

**AGONISTAS DE GLP-1 E AGONISTAS DUAIS GIP/GLP-1 NO PERIOPERATÓRIO
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E MANEJO INDIVIDUALIZADO**

**GLP-1 AND DUAL GIP/GLP-1 AGONISTS IN PERIOPERATIVE CARE RISK
STRATIFICATION AND INDIVIDUALIZED MANAGEMENT**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.068-054>

Sávio Baldotto Covre

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
Autor correspondente
E-mail: saviobaldottocovremedicina@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4984347814142245>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-1576-6498>

Benito Gonzalez Campos

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
E-mail: benitogonzcampos@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/5591571854394420>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-6375-0249>

Vitória Duarte da Silva

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
E-mail: duartedasilvavitoria@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/0389382502571528>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-5481-7911>

Juliana Molina Loureiro

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
E-mail: Julianamolina312@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/4847938207278483>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5952-4722>

Isabella Rodrigues

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
E-mail: bellaisarodrigues03@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/1550713743283728>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-6896-5904>

João Pedro Soeiro Pessoa

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
E-mail: jsoeiropessoa@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/6402700036190008>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-9140-4703>

William Magnago de Mattos Panciere

Ensino médio completo; estudante do último ano de Medicina
UNESC – Centro Universitário do Espírito Santo
E-mail: will.magnago@gmail.com
Lattes: <https://lattes.cnpq.br/2428348425205256>
ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-4430-4970>

Resumo

O uso de agonistas do receptor de GLP-1 e agonistas duais GIP/GLP-1 coloca em discussão o equilíbrio entre segurança anestésica e continuidade do tratamento metabólico. Esta revisão narrativa crítica analisa o manejo de adultos submetidos a procedimentos eletivos sob anestesia geral ou sedação profunda. A busca bibliográfica consultou PubMed, Europe PMC, documentos de sociedades científicas e órgãos reguladores, com atualização até 4 de outubro de 2026 e seleção orientada pela pertinência clínica. A síntese diferencia retardo do esvaziamento gástrico, conteúdo gástrico residual e aspiração pulmonar, comparando recomendações norte-americanas, britânicas, australianas e brasileiras. Estudos observacionais demonstram associação com conteúdo residual, enquanto os resultados sobre complicações respiratórias variam conforme desenho e definição do desfecho. Um ensaio randomizado de 2026 favorece a suspensão de uma dose para reduzir conteúdo residual clinicamente significativo na endoscopia, sem demonstrar prevenção de aspiração. Uma coorte prospectiva recente identifica maior frequência de regurgitação ou aspiração, exigindo interpretação separada de seus componentes. As recomendações convergem na avaliação individualizada, mas diferem quanto à suspensão e ao jejum para sólidos e líquidos. A análise propõe integrar fase terapêutica, sintomas, comorbidades, preparo alimentar, técnica anestésica e consequências metabólicas. Conclui-se que nenhuma intervenção isolada assegura estômago vazio e que a decisão deve combinar redução de risco, planejamento compartilhado e reavaliação no dia do procedimento.

Palavras-chave: Agonistas do receptor de GLP-1; Aspiração pulmonar; Cuidados perioperatórios; Esvaziamento gástrico; Tirzepatida.

Abstract

The use of GLP-1 receptor agonists and dual GIP/GLP-1 agonists raises questions about the balance between anesthetic safety and continuity of metabolic treatment. This critical narrative review examines

the management of adults undergoing elective procedures under general anesthesia or deep sedation. The literature search consulted PubMed, Europe PMC, scientific society documents, and regulatory agencies, with updates through October 4, 2026, and selection guided by clinical relevance. The synthesis distinguishes delayed gastric emptying, residual gastric contents, and pulmonary aspiration, comparing American, British, Australian, and Brazilian recommendations. Observational studies show an association with residual contents, whereas findings on respiratory complications vary with study design and outcome definitions. A 2026 randomized trial favors withholding one dose to reduce clinically significant residual contents during endoscopy, without demonstrating prevention of aspiration. A recent prospective cohort identifies a higher frequency of regurgitation or aspiration, requiring separate interpretation of its components. Recommendations converge on individualized assessment but differ regarding medication withholding and fasting for solids and liquids. The analysis proposes integrating treatment phase, symptoms, comorbidities, dietary preparation, anesthetic technique, and metabolic consequences. It concludes that no single intervention ensures an empty stomach and that decision-making should combine risk reduction, shared planning, and reassessment on the day of the procedure.

Keywords: Gastric emptying; GLP-1 receptor agonists; Perioperative care; Pulmonary aspiration; Tirzepatide.

1 INTRODUÇÃO

Um paciente pode cumprir o jejum prescrito e ainda apresentar alimentos no estômago no momento da indução anestésica. Em usuários de agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (GLP-1), essa possibilidade ganhou atenção com relatos de aspiração e estudos sobre conteúdo gástrico residual. A questão deixou de ser apenas farmacológica: envolve decidir se o procedimento pode prosseguir, qual preparo alimentar utilizar e se a interrupção do tratamento oferece benefício suficiente para compensar suas consequências. O problema também se aplica à tirzepatida, agonista dual dos receptores do polipeptídeo insulínico dependente de glicose (GIP) e de GLP-1, cuja ação sobre o esvaziamento não deve ser presumida menor por apresentar mecanismo combinado (Klein; Hobai, 2023; Urva et al., 2020).

As orientações mudaram rapidamente. A recomendação inicial da American Society of Anesthesiologists, em 2023, propôs interromper medicamentos diários no dia do procedimento e semanais por uma semana. A orientação multisocietária divulgada em 2024 passou a admitir continuidade em pacientes sem risco elevado. Em 2025, documentos britânicos, australianos e da Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement adotaram abordagens distintas para o preparo e a avaliação. No Brasil, o posicionamento SBD/SBA/ABESO de 2026 estabeleceu critérios próprios de estabilidade terapêutica e suspensão seletiva (American Society of Anesthesiologists, 2023, 2024; Marino et al., 2026).

