

**HRJ**

**v.3 n.14 (2022)**

**Recebido: 29/11/2021**

**Aceito: 06/12/2021**

**Tempo de jejum pré-operatório em pacientes cirúrgicos de um hospital de médio porte no Distrito Federal**

**Rosilene de Moura Lima<sup>1</sup>**

**Raquel Elisa de Almeida<sup>2</sup>**

**Dayanny Nogueira Rodrigues Ulhôa<sup>3</sup>**

**Mirce Meire Golçalves de Sousa Wilk<sup>4</sup>**

**Jaqueline Ramos de Andrade Antunes Gomes<sup>5</sup>**

**Ruth Silva Matos<sup>6</sup>**

**Gleyce Mikaelle Costa Quirino<sup>7</sup>**

**Lauane Rocha Itacarambi<sup>8</sup>**

**Marisa Assis de Mendonça<sup>9</sup>**

**Maria Luiza Garcia Oliveira<sup>10</sup>**

**Roseli Fatima Rosa dos Santos<sup>11</sup>**

**Sâmela Cristine Rodrigues de Souza<sup>12</sup>**

<sup>1</sup>Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico em Rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

<sup>2</sup>Enfermeira; Mestre em Enfermagem pela Universidade de Brasília; Tutora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico em Rede, da FEPECS, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

<sup>3</sup>Enfermeira Especialista em Ortopedia, Traumatologia e UTI; Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico em Rede da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

<sup>4</sup>Enfermeira; pós-graduada em Mestrado Acadêmico em Ciências da Saúde pela FEPECS, Tutora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico em Rede, da FEPECS, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – Brasília (DF), Brasil.

<sup>5</sup>Enfermeira Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>6</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>7</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>8</sup>Enfermeira Residente do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>9</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>10</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>11</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

<sup>12</sup>Enfermeira Preceptora do Programa de Residência de Enfermagem em Centro Cirúrgico ESCS/FEPECS/SES/DF

## RESUMO

**Introdução:** O jejum pré-operatório tem sido feito de forma prolongada, mas diversos estudos mostram que poderia ter o seu tempo reduzido, com benefícios para o paciente.

**Objetivo:** Verificar o tempo médio de permanência de jejum pré-operatório dos pacientes de Cirurgia Geral de um hospital do Distrito Federal, Brasil. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo e com abordagem quantitativa, sobre o tempo de jejum pré-operatório de pacientes submetidos a cirurgias gerais em um hospital público do Distrito Federal.

**Resultados:** Os pacientes receberam orientações quanto ao tempo de jejum no pré-operatório, no tempo padrão de 8 horas, mas cerca de 90% não as seguiram, principalmente com jejuns excessivamente longos. **Conclusão:** O confronto entre a pesquisa e a literatura sobre o jejum pré-operatório mostrou que a instituição hospitalar precisa tomar algumas decisões a respeito da orientação ao paciente, sobre o tempo, alimentos que devem ser consumidos e providenciar para que as orientações sejam escritas, seguidas por visita do enfermeiro no período imediato de internação para a cirurgia.

**Palavras-chave:** Jejum; Pré-operatório; Enfermagem perioperatória.

## Time of preoperative fasting in surgical patients in a medium-sized hospital in the Federal District

### ABSTRACT

**Introduction:** Preoperative fasting has been done for a long time, but several studies show that its time could be reduced, with benefits for the patient. **Objective:** To verify the mean length of preoperative fasting in General Surgery patients at a hospital in the Federal District, Brazil. **Method:** This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, on the preoperative fasting time of patients undergoing general surgery in a public hospital in the Federal District. **Results:** Patients received instructions regarding the preoperative fasting time, in the standard time of 8 hours, but about 90% did not follow them, especially with excessively long fasts. **Conclusion:** The comparison between the research and the literature on preoperative fasting showed that the hospital institution needs to make some decisions regarding patient guidance, the time, foods that should be consumed and arrange for the guidelines to be written, followed by a visit by the nurse in the immediate period of hospitalization for surgery. **Keywords:** Fasting; Preoperative; Perioperative Nursing.

## INTRODUÇÃO

Os procedimentos cirúrgicos exigem anestesia e para garantir que o paciente não tenha vômitos e broncoaspiração durante a fase de indução anestésica foi instituído o jejum no pré-operatório, na noite anterior, de seis a oito horas. O objetivo é operar o paciente logo ao final desse período, contudo, na maioria das vezes ocorrem atrasos, fazendo com que o tempo de espera do paciente em jejum chegue até 12 horas. O jejum prolongado se trata, portanto, de um protocolo tradicional nos hospitais<sup>1</sup>.

O jejum pré-operatório prolongado foi instituído em 1946, a partir dos estudos de Curtis Lester Mendelson, obstetra e cardiologista americano, que entendeu haver correlação entre a broncoaspiração e o fato do paciente ter ingerido alimentos pouco antes da cirurgia. Contudo, a prática gera desconforto e ansiedade no paciente e também provoca alterações metabólicas, como a resistência insulínica, que ocorre nos primeiros dias do pós-operatório, pela diminuição da ingestão de carboidratos. O paciente pode adquirir infecções, ter a cicatrização retardada, bem como comprometer o próprio resultado cirúrgico<sup>2</sup>.

Diante dessas situações, o jejum pré-operatório prolongado passou a sofrer questionamentos e a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) passou a recomendar, em 2011, um jejum de duas horas para líquidos claros, em pacientes de qualquer idade; de quatro horas para o leite materno; de seis horas para fórmulas, leites não humanos e refeições leves; e de oito horas para frituras ou alimentos gordurosos. A recomendação passou a ser a ingestão de bebidas com carboidratos, que mostraram diminuir a irritabilidade do paciente, dar-lhe maior satisfação, diminuir o vômito, esvaziar o estômago mais rapidamente, diminuir a resposta do organismo ao estresse provocado pela cirurgia e a resistência insulínica<sup>3</sup>.

