Revista Eletrônica
Acervo Saúde
Electronic Journal Collection Health ISSN 2178-2091

Implementação e expansão de um protocolo de abreviação do jejum pré-operatório: relato de experiência

Implementation and expansion of a protocol to shorten preoperative fasting: an experience report

Implementación y expansión de un protocolo para reducir el ayuno preoperatorio: un informe de experiencia

Johanna Budag Carvalho[1], Martina Harle[2], Enrico de Oliveira Becker[2], Amanda Gabrielly Gonsalves de Oliveira[2], Karla Henrique Lösch[1], Luciane Coutinho de Azevedo[1,2].

RESUMO

Objetivo: Relatar a experiência da implementação progressiva do protocolo de abreviação de jejum pré-operatório, mediado pela metodologia PDSA, em um hospital de grande porte de Santa Catarina. **Relato de experiência:** A abreviação do jejum pré-operatório é uma estratégia que tem sido associada a desfechos clínicos favoráveis, como melhora na estabilidade glicêmica, atenuação dos parâmetros inflamatórios, diminuição do tempo de internação, redução de náuseas e vômitos e menores custos hospitalares. Nesse relato, a implantação do protocolo de abreviação de jejum foi conduzida pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional e estruturada pela metodologia PDSA, seguindo as recomendações do Projeto ACERTO e do grupo ERAS. O protocolo teve início na cirurgia cardíaca eletiva e foi progressivamente expandido para outras especialidades. Ao longo dos ciclos, foram identificadas barreiras relacionadas a baixa adesão das equipes assistenciais ao protocolo, fragilidades na identificação dos pacientes elegíveis ao uso da abreviação de jejum, falhas operacionais na dispensação e administração do suplemento, e descontinuidade comercial do produto inicialmente utilizado. **Considerações finais:** A implantação do protocolo de abreviação de jejum demonstrou a viabilidade de incorporar uma prática baseada em evidências à rotina hospitalar e superar barreiras operacionais.

Palavras-chave: Jejum pré-operatório, Segurança do paciente, Gestão da qualidade, Cuidados pré-operatórios.

ABSTRACT

Objective: To report the experience of the progressive implementation of a protocol for shortening preoperative fasting, guided by the PDSA methodology, at a large hospital in Santa Catarina. **Experience report:** Shortening preoperative fasting is a strategy associated with favorable clinical outcomes, such as improved glycemic stability, attenuated inflammatory markers, shorter hospital stays, reduced nausea and vomiting, and lower hospital costs. In this report, the implementation of the fasting-shortening protocol was led by the Multiprofessional Nutritional Therapy Team and structured using the PDSA methodology, following recommendations from the ACERTO Project and the ERAS group. The protocol began with elective cardiac

[1] Fundação Universidade Regional de Blumenau (FURB), Blumenau – SC.
[2] Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí – SC.

SUBMETIDO EM: 8/2026 | **ACEITO EM: 9/2026** | **PUBLICADO EM: 10/2026**

surgery and was progressively expanded to other specialties. Throughout the cycles, barriers were identified, including low adherence to the protocol among care teams, difficulties in identifying eligible patients, operational failures in the dispensing and administration of the supplement, and the discontinuation of the product initially used. **Final considerations:** The implementation of the fasting-shortening protocol demonstrated the feasibility of incorporating an evidence-based practice into hospital routine and overcoming operational barriers.

Keywords: Preoperative fasting, Patient safety, Quality management, Preoperative care.

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de la implementación progresiva de un protocolo para reducir el ayuno preoperatorio, guiado por la metodología PDSA, en un hospital de gran tamaño en Santa Catarina. **Informe de experiencia:** La reducción del ayuno preoperatorio es una estrategia asociada a resultados clínicos favorables, tales como una mejor estabilidad glucémica, una atenuación de los marcadores inflamatorios, estancias hospitalarias más breves, una reducción de las náuseas y los vómitos, y menores costos hospitalarios. En este informe, la implementación del protocolo de reducción del ayuno fue liderada por el Equipo Multiprofesional de Terapia Nutricional y estructurada mediante la metodología PDSA, siguiendo las recomendaciones del Proyecto ACERTO y del grupo ERAS. El protocolo comenzó con cirugías cardíacas electivas y se amplió progresivamente a otras especialidades. A lo largo de los ciclos, se identificaron diversas barreras, entre ellas la baja adherencia al protocolo por parte de los equipos asistenciales, dificultades para identificar a los pacientes elegibles, fallos operativos en la dispensación y administración del suplemento, y la discontinuación del producto utilizado inicialmente. **Consideraciones finales:** La implementación del protocolo de reducción del ayuno demostró la viabilidad de incorporar una práctica basada en la evidencia a la rutina hospitalaria y de superar las barreras operativas.