A pergunta orientadora é como equilibrar segurança anestésica e continuidade do tratamento metabólico em adultos que usam esses medicamentos. O recorte compreende procedimentos eletivos sob anestesia geral ou sedação profunda; evidências de endoscopia sob outras profundidades de sedação são discutidas com ressalvas de aplicabilidade. Não se pretende revisar integralmente o diabetes perioperatório, situações obstétricas ou protocolos de emergência. A contribuição central consiste em comparar recomendações por seus pressupostos e desfechos, evitando tratar presença de resíduo como aspiração consumada. A síntese também procura mostrar por que o tempo desde a última dose, isoladamente, não substitui a avaliação do paciente, do procedimento e dos recursos disponíveis.

2 METODOLOGIA

Foi desenvolvida revisão narrativa crítica com busca documentada, atualizada até 4 de outubro de 2026. Consultaram-se PubMed por sua interface e serviço de pesquisa, Europe PMC por pesquisa bibliográfica e acesso a textos, páginas de periódicos, sociedades de anestesiologia e diabetes e órgãos reguladores. Buscas complementares na web dirigidas à BVS e à SciELO localizaram literatura regional, além de documentos brasileiros. Empregaram-se combinações de GLP-1, semaglutide, tirzepatide, perioperative, anesthesia, sedation, aspiration, gastric contents, gastric emptying e fasting, além de buscas por títulos, autores, PMID e DOI. Não foi imposto limite inicial de publicação; realizou-se pesquisa adicional de atualizações e estudos de 2026.

Foram selecionados consensos pertinentes, estudos clínicos que distinguissem desfechos gástricos e respiratórios e trabalhos mecanísticos necessários à interpretação. Estudos de populações mistas ou procedimentos diferentes do recorte foram mantidos quando informativos, com sua aplicabilidade explicitada. Notícias comerciais, relatos sem identificação verificável e repetições de uma mesma publicação não fundamentaram recomendações. A reconciliação das fontes utilizou DOI, PMID e título; os textos da orientação multissocietária divulgada em 2024 não foram tratados como recomendações independentes por terem aparecido em diferentes periódicos ou anos de edição.

A extração registrou desenho, contexto, medidas pertinentes, limitações, acesso e relação com as afirmações. As seções centrais dos textos completos acessíveis foram examinadas, e os números citados foram conferidos no material disponível. Procuraram-se correções vinculadas aos registros e versões posteriores das orientações. Algumas fontes permaneceram acessíveis apenas por resumo; para a coorte britânica de setembro de 2026, foram examinados resumo, métodos e resultados disponibilizados pelo periódico, sem acesso contínuo à discussão integral. Essas limitações restringiram a extração. Não houve seleção independente por revisores humanos, avaliação formal de risco de viés, metanálise própria ou graduação de certeza. Os resultados representam síntese interpretativa, sem pretensão de exaustividade.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 MECANISMOS E DISTINÇÃO ENTRE OS DESFECHOS

O GLP-1 participa da regulação da glicemia por efeitos sobre secreção hormonal, ingestão alimentar e motilidade gastrointestinal. O retardo do esvaziamento reduz a velocidade de chegada de nutrientes ao intestino, mas também pode favorecer permanência de conteúdo gástrico antes de anestesia. Os efeitos variam com a exposição, a formulação e a função motora de base. Por isso, classificar todos os usuários como portadores de gastroparesia seria inadequado: um efeito farmacológico sobre motilidade não equivale automaticamente a uma síndrome clínica diagnosticada (Jalleh et al., 2025).

A adaptação ao estímulo contínuo contribui para essa variabilidade. Em experimento com nove voluntários saudáveis, Nauck et al. (2011) observaram atenuação do efeito do GLP-1 intravenoso sobre o esvaziamento durante exposição contínua. O achado demonstra plausibilidade de taquifilaxia, mas sua população e intervenção diferem do uso crônico de medicamentos modernos. Em investigação translacional e de fase inicial, Urva et al. (2020) identificaram retardo após exposição à tirzepatida e redução do efeito com doses repetidas; permaneceu retardo residual em participantes com diabetes submetidos a escalonamento. A manutenção do benefício metabólico não exige que o efeito gástrico permaneça constante. Inversamente, uso prolongado não certifica que esse efeito tenha desaparecido em determinado indivíduo.

Três níveis de evidência precisam ser separados. O primeiro mede a velocidade do esvaziamento após uma refeição padronizada. O segundo identifica o que permanece no estômago no momento do exame, depois do preparo. O terceiro registra regurgitação, entrada de conteúdo na via aérea ou complicações respiratórias subsequentes. Entre esses níveis existem intervenções e condições adicionais: consistência e volume do conteúdo, barreiras antirrefluxo, proteção da via aérea e técnica anestésica. Uma associação no segundo nível justifica atenção preventiva, mas não permite calcular diretamente a probabilidade de pneumonia aspirativa.

Essa diferença explica parte das conclusões aparentemente conflitantes. Hiramoto et al. (2024) reuniram cinco estudos cintilográficos, com 247 participantes, e estimaram aumento médio de 36 minutos no tempo de meio esvaziamento, com IC95% de 17 a 55 minutos e heterogeneidade elevada. Medidas indiretas por absorção de paracetamol não mostraram atraso significativo nos tempos mais tardios avaliados. Esses resultados descrevem médias experimentais e métodos diferentes; não autorizam acrescentar 36 minutos ao jejum de cada paciente. Também não excluem uma cauda de pacientes com retenção importante, porque uma média de esvaziamento não informa necessariamente a proporção com sólidos após jejum prolongado.

A definição de conteúdo residual também varia. Sen et al. (2024) utilizaram sólidos, líquidos espessos ou mais de 1,5 mL/kg de líquidos claros na ultrassonografia. Silveira et al. (2023) adotaram qualquer sólido ou mais de 0,8 mL/kg de líquido medido durante endoscopia. São critérios operacionais distintos, dependentes do método. O limite volumétrico não constitui uma fronteira clínica universal entre segurança e aspiração. Comparar percentuais sem reconhecer essas diferenças pode produzir uma impressão de precisão maior que a permitida pelas fontes.