Estudos comprovaram a evidência científica dessas medidas e diante disso foi criado na Europa o protocolo *Enhanced Recovery of patients After Surgery* (ERAS), também chamado conceito *fast-track* em cirurgia, composto por várias estratégias para melhorar a condição perioperatória, de forma a que o paciente tenha recuperação mais rápida após o procedimento cirúrgico. Essas estratégias são o jejum em menor tempo, introdução de carboidratos na nutrição pré-operatória, fim da preparação intestinal, terapia hemodinâmica alvo-direcionada, analgesia multimodal sem opioides, não remoção precoce de qualquer tubo, apoio da função gastrointestinal e convalescença precoce<sup>4</sup>.

Seguindo essa tendência, o Brasil implantou, em 2005, no Hospital Universitário Júlio Muller, da Universidade Federal de Mato Grosso, o Projeto Aceleração da Recuperação Total

Pós-Operatória (ACERTO), de natureza multidisciplinar (serviços de cirurgia geral, anestesia, nutrição, enfermagem e fisioterapia), com preparo do paciente para a cirurgia à base de avaliação e terapia nutricional; redução do tempo de jejum; oferta de líquidos com carboidratos; menor uso de fluidos intravenosos, sondas e drenos; retomada mais rápida da alimentação; retirada do paciente da situação de imobilidade<sup>1</sup>.

Conforme as orientações do Projeto ACERTO, o tempo de jejum foi reduzido para duas horas antes da cirurgia, com administração de bebida contendo imunonutrientes, tendo sido considerada uma medida segura, com melhoria nos resultados cirúrgicos. Não ocorreram casos de regurgitação durante a indução anestésica. Assim, o jejum prolongado passou a ser recomendado somente para pacientes com doença do refluxo gastroesofágico importante, obstrução intestinal, obesidade mórbida e mau esvaziamento gástrico de qualquer etiologia<sup>5</sup>.

Os estudos sobre jejum têm demonstrado que se o paciente ingerir líquidos sem resíduos, até duas horas antes da cirurgia, o esvaziamento estomacal ocorre entre 15 a 20 minutos, sem prejuízos para a anestesia. Esses líquidos são soluções com alto teor energético e nutricional, não calóricos, sendo eliminados praticamente logo após a ingestão, em velocidade proporcional ao volume ingerido. O seu uso acelera a recuperação do paciente<sup>6</sup>.

Apesar de várias evidências científicas apontarem bons resultados na redução do tempo de jejum pré-operatório, ainda ocorre resistência na sua implementação. Trata-se de mudar condutas conservadoras, o que constitui um desafio. Cabe à equipe multidisciplinar que atua ativamente no processo de execução das intervenções, facilitar e ajustar protocolos que reduzam os riscos dos pacientes cirúrgicos e lhes proporcionem benefícios<sup>7</sup>.

Considerando o exposto, a presente pesquisa visa responder a seguinte questão: Qual o tempo médio de jejum no pré-operatório em pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos da especialidade Cirurgia Geral, em um hospital público no Distrito Federal?

## **OBJETIVO**

Verificar o tempo médio de permanência de jejum pré-operatório dos pacientes cirúrgicos de um hospital público do Distrito Federal.

## **MÉTODO**

Trata-se de pesquisa transversal, descritiva, com abordagem e análise quantitativa. O estudo descritivo, na área de saúde, tem por objetivo designar a disposição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, lugar e/ou as características dos indivíduos, descrevendo o fenômeno por ele mesmo, sem gerar hipóteses. Pode fazer uso de dados secundários, que já foram manuseados por outros pesquisadores, e também primários, coletados no desenvolvimento do estudo<sup>8</sup>.

A pesquisa transversal é aquela que mostra o fenômeno estudado em um dado momento, determinando o fator de interesse e o desfecho simultaneamente, como se fosse uma fotografia. É utilizada para o estabelecimento de relações entre variáveis e para avaliar a prevalência das doenças<sup>9</sup>.

Pode abranger casos novos e antigos e é do tipo pontual quando trata do número de pessoas com determinado agravo de saúde num momento específico do tempo, uma data exata; por período, quando delimita o tempo que a ser considerado para o estudo; e nosocomial, quando considera o espaço a ser pesquisado, ou seja, a instituição de saúde. Esses estudos geralmente não abordam causalidades ou efeitos, mas são importantes para o planejamento em saúde, devido ao seu potencial de generalização<sup>10</sup>.

A análise quantitativa objetiva a explicação do comportamento das coisas, onde os dados são analisados sob uso de técnicas bioestatísticas para a organização dos achados. Focaliza poucos conceitos; utiliza procedimentos estruturados e instrumentos formais para a coleta de dados, os quais são coletados mediante condições de controle; é objetiva na coleta e

análise dos dados, feita por meio de procedimentos estatísticos. O seu alcance no tempo é instantâneo e o ponto de visto do pesquisador é externo ao estudo<sup>11</sup>.

A pesquisa foi realizada no Centro Cirúrgico (CC), de um hospital público pertencente à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal. Foi solicitada autorização do diretor do hospital e do responsável pelo CC, cenário da pesquisa.

