



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

PAOLA MORAIS PESSOA

REPERCUSSÕES DO JEJUM PROLONGADO NA RECUPERAÇÃO
DE PACIENTES CIRÚRGICOS: uma revisão integrativa

SÃO LUÍS - MA

2025

PAOLA MORAIS PESSOA

**REPERCUSSÕES DO JEJUM PROLONGADO NA RECUPERAÇÃO
DE PACIENTES CIRÚRGICOS:** uma revisão integrativa.

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Comissão Examinadora, como requisito para obtenção do grau Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Orientadora: Profa. Dra. Poliana Pereira Costa Rabêlo

SÃO LUÍS - MA

2025

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

Pessoa, Paola Moraes.

REPERCUSSÕES DO JEJUM PROLONGADO NA RECUPERAÇÃO DE
PACIENTES CIRÚRGICOS: uma revisão integrativa / Paola
Moraes Pessoa. - 2025.

53 f.

Orientador(a): Poliana Pereira Costa Rabêlo.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,
São Luís - Ma, 2025.

1. Jejum. 2. Enfermagem. 3. Enfermagem de Centro
Cirúrgico. 4. Cuidados Perioperatórios. I. Pereira Costa
Rabêlo, Poliana. II. Título.

PAOLA MORAIS PESSOA

**REPERCUSSÕES DO JEJUM PROLONGADO NA RECUPERAÇÃO DE
PACIENTES CIRÚRGICOS: uma revisão integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Comissão Examinadora, como requisito para obtenção do grau Bacharel em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovada em 10 de Julho de 2025

Nota: 10,0

Comissão Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **POLIANA PEREIRA COSTA RABELO**
Data: 12/07/2025 11:32:27-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Poliana Pereira Costa Rabêlo
(Presidente)

Documento assinado digitalmente
 **ISAURA LETICIA TAVARES PALMEIRA ROLIM**
Data: 14/07/2025 10:36:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dra. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim
(1º Membro)

Documento assinado digitalmente
 **CAMILA MARIA PINHEIRO DE MELLO E SILVA LEMOS**
Data: 16/07/2025 18:55:54-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.a M.a Camila Maria Pinheiro de Mello e Silva Lemos
(2º Membro)

*Dedico este trabalho a Deus. Sem
Ele, nada seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus, meu refúgio e fortaleza, por ter sido minha luz e sustento em todos os momentos da minha jornada acadêmica. Em cada desafio, encontrei força na fé; em cada incerteza, encontrei direção na oração. Durante os momentos mais difíceis, quando as dúvidas e o cansaço pareciam insuperáveis, foi a presença de Deus que me trouxe serenidade e coragem para seguir em frente. Reconheço que nada teria sido possível sem Sua mão sobre mim — orientando, protegendo e fortalecendo.

Quero agradecer à minha família, em especial aos meus pais, que sempre acreditaram em mim. Obrigada pelo amor incondicional, pelos conselhos e pelo apoio constante. Cada palavra de encorajamento, cada gesto de cuidado e cada oração tiveram um papel muito importante para que eu conseguisse chegar até aqui.

Agradeço à minha orientadora, pela paciência e por todos os seus ensinamentos. Suas sugestões e seu olhar crítico foram fundamentais para o amadurecimento desta pesquisa.

Agradeço, também, aos meus amigos e ao meu namorado, por terem acompanhado toda a minha trajetória acadêmica. Vocês foram essenciais para que eu pudesse seguir em frente; sem vocês, os obstáculos seriam mais difíceis de superar.

Por fim, agradeço à Universidade Federal do Maranhão, da qual tenho muito orgulho de fazer parte, pela oportunidade e pela experiência adquirida no curso de Enfermagem. Levo comigo não apenas o conhecimento técnico, mas também a certeza de que a Enfermagem é uma escolha de vida, feita de empatia e humanidade para com o próximo. Obrigada por fazerem parte da minha história.

RESUMO

Introdução: A prática do prolongamento do jejum perioperatório visava reduzir o risco de broncoaspiração durante a anestesia geral. Entretanto, com os avanços da ciência, demonstrou-se que períodos prolongados de privação alimentar podem ocasionar efeitos adversos significativos, como aumento do catabolismo proteico, hipoglicemia e atraso na cicatrização tecidual. Essas consequências impactam diretamente o tempo de recuperação, prolongam a permanência hospitalar e aumentam os riscos de complicações pós-operatórias. **Objetivo:** Identificar as repercussões do jejum prolongado na recuperação de pacientes cirúrgicos submetidos às cirurgias eletivas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, que buscou artigos nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), da Literatura Latino-Americana e do Caribe (LILACS), da Base de dados de Enfermagem (BDENF) e da National Library of Medicine (PubMed), com um recorte temporal superior a 5 anos pela escassez de artigos científicos, na língua portuguesa e inglesa, que retratasse as repercussões do jejum prolongado na recuperação de pacientes cirúrgicos. Para a elaboração da pergunta norteadora e para a seleção dos artigos foi utilizada a estratégia PICO com e a utilização de operadores booleanos AND com os descritores Jejum, Enfermagem, Enfermagem de Centro Cirúrgico, Cuidados Perioperatórios. Para a organização, dos artigos foi utilizado Rayyan16 QCRI, no método de seleção os artigos foram organizados no fluxograma do PRISMA. **Resultados:** Foram incluídos 12 artigos, que abordaram de forma concisa as repercussões do jejum prolongado, evidenciando as principais consequências como a sede, hipoglicemia, maior tempo de internação e maior risco de complicações no pós-operatório. **Conclusão:** A análise dos estudos revelou que a manutenção de longos períodos de jejum está associada a repercussões clínicas significativas, tais como hipoglicemia, desidratação, aumento da sede e maior tempo de hospitalização, além de implicações emocionais e nutricionais que comprometem a recuperação do paciente.

Descritores: Jejum, Enfermagem, Enfermagem de Centro Cirúrgico, Cuidados Perioperatórios.

ABSTRACT

Introduction: The practice of prolonged perioperative fasting aimed to reduce the risk of pulmonary aspiration during general anesthesia. However, with advances in science, it has been demonstrated that extended periods of food deprivation can lead to significant adverse effects, such as increased protein catabolism, hypoglycemia, and delayed tissue healing. These consequences directly impact recovery time, prolong hospital stays, and increase the risks of postoperative complications. **Objective:** To identify the repercussions of prolonged fasting on the recovery of surgical patients undergoing elective surgeries. **Methodology:** This is an integrative review that searched for articles in the Scientific Electronic Library Online (SciELO), Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS), Nursing Database (BDENF), and National Library of Medicine (PubMed), with a time frame of more than 5 years due to the scarcity of scientific articles in Portuguese and English that addressed the repercussions of prolonged fasting on the recovery of surgical patients. To formulate the research question and select the articles, the PICO strategy was used along with Boolean operators AND with the descriptors Fasting, Nursing, Operating Room Nursing, and Perioperative Care. For article organization, Rayyan16 QCRI was used, and in the selection method, the articles were organized in the PRISMA flowchart. **Results:** Twelve articles were included, which concisely addressed the repercussions of prolonged fasting, highlighting the main consequences such as thirst, hypoglycemia, longer hospital stays, and increased risk of postoperative complications. **Conclusion:** The analysis of the studies revealed that maintaining long periods of fasting is associated with significant clinical repercussions, such as hypoglycemia, dehydration, increased thirst, and longer hospitalization, as well as emotional and nutritional implications that compromise patient recovery.

Keywords: Fasting, Nursing, Operating Room Nursing, Perioperative Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACERTO	–	ACElizando a Recuperação TOrtal Pós-operatória
ASA	–	American Society of Anesthesiologists
BDENF	–	Base de Dados de Enfermagem
CEBM	–	Oxford Centre for Evidence-Based Medicine
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
ERAS	–	Enhanced Recovery After Surgery
HbS	–	Hemoglobina Sérica Periférica
IMC	–	Índice de Massa Corporal
LILACS	–	Literatura Latino-Americana e do Caribe de Ciências da Saúde
NANDA	–	Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem
NIC	–	Classificação de Intervenções de Enfermagem
NOC	-	Classificação de Resultados de Enfermagem
PBE	–	Prática Baseada em Evidência
PE	–	Processo de Enfermagem
PICO	–	Paciente, Intervenção, Comparação e Desfecho
POI	–	Pós-Operatório Imediato
PPARα	–	Receptor Ativado por Proliferadores de Peroxissomo Alfa
PRISMA	-	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	–	National Library of Medicine
ScieELO	–	Scientific Electronic Library Online
SIRT1	–	Sirtuína 1
SRPA	–	Unidade de Recuperação Pós-Anestésica
UTI	–	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.	Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluíram estudos de bases de dados e registro apenas. São Luís - MA, Brasil, 2025	28
Quadro 1.	Artigos que discutem aspectos metodológicos da revisão integrativa. São Luís - MA, 2025	30
Quadro 2.	Categorização por análise temática qualitativa. São Luís - MA, 2025	37

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	JUSTIFICATIVA	13
2	OBJETIVO	14
3	REVISÃO DE LITERATURA	15
3.1	Evolução das Práticas de Jejum	15
3.2	Impactos do Jejum Prolongado	18
3.3	Abreviação do Jejum: Evidências e Benefícios	19
3.4	Papel da Enfermagem na Implementação de Protocolos de Jejum	20
3.5	Desafios na Prática Clínica	22
4	METODOLOGIA	24
5	RESULTADOS	26
6	DISCUSSÃO	39
7	CONCLUSÃO	49
	REFERÊNCIAS	50

1 INTRODUÇÃO

O jejum perioperatório é uma prática exercida desde o século passado com o objetivo de evitar a aspiração do suco gástrico, após a aplicação de anestesia geral em pacientes submetidos a cirurgias eletivas (Guimarães; Sousa; Silva, 2023). Esse procedimento começou a ser exercido após o obstetra norte-americano, Curtis L. Mendelson, observar que o conteúdo estomacal era puxado para dentro dos pulmões durante a anestesia geral, causando broncoaspiração nas pacientes gestantes. A descoberta feita pelo obstetra ficou conhecida como pneumonite aspirativa ou “Síndrome de Mendelson”, cuja evidência tornou o centro cirúrgico mais seguro quanto à ingestão de alimentos e líquidos antes dos procedimentos (Mendelson, 1946).

Quando o paciente faz a ingestão de alimentos e líquidos antes da cirurgia, aumenta o risco de aspiração, causado pela grande produção de suco gástrico, da diminuição do pH e da redução do esfíncter esofágico, expondo o paciente a desenvolver complicações pela pneumonite aspirativa. No entanto, grandes períodos de jejum podem levar o paciente a ter intercorrências pós-operatórias como, desidratação, quadros de náuseas e vômitos, aumento do estresse metabólico, resistência à insulina e fraqueza (Amaral *et al.*, 2020).

Ao longo do tempo, estudos têm-se apoiado em evidências científicas, buscando confrontar o empirismo estabelecido dentro da rotina hospitalar. Ademais, constatou-se, cientificamente, que a principal causa da broncoaspiração é devido ao aumento da acidez do suco gástrico e não do conteúdo gástrico, decorrente da ingestão de alimentos e líquidos (Aguilar-Nascimento *et al.*, 2009).

O jejum pré-operatório é eficaz e tem seus benefícios na rotina do centro cirúrgico, entretanto, deve estar dentro dos limites estabelecidos, não se prolongando demais, a ponto de trazer consequências metabólicas ao paciente. A abreviação do jejum tem o objetivo de aliviar os sintomas causados pelo estresse pós-operatório, minimizando a sede, fome, fraqueza e náuseas (Pampolha *et al.*, 2020).

A causa do jejum prolongado pode acabar ocorrendo por algumas razões recorrentes da demanda hospitalar, dentre elas podemos citar o atraso do início da cirurgia, adiamento ou cancelamento do procedimento e a demora do retorno da dietanopós-operatório. Portanto, nota-se que os cuidados aos pacientes submetidos ao jejum prolongado devem ser seguidos com maior rigor, para que não haja prejuízos emocionais a ponto de tornar a experiência cirúrgica traumatizante (Pinto *et al.*, 2021).

Em um estudo realizado em 2021, sobre os fatores associados à aspiração broncopulmonar, observa-se que a incidência de casos está mais prevalente em pessoas idosas, de 76 a 85 anos, do sexo masculino e de cor branca. Ocorre também em uma pequena porcentagem de crianças recém-nascidas, <28 dias, e em bebês de 29 dias a 1 ano de idade. Nos casos citados encontram-se alguns pacientes que apresentavam distúrbios do aparelho respiratório, doenças do sistema nervoso e do aparelho circulatório e neoplasias. No entanto, é imprescindível que o profissional de enfermagem realize suas competências, no que diz respeito ao julgamento clínico e levantamento de diagnósticos e intervenções, que serão cruciais para a diminuição de complicações em pacientes de risco (Tanner *et al.*, 2022).