3.2 EVIDÊNCIAS CLÍNICAS E A ATUALIZAÇÃO DE 2026

O sinal de retenção é consistente em vários contextos, embora sua magnitude varie. Sen et al. (2024) encontraram conteúdo aumentado em 35 de 62 usuários de medicamentos semanais e em 12 de 62 controles; a razão de prevalências ajustada foi 2,48, com IC95% de 1,23 a 4,97. O estudo foi transversal, com recrutamento prospectivo, e não mensurou aspiração como desfecho. Os resultados da ultrassonografia foram comunicados à equipe, o que poderia modificar a conduta subsequente. Assim, demonstra associação com resíduo em pessoas em jejum, sem quantificar o risco respiratório sob um plano anestésico invariável.

Nersessian et al. (2024) avaliaram 220 pacientes: conteúdo aumentado ocorreu em 43 de 107 expostos à semaglutida nos dez dias anteriores e em três de 113 não expostos. Não houve aspiração registrada. O resumo acessível permite confirmar esses denominadores e o caráter observacional, mas não transformar a ausência de eventos em comprovação de segurança. Em endoscopia, Silveira et al. (2023) observaram resíduo em oito de 33 usuários de semaglutida e em 19 de 371 controles, com um episódio de aspiração no grupo exposto. Um evento isolado reforça a possibilidade clínica, mas é insuficiente para estimar com estabilidade o excesso de risco.

Os estudos com grandes bancos de dados respondem a outra pergunta. Alkabbani et al. (2024), em 43.365 adultos com diabetes tipo 2 submetidos a endoscopia alta, compararam usuários de GLP-1 com usuários de inibidores de SGLT2. Não identificaram aumento de aspiração codificada, mas encontraram maior frequência de interrupção do procedimento. Chen et al. (2025), em 366.476 pacientes submetidos a cirurgias frequentes, também não identificaram associação estatisticamente significativa com pneumonia aspirativa nos 30 dias seguintes. Prescrição registrada não confirma administração próxima do procedimento; códigos diagnósticos podem omitir regurgitação sem pneumonia. Esses estudos são relevantes, mas não equivalem a ensaios de continuidade versus suspensão.

Na metanálise de Elkin et al. (2025), nove estudos observacionais, com 185.414 pacientes e 471 aspirações, produziram OR de 1,04, com IC95% de 0,87 a 1,25. Já a síntese de 18 estudos sobre conteúdo residual encontrou OR de 5,96, com IC95% de 3,96 a 8,98. A certeza foi considerada baixa pelos autores para ambos os desfechos. A leitura proporcional é que o aumento de resíduo está mais bem documentado que o aumento de aspiração nessas fontes, e não que as intervenções anestésicas sejam dispensáveis. Tampouco se deve somar os pacientes desses estudos aos das coortes individuais como se constituíssem observações independentes.

Tabela 1 - Estudos selecionados e os desfechos que efetivamente avaliaram

Fonte e contexto	Resultado pertinente	Limite da interpretação
Sen et al. (2024), ultrassonografia antes de anestesia, n = 124	Resíduo aumentado: 35/62 versus 12/62; razão de prevalências ajustada 2,48 (IC95% 1,23-4,97).	Desfecho indireto; aspiração não foi avaliada.
Alkabbani et al. (2024), endoscopia em adultos com diabetes, n = 43.365	Aspiração: RR 0,98 (IC95% 0,73-1,31); interrupção da endoscopia: RR 1,99 (1,56-2,53).	Comparador ativo SGLT2; exposição e eventos por registros administrativos.
Chen et al. (2025), 14 tipos de cirurgia, n = 366.476	Pneumonia aspirativa em 30 dias: OR ajustada 0,78 (IC95% 0,57-1,06).	Resultado não significativo não demonstra equivalência; última dose desconhecida.
Ahmad et al. (2026), OCULUS, endoscopia, n = 60 analisados	Resíduo clinicamente significativo: 7/28 na continuidade e 1/32 na suspensão.	Não houve aspiração; anestesia geral planejada foi excluída; interrupção precoce.
Potter et al. (2026), 119 centros britânicos, n = 47.039	Regurgitação ou aspiração: 19/1.348 versus 57/45.691; OR 11,39 (IC95% 6,47-20,05).	Desfecho combinado; procedimentos eletivos e não eletivos; comparação não plenamente ajustada por perfil clínico.

Fonte: elaboração própria a partir dos estudos identificados em cada linha. Notas: os resultados não são diretamente intercambiáveis. GLP-1: peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1; SGLT2: cotransportador sódio-glicose tipo 2; RR: razão de riscos; OR: razão de chances; IC95%: intervalo de confiança de 95%.

O ensaio OCULUS acrescenta evidência experimental, sem encerrar a controvérsia. Ahmad et al. (2026) randomizaram 68 pessoas, com 60 na análise apresentada e oito exclusões após randomização. Todos usavam dose estável por pelo menos um mês. O desfecho de conteúdo residual clinicamente significativo ocorreu em 25,0% dos que continuaram e 3,1% dos que suspenderam uma dose; a diferença absoluta foi 21,9 pontos percentuais, com IC90% de 7,0 a 36,7. A interrupção precoce ocorreu em análise interina predefinida. Os eventos consistiram em conteúdo que impedia exame adequado, sem aspiração. O grupo de 25 pacientes com colonoscopia concomitante, líquidos claros e preparo intestinal não apresentou o desfecho. Nesse subgrupo, a dieta não foi randomizada e seu efeito não foi isolado; o tamanho reduzido, as exclusões e a ausência de anestesia geral planejada limitam a extrapolação.

A atualização de Potter et al. (2026) impede afirmar que a literatura clínica seja uniformemente tranquilizadora. A coorte encontrou maior frequência do desfecho combinado em usuários; as aspirações clínicas isoladas, porém, foram duas entre 1.348 usuários e 16 entre 45.691 não usuários. O OR do composto não pode ser atribuído à aspiração isolada. A coleta incluiu emergências e não obteve caracterização completa de todos os não usuários sem eventos, limitando o controle de confundimento. O estudo amplia a vigilância sobre eventos perioperatórios, especialmente na emergência da anestesia, mas não estabelece causalidade nem identifica qual estratégia de suspensão previne complicações. Confrontar essas fontes exige manter separados desenho, população, intervenção e definição do evento.