Palabras clave: Ayuno preoperatorio, Seguridad del paciente, Gestión de la calidad, Atención preoperatoria.

INTRODUÇÃO

Cirurgias de médio e grande porte se caracterizam como uma condição traumática capaz de desencadear alterações metabólicas, inflamatórias e imunológicas, marcadas pelo aumento da secreção de hormônios contrarreguladores, como cortisol, glucagon e catecolaminas, e pela intensificação da resposta inflamatória sistêmica (CHAVES LM; CAMPOS JS, 2019).

Com o objetivo de reduzir o estresse cirúrgico e acelerar a recuperação pós-operatória, no final da década de 1990, na Europa, foi concebido um protocolo multimodal baseado em evidências, denominado *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) (FEARON KC, et al., 2005), que definia recomendações para serem realizadas no período perioperatório. No Brasil, essas recomendações foram adaptadas à realidade epidemiológica local e incorporadas ao Projeto Aceleração da Recuperação Total Pós-Operatória (Projeto ACERTO), iniciado em 2005 (AGUILAR-NASCIMENTO JE, et al., 2017).

Uma das recomendações nutricionais para pacientes elegíveis proposta por essas diretrizes é a abreviação do jejum pré-operatório em 6 a 8 horas para alimentos sólidos e 2 a 3 horas para líquidos claros contendo carboidratos e/ou proteína (WEIMANN A, et al., 2017; NASCIMENTO JEA, et al. 2011). No modelo tradicional, com o objetivo de garantir o esvaziamento gástrico e reduzir o risco de vômito e aspiração no momento da indução anestésica, pacientes cirúrgicos são submetidos a períodos prolongados de jejum, variando de 12 a 24 horas antes do procedimento cirúrgico (ARRUDA WSC, et al., 2025). Entretanto, evidências de ensaios clínicos recentes têm questionado essa conduta tradicional, demonstrando que períodos excessivos de jejum estão associados a maior desconforto para o paciente, aumento do estresse metabólico, resistência à insulina, maior risco de desnutrição e piores desfechos clínicos (MORAES HSC, et al., 2021).

A abreviação de jejum segundo protocolo multimodal tem sido associada a diversos desfechos favoráveis, como melhora na estabilidade glicêmica, atenuação dos parâmetros inflamatórios (CARVALHO CALB, et al., 2020), diminuição do tempo de internação (WENDLER E, et al., 2021), redução da incidência de náuseas e vômitos (MARQUINI GV, et al., 2020) e menores custos hospitalares (DE ARRUDA LUCCHESI F, et al., 2026). Porém, a implementação da abreviação de jejum pré-operatório representa um desafio para muitos serviços hospitalares. Barreiras que dificultam a incorporação dessa prática à rotina assistencial incluem preocupação cultural quanto à segurança anestésica, complexidade de processos logísticos para sua implementação, tomada de decisão baseada em hierarquia profissional, fragilidade da atuação em equipe multiprofissional, falha na comunicação entre profissionais e insuficiente oferta de educação permanente (GONÇALVES RC, et al., 2025). Essas barreiras contribuem para a manutenção do modelo tradicional, demandando estratégias de gestão para viabilizar a sua implementação no ambiente institucional.

A metodologia Plan-Do-Study-Act (PDSA) apresenta-se como uma estratégia estruturada para a implantação de protocolos institucionais (LANGLEY GJ, et al., 2009), considerando a complexidade envolvida no processo e as barreiras relacionadas à mudança de práticas consolidadas. Por meio de ciclos de planejamento, execução, avaliação e ajuste, essa ferramenta permite testar intervenções, identificar falhas, promover o engajamento multiprofissional e realizar adaptações progressivas à realidade local (ABUZIED Y, et al., 2023).

Considerando que o PDSA favorece a incorporação sustentável de novas condutas e contribui para a melhoria da qualidade e da segurança do paciente, este estudo tem como objetivo relatar o processo de implantação e expansão de um protocolo de abreviação de jejum mediado por essa metodologia, em um hospital de grande porte de Santa Catarina. A descrição das ações realizadas desde a fase inicial de implantação na cardiologia até a expansão institucional do protocolo de abreviação de jejum, que ocorreram ao longo de quatro anos (2021- 2025), pode servir como referência para profissionais e gestores de saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Trata-se de um relato de experiência, realizado em um hospital geral de grande porte localizado em um município da região do Vale do Itajaí em Santa Catarina. A instituição é uma entidade filantrópica, especializada no tratamento de doenças cardiovasculares, referência em procedimentos de alta complexidade, cirurgias de urgência e emergência e procedimentos eletivos. Em 2025, foram realizados mais de 4.000 procedimentos cirúrgicos via Sistema Único de Saúde (SUS).

