Capítulo 33

Agonistas do Receptor de Glp-1 no Período Perioperatório: Risco de Broncoaspiração, Evidências Atuais e Divergências entre Diretrizes

Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists in the Perioperative Period: Pulmonary Aspiration Risk, Current Evidence and Divergences Among Guidelines

Bárbara Mattos Luz

Médica pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Bernardo Mattos Luz

Médico pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Isabela Colla Garibotti

Graduanda em Medicina pela Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL).

Resumo: Os agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (AR-GLP-1), como a semaglutida, e o coagonista GIP/GLP-1 tirzepatida tornaram-se amplamente utilizados no tratamento do diabetes mellitus tipo 2 e da obesidade, de modo que pacientes em uso dessas drogas são cada vez mais frequentes no centro cirúrgico. Por retardarem o esvaziamento gástrico, esses fármacos suscitaram preocupação quanto ao risco de broncoaspiração durante anestesia e sedação. Este capítulo tem como objetivo revisar as evidências sobre conteúdo gástrico residual e broncoaspiração em usuários de AR-GLP-1 e comparar as principais recomendações nacionais e internacionais para o manejo perioperatório. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com buscas nas bases PubMed/MEDLINE, SciELO e LILACS, abrangendo publicações de 2021 a 2026. Os estudos observacionais demonstram, de forma consistente, maior prevalência de conteúdo gástrico residual nesses pacientes, mesmo com jejum adequado. Entretanto, metanálises recentes não identificaram aumento estatisticamente significativo de broncoaspiração, embora com baixa certeza de evidência. As diretrizes divergem: a orientação inicial da American Society of Anesthesiologists recomendava a suspensão rotineira, enquanto documentos posteriores, americanos, britânicos, australianos e brasileiros, favorecem a manutenção do fármaco na maioria dos pacientes ou a suspensão seletiva, associadas à estratificação de risco, à dieta líquida nas 24 horas anteriores e à ultrassonografia gástrica à beira do leito. Conclui-se que a abordagem individualizada e baseada em risco é atualmente a mais defensável e que estudos prospectivos com desfechos clínicos ainda são necessários.

Palavras-chave: aspiração respiratória; esvaziamento gástrico; período perioperatório; anestesia.

Abstract: Glucagon-like peptide-1 receptor agonists (GLP-1 RAs), such as semaglutide, and the dual GIP/GLP-1 agonist tirzepatide have become widely used to treat type 2 diabetes mellitus and obesity, so patients taking these drugs are increasingly common in the operating room. Because they delay gastric emptying, these drugs have raised concern about the risk of pulmonary aspiration during anesthesia and sedation. This chapter aims to review the evidence on residual gastric content and pulmonary aspiration in GLP-1 RA users and to compare the main national and international recommendations for perioperative management. This is a narrative literature review, with searches in PubMed/MEDLINE, SciELO, and LILACS covering

DOI: 10.47573/aya.5379.3.22.33

publications from 2021 to 2026. Observational studies consistently show a higher prevalence of residual gastric content in these patients, even after adequate fasting. However, recent meta-analyses have not found a statistically significant increase in pulmonary aspiration, although the certainty of evidence is low. Guidelines diverge: the initial guidance from the American Society of Anesthesiologists recommended routine discontinuation, whereas later American, British, Australian and Brazilian documents favor continuing the drug in most patients or selective discontinuation, combined with risk stratification, a liquid diet in the preceding 24 hours and point-of-care gastric ultrasound. We conclude that an individualized, risk-based approach is currently the most defensible one and that prospective studies with clinical outcomes are still needed.

Keywords: respiratory aspiration; gastric emptying; perioperative period; anesthesia.

