

JEJUM PÓS-OPERATÓRIO PROLONGADO: UM PROBLEMA NEGLIGENCIADO

PROLONGED POSTOPERATIVE FASTING: A NEGLECTED PROBLEM

AYUNO POSTOPERATORIO PROLONGADO: UN PROBLEMA NEGLIGENCIADO

 Vinicius Tofani¹
 Carolina Rodrigues Milhorini¹
 Giulia Manhaes Paladini¹
 Lauany Oliveira Gaspar¹
 Aline Korke Arrabal Garcia¹
 Isadora Pierotti¹
 Marília Ferrari Conchon¹
 Thammy Gonçalves Nakaya¹
 Leonel Alves do Nascimento¹
 Ligia Fahl Fonseca¹

¹Universidade Estadual de Londrina - UEL, Departamento de Enfermagem, Grupo de Pesquisa da Sede - GPS. Londrina, PR - Brasil.

Autor Correspondente: Leonel Alves do Nascimento
E-mail: leonel_lan@hotmail.com

Contribuições dos autores:

Análise Estatística: Vinicius Tofani, Leonel A. Nascimento;
Coleta de Dados: Vinicius Tofani, Carolina R. Milhorini, Giulia M. Paladini, Lauany O. Gaspar; **Conceitualização:** Marília F. Conchon, Thammy G. Nakaya, Ligia F. Fonseca; **Gerenciamento de Recursos:** Isadora Pierotti, Marília F. Conchon, Thammy G. Nakaya, Leonel A. Nascimento, Ligia F. Fonseca; **Gerenciamento do Projeto:** Isadora Pierotti, Marília F. Conchon, Thammy G. Nakaya, Leonel A. Nascimento, Ligia F. Fonseca; **Metodologia:** Isadora Pierotti, Ligia F. Fonseca; **Redação - Preparação do Original:** Vinicius Tofani, Carolina R. Milhorini, Giulia M. Paladini, Lauany O. Gaspar; **Redação - Revisão e Edição:** Vinicius Tofani, Carolina R. Milhorini, Giulia M. Paladini, Lauany O. Gaspar, Aline K. A. Garcia, Leonel A. Nascimento; **Software:** Leonel A. Nascimento; **Supervisão:** Aline K. A. Garcia, Isadora Pierotti, Marília F. Conchon, Thammy G. Nakaya, Leonel A. Nascimento, Ligia F. Fonseca; **Visualização:** Marília F. Conchon, Ligia F. Fonseca.

Fomento: Não houve financiamento.

Submetido em: 18/09/2020

Aprovado em: 09/12/2021

Editores Responsáveis:

 Allana dos Reis Corrêa
 Tânia Couto Machado Chianca

RESUMO

Objetivo: analisar o tempo de jejum e tipo de dieta prescrita para reintrodução alimentar no pós-operatório de diferentes especialidades cirúrgicas. **Método:** estudo quantitativo, retrospectivo, documental e descritivo dos prontuários de pacientes cirúrgicos, com amostra randomizada e estratificada de 464 pacientes, realizado em hospital universitário público de grande porte no Paraná. Realizou-se análise estatística descritiva, apresentando medidas de tendência central e seus intervalos de confiança. **Resultados:** a média de jejum pós-operatório foi de 9:54h (DP: 6:89), variando de 8 a 30 horas. As clínicas que apresentaram maior tempo de jejum foram cirurgia cardíaca, cirurgia torácica e neurocirurgia, com médias de 18:25h, 14:45h e 12:22h, respectivamente. Quanto à prescrição de dieta no pós-operatório imediato, 51,3% dos pacientes receberam dieta geral, 15,3% dieta leve e 11,9% mantiveram jejum nas primeiras 24 horas após o procedimento cirúrgico. **Conclusão:** o tempo de jejum encontrado nessa instituição excede as atuais recomendações de protocolos nacionais e internacionais, o que implica aumento de desconfortos para o paciente cirúrgico, como sede, fome e estresse, além da insatisfação com o serviço prestado pela equipe de saúde. **Palavras-chave:** Período Pós-Operatório; Dieta; Jejum; Prescrições; Sede.

ABSTRACT

Objective: to analyze the fasting time and type of the diet prescribed for the food reintroduction during the postoperative period of different surgical specialties. **Method:** this is a quantitative, retrospective, documentary, and descriptive study with medical records of surgical patients. The study had a randomized and stratified sample with 464 patients carried out in a large public university hospital in Paraná. We performed a descriptive statistical analysis, presenting measures of central tendency and their confidence intervals. **Results:** the mean post-operative fasting was 9:54 hours (SD: 6:89), ranging from 8 to 30 hours. The cardiac surgery, thoracic surgery, and neurosurgery were the clinics that presented the longest fasting time with averages of 18:25, 14:45, and 12:22 hours, respectively. Regarding the diet prescription in the immediate postoperative period, 51.3% of the patients received a general diet, 15.3% a light diet, and 11.9% fasted for the first 24 hours after the surgical procedure. **Conclusion:** the fasting time found in this institution exceeds the current recommendations of national and international protocols, showing an increase in discomfort for the surgical patient such as thirst, hunger, and stress, in addition to dissatisfaction with the service provided by the health team. **Keywords:** Postoperative Period; Diet; Fasting; Prescriptions; Thirst.

