



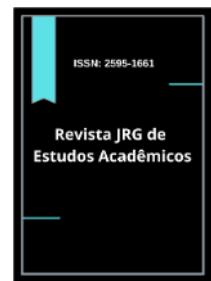
ISSN: 2595-1661

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [Portal de Periódicos CAPES](http://periodicoscapes.gov.br)

# Revista JRG de Estudos Acadêmicos

Página da revista:  
<https://revistajrg.com/index.php/jrg>



## Análise dos períodos de jejum pré-procedimentos em pacientes internados na clínica de queimados em um hospital público do Distrito Federal

Analysis of pre-procedure fasting periods in patients admitted to the burns unit of a public hospital in the Federal District

DOI: 10.55892/jrg.v9i20.2918

ARK: 57118/JRG.v9i20.2918

Recebido: 29/01/2026 | Aceito: 01/02/2026 | Publicado on-line: 03/02/2026

### Sara Victoria Pereira Mendes

<https://orcid.org/0009-0007-7577-0535>

<http://lattes.cnpq.br/9282507525251290>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil.  
E-mail: saravictoria.nutricionista@gmail.com

### Renata de Sousa Coelho

<https://orcid.org/0009-0000-6975-6525>

<http://lattes.cnpq.br/5559542443745156>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil.  
E-mail: renata-coelho@fepecs.edu.br

### Lilian Barros de Sousa Moreira Reis

<https://orcid.org/0000-0001-7985-7899>

<http://lattes.cnpq.br/8873103233321790>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil.  
E-mail: lilian-reis@fepecs.edu.br

### Rayssa Santa Cruz

<https://orcid.org/0009-0000-1394-8245>

<http://lattes.cnpq.br/0890244407904911>

Escola de Saúde Pública do Distrito Federal (ESPDF), DF, Brasil.  
E-mail: rayssasantacruz@gmail.com



## Resumo

O jejum pré-operatório, historicamente adotado para prevenir complicações relacionadas à aspiração gástrica, tem sido reavaliado à luz de evidências científicas atuais. Protocolos como o ACERTO e o ERAS defendem a abreviação do tempo de jejum e a ingestão segura de líquidos claros, associadas à redução de complicações, do tempo de internação e do desconforto metabólico. Em pacientes queimados, condição marcada por hipermetabolismo e alta demanda energética, o manejo adequado do jejum torna-se especialmente relevante diante da necessidade frequente de procedimentos com uso de anestésicos. O objetivo deste estudo foi analisar o tempo de jejum e suas repercussões em pacientes internados na clínica de queimados de um hospital público do Distrito Federal submetidos a procedimentos que exigem jejum. Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e observacional, realizado com 30 adultos e idosos. A coleta de dados ocorreu entre junho e setembro de 2025, mediante consentimento dos participantes, e incluiu o registro do tempo de jejum para sólidos e líquidos antes de procedimentos com indução anestésica, bem como sintomas associados e consumo alimentar no mesmo dia. Todos os



pacientes foram submetidos à avaliação nutricional conforme protocolo institucional. Os dados foram organizados em planilha eletrônica e analisados por meio de estatística descritiva. Com os resultados foi possível observar que o período de privação de líquidos e de alimentos era maior do que a recomendada pelas diretrizes mais atuais, o que corrobora com demais estudos já realizados com o mesmo objetivo. Por fim, destaca-se a ausência de mais estudos que contemplam a população queimada e a importância do estabelecimento de protocolos que almejam conforto e cuidado com o paciente por meio da abreviação de jejum.