INTRODUÇÃO

A obesidade e o diabetes mellitus tipo 2 figuram entre os principais desafios de saúde pública da atualidade, e o tratamento farmacológico de ambos foi profundamente transformado pelos agonistas do receptor do peptídeo semelhante ao glucagon tipo 1 (AR-GLP-1). No ensaio clínico STEP 1, a semaglutida semanal em dose de 2,4 mg promoveu redução média de cerca de 15% do peso corporal em adultos com sobrepeso ou obesidade, resultado muito superior ao observado com placebo (Wilding *et al.,* 2021). Com a chegada da tirzepatida, agonista dos receptores de GIP e GLP-1, e a ampliação progressiva das indicações, o número de pacientes que utilizam essas medicações e que precisam ser submetidos a cirurgias, endoscopias e outros procedimentos sob anestesia ou sedação cresceu de forma expressiva.

O GLP-1 endógeno é um hormônio incretínico secretado pelo intestino após a ingestão alimentar, com meia-vida de poucos minutos, por ser rapidamente degradado pela enzima dipeptidil peptidase-4 (Mendes; Carvalho; Lopes, 2024). Os análogos sintéticos foram modificados para resistir a essa degradação; a semaglutida, por exemplo, apresenta meia-vida de eliminação de aproximadamente sete dias, o que permite a administração semanal (Araújo; Rabahi; Ferreira, 2025). Um dos mecanismos que explicam a saciedade induzida por essas drogas é o retardo do esvaziamento gástrico, efeito desejável no tratamento, mas que passou a preocupar anestesiologistas e cirurgiões, pois pode resultar em conteúdo gástrico retido mesmo após o cumprimento do jejum pré-operatório convencional.

Em 2023, relatos de caso de broncoaspiração intraoperatória em pacientes em uso de semaglutida, apesar de jejum adequado (Klein; Hobai, 2023), e um estudo brasileiro que demonstrou maior conteúdo gástrico residual em usuários dessa droga submetidos à endoscopia digestiva alta (Silveira *et al.,* 2023) motivaram a *American Society of Anesthesiologists* (ASA) a publicar orientação recomendando a suspensão pré-operatória desses fármacos (Joshi *et al.,* 2023). Desde então, diversas sociedades publicaram documentos próprios, e uma revisão comparativa recente identificou cinco grandes orientações internacionais publicadas entre 2023 e 2026, com conclusões divergentes em pontos clinicamente relevantes

(Moore; Ramsahoye, 2026). No Brasil, a Sociedade Brasileira de Diabetes também se posicionou sobre o tema, inicialmente em 2023 e, de forma atualizada, em documento conjunto com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia e a Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e Síndrome Metabólica (Marino *et al.,* 2023, 2026).

O tema tem impacto direto na rotina do cirurgião e do anestesiologista. De um lado, a suspensão do medicamento pode levar à descompensação glicêmica, perda de controle do peso e cancelamentos de procedimentos; de outro, a manutenção do fármaco pode expor o paciente a uma complicação rara, porém potencialmente grave.

Diante desse cenário, este capítulo tem como objetivo revisar as evidências atuais sobre conteúdo gástrico residual e broncoaspiração em usuários de AR-GLP-1 e comparar as principais recomendações nacionais e internacionais para o seu manejo no período perioperatório, propondo uma abordagem prática para a equipe cirúrgica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, orientada pela seguinte pergunta: quais são as evidências atuais sobre o risco de conteúdo gástrico residual e de broncoaspiração em pacientes em uso de AR-GLP-1 submetidos a procedimentos sob anestesia ou sedação, e como as diretrizes vigentes orientam o seu manejo perioperatório?

As buscas foram realizadas nas bases PubMed/MEDLINE, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), complementadas pela consulta direta aos documentos oficiais das sociedades científicas envolvidas. Foram utilizados descritores dos vocabulários DeCS e MeSH, combinados por operadores booleanos, na seguinte estrutura: (*"Glucagon-Like Peptide-1 Receptor Agonists"* OR *semaglutide OR tirzepatide*) AND (*"Perioperative Period"* OR *Anesthesia OR "Deep Sedation"*) AND (*"Respiratory Aspiration"* OR *"Gastric Emptying"*), além de seus equivalentes em português.