A implantação do protocolo institucional de abreviação de jejum pré-operatório teve início em outubro de 2021, orientada pela metodologia PDSA. Essa ferramenta é adotada na gestão em saúde para testar e consolidar mudanças em processos assistenciais de forma estruturada, operando em quatro etapas sequenciais: Planejar (Plan), com a definição de objetivos, intervenções e metas; Executar (Do), referente à aplicação da mudança em pequena escala; Estudar (Study), dedicada à análise sobre os resultados obtidos; e Agir (Act), momento no qual se determinam ações futuras, englobando a incorporação, o ajuste ou a reformulação da estratégia (LANGLEY GJ, et al., 2009).

O protocolo institucional implantado seguiu as diretrizes nacionais do Projeto ACERTO (AGUILAR-NASCIMENTO JE, et al., 2017) e internacionais do grupo ERAS (FEARON KC, et al., 2005). Em 2021, a intervenção consistia na oferta de 200 ml de solução contendo 25% de maltodextrina, administrada de duas e três horas antes do procedimento cirúrgico. O suplemento era preparado no sondário do hospital e encaminhado à unidade de internação para administração pela equipe de enfermagem, mediante prescrição eletrônica realizada, na época, exclusivamente pelo cirurgião responsável.

A implantação iniciou na cardiologia com pacientes da cirurgia cardíaca eletiva internados pelo SUS. A escolha dessa especialidade fundamentou-se na maior familiaridade da equipe com as diretrizes de abreviação, no elevado volume de cirurgias cardíacas da instituição e no menor percentual de contraindicações ao uso do protocolo. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: gestantes, indivíduos

com obesidade mórbida, risco de broncoaspiração, patologias obstrutivas intestinais, disfagia para líquidos, diabetes mellitus descompensado, histórico de cirurgia bariátrica e procedimentos de urgência ou emergência.

As ações desenvolvidas em cada etapa dos ciclos de PDSA estão detalhadas no **Quadro 1**. A condução do processo foi realizada pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), constituída por médico, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico. O primeiro ciclo objetivou viabilizar a implantação do protocolo e avaliar seu impacto nos desfechos pós-operatórios. Para tanto, a EMTN promoveu ações de orientação junto às equipes assistenciais e monitoramento das intervenções. Após a implantação inicial, foram percebidas melhoria dos desfechos clínicos, apesar de na época, não ter adotado uma avaliação quantitativa que permitisse análise comparativa, antes e depois da implementação do protocolo.

O uso do protocolo foi mantido na cirurgia cardíaca em 2022 e 2023. Em virtude de demandas institucionais concorrentes, as reuniões da EMTN para análise e discussão da implantação do protocolo foram suspensas. Nesse período, houve tentativas da equipe de nutrição em expandir o uso do protocolo para maior número de pacientes elegíveis na cardiologia, por meio de contato telefônico com a equipe médica e recomendações realizadas durante os rounds multiprofissionais. No entanto, a adesão ao protocolo de abreviação de jejum foi baixa. O tema foi retomado nas reuniões da EMTN em dezembro de 2023, iniciando um novo ciclo de PDSA. Esse segundo momento focou em três frentes: reforçar a conscientização da equipe médica para reverter o declínio progressivo na adesão ao protocolo, expandir o protocolo para pacientes de convênios e particulares da cirurgia cardíaca, e selecionar um novo produto, em razão da indisponibilidade do produto anteriormente utilizado ao final de 2023. O novo suplemento adotado consistiu em uma solução oral de 200 ml, hipercalórica (300 kcal), composta por 11% de proteína do soro de leite (whey protein) e 89% de carboidratos (maltodextrina e sacarose), isenta de lipídios e fibras. A avaliação desse ciclo apontou a necessidade de transferir a dispensação do produto do sondário para a farmácia hospitalar.

Em setembro de 2024, o terceiro ciclo de PDSA redimensionou a logística de dispensação, modificou o fluxo de identificação e estendeu o protocolo para a cirurgia geral. Rotineiramente, os nutricionistas faziam o levantamento diário da agenda cirúrgica do dia seguinte para identificação dos pacientes elegíveis. Posteriormente, realizavam o contato com o cirurgião assistente para obter autorização do uso do protocolo; mediante o consentimento médico, o próprio nutricionista realizava a solicitação do suplemento no sistema eletrônico no ícone Computerized Provider Order Entry (CPOE), embora a prescrição da dieta fosse mantida em Nada Por Via Oral (NPO), ou seja, sem oferta de alimentos ou líquidos por via oral, conforme o fluxo institucional. Nesse período, havia dificuldade de contato com os cirurgiões para autorização da conduta e falha na dispensação e na distribuição do suplemento pelas equipes de farmácia e enfermagem, respectivamente, resultando em pacientes elegíveis que não usaram o protocolo e de suplementos prescritos devolvidos e não administrados.