**Palavras-chave:** Jejum; Tempo de internação; Apoio nutricional; Recuperação nutricional.

### **Abstract**

*Preoperative fasting, historically adopted to prevent complications related to gastric aspiration, has been reevaluated in light of current scientific evidence. Protocols such as ACERTO and ERAS advocate shortening fasting time and safe intake of clear liquids, associated with reduced complications, hospitalization time, and metabolic discomfort. In burn patients, a condition marked by hypermetabolism and high energy demand, proper fasting management becomes especially relevant given the frequent need for procedures involving the use of anesthetics. The objective of this study was to analyze fasting time and its repercussions in patients admitted to the burn clinic of a public hospital in the Federal District undergoing procedures that require fasting. This is a cross-sectional, quantitative, observational study conducted with 30 adults and elderly individuals. Data collection took place between June and September 2025, with the consent of the participants, and included recording the fasting time for solids and liquids before procedures with anesthetic induction, as well as associated symptoms and food consumption on the same day. All patients underwent nutritional assessment according to institutional protocol. The data were organized in a spreadsheet and analyzed using descriptive statistics. The results showed that the period of fluid and food deprivation was longer than that recommended by the most current guidelines, which corroborates other studies conducted with the same objective. Finally, it is worth noting the lack of further studies that consider the burn population and the importance of establishing protocols that aim to provide comfort and care to patients by shortening fasting periods.*

**Keywords:** Fasting; Length of hospital stay; Nutritional support; Nutritional recovery

### **1. Introdução**

O estabelecimento do jejum pré-operatório é algo discutido desde o século passado, quando as técnicas cirúrgicas realizadas ainda utilizavam recursos primários. O objetivo era que, durante os procedimentos, o conteúdo alimentar residual presente no estômago não levasse a complicações, como comprometimento pulmonar relacionados a vômitos ou aspiração (PINTO et al., 2021). O contexto histórico da prática de abstenção temporária de alimentos foi resultado de casos de broncoaspiração em procedimentos não eletivos. Porém, a partir de demais pesquisas realizadas, esse costume se estendeu para intervenções programadas (OLIVEIRA et al. 2009).

Nos dias atuais, com o desenvolvimento da ciência e da tecnologia, surgiram protocolos e diretrizes que buscam contrapor os métodos empíricos utilizados desde os primórdios. O precursor das recomendações atuais, no Brasil, é a recomendação de Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória (ACERTO), instituído em 2005 baseado



em um conjunto de medidas de origem europeia denominado *“Enhanced Recovery After Surgery”* (ERAS). Nesse contexto, esses programas ressaltam a relevância da abreviação do tempo de jejum no que concerne a redução de complicações pós-procedimentos, do tempo de internação e da recidiva para ambientes hospitalares (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2017; PINTO et al., 2021).

Com base em atualizações constantes, o projeto ACERTO sugere administração de líquidos claros e evidencia a segurança disso, já que os artigos referentes a essa intervenção são numerosos e apresentam a semelhança do resíduo gástrico para os períodos de jejum total de doze, oito e seis horas para sólidos quando comparado a restrição de apenas seis horas para sólidos e duas horas para os líquidos contendo ou não carboidratos, haja vista que o tempo de digestão e absorção da substância límpida é de uma hora a uma hora e trinta minutos (ROBLEDO-VALDEZ et al., 2022).

Outro fator imprescindível a considerar é a ausência de efeitos adversos relatados a partir da adoção das medidas de redução planejada (AGUILAR-NASCIMENTO et al., 2017). É sabido que o menor intervalo de tempo anteriormente preconizado para pacientes que, depois, estarão sujeitos a indução anestésica tem relação com diminuição da resistência à hormônios anabólicos, como a insulina. De igual maneira, associa-se também o alívio das sensações de fome, de sede e das agitações psicológicas envolvidas durante o perioperatório (ROBLEDO-VALDEZ, 2020).

As queimaduras podem ser definidas como lesões traumáticas ocasionadas por agentes de origem térmica química, elétrica, biológica ou radioativa (MOULIN et al., 2018). Os prejuízos são diversos e podem incluir limitações físicas, problemas psicológicos, estigmas sociais e, em casos mais graves, o óbito (DALLA-CORTE et al., 2019).