Foram incluídos estudos observacionais, revisões sistemáticas com metanálise, consensos e diretrizes de sociedades científicas e relatos de caso de relevância histórica, publicados entre janeiro de 2021 e outubro de 2026, em português, inglês ou espanhol. Foram excluídos estudos em modelos animais, publicações sem enfoque perioperatório e textos indisponíveis na íntegra. A seleção dos trabalhos considerou a relevância para a pergunta norteadora, e a síntese foi realizada de forma qualitativa, organizada em eixos temáticos. Por se tratar de revisão de literatura baseada em dados secundários de domínio público, não houve necessidade de apreciação por Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Bases Farmacológicas e Efeito sobre o Esvaziamento Gástrico

O GLP-1 estimula a secreção de insulina de maneira dependente da glicose, suprime a liberação de glucagon, aumenta a saciedade, retarda o esvaziamento gástrico e inibe a motilidade do intestino delgado (Nascimento *et al.,* 2024). Como os efeitos pancreáticos ocorrem predominantemente na vigência de hiperglicemia, o risco de hipoglicemia com o uso isolado dessas drogas é baixo (Mendes; Carvalho; Lopes, 2024). Do ponto de vista anestésico, entretanto, é o efeito sobre a motilidade gástrica que concentra a atenção.

Com o uso contínuo, observa-se taquifilaxia parcial ao retardo do esvaziamento gástrico, mas a magnitude do efeito permanece clinicamente relevante (Hocking *et al.,* 2025). O risco não é uniforme entre os pacientes: a orientação multissocietária americana destaca como fatores associados a maior retardo do esvaziamento e maior risco de aspiração a fase de escalonamento de dose, em comparação com a fase de manutenção, o uso de doses mais altas, as formulações semanais, a presença de sintomas gastrointestinais, como náuseas, vômitos, dor abdominal, dispepsia e constipação, e comorbidades que alteram a motilidade, como a gastroparesia (Kindel *et al.,* 2024). Deve-se lembrar, ainda, que o próprio diabetes de longa duração, sobretudo quando complicado, associa-se a esvaziamento gástrico lentificado, o que representa um importante fator de confusão na interpretação dos estudos (Bloomgarden, 2024).

A farmacocinética das formulações de longa ação também tem implicações práticas. Uma interrupção equivalente a uma única meia-vida pode não ser suficiente para a depuração completa da droga (Araújo; Rabahi; Ferreira, 2025), e o consenso da *Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement* (SPAQI) aponta que a suspensão de AR-GLP-1 de longa ação por períodos inferiores a quatro ou cinco semanas pode não restaurar completamente o esvaziamento gástrico normal (Oprea *et al.,* 2025). Esse dado ajuda a explicar por que a simples suspensão por sete dias não elimina, em todos os pacientes, o achado de estômago com conteúdo residual.

Evidências sobre Conteúdo Gástrico Residual

Um dos primeiros estudos a avaliar objetivamente essa questão foi conduzido no Brasil. Em análise retrospectiva de 404 pacientes submetidos à endoscopia digestiva alta eletiva, dos quais 33 usavam semaglutida, Silveira *et al.* (2023) observaram aumento do conteúdo gástrico residual em 24,2% dos usuários da droga, contra 5,1% dos não usuários, apesar de jejum adequado. O único caso de broncoaspiração registrado na amostra ocorreu no grupo em uso de semaglutida, e a associação foi mais evidente nos pacientes que relatavam sintomas gastrointestinais antes do exame.