O CC é composto de 03 salas operatórias (SO), sendo 01 para cirurgias de urgência e emergência e 02 para procedimentos eletivos e apresenta uma média mensal de 270 procedimentos, sendo 200 eletivos e 70 urgentes. Entre os procedimentos eletivos, uma média de 110 procedimentos é realizada mensalmente pela especialidade de Cirurgia Geral.

A população do estudo foi composta por pacientes em pré-operatório imediato de cirurgias da especialidade Cirurgia Geral no hospital cenário do estudo.

Para cálculo amostral foi considerado o número médio de 110 procedimentos mensais de Cirurgia Geral, nível de confiança de 95% e erro amostral de 5%. Assim, a amostra foi definida em 86 pacientes.

Foram incluídos pacientes adultos – idade maior ou igual a 18 anos – em pré-operatório imediato de cirurgias eletivas da especialidade Cirurgia Geral, que realizariam procedimentos cirúrgicos operatórios que necessitassem de jejum e que consentissem, de forma voluntária, em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos pacientes que não consentiram em participar da pesquisa, menores de 18 anos, pacientes que não apresentaram capacidade física ou psíquica para compreensão dos objetivos da pesquisa ou para assinatura do TCLE, pacientes provenientes da Unidade de Terapia Intensiva e pacientes que seriam submetidos a cirurgias de urgência ou emergência.

Os dados foram coletados a partir da aplicação de um questionário estruturado e autoaplicável em pacientes em pré-operatório imediato de Cirurgia Geral, segundo os critérios

de inclusão e exclusão estabelecidos, no período de 02 de setembro a 31 de outubro de 2019. Os pacientes foram abordados no dia da cirurgia, quando chegaram ao CC e convidados a participar do estudo, quando receberam os esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa. No momento em que aceitaram o convite foi solicitada a assinatura do TCLE.

Os dados foram analisados utilizando o programa IBM *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21.0, através de estatística descritiva, ou seja, frequência absoluta e relativa. Para as variáveis quantitativas foi aplicada a média como medida de tendência central e o desvio padrão como medida de dispersão. Os resultados foram apresentados em forma de gráficos e tabelas e relacionados à literatura existente.

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde (FEPECS) e foram cumpridas as exigências da Resolução nº 466/2012 CNS/MS.

A pesquisa apresentou riscos mínimos, relacionados à exposição das práticas dos profissionais da instituição cenário do estudo e ao possível desconforto e/ou ansiedade causados aos pacientes. No entanto, o risco foi minimizado com a preservação da identidade dos participantes, com a explanação prévia dos objetivos e benefícios do estudo e com o esclarecimento da participação livre e voluntária dos pacientes. Além disso, preservou-se a identificação da instituição onde o estudo foi realizado.

## **RESULTADOS**

A faixa etária com maior número de pacientes foi de 50 a 59 anos, com 23,25% (n=20) e a faixa com menos pacientes foi a de 80 a 89 anos, com 1,20% (n=1), chamados muito idosos.

Dos 86 pacientes que se submeteram a cirurgia no período analisada, a maioria era do sexo feminino, somando 69,77% (n=60), sendo 30,23% (n=26) os pacientes do sexo masculino.

Quanto à profissão, as donas de casa totalizaram 32,55% (n=28), seguidas pelos aposentados, que somaram 11,62% (n=10). Os demais são comerciantes, profissionais liberais, autônomos ou funcionários públicos, chegando a 55,83% (n=48).

Os pacientes com filhos eram 87,20% (n=75), sendo o maior percentual o de dois filhos, com 30,10% (n=26), seguido pelo de três filhos, somando 19,76% (n=17). 12,80% (n=11) dos pacientes não têm filhos e o percentual daqueles que têm 1 e de 4 a 10 filhos totalizou 36,14% (n=31).

Somando-se os pacientes que são casados ou que vivem em união estável, ou seja, que conta com um (a) companheiro (a), o total é de 56,99% (n=49). Os pacientes com nível mais elevado de escolaridade (Ensino Médio completo até Especialização) somam 39,53% (n=34), mas os que possuem baixa escolaridade (Ensino Fundamental incompleto) apresentaram o maior percentual individual, com 34,88% (n=30).

Os pacientes da Região Administrativa (RA) de Samambaia/DF, área de abrangência da instituição hospitalar, são maioria, com 26,77% (n=23), seguidos pelas RA de Taguatinga/DF e Ceilândia/DF, ambas com 16,27% (n=14).

Outras RA do Distrito Federal somam 32,88% (n=28), como a RA de Recanto das Emas, que apresentou 11,62% (n=10), Vicente Pires, com 5,81% (n=5) e Arniqueiras, com 4,65% (n=4). A única cidade do estado de Goiás que faz parte da área de abrangência do hospital (por acordo entre as áreas de saúde das duas unidades federativas) é Santo Antônio do Descoberto, com 2,40% (n=2).

A cidade de Águas Lindas de Goiás, com 1,20% (n=1) faz parte das áreas de abrangência das RA de Brazlândia e Ceilândia e a cidade de Goianésia, com 1,20% (n=1) não

faz parte das áreas do acordo, assim como a cidade de Boa Vista, capital do estado de Roraima, na Região Norte, também com 1,20% (n=1). A Figura 1 mostra os tipos de cirurgias a que os pacientes se submeteram.