Segundo dados do Sistema Único de Saúde, de 2015 a 2020 aconteceram 19.772 óbitos por queimaduras, houve registro de mais de 1 milhão de casos de queimaduras, aproximadamente 100.000 com necessidade de suporte hospitalar (CINTRA, 2025). Tais dados demonstram que as queimaduras são um importante problema de saúde pública, demandando atenção e recursos significativos (MOULIN et al., 2018).

O indivíduo acometido por uma queimadura desenvolve uma condição de hipermetabolismo proporcional à severidade da lesão, o que leva a um aumento da oxidação das fontes energéticas do organismo (CUPPARI, 2019). Vale salientar que esse estado pode perdurar por um período de até três anos após o evento traumático (JESCHKE et al. 2011). Semelhante a outros tipos de estresse, a queimadura promove uma resposta inflamatória sistêmica mediada por hormônios e citocinas pró-inflamatórias, que interferem nas vias metabólicas e ocasionam alterações na ingestão, absorção e assimilação de nutrientes (LOPES; FERREIRA; ADORNO, 2021).

Diante dessas evidências, surge a preocupação em suprir as necessidades energéticas, pois, além das desordens metabólicas, existe, muitas vezes, a necessidade recorrente de procedimentos que exigem jejum para indução anestésica. Este estudo tem por objetivo conhecer o tempo de jejum determinado para os pacientes e vincular com os achados da literatura científica.



## 2. Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo e observacional. Participaram deste estudo indivíduos adultos ( $\geq 19$  anos) e idosos internados no Hospital Regional da Asa Norte (HRAN), instituição pública localizada no Distrito Federal (DF) e reconhecida como centro de referência para o tratamento de pacientes vítimas de queimaduras provenientes do Centro-Oeste, norte de Minas Gerais e oeste da Bahia.

A inclusão dos participantes ocorreu de forma voluntária, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nos casos de indivíduos com limitações físicas que impossibilitaram a escrita ou em situações de analfabetismo, o consentimento foi obtido verbalmente, com posterior assinatura do responsável legal e/ou acompanhante.

Foram excluídos do estudo os indivíduos que não assinaram ou não permitiram verbalmente que seus responsáveis e/ou acompanhantes assinassem o TCLE, os que não responderam o questionário de forma completa ou aqueles que não possuíam capacidade eficiente de resposta (inconscientes e desorientados) e pessoas com necessidades especiais e/ou transtornos psiquiátricos que não possuíam responsável legal.

Todos os participantes receberam orientação de profissionais de saúde para realizar períodos de jejum antes de procedimentos que exigiam indução anestésica, após o retorno de cada novo procedimento foi aplicado um questionário para registrar o período em horas de abstenção de sólidos e líquidos, possíveis sintomas e o percentual de consumo de cada refeição do mesmo dia do jejum. Vale destacar que a execução do estudo não impactou no desempenho das atividades da unidade ou alterou qualquer recomendação/procedimento já desempenhado previamente ao estudo.

Assim como é padrão na unidade, todos os pacientes passaram por avaliação nutricional completa que inclui antropometria com aferição de peso sem as faixas de cobertura, triagem, exame físico quando possível, diagnóstico, estimativa de necessidades energéticas e proteicas, acompanhamento nutricional e reavaliação a cada 7 dias.

Contribuíram com este estudo 30 pessoas que tiveram seu período de internação na unidade entre os dias 25 de junho até 30 de setembro do mesmo ano, prazo de coleta de dados deste estudo.

Este estudo foi desenvolvido em estrita observância aos preceitos éticos que regem pesquisas envolvendo seres humanos, conforme as diretrizes estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A etapa de coleta de dados somente foi iniciada após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, registrada sob o parecer nº 7.665.626, e após a formalização do consentimento dos participantes por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Em todas as fases do estudo, desde a obtenção até a divulgação dos resultados, foi garantida a confidencialidade das informações e a preservação da identidade dos participantes. Também foi assegurado que nenhum indivíduo fosse exposto a qualquer forma de discriminação ou estigmatização, além do esclarecimento prévio dos participantes quanto ao uso científico dos dados obtidos.