Achados semelhantes foram obtidos com ultrassonografia gástrica. Em estudo prospectivo com voluntários sem obesidade que haviam iniciado semaglutida recentemente, após jejum noturno, foram identificados sólidos no estômago em 70% dos participantes em uso da droga e em 10% dos controles na posição supina, e em 90% contra 20% em decúbito lateral (Sherwin *et al.,* 2023). Em estudo transversal com 124 pacientes que seguiram as orientações de jejum antes de procedimentos eletivos, Sen *et al.* (2024) encontraram conteúdo gástrico residual aumentado em 56% dos usuários de AR-GLP-1 semanais e em 19% dos controles, com razão de prevalência ajustada de 2,48. Nesse estudo, o achado persistiu mesmo em pacientes que haviam suspendido a medicação havia sete dias. Mais recentemente, em coorte de 316 pacientes avaliados em três centros, 35,8% apresentaram conteúdo gástrico residual de alto risco, e a suspensão da droga por 7,5 dias ou menos e o jejum de até cerca de 21 horas foram os principais preditores desse achado (Pai *et al.,* 2026).

As metanálises confirmam essa tendência. Em revisão sistemática de 28 estudos observacionais, o uso de AR-GLP-1 associou-se fortemente à presença de conteúdo gástrico residual em pacientes em jejum (*odds ratio* [OR] de 5,96; intervalo de confiança de 95% [IC 95%] de 3,96 a 8,98), e a suspensão de pelo menos uma dose antes do procedimento associou-se a menor chance desse achado (OR de 0,51; IC 95% de 0,33 a 0,81), embora com certeza de evidência muito baixa (Elkin *et al.,* 2025). Outra metanálise, conduzida com participação de pesquisadores brasileiros, demonstrou que o uso pré-procedimento desses fármacos aumentou a ocorrência de sintomas gastrointestinais e o risco de conteúdo gástrico residual elevado, mas também melhorou o controle glicêmico, sem alterar as taxas de hipoglicemia ou hiperglicemia (Nascimento *et al.,* 2024).

É importante destacar que o conteúdo gástrico residual é um marcador substituto. O volume gástrico isoladamente não indica de forma confiável o risco de aspiração pulmonar ou de pneumonite química (Mendes; Carvalho; Lopes, 2024), e a aspiração perioperatória em cirurgias eletivas é um evento raro. Por isso, a pergunta clinicamente decisiva é se esse achado se traduz em aumento real de broncoaspiração.

Evidências sobre Broncoaspiração e Complicações Respiratórias

Os relatos de caso tiveram papel importante para chamar a atenção para o problema. Klein e Hobai (2023) descreveram um episódio de aspiração pulmonar intraoperatória em paciente em uso de semaglutida que havia cumprido o jejum recomendado, e uma análise de farmacovigilância do sistema de notificação de eventos adversos da *Food and Drug Administration* (FDA) identificou que 13 de 982 casos de esvaziamento gástrico prejudicado associados a AR-GLP-1 (1,3%) evoluíram com aspiração pulmonar (Huang *et al.,* 2025). Relatos e bancos de notificação, contudo, não permitem estimar a incidência real nem estabelecer causalidade.

Os grandes estudos populacionais apresentam resultados conflitantes. Em coorte com quase um milhão de adultos submetidos a endoscopia, após pareamento por escore de propensão, os usuários de AR-GLP-1 tiveram maior incidência de

pneumonia aspirativa (0,83% contra 0,63%), com *hazard ratio* (HR) de 1,33 (IC 95% de 1,02 a 1,74). O risco foi maior na endoscopia digestiva alta (HR de 1,82) e no exame combinado alto e baixo (HR de 2,26), mas não na colonoscopia isolada (Yeo *et al.,* 2024). Em contrapartida, em outra coorte com 46.948 pacientes submetidos a endoscopia, não houve diferença na ocorrência de pneumonite aspirativa entre usuários e não usuários (HR de 0,92; IC 95% de 0,54 a 1,56) (Velji-Ibrahim *et al.,* 2025).

No contexto cirúrgico, Dixit *et al.* (2024) analisaram 23.679 pacientes com diabetes submetidos a cirurgias de emergência, situação em que a suspensão prévia da droga é improvável. As complicações respiratórias pós-operatórias ocorreram em 3,5% dos usuários de AR-GLP-1 e em 4,0% dos não usuários, sem diferença significativa após o ajuste para fatores de confusão (OR ajustada de 1,03; IC 95% de 0,82 a 1,29). Na metanálise de Elkin *et al.* (2025), a exposição a AR-GLP-1 não se associou de forma estatisticamente significativa à aspiração pulmonar perioperatória (OR de 1,04; IC 95% de 0,87 a 1,25), novamente com baixa certeza de evidência.

