

Tempo de jejum pré-operatório: avaliação após implementação de protocolo de abreviação em um complexo hospitalar de Pernambuco

CPreoperative fasting time: evaluation after implementation of abbreviation protocol in a hospital complex in Pernambuco

Ricardo Nascimento de OLIVEIRA¹  Silene Alves PEREIRA² 
Fabiana de Arruda LUCCHESI/²  Maria Goretti Pessoa de Araújo BURGOS¹ 

¹Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

²Real Hospital Português de Beneficência de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

*Autor Correspondente: ricardo.oliveira.nutri@gmail.com r

RESUMO

É prática comum o jejum prolongado pré-operatório, sendo prejudicial e com pior repercussão metabólica associada à cirurgia. A abreviação do jejum pré-operatório apresenta bons resultados, não se associando a riscos adicionais. Avaliar a variação de tempo de jejum pré-operatório prescrito e o tempo efetivamente em jejum, em pacientes adultos e idosos submetidos a cirurgias eletivas. Estudo retrospectivo, descritivo, transversal e de natureza quantitativa. Incluídos pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, que realizaram abreviação do jejum pré-operatório em cirurgias eletivas num complexo hospitalar do Recife-PE. Foram coletados dados sociodemográficos, clínicos, rastreio do risco nutricional através da Nutritional Risk Screening-2002 e dados referentes aos procedimentos cirúrgicos. O estado nutricional foi avaliado por meio da antropometria. Foram analisados 115 pacientes, majoritariamente idosos (≥ 60 anos) (65,2%) do sexo masculino (56,5%), com idade média $61,9 \pm 13,7$ anos, sendo a principal comorbidade observada hipertensão (61,2%). A mediana do tempo de jejum pré-operatório foi de 4 horas e 50 minutos ± 1 hora e 51 minutos. O maior grupo de cirurgias realizadas foram as vasculares (46,1%). Em relação ao risco nutricional, 64,3% apresentavam-se sem risco. Como principal desfecho clínico, observamos a alta hospitalar (93,9%). A avaliação da eficácia do protocolo de abreviação do jejum pré-operatório apresentou resultado em desacordo com os principais guidelines recentes sobre o tema. A implementação do protocolo possibilita a redução do tempo de privação alimentar, possivelmente melhorando a recuperação, cicatrização e reduzindo parâmetros inflamatórios. Assim, sugere-se a melhor adesão por parte das equipes envolvidas a fim de otimizar o protocolo.

Palavras-chave: cirurgia geral; estado nutricional; jejum; terapia nutricional.

ABSTRACT

Prolonged preoperative fasting is common practice, which is harmful with worse associated metabolic repercussions with surgical procedure. Abbreviation of preoperative fasting presents good results and is not associated with additional risks. Evaluate the variation in prescribed preoperative fasting time and actual fasting time in adult and elderly patients undergoing elective surgeries in a hospital complex in Recife-PE. Retrospective, descriptive, cross-sectional, and quantitative study. Adult and elderly patients of both sexes who underwent abbreviation of preoperative fasting in elective surgeries were included. Sociodemographic and clinical data, nutritional risk screening through the Nutritional Risk Screening-2002 and data relating to surgical procedures. Nutritional status was assessed through anthropometry. 115 patients were evaluated, mostly elderly (≥ 60 years old) (65.2%), male (56.5%), with a mean age of 61.9 ± 13.7 years, and the main comorbidity observed was hypertension (61.2%). The median preoperative fasting time was 4 hours and 50 minutes ± 1 hour and 51 minutes. The largest group of surgeries performed were vascular surgeries (46.1%). Regarding nutritional risk, 64.3% were without risk. The main clinical outcome was hospital discharge (93.9%). The evaluation of effectiveness of the preoperative fasting abbreviation protocol showed a result that was at odds with the main recent guidelines on the subject. The implementation of preoperative fasting abbreviation protocol makes it possible to reduce time of food deprivation, possibly improving postoperative recovery, healing and reducing inflammatory parameters. Therefore, it is suggested that there is a need for better adherence by the teams involved in order to optimize the protocol.