Destarte, a sede no centro cirúrgico poderá ser uma consequência decorrente do jejum prolongado, que pode afetar diretamente a recuperação do paciente. A anestesia geral, a sedação intravenosa e o jejum prolongado podem causar boca seca e diminuição da produção de saliva. Além disso, a cirurgia e a anestesia podem causar náuseas e vômitos, o que também pode contribuir para a sede. O profissional de saúde poderá intervir da melhor forma em tratar a sede e garantir que o paciente se recupere da cirurgia com segurança e sem desconforto (Piccoli *et al.*, 2023).

Apartir de 2005, houve a implantação do Projeto ACERTO (ACElizando a Recuperação TOrtal Pós-operatória), no intuito de padronizar os protocolos a serem seguidos pelos profissionais de saúde. O projeto trouxe bons resultados, com a diminuição dos índices de morbimortalidade e do tempo de internação hospitalar pós procedimento cirúrgico. Além disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde adotem o protocolo para maximizar a segurança do paciente frente ao risco de broncoaspiração (Aguilar-Nascimento; Caporossi; Bicudo-Salomão, 2020).

Os profissionais de enfermagem destacam que a ansiedade e o estresse são fatores que estão associados ao jejum prolongado, evidenciando que quanto maior for o tempo de jejum, mais desconfortável o paciente irá se apresentar. No entanto, a brevidade do jejum ainda não é uma realidade na assistência perioperatória de muitos hospitais, entretanto, evidências expõem que esse procedimento corrobora para o bem estar geral do paciente e do tempo de internação (Antunes *et al.*, 2023).

Diante do que foi exposto e das evidências encontradas na literatura, a pergunta norteadora deste estudo foi estruturada como: Quais evidências estão disponíveis sobre as repercussões do jejum prolongado na recuperação de pacientes cirúrgicos no período perioperatório de cirurgias eletivas?

1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo justifica-se pela necessidade crescente de reavaliar práticas clínicas historicamente consolidadas, como o jejum prolongado no período perioperatório, cuja permanência hospitalar não encontra mais respaldo nas evidências científicas atuais. A temática é de extrema relevância por estar diretamente ligada à segurança, ao conforto e à recuperação eficaz dos pacientes cirúrgicos.

Do ponto de vista da Enfermagem, este tema é relevante, uma vez que os enfermeiros são os profissionais que acompanham de forma contínua o paciente durante todo o período perioperatório. São eles os principais responsáveis pela orientação, implementação e monitorização das condutas relacionadas ao jejum. Assim, compreender as repercussões dessa prática e suas alternativas é fundamental para a promoção de um cuidado mais seguro, humanizado e baseado em evidências.

Ademais, a escassez de estudos atualizados e acessíveis sobre as repercussões do jejum prolongado na recuperação de pacientes cirúrgicos, sobretudo na literatura nacional, reforça a urgência desta investigação. Durante a seleção dos artigos, constatou-se a limitação do número de publicações que abordassem o tema de forma abrangente, o que exigiu uma ampliação do recorte temporal da pesquisa. Essa lacuna científica mostra uma oportunidade relevante para contribuir com o corpo de conhecimento da Enfermagem, incentivando a adoção de práticas mais modernas e eficazes na assistência perioperatória.

2 OBJETIVO

Identificar as repercussões do jejum prolongado na recuperação de pacientes cirúrgicos no período perioperatório de cirurgias eletivas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Estima-se que aproximadamente 234 milhões de procedimentos cirúrgicos são realizados no mundo anualmente. Embora os cuidados ligados diretamente ao paciente tenham avançado significativamente nas últimas décadas, a intervenção cirúrgica permanece como uma alternativa terapêutica frequente e eficaz para o tratamento de uma ampla variedade de condições clínicas. Diante dessa realidade, houve a necessidade de aprimorar as técnicas já conhecidas anteriormente, surgindo novas diretrizes baseadas em evidências que recomendam a diminuição do tempo de jejum pré-operatório, para aquelas cirurgias que requerem anestesia, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e garantir a segurança do paciente (Ludwig *et al.*, 2013).

Um estudo prospectivo, realizado por Araripe *et al.*, (2019) em um hospital universitário no Ceará, avaliou 73 indivíduos submetidos a cirurgias eletivas de médio e grande porte, e evidenciou que a competência dos profissionais de saúde em realizar a avaliação do estado nutricional do paciente, é indispensável para garantir que haja segurança na execução de todas as etapas do ato cirúrgico. Para isso, faz-se necessária a realização de uma triagem em até 24 horas após a admissão, colaborando para a aplicação de intervenções nutricionais eficientes e no tempo oportuno, a fim de minimizar as consequências decorrentes do jejum prolongado. Neste estudo, foi identificado que os pacientes que se encontram em desnutrição ou em risco nutricional, tendem a evoluir com intercorrências no período de internação e, ainda, contribuir para o aumento de morbimortalidade pós-cirúrgica (Araripe *et al.*, 2019).

Ademais, com o avanço da tecnologia, os profissionais de saúde buscam respaldo científico para explicar tais práticas realizadas pelas equipes multiprofissionais, o que provoca conflitos diante dos princípios consagrados pelo empirismo, por meio da evidência científica (Aguilar-Nascimento *et al.*, 2006).

3.1 Evolução das práticas de jejum

O jejum pré-operatório foi introduzido como uma medida de segurança visando proteger os pacientes durante a indução anestésica, prevenindo os episódios de broncoaspiração, que eram muito recorrentes. Para que essa complicação seja evitada, tornou-se essencial o esvaziamento completo e adequado do conteúdo gástrico. Esse conceito foi estabelecido por Mendelson, em 1946, sendo considerado um marco que transformou as práticas no ambiente hospitalar (Mendelson, 1946).

No início do século XX, a prática do jejum prolongado era exercida de forma deliberada, alguns pacientes chegavam a permanecer por até 18 horas em jejum absoluto, independentemente do tipo de alimento ou líquido ingerido anteriormente. Essa proposta de manter o paciente nesse quadro tinha o objetivo de garantir a segurança e prevenir a broncoaspiração. Contudo, ao longo do tempo, percebeu-se que essa prática, além de não reduzir efetivamente os riscos, estava associada a efeitos adversos, como aumento da acidez gástrica, maior desconforto, desidratação, resistência à insulina e pior recuperação pós-operatória (Amaral *et al.*, 2020).

Entretanto, na década de 80, surgiram estudos, como o de Pierotti *et al.*, (2018), que começaram a questionar a necessidade de manter um jejum prolongado por mais de 18 horas. Após a realização de pesquisas e ensaios clínicos, chegou-se à conclusão de que era imprescindível a atualização das práticas de jejum, principalmente relacionado à ingestão de líquidos claros em até duas horas antes do procedimento cirúrgico, aliviando os sintomas de sede e boca seca. Desta forma, através de um estudo documental e quantitativo, Pierotti, (2018, p. 5) corrobora com esses dados, pois afirma que em muitas instituições de saúde ainda persiste um descompasso entre o tempo de jejum pré-operatório recomendado pelas normas e o que é realmente aplicado. Evidencia-se que esse prolongamento excessivo do jejum permanece presente na rotina hospitalar, independentemente da especialidade cirúrgica ou da idade dos pacientes envolvidos (Pierotti *et al.*, 2018).

Diante desse novo cenário de controvérsias, a American Society of Anesthesiologists (ASA) instituiu recomendações fundamentais sobre o jejum pré-operatório para pacientes saudáveis submetidos a procedimentos eletivos. Essas diretrizes pretendiam minimizar o risco de aspiração pulmonar durante o processo anestésico (ASA, 1999). Dentre elas, recomendava-se: -jejum mínimo de duas horas para líquidos claros: permitindo a ingestão de água, sucos sem polpa, chá claro e café preto até duas horas antes da anestesia; e -jejum de no mínimo seis horas para refeições leves como torradas e líquidos claros.

Dentro do contexto nacional, no ano de 2005, o Departamento de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Ciências Médicas (FMC) da Universidade Federal do Mato Grosso (UFMT) desenvolveu um projeto, cuja finalidade era acelerar a recuperação pós-operatória de pacientes submetidos a cirurgias abdominais, o qual foi denominado ACERTO PÓS-OPERATÓRIO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória). Este propósito teve como inspiração os resultados positivos do projeto multicêntrico europeu denominado ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) (Sanchez; Papapietro, 2017). A implementação do projeto ACERTO PÓS-

OPERATÓRIO foi um sucesso, reduzindo o tempo de jejum pré-operatório de 16 horas para 5 horas, em cirurgias de porte 1, que envolvem operações da parede abdominal e laparotomias sem abertura de alças e/ou manipulações de vias biliares, e porte 2 que envolvem operações de laparotomias com abertura de alças e/ou manipulações de vias biliares (Aguilar-Nascimento *et al.*, 2006).

Em 2009, o estudo prospectivo realizado por Oliveira *et al.*, (2009), avaliou 375 pacientes submetidos ao jejum abreviado com implementação da solução de dextrinomaltose 12,5% duas horas antes do procedimento cirúrgico, reforçando a segurança do paciente. A finalidade do uso da solução corroborou para justificar que não foram identificadas complicações associadas ao jejum pré-operatório. Durante a indução anestésica, não se observou qualquer ocorrência de regurgitação ou outro tipo de intercorrência relacionada à redução do jejum para duas horas com a ingestão de líquidos claros nos procedimentos realizados (Oliveira *et al.*, 2009).

Em consonância com as diretrizes da American Society of Anesthesiologists (ASA) publicadas em 1999, a Sociedade Europeia de Anestesiologia reforçou a segurança dos pacientes, adotando práticas de jejum mais curtas em diversos países europeus (Smith *et al.*, 2011). Entretanto, Amaral *et al.* (2020) afirmam que, dentro do contexto brasileiro, as novas diretrizes não foram adotadas de forma adequada, evidenciando que muitos brasileiros ainda são submetidos ao jejum prolongado por mais de 12 horas, principalmente devido a fatores como atrasos nas cirurgias e falta de atualização dos protocolos.

Por fim, em 2022, o Hospital Universitário Walter Cantídio desenvolveu um protocolo de abreviação do jejum pré-operatório baseado no Projeto ACERTO, visando adaptar as recomendações à realidade do serviço e melhorar a recuperação dos pacientes. Em seu estudo descritivo-aplicado com elaboração de protocolo institucional, Souza *et al.*, (2022) afirmam que a adoção de protocolos clínicos estruturados e de rotinas padronizadas em ambientes hospitalares é fundamental para a redução dos índices de morbidade e mortalidade, promovendo maior segurança aos pacientes submetidos a intervenções cirúrgicas em instituições de grande porte. Estratégias multimodais, como o protocolo ACERTO, têm demonstrado efetividade tanto na otimização da recuperação pós-operatória quanto na diminuição dos custos associados à hospitalização (Souza *et al.*, 2022).

Portanto, mesmo com os avanços tecnológicos e o crescimento de evidências sobre os benefícios da abreviação do jejum, percebe-se que muitos centros hospitalares têm certa resistência em adotar tais práticas estabelecidas nas diretrizes através das sociedades, tornando-

se um desafio mudar as condutas conservadoras. Ademais, cabe à equipe multiprofissional, que permanece na linha de frente para executar as intervenções, otimizar e adaptar os protocolos assistenciais, minimizando os riscos e maximizando os benefícios para os pacientes cirúrgicos (Lima *et al.*, 2022).

3.2 Impactos do Jejum Prolongado

O jejum prolongado em pacientes no período perioperatório tem sido associado a alterações metabólicas deletérias que comprometem a estabilidade clínica e a recuperação pós-cirúrgica. Quando o paciente é submetido a longos períodos sem a ingestão de alimentos, ocorre a mobilização de reservas energéticas, resultando no esgotamento do glicogênio hepático e no aumento da proteólise, o que pode levar à perda de massa muscular e à hipoglicemia. Esses efeitos são particularmente preocupantes em pacientes idosos ou com comorbidades, pois possuem menor reserva metabólica. Além disso, o jejum prolongado pode elevar os níveis de resistência insulínica e de estresse oxidativo, contribuindo para uma resposta inflamatória exacerbada no pós-operatório. A literatura recente demonstra que jejuns superiores a 8 horas aumentam o risco de desequilíbrio hemodinâmico e complicações infecciosas, reforçando a importância da revisão dos protocolos tradicionais de jejum hospitalar (Castello Branco *et al.*, 2022).