RESUMEN

Objetivo: analizar el tiempo de ayuno y tipo de dieta prescrita para la reintroducción alimentaria postoperatoria de diferentes especialidades quirúrgicas. **Método:** estudio cuantitativo, retrospectivo, documental y descriptivo de historias clínicas de pacientes quirúrgicos, con una muestra aleatorizada y estratificada de 464 pacientes, realizada en un gran hospital universitario público de Paraná. Se realizó análisis estadístico descriptivo, presentando medidas de tendencia central y sus intervalos de confianza. **Resultados:** el ayuno postoperatorio medio fue de 9: 54h (DP: 6:89), con un rango de 8 a 30 horas. Las clínicas que mostraron mayor tiempo de ayuno fueron cirugía cardíaca, cirugía torácica y neurocirugía, con medias de 18: 25h, 14: 45h y 12: 22h, respectivamente. En cuanto a la prescripción de dieta en el postoperatorio inmediato, el 51,3% de los pacientes recibió dieta general, el 15,3% dieta ligera y el 11,9% ayuno durante las primeras 24 horas posteriores al procedimiento quirúrgico. **Conclusión:** el tiempo de ayuno encontrado en esta institución supera las recomendaciones vigentes de los protocolos nacionales e internacionales, lo que implica un aumento de las molestias para el paciente quirúrgico, como sed, hambre y estrés, además de insatisfacción con el servicio brindado por el equipo de salud. **Palabras clave:** Período Posoperatorio; Dieta; Ayuno; Prescripciones; Sed.

Como citar este artigo:

Tofani V, Milhorini CR, Paladini GM, Gaspar LO, Garcia AKA, Pierotti I, Conchon MF, Nakaya TG, Nascimento LA, Fonseca LF. Jejum pós-operatório prolongado: um problema negligenciado. REME - Rev Min Enferm. 2022[citado em _____];26:e-1422. Disponível em: _____
DOI: 10.35699/2316-9389.2022.38657

INTRODUÇÃO

O jejum no período anterior e posterior ao procedimento anestésico cirúrgico é um cuidado usual que objetiva a prevenção de complicações como a broncoaspiração, evento respiratório adverso que pode acarretar pneumonia, mais tempo de internação do paciente, gastos com o tratamento e, até mesmo, óbito. A broncoaspiração era mais frequente quando as técnicas anestésicas eram rudimentares.¹

A justificativa convencional para a preocupação com a complicação respiratória se apoia na questão de o paciente cirúrgico fazer parte de um grupo de risco e, sobretudo, receber medicamentos analgésicos e anestésicos associados à manipulação de vísceras durante o procedimento, o que pode levar à diminuição da motilidade intestinal. Essa condição é temporária, ainda que propicie náuseas e vômitos no pós-operatório (PO).²

Com o avanço da medicina baseada em evidência, torna-se, porém, indispensável fundamentar as condutas clínicas estabelecidas de maneira empírica.¹ A necessidade de longos períodos de jejum fica, portanto, desafiada diante do fato de que, atualmente, a aspiração pulmonar em adultos é infrequente, variando de 1:1.000 a 1:10.000^{3,4} e o desenvolvimento de protocolos multimodais veio instrumentalizar novas evidências. No pré-operatório, recomenda-se jejum de duas horas para líquidos claros, quatro horas para leite materno, seis horas para fórmula infantil, leite não materno e dieta leve e oito horas para dieta sólida.⁵

Há, no entanto, vários fatores que contribuem para o aumento do tempo de jejum pré-operatório, como atrasos em cirurgias anteriores, maximização do jejum pelo próprio paciente, mudanças no agendamento de cirurgias, entre outros.⁶ Essas horas desnecessárias de jejum podem acarretar prejuízos metabólicos e clínicos, influenciando no bem-estar geral do paciente.^{1,6}

A literatura^{4,5,7} tem focado particularmente o estudo do jejum pré-operatório. Todavia, o tempo de jejum estende-se até o PO, quando rotineiramente se adere a uma cultura organizacional de seis horas com “nada pela boca”, com grande variabilidade, de acordo com a instituição, tipo de cirurgia e aspectos individuais dos profissionais envolvidos.

Essa rotina, porém, vai contra as recentes diretrizes de protocolos multimodais que têm por objetivo acelerar a recuperação pós-operatória do paciente cirúrgico por meio de diversas medidas, entre elas a redução de tempo de jejum.^{8,9} Metanálise revela que pacientes submetidos a protocolos multimodais com tempo de jejum perioperatório abreviado, como duas horas antes da cirurgia para líquidos claros sem resíduos, apresentaram menor risco de complicações e redução do tempo de internação hospitalar.¹⁰

O tempo preconizado de jejum no PO depende do procedimento realizado, podendo variar de seis a oito horas para pacientes que realizam procedimentos cirúrgicos que não envolvem o trato gastrointestinal e de 24 horas ou mais para cirurgias em que há manipulação de órgãos do aparelho digestivo, assegurando-se o retorno do peristaltismo, desde que o paciente esteja hemodinamicamente estável.^{7,11}

Essa recomendação se aplica mesmo em casos de anastomoses digestivas. Em operações como videocolecistectomia, herniorrafias e cirurgias ano-orificiais, recomenda-se o início imediato de dieta e hidratação oral, sem uso de hidratação por via endovenosa. Na prática clínica, porém, essas recomendações não são seguidas, podendo o tempo de jejum ser reduzido ou dilatado em excesso, acarretando aumento do tempo de internação e complicações pós-cirúrgicas, como fome, estresse e sede.¹²

Um dos fatores que contribuem para a insatisfação do paciente quanto à sua experiência cirúrgica é a sede, que tem sido relatada como o pior desconforto no pós-operatório imediato (POI), superando a fome.¹³ A sede gera uma percepção negativa do período perioperatório, principalmente quando o período de jejum é superior ao necessário.¹⁴

Considerando o cenário dos longos períodos de jejum pré e PO e suas repercussões na satisfação e bem-estar do paciente, uma prescrição médica que respeite o tempo correto de jejum se torna peça fundamental para um cuidado baseado em evidência, pois norteia a liberação e tipo de dieta a ser ofertada ao paciente. Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar o tempo de jejum e tipo de dieta prescrita para reintrodução alimentar no PO de diferentes especialidades cirúrgicas.