3.3 O QUE CONVERGE E O QUE DIVERGE NAS RECOMENDAÇÕES

A mudança norte-americana deve ser situada historicamente. A proposta da ASA de 2023 surgiu diante de evidência escassa, baseada sobretudo em relatos, e adotou suspensão por frequência de administração. A orientação multissocietária de 2024 substituiu essa lógica como abordagem geral por avaliação compartilhada de risco. O artigo de Kindel et al., publicado eletronicamente em 2024 e em volume de 2025, explicita que a duração ideal de suspensão permanece desconhecida; quando a equipe opta por suspender, remete aos intervalos anteriores. A divulgação institucional também destaca o escalonamento e os sintomas na decisão de adiar procedimentos eletivos (American Society of Anesthesiologists, 2023, 2024; Kindel et al., 2025).

Os consensos não divergem apenas sobre administrar o medicamento. Diferem sobre quais pacientes devem modificar a alimentação e sobre o significado atribuído à ausência de sintomas. O consenso britânico recomenda continuidade, jejum conforme orientação aplicável e avaliação conjunta de fatores individuais, sem usar sintomas isolados para determinar conteúdo. A SPAQI também favorece continuidade em pacientes sem sintomas importantes, mas recomenda 24 horas sem sólidos e intervalos específicos para líquidos. O documento australiano estende a dieta de líquidos claros aos usuários e não aceita ausência de sintomas como critério suficiente de baixo risco (El-Boghdadly et al., 2025; Oprea et al., 2025; Hocking et al., 2025).

Quadro 1 - Comparação das recomendações perioperatórias selecionadas

Documento e situação editorial	Conduta com o medicamento	Preparo e principal ressalva
ASA 2023, referência histórica	Suspender diários no dia e semanais por uma semana, independentemente da indicação.	Jejum habitual; sintomas ou não suspensão motivam reavaliação e precauções.
Multissocietário dos EUA 2024, Kindel et al. (2025)	Continuar sem risco elevado; suspensão seletiva após decisão compartilhada.	Dieta líquida por pelo menos 24 h se houver preocupação com retardo; ultrassom e ajuste da via aérea podem ser considerados.
Consenso britânico 2025	Continuar GLP-1 e agonistas duais.	Seguir jejum aplicável; sintomas não determinam conteúdo; avaliar risco na indução, manutenção e emergência.
SPAQI 2025	Continuar sem náusea intensa, vômitos ou incapacidade de ingestão; saciedade precoce isolada não integra essa definição.	Sem sólidos por 24 h, apenas líquidos claros; suspender líquidos claros com glicose $\geq 10\%$ por 8 h e com $<10\%$ por 4 h.
ADS/ANZCA/GESA/NACOS 2025 e esclarecimento ANZCA 2026	Não recomendar suspensão eletiva rotineira.	Líquidos claros por 24 h; no preparo final, apenas água nas 6 h anteriores e nada por via oral nas últimas 2 h. Sintomas ausentes não excluem resíduo.
SBD/SBA/ABESO 2026, recomendações R7-R10	Manter se esquema estável há >12 semanas e sem fatores de risco; suspender por 7 dias os de longa duração ou 1 dia os de curta duração se houver risco, escalonamento ou estabilidade insuficiente.	Dieta líquida por 24 h e jejum de 8-12 h, individualizável; ultrassom quando disponível. Semaglutida oral também é classificada como longa duração.

Fonte: elaboração própria com base em American Society of Anesthesiologists (2023, 2024), Kindel et al. (2025), El-Boghdadly et al. (2025), Oprea et al. (2025), Hocking et al. (2025), Australian and New Zealand College of Anaesthetists (2026) e Marino et al. (2026). Notas: o quadro descreve documentos, não estabelece uma prescrição única. ASA: American Society of Anesthesiologists; SPAQI: Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement; ADS: Australian Diabetes Society; ANZCA: Australian and New Zealand College of Anaesthetists; GESA: Gastroenterological Society of Australia; NACOS: National Association of Clinical Obesity Services; SBD: Sociedade Brasileira de Diabetes; SBA: Sociedade Brasileira de Anestesiologia; ABESO: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica.

O esclarecimento da ANZCA, atualizado em abril de 2026, merece atenção porque o texto de 2025 menciona jejum padrão de seis horas depois da dieta de líquidos claros. Isso não significa seis horas de proibição absoluta de água: a página vigente permite somente água no intervalo final de seis horas e determina jejum completo nas últimas duas. A SPAQI, por sua vez, diferencia líquidos por concentração de glicose. Logo, “dieta líquida”, “líquidos claros” e “jejum total” não são expressões intercambiáveis. Um protocolo institucional precisa indicar o que o paciente pode consumir e quando, em vez de combinar partes de documentos que usam definições diferentes (Australian and New Zealand College of Anaesthetists, 2026; Oprea et al., 2025).

A orientação brasileira introduz estabilidade superior a 12 semanas e diferencia duração farmacológica de frequência de administração. O critério é recomendação do documento, não um limiar prospectivamente validado de risco nulo. Sua aplicação tampouco dispensa preparo e reavaliação. Em conjunto, as divergências mostram diferentes respostas à incerteza: restringir alimentação para todos, concentrar intervenções nos fatores identificados ou adotar suspensão seletiva. A adesão a uma recomendação deve vir acompanhada de conhecimento de suas condições, da data e do contexto para o qual foi formulada (Marino et al., 2026).

3.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO SEM UM ESCORE VALIDADO

A avaliação pré-anestésica começa pela identificação do fármaco, indicação, apresentação, dose atual, data da última administração, início do tratamento e mudanças recentes. A frequência diária não informa, sozinha, a duração de ação. Também é necessário perguntar de modo direto sobre medicamentos obtidos fora do prontuário habitual; o alerta britânico destaca que tratamentos para perda de peso podem não constar da reconciliação inicial. Perguntas neutras favorecem informação completa e reduzem decisões baseadas em suposições sobre a indicação (Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, 2025).

Escalonamento, aumento recente de dose e sintomas persistentes merecem atenção, mas não funcionam como um teste diagnóstico de estômago cheio. Náuseas intensas, vômitos recorrentes e incapacidade de tolerar a dieta podem justificar otimização e adiamento. Distensão, dor abdominal e constipação devem ser interpretadas junto da história, sem atribuição automática ao medicamento. A relação entre sintomas e motilidade é imperfeita: uma pessoa assintomática pode ter resíduo, enquanto uma pessoa com náusea pode não apresentar grande volume. A avaliação deve investigar gastroparesia conhecida, alterações anatômicas e outros medicamentos que reduzam a motilidade (Hocking et al., 2025; Medicines and Healthcare products Regulatory Agency, 2025).

O procedimento modifica a consequência potencial do mesmo achado gástrico. Na sedação profunda, reflexos protetores podem estar comprometidos sem uma via aérea protegida por tubo traqueal. Converter o plano para anestesia geral com intubação pode reduzir determinadas exposições, mas acrescenta riscos e requer condições técnicas adequadas. Na anestesia geral, a atenção deve alcançar a extubação e a recuperação. Considerar apenas a indução deixaria de abordar um período relevante na coorte prospectiva recente. Essa avaliação não autoriza definir todos os usuários como de alto risco nem pressupor que a técnica habitual seja segura independentemente do preparo (El-Boghdadly et al., 2025; Potter et al., 2026).

Quadro 2 - Situações clínicas e perguntas para uma decisão individualizada

Situação identificada	Pergunta decisória	Resposta a considerar e limite
Tratamento estável, sem sintomas importantes, preparo cumprido	Há fatores adicionais de retenção ou vulnerabilidade da via aérea?	Continuidade pode ser compatível com documentos atuais; estabilidade e ausência de sintomas não garantem estômago vazio.
Escalonamento ou intolerância gastrointestinal	O risco pode diminuir com otimização antes de um procedimento eletivo?	Considerar adiamento e revisão do tratamento com o prescritor; evitar um prazo universal sem reavaliação.
Preparo incompleto ou história pouco confiável	A avaliação gástrica modificará a conduta e está disponível?	Considerar ultrassom por profissional habilitado; resultado inconclusivo mantém a incerteza.
Sólidos demonstrados ou preocupação persistente	O benefício de prosseguir supera o de adiar, com proteção da via aérea viável?	Comparar adiamento e plano anestésico com precauções para estômago cheio; documentar a justificativa.

Fonte: síntese interpretativa própria apoiada em Kindel et al. (2025), El-Boghdadly et al. (2025), Oprea et al. (2025) e Marino et al. (2026). Nota: não se trata de escore, algoritmo validado ou protocolo independente das recomendações locais.

A categoria de risco deve orientar uma ação, e não apenas produzir um rótulo. Se uma informação não muda o preparo, a necessidade de avaliação ou a técnica, sua coleta acrescenta pouco à decisão imediata. Em contrapartida, desconhecer a última refeição, uma escalada recente ou intolerância persistente pode alterar a estratégia. A estratificação é, portanto, processo revisável: antes do agendamento define o planejamento; na consulta pré-anestésica confirma a viabilidade; no dia do procedimento incorpora adesão e estado clínico. Registrar essa sequência facilita comunicação sem criar aparência de precisão matemática inexistente.

3.5 ESTRATÉGIAS DE REDUÇÃO DE RISCO E SEUS LIMITES

A modificação alimentar tem plausibilidade e suporte clínico limitado. Ghazanfar et al. (2024) encontraram resíduo em dois de 126 pacientes orientados a líquidos claros ou dieta de baixo resíduo, frente a 18 de 180 em dieta regular. O grupo de intervenção não era exclusivamente de líquidos claros, e a adesão não pôde ser confirmada retrospectivamente. Maselli et al. (2024) descreveram 57 adultos submetidos a gastroplastia endoscópica, sem suspensão, após pelo menos 24 horas sem sólidos e 12 horas de jejum total, sem resíduo sólido ou aspiração registrados. A série não tem grupo comparador. Esses estudos apoiam investigação do preparo alimentar, mas não demonstram que qualquer dieta líquida elimine o risco em todas as cirurgias.

Wilson et al. (2026), em estudo prospectivo com 256 pacientes de endoscopia, combinaram suspensão por uma semana e dieta de líquidos claros por 24 horas nos usuários. O resumo relata resíduo em 8% deles e 6% dos controles, sem diferença significativa. Como as duas medidas foram combinadas e os controles receberam outro preparo, o estudo não permite identificar a contribuição isolada da suspensão ou da dieta. Junto do OCULUS, ele reforça uma pergunta ainda aberta: quais pacientes precisam de ambas

as intervenções e quais obtêm redução suficiente do resíduo apenas com modificação alimentar? A ausência de aspiração em amostras pequenas não responde a essa pergunta.

A ultrassonografia gástrica pode transformar uma suspeita inespecífica em informação sobre conteúdo presente. Seu valor é maior quando o resultado tem consequência definida, como prosseguir, modificar a proteção da via aérea ou adiar. A estimativa de volume depende de técnica e modelo apropriados: o modelo clássico de Perlas et al. (2013), desenvolvido em 108 pacientes, foi validado para adultos não gestantes com IMC inferior a 40 kg/m² e volumes de líquido de até 500 mL. Isso recomenda cautela ao extrapolar equações para anatomia alterada ou outras populações. A identificação qualitativa de sólidos também não deve ser confundida com uma medida quantitativa perfeita.

Um exame interpretável requer competência, equipamento e condições de posicionamento. Janela inadequada, anatomia diferente ou dificuldade técnica podem tornar o resultado inconclusivo. Nessas situações, “não visualizado” não equivale a “vazio”. Mesmo quando o exame sugere baixo conteúdo, ele não elimina riscos de regurgitação e aspiração determinados por outras condições. A proposta é complementar a avaliação clínica, não usar o ultrassom como certificação isolada. A indisponibilidade do recurso tampouco pode ser convertida em evidência de segurança; exige explicitar o grau de incerteza e reconsiderar as opções realizáveis (El-Boghdadly et al., 2025; Perlas et al., 2013).

Se houver retenção importante ou suspeita não resolvida, a equipe deve comparar adiamento e mudanças anestésicas. Intubação traqueal, indução com precauções apropriadas e extubação desperta aparecem no consenso britânico como estratégias possíveis. A escolha depende de risco de via aérea difícil, reserva fisiológica e natureza do procedimento. Uma técnica de sequência rápida não é intervenção neutra nem elimina toda aspiração; executá-la de forma indiscriminada pode deslocar o risco para dificuldade de ventilação ou intubação. A decisão precisa ser tomada por profissional habilitado, com plano para complicações e concordância sobre a viabilidade do procedimento (El-Boghdadly et al., 2025).

Os pró-cinéticos constituem opção com evidência ainda insuficiente para emprego universal. O documento australiano considera eritromicina, mas reconhece que sua efetividade no cenário de usuários desses medicamentos não foi estabelecida por ensaios perioperatórios apropriados. Quando utilizada conforme avaliação especializada e informações do produto, a resposta deve ser reavaliada. Nem o uso de pró-cinético, nem a tentativa de esvaziamento por sonda, substituem a análise da consistência do conteúdo e da via aérea. A justificativa de qualquer intervenção adicional deve ser proporcional ao benefício esperado, evitando incorporar medidas farmacológicas apenas por plausibilidade (Hocking et al., 2025).

3.6 CONTINUIDADE METABÓLICA E IMPLEMENTAÇÃO NO BRASIL

Suspender um medicamento pode reduzir exposição farmacológica sem assegurar normalização da função gástrica. Santos et al. (2024), em análise retrospectiva de 1.094 endoscopias, associaram períodos

de interrupção menores e sintomas persistentes a maior resíduo, sugerindo intervalos superiores a duas ou três semanas em subgrupos. O acesso por resumo limita o exame de seus ajustes. Esses intervalos não devem ser convertidos em regra universal, porque derivam de comparação observacional e de um desfecho indireto. O OCULUS demonstra redução de resíduo com suspensão de uma dose em contexto selecionado, mas não valida suspensão prolongada em todo usuário ou prevenção de pneumonia aspirativa.

O custo metabólico da interrupção também precisa ser tratado sem exagero. Há plausibilidade de piora glicêmica em pessoas com diabetes, porém os danos de uma breve suspensão variam com controle de base, tratamentos associados e duração. Benefícios cardiovasculares ou renais demonstrados durante tratamento continuado não provam que uma dose omitida cause eventos perioperatórios. Por outro lado, pressupor interrupção inócua para todos ignora pacientes dependentes do esquema para estabilidade glicêmica. A decisão exige um plano concreto de monitoramento e eventual ajuste com o prescritor, em vez de prescrever automaticamente tratamento de substituição para qualquer suspensão (Kindel et al., 2025; Oprea et al., 2025).

A restrição alimentar também interage com a terapêutica. O plano deve preservar hidratação e considerar risco de hipoglicemia quando existem medicamentos associados, sobretudo insulina e secretagogos. Combinações fixas de insulina com agonista de GLP-1 precisam ser reconhecidas: retirar o componente incretínico não é operacionalmente equivalente a omitir toda a apresentação sem revisão da cobertura insulínica. O posicionamento brasileiro menciona essas combinações e a participação do médico assistente quando a interrupção ultrapassa os intervalos usuais. Embora o capítulo não detalhe esquemas de insulina, essa interface é necessária para que a redução do risco anestésico não crie descompensação evitável (Marino et al., 2026).

Depois do procedimento, retomada exige atenção à tolerância alimentar, náuseas, vômitos e duração da interrupção. A SPAQI propõe reinício quando o paciente retoma a dieta habitual, diferenciando contextos ambulatorial e hospitalar. Se a suspensão tiver sido prolongada, a dose e eventual necessidade de nova titulação devem ser definidas com o prescritor e a informação específica do medicamento. O retorno não deve ocorrer por reflexo administrativo ao receber alta, nem permanecer indefinidamente adiado porque o plano pré-operatório não incluiu essa etapa (Oprea et al., 2025).

No Brasil, o alerta da Anvisa solicita identificação do uso antes de anestesia geral ou sedação profunda e atenção ao conteúdo residual. Trata-se de comunicação de segurança, não de uma estimativa causal de risco para todos os pacientes nem de determinação de intervalo universal de suspensão. Sua aplicação pode ser articulada ao posicionamento SBD/SBA/ABESO e ao protocolo local, reconhecendo limitações de acesso à ultrassonografia e ao acompanhamento do prescritor. Não cabe pressupor disponibilidade uniforme dos medicamentos, das tecnologias ou de sua oferta no sistema público a partir de recomendações clínicas (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2024).

Uma implementação útil precisa produzir instrução compreensível e responsabilidade definida. O paciente deve receber orientação escrita sobre o medicamento, a alimentação permitida e o horário final de ingestão, além de um canal para relatar intolerância ou preparo incompleto. A equipe precisa saber quem decide uma suspensão, quem acompanha suas consequências e quem confirma a retomada. Essa organização não elimina incerteza científica, mas reduz variações decorrentes de mensagens contraditórias. Adiar um procedimento eletivo deve estar ligado a um objetivo verificável, como controlar sintomas ou completar preparo, para evitar cancelamentos repetidos sem mudança real das condições.

A avaliação institucional deve distinguir medidas de processo e desfechos clínicos. Encontrar mais resíduos após introduzir ultrassonografia pode refletir maior detecção, e não piora da segurança. Reduzir aspirações enquanto aumentam cancelamentos também exige analisar o custo assistencial dessa estratégia. São úteis registros separados de resíduo, regurgitação, aspiração, interrupção do procedimento e eventos metabólicos, com descrição do preparo e da técnica. A agenda de pesquisa inclui comparações entre dieta e suspensão, investigação em cirurgia sob anestesia geral e caracterização de fatores que modifiquem o benefício das intervenções. O ensaio e a coorte de 2026 apontam caminhos diferentes e complementares, ainda insuficientes para um único protocolo universal.

4 CONCLUSÃO

O equilíbrio entre segurança anestésica e continuidade metabólica requer tratar conteúdo residual como marcador relevante, sem equipará-lo à aspiração pulmonar. A evidência de associação dos medicamentos com retenção é mais consistente; as estimativas de eventos respiratórios dependem do desenho e da definição utilizada. A atualização de 2026 acrescenta redução experimental de resíduo com suspensão de uma dose na endoscopia e um sinal prospectivo de aumento do composto regurgitação ou aspiração, sem estabelecer uma estratégia universal de prevenção.

As recomendações convergem na necessidade de conhecer o tratamento e avaliar o paciente, mas conservam diferenças práticas sobre suspensão, estabilidade terapêutica e jejum. A decisão deve integrar fase de escalonamento, sintomas, fatores adicionais de dismotilidade, adesão ao preparo, técnica anestésica e impacto de interromper a terapêutica. Continuidade com mitigação pode ser apropriada em situações selecionadas; suspensão ou adiamento precisam de justificativa e acompanhamento. Nenhum intervalo de interrupção, dieta ou exame isolado assegura estômago vazio ou risco nulo.

Para a prática brasileira, a contribuição mais aplicável é organizar um plano compartilhado antes do procedimento, reavaliá-lo no dia e definir a retomada. As propostas de síntese deste capítulo apoiam esse raciocínio, mas não constituem escore validado nem substituem decisão anestésica individual. Estudos que comparem intervenções e mensurem separadamente desfechos gástricos, respiratórios e metabólicos são necessários para reduzir a incerteza sem impor perda desnecessária dos benefícios terapêuticos.

DECLARAÇÕES

Conflitos de interesse: Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Uso de inteligência artificial: Foi utilizado um assistente de inteligência artificial (ChatGPT/Codex, OpenAI) para apoio às buscas e à organização bibliográfica, à extração de informações das fontes acessíveis, à redação e revisão textual da síntese, à tradução do resumo e à preparação dos arquivos e tabelas. Todos os autores revisaram e conferiram o manuscrito.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Anvisa alerta sobre risco do uso de medicamentos agonistas GLP-1 em pacientes que serão submetidos a anestesia ou sedação profunda. Brasília, DF: **Anvisa**, 16 set. 2024. Atualizado em 1 ago. 2026. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-alerta-sobre-o-risco-do-uso-de-medicamentos-agonistas-glp-1-em-pacientes-que-serao-submetidos-a-anestesia-ou-sedacao-profunda>. Acesso em: 4 out. 2026.

AHMAD, Akram I et al. Holding vs Continuing GLP-1/GIP Agonists Before Upper Endoscopy: The OCULUS Randomized Clinical Trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 186, n. 5, p. 578-584, 2026. DOI: 10.1001/jamainternmed.2026.0027. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2026.0027>. Acesso em: 4 out. 2026.

ALKABBANI, Wajd et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists before upper gastrointestinal endoscopy and risk of pulmonary aspiration or discontinuation of procedure: cohort study. **BMJ**, v. 387, art. e080340, 2024. DOI: 10.1136/bmj-2024-080340. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080340>. Acesso em: 4 out. 2026.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. **American Society of Anesthesiologists consensus-based guidance on preoperative management of patients (adults and children) on glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists**. 29 jun. 2023. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2023/06/american-society-of-anesthesiologists-consensus-based-guidance-on-preoperative>. Acesso em: 4 out. 2026.

AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS. **Most patients can continue diabetes, weight loss GLP-1 drugs before surgery, those at highest risk for GI problems should follow liquid diet before procedure**. 29 out. 2024. Atualizado em 18 fev. 2025. Disponível em: <https://www.asahq.org/about-asa/newsroom/news-releases/2024/10/new-multi-society-glp-1-guidance>. Acesso em: 4 out. 2026.

AUSTRALIAN AND NEW ZEALAND COLLEGE OF ANAESTHETISTS. GLP-1 receptor agonists - clinical practice recommendations. [S. l.]: **ANZCA**, [2026]. Seção FAQs, esclarecimento de jejum atualizado em abr. 2026. Disponível em: <https://www.anzca.edu.au/safety-and-advocacy/standards-of-practice/clinical-practice-recommendations-regarding-patients-taking-glp-1>. Acesso em: 4 out. 2026.

CHEN, Yuan-Hsin et al. Postoperative Aspiration Pneumonia Among Adults Using GLP-1 Receptor Agonists. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 3, art. e250081, 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.0081. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.0081>. Acesso em: 4 out. 2026.

EL-BOGHDADLY, Kariem et al. Elective peri-operative management of adults taking glucagon-like peptide-1 receptor agonists, glucose-dependent insulintropic peptide agonists and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: a multidisciplinary consensus statement: A consensus statement from the Association of Anaesthetists, Association of British Clinical Diabetologists, British Obesity and Metabolic Surgery Society, Centre for Perioperative Care, Joint British Diabetes Societies for Inpatient Care, Royal College of Anaesthetists, Society for Obesity and Bariatric Anaesthesia and UK Clinical Pharmacy Association. **Anaesthesia**, v. 80, n. 4, p. 412-424, 2025. DOI: 10.1111/anae.16541. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.16541>. Acesso em: 4 out. 2026.

ELKIN, Jasmin et al. Association between glucagon-like peptide-1 receptor agonist use and peri-operative pulmonary aspiration: a systematic review and meta-analysis. **Anaesthesia**, v. 80, n. 7, p. 846-858, 2025. DOI: 10.1111/anae.16601. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.16601>. Acesso em: 4 out. 2026.

GHAZANFAR, Haider et al. Is it necessary to stop glucagon-like peptide-1 receptor agonists prior to endoscopic procedure? A retrospective study. **World Journal of Gastroenterology**, v. 30, n. 26, p. 3221-3228, 2024. DOI: 10.3748/wjg.v30.i26.3221. Disponível em: <https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i26.3221>. Acesso em: 4 out. 2026.

HIRAMOTO, Brent et al. Quantified Metrics of Gastric Emptying Delay by Glucagon-Like Peptide-1 Agonists: A Systematic Review and Meta-Analysis With Insights for Periprocedural Management. **The American Journal of Gastroenterology**, v. 119, n. 6, p. 1126-1140, 2024. DOI: 10.14309/ajg.0000000000002820. Disponível em: <https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000002820>. Acesso em: 4 out. 2026.

HOCKING, Samantha L et al. 2025 ADS/ANZCA/GESA/NACOS clinical practice recommendations on the peri-procedural use of GLP-1/GIP receptor agonists. **Anaesthesia and Intensive Care**, v. 53, n. 5, p. 300-306, 2025. DOI: 10.1177/0310057x251355288. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0310057x251355288>. Acesso em: 4 out. 2026.

JALLEH, Ryan J et al. Clinical Consequences of Delayed Gastric Emptying With GLP-1 Receptor Agonists and Tirzepatide. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 110, n. 1, p. 1-15, 2025. DOI: 10.1210/clinem/dgae719. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae719>. Acesso em: 4 out. 2026.

KINDEL, Tammy L et al. Multi-society clinical practice guidance for the safe use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the perioperative period. **Surgical Endoscopy**, v. 39, n. 1, p. 180-183, 2025. DOI: 10.1007/s00464-024-11263-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s00464-024-11263-2>. Acesso em: 4 out. 2026.

KLEIN, Sandra R; HOBAL, Ion A. Semaglutide, delayed gastric emptying, and intraoperative pulmonary aspiration: a case report. **Canadian Journal of Anesthesia**, v. 70, n. 8, p. 1394-1396, 2023. DOI: 10.1007/s12630-023-02440-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-023-02440-3>. Acesso em: 4 out. 2026.

MARINO, Emerson Cestari et al. Rastreamento e controle da hiperglicemia no perioperatório - posicionamento conjunto da Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD), Sociedade Brasileira de Anestesiologia (SBA) e Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (ABESO). In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes**. Ed. 2026. DOI: 10.29327/5881296.2026-8. Disponível em:

<https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-controle-da-hiperglicemia-no-perioperatorio/>. Acesso em: 4 out. 2026.

MASELLI, Daniel B et al. Safe Continuation of Glucagon-like Peptide 1 Receptor Agonists at Endoscopy: A Case Series of 57 Adults Undergoing Endoscopic Sleeve Gastropasty. **Obesity Surgery**, v. 34, n. 7, p. 2369-2374, 2024. DOI: 10.1007/s11695-024-07278-2. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s11695-024-07278-2>. Acesso em: 4 out. 2026.

MEDICINES AND HEALTHCARE PRODUCTS REGULATORY AGENCY. **GLP-1 and dual GIP/GLP-1 receptor agonists**: potential risk of pulmonary aspiration during general anaesthesia or deep sedation. Drug Safety Update, 28 jan. 2025. Disponível em: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/glp-1-and-dual-gip-slash-glp-1-receptor-agonists-potential-risk-of-pulmonary-aspiration-during-general-anaesthesia-or-deep-sedation>. Acesso em: 4 out. 2026.

NAUCK, Michael A et al. Rapid tachyphylaxis of the glucagon-like peptide 1-induced deceleration of gastric emptying in humans. **Diabetes**, v. 60, n. 5, p. 1561-1565, 2011. DOI: 10.2337/db10-0474. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/db10-0474>. Acesso em: 4 out. 2026.

NERSESSIAN, Rafael S F et al. Relationship between residual gastric content and peri-operative semaglutide use assessed by gastric ultrasound: a prospective observational study. **Anaesthesia**, v. 79, n. 12, p. 1317-1324, 2024. DOI: 10.1111/anae.16454. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.16454>. Acesso em: 4 out. 2026.

OPREA, Adriana D et al. Perioperative management of patients taking glucagon-like peptide 1 receptor agonists: Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI) multidisciplinary consensus statement. **British Journal of Anaesthesia**, v. 135, n. 1, p. 48-78, 2025. DOI: 10.1016/j.bja.2025.04.001. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.04.001>. Acesso em: 4 out. 2026.

PERLAS, Anahi et al. Validation of a mathematical model for ultrasound assessment of gastric volume by gastroscopic examination. **Anesthesia & Analgesia**, v. 116, n. 2, p. 357-363, 2013. DOI: 10.1213/ane.0b013e318274fc19. Disponível em: <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e318274fc19>. Acesso em: 4 out. 2026.

POTTER, Thomas E et al. Peri-operative glucagon-like peptide-1 receptor agonist use and outcomes: a national prospective multicentre cohort study. **Anaesthesia**, publicação eletrônica antecipada, 2026. DOI: 10.1111/anae.70380. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.70380>. Acesso em: 4 out. 2026.

SANTOS, Leonardo Barbosa et al. Effect of various perioperative semaglutide interruption intervals on residual gastric content assessed by esophagogastroduodenoscopy: A retrospective single center observational study. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 99, art. 111668, 2024. DOI: 10.1016/j.jclinane.2024.111668. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2024.111668>. Acesso em: 4 out. 2026.

SEN, Sudipta et al. Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonist Use and Residual Gastric Content Before Anesthesia. **JAMA Surgery**, v. 159, n. 6, p. 660-667, 2024. DOI: 10.1001/jamasurg.2024.0111. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2024.0111>. Acesso em: 4 out. 2026.

SILVEIRA, Saullo Queiroz et al. Relationship between perioperative semaglutide use and residual gastric content: A retrospective analysis of patients undergoing elective upper endoscopy. **Journal of Clinical**

Anesthesia, v. 87, art. 111091, 2023. DOI: 10.1016/j.jclinane.2023.111091. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2023.111091>. Acesso em: 4 out. 2026.

URVA, Shweta et al. The novel dual glucose-dependent insulintropic polypeptide and glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonist tirzepatide transiently delays gastric emptying similarly to selective long-acting GLP-1 receptor agonists. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 22, n. 10, p. 1886-1891, 2020. DOI: 10.1111/dom.14110. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/dom.14110>. Acesso em: 4 out. 2026.

WILSON, P Ryan et al. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and retained gastric contents on endoscopy: a prospective observational study. **Canadian Journal of Anesthesia**, publicação eletrônica antecipada, 2026. DOI: 10.1007/s12630-026-03186-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12630-026-03186-4>. Acesso em: 4 out. 2026.