del jejum prolongado en el pré y post operatorios

Ana Cristina Silva Pinto¹; Rosiane Santos Ferreira^{2*}; Priscilla Manhães Gomes³; Lidiane Bonin de Andrade⁴; Janaína de Medeiros Tavares⁵

Como citar este artigo:

Pinto ACS, Ferreira RS, Gomes PM, et al. Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. Rev Fun Care Online.2021. jan./dez.; 13:1161-1166. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9057>

ABSTRACT

Objective: To investigate prolonged fasting in patients who underwent abdominal and gastrointestinal surgical procedures with general anesthesia, and possible complications in the pre, intra and postoperative periods.

Method: an exploratory-descriptive study, with retrospective-documental cross-section and qualitative-quantitative approach, performed at a Federal Hospital of *Rio de Janeiro*, with documentary analysis from January 2013 to April 2018. **Result:** there was a great variation in time of preoperative fasting, with 0.3% of patients fasted for up to 8 hours and 11.3% for up to 12 hours, some cases reaching more than 24 hours fasting.

Conclusion: Patients were found to be in perioperative fasting far beyond the stipulated safety standards, generating complications that cause discomfort to the patient, impair rehabilitation, increase length of hospital stay, and burden the system.

Descriptors: Fasting, Nursing, Perioperative care, Operative surgical procedures, Nursing research.

¹ Doutoramento em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ. Professor Adjunto II da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - UNIRIO Rio de Janeiro - RJ - Brasil

² Especialização em medicina clínica e cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. São Gonçalo - RJ - Brasil

³ Especialização em medicina clínica e cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. São Gonçalo - RJ - Brasil

⁴ Especialização em medicina clínica e cirúrgica pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro - RJ - Brasil.

⁵ Licenciatura em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (1996). Actualmente é enfermeira no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro - RJ - Brasil

RESUMO

Objetivo: Investigar o jejum prolongado em pacientes que submeteram-se a procedimentos cirúrgicos abdominais e do trato gastrointestinal com uso de anestesia geral, e as possíveis complicações no pré, intra e pós-operatório.

Método: um estudo exploratório-descritivo, com recorte transversal retrospectivo-documental e abordagem quali-quantitativa, realizado num Hospital Federal do Rio de Janeiro, com análise documental referente ao período de janeiro de 2013 a abril de 2018. **Resultado:** houve uma grande variação no tempo de jejum pré-operatório, 0,3% dos pacientes fizeram jejum até 8 horas e 11,3% até 12 horas, alguns casos chegaram a fazer mais de 24 horas de jejum. **Conclusão:** foi perceptível que dentre prontuários analisados, os pacientes permaneceram em jejum perioperatório muito superiores fora dos padrões de segurança estipulados, gerando intercorrências que causam desconforto ao paciente, prejudicam a reabilitação, aumentam o tempo de internação e oneram o sistema.

Descritores: Jejum, Enfermagem, Assistência perioperatória, Procedimentos cirúrgicos operatórios, Pesquisa em enfermagem.

RESUMEN

Objetivo: Investigar el ayuno prolongado en pacientes que se sometieron a procedimientos quirúrgicos abdominales y del tracto gastrointestinal con uso de anestesia general, y las posibles complicaciones en el pre, intra y postoperatorio. **Método:** un estudio exploratorio y descriptivo, con recorte transversal retrospectivo y documental con el abordaje cuali y cuantitativo, realizado en un Hospital Federal de Rio de Janeiro, con análisis documental referente al período de enero de 2013 a abril de 2018. **Resultado:** ocurrió una gran variación en el tiempo de ayuno preoperatorio, 0,3% de los pacientes hicieron ayuno hasta 8 horas y 11,3% hasta 12 horas, algunos casos llegaron a hacer más de 24 horas de ayuno. **Conclusión:** fue notable que entre los prontuarios analizados, los pacientes permanecieron en ayuno perioperatorio muy superiores fuera de los estándares de seguridad estipulados, generando intercurrencias que causan incomodidad al paciente, perjudican la rehabilitación, aumentan el tiempo de internación y el sistema.