MÉTODO

Estudo quantitativo, retrospectivo, documental e descritivo de prontuários de pacientes cirúrgicos, realizado em hospital universitário público de grande porte no Paraná. A instituição possui 313 leitos e é referência para trauma, tratamento de queimados, gravidez de alto risco e transplante de medula óssea. O centro cirúrgico conta com sete salas cirúrgicas e realiza, em média, 500 cirurgias mensais. Dispõe também de sala de recuperação anestésica (SRA) com seis leitos.

A amostra foi probabilística, aleatória e estratificada por clínica cirúrgica. Os valores considerados para o cálculo da amostra incluíram a produção do centro cirúrgico nos meses de julho a setembro de 2017 (1.502), proporção de pacientes que ficaram em jejum pós-operatório prescrito (50%), erro de precisão de 5% e nível de confiança de 95%.

A amostra do estudo, sem limite de idade, constituiu-se de pacientes que se submeteram a procedimentos em 12 clínicas cirúrgicas (Tabela 1). Consideraram-se critérios de inclusão para a composição da amostra: ter realizado qualquer procedimento cirúrgico em julho, agosto ou setembro de 2017 e que seu prontuário estivesse disponível na íntegra. Foram excluídos do estudo 13 pacientes que foram encaminhados para a unidade de tratamento intensivo no POI, ou seja, nas primeiras 24 horas após o término do procedimento cirúrgico, ou que foram a óbito no período perioperatório.

A coleta de dados foi realizada por alunos de Iniciação Científica participantes do Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, que receberam treinamento visando padronizar a coleta dos dados e garantir sua qualidade. Os prontuários foram acessados no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do hospital por meio de uma lista de pacientes resultante da etapa de amostragem, efetuada no período de junho de 2018 a maio de 2019.

Para tanto, utilizou-se um roteiro estruturado com variáveis que compreenderam três grupos: dados de identificação, registro em ficha de SRA e dados referentes à prescrição médica e de Enfermagem relacionados ao jejum e à liberação da dieta. Integrantes do grupo de pesquisa analisaram o roteiro, a fim de garantir a avaliação das variáveis de interesse. Fez-se estudo-piloto para ajustes no instrumento, sem necessidade de alterações substanciais.

A variável tempo de jejum PO foi considerada a partir da saída do centro cirúrgico até a liberação da dieta. Para este estudo, consideraram-se como reintrodução alimentar no PO as anotações de Enfermagem referentes à alimentação. Essas variáveis são apresentadas pela média, desvio-padrão e valores mínimos e máximos em horas.

As variáveis sexo, clínica cirúrgica, classificação do sangramento e classificação da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) - pontuação global que avalia o estado físico dos pacientes antes da operação - foram descritas em números absolutos e frequências. Coletavam-se também dos prontuários: o registro de sensação de sede e sua intensidade, avaliada por escala verbal numérica (EVN) de 0-10 (zero sem sede e 10 a maior sede vivenciada), o registro de alguma estratégia de alívio da sede e a descrição da estratégia de alívio aplicada.

Os dados foram duplamente digitados e tabulados no programa *Microsoft Excel*[®], recebendo tratamento estatístico com o auxílio do programa *R version 3.5.3*. Fez-se análise de medidas centrais (média e desvio-padrão) para as variáveis idade e tempo de jejum PO.

A verificação da aderência à normalidade foi realizada por meio do teste de Shapiro-Wilk. Para a identificação dos valores extremos e *outliers*, calcularam-se a mediana, o quartil inferior (Q1) e o quartil superior (Q3). A diferença entre o Q1-Q3 foi chamada de limite (L), e os valores encontrados no intervalo de Q3+1,5L e Q3+3L e no intervalo Q1-1,5L e Q1-3L foram considerados *outliers* e analisados separadamente. O ponto de corte para valores atípicos superiores foi de 30 horas; em vista disso, 22 prontuários foram analisados separadamente.¹⁵

O estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Práticas de jejum pós-operatório imediato: avaliação da prescrição médica e percepções do paciente e equipe” e seguiu as condições estabelecidas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sendo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina (CEP-UEL) (CAAE: 87252518.8.0000.5231). Os pesquisadores assinaram o Termo de Sigilo e Confidencialidade.