Keywords: fasting; general surgery; nutritional therapy; nutritional status

Citar este artigo como:

OLIVEIRA, R. N. de; PEREIRA, S. A.; LUCCHESI, F. de A.; BURGOS, M. G. P. de A. Tempo de jejum pré-operatório: avaliação após implementação de protocolo de abreviação em um complexo hospitalar de Pernambuco. Nutrivisa Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. e15594, 2025. DOI: 10.52521/nutrivisa.v12i1.15594. Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/nutrivisa/article/view/15594>.

INTRODUÇÃO

As cirurgias ocupam lugar de destaque entre as modalidades de tratamento existentes atualmente para diferentes doenças, com mais de 312 milhões de procedimentos realizados anualmente em todo o mundo (Poveda *et al.*, 2021). No Brasil, em 2024, foram realizadas mais de 13 milhões de cirurgias, segundo dados do Ministério da Saúde (Augusto, 2025). Em decorrência do procedimento cirúrgico, estão associadas uma série de respostas metabólicas, que incluem resistência insulínica, aumento de hormônios catabólicos, degradação proteica e proteólise muscular para reparação tecidual (Lucchesi; Gadelha, 2019). Essas alterações são diretamente proporcionais ao estresse cirúrgico e correlacionadas ao estado nutricional do paciente. Na existência de desnutrição prévia, eleva-se o risco de incapacidade após o procedimento, bem como maior tempo de hospitalização (Araújo *et al.*, 2022).

O procedimento cirúrgico, mesmo que de baixa complexidade, gera um trauma no paciente e acarreta em uma resposta metabólica levando ao aumento na produção de catecolaminas e glicocorticóides. Essa complexa cascata fisiológica desencadeia alterações no tônus cardiovascular e no padrão respiratório, disfunção gastrointestinal, reação inflamatória, catabolismo proteico e alterações no metabolismo intermediário, que desencadeiam um estado de resistência insulínica e hiperglicemia no pós-operatório (Schwenk, 2022).

É prática comum o jejum por período prolongado, no pré-operatório em vários serviços. Esse é definido como a privação completa de alimentos e bebidas, por 08 a 12 horas, prévios à indução anestésica (Njoroge *et al.*, 2017), sendo prejudicial conforme esse tempo se prolongue (Carvalho *et al.*, 2020).

As bases para a prática do jejum noturno no período pré-operatório foram instituídas a partir do relato de casos de aspiração broncopulmonar após a anestesia, tornando-se rotina o jejum pré-operatório de 08 a 12h (Mendelson, 1946; Garcia *et al.*, 2021). É importante ressaltar que os resultados

do estudo do principal pesquisador, que correlacionou o risco de aspiração à indução anestésica, foram feitos com públicos de emergência e urgência, sendo extrapolados empiricamente para cirurgias eletivas (De Aguilar-Nascimento; Dock-Nascimento; Sierra, 2020).

Em 2005, o grupo ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) apresentou diversas modificações aos cuidados tradicionais pré-operatórios, iniciando um protocolo para reduzir o tempo de privação alimentar, utilizando uma solução com maltodextrina a 12,5%, 02 horas antes da operação, visando à redução da resposta orgânica ao trauma (American Society of Anesthesiologists Comitê, 2011). No mesmo ano, as modificações proposta pelo grupo ERAS foram adaptadas à realidade brasileira pelo projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) (De Aguilar-Nascimento *et al.*, 2021).

O protocolo multimodal do projeto ACERTO preconiza a aceleração da recuperação do paciente no período pós-operatório, o que inclui a prevenção de complicações, a restrição de fluídos intravenosos para além do necessário, o uso de antibioticoterapia e o controle das condições nutricionais ofertadas no perioperatório (De Aguilar-Nascimento; Dock-Nascimento; Sierra, 2020).

Nos últimos anos, foram incorporadas outras bebidas na soluções utilizadas na abreviação do jejum pré-operatório. Para além das soluções contendo apenas maltodextrina, novas formulações contendo proteínas, aminoácidos, antioxidantes, eletrólitos, oligoelementos e vitaminas foram avaliadas e estão disponíveis no mercado. Inclusive, observou-se que a adição de proteínas ou aminoácidos melhora ainda mais a resistência insulínica, diminuindo também a perda de massa magra, reduzindo a resposta metabólica ao trauma (De Aguilar-Nascimento; Dock-Nascimento; Sierra, 2020).