A interpretação desses dados exige cautela. Por se tratar de evento raro, mesmo amostras grandes podem ser insuficientes para detectar diferenças pequenas; a maior parte dos estudos é retrospectiva e baseada em códigos administrativos, com sensibilidade limitada para identificar aspiração; e permanece o risco de confusão residual relacionado à gravidade do diabetes e à obesidade. Ainda assim, o conjunto das evidências levou a FDA a atualizar, em novembro de 2024, as bulas desses medicamentos com advertência sobre relatos raros de aspiração pulmonar em procedimentos eletivos sob anestesia geral ou sedação profunda (Bloomgarden, 2024). Em síntese, há evidência consistente de maior conteúdo gástrico residual, mas evidência ainda inconclusiva de aumento clinicamente relevante de broncoaspiração.

Recomendações das Diretrizes Nacionais e Internacionais

A incerteza das evidências se reflete na heterogeneidade das recomendações, sintetizadas no Quadro 1. A orientação da ASA de 2023, de caráter consensual, recomendou suspender as formulações de uso diário no dia do procedimento e as de uso semanal uma semana antes, independentemente da indicação, da dose ou do tipo de procedimento (Joshi *et al.,* 2023). Em 2024, um documento multissocietário americano, elaborado por sociedades de gastroenterologia e de cirurgia bariátrica e endoscópica e endossado pela própria ASA, passou a recomendar a decisão compartilhada entre paciente e equipes, a manutenção do fármaco nos pacientes sem fatores de risco e a suspensão seletiva nos de maior risco, além de dieta líquida por pelo menos 24 horas quando houver preocupação com o esvaziamento gástrico (Kindel *et al.,* 2024).

O consenso britânico de 2025 recomenda manter os AR-GLP-1 durante o período perioperatório, realizar avaliação e estratificação de risco completas e não se basear apenas na ausência de sintomas para presumir estômago vazio. Entre as estratégias de mitigação estão anestesia regional, ultrassonografia gástrica,

procinéticos e indução em sequência rápida modificada (El-Boghdadly *et al.,* 2025). As recomendações australianas e neozelandesas de 2025 também orientam a manutenção do fármaco e propõem dieta de líquidos claros nas 24 horas anteriores, seguida do jejum padrão de seis horas, para todos os usuários; quando essa dieta não for realizada, recomendam avaliação do conteúdo gástrico e estratégias de mitigação (Hocking *et al.,* 2025).

Quadro 1 – Comparação das principais recomendações sobre o manejo perioperatório dos agonistas do receptor de GLP-1.

Documento	Conduta com o fármaco	Preparo pré-operatório	Outras medidas
ASA, 2023 (Joshi *et al.,* 2023)	Suspender formulações diárias no dia do procedimento e semanais 7 dias antes.	Jejum convencional.	Avaliar sintomas gastrointestinais no dia do procedimento.
Multissocietária americana, 2024 (Kindel *et al.,* 2024)	Decisão compartilhada; manter em baixo risco; considerar suspensão em maior risco.	Dieta líquida por ≥ 24 h quando houver preocupação com esvaziamento gástrico.	Ultrassonografia gástrica; considerar indução em sequência rápida; evitar cancelamentos desnecessários.
Consenso britânico, 2025 (El-Boghdadly *et al*., 2025)	Manter durante o período perioperatório.	Jejum padrão; ausência de sintomas não garante estômago vazio.	Anestesia regional, ultrassonografia, procinéticos e estratégias de proteção da via aérea.
ADS/ANZCA/GESA/NACOS, 2025 (Hocking *et al.,* 2025)	Manter; não há intervalo de suspensão comprovadamente eficaz.	Líquidos claros nas 24 h anteriores + jejum padrão de 6 h.	Se preparo não cumprido: avaliar conteúdo gástrico e considerar estratégias de mitigação.
SPAQI, 2025 (Oprea *et al.,* 2025)	Suspensões curtas de formulações de longa ação podem não normalizar o esvaziamento.	Protocolos de jejum ampliados conforme o consenso.	Recomendações multidisciplinares baseadas em revisão sistemática e processo Delphi.
Brasil: SBD/SBA/ABESO, 2026 (Marino *et al.,* 2026)	Manter dose/intervalo se esquema estável > 12 semanas; suspender por 7 dias (longa ação) ou 1 dia (curta ação) se houver fatores de risco, escalonamento ou estabilidade < 12 semanas.	Dieta líquida nas 24 h anteriores; jejum de 8 a 12 h, individualizável.	Ultrassonografia gástrica point-of-care sempre que disponível; envolver o médico assistente se houver suspensão no DM2.

