

# Estamos realmente prontos para a implantação do protocolo ERAS?

## *Are we ready for the implantation of the ERAS protocol?*

MARCUS VINICIUS DANTAS DE CAMPOS MARTINS, TCBC-RJ<sup>1,2</sup>.

O conceito de “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) foi introduzido no final da década de 90. Consiste na implementação de intervenções específicas no período peri-operatório, com o objetivo de melhorar a recuperação do paciente, abreviar o período de internação e diminuir a morbidade pós-operatória e, consequentemente, os custos<sup>1</sup>.

A cirurgia colo-retal foi a primeira área a implementar o ERAS logo no início do novo século. Estudos preliminares mostravam a viabilidade e os benefícios dessa nova estratégia<sup>2</sup>. A cirurgia laparoscópica, por suas características de invasão mínima, tornou-se importante aliada do ERAS. Outras áreas seguiram o mesmo caminho, como a cirurgia bariátrica, hepática, bílio-pancreática e outras<sup>3,4</sup>.

O *ERAS Study Group* tornou-se *ERAS Society* em 2010 e o primeiro congresso ERAS aconteceu em Cannes, na França em 2012, seguido de outros na Espanha, Estados Unidos e Portugal. *Guidelines* acerca do tema surgiram na literatura suportados por sociedades médicas e dezenas de publicações. A própria *ERAS Society* disponibiliza mais de uma dezena deles em diversas áreas, entre outras, da cirurgia colo-retal, da cirurgia bariátrica, da oncologia ginecológica, e para as duodenopancreatectomias.

De forma geral, as ações dividem-se em três grupos: medidas pré-operatórias, intra-operatórias e pós-operatórias. Entre as pré-operatórias incluem-se, além da orientação acerca do protocolo, a ausência de medicação pré-anestésica, o jejum não prolongado e o não preparo do cólon em cirurgia colo-retal. No período intra-operatório o uso de agentes anestésicos de ação curta e a ausência de drenos na maior parte dos procedimentos são algumas das recomendações mais comuns. Finalmente, no pós-operatório, a remoção precoce de cateteres, a não utilização de cateter nasogástrico, a mobilização precoce e a introdução, também precoce, da dieta oral, fazem parte do protocolo.

No Brasil o protocolo ERAS tornou-se projeto ACERTO (ACELeração da Recuperação TOTAl pós-operatória) e segue caminho semelhante com a realização de eventos e suporte para implementação do programa.

A busca pela eficiência, com o objetivo de oferecer o melhor pelo menor custo, deve ser permanente em saúde. Será que o protocolo ERAS é realmente a forma mais eficiente de cuidarmos de nossos pacientes cirúrgicos? Que evidências temos atualmente?

Quando o assunto é tratamento, as instituições especializadas em evidências científicas, como o Centro de Medicina Baseada em Evidências da Universidade de Oxford, definem como evidência de nível 1A, aquelas decorrentes de revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados. Malczak *et al.*<sup>5</sup> publicaram em 2017 a primeira revisão sistemática com meta-análise sobre ERAS e cirurgia bariátrica. A conclusão é que, objetivamente, tem-se redução no tempo de internação, sem, no entanto, clara vantagem relacionada à reinternação, morbidade, fístulas e complicações maiores ou menores. Os autores destacam ainda que a maioria dos onze trabalhos primários analisados tem alto risco de algum viés e que investigações adicionais são necessárias. Abeles *et al.*<sup>6</sup> em recente publicação no *World Journal of Gastrointestinal Surgery*, destacam que as evidências iniciais eram contraditórias e baseadas em estudos observacionais, de baixo nível de evidência. Nos mais modernos ensaios clínicos randomizados os resultados que realmente significam avanços têm sido de difícil mensuração.

Associado a tudo isso, devemos considerar ainda as diferenças nos sistemas de saúde onde o protocolo é implantado. O Índice Bloomberg<sup>7</sup> de eficiência em saúde, coloca o Brasil em 54º lugar entre os 55 países analisados. A maioria dos países europeus, onde o protocolo ERAS foi desenvolvido, são mais eficientes que o Brasil.