A sede é uma das queixas mais recorrentes entre pacientes submetidos ao jejum prolongado, sendo um fator de muito desconforto físico e emocional. A combinação entre jejum hídrico estendido, anestesia geral e fatores como estresse cirúrgico contribui diretamente para a hipossalivação, sensação de boca seca e irritação da mucosa oral, o que impacta negativamente o bem-estar do paciente em todas as etapas do procedimento cirúrgico. Segundo Piccoli *et al.*, (2023), a sede no contexto hospitalar está associada a altos níveis de angústia e pode interferir na recuperação do paciente.

Do mesmo modo, a sede não é apenas uma sensação fisiológica, mas também é um sinal de sofrimento que pode ser amenizado com estratégias seguras como o uso de gelo oral, compressas úmidas e orientações educativas. Nesse sentido, torna-se fundamental a atuação do enfermeiro no monitoramento e manejo adequado desse sintoma, principalmente em ambientes onde o jejum ainda é conduzido de forma rígida e prolongada. A abordagem preventiva e o alívio da sede devem ser encarados como parte integrante do cuidado humanizado e centrado

no paciente, fortalecendo a segurança e a qualidade da assistência perioperatória (Pampolha *et al.*, 2020).

O prolongamento do jejum também pode comprometer a resposta imunológica do paciente cirúrgico, tornando-o mais vulnerável a infecções hospitalares. Em situações de estresse fisiológico, como o trauma cirúrgico, a demanda metabólica aumenta significativamente, e a ausência de substratos energéticos adequados impede uma resposta imunológica eficaz. O jejum além de 8 horas reduz a biodisponibilidade de glicose e aminoácidos, essenciais para a síntese de proteínas de fase aguda e anticorpos. Além disso, o estresse cirúrgico é amplificado pela hipoglicemia e pela liberação aumentada de cortisol, catecolaminas e citocinas pró-inflamatórias. A prática da alimentação precoce, com bebidas ricas em carboidratos em até duas horas antes das cirurgias, tem mostrado benefícios com menor resposta inflamatória, menor resistência insulínica e recuperação mais rápida (Campos *et al.*, 2018).

O estudo de Farias; Lira, (2020) apontou que o jejum prolongado afeta negativamente o bem-estar psicológico e a qualidade do sono de pacientes hospitalizados. A privação alimentar por períodos superiores a 8 horas gera desconforto, ansiedade, irritabilidade e insônia, dificultando o relaxamento necessário para o preparo cirúrgico. Este estudo revelou que pacientes submetidos a jejuns extensos relatam maior dificuldade para dormir, bem como necessidade de sono suplementar no pós-operatório, o que pode comprometer a recuperação.

Outro impacto negativo do jejum prolongado está relacionado ao estado nutricional do paciente. A interrupção da ingestão por longos períodos compromete a homeostase nutricional e pode precipitar ou agravar quadros de desnutrição hospitalar, um fator intimamente ligado aos piores desfechos clínicos e maior tempo de internação (Lucchesi; Gadelha, 2019).

3.3 Abreviação do Jejum: Evidências e Benefícios

A prática tradicional do jejum prolongado no perioperatório, muitas vezes iniciado à meia-noite anterior à cirurgia, tem sido gradualmente substituída por protocolos baseados em evidências que defendem a sua abreviação. Diretrizes internacionais, como a da American Society of Anesthesiologists (ASA), recomendam atualmente que líquidos claros podem ser ingeridos até duas horas antes da anestesia eletiva e refeições leves até seis horas antes, sem aumento dos riscos de broncoaspiração. A base científica por trás dessa recomendação está concretizada: estudos clínicos demonstram que o esvaziamento gástrico ocorre de forma segura

em até duas horas após a ingestão de líquidos claros, como água, chá ou soluções de carboidratos, reduzindo sintomas de desconforto como fome, sede, ansiedade e até hipoglicemia (Aguilar-Nascimento *et al.*, 2009).

No contexto brasileiro, o Projeto ACERTO (Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória) tem desempenhado um papel fundamental na implementação de protocolos na abreviação do jejum. O estudo de Chaves e Campos (2019), revela que a ingestão de bebidas enriquecidas com carboidratos em até duas horas antes de cirurgias eletivas é segura e está associada à diminuição da resistência insulínica, do estresse metabólico, melhora do bem-estar, redução do tempo de internação e dos custos hospitalares.

O estudo observacional de Sampaio *et al.*, (2020) corrobora para confiabilizar a implementação do Protocolo ACERTO, ele demonstrou ser viável e seguro para os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos em um hospital de trauma. Os pacientes que foram incluídos no estudo apresentaram uma redução significativa no volume de fluidos administrados no pós-operatório, iniciaram a alimentação de forma mais precoce e atingiram o aporte calórico ideal em um curto espaço de tempo. Bem como, receberam manejo analgésico mais efetivo no período pós-operatório, com aumento das taxas de profilaxia para náuseas e vômitos, além de maior adesão às práticas de fisioterapia e mobilização precoce. Esses fatores foram de suma importância para contribuir na redução do tempo de internação hospitalar, sem que houvesse diferença estatisticamente significativa nas taxas de morbidade e mortalidade quando comparados ao grupo controle.

O estudo realizado por Bravo e Casarotti, (2020) evidência de forma clara os benefícios da abreviação do jejum perioperatório, especialmente no controle glicêmico de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular. A pesquisa conduzida de maneira randomizada, cega e placebo-controlada revelou que os pacientes que receberam uma solução de maltodextrina até três horas antes do procedimento cirúrgico apresentaram um perfil glicêmico mais estável no pós-operatório, quando comparados ao grupo controle que recebeu apenas água. Portanto, seus achados corroboram com a literatura científica, que defende que a hiperglicemia no pós-operatório está diretamente ligada ao aumento da morbimortalidade e a complicações como infecções e má cicatrização, reforçando a importância da implementação de protocolos de jejum abreviado na prática da clínica hospitalar.

3.4 Papel da Enfermagem na Implementação de Protocolos de Jejum

A atuação da Enfermagem na implementação de protocolos de jejum perioperatório é essencial para garantir não apenas a segurança do paciente, mas também a adesão às recomendações baseadas em evidências. Tradicionalmente, orientações como “jejum absoluto a partir da meia-noite” eram amplamente utilizadas, entretanto, já se sabe que líquidos claros podem ser ingeridos em até duas horas antes da anestesia e refeições leves até seis horas antes, sem aumentar o risco de broncoaspiração. A responsabilidade do enfermeiro inclui esclarecer essas novas diretrizes aos pacientes, reduzindo os sentimentos de insegurança e ansiedade. Segundo Antunes *et al.*, (2023), a comunicação eficaz entre o enfermeiro e o paciente tem impacto direto na adesão ao jejum correto e, por consequência, na redução de complicações. Torna-se imprescindível que o profissional de enfermagem esteja atualizado quanto às evidências atuais para fornecer orientação segura e humanizada.

O monitoramento contínuo do cumprimento das orientações de jejum é outra responsabilidade central da enfermagem no período perioperatório. Cabe ao enfermeiro certificar-se de que os pacientes seguiram corretamente as instruções, registrando a última ingestão de líquidos e de sólidos. Essa vigilância é indispensável para prevenir riscos como a aspiração pulmonar durante a indução anestésica. Segundo este estudo, os enfermeiros que seguem um protocolo estruturado conseguem reduzir em até 35% os eventos adversos relacionados ao jejum inadequado. Além disso, o acompanhamento rigoroso permite uma resposta mais rápida da equipe caso o protocolo não tenha sido seguido, evitando o cancelamento de procedimentos e possíveis complicações clínicas (Esperance, 2024).

A capacitação dos profissionais de enfermagem é um fator determinante para a correta implementação de protocolos atualizados de jejum. A ausência de treinamentos formais ou atualizações sobre as diretrizes pode levar à perpetuação de práticas desatualizadas, como jejum superior a 8 horas, que traz riscos de hipoglicemia, desidratação e desconforto ao paciente. Gonçalves *et al.*, (2022) reforçam que a inclusão de treinamentos periódicos sobre protocolos clínicos no ambiente hospitalar melhora significativamente o desempenho da equipe de enfermagem e reduz inconsistências nas orientações ao paciente. Além disso, os autores destacam a importância da liderança do enfermeiro na formação de novos profissionais, criando uma cultura organizacional baseada na segurança e no cuidado baseado na evidência.

No entanto, a liderança da enfermagem é fundamental para a efetiva implantação e fiscalização dos protocolos de jejum. O enfermeiro, além de ser educador e cuidador, atua como articulador entre os diferentes membros da equipe multiprofissional. É ele quem frequentemente identifica falhas no seguimento das diretrizes e propõe ações corretivas, promovendo assim uma

assistência mais segura. A experiência da aplicação do Projeto Acerto no Brasil ilustra como a atuação proativa da enfermagem tem contribuído para a redução do tempo de jejum, aumento do conforto do paciente e diminuição de complicações no pós-operatório. De acordo com Aguiar-Nascimento; Caporossi; Bicudo-Salomão, (2020), o envolvimento da enfermagem foi essencial para o sucesso da implementação do protocolo, especialmente na educação em saúde, adesão à mobilização precoce e reintrodução da alimentação oral.

3.5 Desafios na Prática Clínica

Apesar das recomendações de sociedades como a American Society of Anesthesiologists (ASA), que sugerem a ingestão de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia, muitos profissionais ainda mantêm práticas tradicionais de jejum prolongado. Percebe-se que essa resistência está enraizada em hábitos antigos e na falta de atualização contínua dos profissionais de saúde. Por exemplo, a pesquisa realizada em um hospital universitário na Índia revelou que, embora 69% dos residentes estivessem cientes dos benefícios da abreviação do jejum, apenas 12% aplicavam corretamente as diretrizes em sua prática clínica. A principal barreira identificada foi a ausência de treinamento formal sobre o tema (Gupta *et al.*, 2022).

A inexistência de protocolos claros e padronizados nas instituições de saúde contribui para a inconsistência na aplicação das diretrizes do jejum abreviado. Na cidade de Fortaleza-Ceará, o Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), por exemplo, fez-se necessário desenvolver um protocolo específico baseado no Projeto ACERTO para adaptar as recomendações à realidade local. A ausência de tais protocolos pode levar a práticas divergentes entre as equipes e aumentar os riscos de complicações perioperatórias (Souza *et al.*, 2022).

Em consonância, muitos profissionais de saúde, incluindo anestesiológicos e cirurgiões, demonstraram desconhecimento ou insegurança em relação às diretrizes atualizadas de jejum. Uma pesquisa desenvolvida no Hospital Universitário Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, buscou avaliar clinicamente os efeitos da abreviação do jejum pré-operatório em pacientes submetidos a cirurgias urológicas eletivas e analisar a percepção dos profissionais de saúde sobre os obstáculos à implementação da prática abreviada. Esta pesquisa foi publicada no *International Journal of Development Research* e identificou que 57% dos profissionais entrevistados apontaram a falta de conhecimento como o principal obstáculo para a implementação da abreviação do jejum. Além disso, 83% relataram não possuir uma rotina estabelecida para essa prática em seus serviços (Ribeiro *et al.*, 2023). A discordância entre anestesiológicos e

cirurgiões quanto às orientações de jejum pode comprometer a implementação eficiente das diretrizes. Gupta *et al.*, (2022) em seu estudo realizado em um hospital universitário terciário na Índia, cujo principal objetivo foi avaliar o conhecimento, a atitude e a prática de residentes de pós-graduação, concluiu que a falta de consenso entre as especialidades contribui para a manutenção de práticas desatualizadas. Este estudo observacional destacou que 52% dos residentes acreditavam que a discrepância entre as instruções dadas por anestesiólogos e cirurgiões era um fator significativo para a não implementação adequada das diretrizes de jejum.

Outro ponto fundamental consiste na comunicação eficaz entre a equipe de saúde e os pacientes, tornando-se crucial para o sucesso da abreviação do jejum. No entanto, Sidik *et al.* (2024) em seu estudo realizado no Hospital Clínico Militar Central A.A. Vishnevskiy, em Moscou, Rússia, objetivou avaliar a adesão às diretrizes internacionais do jejum pré-operatório, identificar barreiras à sua implementação e aplicar intervenções específicas para otimizar a segurança e os resultados dos pacientes. O estudo apontou que instruções inconsistentes ou mal compreendidas podem levar a jejuns prolongados mais do que o necessário. Uma iniciativa de melhoria da qualidade nos Estados Unidos destacou que a falta de comunicação clara foi um dos principais fatores para a não adesão às diretrizes de jejum, resultando em complicações como hipoglicemia e desidratação. A liderança institucional e o apoio da gestão são determinantes para a implementação bem-sucedida da abreviação do jejum. A ausência de comprometimento por parte da administração pode limitar os recursos disponíveis para treinamento, desenvolvimento de protocolos e monitoramento de adesão às diretrizes. O envolvimento ativo da liderança é um fator determinante para promover mudanças na prática clínica e garantir a segurança do paciente (Sidik *et al.*, 2024).