Apesar dos benefícios associados, dificuldades foram observadas em relação à implantação do projeto ACERTO, como no estudo de Teixeira *et al.* (2020) que refere entre esses, a falta de capacitação dos profissionais envolvidos, resistência e

recusa desses em realizarem a intervenção sugerida pelo protocolo, até mesmo desencorajando os pacientes a realizarem a abreviação do jejum.

A aplicação do protocolo é utilizada em pacientes adultos candidatos a cirurgias eletivas, no período pré-operatório, sendo obtidos bons resultados nos últimos anos, sem associar-se a riscos adicionais de aspiração, com recuperação precoce da função intestinal, melhora da sensibilidade à insulina e da resposta ao trauma cirúrgico (De Aguiar-Nascimento *et al.*, 2021). Esse consiste na limitação do tempo de jejum pré-operatório de 6 horas para alimentos leves e de 8 horas para refeições completas, bem como em 2 horas para líquidos claros (Joshi *et al.*, 2023).

Nesse contexto, a avaliação da eficácia do protocolo de abreviação do jejum pré-operatório em pacientes submetidos ao protocolo de abreviação de jejum em um hospital de referência de Pernambuco se faz necessária, sendo a aplicação desse projeto de grande importância, com possível otimização do protocolo e do prognóstico do paciente.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo retrospectivo, descritivo, de delineamento transversal e de natureza quantitativa, realizado no período de junho a novembro de 2024, em um hospital terciário de beneficência da cidade de Recife-PE, Brasil. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Real Hospital Português com número de processo CAAE 81500524.0.0000.9030.

A amostra foi selecionada por conveniência, sendo analisados pacientes adultos e idosos, de ambos os sexos, que realizaram cirurgias relacionadas ao trato gastrointestinal, cardíaca, urológica, nefrológica, vascular, ortopédica, traumatológica, pneumológica, ginecológica, cabeça e pescoço e plástica e que realizaram abreviação do jejum pré-operatório. Por terem sido coletados dados de prontuário eletrônico, de pacientes internados em enfermarias cirúrgicas e em UTIs, do período de outubro de 2023 a abril

de 2024, foi dispensada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos os pacientes que necessitaram de intervenção cirúrgica de emergência ou que a necessite adicionalmente; pacientes nos quais os dados sobre a indicação do jejum pré-operatório não constavam no prontuário; pacientes com prontuários incompletos sobre dados relevantes para o prosseguimento do estudo; pacientes nos quais não se foi possível realizar a avaliação física de forma apropriada (indivíduos com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, amputados); pacientes em cuidados paliativos ou em estado de terminalidade.

Foram coletados dados sociodemográficos e clínicos, incluindo idade, sexo, data de internamento hospitalar, comorbidades prévias, tipo de cirurgia e horário de início da cirurgia, desfecho clínico (alta hospitalar ou óbito) e tempo de internamento hospitalar.

A data e o horário da abordagem cirúrgica foram obtidos através do registro na nota operatória, e o tempo de jejum pré-operatório foi calculado como a diferença (em horas) entre o horário da última refeição e o tempo de indução anestésica, que foram obtidos através do registro na ficha de anestesia. A última refeição foi considerada a abreviação do jejum pré-operatório com solução de maltodextrina e proteína. O tempo de internamento hospitalar foi calculado como a diferença entre a data de alta hospitalar e/ou óbito e a data da cirurgia (em dias).

A triagem nutricional foi realizada através do Nutritional Risk Screening-2002 (NRS-2002), publicado e validado na Dinamarca em 2002, sendo o método preconizado pela European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) desde 2003 e que deve ser realizado em até 48h da admissão do paciente. Essa ferramenta é um bom preditor de mortalidade em pacientes hospitalizados. Os pacientes foram considerados em risco nutricional, conforme metodologia aplicada por Kondrup *et al.* (2003).