Tabela 1 - Produção cirúrgica distribuída por clínicas no ano de 2017. Londrina, Paraná, 2019 (n=464)

Clínica Cirúrgica	Julho	Agosto	Setembro	Total	Amostra
Ortopédica (ORTOP)	113	123	121	357	110
Obstétrica (CO)	96	93	103	292	90
Aparelho Digestivo (CAD)	75	72	86	233	72
Urológica (URO)	53	56	68	177	55
Infantil (CI)	37	38	59	134	41
Neurológica (NEURO)	25	34	25	84	26
Vascular (VASC)	28	16	20	64	20
Torácica (TORAX)	26	12	16	54	17
Bucomaxilo (BUCO)	16	19	16	51	16
Ginecológica (CG)	13	13	13	39	12
Plástica (PLAST)	4	3	4	11	3
Cardiológica (CARDIO)	1	3	1	5	2
Total	488	482	532	1.502	464

RESULTADOS

Constituíram o estudo 464 prontuários de pacientes distribuídos em 12 clínicas cirúrgicas (Tabela 1). A amostra foi constituída por 235 mulheres (50,6%) e 229 homens (49,4%). Quando aos fatores relacionados ao procedimento cirúrgico, 44,6% dos pacientes receberam classificação ASA II, sendo que a técnica anestésica mais utilizada foi a raquidiana (40,7%) e 82,8% apresentaram pouco sangramento. Durante o POI, houve subnotificação do sintoma sede, com 46,3% dos prontuários sem registro algum e o jejum foi mantido para 11,9% dos indivíduos. A caracterização completa dos indivíduos pode ser observada na Tabela 2.

Concluído o procedimento cirúrgico, 323 (69,6%) pacientes foram encaminhados para a SRA. Os outros 141 (30,4%) recuperaram-se do ato anestésico em sala operatória (SO). Em 209 (45,0%) prontuários havia registro de que o paciente não apresentou sede, e 40 (8,6%) manifestaram sede, com intensidade variando de oito a 10 em EVN. Como estratégia de alívio da sede, 31 pacientes receberam um picolé de gelo. Nenhuma conduta foi registrada quanto aos outros nove pacientes que relataram sede. Observa-se que em 215 prontuários (46,3%) não se encontraram informações referentes à sede.

Após a recuperação anestésica tanto na SRA quanto em SO, todos os pacientes foram encaminhados para as enfermarias, onde ocorreu a reintrodução alimentar, cujos registros foram analisados em seus prontuários.

Tabela 2 - Caracterização dos pacientes em relação a idade, sexo, classificação do sangramento, classificação da ASA, técnica anestésica e tipo de dieta prescrita no pós-operatório. Londrina, Paraná, Brasil, 2019 (n=464)

Variáveis	Média	Dp	Mediana	IQR	p*
Idade	38,7	21,4	36,0	29,2	<0,05
Sexo			Frequência	Percentual	IC 95%
Feminino			235	50,6	46,0-55,3
Masculino			229	49,4	44,7-53,9
Sangramento					
Pequeno			384	82,8	78,9-86,0
Médio			73	15,7	12,6-19,4
Grande			7	1,5	0,6-3,2
Classificação ASA					
ASA 1			198	42,7	38,1 - 47,3
ASA 2			207	44,6	40,0 - 49,3
ASA 3			55	11,9	9,1 - 15,2
ASA 4			4	0,8	0,3 - 2,3
Técnica anestésica					
Raquidiana			189	40,7	36,2-45,4
Geral balanceada			82	17,7	14,4-21,5
Geral inalatória			64	13,8	10,8-17,3
Geral venosa			55	11,9	9,1-15,2
Sedação			15	3,2	1,9-5,4
Outras			59	12,7	9,9-16,2
Tipo de dieta prescrita aos pacientes no POI					
Dieta geral			238	51,3	46,6-55,9
Dieta leve			71	15,3	12,2-18,9
Jejum			55	11,9	9,1-15,2
Dieta geral hipossódica			26	5,6	3,7-8,2
Dieta branda			17	3,7	2,1-5,9
Dieta líquida			15	3,2	1,8-5,3
Outras			42	9,0	6,6-12,1
Intensidade da sede					
Sem informações referentes à sede			215	46,3	41,7-50,9
Não apresentou sede			209	45,0	40,5-49,7
Apresentou sede			40	8,6	6,3-11,6
Registro de estratégia de alívio da sede			31	6,7	4,6-9,4

*Teste de Shapiro-Wilk; Dp: desvio-padrão; IQR: intervalo interquartil; IC 95% intervalo de confiança de 95%.

Dados referentes ao tempo de jejum no PO são demonstrados na Tabela 3, Figura 1 e Figura 2.

Dos 464 prontuários analisados, 400 (86,2%) não apresentavam registro de recomendação médica sobre o momento adequado para a liberação da dieta no PO.

Os registros de recomendações para liberação da dieta (n=64) incluíam tempo de seis horas após anestesia raquidiana (n=47; 73,4%), somente após bem acordados (n=14; 21,9%), após 15 horas (n=1; 1,5%), após 24 horas (n=1; 1,5%) e leite materno por livre demanda (n=1; 1,5%).

Tabela 3 - Tempo de jejum pós-operatório por clínica cirúrgica e tempo de jejum pós-operatório dos valores extremos encontrados por clínica cirúrgica. Londrina, Paraná, Brasil, 2019 (n=464)

Clínica Cirúrgica (n=442)	Média*	Dp	Mínimo	Máximo
Cardíaca	18,2	-	18,2	18,2
Torácica	14,4	8,1	0,8	25,8
Neurológica	11,8	8,2	1,1	27,0
Aparelho Digestivo	11,6	7,2	1,3	30,0
Bucomaxilo	10,9	8,2	0,2	27,2
Infantil	9,8	7,4	0,5	24,2
Vascular	9,3	8,3	0,1	26,4
Ginecológica	9,0	7,4	1,2	28,1
Urológica	8,9	5,7	0,1	26,3
Ortopédica	8,5	6,8	0,1	26,7
Obstétrica	8,1	5,2	0,2	22,3
Plástica	3,8	0,9	2,7	4,7
Todas as clínicas	9,5	6,9	0,1	30,0
Valores extremos (n=22)	Média*	Dp	Mínimo	Máximo
Aparelho Digestivo (n=10)	52,2	15,1	35,0	73,2
Bucomaxilo (n=1)	49,7	-	49,7	49,7
Infantil (n=4)	46,7	11,6	38,3	63,4
Obstétrica (n=1)	32,2	-	32,2	32,2
Neurológica (n=4)	41,9	9,0	36,2	55,3
Torácica (n=1)	41,8	-	41,8	41,8
Cardíaca (n=1)	43,2	-	43,2	43,2

Dp: Desvio-padrão.