Em suma, a implementação eficaz da abreviação do jejum requer educação continuada e treinamento das equipes de saúde. A falta de programas estruturados de capacitação contribui para a manutenção de práticas obsoletas. Surge, então, a necessidade de incluir treinamentos periódicos e a disseminação de informações atualizadas, com o intuito de promover mudanças na cultura institucional e melhorar a adesão às diretrizes (Ribeiro *et al.*, 2023). Embora diretrizes internacionais, como as da ASA, recomendem a abreviação do jejum, sua implementação efetiva depende da adaptação às realidades locais. A falta de contextualização dessas recomendações pode gerar insegurança entre os profissionais e dificultar sua aplicação prática. A criação de protocolos adaptados às especificidades de cada instituição é fundamental para superar esse desafio (Joshi *et al.*, 2023).

4 METODOLOGIA

Este estudo está disposto em uma revisão integrativa, que consiste em um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na literatura científica, além de orientar a prática clínica e a tomada de decisões, por meio da síntese de evidências científicas (Souza *et al.*, 2010). Ademais, a Prática Baseada em Evidências (PBE) obtém um papel importante neste tipo de estudo, pois fomenta a produção de revisões de literatura, fundamentada no conhecimento científico.

De acordo com Mendes, Silveira e Galvão, (2019), esse tipo de pesquisa constitui-se a partir de 6 etapas: 1) Identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostra ou pesquisa de literatura; 3) Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4) Avaliação dos estudos primários incluídos na revisão; 5) Análise e síntese dos resultados da revisão; e 6) Apresentação da revisão integrativa (Mendes; Silveira; Galvão, 2019).

Para que este trabalho esteja contextualizado dentro da atualidade, tem-se a necessidade de um recorte temporal mais curto (últimos 5 anos), entretanto, pela falta de produções nos últimos anos acerca do tema estudado, houve a necessidade de abranger um recorte temporal maior, englobando artigos que foram publicados antes de 2020.

A estrutura deste trabalho será organizada de acordo com a estratégia PICo, onde P (população) refere-se aos pacientes submetidos ao jejum prolongado no período perioperatório; I (interesse) refere-se às repercussões do jejum prolongado; Co (contexto) está relacionado ao centro cirúrgico. Sendo assim, a pergunta norteadora será formulada de acordo com a estratégia apresentada acima (Hosseini *et al.*, 2024).

O referencial teórico será construído a partir de pesquisas digitais, em revisões de artigos científicos disponíveis gratuitamente, sobre as repercussões do jejum prolongado na recuperação de pacientes cirúrgicos no período perioperatório. A busca na base de dados foi realizada de dezembro de 2024 até março de 2025. Para a coleta, utilizou-se o banco de dados da Scientific Electronic Library Online (SciELO), da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Base de dados de Enfermagem (BDENF) e nas bases de dados da National Library of Medicine (PubMed).

Para a realização da pesquisa, utilizaram-se os seguintes descritores: Jejum; Enfermagem; Enfermagem de Centro Cirúrgico; Cuidados Perioperatórios. Em seguida, suas traduções para o inglês, respectivamente: Fasting; Nursing; Operating Room Nursing;

Perioperative Care. Durante a execução dos descritores nas plataformas digitais, foram usados os operadores booleanos *AND* e *OR*, com a finalidade de encontrar materiais que correspondam ao objetivo de estudo.

Como critérios de inclusão, foram usados artigos científicos e capítulos de livros disponíveis gratuitamente de forma online, textos completos, na língua portuguesa ou inglesa, e que correspondam com o objeto de estudo da temática pesquisada. Para os critérios de exclusão, foram descartados relatos de experiências, textos incompletos e não científicos, artigos científicos não disponibilizados de forma gratuita e aqueles que não estiverem dentro da temática escolhida.

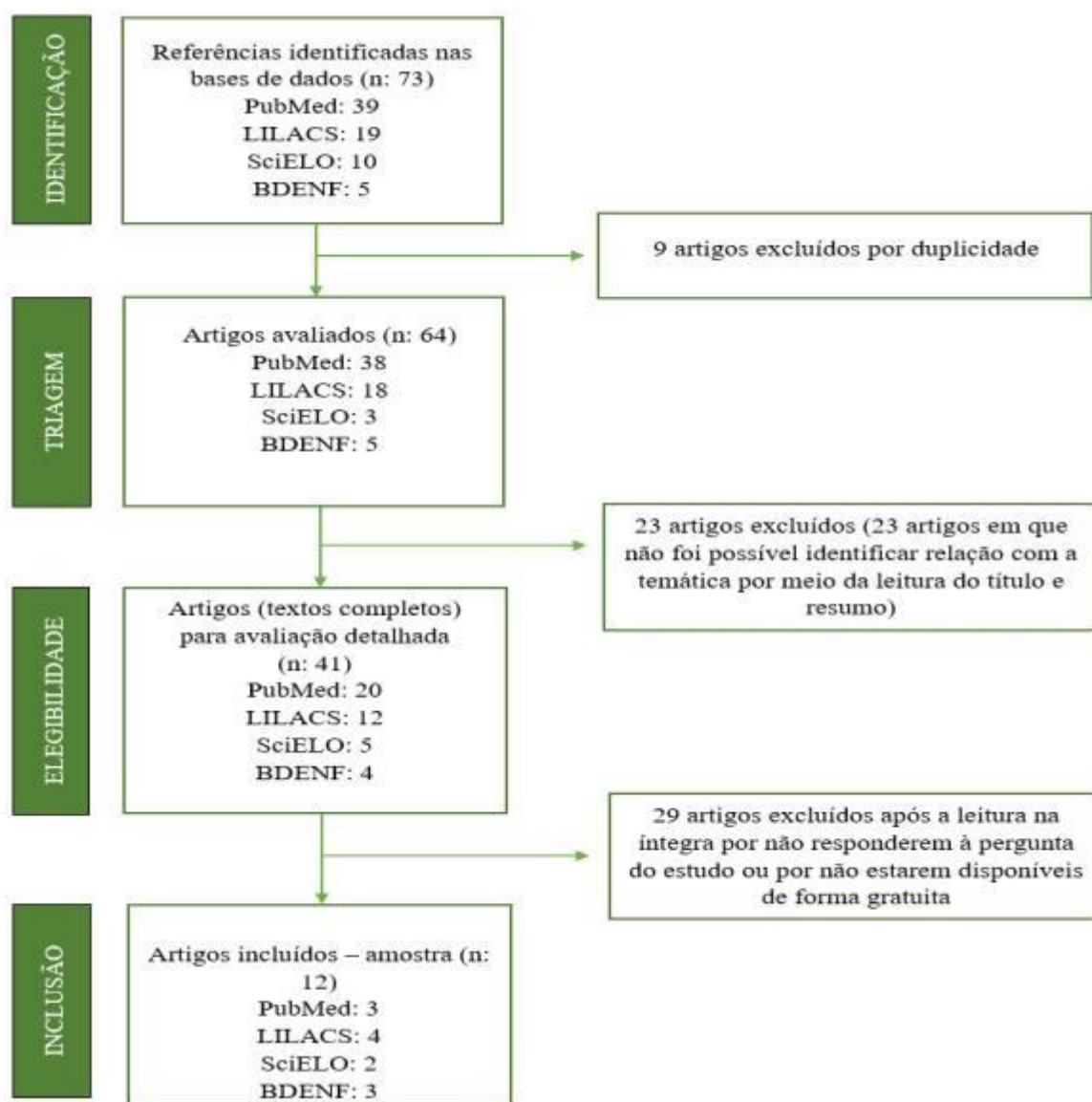
A partir das buscas realizadas, os resultados foram exportados para organização e identificação das duplicatas. Para a contribuição desse processo, foi utilizado o *Rayyan Systems Inc.*, a fim de otimizar as revisões, excluir as duplicatas e realizar a leitura do título e resumo dos artigos para seleção. Em seguida, realizou-se a leitura na íntegra dos artigos selecionados para compor a amostra final (Ouzzani *et al.*, 2016). Com o objetivo de proporcionar maior clareza no processo de seleção, optou-se pela construção de um fluxograma dos artigos científicos baseado nas diretrizes dos Principais Itens para Relatar Revisões Sistemáticas e Meta-análises - PRISMA (Page *et al.*, 2021).

Considerando a utilização de artigos científicos já publicados, e o não envolvimento de seres humanos ou identificação dos indivíduos, o estudo dispensou submissão e apreciação em comitês de ética em pesquisa, conforme o artigo 1º, em seu parágrafo único, da Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil.

5 RESULTADOS

Para este trabalho, foi recolhido um total de 73 artigos, em quatro bases de dados diferentes. Os 73 registros foram exportados para o *Rayyan Systems Inc.* com remoção de 9 duplicatas, restando 64 artigos para leitura do título e resumo. Após a leitura do título e resumo, foram excluídos 23 registros, por não corresponderem à temática do estudo proposto. Por fim, 41 artigos foram lidos na íntegra para compor o critério de elegibilidade, 29 registros foram excluídos por não responderem à pergunta do estudo ou por não estarem disponíveis de forma gratuita, restando apenas 12 artigos para compor a amostra final do estudo (Ouzzani *et al.*, 2016).

Figura 1. Fluxograma para novas revisões sistemáticas que incluíram estudos de bases de dados e registros apenas. São Luís - MA, 2025.



Fonte: Autora, adaptado de PRISMA, (2020).

Após a leitura e análise dos artigos, esta revisão foi composta por 12 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Diante da escassez de artigos disponíveis que abordassem o tema proposto, foi necessário incluir artigos a partir de um recorte temporal mais largo que o estabelecido. Destes, dois foram encontrados a partir do SCIELO, três na PubMed, três artigos na BDEnf e quatro na LILACS, nas demais bases não foram encontrados artigos capazes de satisfazer o propósito deste estudo.

A seguir, foi estruturado por meio de uma tabela todos os detalhes dos artigos selecionados para a amostra, dentre eles, foram incluídos os autores e seus respectivos anos de publicação, o idioma, país e local de publicação, o tipo de estudo utilizado, os resultados e o nível de evidência de acordo com o sistema de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) - Níveis de Evidência (Oxford, 2009). O quadro 1 apresenta os artigos selecionados.

Quadro 1. Artigos que discutem aspectos metodológicos da revisão integrativa. São Luís - MA, 2025.

Estudo (ano)	Idioma/País/ Periódico	Objetivos	Tipo de Estudo	Resultados	Nível de Evidência (Oxford, 2009)
E1 - Garcia <i>et al.</i> , 2021	Português/ Brasil/Revista da Escola de Enfermagem da USP	Explorar a percepção dos profissionais de saúde sobre barreiras e facilitadores e as estratégias de enfrentamento para a implantação do MMS no pré-operatório do paciente queimado.	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, ancorado no referencial teórico KT, que foi utilizado prospectivamente no desenvolvimento dos grupos focais e análise dos dados.	O estudo identificou que pacientes queimados permanecem frequentemente em jejum pré-anestésico por longos períodos, devido à necessidade de múltiplos procedimentos cirúrgicos e balneoterapias sob sedação. Isso agrava significativamente a sede pré-operatória, tornando-a mais intensa e desconfortável do que em pacientes cirúrgicos comuns.	V
E2- Nunes <i>et al.</i> , 2015	Português/Brasil/ Revista de Nutrição Clínica e Dietética Hospitalar	Identificar o tempo de jejum pré e pós-operatório e associar à incidência de complicações pós-operatórias e tempo de internamento em pacientes submetidos a cirurgias do trato gastrointestinal e de parede abdominal.	Trata-se de um estudo prospectivo observacional realizado com pacientes cirúrgicos internados no período de abril a outubro de 2013.	O estudo traz como resultado que o jejum perioperatório prolongado, tanto antes quanto após a cirurgia, está associado a piores desfechos clínicos, como aumento da permanência hospitalar e maior taxa de complicações.	Iib

