

PERFIL DE ORIENTAÇÕES SOBRE O JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO OESTE CATARINENSE

CECCONELLO, Carine¹; SALCHER, Grazielle²; FERRAZ, Lucimare³; SCHMIDT, Alexandre⁴; SCHNEIDER, Luana Roberta⁵; SAVIAN, Cristina⁶; RIGOTTI, Diego Boniatti⁷.

¹ Discente do curso de medicina, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó. E-mail: carine.cecconello@gmail.com

² Discente do curso de medicina, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó. E-mail: grazisalcher@gmail.com

³ Doutora em Saúde Coletiva, Docente do curso de medicina, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó. E-mail: lferraz@unochapeco.edu.br

⁴ Médico residente em anestesiologia, Hospital Regional do Oeste, Chapecó. E-mail: alexandre.schmidt82@gmail.com

⁵ Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó. E-mail: luanaschneider@unochapeco.edu.br

⁶ Médica residente em anestesiologia, Hospital Regional do Oeste, Chapecó, SC, Brasil. E-mail: cris.savian@unochapeco.edu.br

⁷ Médico anestesiolista, Docente do curso de medicina, na Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó. E-mail: diegobori@hotmail.com

Introdução: O jejum pré-operatório prolongado tem sido questionado devido ao longo período de inanição pelos quais os pacientes são submetidos. Esse questionamento fez com que protocolos multimodais fossem desenvolvidos com o objetivo de diminuir riscos ao paciente¹. O protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) engloba uma variedade de informações e recomendações que procuram reduzir a morbidade pós-operatória e o tempo de internação hospitalar por meio de assistência qualificada no período perioperatório. A implementação deste protocolo demonstra diversos benefícios e segurança, porém, na prática ainda se encontra bastante resistência na sua utilização, inclusive pelos próprios pacientes².

Objetivos: Identificar o perfil das orientações sobre o jejum pré-operatório repassadas aos pacientes e suas repercussões. **Métodos:** Estudo quantitativo, do tipo transversal com delineamento descritivo. Foram selecionados por amostra aleatória simples 198 pacientes que se submeteram a cirurgia eletiva no período de 11 de outubro de 2019 a 17 de março de 2020, em um hospital de referência no oeste catarinense. Estes responderam um formulário estruturado contendo informações acerca das orientações sobre o jejum pré-operatório. Foram incluídos adultos e idosos sem diagnóstico prévio de comorbidades, que pudessem aumentar o risco de broncoaspiração durante a indução anestésica, e tempo de jejum maior que oito horas.

Resultados: A maioria dos pacientes (98%) foi orientada a fazer jejum pré-operatório, tanto para líquidos quanto para sólidos. Destes, 31% foram orientados pelo médico cirurgião, 13% por anestesiolistas e 21% por ambos profissionais e 24% receberam orientação exclusiva de outro profissional (equipe de enfermagem, médico da Unidade de Pronto Atendimento, profissionais da internação e cozinha do hospital) ou ainda através de prescrição médica ou ligação realizada pela secretária do cirurgião. E, também, 31% dos entrevistados receberam orientação de mais de um profissional. De todos os pacientes, 27% receberam orientação da equipe de enfermagem sobre o jejum, tendo recebido também de outro profissional ou não.

69% deveriam ficar oito horas em jejum, 12% seis horas, 7% doze horas, os demais, entre sete e quatorze horas. Porém, esses pacientes ficaram em média cinco horas a mais que a recomendação repassada pelo profissional. Ainda, um paciente foi excluído destes cálculos pois ficou 39h00min horas em jejum, mesmo tendo recebido orientações. O tempo médio de jejum praticado pelos pacientes foi de 14 horas, sendo o valor mínimo de 8h00min e máximo 39h00min. **Discussão:** Em uma pesquisa, por sua vez, a maioria dos pacientes foram orientados através de uma ligação da central de internamento e equipe de enfermagem, não sendo o orientador um fator de influência no tempo de jejum, tendo em vista que a orientação repassada era semelhante independente do profissional que a fez³. Outro estudo realizado por Crenshaw e Winslow (2002) apresentou 91% de orientação de nada pela boca a partir da meia noite sendo que apenas 28% foi orientado sobre a importância do jejum adequado⁴. Ainda, no estudo citado 63% das orientações haviam sido feitas com participação da equipe de enfermagem em contraste com nosso dado de que 27% dos entrevistados receberam orientação de enfermeiros. Os estudos de Imbelloni et al. (2015) e de Doo et al. (2018) demonstraram valores semelhantes de tempo de jejum (13h00min e 12h00min, respectivamente)^{5,6}. Algumas pesquisas apontaram os atrasos nas operações e mudanças de horário como uma das possíveis causas do prolongamento desse tempo⁷. O estudo de Cestonaro (2013) observou-se que a orientação mais frequente foi de jejum a partir da meia noite, seguida por início a partir das 22 horas e após o jantar³. **Conclusão:** Este estudo não leva em consideração as razões pelas quais os pacientes que recebem orientação permaneceram em jejum pré-operatório prolongado, sendo, então, uma limitação para demais análises. Sugere-se que novas pesquisas procurem identificar estes pontos a fim de melhorar as instruções de jejum com base em evidências, proporcionando maior satisfação dos pacientes e melhor resposta ao trauma no período pós-operatório. Ressalta-se, ainda, a importância de protocolos de assistência perioperatória em hospitais que forneçam informações sobre o tempo adequado, a importância e os responsáveis pela orientação sobre o jejum em pacientes submetidos a cirurgias. **Palavras-chave:** Jejum; cuidados pré-operatórios; assistência perioperatória; terapia nutricional; complicações pós-operatórias; cirurgia.

REFERÊNCIAS

- 1 Martins, AJC et al. AJC et al. Jejum inferior a oito horas em cirurgias de urgência e emergência versus complicações. Rev Bras Enferm. Brasília, 2016 jul-ago; 69(4), 12-17.
- 2 Crespo, LV. Aplicabilidade do protocolo ERAS “Enhanced Recovery After Surgery” em Gastrectomias. Trabalho de conclusão de curso (Especialista em anestesiologia), Hospital Federal de Bonsucesso. Rio de Janeiro, 2016.
- 3 Cestonaro, T. Jejum pré e pós-operatório: o quadro de insegurança alimentar de pacientes cirúrgicos. Tese (Mestrado em Segurança alimentar e Nutricional) - Departamento de Nutrição, Universidade Federal do Paraná. 32 f. Curitiba, 2013.
- 4 Crenshaw, JT.; Winslow EH. Preoperative fasting: old habits die hard. American Journal of Nursing. 2002 maio; 102(5).

5 Imbelloni, LE; Pombo, IAN; Filho, GBM. A diminuição do tempo de jejum melhora o conforto e satisfação com anestesia em pacientes idosos com fratura de quadril. Rev Bras Anesthesiol. Campinas, 2015 mar-abr; 65(2), 117-123..

6 Doo, AR et al. Effects of preoperative oral carbohydrate administration on patient well-being and satisfaction in thyroid surgery. Korean J Anesthesiol. [SI], 2018 out; 71(5), 394-400.

7 Oliveira, KGB et al. A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? Rev Bras Anesthesiol, Campinas, 2009 set-out; 59(5), 577-584.