Fonte: elaborado pelos autores (2026), com base nos documentos citados.

No Brasil, a diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2023 orientava considerar a suspensão desses fármacos antes de procedimentos com sedação ou anestesia geral, devido ao risco potencial de aspiração (Marino *et al.,* 2023). A diretriz oficial de 2026, em 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), tornou a recomendação mais operacional: recomenda dieta líquida nas 24 horas anteriores e jejum de 8 a 12 horas, individualizável; recomenda ultrassonografia gástrica *point-of-care* sempre que disponível; recomenda manter dose e intervalo habituais em pacientes com esquema estável há mais de 12 semanas; e recomenda a suspensão por sete dias para fármacos de longa ação (semaglutida, dulaglutida e tirzepatida) ou por um dia para os de curta ação (liraglutida e lixisenatida) em pacientes com fatores de risco para broncoaspiração, em escalonamento de dose ou com estabilidade terapêutica inferior a 12 semanas. Todas essas recomendações têm classe I e nível de evidência C, o que reforça que se baseiam sobretudo em consenso de especialistas (Marino *et al.,* 2026).

Apesar das diferenças quanto à suspensão, há pontos de convergência claros: todas as orientações recentes valorizam a identificação ativa do uso da droga, a estratificação individual de risco, a modificação da dieta pré-operatória e a ultrassonografia gástrica. Este último ponto, contudo, ainda carece de padronização, pois as diretrizes endossam o método sem definir limiares de decisão validados para esses pacientes (Moore; Ramsahoye, 2026). Além disso, o exame só é validado em pacientes com anatomia gástrica normal, o que exclui, por exemplo, pacientes com gastrectomia, derivação gástrica em Y de Roux, banda gástrica, fundoplicatura ou grandes hérnias hiatais (Sen *et al.,* 2024), população particularmente frequente na cirurgia bariátrica e metabólica.

Implicações Práticas para a Equipe Cirúrgica

A partir das evidências e diretrizes discutidas, é possível propor uma abordagem prática, que deve ser adaptada aos protocolos de cada instituição. O primeiro passo é a triagem sistemática na avaliação pré-anestésica, registrando o fármaco utilizado, a dose, a indicação, o tempo de uso, a data da última aplicação e a presença de sintomas gastrointestinais. A implementação de um protocolo institucional de triagem e a incorporação da ultrassonografia gástrica à rotina foram apontadas como medidas prioritárias enquanto não surgem evidências mais robustas (Araújo; Rabahi; Ferreira, 2025).

Em seguida, deve-se estratificar o risco. Pacientes em fase de manutenção, sem sintomas e sem comorbidades que alterem a motilidade podem, em geral, manter a medicação, associando-se à dieta líquida nas 24 horas anteriores ao jejum habitual.

Nos pacientes de maior risco, como aqueles em escalonamento de dose, com sintomas ou com gastroparesia, a suspensão deve ser discutida de forma compartilhada com o paciente, o cirurgião, o anestesiologista e o médico prescritor, ponderando o risco de descompensação glicêmica, sobretudo no paciente diabético.

A obesidade isoladamente não deve ser o critério para essa decisão, a fim de evitar vieses no cuidado (Kindel *et al.,* 2024).

No dia do procedimento, a ultrassonografia gástrica, quando disponível e aplicável, pode orientar a conduta. Os estudos que avaliaram esses pacientes consideraram de alto risco a presença de sólidos, de líquidos espessos ou de mais de 1,5 mL/kg de líquidos claros (Sen *et al.,* 2024). Diante de estômago cheio em cirurgia eletiva, as opções incluem adiar o procedimento ou prosseguir com medidas de proteção da via aérea, como a indução em sequência rápida com intubação traqueal.

Nas cirurgias de urgência, situação comum na rotina do cirurgião geral, o paciente em uso de AR-GLP-1 deve ser conduzido como portador de estômago cheio, com as precauções habituais para prevenção de aspiração.

Por fim, a equipe cirúrgica deve estar atenta ao pós-operatório. Náuseas, vômitos e distensão relacionados ao fármaco podem se sobrepor aos sinais de complicações gastrointestinais, como íleo prolongado, e dificultar o diagnóstico diferencial (Kindel *et al.,* 2024). A reintrodução da droga deve ser planejada em conjunto com o médico assistente, considerando a tolerância à dieta e o controle glicêmico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os agonistas do receptor de GLP-1 representam um avanço inequívoco no tratamento do diabetes e da obesidade, e sua presença no centro cirúrgico tende a se tornar cada vez mais comum. As evidências atuais demonstram, de forma consistente, que esses fármacos aumentam a prevalência de conteúdo gástrico residual mesmo após jejum adequado, mas ainda não comprovam aumento clinicamente relevante de broncoaspiração, e a certeza dessas conclusões permanece baixa.

Nesse contexto, as diretrizes evoluíram de uma recomendação de suspensão rotineira para uma abordagem individualizada, baseada em decisão compartilhada, estratificação de risco, dieta líquida pré-operatória e, quando disponível, ultrassonografia gástrica. O posicionamento brasileiro de 2026 acompanha essa tendência, ao recomendar a suspensão de forma seletiva. Para o cirurgião, a mensagem central é que o uso desses medicamentos deve ser ativamente investigado em todo paciente cirúrgico e que, nas urgências, ele deve ser tratado como portador de estômago cheio.

Persistem lacunas importantes, como a definição do tempo ideal de suspensão das formulações de longa ação, a validação de limiares ultrassonográficos para decisão clínica e a avaliação do impacto dessas estratégias em desfechos reais.

Estudos prospectivos, idealmente multicêntricos e incluindo a população brasileira, são necessários para responder a essas questões e para orientar protocolos institucionais mais seguros.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. R.; RABAHI, M. F.; FERREIRA, F. A. P. B. The role of GLP-1 agonists in perioperative care: a suspension dilemma. **Brazilian Journal of Anesthesiology,** v. 75, 844668, 2025. DOI: 10.1016/j.bjane.2025.844668.

BLOOMGARDEN, Z. Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and anesthesia: are we clearer on the correct approach? **Journal of Diabetes,** v. 16, n. 12, e70041, 2024. DOI: 10.1111/1753-0407.70041.

DIXIT, A. A. *et al.* **Preoperative GLP-1 receptor agonist use and risk of postoperative respiratory complications**. JAMA, v. 331, n. 19, p. 1672-1673, 2024. DOI: 10.1001/jama.2024.5003.

EL-BOGHDADLY, K. *et al***. Elective peri-operative management of adults taking glucagon-like peptide-1 receptor agonists, glucose-dependent insulinotropic peptide agonists and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors: a multidisciplinary consensus statement.** Anaesthesia, v. 80, n. 4, p. 412-424, 2025. DOI: 10.1111/anae.16541.

ELKIN, J. *et al.* **Association between glucagon-like peptide-1 receptor agonist use and perioperative pulmonary aspiration: a systematic review and meta-analysis**. Anaesthesia, v. 80, n. 7, p. 846-858, 2025. DOI: 10.1111/anae.16601.

