



PROGRAMA DE ANESTESIA E SEDAÇÃO

<i>DATA CRIAÇÃO: 27/02/2025</i>	<i>Versão: 05</i>	<i>Criação: Alessandro Silvestre</i>
<i>VALIDADE: 2 ANOS</i>	<i>DATA DE REVISÃO: 27/02/2027</i>	<i>Revisão: Yuri Heluany Martins</i>

SUMÁRIO

SUMÁRIO	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
1. OBJETIVO.....	ERRO! INDICADOR NÃO DEFINIDO.
2. ABRANGÊNCIA.....	1
3. ESTRATÉGIA.....	1
4. INDICADORES E METAS	10
5. HISTÓRICO DE REVISÃO	10
6. REFERÊNCIAS	11

1. OBJETIVO

O presente programa tem por objetivo padronizar o atendimento anestésico dos pacientes submetidos a qualquer procedimento que envolvam anestesia.

2. ABRANGÊNCIA

2.1. Equipe de profissionais de saúde qualificados por monitorar os pacientes que recebem a sedação.

2.2. Anestesia e sedação podem ser realizadas nos setores:

2.2.1. UTI - realizado pelo intensivista

2.2.2. Endoscopia - realizado pelo anesthesiologista

2.2.3. CDI - realizado pelo anesthesiologista

2.2.4. Centro Cirúrgico - realizado pelo anesthesiologista e pelo cirurgião nos casos de anestesia local

2.2.5. Hemodinâmica - realizado pelo anesthesiologista e pelo cirurgião nos casos de anestesia local

3. ESTRATÉGIA

3.1. A SEDAÇÃO/ANALGESIA PROMOVE DOIS TIPOS GERAIS DE BENEFÍCIOS:

- 3.1.1. Permite tolerar um procedimento desagradável ao aliviar a ansiedade, o desconforto ou a dor;
- 3.1.2. Em crianças e adultos não-cooperativos, a sedação/analgesia permite agilizar a condução de procedimentos que não são particularmente desconfortáveis, mas que podem exigir a imobilidade do paciente.
- 3.1.3. **Diferentes** pacientes requerem diferentes níveis de sedação para o mesmo procedimento e o mesmo paciente pode variar os níveis de sedação necessários durante um procedimento.

3.2. AVALIAÇÃO PRE-ANESTÉSICA

- 3.2.1. A avaliação pré anestésica deverá ser realizada beira leito para todos os pacientes que serão submetidos a procedimentos com anestesia/sedação.
- 3.2.2. Caso seja identificado durante a avaliação do paciente externo ou interno, a necessidade de uma avaliação ampliada devido comorbidades importantes, o anestesista deverá solicitar a avaliação do especialista pertinente a comorbidade do paciente;
- 3.2.3. Ela deverá contemplar os riscos para broncoaspiração de acordo com a patologia, condição clínica e medicamentos que possam retardar o esvaziamento gástrico.
- 3.2.4. Realizar uma investigação da história previa dos medicamentos (incluindo dosagem e frequência do uso), patologias progressas e intervenções diagnósticas e cirúrgicas.
- 3.2.5. Abordar experiência adversa em outros procedimentos com sedação ou anestesia;
- 3.2.6. Identificar história de vias aérea difícil seja por exame físico ou relato verbal do próprio paciente;
- 3.2.7. Confirmar alergias ou uso de nutracêuticos;
- 3.2.8. Rever exames laboratoriais recentes e solicitar exames adicionais, se necessário.
- 3.2.9. Aguardar o resultado antes de efetuar a anestesia;
- 3.2.10. Realizar exame físico direcionado: sinais antropométricos, sinais vitais, ausculta cardíaca e pulmonar;
- 3.2.11. Em casos de identificação dos riscos para o procedimento realizar discussão com o titular para definição e alinhamento da conduta
- 3.2.12. Avaliar o risco de transporte - vide Protocolo de Transporte Intrahospitalar
- 3.2.13. Checar história de tabagismo, alcoolismo ou abuso de substâncias tóxicas;
- 3.2.14. As orientações referentes ao tabagismo estão contidas no **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**
- 3.2.15. As demais orientações a respeito da avaliação pré-anestésica podem ser consultadas no **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

3.2.16. A avaliação pré-anestésica deve ser realizada em caráter preferencialmente ambulatorial nas seguintes situações:

- 3.2.16.1.** Cirurgias de alta complexidade (Vascular arterial, citoredutoras, lobectomias, neurocirurgias, cardíacas)
- 3.2.16.2.** Artroplastia de joelho
- 3.2.16.3.** Artroplastia de Quadril
- 3.2.16.4.** Artrodese de coluna

3.3. SELEÇÃO DE PACIENTES

3.3.1. Devem ser selecionados pacientes com boa condição clínica geral e adequada reserva ventilatória.

3.3.2. O anestesista avaliará e realizara a liberação para a realização e caso seja identificado durante a avaliação do paciente externo ou interno, a necessidade de uma avaliação ampliada devido comorbidades importantes, o anestesista deverá solicitar a avaliação de um cardiologista ou suspender o procediemtno.

3.4. AVALIAÇÃO DE RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

3.4.1. A broncoaspiração de conteúdo gástrico durante a anestesia é uma complicação potencialmente grave, associada a aumento da morbimortalidade perioperatória. A avaliação pré-operatória deve considerar fatores relacionados ao tempo e tipo de jejum, presença de condições clínicas que retardem o esvaziamento gástrico, histórico de refluxo gastroesofágico, e características anatômicas ou neurológicas que comprometam os mecanismos protetores das vias aéreas. A seguir, são apresentados os principais fatores de risco para broncoaspiração que devem ser investigados durante a avaliação anestésica.

QUADRO 1- FATORES DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

<i>Cirurgias de urgência e emergência</i>
<i>Diabete mellitus descompensada de longa data*</i>
<i>Doenças esofágicas (DRGE mal controlado, Hérnia de hiato, Diverticulos esofágicos, Acalasia e estenose)</i>
<i>Cirurgia gastrica prévia</i>
<i>Gastroparesia por qualquer causa</i>
<i>Uso de análogos de GLP-1</i>
<i>Uso crônico de opioides</i>
<i>Abdômen agudo (obstrutivo, inflamatório, perfurativo e vascular)</i>
<i>Obesidade (IMC>40)</i>

QUADRO 1- FATORES DE RISCO PARA BRONCOASPIRAÇÃO

<i>Gestantes</i>
<i>Uremia</i>
<i>* A ocorrência de gastroparesia em pacientes diabéticos é baixa, sendo de cerca 1% nos paciente com DM2 e 4,8% em pacientes com DM1. A sua ocorrência esta relacionada com pacientes com pelo menos 5 anos de doença. Recomenda-se questionar os paciente sobre a presença de sintomas gastro-intestinais para avaliar presença de gastroparesia nesta população. Paciente com diabetes bem controlada e sem sintomas compatíveis com gastroparesia não devem ser tratados como estômago cheio.</i>

3.5. CRITERIOS CLÍNICOS PARA RESERVA DE UTI:

3.5.1. A indicação de reserva de leito em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) no período perioperatório deve ser fundamentada em critérios clínicos e cirúrgicos que indiquem maior risco de instabilidade hemodinâmica, complicações respiratórias, necessidade de monitorização intensiva ou suporte avançado de vida. A avaliação deve ser realizada de forma individualizada durante a consulta pré-anestésica ou no planejamento cirúrgico, considerando o porte da cirurgia, o estado clínico do paciente, a presença de comorbidades graves e a expectativa de complexidade no pós-operatório imediato. O reconhecimento precoce desses critérios permite otimizar recursos hospitalares, organizar o cuidado de forma segura e melhorar os desfechos clínicos. A seguir, são listadas as principais indicações para reserva de UTI no contexto cirúrgico.

QUADRO 2- CRITÉRIOS PARA RESERVA DE UTI

<i>Cirurgias de grande porte</i>
<i>Cirurgias de pequeno ou médio porte em paciente com comorbidades graves (Cirrose, ICC, ICo, DPOC, IRA, IRC, Diabetes descompensado)</i>
<i>Grandes queimados ou risco de comprometimento respiratório</i>
<i>Cirurgias com grandes perdas sanguínea no perioperatório</i>
<i>Politrauma</i>
<i>Instabilidade hemodinâmica prévia ou prevista</i>
<i>Sepse prévia</i>
<i>Obesidade Mórbida (IMC >40)</i>

Síndrome da apneia obstrutiva do sono grave

>70 anos E ASA > III

3.6. ORIENTAÇÃO DE SUSPENSÃO DE MEDICAMENTOS PARA PROCEDIMENTOS SOB ANESTESIA/SEDAÇÃO

- 3.6.1.** A avaliação criteriosa do uso de medicamentos no pré-operatório é fundamental para garantir a segurança anestésica e minimizar riscos durante procedimentos cirúrgicos ou diagnósticos sob anestesia ou sedação. Alguns fármacos podem interagir com agentes anestésicos, comprometer a estabilidade hemodinâmica, aumentar o risco de sangramentos ou interferir com a resposta fisiológica ao estresse cirúrgico.
- 3.6.2.** A orientação de suspensão dos medicamentos é de responsabilidade de toda equipe assistencial.
- 3.6.3.** A decisão de manter ou suspender determinada medicação deve ser individualizada, levando em consideração a indicação clínica, o tempo de meia-vida do fármaco, o tipo e duração do procedimento, e o risco associado à suspensão.
- 3.6.4.** Especial atenção deve ser dada aos anticoagulantes e antiagregantes plaquetários, cujos esquemas de suspensão devem considerar o risco tromboembólico individual e o tipo de procedimento. Nestes casos, pode ser necessário o uso de terapia ponte. Considerar avaliação com especialista para individualização dos casos.
- 3.6.5.** Consultar o **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA** para tempo de suspensão dos medicamentos

3.7. ORIENTAÇÃO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

- 3.7.1.** Consultar o **PROTOCOLO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO** para orientações específicas quanto ao tempo de jejum.

3.8. PREPARO DO PACIENTE

- 3.8.1.** Consultar o médico especialista para discussão clínica caso paciente ASA > 3
- 3.8.2.** A estratificação do risco cardiovascular deve ser realizada conforme **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**
- 3.8.3.** Antes do procedimento o paciente ou responsável devem ser informado sobre os benefícios, riscos, e limitações do procedimento, alternativas e preferências e registrar em prontuário;
- 3.8.4.** Verificar o tempo de jejum apropriado para líquidos e sólido conforme **PROTOCOLO DE JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO**
- 3.8.5.** Informar ao paciente ou responsável que após o procedimento não poderá ingerir bebidas alcoólicas, dirigir ou trabalhar;

3.9. SOLICITAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

- 3.9.1.** A solicitação de exames complementares no pré-operatório deve ser guiada por critérios clínicos e individualizada de acordo com o estado de saúde do paciente, o tipo de procedimento cirúrgico e o potencial de risco anestésico. A realização rotineira de exames sem indicação clínica comprovada pode levar a atrasos desnecessários, aumento de custos e até à investigação de achados irrelevantes.

3.9.2. As diretrizes atuais recomendam que os exames sejam solicitados com base em achados da avaliação clínica, presença de comorbidades, idade e complexidade cirúrgica. Pacientes saudáveis, submetidos a procedimentos de baixo risco, geralmente não necessitam de exames laboratoriais ou de imagem adicionais.

3.9.3. Além disso, deve-se considerar a validade dos exames previamente realizados, evitando repetições desnecessárias, especialmente se não houve mudanças clínicas significativas desde a última avaliação.

3.9.4. Para consultar os principais critérios de indicação e escolha de exames pré-operatórios, conforme o perfil clínico do paciente e o tipo de cirurgia, consultar o **PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA**

3.10. PREPARAÇÃO DO PACIENTE COM RISCO DE BRONCOASPIRAÇÃO

3.10.1. Realizar nestes pacientes a avaliação do resíduo gástrico com uso do ultrassom.

3.10.1.1. Caso haja resíduo gástrico discutir risco benefício do procedimento e possibilidade de adiamento.

3.10.1.2. Caso o procedimento seja indispensável ou não houver perspectivas de melhora da gastroparesia, mesmo com o ultrassom gástrico não mostrando conteúdo, as seguintes medidas devem ser adotadas:

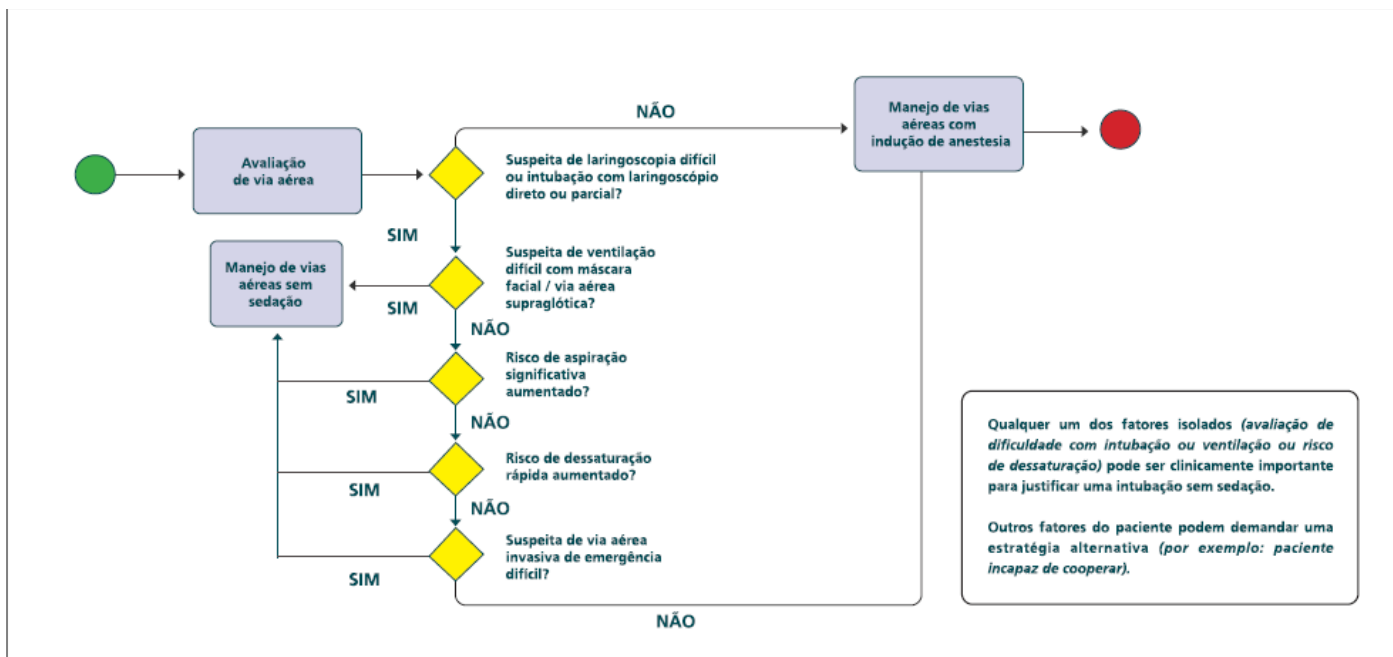
3.10.1.2.1. Anti-histamínico H₂ (Cimetidina®, Ranitidina®): diminuem a acidez gástrica, aumentam o pH e reduzem o volume gástrico

3.10.1.2.2. Anti-eméticos (Metoclopramida; Ondansetrona; Eritromicina; Domperidona): Aumentam os tônus do esfíncter esofágico inferior, relaxando o piloro e contribuindo para o esvaziamento do estômago

3.10.1.2.3. Intubação seqüência rápida OU manejo de via aérea sob sedação consciente

3.10.1.2.4. Consultar FLUXOGRAMA 1, para decisão quanto melhor abordagem.

FLUXOGRAMA 1-FERRAMENTA DE DECISÃO PRÉ MANEJO DE VIA AÉREA



3.11. MONITORIZAÇÃO DO PACIENTE

3.11.1. Instalar acesso venoso;

3.11.2. Monitorizar: ECG, SpO₂, PA (a cada 5 minutos), temperatura;

3.11.3. Ajustar os alarmes;

3.11.4. Estabelecer fonte adicional de O₂;

3.11.5. No caso de via aérea avançada é obrigatório a monitorização do ETCO₂ por meio de capnografia

3.11.6. O uso de monitorização avançada como monitor de profundidade anestésica, pressão arterial invasiva, monitorização minimamente invasiva do débito cardíaco, pressão venosa central, ecocardiografia entre outras formas de monitorização vão ser avaliadas caso a caso levando em consideração a complexidade cirúrgica e características individuais de cada paciente.

3.11.7. O uso de monitorização da junção neuromuscular por meio do TOF é recomendado em pacientes em que foram realizados bloqueadores neuromusculares. O seu uso é mandatório em pacientes em que os bloqueadores neuromusculares foram realizados de forma contínua.

3.12. SUPORTE DE EMERGÊNCIA

3.12.1. Assegure que as drogas antagonistas estejam disponíveis se necessárias;

3.12.2. Assegure que o equipamento para resgate de vias aéreas esteja disponível e seja adequado para o paciente;

3.12.3. Assegure que um profissional apto para administrar medicamentos antagonistas e estabelecer via aérea segura esteja presente e disponível para intervir se necessário;

3.12.4. Assegure que um time de profissionais esteja presente e preparado para executar manobras de BLS ou ACLS;

3.12.5. Assegure que exista leito disponível para provável internação emergencial.

3.13. MEDICAMENTOS PARA SEDAÇÃO

3.13.1. Agentes sedativos e analgésicos devem ser administrados apropriadamente conforme o procedimento e o paciente;

3.13.2. Administrar cada agente individualmente para adequar a dose desejada;

3.13.3. Administrar os sedativos e analgésicos em doses pequenas e tituladas até conseguir o efeito desejado e calculada pelo peso conforme protocolo institucional;

3.13.4. Permitir que a dose administrada exerça efeito antes da administração de nova dose ou droga;

3.13.5. Pacientes que receberam sedação venosa deverão permanecer com acesso venoso até não tiverem risco de depressão respiratória ou alteração hemodinâmica;

3.13.6. Atualmente o Propofol (1mg/kg) tem demonstrado melhores resultados em sedação para procedimentos endoscópicos, podendo ser associado com benzodiazepínicos como o midazolam (0,01mg/kg) e analgésicos como fentanil (1-3 ug/kg). A dexmedetomidina (1 ug/kg em 10min e depois infusão contínua (0,3-0,6 ug/kg/hr) tem sido administrada como substituto dos benzodiazepínicos e em broncoscopia com bons resultados;

3.14. AGENTES REVERSORES

- 3.14.1. Assegure-se que os antagonistas específicos para opioides e benzodiazepínicos estejam a disposição para eventual necessidade;
- 3.14.2. Em pacientes que desenvolvam hipoxemia, hipoventilação ou apneia: estimule verbalmente, administre oxigênio sob máscara ou pressão positiva até melhora do quadro;
- 3.14.3. Administre antagonistas caso persista hipoxemia ou depressão respiratória;
- 3.14.4. Naloxona para reverter opioides (caracterizado por diminuição da frequência respiratória, miose e hipotensão). Dose inicial de 0,1 mg e repetir a cada 5 minutos até restabelecer padrão ventilatório;
- 3.14.5. Flumazenil para reverter benzodiazepínicos (apneia, arresponsividade, bradicardia). Dose inicial de 0,01 mg a 0,02 mg. Se a resposta for inadequada pode-se repetir a cada 2 minutos até total de 1 mg

3.15. RECUPERAÇÃO

- 3.15.1. Após sedação ou analgesia observe e monitorize os pacientes em sala apropriada (RPA) até que se obtenha níveis hemodinâmicos, respiratórios e nível de consciência semelhantes aos pré-operatórios;
- 3.15.2. Em pacientes em que ocorreu algum tipo de complicação no intraoperatório o encaminhamento para UTI é mandatório conforme **PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE DO CENTRO CIRÚRGICO PARA A UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA;**
- 3.15.3. O manejo do da dor pós operatória e as técnicas analgésicas estão disponíveis no **PROTOCOLO DE MENEJO DA DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO.**
- 3.15.4. Monitorize a oxigenação até que o paciente se encontre fora de risco para depressão respiratória;
- 3.15.5. A avaliação de alta da SRPA é dever do médico anestesiológico que realizou o procedimento, salvo quando este passa o caso para um colega fazê-lo. As recomendações de alta da sala de RPA se encontram no PROTOCOLO DE RECUPERAÇÃO PÓS ANESTÉSICA
- 3.15.6. Os alarmes padronizados para pacientes adultos e pediátricos estão contidos no PROGRAMA 0029 – GERENCIAMENTO DE ALARMES
 - 3.15.6.1. Todos os pacientes devem ter os sinais vitais prescritos no item VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS
 - 3.15.6.2. Se o paciente fugir da normalidade os sinais vitais personalizados devem estar contidos no item VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS na prescrição de RPA

3.16. COMPETÊNCIAS

- 3.16.1. A administração de qualquer nível de sedação / anestesia será permitida somente aos médicos qualificados com CRM ativo e cadastrados/credenciados no hospital Santa Catarina conforme o Regimento Interno do corpo clinico.

Entende-se por qualificados os profissionais que possuem competência em técnicas variadas de sedação, monitorização, tratamento de complicações, utilização de antagonistas para reversão e prática para atendimento emergencial como o BLS ou ACLS.

3.17. RECOMENDAÇÕES

- 3.17.1.** Criar e implementar processos de melhoria de qualidade em procedimentos realizados sob sedação/anestesia:
- 3.17.2.** Implementar a cultura de segurança do paciente a todos os colaboradores:
- 3.17.3.** Criar um plano de cuidados emergenciais

3.18. CARTILHA DE INFORMAÇÃO PARA OS PACIENTES

3.18.1. Após agendamento do procedimento com anestesia o paciente receberá uma cartilha de orientações contendo:

- 3.18.1.1.** Orientações de Jejum
- 3.18.1.2.** Orientações sobre Suspensão de Medicamentos
- 3.18.1.3.** Exames pré-operatórios
- 3.18.1.4.** Orientações sobre tabagismo
- 3.18.1.5.** Orientação sobre as modalidades anestésicas
- 3.18.1.6.** Complicações
- 3.18.1.7.** Orientação sobre Dor pós operatória e técnicas de analgesia
- 3.18.1.8.** Orientação sobre Náuseas e Vômitos Pós-Operatórios

4. INDICADORES E METAS

- 4.1. Taxa de mudança de técnica anestésica
 - 4.1.1.** Meta <2%
- 4.2. Incidência de VAD identificada no intraoperatório
 - 4.2.1.** Meta <3%
- 4.3. PCR no período da indução até alta anestésica
 - 4.3.1.** Meta <1%
- 4.4. Incidência de pacientes encaminhados para UTI sem planejamento prévio com indicação decorrente de eventos anestésicos
 - 4.4.1.** Meta <1%
- 4.5. Taxa de mortalidade associada ao procedimento anestésico em até 48hs
 - 4.5.1.** Meta <0,1%

5. HISTÓRICO DE REVISÃO

Revisão	Alterações
005	Ajuste de máscara. Ajustes de tempo de suspensão de medicamentos, jejum pré-operatório. Critérios de reserva de UTI. Padronização de limites de alarmes na RPA
004	Ajustado fluxo de intercorrências em paciente externo – encaminhar para pronto atendimento
003	Revisão de conteúdo ajustes de critérios para risco de broncoaspiração, avaliação de comorbidades, acionamento do fluxo de avaliação beira leito e ferramenta de decisão pré manejo e via aérea.
002	Revisão de conteúdo.
001	Atualização da máscara, documento era antes política.
000	Emissão Inicial

6. REFERÊNCIAS

Sedação e anestesia em endoscopia digestiva - Mauro Pereira de Azevedo, TSA/SBA
www.saj.med.br/uploaded/File/artigos/Sedacao.pdf

Anesthesiology, V 128 • No 3 Practice Guidelines for Moderate Procedural Sedation and Analgesia 2018

Resolução do Conselho Federal de Medicina No. 1802/2006 - Avaliação Pré, durante e pós, anestesia; vigilância constante do anestesista (em sala), necessidades de monitoração e equipamentos.

Resolução do Conselho Federal de Medicina nº1.670/03 - Sedação Profunda

Resolução SS-169 de 19/06/96 - procedimentos ambulatoriais

American Society of Anesthesiologists - www.asahq.org

Sociedade Brasileira de Anestesiologia www.sba.com.br

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 - A Report by the American Society of Anesthesiologists developed by the TaskForce on Preoperative Fasting and the Use of Pharmacologic Agents to Reduce the Risk on Pulmonary Aspiration.

Rübenich, R; et al. Broncoaspiração no Peri operatório e na emergência: diagnóstico e manejo - <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/880060/broncoaspiracao-no-perioperatorio-e-na-emergencia-diagnostico-e-manejo.pdf>

King, A; et al. Indução de anestesia geral: visão geral - https://www.uptodate.com/contents/induction-of-general-anesthesiaoverview?search=anestesia%20geral%20broncoaspira%C3%A7%C3%A3o&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2

Berkow, L.C; et al. Indução e intubação de sequência rápida (RSII) para anestesia - https://www.uptodate.com/contents/rapid-sequence-induction-and-intubation-rsii-for-anesthesia?search=JEJUM%20PR%C3%89%20OPERAT%C3%93RIO%20EM%20PACIENTES%20COM%20RISCO%20DE%20BRONCOASPIRA%C3%87%C3%83O&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8

Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. *Anesthesiology*, v. 116, n. 3, p. 522–538, mar. 2012.

FLEISHER, L. A. et al. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *Journal of the American College of Cardiology*, v. 64, n. 22, p. e77–e137, dez. 2014.

LIN, Y. Preoperative anemia-screening clinics. *Hematology*, v. 2019, n. 1, p. 570–576, 6 dez. 2019.

LEE, K.-C.; LEE, I.-O. Preoperative laboratory testing in elderly patients. *Current Opinion in Anaesthesiology*, v. Publish Ahead of Print, 12 maio 2021.

S. MAHENDRAN et al. Cardiovascular risk management in the peri-operative setting. *Medical Journal of Australia*, v. 219, n. 1, p. 30–39, 11 jun. 2023.

CONJUNTA, P.; SAES, S. MINISTÉRIO DA SAÚDE PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DO TABAGISMO. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/resumidos/20210113_pcdt_resumido_tabagismo.pdf>.

MUÑOZ, M. et al. International consensus statement on the peri-operative management of anaemia and iron deficiency. *Anaesthesia*, v. 72, n. 2, p. 233–247, 20 dez. 2016.

JARVIS, M.; DOANE, M. Pré-otimização da hemoglobina (16 out 2018) Pág. 1 of 6 Pré-otimização de Hemoglobina. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2023/02/389.pdf>>.

Zhao X, et al. Prolonged preoperative fasting and prognosis in critically ill gastrointestinal surgery patients. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition [Internet]*. 2020;29(1):41–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32229440/>

Frykholm P, Schindler E, Sümpelmann R, Walker R, Weiss M. Preoperative fasting in children: review of existing guidelines and recent developments. *British journal of anaesthesia [Internet]*. 2018;120(3):469–74. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29452803>

Pimenta GP, de Aguilar-Nascimento JE. Prolonged Preoperative Fasting in Elective Surgical Patients. *Nutrition in Clinical Practice*. 2013 Dec 11;29(1):22–8.

Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, Harbell MW, Kuo CI, Soriano SG, et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting: Carbohydrate-containing Clear Liquids with or without Protein, Chewing Gum, and Pediatric Fasting Duration—A Modular Update of the 2017 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. *Anesthesiology [Internet]*. 2023 Jan 11;138(2):132–51. Available from: <https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/138/2/132/137508/2023-American-Society-of-Anesthesiologists>

Nason KS. Acute Intraoperative Pulmonary Aspiration. *Thoracic surgery clinics* [Internet]. 2015;25(3):301–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26210926>

Fujino E, Cobb KW, Schoenherr J, Gouker L, Lund E, Fujino E, et al. Anesthesia Considerations for a Patient on Semaglutide and Delayed Gastric Emptying. *Cureus* [Internet]. 2023 Jul 19;15(7). Available from: <https://www.cureus.com/articles/166908-anesthesia-considerations-for-a-patient-on-semaglutide-and-delayed-gastric-emptying#>

Aswath GS, Foris LA, Ashwath AK, Patel K. Diabetic Gastroparesis [Internet]. PubMed. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Apr 30]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430794/#:~:text=Diabetic>

Bouvet L, Chassard D, Desgranges FP. Risk of pulmonary aspiration of gastric contents in patients with diabetes mellitus. Comment on *Br J Anaesth* 2021, 117: 224–235. *British Journal of Anaesthesia*. 2022 Jan;128(1):e19–20.

Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*. 2018 Nov 13;43(3):659–95.

Levy JH, Key NS, Azran MS. Novel Oral Anticoagulants. *Anesthesiology*. 2010 Sep 1;113(3):726–45.

Shaw JR, Kaplovitch E, Douketis J. Perioperative Management of Oral Anticoagulation. *Medical Clinics of North America*. 2020 Jul;104(4):709–26.

Moster, M., Bolliger, D. Perioperative Guidelines on Antiplatelet and Anticoagulant Agents: 2022 Update. *Curr Anesthesiol Rep* 12, 286–296 (2022).

Douketis JD, Spyropoulos AC, Murad MH, Arcelus JI, Dager WE, Dunn AS, et al. Perioperative Management of Antithrombotic Therapy: An American College of Chest Physicians Clinical Practice Guideline. *CHEST* [Internet]. 2022 Aug 11;0(0)

Devereaux PJ, Mrkobrada M, Sessler DI, Leslie K, Alonso-Coello P, Kurz A, et al. Aspirin in Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *New England Journal of Medicine*. 2014 Apr 17;370(16):1494–503.

Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al. 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *European Heart Journal*. 2022 Aug 26;43(39)

Rastreio e Controle da Hiperglicemia no Perioperatório [Internet]. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes - Ed. 2023. 2023 [cited 2024 Apr 2]. Available from: <https://diretriz.diabetes.org.br/rastreio-e-controle-da-hiperglicemia-no-perioperatorio/#ftoc-tabela-1-manejo-das-medicacoes-antidiabeticas-no-pre-operatorio-de-cirurgia-eletiva>

American Society of Anesthesiologists Consensus-Based Guidance on Preoperative Management of Patients (Adults and Children) on Glucagon-Like Peptide-1 (GLP-1) Receptor Agonists [Internet].

GROPPER, Michael A.; ERIKSSON, Lars I.; FLEISHER, Lee A.; COHEN, Neal H.; LESLIE, Kate; JOHNSON-AKEJU, Oluwaseun. Miller's Anesthesia. 10. ed. Filadélfia: Elsevier, 2024. 2 v. ISBN 978-0-323-93592-0.

LONGNECKER, D. E. et al. Anesthesiology, Third Edition. [s.l.] McGraw Hill Professional, 2017.

3a DIRETRIZ DE AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR PERIOPERATÓRIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. [s.l: s.n.].

Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/abc/a/KMF3nFCBXVfKhmwf89hKmfL/?format=pdf&lang=pt>>