

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 1 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	3
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	4
CONCEITOS.....	4
JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO	8
EXAMES COMPLEMENTARES	10
ULTRASSONOGRAFIA GÁSTRICA.....	10
PROPEDÊUTICA EM SITUAÇÕES CLÍNICAS FREQUENTES.....	10
SITUAÇÕES ESPECIAIS	11
PACIENTE RECÉM-NASCIDO E PREMATURO.....	11
PACIENTE DIABÉTICO	12
PACIENTE OBESO	12
VACINAÇÃO E CIRURGIA ELETIVA	13
ANESTESIA REGIONAL E USO DE ANTICOAGULANTES.....	14
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO.....	17
MONITORAMENTO	18
CONFLITOS DE INTERESSE.....	18
REFERÊNCIAS.....	18
SIGLAS	21
ANEXOS.....	22
HISTÓRICO DE REVISÃO	31

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 2 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

INTRODUÇÃO

A avaliação pré-anestésica (APA) é definida como o processo de avaliação clínica que precede os cuidados anestésicos necessários à realização de cirurgias e alguns procedimentos não cirúrgicos. Ela é fundamental no preparo do paciente cirúrgico. Além de trazer diminuição da morbidade e aumento da qualidade do ato anestésico-cirúrgico, quando realizada em data prévia ao procedimento, a APA promove ainda redução da ansiedade do paciente e do cancelamento de cirurgias.

A APA é instrumento obrigatório de avaliação clínica do risco anestésico, regulamentado pela Resolução CFM nº 2.174/17. Conforme a legislação vigente, antes da realização de qualquer anestesia, exceto nas situações de urgência e emergência, é indispensável conhecer, com a devida antecedência, as condições clínicas do paciente, cabendo ao médico anestesiológico decidir sobre a realização ou não do ato anestésico.

Para os procedimentos eletivos, recomenda-se que a consulta pré-anestésica do paciente seja realizada em consultório médico, antes da admissão na unidade hospitalar, sendo que nesta ocasião o médico anestesiológico poderá solicitar exames complementares e avaliação por outros especialistas, baseado na condição clínica do paciente e no procedimento proposto. Não sendo possível a realização da consulta pré-anestésica, o médico anestesiológico deve proceder à avaliação pré-anestésica do paciente antes da sua admissão no centro cirúrgico, solicitando os exames complementares ou avaliação por outros especialistas, baseado-se na condição clínica do paciente e no procedimento proposto.

O médico anestesiológico que realizar a consulta pré-anestésica ou a avaliação pré-anestésica poderá não ser o mesmo que administrará a anestesia.

OBJETIVOS

Este documento tem por objetivo fundamentar e uniformizar as condutas na avaliação pré-anestésica, buscando a excelência no cuidado aos pacientes e aumentando a segurança dos processos assistenciais. A avaliação pré-anestésica tem por objetivos:

- Familiarizar o médico anestesiológico com o diagnóstico clínico-cirúrgico atual e demais comorbidades do paciente.
- Identificar e corrigir, quando possível, quadros clínicos comuns e frequentes na prática médica diária.
- Avaliar, encaminhar e solicitar parecer de médico especialista pertinente a quadros clínicos graves ou complexos, a fim de assegurar o melhor estado clínico possível ao paciente quando do procedimento anestésico.
- Informar e discutir com o paciente ou seu responsável as alternativas anestésicas aplicáveis, bem como seus riscos e benefícios.
- Identificar demandas específicas de segurança anestésica referentes a cada paciente ou

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 3 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

procedimento diagnóstico ou cirúrgico.

- Aplicar e obter o consentimento do paciente ou seu responsável para a realização do procedimento anestésico, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Reduzir a morbimortalidade associada ao ato anestésico, baseando-se no preparo pré-operatório mais adequado.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Todos os pacientes candidatos a procedimentos anestésicos no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (HC-UFMG/Ebserh).

- Paciente ambulatorial: a APA deverá ser realizada em consultório médico, por médico anesthesiologista ou médico residente de Anestesiologia pertencente ao corpo clínico do HC-UFMG/Ebserh, com antecedência hábil e anterior à admissão hospitalar para o procedimento proposto.
- Paciente internado:

A APA deverá ser realizada no setor ou leito de internação, se o paciente corresponder a um (ou mais) dos seguintes critérios:

- Quadro clínico grave, instável ou crítico.
- Internação em Centro de Terapia Intensiva ou Sala de Emergência.
- Histórico de déficit neurológico ou locomotor.
- Impossibilidade técnica de transporte intra-hospitalar.

Para os demais pacientes internados, a APA deverá ser realizada em consultório médico, tal qual os pacientes ambulatoriais, devendo o paciente ser encaminhado ao local de atendimento pelo serviço de transporte intra-hospitalar.

- Paciente em situação de urgência ou emergência: a APA poderá ser realizada pelo médico anesthesiologista ou médico residente de Anestesiologia designado para o caso. As informações serão obtidas do próprio paciente ou responsável, de seu acompanhante, do médico assistente, do serviço médico de transporte inter-hospitalar ou do prontuário médico.

Em síntese, todos os pacientes submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos (ressonância magnética, tomografia computadorizada, endoscopia digestiva alta, colonoscopia, broncoscopia, hemodinâmica) com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico em caráter eletivo devem ser submetidos à APA.

Nas situações de urgência, quando a condição clínica permitir, o paciente (ou seu familiar) deverá ser submetido a uma anamnese breve, acompanhada de exame físico para o efetivo planejamento

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 4 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

anestésico. Nas emergências, com risco iminente de morte, as medidas clínicas de suporte de vida devem ser imediatamente iniciadas e posteriormente documentadas no prontuário do paciente.

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

ANESTESIOLOGISTA	<ul style="list-style-type: none"> - Realização da APA – abrangendo a anamnese, o registro da história patológica pregressa e atual, o registro do histórico anestésico-cirúrgico, a compilação dos medicamentos, fármacos e suplementos alimentares em uso, o exame físico, a interpretação dos resultados dos exames complementares, a classificação de risco (ASA) e o preparo pré-anestésico, bem como o esclarecimento e a discussão das alternativas anestésicas com o paciente. - A APA realizada por médico residente deverá ser discutida e validada por médico preceptor anesthesiologista do HC-UFMG/Ebserh, devendo nela constar a identificação deste médico responsável pela validação.
MÉDICOS ASSISTENTES	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar APA a todos os pacientes que irão ser submetidos a procedimentos cirúrgicos, diagnósticos (RNM, TC, EDA, colonoscopia, broncoscopia, hemodinâmica) com ou sem intervenção que necessitem de anestesia, sedação ou acompanhamento anestésico. - Preencher adequadamente e de forma legível o formulário de interconsulta ou encaminhamento apontando com clareza o procedimento que será realizado no paciente.
LABORATÓRIO	<ul style="list-style-type: none"> - Realização dos exames laboratoriais solicitados.
GESTORES DA ÁREA	<ul style="list-style-type: none"> - Fazer a previsão e controle de materiais de consumo médico hospitalar e bens permanentes. - Garantir o gerenciamento dos protocolos e aplicação das medidas cabíveis diante de não-conformidades.
DIRETORIA	<ul style="list-style-type: none"> - Garantir infraestrutura adequada e necessária. - Providenciar aquisição de suprimentos. - Garantir a provisão e gerenciamento de recursos humanos adequados.

CONCEITOS

A APA é definida como o processo de avaliação clínica que precede os cuidados anestésicos necessários à realização de cirurgia ou ao procedimento não cirúrgico.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 5 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ATIVIDADES ESSENCIAIS

As etapas seguintes são de cumprimento obrigatório durante a avaliação pré-anestésica:

- Identificação do paciente (nome, sexo, idade, número de registro no HC-UFMG/Ebserh).
- Diagnóstico clínico ou cirúrgico (motivo da APA).
- Procedimento diagnóstico ou cirúrgico proposto.
- Histórico patológico pregresso e atual.
 - Se paciente pediátrico menor de 1 ano: história obstétrica materna, idade gestacional ao nascer e corrigida, via de parto, peso ao nascer, eventos neonatais (icterícia, síndrome da angústia respiratória, infecções).
 - Histórico familiar de complicação ou morte intra-anestésica.
 - Hábitos de vida e vícios.
 - Histórico de alergias medicamentosas, alimentares, por contato.
 - Uso de medicamentos, suplementos alimentares ou outras terapias.
 - Histórico anestésico-cirúrgico e complicações anestésicas.
 - Dados antropométricos: peso, estatura, índice de massa corporal (IMC).
 - Estimativa de equivalente metabólico (MET) - Anexo C.
 - Dados do exame físico: frequência cardíaca, pressão não invasiva, frequência respiratória, ausculta cardíaca e pulmonar.
 - Avaliação das vias aéreas: preditores de ventilação e intubação difíceis (classificação de Mallampati, mobilidade cervical, abertura oral, distância tireo-mentoniana, upper lip bite teste, dentição, uso de prótese dentária fixa ou móvel). Anexos D, E, F e G.
 - Interpretação de resultados de exames complementares e de imagem.
 - Encaminhamento ao médico especialista, se aplicável.
 - Solicitação de parecer médico, se aplicável.
 - Solicitação de exames laboratoriais ou de imagem adicionais, se aplicável.
 - Estratificação do risco cardíaco para o procedimento proposto (Anexos H e I). Para maiores informações acessar os Protocolos Assistenciais Risco Pré-Operatório em Cirurgias de Baixo Risco (PRT 028) e Risco Pré-Operatório em Cirurgias de Risco Intermediário e Alto (PRT 030) dessa instituição.
 - Classificação do risco anestésico (ASA). Anexo J.
 - Apontamento de demandas específicas do paciente ou procedimento: reserva de vaga em

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 6 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Centro de Terapia Intensiva (CTI) e de sangue, material para abordagem de via aérea difícil, necessidade de abordagem cirúrgica de via aérea difícil, preparo de sala cirúrgica para hipertermia maligna, látex free ou outros preparos que forem necessários, necessidade de realização da anestesia em ambiente de bloco cirúrgico.