As informações obtidas foram inseridas em um banco de dados (*software de planilhas eletrônicas da Microsoft - EXCEL*) com acesso limitado aos responsáveis pelo trabalho científico. Para o desvio demográfico foram utilizados média, mediana e desvio padrão.



### 3. Resultados

A amostra incluiu 30 pacientes, com predomínio do sexo masculino. As idades dos participantes variaram, mas o público foi majoritariamente adulto. As queimaduras apresentadas foram ocasionadas por agentes térmicos (73%), elétricos (23%) ou por ambos (3%) e foram classificadas quanto a porcentagem de superfície corporal queimada segundo os critérios de Lopes et al. (2021). O tempo médio de internação foi de 15,5 dias, variando de 1 a 46 dias até a alta hospitalar (tabela 1).

**Tabela 1.** Características da amostra

| Variável                              | Categoria | N (%)       |
|---------------------------------------|-----------|-------------|
| Gênero                                | Masculino | 25 (83)     |
|                                       | Feminino  | 5 (17)      |
| Idade (anos)                          | Média±DP  | 42,53±15,51 |
|                                       | Mediana   | 41          |
| Tipo de queimadura                    | Min-Máx   | 19 - 79     |
|                                       | Térmica   | 22 (73)     |
| SCQ                                   | Elétrica  | 7 (23)      |
|                                       | Ambas     | 1 (3)       |
| Tempo de internação (dias)            | <10%      | 20 (67)     |
|                                       | 10 a 20%  | 6 (20)      |
| Número de procedimentos por indivíduo | >20%      | 4 (13)      |
|                                       | Média±DP  | 14,5±8,81   |
| Tempo de internação (dias)            | Mediana   | 13          |
|                                       | Min-Máx   | 4 - 46      |
| Número de procedimentos por indivíduo | Média±DP  | 3,96±2,76   |
|                                       | Mediana   | 3           |
| Número de procedimentos por indivíduo | Min-Máx   | 1 - 12      |

Todos os participantes passaram por avaliação nutricional completa e, por isso, o estado nutricional pode ser avaliado por mais de um aspecto (tabela 2). Quanto ao Índice de Massa Corporal (IMC), foram utilizados os critérios de classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 1997) para adultos e de Lipschitz (1994) para idosos. Nos adultos, 17 pacientes (65,38%) eram eutróficos, 6 apresentavam sobrepeso (23,08%) e 2 algum grau de obesidade (7,69%), somente 1 (3,85%) apresentou desnutrição. Já nos idosos, 2 apresentaram eutrofia (50%) e 2 excesso de peso (50%).

Quando realizada avaliação utilizando uma ferramenta completa e que não faz distinção entre adultos e idosos para realizar o diagnóstico (GLIM,2018), no momento da



admissão nutricional, 27 pacientes (90%) se apresentavam eutróficos, 2 com desnutrição moderada (6,67%) e 1 (3,33%) com desnutrição grave relacionada a doença crônica agudizada. Na última avaliação nutricional feita durante a internação, o número de pacientes eutróficos passou a ser 19 (63,33%) enquanto 11 (36,67%) apresentaram algum grau de desnutrição e, vale salientar que, além dos que já possuíam comprometimento nutricional prévio, todos os demais tiveram o diagnóstico de desnutrição associado ao evento agudo com a presença de inflamação.