Internamente, temos ainda um país continental, com diferenças regionais e, principalmente, diferen-

1 - Professor de Cirurgia da Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2 - Coordenador do Curso de Pós-Graduação em Cirurgia Bariátrica (Unigranrio), Rio de Janeiro, Brasil.

ças entre os sistemas público e privado de saúde. No Sistema Único de Saúde (SUS), após a alta hospitalar, uma eventual necessidade de retorno a uma unidade de saúde deve ser feita através das Unidades de Emergência. Em 2003, o governo brasileiro, através do Ministério da Saúde, instituiu a Política Nacional de Urgência e Emergência com objetivo de estruturar e organizar a rede de urgência e emergência no país<sup>8</sup>. As Unidades de Pronto Atendimento, estruturas de complexidade intermediária, são a porta de entrada para o sistema. A Regulação Médica e suas Centrais de Regulação são os ordenadores e orientadores. Mas a ausência de um sistema eletrônico e integrado de informações médicas contribui para o retardo nos casos cujas complicações dependem de avaliação e tratamento especializados.

Na saúde suplementar os problemas são outros. Temos um modelo assistencial focado no médico. Apesar de termos avançado em protocolos institucionais, com médicos hospitalistas (que trabalham com os doentes internados) e com serviços de referência, o médico, em especial o cirurgião, é o “dono” do paciente. Ele define condutas e assume as responsabilidades. É, muitas ve-

zes, o telefone dele e de sua equipe, o acesso do paciente ao sistema de saúde após a alta hospitalar. Cirurgias bariátricas ou colo-retais ambulatoriais, ou quase ambulatoriais, colocam o cirurgião na linha de frente na avaliação de eventuais sinais e sintomas reportados por telefone ou por mensagens após a alta.

A judicialização da medicina é outro tema importante. Passamos de 240 mil processos relacionados à saúde pública ou suplementar em 2012, para mais de 850 mil em 2015, segundo Relatório do Conselho Nacional de Justiça. De maneira que, quanto melhores forem as evidências acerca de uma nova prática, mais seguros estaremos todos, médicos e pacientes.

Desta forma, segue-se na busca de soluções eficientes para o sistema. O protocolo ERAS pode ser uma delas. Entretanto, mais e mais evidências precisam ser construídas para atestar as reais vantagens deste método, que precisam ir além de um menor tempo de internação hospitalar. Adicionalmente, adaptações às realidades de nossos sistemas de saúde, são fundamentais para caminharmos com segurança na implementação de mais este avanço.

## REFERÊNCIAS

1. Kehlet H. Multimodal approach to control postoperative pathophysiology and rehabilitation. *Br J Anesthesiol*. 1997;78(5):606-17.
2. Basse L, Hjort Jakobsen D, Billesbølle P, Werner M, Kehlet H. A clinical pathway to accelerate recovery after colonic resection. *Ann Surg*. 2000;232(1):51-7.
3. Matlok M, Pedziwiatr M, Major P, Klek S, Budzynski P, Malczak P. One hundred seventy-nine consecutive bariatric operations after introduction of protocol inspired by the principles of enhanced recovery after surgery (ERAS®) in bariatric surgery. *Med Sci Monit*. 2015;21:791-7.
4. van Dam RM, Wong-Lun-Hing EM, van Breukelen GJ, Stoot JH, van der Vorst JR, Bemelmans MH, Olde Damink SW, Lassen K, Dejong CH; ORANGE II Study Group. Open versus laparoscopic left lateral hepatic sectionectomy within an enhanced recovery ERAS® programme (ORANGE II-trial): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*. 2012;13:54.
5. Malczak P, Pisarska M, Piotr M, Wysocki M, Budzynski A, Pedziwiatr M. Enhanced recovery after bariatric surgery: systematic review and meta-analysis. *Obes Surg*. 2017;27(1):226-35.
6. Abeles A, Kwasnicki RM, Darzi A. Enhanced recovery after surgery: Current research insights and future direction. *World J Gastrointest Surg*. 2017;9(2):37-45.
7. Du L, Lu W. U.S. Health-Care System Ranks as one of the least-efficient [Internet]. Bloomberg: New York, 2016. Available from: <https://www.bloomberg.com/news/articles/2016-09-29/u-s-health-care-system-ranks-as-one-of-the-least-efficient>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.