- Prescrição do jejum pré-operatório.
- Prescrição, manutenção ou suspensão de medicamentos pré-operatórios.
- Aplicação do TCLE (Anexo K).
- Esclarecer dúvidas e dar orientações gerais tais como:
 - Remover todas as próteses (dentárias, aparelho ortodôntico móvel, aparelho auditivo, entre outros).
 - Remover apliques capilares sintéticos (mega-hair, tranças, cílios postiços e similares).
 - Não usar adornos de nenhum tipo (brincos, colar, anel, piercings).
 - Remover os pelos faciais (barba, bigode, cavanhaque).
 - Não usar maquiagem ou esmalte de unhas. Não usar unha em gel.
 - Produtos incolores (creme hidratante, desodorante, perfume) podem ser usados.
 - Tomar banho antes da cirurgia.

As recomendações acima são baseadas nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e sua Comissão de Normas Técnicas.

CÍLIOS POSTIÇOS: existem três tipos de extensões de cílios: sintéticas, seda e vison. As extensões de cílios sintéticas geralmente são feitas de materiais como fibra de polibutileno tereftalato (PBT), um tipo de polímero plástico ou fibras de nylon, que também são usadas para imitar a textura e aparência dos cílios naturais. A cola usada para extensão de cílios é feita à base de cianocrilato ou formaldeído.

As extensões de cílios podem causar lagoflato, o que aumenta o risco de desenvolvimento de lesões corneanas durante a anestesia geral. Pode acarretar também, trauma ou infecção da pálpebra ou da córnea; reação alérgica à cola (especialmente o formaldeído) e perda permanente ou temporária de cílios. Implicações anestésicas: lesão de córnea, ignição e queimaduras na pele durante a cirurgia ocular causadas pelo uso de eletro cauterio.

Atenção também as extensões de cílios magnéticas, especialmente aquelas aplicadas com delineadores magnéticos ou que se prendem em torno dos cílios naturais, que têm riscos potenciais em ambientes de ressonância nuclear magnética (RNM). Como esses cílios possuem pequenos ímãs, o campo magnético da RNM pode exercer forças de deflexão significativas, causando movimento ou

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 7 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

aquecimento desses objetos, o que pode resultar em desconforto, queimaduras ou até lesões nos olhos. Há relatos também dessas extensões se desprenderem atraídas pela força do campo magnético da RNM. Outra complicação relacionada a esse tipo de extensão de cílios magnéticos são as possíveis queimaduras relacionadas ao uso do eletro cautério. Esses pequenos ímãs (fragmentos metálicos) podem absorver a energia e ocasionar queimaduras na área dos olhos.

APLIQUES DE CABELO: as extensões de cabelo podem ser de origem sintética ou humana. As complicações das extensões de cabelo incluem alopecia por tração (risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão na região occipital), queimaduras no couro cabeludo (material sintético que requerem cliques de metal para aplicação e uso de eletrocautério). O uso de dispositivos eletro cirúrgicos em procedimento cirúrgico apresenta a possibilidade de passagem de corrente por criação de um caminho alternativo para a corrente circular por meio de objetos metálicos ou materiais sintéticos que atuam como condutores.

Essas extensões de cabelo que utilizam microesferas metálicas, também têm implicações para os exames de RNM, potencialmente gerando artefatos de imagem que dificultam a precisão diagnóstica. Além disso, a presença de metais pode elevar o risco de superaquecimento com queimaduras no couro cabeludo ou movimento, dependendo do tipo e intensidade do campo magnético.

EM CASOS DE CIRURGIA DE URGÊNCIA QUE NÃO HÁ TEMPO HÁBIL PARA A REMOÇÃO DOS APLIQUES:

- Recomenda-se a utilização de coxins de proteção na região occipital para permitir o acolchoamento adicional dessa aérea, evitando úlceras de pressão.
- Utilizar de preferência o bisturi elétrico bipolar.
- Se utilizar bisturi monopolar a placa de dispersão deve estar próxima ao local cirúrgico.
- Se o procedimento cirúrgico for próximo ao implante utilizar FiO2 abaixo de 25%.
- Exame da área occipital deve ser realizado em intervalos regulares se a cirurgia for prolongada.

PIERCINGS: o principal e mais evidente risco associado à sua manutenção durante o procedimento cirúrgico está relacionado à possibilidade de queimaduras associadas ao uso do eletrocautério. É recomendado que todos os piercings metálicos sejam removidos antes da cirurgia. Caso o paciente se recuse, deve ser informado dos riscos e assinar um termo informando sua decisão. Se a remoção não for possível devido à falta de pessoal treinado ou ferramentas adequadas para a remoção, os riscos podem ser reduzidos alterando-se a ferramenta eletro cirúrgica utilizada, como o bisturi bipolar no lugar do monopolar, ou colocando-se a placa de aterramento mais próxima ao sítio cirúrgico. Para aqueles pacientes com piercing recém-colocados, que temem fechamento do furo, peças inertes de plástico, como um cateter intravenoso, podem ser colocadas no lugar durante o perioperatório, mantendo o trajeto aberto.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 8 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

UNHAS EM GEL: esse tipo de unha é composto por uma mistura de monômeros acrílicos que requerem luz ultravioleta para polimerização e endurecimento. Atualmente, a principal implicação das unhas em gel no cenário perioperatório está no potencial de interferência com o oxímetro de pulso.

JEJUM PRÉ-OPERATÓRIO

O jejum pré-operatório tem como objetivo reduzir o risco de aspiração do conteúdo gástrico e a gravidade dos efeitos pulmonares caso ocorra aspiração (elimina o material particulado e diminui o volume e a acidez do conteúdo gástrico no momento da indução da anestesia). A aspiração do conteúdo gástrico está associada ao aumento da morbidade e mortalidade perioperatórias, com o maior risco associado à aspiração de alto volume, ácida ou particulada.

- **Volume gástrico:** historicamente, um volume gástrico superior a 2,5 mL/Kg tem sido o marcador de um volume estomacal "em risco", mas outros limites também têm sido usados (por exemplo, 25 ou 40 mL). Vários estudos usando ultrassonografia gástrica encontraram um volume de líquido gástrico de aproximadamente 1,5 mL/kg em pacientes saudáveis em jejum; assim, alguns autores utilizam um volume $\leq 1,5$ mL/kg para definir o estômago vazio. A sabedoria convencional afirma que a restrição da ingestão oral diminui o volume gástrico e, portanto, o risco de aspiração; no entanto, não há acordo sobre um volume gástrico definido que elimine ou coloque um paciente em risco particularmente indevido.
- **Aspiração ácida:** com base em estudos com animais, a aspiração de fluido altamente ácido, como é normalmente encontrado no estômago, é mais prejudicial do que a aspiração de fluidos com pH neutro. Um pH de 2.5 é usado em muitos estudos como outro desfecho substituto que está associado ao aumento do risco de lesão pulmonar se ocorrer aspiração.
- **Aspiração de partículas:** a aspiração de partículas pode causar lesões por dois mecanismos: obstrução das vias aéreas e danos inflamatórios.

É importante ressaltar, no entanto, que o jejum desnecessário também deve ser evitado, especialmente para bebês e crianças muito pequenas. O desejo de ter o estômago vazio durante a indução anestésica deve ser equilibrado com os efeitos deletérios do jejum prolongado. O jejum excessivo pode levar ao desconforto do paciente (ou seja, sede e fome) e também pode resultar em resistência à insulina pós-operatória, marcadores inflamatórios exagerados e aumento do catabolismo. Pode resultar também em desidratação que pode causar hipotensão mais pronunciada com a indução da anestesia.