E3 - Piccoli <i>et al.</i> , 2023	Português/Brasil/ Revista de enfermagem, UFSM	Avaliar a intensidade e o desconforto provocados pela sede em pacientes em pós-operatório imediato.	Estudo exploratório-descriptivo, desenvolvido com pacientes internados na sala de recuperação pós-anestésica de um hospital público paranaense.	O tempo médio de jejum entre os pacientes avaliados foi de 14,6 horas, superior ao recomendado pelas diretrizes científicas atuais. Esse jejum prolongado é considerado um dos principais fatores para a intensificação da sede no pós-operatório imediato. Além disso, as principais causas do jejum prolongado foram: erros de comunicação entre a equipe, atrasos cirúrgicos, remarcações ou cancelamentos de procedimentos, demora na liberação da dieta no pós-operatório e protocolos rígidos e pouco individualizados.	IV
E4 - Pinto <i>et al.</i> , 2021	Português/Brasil/ Rev Fun Care Online	Investigar o jejum prolongado em pacientes que se submeteram a procedimentos cirúrgicos abdominais e do trato gastrointestinal com uso de anestesia geral, e as possíveis complicações no pré, intra e pós-operatório.	Trata-se de um estudo exploratório-descriptivo, com recorte transversal retrospectivo-documental e abordagem qualitativa-quantitativa.	O jejum excessivo esteve associado a diversas intercorrências clínicas, incluindo mal-estar generalizado, alterações cardiovasculares (como taquicardia, bradicardia, hipertensão e hipotensão) e distúrbios metabólicos, especialmente a resistência insulínica, que compromete a	IIc

				captação de glicose e afeta negativamente a recuperação cirúrgica. Além disso, o estudo demonstrou que o tempo médio de jejum pós-operatório também foi superior ao ideal, chegando, em alguns casos, a 153 horas e 6 minutos, o que representa um risco significativo para a desnutrição hospitalar, principalmente em pacientes idosos.	
E5 - Silva <i>et al.</i> , 2020	Português/Brasil/ Revista de Enfermagem, UERJ	Identificar os principais diagnósticos de enfermagem e suas respectivas intervenções em uma população de pacientes oncológicos submetidos a jejum prolongado no pós-operatório.	Estudo descritivo, documental e transversal.	Os resultados evidenciam que o jejum prolongado, apesar das diretrizes atuais que recomendam a introdução precoce da alimentação no pós-operatório — como preconizam os protocolos ACERTO e ERAS —, ainda é uma prática comum em alguns serviços hospitalares, trazendo sérios prejuízos à recuperação dos pacientes oncológicos. As principais consequências desse manejo inadequado incluem desequilíbrios nutricionais, glicêmicos e hidroeletrolíticos, além do agravamento de sintomas como dor, desconforto	IV

				gastrointestinal e ansiedade, comprometendo diretamente a recuperação cirúrgica.	
E6 - Pierotti <i>et al.</i> , 2018	Português/Brasil/ Revista Baiana de Enfermagem	Avaliar o tempo de jejum pré-operatório, presença e intensidade da sede no pós-operatório imediato	Pesquisa documental, quantitativa, descritiva, realizada em 2018, em hospital escola, com amostra de 749 pacientes.	Os resultados demonstraram que o tempo médio de jejum absoluto foi de 15 horas, significativamente superior ao recomendado pelas diretrizes atuais. Foi constatada uma associação estatisticamente significativa entre o tempo de jejum e a presença de sede no pós-operatório ($p < 0,001$), o que indica que quanto maior o tempo de jejum, maior a ocorrência e intensidade da sede.	IV
E7 - Aroni <i>et al.</i> , 2012	Português/Brasil/ Acta paulista de enfermagem	Avaliar estratégias simples e seguras para mitigar a sede no pós-operatório imediato (POI).	Estudo quantitativo, experimental, de corte transversal, com amostra de 90 pacientes.	A análise mostrou que não houve associação estatística entre sede e fatores como tipo de anestesia, sangramento ou classificação de risco pré-anestésico, o que demonstra que o jejum prolongado foi o principal fator contribuinte para a sensação de sede no período pós-operatório. A intensidade da sede inicial foi considerada moderada a intensa, com médias	Iib

				de 5,1 no grupo que recebeu água e 6,1 no grupo que recebeu gelo. O tempo de jejum excessivo contribui para uma série de alterações fisiológicas no paciente.	
E8- Antunes <i>et al.</i> , 2023	Português/Brasil/ Revista Eletrônica Acervo Saúde	Analisar o conhecimento dos enfermeiros (as) das clínicas cirúrgicas sobre a abreviação do jejum pré-operatório em pacientes oncológicos.	Pesquisa qualitativa do tipo exploratória descritiva, realizada nas clínicas cirúrgicas de um hospital de referência em oncologia.	Os resultados mostraram que, embora exista um corpo crescente de evidências que respalda os benefícios da abreviação do jejum, essa prática ainda não é efetivamente adotada na realidade assistencial dos profissionais entrevistados. A maioria dos enfermeiros ainda associa o jejum pré-operatório ao modelo tradicional, com restrições alimentares prolongadas, muitas vezes de oito horas ou mais, especialmente para alimentos sólidos.	V
E9 - Harm <i>et al.</i> , 2021	Inglês/Holanda/ Elsevier	Determinar a adesão às diretrizes internacionais sobre jejum pré-operatório e a retomada da ingestão oral no pós-operatório, até 20 anos após a introdução	Um estudo observacional de 2 centros com um intervalo de 10 anos foi realizado na Holanda.	Os resultados revelaram que, apesar das diretrizes estarem em vigor há mais de 20 anos, a prática do jejum prolongado persiste. O tempo médio de jejum pré-operatório para alimentos sólidos foi de 15	IIb

		dessas recomendações, em dois hospitais holandeses.		horas e 19 minutos, o que corresponde a aproximadamente 2,5 vezes mais do que o recomendado. Para líquidos claros, o jejum médio foi de 5 horas e 15 minutos, ou seja, mais de duas vezes o tempo indicado nas orientações atuais. Esse padrão se manteve praticamente inalterado ao longo da década analisada, demonstrando pouca ou nenhuma melhora na adesão às recomendações.	
E10 - Mata <i>et al.</i> , 2013	Inglês/Brasil/ Invest Educ Enferm.	Caracterizar o perfil de pacientes prostatectomizados em relação às variáveis sócio-demográficas e clínicas, e identificar ações de enfermagem realizadas no perioperatório e no preparo para alta hospitalar.	Estudo transversal, retrospectivo.	Dentre as ações de enfermagem realizadas no período pré-operatório, destacou-se o ensino sobre o jejum pré-operatório, que esteve presente em 75,3% dos registros, demonstrando ser uma prática consolidada entre os cuidados de preparação para a cirurgia.	IV

E11 - Dong X <i>et al.</i> , 2025	Inglês/China/ Elsevier	Identificar os fatores de risco que influenciam a recuperação pós-operatória em pacientes submetidos à cirurgia de câncer oral, otimizando assim o manejo perioperatório.	Um estudo de coorte retrospectivo foi realizado em pacientes submetidos à cirurgia de câncer oral no Segundo Hospital Afiliado da Faculdade de Medicina da Universidade de Zhejiang de janeiro a dezembro de 2023.	Os resultados evidenciaram que o tempo de jejum pós-operatório foi um fator determinante para a recuperação dos pacientes. De forma significativa, observou-se que períodos prolongados de jejum após a cirurgia estavam diretamente associados a uma maior duração da internação hospitalar e a uma recuperação mais lenta. A análise estatística confirmou que quanto maior o tempo de jejum, maior foi o tempo de recuperação, com $p < 0,001$, evidenciando a relevância desse fator. Além disso, o estudo identificou que o jejum prolongado esteve associado ao aumento de complicações, como fístulas anastomóticas, inflamações na região cirúrgica e necessidade de reoperações, especialmente no grupo de pacientes com maiores períodos de internação.	Iib
-----------------------------------	---------------------------	---	--	--	-----

E12 - Marcarini <i>et al.</i> , 2017	Português/Brasil/ BRASPEN JOURNAL	Analisar o comportamento dos pacientes submetidos à cirurgia cardíaca com abreviação do jejum pré-operatório a partir da administração de suplemento nutricional oral com carboidratos e proteínas.	Realizada uma pesquisa do tipo estudo de caso na Unidade de Terapia Intensiva Adulta de um Hospital Público da região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.	Os resultados demonstraram que não houve nenhum episódio de broncoaspiração, náuseas ou vômitos relacionados à administração do suplemento, reforçando a segurança da prática. Além disso, o tempo médio de internação hospitalar foi de 7,8 dias, considerado inferior quando comparado à média habitual para esse tipo de procedimento.	IV
---	---	---	---	---	----

Fonte: Dados de pesquisa, 2025.

Dentre os artigos encontrados, a maior parte (10 estudos) foi realizada em território brasileiro, sendo, portanto, publicados na Língua Portuguesa. Os demais estudos (2) encontram-se na Língua Inglesa, realizados nos países Holanda e China, respectivamente.

Quanto ao nível de evidência, aplicou-se o sistema de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine - Níveis de Evidência (Oxford, 2009). Todos os artigos apresentaram uma metodologia bem delimitada, o que culminou em 4 artigos nível IIb, 1 artigo nível IIc, 5 artigos nível IV e 2 artigos nível V (Oxford, 2009).

O quadro 2 apresenta a categorização temática qualitativa dos estudos, organizada em eixos temáticos principais e subtemas correlatos. A análise abrange 12 estudos publicados entre 2012 e 2024. Os artigos foram agrupados em sete categorias principais: "Jejum prolongado como padrão", "Desconforto pós-operatório", "Alterações metabólicas", "Permanência hospitalar", "Diagnósticos de Enfermagem", "Intervenções de Enfermagem" e "Comunicação". Cada categoria foi quantificada pela sua frequência de ocorrência na amostra analisada, variando desde a predominância do tema de jejum prolongado (presente em 10 dos 12 artigos) até categorias com representação singular na literatura.

Quadro 2. Categorização por análise temática qualitativa. São Luís - MA, 2025.

Tema	Subtema(s)	Frequência	Artigo(s)
Jejum prolongado como padrão	Tempo excessivo de jejum Resistência dos profissionais em abreviar o jejum Déficit no conhecimento dos profissionais	10/12	Aroni; Nascimento; Fonseca, (2012), Garcia <i>et al.</i> , 2021, Piccoli <i>et al.</i> , (2023), Pierotti <i>et al.</i> , (2018), Marcarini <i>et al.</i> , (2017), Antunes <i>et al.</i> , (2023), Nunes <i>et al.</i> , (2015), Silva <i>et al.</i> , (2020), Dong <i>et al.</i> , (2025), Pinto <i>et al.</i> , (2021)
Desconforto pós-operatório	Sede	4/12	Aroni; Nascimento; Fonseca, (2012), Garcia <i>et al.</i> , 2021, Piccoli <i>et al.</i> , (2023) e Pierotti <i>et al.</i> , (2018)
Alterações metabólicas	Hipoglicemia Resistência insulínica	3/12	Silva <i>et al.</i> , (2020), Marcarini <i>et al.</i> , (2017), Antunes <i>et al.</i> , (2023)

Permanência hospitalar	Maior tempo de internação	1/12	Nunes <i>et al.</i> , (2015)
Diagnósticos de Enfermagem	Diagnósticos de Enfermagem pertencentes aos domínios "Nutrição" e "Segurança e Proteção"	1/12	Silva <i>et al.</i> , (2020)
Intervenções de Enfermagem	Individualização dos cuidados Monitorização Orientações pós-operatórias Medidas para abreviar o jejum	4/12	Dong <i>et al.</i> , (2025), Silva <i>et al.</i> , (2020), Mata; Ferreira e Carvalho, (2013), Harm <i>et al.</i> , (2021)
Comunicação	Comunicação com o paciente Comunicação entre a equipe	2/12	Harm <i>et al.</i> , (2021), Pinto <i>et al.</i> , (2021)

Fonte: Dados de pesquisa, 2025

Os estudos analisados evidenciam que o jejum prolongado em pacientes cirúrgicos ainda é um hábito muito comum dentro do ambiente hospitalar, frequentemente excedendo as recomendações atuais, o que acarreta desconfortos como sede intensa, hipoglicemia, desidratação e maior risco de complicações no pós-operatório (Pierotti *et al.*, 2018).

Apesar da existência de protocolos atualizados que permitem a ingestão de líquidos claros até duas horas antes da cirurgia e o uso de bebidas contendo carboidrato, há resistência à sua implementação devido a barreiras institucionais, falta de conhecimento por parte da equipe multiprofissional e receio de broncoaspiração (Harm *et al.*, 2021).

O papel da equipe de enfermagem se sobressai nesse cenário, pois os profissionais estão diretamente envolvidos nos cuidados perioperatórios e têm papel fundamental na orientação, implementação de protocolos e avaliação do conforto dos pacientes. No entanto, muitos profissionais ainda apresentam desconhecimento ou insegurança acerca da aplicação prática da

abreviação do jejum, o que evidencia a necessidade de educação continuada (Antunes *et al.*, 2023).

Ademais, a implementação de modelos baseados em evidências, como os protocolos do programa ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), tem se mostrado eficaz na redução do tempo de jejum, no alívio da sede e no aprimoramento dos resultados em todas as etapas cirúrgicas (Silva *et al.*, 2020).