Tabela 2. Estado nutricional

| Variável                         | Categoria            | N (%)         |
|----------------------------------|----------------------|---------------|
|                                  | Desnutrição          | 1 (3,85)      |
|                                  | Eutrofia             | 17 (65,38)    |
|                                  | Sobrepeso            | 6 (23,08)     |
| IMC adulto (OMS, 1997)           | Obesidade            | 2 (7,69)      |
|                                  | Total                | 26            |
|                                  | Média±DP             | 24,36±3,17    |
|                                  | Mediana              | 24            |
|                                  | Min - Máx            | 15,57 - 30,78 |
|                                  | Baixo peso           | 0             |
|                                  | Eutrofia             | 2 (50)        |
| IMC idoso (LIPSCHITZ, 1994)      | Excesso de peso      | 2 (50)        |
|                                  | Total                | 4             |
|                                  | Média±DP             | 27,89±4,35    |
|                                  | Mediana              | 27,14         |
|                                  | Min - Máx            | 23,5 - 33,8   |
|                                  | Não desnutrido       | 27 (90)       |
|                                  | Desnutrição moderada | 2 (6,67)      |
| Diagnóstico admissão (GLIM 2018) | Desnutrição grave    | 1 (3,33)      |
|                                  | Total                | 30            |
|                                  | Não desnutrido       | 19 (63,33)    |
|                                  | Desnutrição moderada | 6 (20)        |
| Diagnóstico alta (GLIM 2018)     | Desnutrição grave    | 5 (16,67)     |
|                                  | Total                | 30            |



Conforme dados da Tabela 3, foram realizados com os participantes 119 procedimentos, mas a quantidade que cada paciente necessitou variou de 1 a 12. Cada intervenção feita necessitava de jejum para realizar indução anestésica, resultando em 19 procedimentos (16%) com tempo de jejum dentro do recomendado na unidade (8 a 12 horas), 70 (59%) entre 13 a 15 horas e 30 (25%) com mais de 16 horas sem ingestão alimentar.

Tabela 3. Tempo de jejum realizado

| Tempo de jejum | N.º de procedimentos | %   |
|----------------|----------------------|-----|
| 8 a 12h        | 19                   | 16  |
| 13 a 15h       | 70                   | 59  |
| >16h           | 30                   | 25  |
| Total          | 119                  | 100 |

Assim como demonstrado na Tabela 4, os sintomas mais frequentemente relatados nos períodos pré e pós-procedimentos foram náuseas, seguido de vômitos, fraqueza, polidipsia, polifagia e vertigem.

Tabela 4. Sintomas relatados no dia da realização dos procedimentos

| Sintoma            | N (%)      |
|--------------------|------------|
| Náusea             | 12 (10,08) |
| Vômitos            | 7 (5,88)   |
| Fraqueza           | 6 (5,04)   |
| Tremor             | 1 (0,84)   |
| Polidipsia         | 5 (4,20)   |
| Irritabilidade     | 1 (0,84)   |
| Vertigem           | 5 (4,20)   |
| Polifagia          | 5 (4,20)   |
| Plenitude Gástrica | 1 (0,84)   |
| Desmaio            | 1 (0,84)   |

#### 4. Discussão

Embora as diretrizes atuais, como a da Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA, 2017), estimulem o consumo de líquidos límpidos até duas horas antes da cirurgia, estudos mostram que os períodos de jejum continuam mais extensos e, até o momento, evidências sugerem que o volume residual gástrico é semelhante quando realizado protocolo de jejum convencional ou otimização do com a administração de líquidos claros enriquecidos ou não de carboidratos (ROBLEDO-VALDEZ et al., 2022). Ademais, observa-se que os jejuns exacerbados contribuem demasiadamente para o desconforto do



paciente e para uma provável hipovolemia decorrente da escassez na oferta de líquidos. Wrobel et al (2023) descrevem que pacientes não submetidos ao protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) foram maioria (52%) nos relatos de sede. Outros estudos citam fome e sede como os principais sintomas queixados pelos pacientes e reforçam a atenuação deles proporcionada pela aplicação do protocolo de abreviação (MIOLA et al, 2021; PINTO et al, 2021).