As diretrizes de jejum pré-anestésico se aplicam a todos os pacientes submetidos a uma cirurgia ou procedimento eletivo. Destinam-se a qualquer procedimento realizado sob sedação moderada ou profunda, cuidados anestésicos monitorados, anestesia regional, anestesia neuroaxial ou anestesia geral. Em geral, as diretrizes genéricas de jejum se aplicam a pacientes sem condições ou doenças coexistentes que possam afetar o esvaziamento gástrico ou o risco de aspiração (exemplo: pacientes grávidas em trabalho de parto, pacientes com grandes hérnias de hiato ou que foram submetidas a

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 9 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

esofagectomia com tração no estômago). Esses pacientes podem necessitar de jejum pré-operatório prolongado ou um período de dieta líquida clara antes da cirurgia.

As diretrizes de jejum pré-procedimento foram desenvolvidas por várias sociedades de anesthesiologia e outras organizações em todo o mundo. Vide anexo L.

Nossas diretrizes institucionais são as seguintes:

- Alimentos gordurosos ou carne: jejum de 8 horas.
- Refeição leve: jejum de 6 horas.
- Leite não humano e outros líquidos não claros: jejum de 6 horas.
- Leite materno: jejum de 4 horas.
- Líquidos claros (exceto álcool): jejum de 2 horas.
- Goma de mascar: não atrasar a anestesia para pacientes que mascam chiclete, a menos que o chiclete seja engolido. A goma engolida é considerada alimento sólido.
- Medicamentos: os pacientes devem tomar medicamentos rotineiramente no dia da cirurgia com água ou um líquido claro, idealmente mais de duas horas antes do procedimento programado.

Pacientes que recebem alimentação por sonda enteral: as fórmulas de alimentação enteral geralmente contêm carboidratos, proteínas e gorduras, por isso considera-se a alimentação por sonda uma refeição gordurosa.

Pacientes com sonda de alimentação gástrica

- Pacientes que não estão intubados ou que têm um tubo de traqueostomia sem balonete: interromper a alimentação por sonda gástrica por 8 horas antes da sedação ou anestesia.
- Pacientes com tubo de traqueostomia com balonete ou tubo endotraqueal: não interromper a alimentação por sonda em pacientes com manguito adequadamente inflado de uma sonda endotraqueal ou traqueostomia existente se o procedimento pretendido não envolver manipulação das vias aéreas (por exemplo, traqueostomia de novo ou revisão, extubação intraoperatória e reintubação).

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 10 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

EXAMES COMPLEMENTARES

Em conformidade com a Sociedade Americana de Anestesiologia (ASA) e Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA), a necessidade de propedêutica laboratorial ou imaginológica complementar será individualizada, conforme a história clínica, cirúrgica e anestésica do paciente, o porte cirúrgico, a farmacoterapia atual e outros tratamentos (caso haja) e a abordagem anestésica proposta. A propedêutica laboratorial ou imaginológica de rotina NÃO está indicada.

ULTRASSONOGRAFIA GÁSTRICA

A ultrassonografia gástrica (US gástrico) tem sido usado em ensaios clínicos para avaliar o volume e o conteúdo gástrico em bebês, crianças e adultos. Trata-se de um procedimento não invasivo e, em mãos experientes, pode ser realizado rapidamente.

Demonstrou ser particularmente benéfica em pacientes de emergência ou crianças submetidas a cirurgia eletiva que violaram as diretrizes de jejum. A ultrassonografia gástrica em mãos experientes pode fornecer informações adicionais para o planejamento do manejo das vias aéreas, mas o médico deve equilibrar esses achados com o risco clínico de aspiração. A visualização ultrassonográfica de sólidos ou de um grande volume gástrico é útil, mas uma varredura negativa para esses achados não é e não mudaria o manejo se o paciente estivesse em risco (ou seja, suspeita de que não jejuou).

Semelhante a outros métodos para avaliar o volume residual gástrico, os resultados da ultrassonografia não foram correlacionados com o risco de aspiração, e mais estudos são necessários antes de usar a ultrassonografia gástrica para orientar as decisões clínicas.

PROPEDÊUTICA EM SITUAÇÕES CLÍNICAS FREQUENTES

- **Eletrocardiograma (ECG):** em pacientes com hipertensão arterial (HAS), cardiopatias, vasculopatias isquêmicas (inclusive coronariana), arritmias cardíacas (inclusive uso de marcapasso e cardiodesfibrilador implantável), pneumopatias, asma e doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), doenças endócrinas, diabetes mellitus, obesidade, tabagismo, presença de fatores de risco cardiovasculares, idade acima de 40 anos.
- **Radiografia (RX) de tórax:** em pacientes com DPOC, pneumopatias, doença infecciosa recente do trato respiratório, história de procedimento cirúrgico intra- torácico (especialmente cardíaco, mediastinal ou pulmonar), cardiopatias, tabagismo, idade acima de 50 anos.
- **Hemograma completo:** pacientes com história de anemia de qualquer origem, doenças hematológicas, história clínica de hemorragia ou sangramento anormal, hepatopatias, nefropatias, doenças endócrinas, pacientes oncológicos, história de quimioterapia ou uso de imunossuppressores, procedimento cirúrgico de médio ou grande porte, procedimento cirúrgico com risco aumentado de sangramento, extremos de idade.
- **Coagulograma:** pacientes com coagulopatias, história clínica de hemorragia ou sangramento

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 11 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

anormal, nefropatias, hepatopatias, doenças reumatológicas, uso de anticoagulantes, procedimento cirúrgico de médio ou grande porte, procedimento cirúrgico com risco aumentado de sangramento.

- **Função renal:** pacientes com nefropatias, pacientes transplantados (coração, fígado, pulmão e rim), cardiopatias, HAS, diabetes mellitus, uso de medicamentos nefrotóxicos, procedimento cirúrgico de grande porte.
- **Função hepática:** pacientes com hepatopatias, pacientes transplantados (fígado), cardiopatias, pacientes oncológicos – somente albumina sérica, desnutrição – somente albumina sérica.
- **Ionograma:** pacientes com insuficiência renal, insuficiência cardíaca, hepatopatias, doenças endócrinas, uso de diuréticos ou IECA, uso de digoxina, alterações volêmicas.
- **Glicemia de jejum:** pacientes com diabetes mellitus – associar com glicohemoglobina (A1C)-obesidade, presença de fatores de risco para diabetes mellitus.
- **Beta-HCG:** pacientes do sexo feminino em idade fértil, com história negativa para uso de método contraceptivo ou salpingotripsia bilateral prévia.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

PACIENTE RECÉM-NASCIDO E PREMATURO

A prematuridade é definida como um nascimento que ocorre antes de 37 semanas completas (menos de 259 dias) de gestação. Os bebês recém-nascidos e prematuros possuem o risco aumentado de apneia pós-operatória. A apneia pós-operatória resulta em dessaturação, bradicardia e, por fim, parada cardíaca, podendo ser potencialmente fatal. A apneia é definida como a cessação do fluxo de ar por mais de 20 segundos, ou por mais de 15 segundos se associada à bradicardia. A etiologia da apneia pós-operatória pode envolver uma complexa interação entre a supressão residual do controle respiratório central imaturo pelo anestésico, o estresse cirúrgico, a obstrução das vias aéreas, a reserva respiratória reduzida ou infecções e sepse.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, a terminologia recomendada em relação à duração da gestação e idade dos neonatos segue abaixo:

- Idade gestacional (IG): tempo decorrido entre o primeiro dia da última menstruação e o dia do parto.
- Idade cronológica: tempo decorrido desde o nascimento.
- Idade pós-menstrual (IPM) ou Idade pós-conceptual (PCA): idade gestacional mais idade cronológica.
- Idade corrigida: idade cronológica reduzida pelo número de semanas de gestação, antes das 40 semanas (deve ser usada apenas para crianças de até três anos de idade que nasceram prematuras).

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 12 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

O centro respiratório relativamente imaturo em bebês, particularmente em prematuros, os torna vulneráveis a episódios de apneia no pós-operatório. Os principais fatores de risco são: apneia da prematuridade (idiopática); anemia; desequilíbrio de glicose ou eletrólitos; presença de canal arterial patente com grande derivação; medicamentos incluindo analgésicos opioides, relaxantes musculares e sulfato de magnésio; refluxo gastroesofágico; temperatura corporal anormal (hiper ou hipotermia); doença pulmonar crônica ou obstrução das vias aéreas; técnica anestésica; resposta ao estresse pós-cirúrgico, incluindo dor; sepse. Outros fatores de risco podem incluir pacientes com histórico de cardiopatia congênita, infusão de prostin, distúrbios metabólicos, distúrbios neurológicos ou hipotonia. O anestesiológico na avaliação pré-anestésica deve-se atentar a todas essas questões.