6 DISCUSSÃO

A aspiração pulmonar, embora rara durante a anestesia geral em pacientes adultos, é um evento potencialmente desastroso, justificando a adoção de estratégias preventivas no período perioperatório. O jejum pré-operatório é essencial para minimizar esse risco, uma vez que reduz o volume residual do conteúdo gástrico (Dias et al., 2020). Diante disso, o projeto ACERTO, desenvolvido no Brasil, inspirado no protocolo europeu Enhanced Recovery After Surgery (ERAS), mas adaptado à realidade epidemiológica da América Latina, distingue-se por promover a redução dos dias de internação, das complicações e da morbimortalidade no pós-operatório. Entre suas recomendações, inclui-se a prática de jejum para sólidos por um período de seis a oito horas, enquanto a ingestão de líquidos claros é permitida até duas horas antes do procedimento cirúrgico, evitando-se o jejum prolongado (Nascimento et al., 2017).

Apesar das recomendações, ainda é comum a prática de jejum prolongado antes de cirurgias eletivas em adultos, o que resulta em desconforto significativo, como sede e fome, além de contribuir para disfunções fisiológicas que comprometem a recuperação do paciente (Lima et al., 2022). O estado de jejum promove a ativação dos osmorreceptores hipotalâmicos, bem como do centro regulador da sede, por meio de mecanismos fisiológicos associados à perda hídrica, à redução das concentrações plasmáticas de glicose e à depleção do volume do fluido extracelular. A percepção da sede surge, portanto, quando ocorre uma diminuição da estimulação do centro hipotalâmico da saciedade, concomitante ao aumento da ativação do centro hipotalâmico responsável pelo comportamento alimentar (Zeng, *et al.*, 2024). Nesta revisão, os estudos de Aroni; Nascimento; Fonseca, (2012), Garcia *et al.*, 2021, Piccoli *et al.*, (2023) e Pierotti *et al.*, (2018) evidenciaram que é muito comum pacientes permanecerem em jejum por períodos prolongados, o que, associado ao tempo cirúrgico, pode resultar em desconforto provocado pela sede.

Piccoli *et al.* (2023) identificaram, em seu estudo, que 72,7% dos pacientes em jejum prolongado foram avaliados com sede, enquanto 37,6% apresentaram queixa espontânea desse sintoma. De forma similar, Zeng, *et al.*, (2024), em um estudo transversal com amostras coletadas de todos os pacientes transferidos para a Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) em um hospital na China, constataram que, 71,4% apresentaram sede leve, 23,0% apresentaram sede moderada e 5,6% apresentaram sede intensa após o despertar anestésico. Corroborando pesquisas recentes, Aroni; Nascimento; Fonseca, (2012, p. 534), perceberam, em seu estudo, que:

a sede no pós-operatório imediato (POI) pode advir de diversos motivos, incluindo tempo de jejum, que deflagra o mecanismo homeostático da sede, procedimento anestésico, drogas utilizadas, sangramento durante o ato operatório, ansiedade e nervosismo referentes ao resultado da cirurgia, dor, entre outros.

Portanto, a sede é um dos principais estressores para pacientes submetidos a cirurgias eletivas, com impacto significativo na forma como esses indivíduos percebem a assistência que lhes é prestada. Além disso, por se tratar de uma necessidade humana básica, a ingestão de líquidos deve ser considerada quando houver sede, ainda que o paciente compreenda racionalmente a necessidade do jejum, pois essa compreensão não reduz seu desconforto e sofrimento (Aroni; Nascimento; Fonseca, 2012). Ademais, estudo realizado por Garcia *et al.*, (2021) evidenciou que persiste, entre os profissionais anestesiológicos, certa resistência em abreviar o jejum pré-operatório. Acrescente-se que, não raramente, observa-se a suspensão ou o adiamento do procedimento anestésico-cirúrgico diante do relato, por parte do paciente, de ter mascarado goma ou ingerido água no período pré-operatório, conquanto tais condutas sejam preconizadas como estratégias para o manejo da sede durante o jejum pré-anestésico (Garcia *et al.*, 2021).

Em consonância, Pierotti *et al.*, (2018) constataram que, embora prevalente, a sede é um fator usualmente desconsiderado, uma vez que, na prática, as prescrições não são individualizadas conforme os distintos tipos de alimentos. Em seu estudo, observou-se uma diferença na média do tempo de jejum entre alimentos sólidos e líquidos. Ademais, constatou-se que o paciente adulto tende a aceitar o jejum a todo custo, por acreditar que essa prática assegura um procedimento anestésico-cirúrgico seguro. Em sentido oposto, a verbalização espontânea da sede mostrou-se mais frequente entre crianças (56,8%), o que sugere uma associação à maior espontaneidade característica dessa faixa etária.

Assim como identificado nesta revisão, um estudo de prontuários de pacientes cirúrgicos, realizado por Tofani *et al.*, (2022) em um hospital universitário público de grande porte no Paraná, confirmou que o tempo de jejum perioperatório na prática clínica foi superior ao recomendado por diversos referenciais nacionais e internacionais. Ademais, observou-se que o tempo de jejum de todas as clínicas variou entre uma e 30 horas, com registros extremos que ultrapassaram 73 horas. Além disso, constatou-se que a maioria dos prontuários (86,2%) não continha orientação para a reintrodução alimentar, aumentando o tempo de jejum pós-operatório.

Diante desse panorama, o enfermeiro, enquanto profissional indispensável no âmbito do cuidado, exerce função preponderante na garantia de que as necessidades humanas básicas do

paciente sejam respeitadas e contempladas, ainda que este se encontre em regime de jejum (Galdino, *et al.*, 2024). Sua atuação, pautada em uma apreciação minuciosa, integral e singular do paciente, assume relevância notável ao subsidiar a interlocução interprofissional junto aos médicos e anesthesiologistas, propiciando um debate técnico-científico e ético acerca da conduta mais apropriada relativamente ao manejo do jejum, sempre à luz das particularidades clínicas e das demandas assistenciais que permeiam o cuidado ao paciente (Denkyi, 2020).

Além da sede, a alteração dos níveis glicêmicos é outro fator, identificado nesta revisão, que pode estar associado ao jejum perioperatório. Nesse contexto, destaca-se o estudo de Silva *et al.*, (2020), que identificou a ocorrência de hipoglicemia em pacientes submetidos ao jejum prolongado no período perioperatório. Os autores ressaltam que a privação alimentar por tempo excessivo pode levar à redução significativa da glicemia, especialmente em pacientes mais vulneráveis. Ademais, Marcarini *et al.*, (2017), em um estudo com pacientes submetidos à abreviação do jejum pré-operatório em cirurgia cardíaca, evidenciaram a melhora do perfil glicêmico como um dos principais benefícios, contribuindo para a atenuação da resposta metabólica ao trauma cirúrgico. Portanto, a estabilidade dos níveis glicêmicos está associada a melhores desfechos clínicos, incluindo menor tempo de internação hospitalar, redução dos custos assistenciais e maior satisfação do paciente.

De maneira similar, Antunes *et al.*, (2023), em uma pesquisa qualitativa realizada nas clínicas cirúrgicas de um hospital de referência em oncologia, por meio de entrevistas com 10 enfermeiros, destacaram que esses profissionais, em sua prática clínica diária, identificam alterações glicêmicas em pacientes submetidos a jejum prolongado e, portanto, devem reconhecer a importância da sua abreviação para evitar intercorrências. Diversas estratégias podem ser empregadas para a implementação dessa prática. Entre elas, Vulcano, (2023) refere a administração de soluções contendo carboidratos e proteínas como fundamental para a redução da resistência insulínica e da sensação de sede. Ademais, tal suplementação demonstrou elevar a expressão do SIRT1 (sirtuína 1) e do PPAR α (receptor ativado por proliferadores de peroxissomo alfa) na musculatura esquelética de pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

A sirtuína 1 (SIRT1) atua na regulação do metabolismo energético, promovendo a biogênese mitocondrial estimulando a biogênese mitocondrial, promovendo a homeostase glicêmica e exercendo efeitos citoprotetores frente ao estresse oxidativo. De modo complementar, o receptor ativado por proliferadores de peroxissomo alfa (PPAR α) é um fator de transcrição nuclear que regula a oxidação de ácidos graxos, contribuindo para a manutenção

do equilíbrio metabólico e para a modulação da resposta inflamatória sistêmica. A ativação sinérgica dessas vias metabólicas pode favorecer a adaptação fisiológica ao estresse cirúrgico, potencializando a recuperação pós-operatória e reduzindo o risco de complicações metabólicas (Vulcano, 2023).

Assen *et al.*, (2021) evidenciaram, em sua investigação, que crianças submetidas a procedimentos cirúrgicos eletivos foram expostas a períodos de jejum prolongados, desnecessariamente superiores às recomendações preconizadas pelas diretrizes clínicas vigentes, circunstância associada a uma maior prevalência de hipoglicemia no intraoperatório, particularmente durante a indução anestésica. Ademais, a análise multivariada demonstrou que a duração do jejum de alimentos sólidos, configurou – se como uma das variáveis preditoras significativas para a ocorrência de hipoglicemia intraoperatória. Nesse contexto, o jejum prolongado compromete a disponibilidade de glicose plasmática e reduz a secreção de insulina, promovendo a mobilização de ácidos graxos como fonte energética alternativa. Entretanto, esse processo acarreta a produção excessiva de corpos cetônicos — como acetona, ácido acetoacético e ácido beta-hidroxibutírico —, cuja acumulação pode ultrapassar a capacidade tampão do organismo, predispondo ao desenvolvimento de acidose metabólica (Zhou; Luo, 2019).

Portanto, essas intercorrências podem exercer influência significativa sobre a duração da hospitalização no pós-operatório. Nesta revisão, o estudo de Nunes *et al.*, (2015, p. 40) concluiu que “independente do porte cirúrgico o tempo de jejum perioperatório alargado pode favorecer ao aumento do tempo de permanência hospitalar”. Em consonância, o estudo de Huang, Tai e Nan (2022) realizou uma análise retrospectiva de 480 pacientes submetidos à adenotonsilectomia, concluindo que o tempo de jejum pré-operatório está relacionado à ocorrência de complicações pós-operatórias, como vômitos e dor. Além disso, os autores identificaram que o tempo de jejum pré-operatório leva ao prolongamento da internação hospitalar no pós-operatório. Assim como Nunes *et al.*, (2015) e Huang, Tai e Nan (2022), no estudo de Virgens *et al.*, (2020) a duração média do jejum perioperatório foi longa (59 horas). Ademais, os autores evidenciaram que embora o jejum não tenha sido associado à incidência de complicações pós-operatórias e óbito, um aumento de uma hora no jejum perioperatório foi associado a um aumento de 12% na probabilidade de hospitalização prolongada após a cirurgia.

De maneira complementar, o estudo de Muto (2022) buscou esclarecer as razões pelas quais períodos prolongados de jejum acarretam internações hospitalares mais extensas, bem como a deterioração do estado nutricional de pacientes hospitalizados. Para tanto, foram

comparadas as alterações no índice de massa corporal (IMC), na albumina sérica e na hemoglobina sérica periférica (HbS), parâmetros hematológicos avaliados no momento da alta entre os grupos de jejum de médio e longo prazo. Como resultado, identificou-se que, quanto maior o período de jejum, significativamente menores eram o IMC, os níveis séricos de albumina e de HbS no sangue periférico no momento da alta, em comparação com os valores obtidos na admissão hospitalar, demonstrando que o jejum prolongado compromete o estado nutricional do paciente e, conseqüentemente, prolonga a permanência hospitalar. Destaca-se ainda que, apesar da administração intravenosa de energia, com quantidades significativamente maiores de proteínas e gorduras no grupo de jejum prolongado em comparação ao grupo de jejum médio, essas medidas não foram suficientes para impedir o comprometimento nutricional. Isso corrobora a compreensão de que, independentemente de um planejamento nutricional adequado para reposição intravenosa, há benefícios limitados para os pacientes, uma vez que a nutrição enteral é mais fisiológica, favorecendo a manutenção da homeostase metabólica e da atividade imunológica.

Um estudo realizado por Fachini; Alan; Viana (2022) buscou avaliar a consequência do tempo de jejum nos resultados cirúrgicos de pacientes com câncer submetidos a cirurgias eletivas. De acordo com os autores, o tempo de internação na UTI foi maior no grupo que jejuou por mais de 24 h no período pós-operatório. Isto porque, a manutenção prolongada do jejum pode estar associada a maior risco de complicações, como infecções, perda de massa muscular, atraso na cicatrização e disfunções metabólicas. Portanto, é necessário reavaliar práticas que mantêm os pacientes em jejum por períodos prolongados após cirurgias, especialmente em contextos em que a nutrição poderia ser retomada com segurança (Fachini; Alan; Viana, 2022).