Os dados antropométricos coletados foram peso corporal e estatura, com posterior cálculo do Índice de Massa corporal (IMC) (GLANER,

2005). O IMC foi calculado utilizando-se a fórmula: peso (em quilos) dividido pela altura (em metros quadrados), sendo expresso em kg/m² e classificado de acordo com os pontos de cortes da World Health Organization (WHO) (1995) para adultos e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2002) para idosos. Os pacientes adultos que apresentaram algum nível de desnutrição foram classificados como “magreza” e adultos e idosos que apresentaram IMC acima da eutrofia foram classificados como “excesso de peso”, a fim de facilitar a análise estatística.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel 2019 e compilados por meio de análise univariada. As análises estatísticas foram conduzidas no software SPSS – Statistical Package for Social Sciences versão 21.0 (IBM, Armonk, NY). Foi adotado um nível de significância de 5% para rejeição da hipótese de nulidade. A normalidade foi avaliada usando o teste de Kolmogorov-Smirnov. Para caracterizar a amostra, foram calculadas as frequências absolutas (N) e relativas (percentuais) das classes de cada variável qualitativa. Para investigar associações entre variáveis qualitativas, aplicou-se o Teste Exato de Fisher.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo 121 pacientes, com perda amostral de 06 pacientes (4,95% da amostra total) por falta de informações relevantes para o prosseguimento do estudo. A média de idade foi $61,9 \pm 13,7$ anos, composta majoritariamente de idosos (65,2%) do sexo masculino (56,5%), com presença de alguma comorbidade (85,2%), sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) a mais frequente (61,7%), seguida de diabetes melittus (DM) (50,4%).

Em relação ao início da cirurgia, 69,6% da amostra apresentaram atraso superior a 30 minutos ou mais, 16,5% tiveram suas cirurgias antecipadas e 13,9% apresentaram atraso inferior a 30 minutos.

A mediana do tempo de jejum pré-operatório com solução de carboidratos e proteínas foi de 4 horas e 50 minutos \pm 1 hora e 51 minutos. Dos dados antropométricos analisados, foi verificado que a maior parte da amostra encontrava-se em eutrofia tanto para adultos quanto idosos. As características da amostra estão detalhadas na Tabela 1 e 2.

Não foi observada significância estatística para nenhuma associação feita no estudo, com o tempo de jejum e as variáveis analisadas. As associações estão descritas na Tabela 3.

A privação alimentar prolongada no pré-operatório é prática rotineira em centros cirúrgicos brasileiros, com diversas repercussões fisiológicas, entre elas a resistência à insulina, desidratação e aumento nas citocinas pró-inflamatórias (De Castello Branco *et al.*, 2022). A importância da redução do tempo do jejum pré-operatório é descrita na literatura, com múltiplos benefícios perioperatórios, como a modulação imunológica e redução na resposta inflamatória (Carvalho *et al.*, 2020).

Apesar da recomendação preconizada pelo protocolo ACERTO e pela Sociedade Americana de Anestesiologistas (Joshi *et al.*, 2023), observamos um tempo superior ao recomendado para uma solução contendo carboidratos e proteínas. Esse achado é semelhante ao observado em um estudo multicêntrico brasileiro realizado em 16 hospitais com 3.715 pacientes, onde, mesmo um sub-grupo que realizou abreviação do jejum pré-operatório, permaneceu por um tempo médio de 6 horas (De Aguiar-Nascimento *et al.*, 2014). Nosso resultado diverge das recomendações mais recentes feitas para a abreviação do jejum pré-operatório realizada com líquidos, com uma solução contendo carboidratos e proteínas, que preconiza o tempo de 3 horas antes de procedimentos cirúrgicos eletivos (Joshi *et al.*, 2023).

Outros estudos que avaliaram protocolos de abreviação de jejum também observaram tempo superior ao sugerido pelos guidelines mais recentes, como o de Fachini; Alan; Viana (2022), De Araújo Silva *et al.* (2023), Guedes; De Lucena Ferreti; Petrilli (2024) que observaram medianas

Tabela 1 - Características sociodemográficas, clínicas, cirúrgicas e nutricionais de pacientes que realizaram abreviação do jejum pré-operatório em cirurgias eletivas em um hospital de referência de Pernambuco. Recife, 2025.

Características	n (115)	%
Sexo		
masculino	65	56,5
feminino	50	43,5
Faixa Etária		
≥60 anos	75	65,2
<60 anos	40	34,8
IMC		
Idosos (n=75)		
magreza	15	20,0
eutrofia	37	49,3
excesso de peso	23	30,7
Adultos (n=40)		
magreza	2	5,0
eutrofia	20	50,0
excesso de peso	18	45,0
Comorbidades (n=98)		
HAS	71	61,7
diabetes mellitus	58	50,4
cardiopatía	38	33,0
dislipidemia	24	20,9
DRC	20	17,4
câncer	6	5,2
Tipo de Cirurgia		
vascular	53	46,1
cardiológica	22	19,1
ortopédica/traumatológica	17	14,8
TGI	10	8,7
urológica/nefrológica	4	3,5
plástica	3	2,6
cabeça e pescoço	2	1,7
ginecológica	2	1,7
pneumológica	2	1,7
Tempo de Jejum		
> 3 horas	109	94,8
≤ 3 horas	6	5,2
NRS-2002		
sem risco nutricional	74	64,3
com risco nutricional	41	35,7
Desfecho Clínico		
alta	108	93,9
óbito	7	6,1

IMC: Índice de Massa Corporal; HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DRC: Doença Renal Crônica; TGI: Trato Gastrointestinal; NRS-2002: Nutritional Risk Screening 2002; N: Número.

Tabela 2 - Estatística descritiva de pacientes que realizaram abreviação do jejum pré-operatório em cirurgias eletivas num hospital de referência de Pernambuco. Recife, 2025.

Características	N	Mediana	Mínimo	Máximo
peso (kg)	115	68,00	33,20	120,00
altura (m)	115	1,64	1,40	1,87
IMC (kg/m ²)	115	25,78	12,90	36,20
tempo de jejum pré-operatório (horas,minutos)	115	4,50	2,24	12,00
tempo de internamento hospitalar (dias)	115	17,00	1,00	149,00

IMC: Índice de Massa Corporal; N: Número.

Tabela 3 - Associação entre tempo de jejum pré-operatório com o sexo, idade, comorbidades, tipo de cirurgia, atraso na cirurgia e desfecho clínico de pacientes que realizaram abreviação do jejum pré-operatório em cirurgias eletivas num hospital de referência de Pernambuco. Recife, 2025.

Itens	≤ 3 horas (%) n (115)	> 3 horas (%) n (115)	p-valor*
Sexo			
masculino	3 (50,0)	62 (56,9)	>0,999
feminino	3 (50,0)	47 (43,1)	
Faixa Etária			
≥60 anos	5 (83,3)	70 (64,2)	0,663
<60 anos	1 (16,7)	39 (35,8)	
Comorbidades			
sim	6 (100)	92 (84,4)	0,590
não	0 (0)	17 (15,6)	
Tipo de Cirurgia			
vascular	4 (66,7)	49 (45)	0,698
cardiológica	0 (0)	22 (20,2)	
ortopédica/traumatológica	2 (33,3)	15 (13,8)	
TGI	0 (0)	10 (9,2)	
urológica/nefrológica	0 (0)	4 (3,7)	
plástica	0 (0)	3 (2,8)	
cabeça e pescoço	0 (0)	2 (1,8)	
ginecológica	0 (0)	2 (1,8)	
pneumológica	0 (0)	2 (1,8)	
Atraso na Cirurgia			
≤ 30 minutos	2 (33,3)	14 (12,8)	0,082
≥ 30 minutos	2 (33,3)	78 (71,6)	
Antecipada	2 (33,3)	17 (15,6)	
Desfecho Clínico			
alta	6 (100)	102 (93,6)	>0,999
óbito	0 (0)	7 (6,4)	

* Teste Exato de Fisher. TGI: Trato Gastrointestinal; N: Número.

de 8 horas, 11 horas e 9 horas, respectivamente. Como fator de não conformidade com os guidelines mais recentes, apenas De Araújo Silva *et al.*, (2023) descreveu os atrasos nas cirurgias como principal fator causal.

Em um estudo de revisão sobre o protocolo ACERTO, De Aguilar-Nascimento; Dock-Nascimento; Sierra (2020) observaram-se as razões que prolongam o tempo prescrito de jejum pré-operatório. Foram encontradas como principais causas o atraso do cirurgião ou anestesista; atraso na burocracia de internação do paciente; atraso da operação do 1º horário; Aderência do paciente à recomendação deixando de fazer refeições antes da operação; Indução anestésica prolongada; Re-programação da operação para o 2º ou 3º horário; Reprogramação da operação para outro período do dia. No presente estudo, essa informação não estava presente nos prontuários eletrônicos ou nas fichas anestésicas.

Anteriormente, na mesma instituição onde o atual estudo foi realizado, foi conduzido um estudo retrospectivo com 240 pacientes, em um período prévio à implantação do protocolo ACERTO, para avaliar o tempo de jejum pré-operatório. Houve uma redução importante do tempo médio de jejum pré-operatório pois, à época os pesquisadores observaram que os pacientes eram submetidos a uma média de $12,53 \pm 2,48$ horas de jejum pré-cirúrgico, reforçando a necessidade da implantação do protocolo (De Arruda Lucchesi *et al.*, 2024).

Historicamente as mulheres são as usuárias mais frequentes dos serviços de saúde, porém, nossa amostra foi composta majoritariamente por pacientes do sexo masculino, da mesma forma ao encontrado por Fachini; Alan; Viana (2022) e diferentemente do observado em outros estudos brasileiros (De Aguilar-Nascimento *et al.*, 2014; Lucchesi; Gadelha, 2019; Araújo; Burgos, 2022). Uma hipótese que poderia explicar a discrepância seria o público atendido, visto que metade da nossa amostra é composta de cirurgias vasculares, nas quais os homens são o principal público desses procedimentos (Mulati; Joviliano; Pereira, 2023).

No presente estudo, 64,3% dos pacientes encontravam-se sem risco nutricional. De forma semelhante, De Mendonça Soares; De Araújo Burgos (2014) observaram que 69,9% da sua amostra encontrava-se sem risco nutricional, à admissão em uma clínica cirúrgica geral. Por outro lado, Sierra *et al.* (2020) em um estudo com pacientes oncológicos cirúrgicos, com uma média de idade de 64 anos, identificaram uma prevalência de 65,2% de risco nutricional em sua amostra. Devido ao desenho do estudo se tratar de pacientes em cirurgias eletivas e, em grande parte com doenças benignas, que não aumentam a demanda metabólica do indivíduo, pode-se explicar a menor prevalência de pacientes com risco nutricional.

Na análise do estado nutricional, Araujo; Burgos (2022) em um estudo com idosos no pré-operatório de cirurgias eletivas observaram que 44,8% da sua amostra encontrava-se em eutrofia, seguido de 36,2% em excesso de peso e 19% em magreza. Se isolado apenas o grupo de idosos, esses resultados assemelham-se à nossa amostra. Acerca dos pacientes adultos, em um estudo composto majoritariamente por indivíduos com menos de 60 anos (77,7%), que realizaram cirurgias eletivas e abreviaram o jejum pré-operatório, Barreto; Queiroz (2024) observaram uma maior prevalência de indivíduos eutróficos, representando 45,7% da amostra, resultado semelhante à amostra do presente estudo.

Em relação aos desfechos clínicos, aproximadamente 94% da amostra tiveram alta hospitalar, resultado corroborado com os achados de outros autores na literatura como o estudo de Lucchesi; Gadelha (2019) e de Araújo; Burgos (2022) que observaram percentuais de 98,6% e 99%, respectivamente. Esse resultado justifica-se pelo caráter de cirurgias eletivas, apresentando desfechos favoráveis (Bezerra *et al.*, 2021).

Entre as limitações do estudo, estão: ausência de registros nos prontuários justificando os atrasos nos procedimentos; o processo de coleta de dados que, por ser um estudo retrospectivo, em um único centro e em um curto período, dificulta a generalização dos resultados

e as relações de causalidade entre o tempo de jejum e as variáveis analisadas; Baixo número individual por grupo de cirurgias realizadas.

CONCLUSÃO

A implementação de um protocolo de abreviação de jejum pré-operatório possibilita a redução do tempo de privação alimentar, com bons resultados observados na literatura em comparação com os tempos descritos de jejum costumeiramente realizados em centros cirúrgicos, e possivelmente melhorando a recuperação e cicatrização pós-operatória, reduzindo parâmetros inflamatórios, modulando a resposta metabólica e apresentando melhores desfechos.

A avaliação da eficácia do protocolo de abreviação do jejum pré-operatório na instituição do estudo apresentou um resultado em desacordo com os principais guidelines recentes sobre o tema. Assim, sugere-se a necessidade da melhor adesão por parte das equipes envolvidas a fim de otimizar o protocolo.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. ACERTO: Acelerando a recuperação total pós operatória. 4ª ed. Rio de Janeiro. Editora Rubio, 2020.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS COMMITTEE *et al.* 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: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Committee on Standards and Practice Parameters. *Anesthesiology*, v. 114, n. 3, p. 495, 2011.
- ARAÚJO, A; SILVA, L; BURGOS, M. G. P.A. . ESTADO NUTRICIONAL E FATORES ASSOCIADOS À FORÇA DE PREENSÃO MANUAL EM IDOSOS CANDIDATOS À CIRURGIA. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, n. 52, p. 1-12, 2022.
- AUGUSTO, O. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde registra o maior número de cirurgias eletivas da história do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 25 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2025/janeiro/ministerio-da-saude-registra-o-maior-numero-de-cirurgias-eletivas-da-historia-do-sus>. Acesso em: 15 abr. 2025.
- BARRETO, C. S.; QUEIROZ, N. P. Sintomas pós-operatórios após abreviação de jejum em pacientes submetidos a cirurgias eletivas. *BRASPEN Journal*, v. 39, n. 2, p. 0-0, 2024.
- BEZERRA, J. T., DE MELO, N. E., COELHO, P. B. P., DE AZEVEDO DIAS, C., DE ANDRADE, M. I. S., DE MELO, J. S. V. Fatores associados ao risco nutricional e desfechos clínicos em pacientes cirúrgicos não-oncológicos de um hospital universitário no nordeste brasileiro. *Nutrición clínica y dietética hospitalaria*, v. 41, n. 3, 2021.
- CARVALHO, C. A. L. B.; CARVALHO, A. A. D.; PREZA, A. D. O. G.; NOGUEIRA, P. L. B.; MENDES, K. B. V.; DOCK-NASCIMENTO, D. B.; AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.. Benefícios metabólicos e inflamatórios da abreviação do jejum pré-operatório em cirurgia pediátrica. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, v. 47, 2020.
- CHUMLEA, W. C.; GUO, S. S.; STEINBAUGH, M. L. Prediction of stature from knee height for black and white adults and children with application to mobility-impaired or handicapped persons. *Journal of the American Dietetic Association*, v. 94, n. 12, p.1385-8, dez. 1994.
- DE AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; DIAS, A. L. A.; DOCK-NASCIMENTO, D. B.; CORREIA, M. I. T.; CAMPOS, A. C.; PORTARI-FILHO, P. E.; OLIVEIRA, S. S.. Actual preoperative fasting time in Brazilian hospitals: the BIGFAST multicenter study. *Therapeutics and clinical risk Management*, p. 107-112, 2014.
- DE AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; DOCK-NASCIMENTO, D. B.; SIERRA, J. C. El Proyecto ACERTO: un protocolo multimodal barato y eficaz para América Latina. *Revista de Nutrición clínica y metabolismo*, v. 3, n. 1, p. 91-99, 2020.
- DE ARAUJO SILVA, N. J.; BELFORT, G. P.; DE OLIVEIRA, A. V.; ROCHA, T. F. D.; DE OLIVEIRA SOBRINHO, J. Abreviação do jejum pré-operatório em pacientes pediátricos submetidos a cirurgias eletivas em um Instituto Nacional de Saúde. *BRASPEN Journal*, v. 37, n. 4, p. 363-369, 2023.
- DE ARRUDA LUCCHESI, F.; DE FREITAS FRANÇA, G. Q.; DA SILVA, G. T. L.; PEREIRA, S. A. Tempo de jejum perioperatório de cirurgias eletivas em um complexo hospitalar do Norte-Nordeste. *Nutrivisa Revista de Nutrição e Vigilância em Saúde*, v. 11, n. 1, p. e12491-e12491, 2024.
- DE CASTELLO BRANCO, E. S.; DE LIMA, D. S. C.; PEREIRA, C. P.; SOLON, L. A.; BARBOSA, F. L. A.; GISCHEWSKI, M. D. R.; SOBRAL, K. L. S.; DE ARAÚJO

- VANDERLEI, D. Tempo de jejum pré-operatório em pacientes cirúrgicos de um Hospital Universitário: Preoperative fasting time in surgical patients at a University Hospital. *Brazilian Journal of Development*, v. 8, n. 11, p. 71729-71745, 2022.
- DE MENDONÇA SOARES, B. L.; DE ARAÚJO BURGOS, M. G. P. Nutritional risk among surgery patients and associations with hospital stay and postoperative complications. *Nutrición Hospitalaria*, v. 30, n. 3, p. 636-642, 2014.
- DE-AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; SALOMÃO, A. B.; CAPOROSSI, C.; DOCK-NASCIMENTO, D. B.; EDER PORTARI-FILHO, P.; CAMPOS, A. C. L.; IMBELLONI, L. E.; SILVA-JR J. M.; WAITZBERG, L. D.; CORREIA, M. I. T. D. Projeto ACERTO-15 anos modificando cuidados perioperatórios no Brasil. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 48, 2021.
- FACHINI, C.; ALAN, C. Z.; VIANA, L. V. Postoperative fasting is associated with longer ICU stay in oncologic patients undergoing elective surgery. *Perioperative Medicine*, v. 11, n. 1, p. 29, 2022.
- GARCIA, A. K. A. CONCHON M. F., PIEROTTI I., ZAMPAR E. F., FONSECA L. F. Barreiras e facilitadores no manejo da sede pré-operatória do paciente queimado à luz do Knowledge Translation. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 55, 2021.
- GLANER, M. F. Validação cruzada de equações de impedância bioelétrica em homens. *Revista Brasileira de Cineantropometria e Desempenho Humano*, v. 1415, p. 8426, 2005.
- GUEDES, K. J. T.; DE LUCENA FERRETTI, R.; PETRILLI, A. S. Jejum pré-anestésico repetitivo em pacientes submetidos a radioterapia pediátrica sob sedação: importância da implantação de um protocolo específico de abreviação do jejum. *BRASPEN Journal*, v. 38, n. 4, p. 0-0, 2024.
- JOSHI, G. P.; ABDELMALAK, B. B.; WEIGEL, W. A.; HARBELL, M. W.; KUO, C. I.; SORIANO, S. G.; STRICKER P. A.; TIPTON T.; GRANT, M. D.; MARBELLA, A. M.; AGARKAR M.; BLANCK J. F.; DOMINO, K. B. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for preoperative fasting: carbohydrate-containing clear liquids with or without protein, chewing gum, and pediatric fasting duration-a modular update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for preoperative fasting. *Anesthesiology*, v. 138, n. 2, p. 132-151, 2023.
- KONDRUP, J.; ALLISON, S. P.; ELIA, M.; VELLAS, B.; PLAUTH, M. ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. *Clinical nutrition*, v. 22, n. 4, p. 415-421, 2003.
- LUCCHESI, F. A.; GADELHA, P. C. F. P. Estado nutricional e avaliação do tempo de jejum perioperatório de pacientes submetidos à cirurgias eletivas e de emergência em um hospital de referência. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 46, p. e20192222, 2019.
- NJOROGE, G.; KIVUTI-BITOK, L.; KIMANI, S. Preoperative Fasting among Adult Patients for Elective Surgery in a Kenyan Referral Hospital. *International Scholarly Research Notices*, v. 17, n.1 p. 1-8, 2017. *Obstetrical & Gynecological Surve*. 1946;1(6):837-839.
- Organización Panamericana de la Salud. Encuesta Multicéntrica Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe: informe preliminar. 36ª Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud; 9 -11 jul 2001; Kingston. Washington, D.C: OPAS.
- POVEDA, V. B.; LEMOS, C. S.; LOPES, S. G.; PEREIRA, M. C. de O.; CARVALHO, de R. Implementação de checklist de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 74, 2021.
- SCHWENK, Wolfgang. Optimized perioperative management (fast-track, ERAS) to enhance postoperative recovery in elective colorectal surgery. *GMS Hygiene and Infection Control*, v. 17, p. Doc10, 2022.
- SIERRA, J. C.; DOCK-NASCIMENTO, D. B.; BEHNE, T. E. G.; RODRIGUES, H. H. N. P.; ANDREO, F. O.; PALAURO, M. L.; & DE-AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. Cirurgia oncológica de grande porte reduz a função muscular de pacientes com e sem risco nutricional. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, v. 47, p. e20202470, 2020.
- TEIXEIRA, V. P.; POLAKOWSKI, C.; DE ALMEIDA, M.; PEREIRA, J. L.; JUNIOR, A. S. Implantação do protocolo multimodal ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-operatória) na especialidade de urologia de um hospital oncológico. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, v. 40, n. 3, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Physical status: The use of and interpretation of anthropometry, Report of a WHO Expert Committee. World Health Organization, 1995.

RECEBIDO:20.5.2025**ACEITO: 1º.9.2025****PUBLICADO: 2.9.2025**