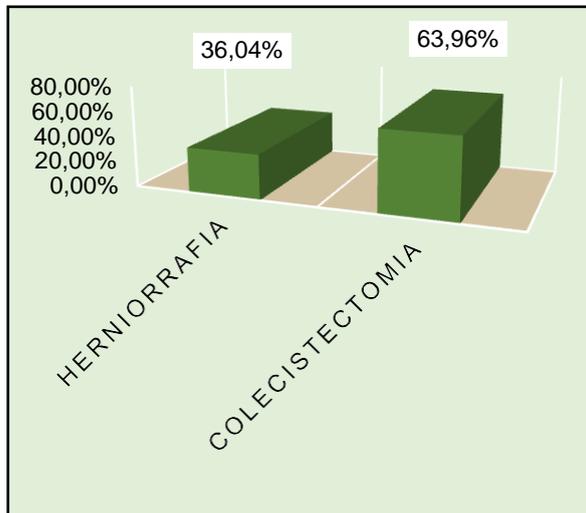


Figura 1. Cirurgias a que os sujeitos da pesquisa se submeteram  
Fonte: Elaboração dos autores.

A colecistectomia (extirpação da vesícula biliar) foi o procedimento a que se submeteram 63,96% (n=55) dos pacientes, enquanto 36,04% (n=31) realizaram herniorrafia (recolocação do conteúdo do saco herniário no seu lugar normal e fechamento da abertura com fortes suturas). A Figura 2 mostra as comorbidades apresentadas pelos pacientes:

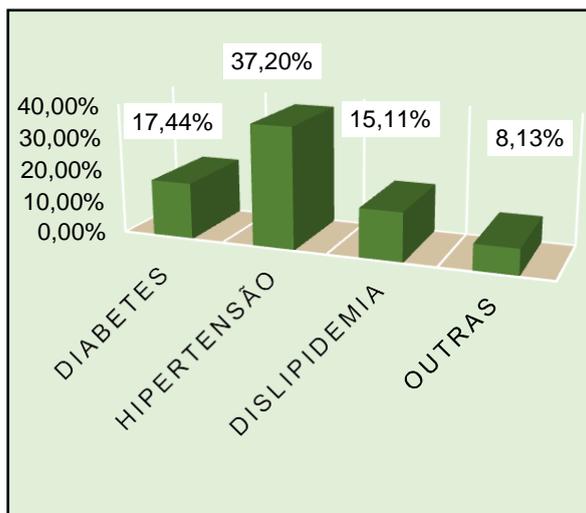


Figura 2. Comorbidades apresentadas pelos sujeitos da pesquisa  
Fonte: Elaboração dos autores.

Verificou-se que 48,83% (n=42) dos pacientes afirmaram ter alguma comorbidade, sendo que a Hipertensão era a que atingia maior percentual, com 37,20% (n=32), seguida pelo diabetes, com 17,44% (n=15) e pela dislipidemia, com 15,11% (n=13), sendo que 8,13% (n=7) dos pacientes relataram outras comorbidades.

Aqueles que apresentaram somente uma comorbidade, considerando-se a resposta “sim” como 100% (n=42), somaram 66,66% (n=28), seguidos pelos que apresentaram duas ou três comorbidades, ambos com 14,28% (n=6). Os que apresentaram quatro ou cinco comorbidades ficaram ambos com 2,39% (n=1).

Praticamente todos os pacientes conhecem o significado da palavra “jejum”, ou seja, 97,60% (n=84) e apenas 2,40% (n=2) afirmaram que não sabiam. Todos os pacientes pesquisados receberam orientações sobre a realização do jejum pré-operatório. A Figura 3 apresenta o tempo que os pacientes afirmaram terem sido orientados a fazerem o jejum pré-operatório:

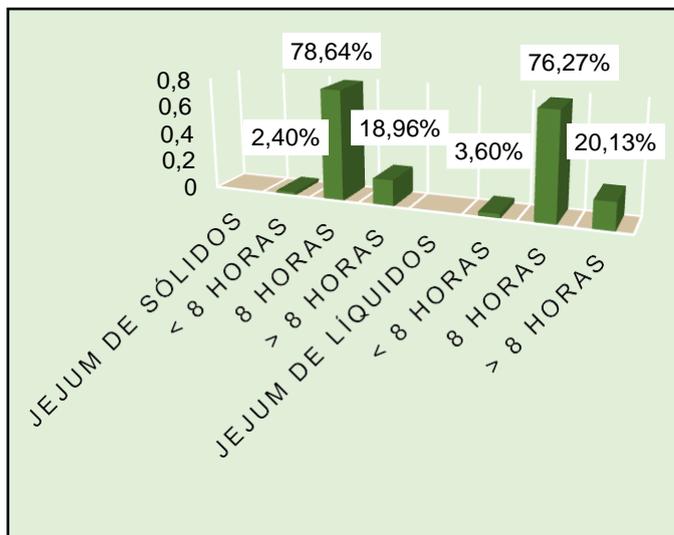


Figura 3. Tempo de jejum pré-operatório que os pacientes afirmaram terem sido orientados a seguirem  
Fonte: Elaboração dos autores.

O número de pacientes que afirmaram terem recebido orientação para não consumirem alimentos por 8 horas antes da cirurgia, que foi de 78,64% (n=68) para sólidos e de 76,27%

(n=66) para líquidos, ficou próximo. Foi considerado elevado o percentual daqueles que afirmaram terem sido orientados para fazer jejum de alimentos sólidos por mais de oito horas, com 18,96% (n=16). O mesmo ocorreu em relação ao jejum de líquidos, com 20,13% (n=18) dos pacientes afirmando terem sido orientados a ficarem em jejum por mais de oito horas.

Essas orientações para um jejum prolongado tiveram como consequência que apenas 9,30% (n=8) dos pacientes efetivamente fizessem o jejum de oito horas. Na Tabela 1 foram condensados os tempos de jejum de sólidos e líquidos dos 19 pacientes com maiores tempos, tendo sido feita a média entre eles. As médias foram somadas, o que resultou em 289 horas, cuja média entre os pacientes resultou em 15h12min horas. O desvio-padrão foi calculado por meio de fórmula específica.