HOCKING, S. 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.

HUANG, H. *et al.* Glucagon-like peptide-1 receptor agonists and impaired gastric emptying: a pharmacovigilance analysis of the US Food and Drug Administration adverse event reporting system. **British Journal of Anaesthesia,** v. 134, n. 5, p. 1486-1496, 2025. DOI: 10.1016/j.bja.2024.10.013.

JOSHI, G. P. *et al.* **American Society of Anesthesiologists consensus-based guidance on preoperative management of patients (adults and children) on glucagon-like peptide-1 (GLP-1) receptor agonists**. Schaumburg: American Society of Anesthesiologists, 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: 27 out. 2026.

KINDEL, T. L. *et al.* **Multisociety clinical practice guidance for the safe use of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the perioperative period**. Surgery for Obesity and Related Diseases, v. 20, n. 12, p. 1183-1186, 2024. DOI: 10.1016/j.soard.2024.08.033.

KLEIN, S. R.; HOBAI, I. 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.

MARINO, E. C. *et al.* **Rastreio e controle da hiperglicemia no perioperatório.** In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretriz oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: SBD, 2023. DOI: 10.29327/5238993.2023-7.

MARINO, E. C. *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 oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes: edição 2026. São Paulo: SBD, 2026. DOI: 10.29327/5881296.2026-8. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/rastreamento-e-controle-da-hiperglicemia-no-perioperatorio/. Acesso em: 28 out. 2026.

MENDES, F. F.; CARVALHO, L. I. M.; LOPES, M. B. Glucagon-like peptide-1 agonists in perioperative medicine: to suspend or not to suspend, that is the question. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 74, 844538, 2024. DOI: 10.1016/j.bjane.2024.844538.

MOORE, T.; RAMSAHOYE, B. Perioperative management of patients taking GLP-1 receptor agonists: a comparative review of international clinical guidelines. **Saudi Journal of Anaesthesia**, v. 20, n. 4, p. 983-991, 2026. DOI: 10.4103/sja.sja_314_26.

NASCIMENTO, T. S. do *et al.* T**he impact of glucagon-like peptide-1 receptor agonists in the patients undergoing anesthesia or sedation: systematic review and meta-analysis**. Perioperative Medicine, v. 13, n. 1, p. 78, 2024. DOI: 10.1186/s13741-024-00439-y.

OPREA, A. 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.

PAI, S. L. *et al.* **Assessment of gastric content using gastric ultrasound in patients on glucagon-like peptide-1 receptor agonists before anesthesia.** Anesthesia & Analgesia, v. 142, n. 4, p. 640-649, 2026. DOI: 10.1213/ANE.0000000000007764.

SEN, S. *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.

SHERWIN, M. *et al.* Influence of semaglutide use on the presence of residual gastric solids on gastric ultrasound: a prospective observational study in volunteers without obesity recently started on semaglutide. **Canadian Journal of Anesthesia,** v. 70, n. 8, p. 1300-1306, 2023. DOI: 10.1007/s12630-023-02549-5.

SILVEIRA, S. Q. *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, 111091, 2023. DOI: 10.1016/j.jclinane.2023.111091.

VELJI-IBRAHIM, J. *et al.* **GLP-1 receptor agonist use does not increase the risk of respiratory complications post-endoscopy**. Endoscopy International Open, v. 13, a24872937, 2025. DOI: 10.1055/a-2487-2937.

WILDING, J. P. H. *et al.* Once-weekly semaglutide in adults with overweight or obesity. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 11, p. 989-1002, 2021. DOI: 10.1056/NEJMoa2032183.

YEO, Y. H. *et al.* **Increased risk of aspiration pneumonia associated with endoscopic procedures among patients with glucagon-like peptide 1 receptor agonist use**. Gastroenterology, v. 167, n. 2 p. 402-404.e3, 2024. DOI: 10.1053/j.gastro.2024.03.015.