Dessarte, a oferta de alimentos nas primeiras 24 horas após a cirurgia, iniciando com líquidos claros e progredindo conforme a tolerância, favorece o restabelecimento da função gastrointestinal, contribui para a redução do tempo de internação hospitalar e não está associada a um aumento significativo nas taxas de complicações. A manutenção da euvolemia por meio de fluidoterapia deve ser ajustada à medida que a ingestão oral se estabelece, sendo recomendável a interrupção precoce da infusão venosa para prevenir sobrecarga hídrica e facilitar a mobilização do paciente. Demais estratégias, como o uso de goma de mascar, têm sido incorporadas, uma vez que podem estimular a motilidade intestinal e acelerar eventos fisiológicos como a eliminação de flatos e fezes, além de representarem uma intervenção de baixo custo (Altman *et al.*, 2019). Silva *et al.*, (2020, p. 5) exploram a importância da atuação do enfermeiro nesse contexto:

contribuição para adequada recuperação pós-operatória e, conseqüentemente, para a diminuição do tempo de permanência hospitalar do paciente, visto que realiza a identificação oportuna de fragilidades nutricionais do paciente e despende tempo prolongado de contato com o mesmo.

É importante ressaltar que “Ingestão Nutricional Inadequada” é um diagnóstico de Enfermagem definido pelo NANDA (2024, p. 441) como a “consumo de nutrientes insuficiente para atender às necessidades metabólicas”. Em pacientes hospitalizados, especialmente no pós-operatório, costuma estar associada à manutenção prolongada do jejum, à resposta inflamatória do organismo e à limitação da ingestão alimentar por via oral (Fachini; Alan; Viana, 2022). Diante disso, as intervenções de Enfermagem devem priorizar o suporte nutricional precoce, em articulação com a equipe multiprofissional. O enfermeiro tem um papel essencial no monitoramento da aceitação alimentar, na vigilância de parâmetros laboratoriais relacionados ao estado nutricional e no controle do balanço hídrico (NIC, 2020).

Nesta revisão o estudo de Dong *et al.*, (2025) destacou o papel crítico do manejo perioperatório individualizado na melhoria dos resultados de recuperação para pacientes submetidos à cirurgia de câncer oral. Ao identificar os principais fatores de risco, os profissionais de saúde podem otimizar melhor os protocolos perioperatórios, melhorando a qualidade de vida do paciente e as taxas de sucesso cirúrgico (Dong *et al.*, 2025). Nesse contexto, o Processo de Enfermagem (PE), conforme estabelecido pela Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024, garante a individualização do cuidado por meio de um aparato sistematizado, e segmentado em etapas sequenciais e inter-relacionadas: Avaliação de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Planejamento de Enfermagem, Implementação de Enfermagem e Evolução de Enfermagem (COFEN, 2024).

O PE, enquanto metodologia científica, confere maior autonomia profissional e contribui significativamente para a qualificação da assistência. Contudo, evidências demonstram persistentes fragilidades em sua implementação efetiva. Na prática, observa-se frequente banalização desta ferramenta, que é muitas vezes reduzida a mero instrumento burocrático, destituída de seu caráter científico. Essa percepção distorcida compromete a qualidade da assistência prestada, fragiliza a gestão do cuidado (Dorneles *et al.*, 2021) e, particularmente no contexto perioperatório, pode resultar em lacunas no acompanhamento de pacientes em situações críticas.

Na mesma perspectiva, a investigação conduzida por Sá *et al.*, (2023) identificou desafios na implementação integral do PE em centros cirúrgicos. O estudo revelou particularmente que: (1) o exame físico durante a consulta de enfermagem pré-operatória

apresenta inconsistências metodológicas; (2) a documentação da evolução no pré-operatório imediato ocorre de forma descontínua; e (3) a reavaliação das intervenções no pós-operatório não é realizada conforme preconizado. Em contrapartida, quando o Processo de Enfermagem é adequadamente implementado no contexto perioperatório, observa-se uma transformação qualitativa na assistência prestada, como no estudo de Souza *et al.*, (2019) que evidenciou a importância da correta aplicação do Processo de Enfermagem, capaz de gerar impactos significativos na experiência do paciente. Por um lado, fortalece a relação de confiança entre profissional e paciente, pois este percebe que seu cuidado está sendo guiado por um método científico consistente. Por outro, aumenta substancialmente os índices de satisfação, já que as intervenções são direcionadas às reais necessidades identificadas em cada etapa do processo cirúrgico (Souza *et al.*, 2019).

No que se refere, especificamente, aos diagnósticos de Enfermagem (NANDA-I), resultados esperados (NOC) e intervenções de Enfermagem (NIC), nesta revisão, o estudo de Silva *et al.*, (2020), realizado com 61 pacientes em pós-operatório em um hospital de ensino do Rio de Janeiro, identificou que, em 100% dos casos, houve diagnósticos de Enfermagem pertencentes aos domínios "Nutrição" e "Segurança e Proteção", relacionados à ingestão nutricional insuficiente ocasionada pelo prolongamento do jejum perioperatório. Portanto, os diagnósticos de Enfermagem identificados pelos autores foram "Nutrição desequilibrada: menor do que as necessidades corporais", "Risco de glicemia instável" e "Risco de recuperação cirúrgica retardada", todos vinculados às complicações decorrentes do jejum prolongado. Para cada diagnóstico, estabeleceram-se resultados esperados (NOC) e intervenções (NIC), com ênfase na monitoração nutricional, controle metabólico e manejo da dor. Nota-se que, além da avaliação bioquímica e da ingestão alimentar, foram priorizadas intervenções como o controle hidroeletrólítico e a prevenção de hipoglicemia, visando não apenas à estabilidade do paciente, mas também à promoção da recuperação pós-operatória adequada.

Assim como evidenciado por Silva *et al.*, (2020), no estudo de Mata; Ferreira e Carvalho, (2015), foi identificado que dentre os cuidados de Enfermagem, a monitoração do paciente em pós-operatório foi o mais prevalente. De acordo com Gomes *et al.*, (2024, p. 5):

Para prescrever os cuidados de enfermagem, é necessário avaliar as necessidades pessoais do paciente antes de decidir sobre o nível de intervenção de enfermagem. O plano de cuidado é individual para cada paciente e deve ser determinado pelo enfermeiro de forma clara e objetiva.

Além da monitoração, nesta revisão, Mata; Ferreira e Carvalho (2015) e Harm *et al.*, (2021) destacaram a importância de estabelecer uma comunicação efetiva com o paciente

durante todo o período de hospitalização. Os autores ressaltam a necessidade de orientações claras tanto sobre o procedimento cirúrgico em si quanto sobre os preparativos pré-operatórios. Estabelecido de forma adequada, o diálogo propicia ao paciente maior sensação de segurança e acolhimento, enquanto o profissional obtém informações essenciais para o planejamento do cuidado (Rosa *et al.*, 2020). Entretanto, os profissionais enfrentam diversas barreiras durante sua atuação cotidiana, dentre elas, Ribeiro, (2025, p. 32) destaca:

a sobrecarga como o fator mais limitante para que a comunicação aconteça de forma efetiva, pois a insuficiência de profissionais somado a uma grande quantidade de pacientes que necessitam de atendimento favorece uma baixa interação com os mesmos, o que torna o cuidado mais mecanizado, com poucos pilares de humanização.

Ainda é importante ressaltar que a comunicação não envolve apenas a fala, mas também perceber as mensagens que os pacientes procuram transmitir, através da sua linguagem corporal e expressões faciais, sobretudo no pós-operatório imediato. Desenvolver essa habilidade é importante porque nem todos irão verbalizar suas queixas, mesmo que isso signifique tolerar um desconforto que, para eles, pode ser visto como necessário para a garantia de um pós-cirúrgico bem-sucedido (Pierotti *et al.*, 2018). Esta revisão evidenciou que os profissionais de saúde, especialmente a equipe de Enfermagem, precisam manter-se vigilantes para garantir a integralidade do cuidado, identificando quaisquer alterações que possam resultar em piores prognósticos e, conseqüentemente, em maior tempo de internação hospitalar. Para isso, é necessário que a comunicação entre a equipe seja estratégica, constituindo-se de profissionais dotados de habilidades interpessoais, a fim de evitar ruídos na comunicação, como comentam Pinto *et al.*, (2021).

Quando esse processo ocorre efetivamente, o planejamento da alta hospitalar recebe incrementos, a partir de diversos instrumentos, como a sistematização do *round* interdisciplinar proposto pelo estudo de Guzinski *et al.*, (2019), sendo instigado que cada membro da equipe multiprofissional avalie, individual e antecipadamente, as demandas clínicas e necessidades sociais do paciente. A partir dessa avaliação, será possível que os profissionais se comuniquem entre si, decidindo quais as melhores intervenções terapêuticas, visando evolução positiva da recuperação e menor tempo de internação. É fato que no ambiente hospitalar, como afirmam Pinto *et al.*, (2021, p. 5), “a comunicação é bem prejudicada devido a grande carga de trabalho das equipes, o engessamento e aos conflitos interpessoais”. Portanto, a sobrecarga de trabalho é considerada uma das principais causas de fragilidade nas equipes e é compreendida como geradora de possíveis riscos para os pacientes (Silva, 2021).

Especificamente, a equipe de Enfermagem precisa enfrentar jornadas de trabalho extenuantes e, frequentemente, um quadro de profissionais insuficiente (Farias; Lira, 2020). São esses profissionais que permanecem a maior parte do tempo em contato direto com o paciente, executando desde os cuidados mais básicos até intervenções de alta complexidade (Bernardes; Quintilio, 2021). Essa realidade, por vezes, dificulta a utilização adequada dos recursos formais de registro, como as anotações de Enfermagem, que são uma ferramenta essencial para a comunicação entre a equipe de Enfermagem e os demais membros da equipe multiprofissional (Guardia *et al.*, 2024).

Nesta revisão, identificou — se que múltiplos fatores contribuem para impactos negativos decorrentes do jejum prolongado, incluindo sede, fome, alterações metabólicas e maior tempo de internação hospitalar. Os resultados, evidenciaram que essa prática, embora atualmente não recomendada, permanece profundamente enraizada entre os profissionais de saúde, os quais, mesmo diante das atualizações, ainda acreditam que quanto maior o tempo de jejum, menores as chances de intercorrências, como a aspiração pulmonar. Contudo, a literatura aponta que a abreviação do jejum, na verdade, reduz a probabilidade de complicações pós-cirúrgicas, preservando a homeostase do paciente. Além disso, constatou-se que falhas de comunicação frequentemente ocorrem tanto entre os profissionais quanto entre a equipe e o paciente, seja por dificuldade de compreensão das orientações fornecidas, seja por desconfiança em relação às informações recebidas.

7 CONCLUSÃO

A presente revisão integrativa permitiu evidenciar que o jejum prolongado no período perioperatório continua a ser uma prática recorrente em diversos contextos hospitalares, mesmo diante de diretrizes atualizadas que preconizam a sua abreviação com segurança e eficácia comprovadas. A análise dos estudos revelou que a manutenção de longos períodos de jejum está associada a repercussões clínicas significativas, tais como hipoglicemia, desidratação, aumento da sede e maior tempo de hospitalização, além de implicações emocionais e nutricionais que comprometem a recuperação do paciente.

Os dados apontam que a adoção de práticas baseadas em evidências, como as propostas pelo projeto ACERTO e pelo protocolo ERAS, contribui de forma decisiva para uma recuperação pós-operatória mais eficiente e segura, reduzindo as taxas de complicações, otimizando o bem-estar do paciente e encurtando o tempo de internamento hospitalar. A introdução controlada de líquidos claros e soluções nutritivas até duas horas antes do procedimento mostrou-se segura, sem aumentar o risco de broncoaspiração, contrariando os receios das rotinas obsoletas.

O papel da Enfermagem destaca-se neste cenário, sendo imprescindível para a implementação, monitorização e reavaliação contínua dos protocolos de jejum, bem como para a orientação humanizada ao paciente. Contudo, ainda se identificam lacunas no conhecimento e resistência entre os profissionais de saúde, o que reforça a necessidade de educação continuada, capacitação e comprometimento institucional na reformulação das rotinas clínicas.

Dessa forma, conclui-se que a revisão e atualização das práticas relacionadas ao jejum perioperatório não são apenas desejáveis, mas indispensáveis à segurança e à qualidade da assistência em saúde. Promover uma cultura assistencial baseada na evidência científica, com foco na individualização dos cuidados e no respeito às necessidades humanas básicas, é um imperativo ético e profissional no contexto cirúrgico contemporâneo.