**Tabela 1**–Tempo médio entre os 19 pacientes com maiores tempos de jejum de sólidos e líquidos

<b>Tempo efetivo de jejum (média de sólidos e líquidos) (h)</b>	<b>Desvio-padrão</b>
15:12	0,21

*Fonte: Elaboração dos autores*

Dessa forma, o número de pacientes que ficou em média 12 ou mais horas em jejum de sólidos e líquidos representa 22,09% (n=19) do total de sujeitos pesquisados e o tempo médio de jejum foi de 15h12min horas. O valor do desvio-padrão (0,21) mostra que os dados são uniformes em relação à média encontrada.

Os alimentos sólidos e líquidos ingeridos pelos pacientes antes de iniciar o jejum foram bastante variados, com predomínio de arroz, feijão, carne (frango, bovina e de peixe), macarrão, cuscuz, saladas diversas e frutas. Sopas e caldos foram consumidos por somente 7 pacientes (8,13%). A água foi o líquido mais ingerido (70,93%), seguida por sucos diversos, refrigerantes, café e leite.

## **DISCUSSÃO**

Em termos sociodemográficos, os pacientes que participaram da pesquisa têm de 40 a 69 anos, divididos em três faixas com os maiores percentuais, com maioria do sexo feminino e quase metade composto de donas de casa e aposentados. Pacientes com pelo menos dois filhos são a maioria, bem como aqueles que são casados ou vivem em união estável.

Esses dados são importantes para avaliar o nível de conhecimento que os pacientes têm sobre a cirurgia que iriam realizar e sobre o processo de jejum. Na fase pré-operatória (24 horas) a enfermagem deve preparar o paciente em termos físicos e psicológicos para a cirurgia e o jejum é muito importante. Se a família for mais escolarizada, assim como o paciente, as instruções podem ser melhor compreendidas, não sendo feito um jejum nem muito curto e nem longo demais. Para algumas pessoas a privação do alimento por um período maior provoca abalo emocional, razão pela qual a enfermagem deve estar junto ao paciente, levando-lhe a tranquilidade necessária<sup>12</sup>.

Quanto ao local de moradia dos pacientes, a área de referência é a RA de Samambaia, de onde procedem 26,77% dos sujeitos da pesquisa. Contudo, diversas RA do Distrito Federal não contam com hospitais regionais e, por serem próximas, elegem o hospital pesquisado para serem atendidas em suas necessidades de saúde, como é o caso da RA de Recanto das Emas. Nas RA que contam com hospital regional, como é o caso de Taguatinga e Ceilândia, o que acontece é uma sobrecarga no número de pacientes, razão pela qual muitos se deslocam para a instituição pesquisada.

O hospital também atende pacientes da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal (RIDE). Na pesquisa apareceram 3 pacientes de Águas Lindas de Goiás e 2 de Santo Antônio do Descoberto. Como a Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018, só autoriza atendimento de gestantes do Entorno, o HRSAM atende pacientes de outras especialidades se houver vaga<sup>13</sup>.

Os procedimentos cirúrgicos a que os pacientes se submeteram foram a colecistectomia e a herniorrafia. A primeira está no campo da Cirurgia do aparelho digestivo, Cirurgia geral ou Gastroenterologia. A segunda faz parte da Cirurgia geral, Gastrocirurgia ou Urologia. O hospital oferece a especialidade Cirurgia Geral, razão pela qual esses pacientes o procuraram e agendaram as cirurgias, por meio da regulação da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF), que organiza um sistema de “fila única”, para garantir a equidade no atendimento e priorização de urgências comprovadas. Pacientes de outras regiões do Brasil geralmente se hospedam com familiares<sup>14</sup>.

Como qualquer cirurgia, essas também exigem jejum pré-operatório, sendo que apenas dois pacientes disseram não saber o que significava essa expressão. Eles são um homem e uma mulher, o primeiro tendo como profissão subgerente e Ensino Médio completo e a segunda sendo dona de casa, com Ensino Fundamental incompleto. O significado da palavra “jejum” é amplamente conhecido, mas a expressão “jejum pré-operatório” é mais complexa. A quase totalidade dos pacientes sabia o significado do primeiro tipo de “jejum”, mas não o do jejum pré-operatório.

Assim, o “jejum pré-anestésico é uma medida preventiva muito eficiente na redução da incidência de regurgitação e aspiração pulmonar do conteúdo gástrico”, a chamada Síndrome de Mendelson, o que poderia até mesmo causar a morte do paciente. As pesquisas então se voltaram para o estabelecimento da relação entre a pneumonite aspirativa e o pH da regurgitação, bem como o valor gástrico residual (VGR), cujo valor crítico seria de 0,4 mL/kg. O jejum pré-operatório, portanto, é um procedimento que faz parte da rotina anestésica, não sendo de conhecimento do cidadão leigo<sup>15</sup>.

Esse desconhecimento é que faz com que o paciente a ser submetido a um procedimento cirúrgico seja orientado quanto ao jejum pré-operatório, o que ocorreu com a

totalidade dos sujeitos desta pesquisa (n=86). Dessa forma, o enfermeiro deve disponibilizar ao paciente o atendimento pré-operatório, físico e emocional.

No primeiro caso, está o preparo anestésico-cirúrgico, que inclui o jejum. A fase imediata do preparo inicia-se 24 horas antes do procedimento, quando se providencia o esvaziamento vesical e intestinal. O enfermeiro visita o paciente e analisa o seu prontuário, fazendo as recomendações pertinentes e exerce papel de educador. Ao fornecer informações ao paciente quanto ao processo cirúrgico, o enfermeiro o prepara emocionalmente<sup>16</sup>.