Scott e Fawcett (2014) compararam as necessidades energéticas de pacientes em pós-operatório com atletas submetidos a grandes esforços esportivos, já que ambos demandam maior oxidação de oxigênio e, em caso de falha, acontece alteração para o metabolismo anaeróbico e excesso de lactato com repercussões prejudiciais, o que justifica que as mesmas dietas ricas em carbonos hidratados rotineiramente utilizadas para atletas, também sejam utilizadas em pacientes submetidos a cirurgias de grande porte.

Um pequeno estudo na Unidade de Queimados do Hospital Edendale analisou de forma retrospectiva os dados de alimentação de pacientes internados ao longo de três meses. E observaram que, em média, os adultos ficaram cerca de 21 horas em jejum (WINCKWORTH et al., 2015).

Buscando o estabelecimento de práticas baseadas em evidências para reduzir o jejum pré-operatório exacerbado em pacientes queimados, uma auditoria realizada em um hospital australiano, constatou que os pacientes queimados passaram aproximadamente 14 horas em jejum para realização de cada procedimento. Após a implementação de um projeto para mudar essas práticas, o tempo médio de jejum caiu para 10 horas. Essa mudança representou uma redução de aproximadamente 29% no tempo total de jejum (GIULIANI; MCARTHUR; GREENWOOD, 2015).

Em uma revisão sistemática que analisou 67 estudos diferentes, com o objetivo de verificar se os benefícios da redução do tempo de jejum antes de procedimentos superam os riscos em pacientes queimados, foi constatado que, em vários países, inclusive o Brasil, o tempo de jejum variou de 12 a 14 horas (TOGO; LOPES, 2020).

Um estudo transversal realizado com 65 pacientes, que participaram de cirurgias eletivas do aparelho digestivo ou parede abdominal, constatou que o tempo de jejum realizado excedeu o tempo prescrito, resultando em média de 16 horas (FRANCISCO et al., 2015). Esses achados estão de acordo com os resultados deste estudo, que revelou que 59% dos procedimentos observados duraram entre 13 e 15 horas, enquanto 25% ultrapassaram as 16 horas.

Em outro estudo com delineamento transversal, desenvolvido a partir da análise de 610 prontuários, foi observada uma variação significativa no tempo de jejum realizado, nenhum paciente passou por menos de oito horas de jejum e, em alguns casos, o período ultrapassou 24 horas (PINTO et al., 2021).

Apoiando os resultados obtidos neste trabalho, outro estudo de caráter transversal envolvendo 140 pacientes verificou que a mediana do tempo de jejum pré-operatório de cirurgias de porte I (que afetavam apenas a parede abdominal ou laparotomia sem manipulação de alças intestinais ou das vias biliares) e II (laparotomias com abertura do sistema gastrointestinal ou biliar) de 15 horas e 13 horas, respectivamente (LUCCHESI; GADELHA, 2019).



## 5. Considerações Finais

Algumas limitações foram encontradas no decorrer do desenvolvimento deste trabalho, mas destaca-se dentre elas a escassez de artigos que citem especificamente pacientes queimados. Por isso, os artigos utilizados para discutir, embora tratem de abreviação de jejum e suas associações, em sua predominância não cita a população contemplada neste ensaio.

Por fim, se faz necessária a reflexão e atualização da comunidade científica para que as novas diretrizes sejam colocadas em prática a fim de garantir o bem-estar e a segurança dos pacientes vítimas de queimadura.

## Referências

- CEDERHOLM, T. *et al.* GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition: a consensus report from the global clinical nutrition community. **Clinical Nutrition**, v. 38, n. 1, p. 1–9, fev. 2019. DOI: 10.1016/j.clnu.2018.08.002.
- CINTRA, Bruno Barreto. Queimaduras: uma patologia social que demanda atenção global e local. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v. 24, n. 3, p. 104–105, 2025.
- CUPPARI, Lilian. **Nutrição clínica no adulto**. 4. ed. Barueri: Manole, 2019.
- DALLA-CORTE, Ludimila de Macedo *et al.* Perfil epidemiológico de vítimas de queimaduras internadas em uma unidade no Distrito Federal do Brasil. **Revista Brasileira de Queimaduras**, p. 10–15, 2019.
- DE-AGUILAR-NASCIMENTO, José Eduardo *et al.* Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no perioperatório em cirurgia geral eletiva. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 44, p. 633–648, 2017.
- DOBSON, Gregory *et al.* **Guidelines to the practice of anesthesia – revised edition 2017**. Ottawa: Canadian Anesthesiologists' Society, 2017.
- FRANCISCO, Saionara Cristina; BATISTA, Sandra Teixeira; PENA, Georgia das Graças. Fasting in elective surgical patients: comparison among the time prescribed, performed and recommended on perioperative care protocols. **ABCD: Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva**, v. 28, p. 250–254, 2015.
- GIULIANI, Sara; MCARTHUR, Alexa; GREENWOOD, John. Preoperative fasting among burns patients in an acute care setting: a best practice implementation project. **JKI Evidence Synthesis**, v. 13, n. 11, p. 235–253, 2015.
- JESCHKE, Marc G. *et al.* Long-term persistence of the pathophysiologic response to severe burn injury. **PLOS One**, v. 6, n. 7, e21245, 2011.
- LIPSCHITZ, David A. Screening for nutritional status in the elderly. **Primary Care: Clinics in Office Practice**, v. 21, n. 1, p. 55–67, 1994.
- LOPES, Derek Chaves; FERREIRA, Isabella de Liz Gonzaga; ADORNO, José. **Manual de queimaduras para estudantes**. São Paulo: [editora não informada], 2021.
- LUCCHESI, Fabiana de Arruda; GADELHA, Patrícia Calado Ferreira Pinheiro. Estado nutricional e avaliação do tempo de jejum perioperatório de pacientes submetidos a cirurgias eletivas e de emergência em um hospital de referência. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**, v. 46, n. 4, e20192222, 2019.
- MIOLA, Thaís Manfrinato *et al.* Benefícios da abreviação de jejum pré-operatório em pacientes oncológicos cirúrgicos. **Journal of the Health Sciences Institute**, v. 39, n. 3, p. 176–180, 2021.
- MOULIN, Larissa Lima *et al.* Perfil sociodemográfico e clínico de vítimas de queimaduras atendidas em um hospital de referência. **Enfermagem (Edição Brasileira)**, p. 2058–2062, 2018.



- OLIVEIRA, Kátia Gomes Bezerra de *et al.* A abreviação do jejum pré-operatório para duas horas com carboidratos aumenta o risco anestésico? **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 59, p. 577–584, 2009.
- PINTO, Ana Cristina Silva *et al.* Avaliação dos efeitos do jejum prolongado no pré e pós-operatórios. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1161–1166, 2021.
- ROBLEDO-VALDEZ, Miguel *et al.* Current concepts on preoperative nutritional support: how, when and why? **Cirugía y Cirujanos**, v. 90, n. 4, p. 556–563, 2022.
- SCOTT, M. J.; FAWCETT, W. J. Oral carbohydrate preload drink for major surgery: the first steps from famine to feast. **Anaesthesia**, v. 69, n. 12, p. 1308–1313, dez. 2014. DOI: 10.1111/anae.12921.
- TOGO, H. Y. A.; LOPES, E. C. Preoperative fasting reduction in burned patients: a systematic review. **Burns Open**, v. 4, n. 4, p. 176–182, 2020.
- WINCKWORTH, S. *et al.* Perioperative fasting in burn patients: are we doing it right? **South African Journal of Surgery**, v. 53, n. 2, p. 65–66, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: WHO, 1997.
- WROBEL, J. R.; MAGIN, J. C.; WILLIAMS, D. *et al.* Comparing preoperative fasting and ultrasound-measured intravascular volume status in elective surgery. **Journal of Perioperative Practice**, v. 34, n. 11, p. 363–368, 2023. DOI: 10.1177/17504589231215932.