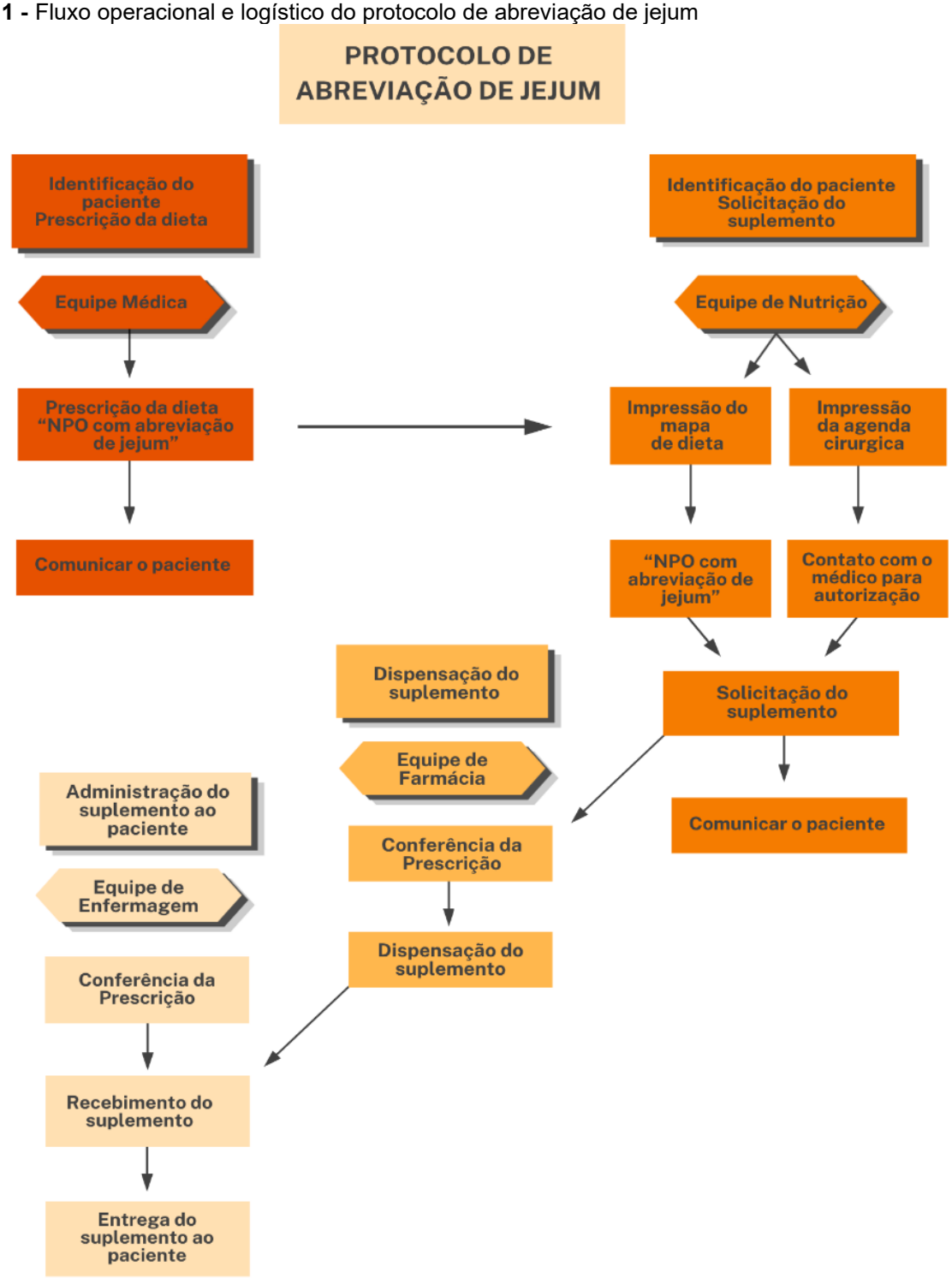
Em janeiro de 2025, com o objetivo de superar as barreiras de comunicação, estendeu-se à equipe de anestesiologia a prerrogativa de autorizar a prescrição do suplemento na impossibilidade de contato entre o nutricionista e o cirurgião. Paralelamente, promoveram-se ações educativas junto à equipe de farmácia e enfermagem sobre os fluxos de dispensação e distribuição. Além disso, houve expansão do protocolo para todas as especialidades cirúrgicas da instituição. Embora essas mudanças tenham sido benéficas, as fragilidades operacionais na entrega do suplemento ao paciente persistiram.

Para mitigar essas fragilidades, o ciclo subsequente, em fevereiro de 2025, determinou a implementação de uma nova etiqueta de identificação fixada ao produto, discriminando com clareza sua finalidade e horário de administração. No mês seguinte, em março de 2025, as estratégias de divulgação e aplicação do novo rótulo foram consolidadas, resultando em uma identificação visual da identificação do produto mais eficiente.

Em março de 2025, observou-se também como um novo desafio a ausência do nome de pacientes elegíveis no mapa cirúrgico impresso na véspera pelo nutricionista. Como resposta a essa limitação, no ciclo de novembro de 2025, a EMTN articulou junto ao setor de tecnologia da informação a inclusão da opção “NPO com abreviação de jejum” no ícone de prescrição eletrônica da dieta. Essa ferramenta possibilitou a identificação do paciente elegível pelo mapa de dietas, independentemente de sua inclusão prévia na agenda cirúrgica, desde que o médico assistente adotasse essa nova opção.

Por fim, no ciclo de dezembro de 2025, iniciou-se a expansão do protocolo para o setor de hemodinâmica, contemplando inicialmente os indivíduos submetidos ao cateterismo cardíaco. A **Figura 1** apresenta o fluxo operacional do protocolo. Nela, demonstra-se uma dinâmica multiprofissional integrada que se inicia na etapa de identificação do paciente, prescrição e solicitação do suplemento pela equipe médica e de nutrição. Uma vez gerada a ordem de serviço, a equipe de farmácia confere a prescrição e dispensa o produto, enquanto a equipe de enfermagem realiza a dupla checagem da prescrição e a administração do suplemento para o paciente.

Figura 1 - Fluxo operacional e logístico do protocolo de abreviação de jejum



Fonte: Carvalho JB, et al., 2026.

Quadro 1 - Ações desenvolvidas nas etapas dos ciclos de PDSA.

Data	Planejar (Plan)	Executar (Do)	Estudar (Study)	Agir (Act)
Out/2021	Testar o protocolo de abreviação de jejum nos pacientes elegíveis da cirurgia cardíaca, internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).	Descrição detalhada do protocolo de abreviação do jejum. Reunião de conscientização, orientação e alinhamento da EMTN com as equipes médicas cirúrgicas, de anestesistas e enfermagem para iniciar o uso do protocolo.	Resistência da equipe médica ao uso do protocolo. Descontinuidade comercial do produto inicialmente utilizado contendo maltodextrina.	Reforçar ações de conscientização junto à equipe médica da cirurgia cardíaca. Selecionar novo suplemento.
Dez/2023	Retomar ações de conscientização para o uso do protocolo. Selecionar novo suplemento. Ampliar o uso do protocolo para os pacientes da cirurgia cardíaca internados por convênios ou particular.	Aula expositiva dialogada para a equipe médica da cirurgia cardíaca. Reuniões de sensibilização ao uso do protocolo com a equipe da cirurgia cardíaca. Adoção de um novo suplemento.	Falha na identificação de pacientes elegíveis. Transferência do local de dispensação do suplemento.	Viabilizar uma forma mais eficiente de identificação do paciente. Reforçar ações de conscientização da equipe. Redimensionar a logística de dispensação do suplemento.
Set/2024	Reforçar o processo de identificação do paciente e prescrição do suplemento. Ampliar o uso do protocolo para os pacientes elegíveis da cirurgia geral. Redimensionar a logística de dispensação do suplemento para farmácia hospitalar.	Implantação do novo processo de identificação. Reuniões de conscientização da equipe técnica pela EMTN. Redimensionamento da logística de dispensação do suplemento.	Dificuldades de comunicação entre nutricionistas e médicos cirurgiões para liberação da prescrição do suplemento. Dificuldades na dispensação e distribuição do suplemento.	Reforçar ações de conscientização da equipe médica. Ampliar a liberação da prescrição do suplemento para a equipe de anestesiologistas. Treinar a equipe para uso do novo processo de dispensação e distribuição do suplemento.