Na presente pesquisa, mesmo tendo recebido orientações de que o jejum de sólidos e líquidos deveria ser de 8 horas, 18,96% (n=16) afirmaram que foram orientados a ficarem mais do que esse tempo em jejum, sendo que apenas 9,30% (n=8) seguiu o que foi orientado. 22,09% (n=19) dos pacientes fizeram jejum entre 12 horas e 19 horas, considerado excessivamente prolongado.

As pesquisas revelam que essa situação potencializa as alterações metabólicas relacionadas ao trauma cirúrgico. Isso decorre da redução de insulina no organismo, causada pelo processo de glicogenólise, que se inicia poucas horas após o começo do jejum e também ativa a gliconeogênese, levando o organismo a usar proteína muscular como fonte de energia. Esses processos influenciam na resposta imunológica e inflamatória, dificultando a cicatrização da ferida cirúrgica. Além do aspecto físico, o jejum excessivamente prolongado causa desconforto emocional ao paciente no pós-cirúrgico, principalmente quanto ao consumo de líquidos, potencializando a sede<sup>17</sup>.

Mas, o que justifica um número elevado de pacientes (90,7%; n=83) não seguir as recomendações da enfermagem quanto ao jejum pré-operatório? Trata-se da perpetuação do jejum clássico, de 8 a 12 horas, que tem sido visto historicamente como redutor de regurgitação e aspiração pulmonar associada. Geralmente, os pacientes também são orientados a seguirem esse tempo para exames clínicos, razão pela qual tendem a repetir o

comportamento na preparação do procedimento cirúrgico, desconsiderando o que foi orientado pela enfermagem. Nesse caso, o conhecimento empírico prevalece sobre o conhecimento científico<sup>15</sup>.

Um ensaio clínico prospectivo, randomizado, placebo-controlado e duplo-cego foi realizado na Santa Casa de Misericórdia de Anápolis-GO no período de abril a outubro de 2017, com pacientes submetidos à colecistectomia, verificou os valores séricos da insulina, antes e após a cirurgia, para a análise da resistência insulínica. Duas horas antes da cirurgia os quatro pacientes foram orientados a ingerirem uma bebida com açúcar (400 mL de água mineral contendo 50g de carboidrato [40g maltodextrina + 10g sacarose] ou uma bebida com adoçante artificial (400 mL de água mineral contendo 32mg de sacarina sódica Finn®), cujos destinatários somente os pesquisadores saberiam<sup>15</sup>.

Apesar da ingestão do líquido com carboidrato ter bastante aceitação na literatura, como redutor da resistência insulínica, os pesquisadores não conseguiram resultados consistentes, devido ao tamanho da amostra. Assim, foi acessado um estudo feito com 40 pacientes, sendo que um grupo (n=10) recebeu 400 mL de maltodextrina a 12,5%, seis horas antes do procedimento cirúrgico, outro grupo (n=10) recebeu a mesma quantidade duas horas antes e o terceiro grupo (n=20) recebeu apenas água<sup>1</sup>.

Os 20 pacientes que receberam maltodextrina tinham feito em média 13,2 horas de jejum de sólidos e os 20 que receberam apenas água tinham ficado em jejum em média 15,9 horas. Durante a cirurgia não ocorreu broncoaspiração e nem relatos sobre resíduos gástricos. O exame glicêmico revelou que houve alteração para mais no segundo grupo, sendo necessária a utilização de insulina exógena no centro cirúrgico. No Grupo I foi de  $5,9 \pm 5,7$  UI, enquanto no Grupo II foi de  $7,5^{18}$ .

A resistência insulínica aumentou nas 12 horas de pós-operatório no segundo grupo. A oferta do carboidrato melhorou o controle glicêmico, mas não chegou a reduzir

significativamente a resistência insulínica. Ainda assim, a diminuição de tempo de jejum foi considerada segura, com menor tempo de internação e de permanência na UTI<sup>18</sup>.

O tipo de alimentação a ser consumida antes do início do jejum é importante e deve ser orientado ao paciente, por escrito, como forma de educação pré-operatória. O Projeto ACERTO recomenda uma terapia nutricional de cinco a 10 dias antes da cirurgia, com ênfase em suplementos proteicos, que ajudam nos resultados pós-cirúrgicos. O grau de recomendação é forte e o nível de evidência é alto. Se o paciente for idoso, de maior risco, devem ser também incluídos imunonutrientes (arginina, ácidos graxos ômega-3 e nucleotídeos), que previnem inflamações e favorecem a cicatrização, o que também deve ser feito no período pós-operatório<sup>5</sup>.

Assim, o Projeto ACERTO recomenda jejum de sólidos de 6 a 8 horas, com alimentos leves nesse período, como torrada e chá e 2 horas para líquidos, preferencialmente claros, contendo maltodextrina, não incluindo leite, café, sucos ou refrigerantes. O jejum excessivamente prolongado não altera o volume de resíduos gástricos e, portanto, o tempo pode ser reduzido, com benefícios na resistência insulínica, na imunomodulação, capacidade funcional, tempo de internação e na ansiedade, sede, fome, náuseas e vômitos no pós-operatório. Essas recomendações devem levar em conta se o paciente apresenta obesidade e diabetes *mellitus*, situação que ainda necessita de mais pesquisas<sup>5</sup>.

O presente estudo perguntou aos pacientes se tinham comorbidades como essas que foram citadas, mas a hipertensão foi a mais mencionada. 28 pacientes apresentavam diabetes *mellitus* ou dislipidemia, enquanto 32 tinham hipertensão. No paciente diabético o período de jejum pré-operatório deve ser reduzido, com perda de no máximo uma refeição, e sua cirurgia agendada para o primeiro horário do mapa cirúrgico, para evitar a hipoglicemia. Se essa providência não se efetivar o paciente precisará receber uma infusão variável intravenosa de insulina (IVIVI) e deverá ser providenciada avaliação com especialista<sup>19</sup>.

A hipertensão grave (>180/110mmHg) é estimada em cerca de 11% dos pacientes cirúrgicos, principalmente nos que se submetem às cirurgias cardiovasculares e como provoca flutuações hemodinâmicas no perioperatório, o preparo pré-operatório merece consideração, principalmente as que estão em estágio 3, que devem ser controladas antes da cirurgia, mantendo a redução do sal<sup>20</sup>.

Quanto à dislipidemia, aumenta a produção de dióxido de carbono e leva à fraqueza dos músculos respiratórios, além de complicações incisionais. Assim, o menor tempo de jejum pré-operatório e alimentos adequados também podem beneficiar os pacientes com esse agravado, durante o pós-operatório, com cicatrização mais rápida da ferida cirúrgica<sup>20</sup>.

Dessa forma, o que se observou na pesquisa foi que os pacientes receberam orientações quanto ao tempo de jejum, que seguiu o padrão de 8 horas. No entanto, foram poucos os que seguiram essa orientação corretamente. As orientações, que devem ser escritas, também precisam contemplar os tipos de alimentos sólidos e líquidos que o paciente pode ingerir durante o jejum pré-operatório, visto que muitos alimentos que são considerados inócuos podem trazer consequências para o pós-operatório.

Por isso, é importante que os pacientes cirúrgicos recebam da enfermagem orientações escritas sobre o jejum pré-operatório, como recomenda o Projeto ACERTO, principalmente se tiverem comorbidades em relação à doença de base. Nessas orientações pode estar contida a redução do tempo de jejum, visto que as pesquisas, ainda que algumas não sejam conclusivas, revelam benefícios para o pós-operatório.

## **CONCLUSÃO**

A presente pesquisa trouxe informações sobre o tempo médio de jejum no pré-operatório de Cirurgia Geral, em um hospital público do Distrito Federal, a partir de dados

sobre a orientação ofertada pelos profissionais de enfermagem e sobre como o jejum é praticado pelos pacientes.

É necessário ressaltar que dos 86 pacientes pesquisados, em apenas um caso a cirurgia sofreu adiamento e o tempo de jejum, em consequência, foi maior. Nos demais casos de jejum prolongado excessivamente os pacientes não seguiram as orientações ou não as compreenderam corretamente, razão pela qual é importante que sejam orientados por escrito, extensivo aos familiares, que podem ajudar bastante no preparo pré-operatório.

O conhecimento gerado foi relacionado a literaturas recentes que defendem os inúmeros benefícios da redução do tempo de jejum e se configurou como uma avaliação do procedimento na instituição do estudo, norteando a tomada de decisão dos profissionais, a fim de adequação de conduta, visando mais benefícios ao paciente, redução de riscos e minimização de custos hospitalares.

## REFERÊNCIAS

1. Marcarini M. Abreviação do jejum: aspectos clínicos perioperatórios de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. BRASPEN Journal 2017; 32(4):375-79. [Acesso 27 abr 2019]. Disponível em: [http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/13-Abre viscao-do-jejum.pdf](http://arquivos.braspen.org/journal/out-dez-2017/13-Abre%20viscao-do-jejum.pdf)
2. Martins AJC, ServaI CAS, Fonseca TH, Martins MJL, Poveda VB. Jejum inferior a oito horas em cirurgias de urgência e emergência versus complicações. Rev Bras Enferm 2016; 69(4):712-17. [Acesso 27 abr 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0712.pdf>
3. Carvalho CALB, Carvalho AA, Nogueira PLB, Aguilar-Nascimento JE. Mudando paradigmas em jejum pré-operatório: resultados de um mutirão em cirurgia pediátrica. ABCD - Arq Bras Cir Dig 2017; 30(1):7-10. [Acesso 27 abr 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abcd/v30n1/pt\\_0102-6720-abcd-30-01000\\_07.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v30n1/pt_0102-6720-abcd-30-01000_07.pdf)

4. Melchor JR, Varela MLF, Camargo SC, Fernández PJ, Barrio AC, Martínez-Hurtado E et al. Aceleração da recuperação após protocolo cirúrgico versus cuidados perioperatórios convencionais em cirurgia colorretal. Um estudo de coorte em centro único. Rev Bras Anesthesiol 2018; 68(4):358-68. [Acesso 27 abr 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v68n4/pt\\_0034-7094-rba-68-04-0358.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v68n4/pt_0034-7094-rba-68-04-0358.pdf)
5. Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DF, Dock-Nascimento DB, Correa MITD, Campos ACL et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. Rev Col Bras Cir 2017; 44(6):633-48. [Acesso 27 abr 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n6/pt\\_1809-4546-rcbc-44-06-00633.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n6/pt_1809-4546-rcbc-44-06-00633.pdf)
6. Bisinotto FMB, Silveira LAM, Rossi TC, Martins LB, Zago GP, Mendonça MAL et al. Estudo comparativo do esvaziamento gástrico entre uma solução isotônica e um suplemento nutricional por meio da ultrassonografia. Rev Bras Anesthesiol 2019; 69(2):115-21. [Acesso 28 abr 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/rba/v69n2/pt\\_0034-7094-rba-69-02-0115.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rba/v69n2/pt_0034-7094-rba-69-02-0115.pdf)
7. Campos SBG, Barros-Neto JA, Guedes GS, Moura FA. Jejum pré-operatório: por que abreviar? ABCD - Arq Bras Cir Dig 2018; 31(2):1-4. [Acesso 28 abr 2019]. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/abcd/v31n2/pt\\_0102-6720-abcd-31-02-e1377.pdf](http://www.scielo.br/pdf/abcd/v31n2/pt_0102-6720-abcd-31-02-e1377.pdf)
8. Trujillo AM. Epidemiologia: história, tipos e métodos. Rev Simbiótica 2016; 3(1):180-206. [Acesso 28 abr 2019]. Disponível em: <http://www.periodicos.ufes.br/simbiotica/article/download/14624/10261>
9. Souza JT, Correr CJ. Tipos de estudos epidemiológicos. Curitiba: UFPR, 2013. [Acesso 28 abr 2019]. Disponível em: <https://pt.slideshare.net/FClinico/tipos-de-estudos-epidemiologicos-26672507>
10. Angelo JF. Conceitos básicos em epidemiologia. São José dos Campos, Ministério da Ciência e Tecnologia, 30 jun 2011. [Acesso 28 abr 2019]. Disponível em:

[http://www.dpi.inpe.br/geocxnets/wiki/lib/exe/fetch.php?media=wiki:branches:epidemiologia\\_jussara.pdf](http://www.dpi.inpe.br/geocxnets/wiki/lib/exe/fetch.php?media=wiki:branches:epidemiologia_jussara.pdf)

11. Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. Rev Saúde Pública 2005; 39(3):507-14. [Acesso em 30 abr. 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>
12. Costa ACB. Avaliação da ansiedade aguda pré-operatória em pacientes cirúrgicos utilizando a Escala IDATE e o biomarcador Alfa-amilase (Versão corrigida). Tese (Doutorado em Ciências), da Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017
13. Secretaria de Estado de Saúde. Distrito Federal. Portaria nº 1321, de 14 de dezembro de 2018, que Institui a Vinculação do Componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha e normatiza os critérios de admissão hospitalar, encaminhamento e remoção das mulheres gestantes no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Diário Oficial do Distrito Federal, 2018; XLVII(88):1-4. [Acesso em 20 nov 2019]. Disponível em: [http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/12\\_Dezembro/DODF%20088%2018-122018%20EDI CAO%20EXTRA/DODF%2008 8%2018-12-2018%20EDICAO%20EXTRA.pdf](http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2018/12_Dezembro/DODF%20088%2018-122018%20EDI CAO%20EXTRA/DODF%2008 8%2018-12-2018%20EDICAO%20EXTRA.pdf)
14. Canterle J. HRSam inicia agendamento de cirurgias reguladas. Brasília, SES/DF, 31 jul 2019. [Acesso em 20 nov 2019]. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/hrsam-inicia-agendamento-de-cirurgias-reguladas/>
15. Cunha CGBB, Tomaz ENB, Souza GM, Souza GS, Guimarães PES. Jejum pré-operatório e o prognóstico de pacientes adultos submetidos à colecistectomia: um ensaio clínico. Trabalho de Conclusão de Curso (Medicina), Anápolis, Centro Universitário de Anápolis, da UniEvangélica, 2017
16. Espírito Santo IMB, Fontes FLL, Espírito Santo PM, Santos AO, Oliveira EP, Velozo SAMN et al. Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente

e para a assistência. REAS - Rev Eletrôn Acervo Saúde 2019; 25:1-6. [Acesso em 21 nov 2019]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/333808353\\_Aspectos\\_relevantes\\_da\\_visita\\_pre-operatoria\\_de\\_Enfermagem\\_beneficios\\_para\\_o\\_paciente\\_e\\_para\\_a\\_assistencia\\_Relevant\\_aspects\\_of\\_the\\_preoperative\\_Nursing\\_visit\\_benefits\\_for\\_the\\_patient\\_and\\_care\\_Aspecto](https://www.researchgate.net/publication/333808353_Aspectos_relevantes_da_visita_pre-operatoria_de_Enfermagem_beneficios_para_o_paciente_e_para_a_assistencia_Relevant_aspects_of_the_preoperative_Nursing_visit_benefits_for_the_patient_and_care_Aspecto)

17. Pierotti I, Nakaya TG, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Fonseca LF. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. Rev Baiana Enferm 2018; 32:1-9. [Acesso em 21 nov 2019]. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679/17307>
18. Feguri GR, Lima PRL, Lopes AM, Roledo A, Marchese M, Trevisan M et al. Resultados clínicos e metabólicos da abreviação do jejum com carboidratos na revascularização cirúrgica do miocárdio. Rev Bras Cir Cardiovasc 2012; 27(1):7-17. [Acesso em 22 nov 2019]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbccv/v27n1/v27n1a04.pdf>
19. Pontes JPJ, Saramago ALP, Vasconcelos MM, Batista NR. Manejo pré-operatório das medicações para tratamento do diabetes *mellitus*. Rev Med Minas Gerais 2017; 27(Supl 2):83-91. [Acesso em 22 nov 2019]. Disponível em: <http://www.rmmg.org> > exportar-pdf
20. Barreto RASS, Araújo ACO, Suzuki K, Freitas VC. A necessidade de informação do cliente em pré-operatório de colecistectomia. REME – Rev Min Enferm 2010; 14(3): 369-75. [Acesso em 22 nov 2019]. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/128>.