*Média apresentada em horas decimais.

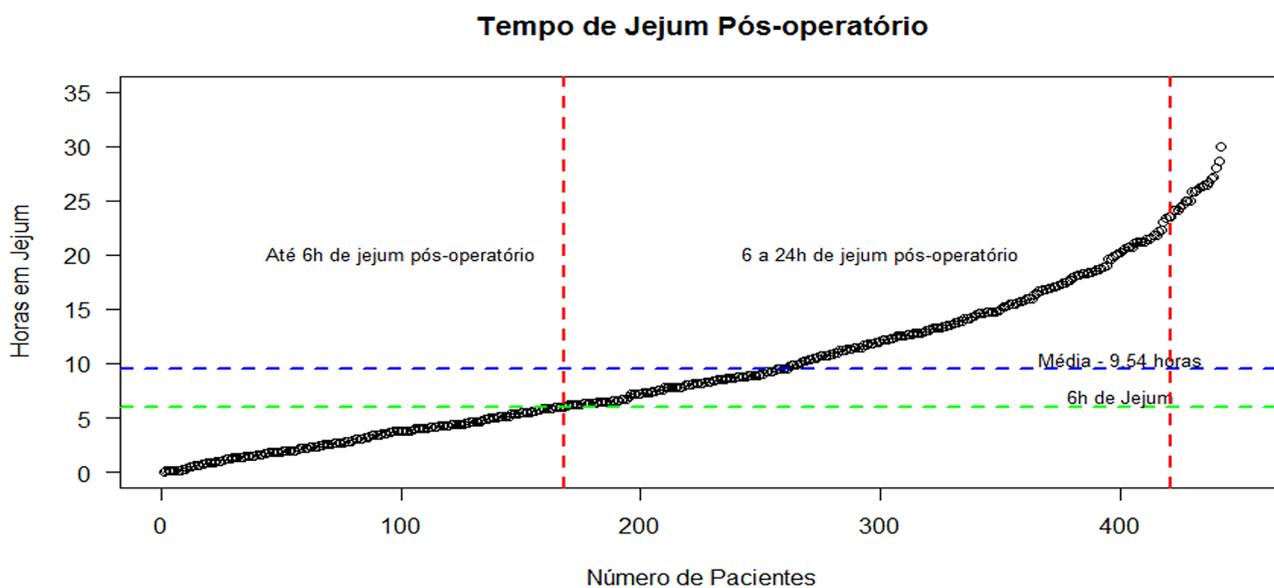


Figura 1 - Dispersão dos pacientes em relação ao tempo de jejum pós-operatório em horas, excluídos os valores extremos. Londrina, Paraná, Brasil, 2019 (n=442)

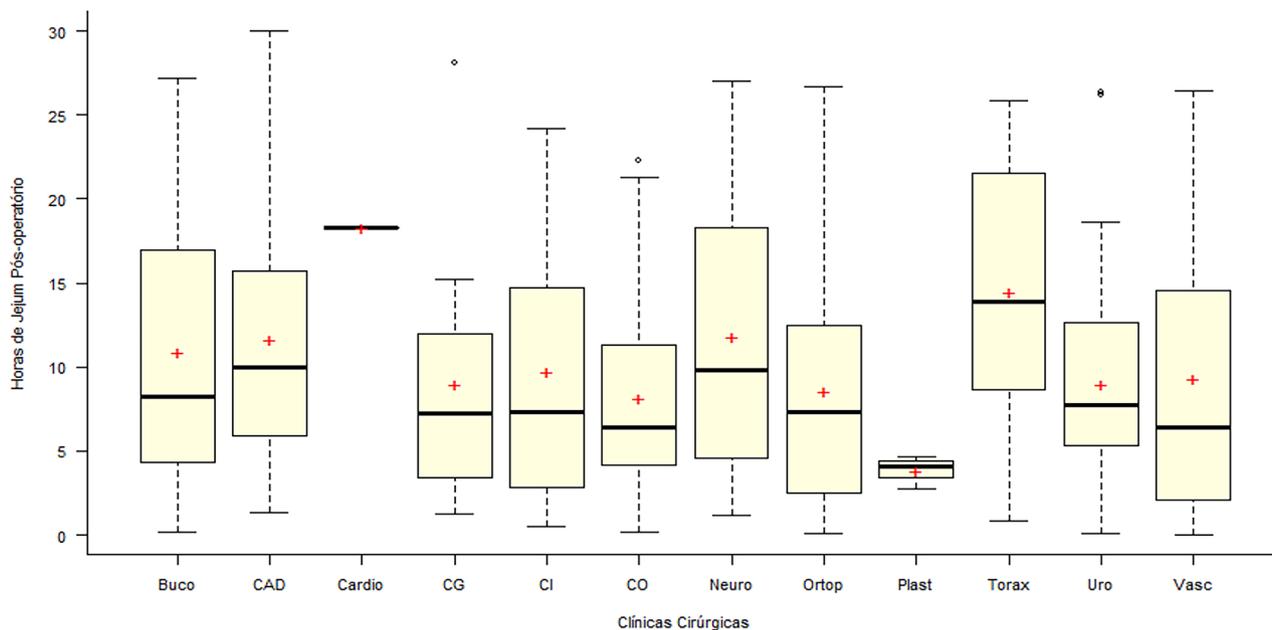


Figura 2 - Tempo de jejum pós-operatório mínimo, máximo, média e mediana em horas, por clínica cirúrgica, excluídos os valores extremos. Londrina, Paraná, Brasil, 2019 (n=442)

DISCUSSÃO

O presente estudo confirmou que o tempo de jejum perioperatório na prática clínica foi superior ao recomendado por diversos referenciais nacionais e internacionais^{3,7}, visto que, além de o tempo de jejum de todas as clínicas variar entre uma e 30 horas, houve valores extremos que chegaram a mais de 73 horas de jejum. 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.