Descriptores: Ayuno, Enfermeira, Asistencia perioperatoria, Procedimientos quirúrgicos operativos, Investigación en enfermeira.

INTRODUÇÃO

Por volta da década de 1950, quando as técnicas anestésicas eram realizadas ainda com clorofórmio, com o intuito de prevenir complicações pulmonares associadas ao vômito e a aspiração do conteúdo gástrico instituiu-se rotineiramente o jejum noturno pré-operatório de 8 a 12 horas antes dos procedimentos cirúrgicos com uso de indução anestésica. A instituição dessa rotina garante o esvaziamento gástrico e evita a broncoaspiração durante a indução anestésica. Mendelson foi um dos pioneiros a instituir o jejum pré-operatório ao observar um grupo de gestantes que após a anestésica geral, broncoaspirou o conteúdo gástrico durante o parto, dando o seu nome a essa intercorrência, Síndrome de Mendelson.¹

Com o passar dos anos, tem-se tentado melhorar as rotinas do jejum afim de evitar a síndrome de Mendelson,

e a enfermagem tem papel fundamental no preparo dos paciente no pré-operatório realizando exame físico, orientando quanto a retirada de acessórios, roupas, esvaziamento da bexiga, higiene corporal, capilar e oral, a remoção de próteses e principalmente quanto ao preparo do jejum.

Mas tem sido perceptível em alguns casos o jejum torna-se muito prolongado. Esse prolongamento excessivo ocorre por diversas razões, dentre elas o atraso do início da cirurgia, transferência de horário ou local de realização, adiamentos para outro período do dia ou por cancelamento da mesma e a demora do retorno da dieta, o que torna prejudicial para os pacientes, principalmente os idosos. A experiência cirúrgica acaba se tornando traumatizante e os abalos negativos são sentidos física e mentalmente uma vez que o jejum prolongado potencializa as alterações ligadas ao fato cirúrgico.²

Em um ambiente hospitalar a comunicação é bem prejudicada devido a grande carga de trabalho das equipes e aos conflitos interpessoais. O enfermeiro, enquanto gerente, precisa ter competência comunicativa para gerenciar os conflitos interpessoais evitando que gerem estresse e interfiram na assistência ao paciente.

O jejum prolongado é visto por alguns de forma negativa, pois traz alguns riscos, dentre eles o aumento da resistência à insulina, perda de massa muscular e proteica.¹ A ASA (*American Society of Anesthesiologists*)³, após revisão de estudos, elaborou *guidelines* para o jejum pré-operatório, no qual recomenda: - Jejum de 2 horas: líquidos claros sem álcool e com um pouco de açúcar; - Jejum de 4 horas: leite materno para recém nascidos e lactentes; - Jejum de 6 horas: dieta leve e leite não materno, e para crianças fórmula infantil; - Jejum de 8 horas: alimentos gordurosos, frituras e carnes.

Atualmente existem projetos que visam a minimização dos agravos, traumas e estresses decorrentes dos procedimentos cirúrgicos e melhora das técnicas perioperatórias. A nível mundial destaca-se o protocolo europeu ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) da *The European Society of Clinical Nutrition and Metabolism*, no qual médicos do norte da Europa desenvolveram um projeto multicêntrico para apoio da medicina baseada em evidências descrevendo cuidados perioperatórios com recomendações para a assistência ao paciente em várias etapas do processo operatório.⁴

No Brasil, baseado no protocolo ERAS, foi criado o Projeto Acerto (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória). Esse projeto define algumas rotinas de prescrição pré operatória, como suporte nutricional, diminuição do período de jejum pré-operatório; intra operatório, como a diminuição da hidratação venosa e de outros fluidos; e pós-operatório como a realimentação precoce e restrição quanto ao uso de sondas e drenos. Demonstraram através da implantação do protocolo multidisciplinar o envolvimento dos serviços de cirurgia

geral, anestesia, nutrição, enfermagem e fisioterapia, que estabelece um conjunto de cuidados perioperatórios visando melhorar a recuperação do paciente cirúrgico.⁴