Data	Planejar (Plan)	Executar (Do)	Estudar (Study)	Agir (Act)
Jan/2025	Ampliar a liberação de prescrição do suplemento pelo anestesiologista na impossibilidade de contato com o cirurgião. Realizar treinamento do processo de dispensação e distribuição do suplemento. Ampliar o uso do protocolo para pacientes de todas as especialidades cirúrgicas.	Autorização para utilização do suplemento junto à equipe de anestesiologistas. Treinamento do processo de dispensação e distribuição do suplemento. Ações de conscientização da equipe ao uso do protocolo.	Dificuldades nos processos de dispensação do suplemento pela farmácia hospitalar e distribuição pela equipe de enfermagem ao paciente.	Investigar as fragilidades na operacionalização do protocolo.
Fev/2025	Analisar as fragilidades na operacionalização do protocolo.	Reunião da EMTN com as equipes de qualidade, enfermagem e farmácia para mapear o fluxo de dispensação e distribuição do suplemento.	Identificação de pontos críticos no processo de dispensação e distribuição do suplemento.	Implementar nova etiqueta de identificação no suplemento.
Mar/2025	Implantar nova etiqueta de identificação do suplemento. Realizar ações de divulgação da nova etiqueta.	Descrição da operacionalização da nova etiqueta. Divulgação do uso da nova etiqueta.	Verificação da ausência do nome de pacientes elegíveis para o protocolo no mapa de cirurgia do dia anterior.	Identificar na prescrição médica os pacientes elegíveis para uso do protocolo.
Nov/2025	Incluir no sistema eletrônico de prescrição médica a opção “NPO com abreviação de jejum”. Realizar ações de divulgação e treinamento da nova opção de prescrição.	Inclusão da opção “NPO com abreviação de jejum” na prescrição médica. Treinamento da equipe médica.	Não inclusão dos pacientes da hemodinâmica para uso do protocolo.	Expandir o protocolo de abreviação de jejum para o setor de hemodinâmica.
Dez/2025	Ampliar o uso do protocolo na hemodinâmica.	Reunião de alinhamento com a equipe de hemodinâmica.	Resistência da equipe da hemodinâmica ao uso do protocolo	Reforçar o uso do protocolo em ações continuada.

Legenda: (*) suplemento nutricional oral hipercalórico (1,5 kcal/mL) com 11% de proteína (proteína do soro de leite) e 89% de carboidrato (maltodextrina e sacarose), isento de lipídio e fibras. Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN). **Fonte:** Carvalho JB, et al., 2026.

DISCUSSÃO

A experiência de implantação do protocolo de abreviação de jejum pré-operatório relatada neste estudo reforçou a importância do uso de uma metodologia estruturada para testar e consolidar mudanças em processos assistenciais. A introdução progressiva da conduta ao longo de quatro anos gerou importantes aprendizados. Nesse período, a ocorrência de lacunas organizacionais, resistência cultural traduzida na persistência do modelo tradicional de jejum de pré-operatório, hierarquização e centralização na tomada de decisões, variações de disponibilidade do produto no mercado e fragilidades na comunicação entre equipes configuraram-se como desafios que precisaram ser superados.

Por meio dos ciclos PDSA, foi possível implementar estratégias de melhoria que permitiram viabilizar a operacionalização do protocolo de abreviação de jejum no contexto institucional. Modelos de melhoria da qualidade em saúde recomendam abordagens sistemáticas e adaptativas para ajustar desafios, como os ciclos de PDSA, recomendados na literatura e utilizados em instituições (LANGLEY GJ, et al., 2009; ABUZIED Y, et al., 2023; AHMED AS et al., 2025). A aplicação dos ciclos descritos neste relato de experiência permitiu delinear gradualmente soluções direcionadas à redução dos desafios encontrados.

Para a operacionalização prática dessas soluções ao longo dos ciclos, o envolvimento da EMTN no processo de implementação do protocolo foi essencial, haja vista que possibilitou analisar a realidade sob diferentes perspectivas profissionais e realizar ajustes em pontos que não apresentavam os resultados esperados. A atuação colaborativa e a corresponsabilização dos membros da EMTN oportunizaram uma visão ampliada sobre os desafios da implantação do protocolo, aumentando a assertividade na busca por soluções baseadas em evidências. O trabalho em equipe multiprofissional contribui para qualificar a comunicação entre os diferentes setores envolvidos, tornando o fluxo de informações mais efetivo, favorecendo a tomada de decisão (GOMES JS, et al., 2026).

A implantação do protocolo descrito neste relato configurou-se em um processo de mudança organizacional. Inicialmente, observou-se resistência à transição do modelo tradicional para a conduta abreviada, levando a dificuldades na adesão do corpo clínico em 2023. Houve persistência de paradigmas, cuja superação necessitou ações continuadas de sensibilização e educação permanente da equipe e mudança no fluxo organizacional. No início, havia uma estrutura hierárquica e centralizada na tomada de decisões, em que triagem, elegibilidade dos pacientes e decisão para uso da abreviação de jejum eram concentradas no cirurgião.

Para solucionar esse desafio e promover uma prática baseada em decisão compartilhada entre os diferentes profissionais, o fluxo de trabalho no hospital foi redesenhado. A equipe de nutrição passou a realizar a busca ativa dos pacientes elegíveis na véspera do procedimento a partir do mapa cirúrgico, contactando o cirurgião para autorização.

No entanto, em 2025, diante de dificuldades na comunicação entre nutricionista e cirurgião, o processo foi descentralizado ao incluir a equipe de anestesiologia nessa validação, elevando o número de pacientes identificados e beneficiados do protocolo. Ademais, a criação da opção “NPO com abreviação de jejum” no ícone da prescrição da dieta no prontuário eletrônico institucional ampliou o rastreamento, permitindo a identificação do paciente pela equipe de nutrição mesmo em casos em que o nome do paciente não contava na agenda cirúrgica. Essa transição para o cuidado multiprofissional integrado mostra-se essencial em ambientes hospitalares de alta complexidade, operando como um pilar de sustentabilidade para as melhorias implementadas (TEIXEIRA F, et al., 2024).