As recomendações da Academia Americana de Pediatria sugerem que bebês prematuros com menos de 60 semanas de PCA e recém-nascidos a termo com menos de 4 semanas de idade devem ser admitidos para pelo menos 12 horas de observação ou, de forma mais prática, para monitoramento durante a noite, independentemente da técnica anestésica. Portanto, deve-se solicitar CTI no pós-operatório imediato para esses grupos de pacientes.

PACIENTE DIABÉTICO

Pacientes candidatos a cirurgia eletiva pode ser liberada para a cirurgia com glicemia de 120 a 180 mg/dl. O limite superior de A1C entre 8% e 9% é aceitável. A manutenção e suspensão de hipoglicemiantes orais e insulínicos assim como outras informações estão presentes no Protocolo assistencial PR 345 desta instituição.

PACIENTE OBESO

A obesidade é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como o acúmulo excessivo ou anormal de gordura que representa riscos negativos à saúde dos pacientes; para ser considerado obeso, o paciente deve ter IMC superior a 30 kg/m².

IMC	Classificação
abaixo de 18,5	abaixo do peso
entre 18,6 e 24,9	Peso ideal (parabéns)
entre 25,0 e 29,9	Levemente acima do peso
entre 30,0 e 34,9	Obesidade grau I
entre 35,0 e 39,9	Obesidade grau II (severa)
acima de 40	Obesidade III (mórbida)

A obesidade apresenta comorbidades e complicações importantes, contribuindo para um aumento do risco de mortalidade por todas as causas. Há evidências de associações estatisticamente

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 13 de 31	
Título do Documento:	AValiação PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

significativas entre obesidade e a incidência de diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares, asma, doença da vesícula biliar, osteoartrite, dor lombar crônica e câncer. Outras comorbidades associadas à obesidade incluem síndrome de obesidade-hipoventilação, doença renal crônica, doença hepática gordurosa não alcoólica, subfertilidade feminina e refluxo gastroesofágico.

Ao avaliar o paciente cirúrgico, é imprescindível que o anestesiológico e os demais membros da equipe de anestesiologia realizem um exame físico minucioso para avaliar a via aérea do paciente. Em comparação com a população não obesa, estudos demonstraram que a obesidade é um fator de risco para intubação difícil. A morbidade e a mortalidade associadas à intubação difícil podem ser bastante reduzidas com a compreensão das alterações anatômicas das vias aéreas em pacientes obesos.

Indivíduos obesos apresentam maior risco de complicações perioperatórias e, portanto, requerem maior atenção à avaliação pré-operatória. Isso pode ser atribuído, entre outros fatores, ao acesso às vias aéreas, ao acesso vascular periférico, à presença de comorbidades e ao posicionamento do paciente.

- **Avaliação respiratória:** em pacientes obesos, a pressão intra-abdominal aumenta, enquanto a capacidade vital total e a capacidade residual funcional diminuem. Essas alterações aumentam o risco de atelectasia pulmonar, especialmente em cirurgias abdominais ou cardiotorácicas.

Os anesestesiologistas também devem aplicar um questionário padrão para avaliar o histórico de intubação difícil ou apneia obstrutiva do sono (AOS). O questionário STOP-BANG (anexo M) inclui ronco, cansaço, apneia observada, hipertensão arterial, IMC, idade, circunferência do pescoço e sexo masculino. Uma pontuação total alta está associada a um risco aumentado de AOS. Em pacientes obesos ou com alta pontuação no STOP-BANG, recomenda-se o uso de ventilação protetora (pressão contínua pré, peri e pós-operatória), redução do uso de opioides e avaliação da necessidade de pós-operatório no CTI.

VACINAÇÃO E CIRURGIA ELETIVA

Adultos vacinados recentemente, que não apresentem sintomas de efeitos colaterais da vacina, podem ser submetidos normalmente à anestesia e cirurgia. Em pacientes pediátricos, deve-se aguardar 21 dias, a contar da data da vacinação, para a realização da anestesia nos pacientes que receberam vacina de vírus vivo atenuado e 7 dias para vacinas inativadas. Após vacinação, recomenda-se que a cirurgia seja agendada pelo menos duas semanas após a dose final.

As cirurgias de urgência/emergência não devem ser adiadas por motivo de vacinação recente.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 14 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Vacinas inativadas

Difteria-tétano-coqueluche acelular (tosse convulsa)	Poliomielite inativada
Haemophilus influenzae tipo b	Gripe
Hepatite A	Meningocócica ACWY
Hepatite B	Meningocócica B
Vírus do papiloma humano	Meningococo C
COVID 19	Pneumococo conjugado
	Polissacarídeo pneumocócico

Vacinas parenterais vivas atenuadas

Sarampo-caxumba-rubéola (SCR)
Sarampo-caxumba-rubéola-varicela (SCRV)
Varicela (catapora)

ANESTESIA REGIONAL E USO DE ANTICOAGULANTES

Os pacientes que recebem terapia anticoagulante ou antiplaquetária apresentam aumento do risco de complicações hemorrágicas das técnicas neuroaxiais, principalmente hematoma espinhal/peridural (HEP). O HEP, definido como sangramento sintomático no interior do canal vertebral, é uma complicação rara e potencialmente catastrófica da anestesia no neuroeixo. A maioria dos hematomas espontâneos é idiopática, mas casos relacionados a terapia anticoagulante e malformações vasculares representam a segunda e terceira causas mais comuns, respectivamente. Quando associado a anestesia no neuroeixo, o uso concomitante de anticoagulantes representa o principal fator de risco associado ao HEP.

A Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) publicou um artigo com atualização na diretriz da anestesia regional em uso de anticoagulantes onde consta a recomendação para manejo clínico em pacientes usando anticoagulantes em relação ao bloqueio no neuroeixo. Segue abaixo:

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 15 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Tabela 4 Recomendação para manejo clínico em pacientes usando anticoagulantes em relação ao bloqueio no neuroeixo

Classe do agente	Medicamento	Intervalo entre última dose e bloqueio	Intervalo entre última dose e retirada de cateter	Intervalo entre punção e próxima dose	Intervalo entre retirada do cateter e próxima dose	
Trombolíticos	Estreptokinase Urokinase	Evitar bloqueio				
Fibrinolíticos	T-Pa (Alteplase, tecteplase)					
Heparina de Baixo Peso Molecular (HBPM)	Enoxaparina (profilática)	> 12 horas	> 12 horas	> 12 horas	> 4 horas	
	Enoxaparina (terapêutica)	> 24 horas	> 24 horas	> 24 horas se cirurgia com baixo risco de sangramento pós-operatório e > 48 horas se alto risco	> 4 horas	
	Deltaparina 5000 U.dia ⁻¹ (profilática)	> 12 horas	> 12 horas	> 12 horas	> 4 horas	
	Deltaparina 200 U.kg ⁻¹ .dia ⁻¹ ou 120 mg 2 x /dia (terapêutica)	> 24 horas	> 24 horas	> 24 horas se cirurgia com baixo risco de sangramento pós-operatório e > 48 horas se alto risco	> 4 horas	
	Tinzarapina (profilática)	> 12 horas	> 12 horas	> 12 horas	> 4 horas	
	Tinzarapina 175 U.kg ⁻¹ .dia ⁻¹ (terapêutica)	> 24 horas	> 24 horas	> 24 horas se cirurgia com baixo risco de sangramento pós-operatório e > 48 horas se alto risco	> 4 horas	
	Nadroparina (profilática)	> 12 horas	> 12 horas	> 12 horas	> 4 horas	
	Nadroparina 86 U.kg ⁻¹ 2 x /dia ou 171 U.kg ⁻¹ .dia ⁻¹ (terapêutica)	> 24 horas	> 24 horas	> 24 horas se cirurgia com baixo risco de sangramento pós-operatório e > 48 horas se alto risco	> 4 horas	
	Heparina Não-Fracionada (HNF)	HNF EV	4-6 horas (verificar se coagulação está normal)	4-6 horas (verificar se coagulação está normal)	1 hora	1 hora
		HNF 15.000 U.dia ⁻¹ (profilática - baixa dose)	SC 4-6 horas	SC 4-6 horas	1 hora	1 hora
HNF 7500-10000 U 2 x /dia ou dose diária < 20000 U (profilática - alta dose)		SC 12 horas	SC 12 horas	1 hora	1 hora	
HNF > 10000 U por dose ou dose diária > 20000 U (terapêutica)		SC 24 horas	SC 24 horas	1 hora	1 hora	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 16 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Agentes anti-fator Xa	Fondaparinux (Arixtra®) - EV	36-42 horas	Não instalar cateter Dose inadvertida: 2 meias-vidas	12 horas	12 horas
	Rivaroxabana (Xarelto®)	72 horas	Não instalar cateter Dose inadvertida: 2 meias-vidas	6 horas	6 horas
	Apixabana (Eliquis®)	72 horas	Não instalar cateter Dose inadvertida: 2 meias-vidas	6 horas	6 horas
	Edoxabana (Lixiana®, Savaysa®)	72 horas	Não instalar cateter Dose inadvertida: 2 meias-vidas	6 horas	6 horas
	Betrixabana (Bevyxxa®) - VO	72 horas	Não instalar cateter Dose inadvertida: 2 meias-vidas	5 horas	5 horas