Além de haver uma lacuna de evidências a respeito do tempo adequado da reintrodução alimentar no PO em detrimento de estudos que abordam a abreviação do jejum pré-operatório, falta consenso sobre quão precoce essa reintrodução alimentar deve ser. Este estudo demonstra sua relevância ao analisar o tempo de jejum e tipo de dieta prescrita para a reintrodução alimentar no PO em uma instituição pública e também ao detectar fragilidades no seguimento de protocolos que evidenciam práticas e recomendações seguras sobre a realimentação precoce no PO.

Há diversos estudos retratando a realidade brasileira que apuraram média superior de jejum, semelhante aos achados deste estudo: 17,9 horas (Dp 17,8) em cirurgias de porte um e de 45,8 (Dp 35,0) em cirurgias de porte dois;¹² 18,2 horas, variando de 3,3 horas a 98,8 horas.¹⁶

Destacaram-se nesses resultados os valores extremos de tempo de jejum absoluto, o que representa sofrimento intenso nesses pacientes. Vê-se, portanto, que a falta de adesão a diretrizes sobre jejum no PO não é uma realidade exclusiva da instituição estudada, o que evidencia uma lacuna entre o tempo de jejum preconizado pelas evidências científicas e o que é realmente realizado na prática clínica.

Esse cenário tem implicações graves, influenciando negativamente na recuperação cirúrgica. Entre elas, sobressaem: aumento do tempo de internação, resistência à insulina, retardo do processo de cicatrização e aumento da mortalidade.^{4,10,11,17}

Há achados neste estudo que requerem destaque, como o fato de submeter uma criança a jejum absoluto de 63,4 horas. Condutas assim aumentam as consequências danosas, e por vezes irreparáveis, relacionadas não só à recuperação clínica, mas também a repercussões psicológicas na criança e seus cuidadores.¹⁸

Entretanto, na prática clínica observa-se que, em cirurgias do aparelho digestivo, o tempo de jejum no PO é ainda mais prolongado, embasado na justificativa de que a manipulação dos órgãos da cavidade abdominal pode acarretar mau funcionamento do trato gastrointestinal, causando o íleo paralítico. Entretanto, ensaio randomizado demonstra que a reintrodução oral precoce de dietas com poucos resíduos é mais eficiente que apenas líquidos claros na prevenção de náuseas e promoção do retorno da função intestinal após cirurgia colorretal.¹⁹

Um fator decisivo para a reintrodução alimentar no PO é inserir as recomendações para liberação da dieta na prescrição médica. Essa observação se apoia num dado determinante, que é a porcentagem de pacientes que não realizaram procedimentos cirúrgicos no trato gastrointestinal e mesmo assim mantiveram o jejum nas primeiras 24 horas após a cirurgia. Apesar de todas as prescrições médicas apresentarem recomendação do tipo de dieta a ser oferecida no PO, apenas em 64 prescrições foram encontradas recomendações em relação ao horário ou condições para a liberação da dieta.

Esse cenário implica dificuldades para as equipes de Enfermagem e nutrição, que necessitam entrar em contato com a equipe médica para receber orientação sobre o horário ou em quais condições clínicas poderá ser liberada a dieta ao paciente. Isso faz com que o tempo de jejum se eleve desnecessariamente,²⁰ podendo retardar a recuperação do procedimento, aumentar o sofrimento imposto pelo jejum e gerar sentimentos negativos no paciente em relação ao cuidado prestado a ele pelos profissionais.²¹

Constatou-se que, mesmo em caso de pacientes para os quais a equipe médica prescrevera liberação de jejum com orientações acerca de horário e, conseqüentemente, dieta a ser ofertada, constava, nos registros de Enfermagem de alguns deles, tempo superior ou inferior ao prescrito pelo médico. Pode-se discutir essa discrepância analisando-se a existência de rotinas específicas para solicitação e entrega de dietas pelo setor de nutrição, recusa do paciente em aceitar a dieta no horário prescrito ou até mesmo falha na comunicação entre as equipes, que resulta em descumprimento de orientações.

Paradoxalmente, todos esses fatores citados contribuem para a permanência do jejum no PO e causam desconfortos ao paciente, como a sede, cuja prevalência varia de 84%²² a 97,6%.²³ Paradoxalmente, encontrou-se baixa manifestação de sede (8,6%) descrita nos prontuários avaliados no presente estudo. Essa observação evidencia falhas graves nos registros de Enfermagem em relação a esse prevalente sintoma. Essa deficiência apresenta-se como uma questão comum na prática clínica, necessitando de resolução em virtude do respaldo ético e legal que o prontuário do paciente representa.