O sucesso da implantação do protocolo de abreviação de jejum depende diretamente da adesão conjunta de todas as equipes envolvidas no cuidado perioperatório (AGUILAR-NASCIMENTO JE, et al., 2017). A implementação parcial, restrita a uma única categoria profissional, compromete os resultados esperados dessas estratégias, reforçando a importância da atuação integrada entre os diferentes setores assistenciais (OLIVEIRA MJF, et al., 2020; CASTRO MG, et al., 2023). Neste relato, constatou-se que a efetividade da conduta não dependia apenas da identificação do paciente e prescrição do suplemento, mas da continuidade do fluxo operacional entre farmácia hospitalar e enfermagem. No terceiro ciclo, identificou- se falhas na

dispensação e na distribuição na enfermaria. O médico prescrevia a dieta, a equipe de nutrição triava e solicitava o suplemento, mas o paciente não o recebia.

A adoção de etiquetas com melhor identificação nos frascos e a alteração da nomenclatura da dieta para "NPO com abreviação de jejum" reduziram essas falhas operacionais na dispensação e administração do produto pelas equipes de farmácia e enfermagem, elevando a segurança de que o paciente consumiria o suplemento de 2 a 3 horas antes da cirurgia. As soluções emergiram por meio dos ciclos PDSA, que permitiram que a mudança ocorresse de maneira contínua e sustentável, viabilizando o reforço ou a alteração de estratégias que necessitavam de aprimoramento, a definição clara de responsabilidades e o treinamento direcionado dos profissionais para garantir a execução na prática assistencial.

Modelos de melhoria contínua defendem que as intervenções em saúde não devem ser rígidas; diante da escassez de insumos no mercado ou do declínio da participação das equipes, impõe-se a necessidade de identificar a fragilidade e propor soluções dinâmicas (ENDALAMAW A, et al., 2024). Essa flexibilidade metodológica foi evidenciada no ciclo de PDSA executado em dezembro de 2023, quando a instituição optou pela substituição do produto contendo maltodextrina, descontinuado comercialmente, em vez de abandonar o protocolo. A mudança para uma fórmula hipercalórica contendo proteína do soro de leite (*whey protein*) e maltodextrina mostrou-se favorável.

Estudo prospectivo de intervenção demonstrou que, participantes que consumiram um suplemento pré-operatório de 250 mL contendo carboidratos e aminoácidos apresentaram esvaziamento gástrico eficaz, em até 2 horas, representando mais uma oportunidade de fornecer nutrição pré-operatória e eficaz (BOWDEN JA, et al., 2025). A mudança no processo frente às adversidades comerciais reflete o que se prevê em modelos de melhoria da qualidade em saúde, o qual preconiza que pequenas mudanças e ajustes sucessivos garantem a resiliência e a sustentabilidade de projetos de grande porte em sistemas complexos de saúde (ENDALAMAW A, et al., 2024).

O setor concentrava um público homogêneo assistido pelo SUS, apresentava expressivo volume cirúrgico e contava com uma equipe assistencial previamente familiarizada com as diretrizes de aceleração da recuperação do paciente no pós-operatório. Essa abordagem gerou aprendizado necessário para pavimentar a expansão institucional em larga escala, culminando, em 2025, na inclusão dos pacientes submetidos ao cateterismo cardíaco na hemodinâmica.

Publicações recentes aprovam a abreviação do jejum pré-operatório em pacientes de cardiologia intervencionista com evidências de superioridade em termos de satisfação do paciente (FERREIRA D, et al., 2024). Além disso, *American Heart Association* destaca em declaração científica que o jejum antes de procedimentos eletivos, como cateterismo cardíaco, pode ser desnecessário e até mesmo levar à desnutrição (VEST AR, et al., 2026). A expansão do protocolo para a hemodinâmica confere ao presente relato um caráter de inovação, ratificando a viabilidade de estender práticas baseadas em evidências para além do centro cirúrgico convencional.

A implantação progressiva do protocolo de abreviação do jejum pré-operatório, orientada pelos ciclos PDSA, permitiu identificar e enfrentar barreiras relacionadas à adesão profissional, à identificação dos pacientes elegíveis, à prescrição, à dispensação e à administração do suplemento. Uma das principais potencialidades deste estudo reside na descrição detalhada e realista do processo de implementação do protocolo de abreviação de jejum em um hospital de grande porte, destacando de forma transparente tanto os avanços quanto os retrocessos enfrentados durante sua execução.