Tabela 4 (Continuação)

Classe do agente	Medicamento	Intervalo entre última dose e bloqueio	Intervalo entre última dose e retirada de cateter	Intervalo entre punção e próxima dose	Intervalo entre retirada do cateter e próxima dose
Inibidores diretos da trombina (agentes anti-fator IIa)	Desirudin (Revasc®) - IV	Evitar bloqueio			
	Bivalirudin (Angiomax®) ?	Evitar bloqueio			
	Argatrobana (Acova®) - IV	Evitar bloqueio			
	Dabigatran (Pradaxa®) - VO	ClCr < 30 mL.min ⁻¹ , não fazer; ClCr 30-49 mL.min ⁻¹ , 5 dias; ClCr 50-79 mL.min ⁻¹ , 4 dias; ClCr > 80 mL.min ⁻¹ , 3 dias; ClCr desconhecido - 5 dias	Não instalar cateter Dose inadvertida: 2 meias-vidas	6 horas	6 horas
Antagonistas da vitamina K	Warfarin	5 dias com RNI ≤ 1,5	Retirar se RNI < 1,5 (se foi reintroduzido pode ser retirado entre 12 e 24 horas após - Risco desconhecido se 48 horas após reintrodução)	Logo após punção	Logo após retirada do cateter
Antiplaquetárias - anti-inflamatórios não esteroidais (AINES)	Aspirina, ibuprofen, diclofenaco e indometacina	Sem restrições. Cautela com uso concomitante de outros medicamentos que afetam coagulação	Sem restrições. Cautela com uso concomitante de outros medicamentos que afetam coagulação		
Antiplaquetárias Tienopiridinas (Inibidores P2Y12)	Ticlopidina (Ticlid®)	10 dias	Cateter pode ser mantido por no máximo 48 horas desde que não seja feita dose de ataque	24 horas	24 horas
	Clopidogrel (Plavix®)	5-7 dias	Cateter pode ser mantido por no máximo 48 horas desde que não seja feita dose de ataque	24 horas	24 horas
	Prasugrel (Effient®)	7-10 dias	Não instalar cateter	24 horas	24 horas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 17 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Antiplaquetárias (Inibidores ADP)	Ticagrelor (Brilinta®)	5-7 dias	Não instalar cateter	24 horas	24 horas
	Cangrelor (kengreal®)	3 horas meia-vida curta; uso como terapia de ponte	Retirar cateter antes da reintrodução do cangrelor	8 horas	8 horas
Antiplaquetárias - antagonistas GP IIa/IIIa (IGP)	Abciximab (Reopro®)	24-48 horas	24-48 horas	Contraindicado por 4 semanas após procedimento cirúrgico. Dose inadvertida: 8-12 horas	Contraindicado por 4 semanas após procedimento cirúrgico. Dose inadvertida: 8-12 horas
	Eptifibatide (Integrilin®)	4-8 horas	4-8 horas		
	Tirofiban (Aggrastat®)	4-8 horas	4-8 horas		

Tabela 4 (Continuação)

Classe do agente	Medicamento	Intervalo entre última dose e bloqueio	Intervalo entre última dose e retirada de cateter	Intervalo entre punção e próxima dose	Intervalo entre retirada do cateter e próxima dose
Outras drogas antiplaquetárias (Inibidores da fosfodiasterase)	Cilostazol (Pletal®)	2 dias	Retirar cateter antes da reintrodução do cilostazol	6 horas	6 horas
	Dipiridamol (Persantin®)	24 horas. Maior risco de sangramento se associado à aspirina.	Retirar cateter antes da reintrodução do dipiridamol	6 horas	6 horas
Terapia herbal	Ginkgo biloba, ginseng e alho	Não há risco adicional em uso isolado			

Efeitos importantes	preocupações perioperatórias	Tempo para normalização da hemostasia após a descontinuação
Alho Inibição da agregação plaquetária (pode ser irreversível) Aumento da fibrinólise Atividade anti-hipertensiva duvidosa	Potencial para aumentar o risco de sangramento, especialmente quando combinado com outros medicamentos que inibem a agregação plaquetária.	7 dias
Ginkgo Inibição do fator de ativação plaquetária	Potencial para aumentar o risco de sangramento, especialmente quando combinado com outros medicamentos que inibem a agregação plaquetária.	36 horas
Ginseng Reduz a glicose no sangue Aumento do tempo de protrombina e do tempo de protrombina parcial ativada em animais Outros efeitos diversos	Hipoglicemia Potencial para aumentar o risco de sangramento Potencial para diminuir o efeito anticoagulante da varfarina	24 horas

Adaptado de Horlocker e outros.⁹

* Neste momento, não se considera necessário interromper o uso de medicamentos fitoterápicos e aguardar a resolução de seus efeitos na hemostasia antes da cirurgia ou anestesia.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Realização do procedimento diagnóstico ou cirúrgico proposto ao paciente.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 18 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

MONITORAMENTO

- Registro adequado de todas as etapas em prontuário e anexos.
- Registro dos eventos adversos relacionados no VIGHOSP para análise de causa raiz.
- Número de APAs realizadas no HC-UFMG/Ebserh por mês.
- Número de consultas de APA disponíveis no HC-UFMG/Ebserh por mês.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

ACC/AHA guideline on perioperative cardiovascular evaluation and management of patients undergoing noncardiac surgery. J Am Coll Cardiol. 2014; 64 (22): e77-137.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Practice guidelines for management of the difficult airway: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Management of the Difficult Airway. Anesthesiol. 2013; 118:251-70.

American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation - Practice advisory for preanesthesia evaluation: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology, 2002;96:485-496.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Nota Técnica Sobre Adornos estéticos. Rio de Janeiro: SBA, 2024. Disponível em: <https://www.sbahq.org/wp-content/uploads/2024/11/Nota-Tecnica-Apliques-de-cabelo-Cilios-e-extensao-de-unhas.pdf> Acesso em: 06/11/2025.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Resolução nº 2.174/2017. Dispõe sobre a prática do ato anestésico. Diário Oficial da União. 14 dez 2017; seção 1: 75-84.

Engle WA, Comitê de Feto e Recém-Nascido da Academia Americana de Pediatria. Terminologia da idade durante o período perinatal. Pediatrics 2004; 114:1362.

Faramarzi E, Soleimanpour H, Khan ZH, Mahmoodpoor A, Sanaie S. Upper lip bite test for prediction of difficult airway: A systematic review. Pak J Med Sci. 2018 Jul-Aug;34(4):1019-1023. doi: 10.12669/pjms.344.15364. PMID: 30190773; PMCID: PMC6115582.

Incidência de comorbidades relacionadas à obesidade e ao sobrepeso: uma revisão sistemática e meta-análise. Guh DP, Zhang W, Bansback N, Amarsi Z, Birmingham CL, Anis AH. BMC Public Health. 2009;9:88. doi: 10.1186/1471-2458-9-88. [DOI] [Artigo gratuito no PMC] [PubMed] [Google Scholar]

ISSA, M. R. N.; ISONI, N. F. C.; SOARES, A. M. S.; FERNANDES, M. L. Avaliação préanestésica e redução dos custos do preparo pré-operatório. Revista Brasileira de Anestesiologia. 2011; 61 (1): 60-71.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 19 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, et al. 2023 Diretrizes de Prática da Sociedade Americana de Anestesiologistas para Jejum Pré-operatório: Líquidos Transparentes contendo Carboidratos com ou sem Proteína, Goma de Mascar e Duração do Jejum Pediátrico - Uma Atualização Modular das Diretrizes de Prática da Sociedade Americana de Anestesiologistas de 2017 para Jejum Pré-operatório. *Anesthesiology* 2023; 138:132.

Kruisselbrink R, Gharapetian A, Chaparro LE, et al. Precisão diagnóstica do ultrassom gástrico no local de atendimento. *Anesth Analg* 2019; 128:89.

LADEIRA, M. C. B. A necessidade de exames complementares pré-operatórios. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*. 2007; 6 (2): 20-27.

Morbidade e mortalidade associadas à obesidade. Abdelaal M, le Roux CW, Docherty NG. *Ann Transl Med*. 2017;5:161. doi: 10.21037/atm.2017.03.107. [[DOI](#)] [[Artigo gratuito no PMC](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Nausheen F et al. *The HEAVEN criteria predict laryngoscopic view and intubation success for both direct and video laryngoscopy: A cohort analysis*. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 24; 27:50. 2019.

ORTENZI, A. V. A avaliação pré-anestésica é realmente obrigatória? Como documentá-la? *Anestesia em Revista*. 2014; 64 (3): 21-4.