Semelhantemente, observou-se nos prontuários registro insuficiente quanto ao manejo da sede - conduta que se deve tomar enquanto o paciente está na SRA. Essa falta de registro revela a subvalorização do sintoma pela equipe perioperatória,^{24,25} que acredita que a sede é um “preço a ser pago” para que o paciente passe com segurança pelo período perioperatório.

Questiona-se a ausência de registros diferenciando a reintrodução de sólidos e líquidos no PO. É relevante essa reflexão, já que o tempo de esvaziamento gástrico é diferente para sólidos e líquidos, o que permite, portanto, a liberação precoce de líquidos claros.²⁶ Estudos sobre a introdução de estratégias frias^{22,25}, até mesmo dentro de 30 minutos após o término da cirurgia, indicam que o emprego de estratégias para o manejo da sede do paciente pode e deve ser abordado de modo precoce, seguro e eficiente. Não consta nos prontuários uma forma individual de reintrodução de diferentes tipos de alimentos.

As falhas encontradas na anotação de Enfermagem reforçam a limitação deste estudo. A falta de registro, na prescrição médica, sobre recomendações de horário ou condições clínicas do paciente para a liberação de dieta denota um quadro de insegurança para com as condutas a serem seguidas. Além disso, dados controversos entre prescrições médicas e de Enfermagem em relação a horário de realimentação de pacientes dificultaram a coleta e análise dos dados.

Algumas estratégias podem ser indicadas para abreviar o tempo de jejum no PO. A prescrição personalizada de cada paciente permitirá a redução dos desconfortos provenientes de um jejum PO prolongado e desnecessário. Programas de educação permanente para toda a equipe sobre diretrizes atualizadas, prescrições médicas e anotações de Enfermagem detalhadas são necessários para mais sensibilização em relação ao tema e à mudança de práticas empíricas.

Os achados deste estudo indicam ser necessária a condução de estudos com métodos rigorosos com o objetivo de identificar o tempo seguro de reintrodução alimentar no POI, com a conseqüente translação do conhecimento para a prática clínica.

CONCLUSÃO

O tempo de jejum no pós-operatório se mostrou elevado, acima do preconizado pelas evidências científicas. Na maioria dos prontuários não se encontrou registro sobre o tipo e horário de dieta a ser ofertada nesse período, nem diferenciação entre dieta sólida e líquida, tanto na prescrição médica quanto de Enfermagem. As anotações referentes à reintrodução da dieta revelaram-se falhas e incompletas.

Assim, tendo em vista a qualidade da assistência multiprofissional, faz-se necessário que as instituições de saúde e ensino, bem como a equipe multiprofissional, adotem os protocolos que norteiam a prática baseada em evidência segura e atualizada sobre a diminuição do tempo de jejum pré-operatório e a reintrodução alimentar precoce.

AGRADECIMENTOS

À Fundação Araucária - Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná, pelo fomento à pesquisa. Chamada 01/2018 – Demanda Universal. Ao Grupo de Estudo e Pesquisa da Sede, pelo incentivo, parceria e preocupação com um tema tão impactante para o paciente cirúrgico.

REFERÊNCIAS

1. Campos SBG, Barros-Neto JA, Guedes GS, Moura FA. Pre-operative fasting: why abbreviate? *ABCD Arq Bras Cir Dig.* 2018[citado em 2020 set. 10];31(2):e-1377. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202018000200508&script=sci_arttext&tlng=pt
2. Bazzi NB, Leal V, Lira Júnior HF, Santos JM, Ferreira MG, Zeni LAZR. Estado nutricional e tempo de jejum em pacientes submetidos a cirurgias colorretais eletivas. *Nutr Clín Diet Hosp.* 2016[citado em 2020 set. 10];36(2):103-10. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/coloproctologia/wp-content/uploads/sites/29/2015/08/Publica%C3%A7%C3%A3o-Trabalho-Nutri%C3%A7%C3%A3o-2016.pdf>
3. Thomas M, Engelhardt T. Think drink! Current fasting guidelines are outdated. *Br J Anaesth.* 2017[citado em 2020 set. 10];118(3):291-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/bja/aew450>
4. Togo HYA, Lopes EC. Preoperative fasting reduction in burned patients: a systematic review. *Burns Open.* 2020[citado em 2020 set. 10]. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S246891222030033X?via%3Dihub>
5. Practice Guidelines for Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk of Pulmonary Aspiration. *Anesthesiology.* 2017[citado em 2020 set. 10];126(3):376-93. Disponível em: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/126/3/376/19733/Practice-Guidelines-for-Preoperative-Fasting-and>
6. Amorim ACR, Costa MDS, Nunes FLS, Silva MGB, Leão CS, Gadelha PCFP. Estado nutricional y tiempo de ayuno perioperatorio versus complicaciones y tiempo de internamiento de pacientes quirúrgicos. *Nutr Hosp.* 2015[citado em 2020 set. 10];32(2):878-87. Disponível em: 10.3305/nh.2015.32.2.9245
7. De-Aguilar-Nascimento JE, Salomão AB, Waitzberg DL, Dock-Nascimento DB, Correa MITD, Campos ACL, et al. ACERTO guidelines of perioperative nutritional interventions in elective general surgery. *Rev Col Bras Cir.* 2017[citado em 2020 set. 10];44(6):633-48. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n6/pt_1809-4546-rcbc-44-06-00633.pdf
8. De-Marchi JJ, De-Souza MM, Salomão AB, De-Aguilar Nascimento JE, Selletti AA, De-Albuquerque E. Cuidados perioperatórios em cirurgia bariátrica no contexto do projeto ACERTO: realidade e o imaginário de cirurgiões em um hospital de Cuiabá. *Rev Col Bras Cir.* 2017[citado em 2020 set. 10];44(3):2707. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n3/0100-6991-rcbc-44-03-0270.pdf>
9. Martins MVDC. Estamos realmente prontos para a implantação do protocolo ERAS? *Rev Col Bras Cir.* 2017[citado em 2020 set.10];44(4):314-5. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rcbc/v44n4/0100-6991-rcbc-44-04-0314.pdf>
10. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S. Early enteral nutrition within 24 h of intestinal surgery versus later commencement of feeding: a systematic review and meta-analysis. *J Gastrointest Surg.* 2009[citado em 2020 set. 10];13(569). Disponível em: 10.1007/s11605-008-0592-x
11. Grass F, Hübner M. Early oral nutrition. In: Ljungqvist O, Francis NK, Urman RD, editors. *Enhanced recovery after surgery. A complete guide to optimizing outcomes.* Switzerland: Springer International Publishing; 2020. p.203-9. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-33443-7_22
12. Araripe TSO, Aguiar APN, Alexandrino RKC, Maia FMM, Mendonça OS. Impacto do estado nutricional e do tempo de jejum nas complicações gastrointestinais e no tempo de hospitalização em pacientes cirúrgicos. *HU Rev.* 2019[citado em 2020 set. 10];45(1):22-30. Disponível em: <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2019.v45.25664>
13. Silva RBJ, Rampazzo ARP, Nascimento LA, Fonseca LF. Discomfort patients expect and experience in the immediate postoperative period. *Rev Baiana Enferm.* 2018[Citado em 2020 set. 10];32:e-26070. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/26070>
14. Nascimento LA, Nakaya TG, Conchon MF, Garcia AKA, Pierotti I, Serato VM, et al. Prevalência, intensidade e desconforto da sede no paciente cirúrgico no pós-operatório imediato. *Rev SOBECC.* 2019[citado em 2020 set. 10];24(2):85-90. Disponível em: 10.5327/Z1414-4425201900020006
15. Moroco J. *Análise Estatística de dados - com utilização do SPSS.* Lisboa: Sílabo; 2003.
16. Francisco SC, Batista ST, Pena GG. Fasting in elective surgical patients: comparison among the time prescribed, performed and recommended on perioperative care protocols. *Arq Bras Cir Dig.* 2015[citado em 2020 set.10];28(4):250-4. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-67202015000400250&script=sci_arttext&tlng=pt
17. Nascimento JEA, Campos AC, Borges A, Correia MITD, Tavares GM. *Terapia nutricional no perioperatório. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina;* 2011[citado em 2020 set. 10]. Disponível em: https://diretrizes.amb.org.br/BibliotecaAntiga/terapia_nutricional_no_perioperatorio.pdf
18. Frykholm P, Schindler E, Sümpelmann R, Walker R, Weiss M. Preoperative fasting in children: review of existing guidelines and recent developments. *Br J Anaesth.* 2018[citado em 2020 set. 10];120(3):469-74. Disponível em: 10.1016/j.bja.2017.11.080
19. Lau C, Phillips E, Bresee C, Fleshner P. Early use of low residue diet is superior to clear liquid diet after elective colorectal surgery a randomized controlled trial. *Dis Colon Rectum.* 2014[citado em 2020 set. 10];260:641-9. Disponível em: 10.1007/s11725-014-0555-1
20. Reis PGA, Polakowski C, Bussyguin DS, Ferreira RP, Preti VB, Tomasich FDS. Abbreviated preoperative fasting favours postoperative oral intake at lower hospital admission costs for cancer patients. *Rev Col Bras Cir.* 2019[citado em 2020 set. 10];46(3):e20192175. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912019000300154&tlng=pt
21. Pierotti I, Nakaya TG, Garcia AKA, Nascimento LA, Conchon MF, Fonseca LF. Avaliação do tempo de jejum e sede no paciente cirúrgico. *Rev Baiana Enferm.* 2018[citado em 2020 set. 10];32. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/27679>

22. Serato VM, Fonseca LF, Birolim MM, Rossetto EG, Mai LD, Garcia AKA. Package of menthol measures for thirst relief: a randomized clinical study. *Rev Bras Enferm.* 2019[citado em 2020 set. 10];72(3):600-8. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reben/v72n3/pt_0034-7167-reben-72-03-0600.pdf
 23. Garcia ACKA, Nascimento LA, Conchon MF, Garcia AKA, Fonseca LF. Perspectiva do anestesiológista em relação à sede no pós-operatório imediato/ Anesthesiologist's perspective regarding thirst in the immediate postoperative period. *Ciênc Cuid Saúde.* 2017[citado em 2020 set. 10];16(3). Disponível em: <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/37241/21583>
 24. Pavani MM, Fonseca LF, Conchon MF. Thirst in surgical patients: perceptions of the nursing team in inpatient units. *Rev Enferm UFPE Online.* 2016[citado em 2020 set. 10];10(9):3352-60. Disponível em: 10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201621
 25. Nascimento LA do, Garcia AKA, Conchon MF, Aroni P, Pierotti I, Martins PR, *et al.* Advances in the management of perioperative patients' thirst. *AORN J.* 2020[citado em 2020 set. 10];111(2):165-79. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/aorn.12931>
 26. Barreto JA, Lima GG, Xavier CF. Inconsistências das anotações de Enfermagem no processo de auditoria. *Rev Enferm Cent-Oeste Min.* 2016[citado em 2020 set. 10];6(1):2081-93. Disponível em: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/917/1014>
-