A experiência retrata situações frequentes da rotina institucional, a exemplo da descontinuidade comercial de insumos, falhas nos fluxos logísticos e de comunicação entre equipes. A exposição a essas fragilidades eleva o valor prático deste relato, uma vez que obstáculos semelhantes são compartilhados por diversas instituições de saúde. Entretanto, o caráter unicêntrico da experiência, a ausência de grupo comparador, a falta de dados quantitativos contínuos, a interrupção do acompanhamento pela Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) e a impossibilidade de atribuir os desfechos clínicos exclusivamente à

implementação do protocolo, destacam-se como limitações deste relato. Espera-se inspirar e ajudar outras equipes na elaboração e sustentabilidade de diretrizes perioperatórias semelhantes, impulsionando a consolidação de uma cultura de melhoria de processos e recuperação otimizada dos pacientes cirúrgicos.

REFERÊNCIAS

1. ABUZIED Y, et al. Using FOCUS-PDSA quality improvement methodology model in healthcare: process and outcomes. Global Journal on Quality and Safety in Healthcare, 2023; 6(2): 70-72.
2. AGUILAR NASCIMENTO JE, et al. Diretriz ACERTO de intervenções nutricionais no peri-operatório em cirurgia geral eletiva. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2017; 44(6): 633-648.
3. ARRUDA WSC, et al. Abbreviation of preoperative fasting and malnutrition: impact on cost-effectiveness of surgical patients. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2025; 52: e20253776.
4. CARVALHO CALB, et al. Metabolic and inflammatory benefits of reducing preoperative fasting time in pediatric surgery. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2020; 47: e20202353.
5. CASTRO MG, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave. Braspen Journal, 2023; 38(2): 0-0.
6. CHAVES LM, CAMPOS JS. Abreviação do jejum e suporte nutricional pré-operatório em cirurgias eletivas: Uma revisão sistemática. Revista Eletrônica Acervo Saúde, 2019; 35(1): 1-8.
7. BOWDEN JA, et al. Using a Combination Amino Acid, Carbohydrate, and Micronutrient Beverage for Preoperative Nutrition Allows Safe Gastric Emptying for Anesthesia Provision in a Prospective, Single-Group Intervention. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 2025; 126(3): 156223.
8. DE ARRUDA LUCCHESI F, et al. Abreviação de jejum no pré-operatório de cirurgias eletivas: uma revisão integrativa. Journal of Hospital Sciences, 2026; 6(1).
9. ENDALAMAW A, et al. A scoping review of continuous quality improvement in healthcare system: conceptualization, models and tools, barriers and facilitators, and impact. BMC health services research, 2024; 24(1): 487.
10. FERREIRA D, et al. Fasting vs. no fasting prior to catheterization laboratory procedures: the SCOFF trial. European heart journal, 2024; 45(47): 4990–4998.
11. GOMES JS, et al. Atuação da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional em pacientes hospitalizados. Revista JRG de Estudos Acadêmicos, 2026; 9(20): e092900.
12. GONÇALVES RC, et al. Electronic preoperative fasting abbreviation protocol: creation, application, and training of the patient care team. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, 2025; 52: e20253755.
13. LANGLEY GJ, et al. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2. ed. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
14. NASCIMENTO JEA, et al. Terapia nutricional no perioperatório. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileita e Conselho Federal de Medicina, 2011.
15. MARQUINI GV, et al. Efeitos da abreviação de jejum pré-operatório na incidência de náuseas e vômitos em pacientes cirúrgico-ginecológicas. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 2020; 42(8): 468-475.
16. MORAES HSC, et al. Fasting time and metabolic changes in elective surgeries: an integrative review. Online Brazilian Journal of Nursing, 2021; 20(1).
17. OLIVEIRA MJF, et al. Papel do nutricionista em uma equipe de saúde hospitalar multiprofissional: percepção e expectativas de seus integrantes. BRASPEN Journal, 2020; 35(3): 270–278.
18. TEIXEIRA F, et al. Concepções da interprofissionalidade na equipe multiprofissional em saúde no serviço terciário: uma revisão integrativa. Revista Interdisciplinar de Saúde e Educação, 2024; 5(2): 33–55.
19. WEIMANN A, et al. ESPEN guideline: clinical nutrition in surgery. Clinical nutrition, 2017; 36(3):623-650.
20. WENDLER E, et al. Abreviar jejum pré-operatório e introduzir alimentação precoce auxiliam na recuperação após bypass gastrojejunal?. Arquivos Brasileiros de Cirurgia Digestiva, 2021; 34: e1606.
21. VEST AR, et al. Malnutrition and cachexia in inpatients with acute cardiac conditions: a scientific statement from the American heart association. Circulation, 2026; 153(13): e1078-e1105.