Perlas A, Davis L, Khan M, et al. Ultrassonografia gástrica no paciente cirúrgico em jejum: um estudo descritivo prospectivo. *Anesth Analg* 2011; 113:93.

Polaner DM, Houck CS. Elementos críticos para o ambiente de anestesia perioperatória pediátrica. *Pediatrics*. 2015;136(6): 1200-1205.

PRACTICE advisory for preanesthesia evaluation. *Anesthesiology*. 2012; 116 (3): 522-38.

PRACTICE guidelines for management of the difficult airway. *Anesthesiology*. 2013; 118 (2): 251-70.

PRACTICE guidelines for preoperative fasting and the use of pharmacologic agents to reduce the risk of pulmonary aspiration: application to healthy patients undergoing elective procedures. *Anesthesiology*. 2017; 126 (3): 376-93.

Propriedade da University Health Network. Para obter mais informações: www.stopbang.ca
Modificado de Chung F et al. *Anesthesiology* 2008; 108:812-21, Chung F et al *Br J Anaesth* 2012; 108:768-75, Chung F et al *J Clin Sleep Med* Sept 2014

Protocolo Institucional do HC-UFMG [PRT 028 Risco Pré-operatório em Cirurgias de Baixo Risco](#)

Protocolo Institucional do HC-UFMG [PRT 030 Risco Pré-operatório em Cirurgias de risco Intermediário e Alto](#)

Protocolo Clínico Setorial do HC-UFMG [PR345 Anestesia no paciente com diabetes mellitus](#)

Questionário Stop-Bang: uma abordagem prática para rastrear a apneia obstrutiva do sono. Chung F, Abdullah HR, Liao P. *Chest*. 2016;149:631-638. doi: 10.1378/chest.15-0903. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 20 de 31	
Título do Documento:	AValiação PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

Risco pré-operatório e manejo perioperatório de pacientes obesos [Artigo em francês] De Jong A, Verzilli D, Chanques G, Futier E, Jaber S. Rev Mal Respir. 2019;36:985–1001. doi: 10.1016/j.rmr.2019.01.009. [[DOI](#)] [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

SCHWARTZMAN, U. P.; DUARTE, L. T. D.; FERNANDES, M. C. B. C.; BATISTA, K. T.; SARAIVA, R. A. A importância da consulta pré-anestésica na prevenção de complicações. Comunicação em Ciências da Saúde. 2011; 22 (2): 121-30.

Spencer AO, Walker AM, Yeung AK, et al. Avaliação ultrassonográfica do volume gástrico em paciente pediátrico em jejum submetido à endoscopia digestiva alta: desenvolvimento de um modelo preditivo utilizando volumes aspirados endoscopicamente. Paediatr Anaesth 2015; 25:301.

Van de Putte P, Perlas A. Avaliação ultrassonográfica do conteúdo e volume gástrico. Br J Anaesth 2014; 113:12.

Vandermeulen E. Regional anaesthesia and anticoagulation. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2010;24:121---31.

Whippey A, Kostandoff G, Ma HK, Cheng J, Thabane L, Paul J. Preditores de admissão não antecipada após cirurgia ambulatorial na população pediátrica: um estudo retrospectivo de caso-controle. Paediatr Anaesth. 2016;26(8):831-837.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 21 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

SIGLAS

AOS	Apneia Obstrutiva do Sono
APA	Avaliação Pré-Anestésica
ASA	Sociedade Americana de Anestesiologia (American Society of Anesthesiologists)
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EDA	Endoscopia Digestiva Alta
ECG	Eletrocardiograma
FC	Frequência Cardíaca
FiO ₂	Fração Inspirada de Oxigênio
FR	Frequência Respiratória
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
A1c	Hemoglobina Glicada
HEP	Hematoma Espinhal/Peridural
IG	Idade Gestacional
IPM	Idade Pós-menstrual
PCA	Idade Pós-conceptual
IMC	Índice de Massa Corpórea
MET	Equivalente Metabólico (Metabolic Equivalent Task)
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBT	Polibutileno tereftalato
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
SBA	Sociedade Brasileira de Anestesiologia
TC	Tomografia Computadorizada
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
US	Ultrassom

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 22 de 31	
Título do Documento:	AValiação PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXOS

ANEXO A



ANEXO I

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O médico anestesista deve obter o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico para a anestesia, contendo informações e esclarecimentos acerca das técnicas de anestesia, vantagens e desvantagens e riscos associados, fazendo-o em linguagem clara e acessível aos pacientes. Deverão existir no Termo de Consentimento campos específicos para assinatura do paciente ou responsável, data do consentimento, assinatura e nome legível do médico anestesista.

ANEXO B

A documentação da anestesia no pré-operatório deve conter:

1. Estratificação do risco do paciente.
2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, podendo não fazer parte da documentação em situações de urgência/emergência.
3. Ficha de consulta e/ou avaliação pré-anestésica, que deverá compreender as seguintes informações:
 - a) identificação do médico anestesista (responsável pela avaliação);
 - b) identificação do paciente e data da avaliação;
 - c) intervenção cirúrgica ou procedimento proposto;
 - d) dados antropométricos: altura, peso, Índice de Massa Corpórea (IMC);
 - e) antecedentes pessoais e familiares;
 - f) exame físico, incluindo avaliação das vias aéreas (abertura de boca e mandíbula, classificação de Mallampati, mobilidade atlanto-occipital, distância tireoentoniana, condições dentárias, prótese dentária, circunferência cervical);
 - g) tempo de jejum, que deverá observar as seguintes recomendações:

- ✓ Líquidos claros sem resíduos (água, chá): 2 horas
- ✓ Leite materno: 4 horas
- ✓ Leite não humano ou fórmula: 6 horas
- ✓ Refeições leves: 6 horas
- ✓ Dieta geral: 8 horas

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 23 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

- h) sinais vitais, incluindo: pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura, frequência respiratória, escala de dor (adultos de 0 – 10; e crianças – faces de dor).
- i) diagnóstico cirúrgico e doenças associadas;
- j) tratamento (incluindo fármacos de uso atual ou recente);
- k) história clínica de alergias/história familiar de efeitos adversos em anestesia (ênfase em alergia a fármacos e látex) e hipertemia;
- l) hábitos: tabagismo (número de carteiras ou cigarros/dia e tempo de tabagismo), etilismo (frequência e quantidade/tempo), entre outros;
- m) resultados dos exames complementares eventualmente solicitados e opinião de outros especialistas, se for o caso;
- n) estado físico – avaliação dos sistemas: cardiovascular, respiratório e outros sistemas com alterações clínicas relevantes; e
- o) prescrição de medicação pré-anestésica, quando indicada.

ANEXO C

CAPACIDADE FUNCIONAL CONFORME ATIVIDADE FÍSICA

(MET)*	Tipos de atividade
1 MET	Comer, vestir-se, usar o banheiro Caminhar dentro de casa Pouca atividade
3 MET	Caminhadas curtas (02 quarteirões) com velocidade de no máximo 4,8 Km/h.
4 MET	Subir escadas devagar Caminhar de 6,4 a 8 km/h Correr pequenas distâncias Limpar assoalhos ou móveis
7 MET	Atividades recreativas moderadas: dançar, jogar tênis em dupla Subir escada rápido Pedalar 19 km/h
> 10 MET	Participar de esportes extenuantes: natação, tênis individual, basquete, futebol.
CLASSIFICAÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Excelente: maior que 07 MET • Moderada: 04 a 07 MET • Ruim: menor que 04 MET 	

Obs.: *MET = Consumo de oxigênio em equivalente Metabólico (O consumo de oxigênio (VO₂) de um homem adulto, com 70kg e em repouso é de 3,5 ml/Kg ou correspondente a 1 MET)

ANEXO D

MÉTODOS MNEMÔNICOS QUE AJUDAM A RECORDAR DOS FATORES DE RISCOS ASSOCIADOS À VENTILAÇÃO COM MÁSCARA DIFÍCIL

MMMMASK	
M	Masculino
M	Máscara com vedação ruim por barba ou desdentado
M	Mallampati grau 3 ou 4
M	Mandíbula protrusa
A	Ancião (Age, idade)
S	Sons de apneia obstrutiva ou ronco
K	Kilogramas (peso)

OBESE	
O	Obeso (IMC>26kg/m ²)
B	Barba
E	Edento
S	Sons de apneia (ronco)
E	Envelhecimento (>55 anos)

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 24 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