A partir do contexto do jejum prolongado e a necessidade de verificar e discutir a ocorrência de complicações pré, intra e pós operatórias, o presente estudo teve como objetivo principal investigar o jejum prolongado em pacientes que submeteram-se a procedimentos cirúrgicos abdominais e do trato gastrointestinal com uso de anestesia geral, e as possíveis complicações no pré, intra e pós-operatório através da análise documental dos que estiveram internados no setor de cirurgia geral e já obtiveram alta hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com recorte transversal retrospectivo-documental e abordagem quali-quantitativa. A coleta de dados ocorreu entre janeiro a março de 2019 no Serviço de Documentação e Estatística Médica de um Hospital Federal do Rio de Janeiro, no qual dos documentos disponibilizados, permitiu-se a análise de 1.382 prontuários oriundos da Cirurgia Geral, com recorte temporal de janeiro de 2013 a abril de 2018, dentre os quais 610 prontuários estavam de acordo com os critérios de inclusão: prontuários de pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos abdominais e do trato gastrointestinal com uso de anestesia geral; pacientes que permaneceram em jejum após 8 horas e não realizaram o procedimento cirúrgico programado no primeiro momento, porém posteriormente o fizeram; pacientes que obtiveram alta hospitalar e pacientes maiores de 18 anos. Os dados foram coletados através de uma ficha avaliativa constando de 22 itens.

A pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12; bem como a Norma Operacional 1/2013 ambas do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares; garantindo assim, confidencialidade, sigilo e anonimato das informações fornecidas. A coleta de dados teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Federal em questão, sob o número 3.039.912. Justificamos a necessidade deste estudo pela grande lacuna que existe no desempenhado pelas instituições de saúde e nas evidências fortes comprovadas e protocoladas por vários estudos científicos que por falta de comunicação entre as equipes, resistência e ignorância não se executam, desconsiderando os princípios de beneficência e não maleficência.

RESULTADOS

Dos 610 prontuários analisados de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos abdominais e do trato gastrointestinal com uso de anestesia geral eram do sexo feminino 75,1 (75,1%), e do sexo masculino 24,9

(24,9%), com maior prevalência entre 50 a 69 anos em ambos os sexos.

Em relação ao sítio cirúrgico, a vesícula biliar foi o órgão mais abordado em ambos os sexos, porém o sexo feminino apresentou uma porcentagem maior em relação ao masculino; os dados encontram-se na **tabela 1**.

Tabela 1 - Porcentagem dos procedimentos cirúrgicos dos sujeitos investigados em relação ao sexo feminino e masculino. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

INTERCORRÊNCIAS DECORRENTES DO JEJUM	PRÉ	INTRA	PÓS	TOTAL
Alterações cardiovasculares	133	15	159	304
Alterações metabólicas	66	10	132	202
Alterações respiratórias	5	1	40	46
Convulsão/espasmo	0	1	3	4
Desconforto gastrointestinal	281	0	101	382
Desidratação	1	0	1	2
Dor em sítio cirúrgico	1	0	31	32
Fome	2	0	2	2
Inapetência	24	0	8	32
Insônia	2	0	3	5
Instabilidade hemodinâmica	2	4	10	15
Labilidade emocional/ansiedade	28	0	16	44
Mal estar generalizado	284	4	230	517
Não há relato	231	567	251	1.049
Parada cardiorrespiratória	0	0	4	4
Perda ponderal	16	0	5	21
Quadros infecciosos	11	0	46	57
Rebaixamento nível consciência	4	0	9	13
Refluxo gástrico/regurgitação	5	0	6	11
Sede	2	0	2	4
Sonolência	1	0	10	11
Total	1099	602	1069	2757

Destacamos a ausência de registros das equipes quanto as intercorrências durante o período perioperatório (1.049), principalmente no período intra operatório (567), o que dificulta um resultado mais fidedigno da pesquisa. Analisando as intercorrências decorrentes do jejum descritas na **tabela 2**, houve relatos mal-estar generalizado (517).

As alterações cardiovasculares no pré-operatório (133) foram relatadas relacionadas a ansiedade para o ato cirúrgico e a fome devido ao jejum prolongado, e em muitos casos se mantiveram no pós-operatório (159), como hiper e hipotensão, arritmia, taquicardia e bradicardia.

Quadro 1 - Intercorrências decorrentes do tempo de jejum no pré, intra e pós-operatório. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

REGIÃO CIRÚRGICA	FEMININO (%)	MASCULINO (%)
Apêndice	0,8	0
Baço	0,5	0
Cavidade abdominal	6,1	2,7
Cólon	1,6	2,7
Duodeno e pâncreas	0,2	0,6
Esôfago	0,6	0,8
Estômago e intestino delgado	1	0,6
Estômago	5,6	1,8
Fígado	1,3	1,2
Fígado e intestino	0,5	0,3
Íleo	0,5	0,6
Intestino grosso	0,5	2
Intestino delgado	0,2	0,3
Pâncreas	0,3	0
Reconstrução do trânsito intestinal	1,8	0,6
Retto	1,8	0,6
Retto e sigmoide	5,1	2,7
Vesícula biliar	46,7	7,4
Total	75,1%	24,9%

De acordo com a avaliação do tempo de jejum estipulado pela equipe médica mostrado na **tabela 2**, não houve um padrão ou tempo médio ajustado pelas equipes para o jejum pré-anestésico/cirúrgico, podendo ser observado na **tabela 3**, apesar de se tratar de mesma área cirúrgica. Houve uma grande variação no tempo de jejum pré-operatório, no qual três (3) pacientes fizeram jejum até 8 horas (0,5%) e 69 fizeram até 12 horas (11,3%), alguns casos chegaram a fazer mais de 24 horas jejum.

Tabela 2 - Tempo de jejum estipulado pela equipe médica no pré-operatório. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Tempo estipulado de jejum	N	%
8h	272	44,6
>8h	151	24,8
10h	7	1,1
>10h	3	0,5
12h	172	28,2
>12h	1	0,2
Sem relato	4	0,6
Total	610	100

Tabela 3 - Distribuição das variáveis do tempo de jejum pré-operatório em horas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019

Horas de jejum pré-operatório	N	%	Total de horas	Média de horas
8h - 8h59min	3	0,5	25h 30m	08h 30min
9h - 9h59min	18	2,9	173h 05min	09h 36min
10h - 10h59min	129	21,1	1343h 05min	10h 24min
11h - 11h59min	90	14,7	1015h 09min	11h 16min
12h - 12h59min	69	11,3	857h 51min	12h 25min
13h - 13h59min	51	8,4	682h 33min	13h 23min
14h - 14h59min	49	8	707h 55min	14h 26min
15h - 15h59min	55	9	849h 24min	15h 26min
16h - 16h59min	40	6,5	657h 05min	16h 25min
17h - 17h59min	26	4,3	452h 20min	17h 23min
18h - 18h59min	34	5,6	623h 20min	18h 20min
19h - 19h59min	15	2,5	289h 33min	19h 18min
20h - 20h59min	4	0,6	81h 15min	20h 18min
21h - 21h59min	4	0,6	86h 51min	21h 42min
22h - 22h59min	2	0,3	44h 20min	22h 10min
23h - 23h59min	1	0,2	23h	23h
34h - 34h59min	1	0,2	34h 30min	34h 30min
36h - 36h59min	1	0,2	36h 40min	36h 40min
38h - 38h59min	1	0,2	38h 25min	38h 25min
60h - 60h59min	1	0,2	60h 20min	60h 20min
84h - 84h59min	1	0,2	84h 40min	84h 40min
150h - 150h59min	2	0,3	300h	150h
817h - 817h59min	1	0,2	817h	817h
Sem dados	5	0,8	-	-
Urgência	6	1	-	-
Óbito	1	0,2	-	-
Total	610	100	9283h 51min	1475h37min

Dos prontuários analisados observamos que a reintrodução da dieta em até 24h (77%) ocorreram acima das recomendações preconizadas (12-24h). Apesar disso ao analisarmos o tempo de jejum em horas encontramos pacientes com uma média de horas de jejum exacerbado de 153 horas e 06 minutos (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das variáveis do tempo de jejum pós-operatório em horas. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2019.

Horas de jejum pós-operatório	N	%	Total de Horas	Média de horas
1min - 10h	376	61,6	1375h 52min	3h 39min
11h - 20h	94	15,4	1472h 32min	15h 39min
21h - 30h	8	1,3	190h 45min	23h 50min
31h - 40h	39	6,4	1488h 43min	38h 10min
41h - 50h	24	4	1012h 41min	42h 11min
51h - 60h	2	0,3	116h 20min	58h 10min
61h - 70h	35	5,7	2259h 01min	64h 32min
71h - 80h	2	0,3	156h 02min	78h 01min
81h - 90h	9	1,5	7840h 07min	87h 07min
91h - 100h	1	0,2	91h 15min	91h 15min
Acima de 101h	13	2,1	1990h 23min	153h 06min
Sem dados	1	0,2	-	-
Óbitos	6	1	-	-
Total	610	100	16981h	665h 40min

DISCUSSÃO

O paciente cirúrgico é bastante vulnerável tanto pela intervenção que será submetido, quanto as mudanças que podem ocorrer durante o processo. O jejum prolongado ocasiona grande desconforto ao paciente, provocando ansiedade e agitação pré ato cirúrgico, potencializando alterações metabólicas como a resistência insulínica resultando em hiperglicemia e também a diminuição da insulina nos tecidos periféricos o que dificulta a captação da glicose, consequentemente afetando a recuperação, aumentando o tempo de internação.⁵ Por isso, é importante que toda a equipe de enfermagem esteja preparada para garantir a segurança, conforto e o bem-estar deste paciente, assegurando uma assistência à saúde de qualidade.

O paciente que é mantido em jejum prolongado, torna-se mais susceptível as infecções, pois ocorre alterações metabólicas com a diminuição do aporte calórico que o leva a desnutrição, aumentando a dificuldade da resposta inflamatória e a queda do sistema imunológico. Quando o jejum ultrapassa 12 horas, geram alterações cardiovasculares e pressóricas importantes. Ocorre depleção no volume intravascular por desequilíbrio compartimental com redução de cerca de um litro de líquido e o organismo não para, a eliminação de líquidos continua através da respiração, transpiração, salivação e das demais funções. Com isso, o organismo ativa vários mecanismos na tentativa de equilibrar e atenuar os sintomas da perda de líquidos que associados a alterações causadas pelos medicamentos utilizados na anestesia geral podem levar ao completo desajuste hemodinâmico.⁶

Em relação ao pós-operatório a alimentação precoce entre 12 - 24 horas melhora o bem-estar do paciente e tem papel importante no processo de recuperação pós-operatória acelerando o processo de cicatrização, além disso, também deve ser considerado o fator psicológico da privação do alimento. Em se tratando de custos a alimentação precoce deve ser considerada como fator de redução, já que os pacientes que se alimentam precocemente tendem a ter tempo menor de internação onerando menos o sistema.⁷⁻⁸

Segundo Ortolon, Kovalski, Belonci e Ferreira⁹, o convencional jejum noturno comumente chamado de “nada pela boca”, acentua os sintomas de sede, desidratação, fraqueza, fome, irritabilidade e ansiedade no pós-operatório. A sede costuma ser muito relatada pelos pacientes, o que ocasiona grande desconforto, irritabilidade e ansiedade para o mesmo, porém é um sintoma pouco valorizado pelas equipes, havendo poucos registros.¹⁰

Tem sido cada vez mais perceptível que os pacientes estão mantendo jejum cada vez maior, com o tempo diferente do que foi prescrito no pré e pós-operatórios, o que acaba passando despercebido pelos profissionais²⁻¹¹, expondo a necessidade dos profissionais médicos de se reajustarem as novas políticas e protocolos estabelecidos mundialmente.

Atualmente existem recomendações de jejum para os diferentes tipos de alimentos, pois eles diferem tanto na digestão quanto na absorção. A ASA (*American Society of Anesthesiologists*)³ recomenda jejum de até 2 horas para líquidos claros e sem resíduos, de até 6 horas para refeições leves e de até 8 horas para carne e alimentos gordurosos.

Pensando em maneiras de minimizar os agravos causados pelo jejum prolongado e acelerar a recuperação pós operatória, foi implantado no Brasil o Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós Operatória) que considera diversos aspectos quanto ao cuidado ao paciente cirúrgico como a restrição quanto ao uso de sonda nasogástrica e drenos, deambulação precoce, abreviação do jejum pré-operatório, retorno precoce da dieta no pós-operatório e restrição de hidratação venosa.¹

O Projeto ACERTO recomenda como uma forma de abreviar o tempo de jejum a ingestão de líquido enriquecido com maltodextrina, um carboidrato que auxilia em reverter a resistência à insulina causada pelo trauma cirúrgico¹, e também tem fator psicológico benéfico na redução da ansiedade e da fome causados pelo jejum.

Segundo Campos, Barros-Neto, Guedes e Moura¹², pacientes que obtiveram algum aporte com bebida à base de carboidrato no pré-operatório evitaram a associação de dois ou mais sintomas envolvendo o trato gastrointestinal dentre eles a distensão abdominal e vômitos. A ingestão de líquidos no pré-operatório se torna benéfica para o paciente pois além de evitar a desnutrição, evita também a sede.

A Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral em associação com a Associação Brasileira de Nutrologia, desenvolveram um projeto de diretrizes para auxiliar os médicos sobre a abordagem de uma melhor terapia nutricional ao paciente no perioperatório. Esse projeto visa diminuir os casos de desnutrição nos pacientes cirúrgicos, pois a mesma gera complicações no pós-operatório e ao óbito. Eles recomendam de 7 a 14 dias de terapia nutricional no pré-operatório para pacientes com maior risco de desnutrição, que será submetido a cirurgias de médio e grande porte e a reintrodução da dieta o mais precoce no pós-operatório, entre 12 e 24 horas após a cirurgia.⁷

CONCLUSÕES

Em um ambiente hospitalar a comunicação é bem prejudicada devido a grande carga de trabalho das equipes, o engessamento e aos conflitos interpessoais. Gerenciar esses conflitos exige do enfermeiro enquanto gerente, conhecimento e a habilidade de se comunicar ou seja, que desenvolva competência comunicativa, assim evita com que esses conflitos gerem estresse e interfiram na assistência.

É possível observar falhas na comunicação entre as equipes, que conseqüentemente trazem transtornos aos pacientes internados, principalmente em relação ao período de jejum pré estabelecido que se apresenta incoerente com os protocolos atuais, a falta de padronização para o início do horário de jejum que não leva em consideração as condições dos pacientes e ou dos estudos, também quanto ao retorno da dieta, o jejum prolongado por cancelamento de procedimentos ou cirurgias, o tempo de internação evitando assim as intercorrências apresentadas no presente estudo para o bem estar físico e mental do paciente.

Foi perceptível dentre prontuários analisados, os pacientes permaneceram em jejum perioperatório muito superiores fora dos padrões de segurança estipulados, gerando intercorrências que causam desconforto ao paciente, prejudicam a reabilitação, aumentam o tempo de internação e oneram o sistema. Sugerimos que novas práticas sejam adotadas pela equipe multidisciplinar do hospital de pesquisa em questão nas rotinas do serviço alterando assim condutas conservadoras com a implantação de protocolos vigentes e inteirando toda a equipe de saúde do paciente durante a internação hospitalar, além do próprio e dos seus familiares. Que novos estudos surjam para melhorar nossas condutas clínicas.

REFERÊNCIAS

1. Silva AH, Miguez BB, Oliveira AP, Ferreira JM. A importância da redução do tempo de jejum Pré-operatório: uma revisão literária. *Cad bras med.* [internet] 2019 [acesso em: 14 de maio de 2019]; 2 (2). Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1389/604>
2. Pierotti I, Nakaya TG, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Fonseca FL. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. *Rev baiana enferm.* [internet] 2018 [acesso em: 14 de maio de 2019]; 32:e27679. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679/17307>
3. American Society of Anesthesiologists (ASA). Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration: Application to Healthy Patients Undergoing Elective Procedures. *Anesthesiology.* [internet] 2017 [acesso em: 14 de maio de 2018]; 126: 376-93. Disponível em: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=2596245>.
4. Marcarini M, Rosa SC, Wieck FP, Betti AH. Abreviação do Jejum em Pacientes Submetidos a Cirurgia Cardíaca. *Braspen J.* [internet] 2017 [acesso em: 14 de maio de 2019]; 32 (4): 375-9. Disponível em: <http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/13-Abrevisacao-do-jejum.pdf>.
5. Martins AJC, Serva CAS, Fonseca TH, Martins MJL, Poveda VB. Jejum Inferior a Oito Horas em Cirurgias de Urgência e Emergência Versus Complicações. *Rev Bras Enferm.* [internet] 2016 [acesso em: 09/03/2018]; 69(4): 712-7. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000400712.

6. Alves DR, Ribieras R. O Jejum Influencia a Responsividade à Pré-carga em Voluntários ASA I e II? *Rev Bras Anesthesiol.* [internet] 2017 [acesso em: 14 de maio de 2019]; 67(2):172-179. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v67n2/pt_0034-7094-rba-67-02-0172.pdf
7. Nascimento JEA, Campos AC, Borges A, Correia MITD, Tavares GM. Terapia Nutricional no Perioperatório. Projetos Diretrizes de Terapia Nutricional. *Rev Assoc Med Bras.* [internet] 2011 [acesso em: 10/03/2018]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_no_perioperatorio.pdf.
8. Nunes FLS, Gadelha PCFP, Costa MDS, Amorim ACR, Lima KVG, Silva MGB. Tempo de Jejum Perioperatório Versus Tempo de Permanência Hospitalar e Complicações Pós Operatórias em Pacientes Submetidos a Cirurgias do Trato Gastrointestinal e de Parede Abdominal. *Nutr clín diet Hosp.* [Internet] 2015 [acesso em:14 de maio de 2019]; 35(2): 35-40 DOI: 10.12873/352dasnunes. Disponível em: <http://revista.nutricion.org/PDF/352dasnunes.pdf>.
9. Ortolon GL, Kovalski MG, Belonci CGC, Ferreira VA. Análise do Tempo de Jejum Pré-Operatório em Cirurgias Eletivas do Hospital Universitário de Ponta Grossa – PR. *Rev Méd Paraná.* [internet]. 2017 [acesso em:21 de maio de 2019]; 76(2):33-38. Disponível em: http://www.amp.org.br/site/arquivos/revistasarquivos/revista-medica-do-parana-volume-76-n-2-julho-dezembro-2018_1539876548.pdf#page=33.
10. Aroni P, Ribeiro RP, Fonseca LF. Elaboração e Validação de Escala de Avaliação da Sede no Paciente Cirúrgico: nota prévia. *Semina cienc bio saude.* 2015; 36(1): 311-316.
11. Francisco SC, Batista ST, Pena GG. Jejum em Pacientes Cirúrgicos Eletivos: comparação entre o tempo prescrito, praticado e o indicado em protocolos de cuidados perioperatórios. *ABCD arq bras cir dig.* 2015; 28(4): 250-254.
12. Campos SBG, Barros-Neto JA, Guedes GS, Moura FA. Jejum Pré-operatório: por que abreviar? *ABCD arq bras cir dig.* [internet] 2018 [acesso em: 14 de maio de 2019]; 31(2):e1377. DOI: /10.1590/0102-672020180001e1377. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/abcd/v31n2/pt_0102-6720-abcd-31-02-e1377.pdf.

]

Recebido em: 28/05/2019
Revisões requeridas: 25/10/2019
Aprovado em: 03/02/2020
Publicado em: 14/06/2021

***Autor Correspondente:**

Rosiane Santos Ferreira
Rua Zelindo Moura, nº 77 sobrado
Rocha, São Gonçalo, RJ, Brasil
E-mail: rosianesantossf@gmail.com
Telefone: +55 (21) 9 94366462
CEP: 24.420-570