REFERÊNCIAS

- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E.; CAPOROSSI, C.; BICUDO-SALOMÃO, A. **ACERTO: Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória**. 4. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2020.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. ACERTO pós-operatório: avaliação dos resultados da implantação de um protocolo multidisciplinar de cuidados peri-operatórios em cirurgia geral. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 181–188, maio/jun. 2006.
- AGUILAR-NASCIMENTO, J. E. et al. Jejum pré-operatório de 8 horas ou 2 horas: o que revela a evidência? **Rev. Col. Bras. Cir.**, 2009; 36(4):350-352.
- ALTMAN, A. D. et al. Recuperação aprimorada após cirurgia: implementando um novo padrão de tratamento cirúrgico. **Cmaj**, v. 191, n. 17, p. E469-E475, 2019.
- AMARAL, E. A. et al. Jejum pré-operatório: consensos e controvérsias. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 30, e-3012, 2020.
- AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. 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**, [S.l.], v. 90, n. 3, p. 896–905, 1999.
- ANTUNES, T. S. et al. Conhecimento do enfermeiro sobre a abreviação do jejum pré-operatório. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, São Paulo, v. 23, n. 4, e11948, 2023.
- ARARIPE T. S. O. et al. Impacto do estado nutricional e do tempo de jejum nas complicações gastrointestinais e no tempo de hospitalização em pacientes cirúrgicos. **HU Rev.** 2019;45:1-10.
- ARONI, P.; NASCIMENTO, L. A.; FONSECA, L. F. Avaliação de estratégias no manejo da sede na sala de recuperação pós-anestésica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 530-536, 2012.
- ASSEN, H. E. et al. Preoperative Fasting Time and Its Association with Hypoglycemia during Anesthesia in Pediatric Patients Undergoing Elective Procedures at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. **BioMed Research International**, v. 2021, p. 1–8, 14 jul. 2021.
- BERNARDES, L. H.; QUINTILIO, M. S. V. Humanização da enfermagem em centro cirúrgico: a importância do enfermeiro. **Revista JRG De Estudos Acadêmicos**, v. 4, n. 8, p. 115-126, 2021.
- BRAVO, J. C. A.; CASAROTTI, S. N. Efeito da abreviação do jejum pré-operatório na glicemia e no bem-estar pós-operatório de pacientes submetidos à cirurgia cardiovascular: um estudo clínico randomizado, cego e placebo-controle. **BRASPEN Journal**, v. 35, n. 3, p. 210-215, 2023.
- CAMPOS, S. B. G. et al. Pre-operative fasting: why abbreviate?. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 31, n. 02, p. e1377, 2018.
- CASTELLO BRANCO, E. S. et al. 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.
- CHAVES L. M.; Campos J. S. P. Abreviação do jejum e suporte nutricional pré-operatório em cirurgias eletivas: Uma revisão sistemática. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 35, p. e2210, 23 dez. 2019.
- COFEN. **Resolução COFEN nº 736 de 17 de janeiro de 2024. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem**. Brasília, DF, 2024.
- DENKYI, L. An exploration of pre-operative fasting practices in adult patients having elective surgery. **British Journal of Nursing**, v. 29, n. 7, p. 436–441, 9 abr. 2020.

- DIAS, C. A. et al. Tempo de jejum pré operatório prescrito versus real em pacientes cirúrgicos. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 343-350, 2020.
- DONG, X. et al. Risk factors for postoperative recovery in oral cancer surgery: a retrospective cohort study. **Journal of Stomatology**, Oral and Maxillofacial Surgery, v. 126, 102035, 2025.
- DORNELES, F. C. et al. Processo de enfermagem e suas implicações na prática profissional do enfermeiro: revisão integrativa de literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6028-e6028, 2021.
- ESPERANCE, D. Knowledge and Practices of Nurses on Preoperative Fasting Guidelines Care for Adult Patients: A Review. **EAS Journal of Nursing and Midwifery**, v. 6, n. 3, p. 81–86, 2024.
- 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.
- FARIAS, V. E.; LIRA, G. V. Os profissionais de enfermagem merecem mais que aplausos. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 1. ESP, 2020.
- GALDINO, M. F. G. et al. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em crianças em pós-operatório imediato de queiloplastia. **Enferm Foco**, v. 15, e-202430, set. 2024.
- GARCIA, Aline Korki Arrabal et al. 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, e03764, 2021.
- GOMES, L. F. et al. Cirurgia cardíaca: assistência de enfermagem no período pós-operatório. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 3, p. 715-722, 2024.
- GONÇALVES, L. E. F. et al. Implementação de um protocolo de jejum pré-operatório em uma unidade de cirurgia vascular. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 8, n. 1, p. e77335, 5 fev. 2025.
- GUARDIA, A. N. et al. Anotações de Enfermagem e qualidade da assistência: vivências da equipe assistencial de Enfermagem no contexto hospitalar. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 18, n. 1, 2024.
- GUIMARÃES, R. F.; SOUSA, R. K. C.; SILVA, W. A. Abbreviation of preoperative fasting time: literature review. **Journal of Surgical and Clinical Research**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 36–52, 2023.
- GUPTA, N. et al. Jejum pré-operatório: conhecimento, atitude e prática de residentes de pós-graduação em um hospital terciário — um estudo observacional. **Ain-Shams Journal of Anesthesiology**, v. 14, n. 1, 2022.
- GUZINSKI, C. et al.. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, n. spe, p. e20180353, 2019.
- HARM, V. N. J. et al. Fasting habits over a 10-year period: an observational study on adherence to preoperative fasting and postoperative restoration of oral intake in 2 Dutch hospitals. **Surgery**, v. 170, p. 532–540, 2021.
- HUANG, Y.; TAI, J.; NAN, Y. Effect of fasting time before anesthesia on postoperative complications in children undergoing adenotonsillectomy. **Ear, Nose & Throat Journal**, p. 014556132210783, 18 fev. 2022.
- HOSSEINI, M. S. et al. Formulating research questions for evidence-based studies. **Journal of Medicine, Surgery, and Public Health**, v. 2, p. 100046, 2024.
- JOSHI, G. P. et al. Diretrizes de prática da Sociedade Americana de Anestesiologistas de 2023 para jejum pré-operatório: líquidos claros contendo carboidratos com ou sem proteína, goma de mascar e duração do jejum pediátrico — uma atualização modular das Diretrizes de Prática da Sociedade Americana de Anestesiologistas de 2017 para jejum pré-operatório. **Anestesiologia**, v. 138, n. 2, p. 132-151, fev. 2023.
- LIMA, R. M. et al. Tempo de jejum pré-operatório em pacientes cirúrgicos de um hospital de médio porte no Distrito Federal. **Health Residencies Journal**, v. 3, n. 14, p. 511-531, 2022.

LUCCHESI, F. A.; GADELHA, P. C. F. P. Nutritional status and evaluation of the perioperative fasting time among patients submitted to elective and emergency surgeries at a reference hospital. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, p. e20192222, 2019.

LUDWIG, R. B. et al. Menor tempo de jejum pré-operatório e alimentação precoce no pós-operatório são seguros? **Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 54—58, 2013.

MATA, L. R. F.; FERREIRA, T. C.; CARVALHO, E. C. Intervenções de enfermagem no perioperatório e no preparo para alta hospitalar do paciente prostatectomizado. **Investigación y Educación en Enfermería**, Medellín, v. 31, n. 3, p. 406-413, 2013.

MARCARINI, M. et al. Abreviação do jejum: aspectos clínicos perioperatórios de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **BRASPEN Journal**, v. 32, n. 4, p. 375-379, 2017.

MENDELSON C. L. Aspiração do conteúdo estomacal para os pulmões durante anestesia obstétrica. **Am J Obstet Gynecol**. 52 :191-205, 1946.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28, e20170204, 2019.

MUTO, Y. et al. Relationship between the fasting status during hospitalisation, the length of hospital stay and the outcome. **British Journal Of Nutrition**, v. 128, n. 12, p. 2432—2437, 23 fev. 2022.

NANDA Internacional. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA – Definições e classificação (2024-2026)**. Porto Alegre: Artmed; 2024.

NASCIMENTO, J. E. A. et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, n. 6, p. 633—648, nov. 2017.

NIC. **Classificação das Intervenções de Enfermagem - NIC**. 6.ed. São Paulo: Elsevier, 2020.

NUNES, F. L. S. et al. 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.**, v. 35, n. 2, p. 35—40, 2015.

OLIVEIRA, K. G. B. et al. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, São Paulo, v. 59, n. 5, p. 577—584, 2009.

OUZZANI, Mourad et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic reviews**, v. 5, p. 1-10, 2016.

OXFORD. **Centre for Evidence-based Medicine: levels of evidence**. CEBM. Oxford, 2009. Disponível em: <https://www.cebm.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>. Acesso em: 18 jun. 2025.

PAGE, M. J. et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. **bmj**, v. 372, 2021.

PAMPOLHA, D. V. et al. Tempo de jejum no pré-operatório e suas repercussões: revisão integrativa. **Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem**, v. 10, n. 29, p. 19-29, 2020.

PICCOLI, C. et al. Avaliação da intensidade e do desconforto da sede de pacientes em pós-operatório imediato. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 13, p. e28-e28, 2023.

PIEROTTI, I. et al. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 32, e27679, 2018.

- PINTO, A. C. S. et al. Evaluation of the effects of prolonged fast prior to and after operating/Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1161-1166, 2021.
- RIBEIRO, F. B. Relacionamento interpessoal e comunicação com o enfermeiro: satisfação do paciente hospitalizado. 2025. 54f. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) - **Universidade Estadual do Piauí**, Teresina, 2025.
- RIBEIRO, L. A. A. et al. Abbreviated preoperative fasting: Why despite the evidence, can't we do it? **International Journal of Development Research**, [S.l.], v. 13, n. 4, p. 62022–62026, 2023.
- ROSA, E. J. C. et al. A importância do diálogo enfermeiro-paciente durante hospitalização: relato de experiência. **Anais da Mostra Científica do Programa de Interação Comunitária do Curso de Medicina**, v. 6, 2023.
- SÁ, L. M. G. et al. Os desafios para a implementação do processo de enfermagem perioperatório. **Revista SOBECC**, v. 28, 2023.
- SAMPAIO, M. A. F. et al. Projeto ACERTO: impacto na assistência de um hospital público de emergência. **ABCD. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva (São Paulo)**, v. 33, p. e1544, 2021.
- SANCHEZ C. A.; PAPAPIETRO V. K. Nutrición perioperatoria en protocolos quirúrgicos para una mejor recuperación postoperatoria (Protocolo ERAS). **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 145, n. 11, p. 1447-1453, nov. 2017.
- SIDIK, A. I. et al. Enhancing Compliance With Preoperative Fasting Guidelines: A Closed-Loop Quality Improvement Initiative to Optimize Patient Safety and Outcomes. **Cureus**, v. 16, n. 12, 2024.
- SILVA, G. M. S. O cotidiano do trabalho da enfermagem e os impactos que potencializam os riscos à segurança do paciente. 2021. TCC (Bacharelado em Enfermagem). **Centro Universitário de Brasília**. Brasília, 2021.
- SILVA, S. S. F. et al. Pós-operatório de paciente oncológico em jejum prolongado: diagnósticos e intervenções de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 28, e50567, 2020.
- SMITH, I. et al. Perioperative fasting in adults and children: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. **European Journal of Anaesthesiology**, [S.l.], v. 28, n. 8, p. 556–569, 2011.
- SOUZA, M. P. S. et al. Protocolo de abreviação do jejum pré-operatório no Hospital Universitário Walter Cantídio. **Revista de Medicina da UFC**, Fortaleza, v. 62, n. 1, e41353, 2022.
- SOUZA, I. B. et al. Percepção do cliente no perioperatório sobre o cuidado de enfermagem no centro cirúrgico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 26, p. e840-e840, 2019.
- SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102–106, 2010.
- TANNER, J. H. et al. Factors associated with bronchopulmonary aspiration: a national-based study. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 3, e20210220, 2022.
- TOFANI, V. et al. Jejum pós-operatório prolongado: um problema negligenciado. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, 2022.
- VIRGENS, I. P. A. et al. Is perioperative fasting associated with complications, length of hospital stay and mortality among gastric and colorectal cancer patients? A cohort study. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 138, n. 5, p. 407–413, out. 2020.
- VULCANO, D. S. B. A influência da abreviação do jejum pré-operatório na sensação de sede e na resistência insulínica de pacientes com fratura de fêmur proximal. 2020. Tese (Doutorado em Fisiopatologia em Clínica Médica). **Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista (Unesp)**, Botucatu, 2020.

ZENG, Z. et al. Exploring thirst incidence and risk factors in patients undergoing general anesthesia after extubation based on ERAS principles: a cross sectional study. **BMC Anesthesiology**, v. 24, n. 1, 13 ago. 2024.

ZHOU, W.; LUO, L. Preoperative prolonged fasting causes severe metabolic acidosis: a case report. **Medicine**, v. 98, n. 41, p. e17434, 2019.