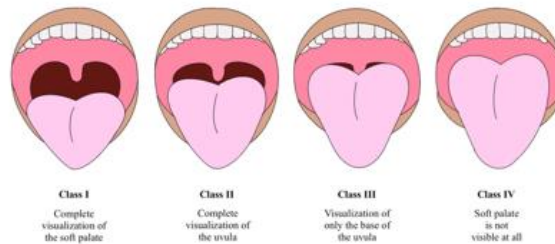
ANEXO E

PREDITORES DE INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL DIFÍCIL (POR LARINGOSCOPIA DIRETA)
INTUBAÇÃO DIFÍCIL PRÉVIA
DISTÂNCIA INTERINCISIVOS < 4CM
DISTÂNCIA TIREOMENTONIANA < 6CM
EXTENSÃO DE CABEÇA/PESCOÇO REDUZIDA <30 GRAUS
CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI 3 OU 4
PROTUSÃO MANDIBULAR (UPPER LIP BITE TESTE 3)
CIRCUNFERÊNCIA DO PESCOÇO GRANDE (>40CM)
COMPLACÊNCIA DO ESPAÇO SUBMANDIBULAR PEQUENA

ANEXO F

CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI

The Mallampati Score



CLASSIFICAÇÃO DE MALLAMPATI	
A avaliação da via aérea deve ser realizada no paciente sentado, com a coluna ereta, a boca aberta e a língua em protusão máxima (o paciente não deve falar ou emitir sons).	
CLASSE	ESTRUTURAS VISUALIZADAS
0	Qualquer parte da epiglote além das estruturas da cavidade oral
1	Palato mole, fauces, úvula e arcos palatinos (pilares)
2	Palato mole, fauces e úvula
3	Palato mole e inserção (base) da úvula
4	Palato mole não visível
Fonte: https://emedicine.medscape.com/article/2172419-overview	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 25 de 31	
Título do Documento:	AValiação Pré-Anestésica	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO G

UPPER LIP BITE TESTE (TESTE DA MORDIDA DO LÁBIO SUPERIOR)



ANEXO H

REVISED CARDIAC RISK INDEX (RCRI)

Preditores independentes de complicações cardíacas maiores	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedimento de alto risco: cirurgia vascular ou procedimento intratorácico ou intraperitoneal. • História de doença coronariana: história de IAM ou teste funcional com isquemia, precordialgia típica, terapia com nitrato, eletrocardiograma com ondas "Q" patológicas. → Revascularização miocárdica prévia não é valorizada na ausência de um dos fatores acima. • História de insuficiência cardíaca • História de doença cerebrovascular • Diabetes melito insulino dependente • Creatinina sérica > 2 mg/dl 	
Taxa de morte cardíaca, infarto não fatal e PCR não fatal de acordo com o número de preditores	
Nenhum Fator	0,4% (95% Intervalo de Confiança = 0,1 – 0,8)
1 Fator	1,0% (95% Intervalo de Confiança = 0,5 – 1,4)
2 Fatores	2,4% (95% Intervalo de Confiança = 1,3 – 3,5)
3 ou mais Fatores	5,4% (95% Intervalo de Confiança = 2,8 – 7,9)

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 26 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO I

AMERICAN UNIVERSITY OF BEIRUTH HAS 2 (AUB HAS 2)

AUB HAS 2	1 ponto para cada preditor: <ul style="list-style-type: none">• Idade \geq 75 anos• Hb $<$ 12• História de doença cardiovascular• angina ou dispneia• cirurgia vascular prévia• cirurgia de urgência
	Pontuação: <ul style="list-style-type: none">• 0 – 1: risco baixo de complicações (0pts- 0% 1pto- 0,5%)• 2-3: risco intermediário de complicações (2pts- 2% 3pts- 5,6%)• $>$ 3: risco alto de complicações (15,7%)

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 27 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO J

CLASSIFICAÇÃO DE ESTADO FÍSICO ASA


Classificação EF da ASA	Definição	Exemplos para adultos, incluindo, mas não se limitando a:
ASA I	Um paciente normal e saudável	Saudável, não fumante, nenhum ou uso mínimo de álcool
ASA II	Um paciente com doença sistêmica leve	Apenas doenças leves, sem limitações funcionais significativas. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): fumante atual, ingestão social de álcool, gravidez, obesidade (30 < IMC < 40), diabetes/hipertensão bem controlada, doença pulmonar leve
ASA III	Um paciente com doença sistêmica grave	Limitações funcionais significativas; uma ou mais doenças moderadas a graves. Os exemplos incluem (mas não se limitam a): diabetes ou hipertensão mal controlada, DPOC, obesidade mórbida (IMC ≥ 40), hepatite ativa, dependência ou abuso de álcool, marca-passo implantado, redução moderada da fração de ejeção, doença renal em estágio terminal submetido a diálise programada regularmente, prematuro com PCA < 60 semanas, histórico (> 3 meses) de IM, AVC, AIT ou DAC/stents.
ASA IV	Um paciente com doença sistêmica grave que é uma ameaça constante à vida	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): IM, AVC, AIT ou DAC/stents recentes (< 3 meses), isquemia cardíaca contínua ou disfunção valvar grave, redução grave da fração de ejeção, sepse, coagulação intravascular disseminada, doença renal aguda ou em estágio terminal não submetidos a diálise regularmente programada
ASA V	Um paciente moribundo que não se espera sobreviver sem a operação	Os exemplos incluem (mas não se limitam a): ruptura de aneurisma abdominal/torácico, trauma maciço, sangramento intracraniano com efeito de massa, isquemia mesentérica devido à doença cardíaca significativa ou disfunção de múltiplos órgãos/sistemas
ASA VI	Um paciente com morte cerebral declarada, cujos órgãos estão sendo removidos para fins de doação	

**A adição de "E" denota cirurgia de emergência: (Uma emergência é definida como existente quando o atraso no tratamento do paciente levaria a um aumento significativo na ameaça à vida ou parte do corpo)*



Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 28 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO K

 Hospital das Clínicas da UFMG	
>> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
Nome do Paciente <i>(nome social quando aplicável)</i>	Data de Nascimento: _/_/____
Nome de registro civil: <i>(somente em caso de uso de nome social)</i>	Nº do Prontuário:
<p>Eu, abaixo assinado, autorizo a equipe do Hospital das Clínicas da UFMG / EBSERH, a realizar anestesia / sedação e todos os procedimentos envolvidos na sua execução. Declaro que fui informado(a) sobre a indicação desse procedimento (<u>técnicas de anestesia, vantagens/desvantagens e riscos associados</u>) e que ele pode eventualmente ocasionar complicações como depressão da respiração (dificuldade de respirar), alteração do ritmo do coração, náuseas e vômitos, calafrios, tremores, alergias e dor de cabeça.</p> <p>A proposta dos cuidados apresentada, seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas foram explicados claramente pelo médico e tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta dos resultados a serem obtidos, mas que serão utilizados todos os recursos disponíveis no Hospital na busca do melhor resultado. Também estou ciente de que podem ocorrer complicações, inclusive não citadas acima, durante e/ou após os cuidados, assim como pode ser necessária a modificação da proposta inicial em virtude de situações imprevistas. Estou ciente da possibilidade de retirada do meu consentimento em relação ao procedimento acima citado, em qualquer momento, sem prejuízo do cuidado.</p> <p>Certifico que este formulário me foi explicado e eu entendi seu conteúdo.</p> <p>Assinatura do(a) paciente ou responsável: _____</p> <p>Nome do(a) responsável <i>[se termo assinado por este(a)]</i> _____</p> <p>Documento de identificação <i>(se termo assinado por responsável)</i>: _____</p> <p>Grau de parentesco <i>(se termo assinado por responsável)</i>: _____</p> <p style="text-align: center;">Belo Horizonte, ____ de _____ de 20 ____.</p> <p style="text-align: center;">_____ ASSINATURA E CARIMBO DO(A) MÉDICO (A)</p> <p><i>Recomenda-se o registro da obtenção ou a recusa deste consentimento na evolução do prontuário do(a) paciente. Em caso de recusa, preencher o Termo de Recusa e anexar ao prontuário.</i></p>	

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 29 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão:	Próxima revisão: 04/02/2028
		04/02/2026	
		VERSÃO: 02	

ANEXO L

Diretrizes de jejum pré-operatório das sociedades internacionais de anestesia

Sociedade de anestesia	Requisitos de jejum no momento da indução	Comentários
Sociedade Americana de Anestesiologistas, 2017,2023 ^[1,2]	<ul style="list-style-type: none"> 2 horas líquidos claros, excluindo álcool 4 horas de leite materno 6 horas de leite não humano, fórmula, refeição leve 8 horas ou mais para refeição gordurosa, frituras, carne Goma de mascar permitida até a indução 	<ul style="list-style-type: none"> Pacientes saudáveis, fora do trabalho de parto, cirurgia eletiva Refeição leve definida como torrada ou cereal com líquido claro Adultos saudáveis devem beber carboidratos contendo líquidos claros até 2 horas antes da cirurgia Confirme a remoção da goma de mascar antes da indução
Sociedade Europeia de Anestesiologia e Terapia Intensiva ^[3,4]	Adultos: <ul style="list-style-type: none"> 2 horas líquidos claros 6 horas de leite, alimentos sólidos Goma de mascar e chupar balas duras permitidas até a indução 	<ul style="list-style-type: none"> Incentive o fluido oral por até 2 horas
	Crianças: <ul style="list-style-type: none"> 1 hora líquidos claros 3 horas de leite materno 4 horas de fórmula ou leite não humano, café da manhã leve (recomendações fracas) 6 horas de outros alimentos sólidos 	<ul style="list-style-type: none"> Incentive o fluido oral até o tempo de jejum
Colégio de Anestesiologistas da Austrália e Nova Zelândia ^[5]	<ul style="list-style-type: none"> Adultos: <ul style="list-style-type: none"> 2 horas líquidos claros 6 horas de alimentos sólidos limitados Crianças >6 meses de idade: <ul style="list-style-type: none"> 1 hora de líquidos claros (≤3 mL/kg) 4 horas de leite materno Fórmula de 6 horas e alimentos sólidos limitados Crianças <6 meses de idade: <ul style="list-style-type: none"> 1 hora de líquidos claros (≤3 mL/kg) 3 horas de leite materno Fórmula de 4 horas 	<ul style="list-style-type: none"> As diretrizes podem não se aplicar a pacientes com risco aumentado de regurgitação ou vômito perioperatório Até 400 mL de líquido transparente até 2 horas antes da indução para adultos é provavelmente seguro
Associação de Anestesiologistas da Grã-Bretanha e Irlanda ^[6]	<ul style="list-style-type: none"> 2 horas líquidos claros 4 horas de leite materno 6 horas de alimentos sólidos, fórmula e leite de vaca 	<ul style="list-style-type: none"> Goma de mascar tratada como transparente
Sociedade Canadense de Anestesiologistas ^[7]	<ul style="list-style-type: none"> 1 hora de líquidos transparentes para crianças 2 horas de líquidos transparentes para adultos 4 horas de leite materno 6 horas para alimentos sólidos, fórmulas infantis, leite não humano, leite materno extraído fortificado com adições 	<ul style="list-style-type: none"> Incentive líquidos claros orais até o tempo de jejum
Sociedade Escandinava de Anestesiologia e Medicina Intensiva ^[8]	<ul style="list-style-type: none"> 2 horas líquidos claros 4 horas de leite materno e fórmula infantil 6 horas de alimentos sólidos e leite de vaca 2 horas de goma de mascar e qualquer produto de tabaco Até 1 hora antes da indução, 150 mL de água 	<ul style="list-style-type: none"> 2 horas para bebidas de carboidratos pré-operatórias destinadas à nutrição pré-operatória
Sociedade Alemã de Anestesiologia e Terapia Intensiva ^[9]	<ul style="list-style-type: none"> 2 horas líquidos claros 4 horas de leite materno e fórmula infantil 6 horas de refeição 	
Sociedades pediátricas		
Declaração conjunta da Associação de Anestesiologistas Pediátricos da Grã-Bretanha e Irlanda, Sociedade Europeia de Anestesiologia Pediátrica, L'Association Des Anesthésistes-Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française ^[10]	<ul style="list-style-type: none"> 1 hora de líquidos transparentes para crianças de até 16 anos 	<ul style="list-style-type: none"> Incentive a ingestão de líquidos claros
Sociedade Canadense de Anestesiologia Pediátrica ^[11]	<ul style="list-style-type: none"> 1 hora de líquidos transparentes para crianças 	<ul style="list-style-type: none"> Incentive a ingestão de líquidos claros
Sociedade de Anestesiologia Pediátrica da Nova Zelândia e Austrália ^[5]	<ul style="list-style-type: none"> 1 hora de líquidos transparentes para crianças 	<ul style="list-style-type: none"> Incentive a ingestão de líquidos claros

DRGE: doença do refluxo gastroesofágico.

Referências:

- Diretrizes práticas para jejum pré-operatório e uso de agentes farmacológicos para reduzir o risco de aspiração pulmonar: Aplicação a pacientes saudáveis submetidos a procedimentos eletivos: Um relatório atualizado da Força-Tarefa da Sociedade Americana de Anestesiologistas sobre Jejum Pré-operatório e o Uso de Agentes Farmacológicos para Reduzir o Risco de Aspiração Pulmonar. *Anesthesiology* 2017; 126:376.
- Joshi GP, Abdelmalak BB, Weigel WA, et al. Diretrizes práticas da Sociedade Americana de Anestesiologistas de 2023 para jejum pré-operatório: líquidos claros contendo carboidratos com ou sem proteína, goma de mascar e duração do jejum pediátrico - Uma atualização modular das diretrizes práticas da Sociedade Americana de Anestesiologistas de 2017 para jejum pré-operatório. *Anesthesiology* 2023; 138:132.
- Smith I, Kranke E, Murat I, et al. Jejum perioperatório em adultos e crianças: Diretrizes da Sociedade Europeia de Anestesiologia. *Eur J Anaesthesiol* 2011; 28:556.
- Frykholm P, Dismo N, Andersson H, et al. Jejum pré-operatório em crianças: uma diretriz da Sociedade Europeia de Anestesiologia e Terapia Intensiva. *Eur J Anaesthesiol* 2022; 39:4.
- Diretriz sobre consulta pré-anestésica e preparação do paciente. Colégio de Anestesiologistas da Austrália e Nova Zelândia. (Acessado em 1º de abril de 2025).
- Avaliação pré-operatória e preparação do paciente - O papel do anestesiologista. Associação de Anestesiologistas da Grã-Bretanha e Irlanda. (Acessado em 8 de outubro de 2021).
- Diretrizes para anestesia. Sociedade Canadense de Anestesiologistas. (Acessado em 25 de fevereiro de 2025).
- Sareide E, Eriksson LI, Hirlekar G, et al. Diretrizes de jejum pré-operatório: uma atualização. *Acta Anaesthesiol Scand* 2005; 49:1041.
- Comunicado de imprensa da associação DGAI. Requisito de sobriedade pré-operatório para procedimentos eletivos. *Anestesia Intensiva* 2004; 12:722.
- Thomas M, Morrison C, Newton R, Schindler E. Declaração de consenso sobre jejum de fluidos claros para anestesia geral pediátrica eletiva. *Paediatr Anaesth* 2018; 28:411.
- Rosen D, Gamble J, Matava C, Grupo de Trabalho de Diretrizes de Jejum da Sociedade Canadense de Anestesiologia Pediátrica. Declaração da Sociedade Canadense de Anestesiologia Pediátrica sobre jejum de fluidos claros para anestesia pediátrica eletiva. *Can J Anaesth* 2019; 66:991.

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 30 de 31	
Título do Documento:	AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

ANEXO M

QUESTIONÁRIO STOP-BANG ATUALIZADO

Roncos?
Você **ronca alto** (o suficiente para ser ouvido através de portas ou seu companheiro te cutucar à noite)? Sim Não

Cansado?
Você frequentemente se sente **cansado, exausto ou sonolento** durante o dia? Sim Não

Observou?
Alguém observou que você **pára de respirar** ou **engasga/fica ofegante** durante seu sono? Sim Não

Pressão?
Você tem ou está sendo tratado para **pressão sanguínea alta**? Sim Não

Índice de Massa Corporal maior que 35 kg/m²? Sim Não

Idade acima de 50 anos? Sim Não

O pescoço é grosso?
(medida ao redor do Pomo de Adão)
Homens - colarinho da camisa maior que 43 cm? Sim Não
Mulheres - colarinho da camisa maior que 41 cm? Sim Não

Sexo = masculino? Sim Não

Critérios de pontuação

Sim para 0 a 2 perguntas - **Risco baixo de AOS (apneia obstrutiva do sono)**

Sim para 3 a 4 perguntas - **Risco intermediário de AOS**

Sim para 5 a 8 perguntas - **Risco alto de AOS**

ou Sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + sexo masculino
ou Sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + IMC > 35 kg/m²
ou Sim para 2 ou mais das 4 perguntas iniciais + circunferência de pescoço

Tipo do Documento:	PROTOCOLO CLÍNICO SETORIAL	PRT.UBC.336 - PÁGINA 31 de 31	
Título do Documento:	AValiação PRÉ-ANESTÉSICA	Emissão: 04/02/2026	Próxima revisão: 04/02/2028
		VERSÃO: 02	

HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
02	15/01/2026	Maior detalhamento da avaliação pré-anestésica, inclusive em situações especiais.

Elaboração/Revisão	Gisela Ferraz Lopes Quadros - médica - Anestesiologia
Avaliação	Séphora Fonseca Franco - médica - Clínica Médica e Rene Coulaud Santos da Costa Cruz - chefe da Divisão Médica
Responsável Técnico	Klaus Zanuncio Protil - médico - Anestesiologia
Aprovação	Vandack Alencar Nobre Júnior - gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico