JSIHS JOURNAL OF SOCIAL ISSUES AND HEALTH SCIENCES

ISSN 2966-0742

Superando o Know–Do Gap: adaptação de diretrizes de recuperação acelerada em hospital secundário do SUS

Overcoming the Know–Do Gap: Adapting Enhanced Recovery Guidelines in a Secondary Brazilian Public Hospital

Superar la brecha entre saber y hacer: adaptación de guías de recuperación mejorada en un hospital público secundario de Brasil

DOI: 10.5281/zenodo.23784182

Recebido: 28 out 2026
Aprovado: 29 out 2026

Edwardo Arcanjo Silva
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.
Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-4700-6387
E-mail: edwardoarcanjo@gmail.com

Cláudio Borges Alves
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), Universidade do Distrito Federal (UnDF).
Endereço: Brasília – Distrito Federal, Brasil.
E-mail: claudioborgesalves@gmail.com

Lucas Homan Sousa do Nascimento
Formação acadêmica: Médico.
Instituição de formação: Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Medicina.
Endereço: Goiânia – Goiás, Brasil.
ORCID: https://orcid.org/0009-0000-1415-1182
E-mail: lucashoman123@gmail.com

Vivaldo Logrado Junior

Paula Campos Mendonça

Thais Karla Vivan *(Orientadora)*

RESUMO

Objetivo: Adaptar as diretrizes de recuperação acelerada (ERAS/ACERTO) à realidade assistencial de um hospital secundário público. Método: Trata-se de um estudo metodológico baseado no framework ADAPTE, incluindo diagnóstico situacional, busca sistemática e avaliação de rigor metodológico (AGREE II). As recomendações foram confrontadas com a infraestrutura local mediante Matriz de Decisão Baseada em Recursos. Resultados: A maioria das diretrizes foi passível de adoção integral. Adaptações ocorreram na imunonutrição, abreviação do jejum, profilaxia de tromboembolismo e nutrição pós-alta. Substituíram-se insumos industriais por alternativas locais com

equivalência metabólica validada. Implementou-se a transferência de tarefas (task-shifting) para familiares, mantendo a segurança baseada em evidências. Conclusão:A modernização perioperatória no SUS é viável através da reorganização de processos e adaptação racional à escassez. O protocolo reduz o Know-Do Gap ao validar a exequibilidade de condutas de alta performance em hospitais secundários via adaptação contextual e científica.

Palavras-chave: Assistência perioperatória; Recuperação acelerada após cirurgia; Projeto ACERTO; Adaptação de diretrizes; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Objective: To adapt enhanced recovery guidelines (ERAS/ACERTO) to the care reality of a public secondary hospital. Method: Methodological study based on the ADAPTE framework, including situational diagnosis, systematic search, and rigor assessment (AGREE II). Recommendations were cross-referenced with local infrastructure via a Resource-Based Decision Matrix. Results: Most guidelines allowed full adoption. Adaptations occurred in immunonutrition, fasting abbreviation, thromboembolism prophylaxis, and post-discharge nutrition. Industrial supplies were replaced by local alternatives with validated metabolic equivalence. Task-shifting to family members was implemented, maintaining evidence-based safety. Conclusion: Perioperative modernization in the SUS is feasible through process reorganization and rational adaptation to scarcity. The protocol reduces the Know-Do Gap by validating the feasibility of high-performance interventions in secondary hospitals via contextual and scientific adaptation.

Keywords: Perioperative care; Enhanced recovery after surgery; Clinical guidelines; Guideline adaptation; Brazilian Unified Health System.

RESUMEN

Objetivo: Adaptar recomendaciones de recuperación mejorada después de la cirugía (ERAS/ACERTO) a las condiciones asistenciales de un hospital público secundario de Brasil. Método: Estudio metodológico de adaptación de guías fundamentado en ADAPTE, análisis de la calidad de las guías mediante AGREE II y una matriz de recursos disponibles. Resultados: Las intervenciones se organizaron en períodos preoperatorio, intraoperatorio y posoperatorio y se clasificaron como adopción integral, adaptación o exclusión propuesta. Las barreras identificadas incluyeron disponibilidad de suplementos nutricionales, carga preoperatoria de carbohidratos, profilaxis mecánica de tromboembolismo y seguimiento nutricional tras el alta. No se midieron desenlaces clínicos de pacientes. Conclusión: La adaptación local permite estructurar una propuesta de implementación, pero su seguridad y eficacia requieren validación institucional y evaluación prospectiva.

Palabras clave: Atención perioperatoria; Recuperación mejorada; Protocolos clínicos; Adaptación de guías; Sistema público de salud.

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Brasil vivencia uma tripla carga de doenças fortemente associada à transição demográfica, o que tem aumentado a demanda por procedimentos cirúrgicos, em especial os de caráter eletivo[1]. Somado a esse cenário, novos investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa Nacional de Redução das Filas (PNRF) e o Programa Agora Tem Especialistas, ampliaram o acesso da população à sala cirúrgica. Em 2024, foram realizadas mais de 13 milhões de cirurgias eletivas pelo SUS, sendo mais de 153 mil no Distrito Federal (DF)[2]. O investimento no tratamento cirúrgico gera benefício inestimável à população; entretanto, coexiste o ônus das complicações perioperatórias.

ISSN 2966-0742

O risco de eventos adversos é uma realidade inerente a qualquer intervenção, uma vez que o procedimento interfere diretamente na homeostase do organismo. Independentemente da perícia técnica da equipe, nenhum procedimento é isento de riscos[3]. Em resposta a esse desafio universal, instituições de saúde desenvolveram protocolos de segurança denominados Care Bundles: conjunto estruturado de intervenções e práticas baseadas em evidências que, quando aplicadas conjuntamente, resultam em desfechos clínicos superiores à sua aplicação isolada[4].

As complicações pós-operatórias permanecem como o principal determinante de morbimortalidade e custos evitáveis em sistemas de saúde globalmente[5]. No contexto do SUS, a persistência de taxas elevadas de Infecção de Sítio Cirúrgico (ISC) e o prolongamento do tempo de internação impactam diretamente a eficiência alocativa de recursos e a rotatividade de leitos. Evidências atuais sugerem que uma parcela significativa desses eventos não decorre da falta de habilidade técnica, mas da falha nos processos de cuidado[5]. Nas últimas duas décadas, esse paradigma consolidou-se através dos protocolos de Recuperação Acelerada, notadamente o sistema ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) e, no Brasil, o projeto ACERTO.

Fundamentados na fisiopatologia da resposta metabólica ao trauma, esses protocolos preconizam medidas como a abreviação do jejum para até 2 horas antes da indução, a restrição de fluidos intravenosos e a realimentação precoce. Estudos de alto nível de evidência demonstram que a aplicação sistêmica dessas medidas reduz a resistência insulínica, diminui as complicações infecciosas em até 40% e abrevia significativamente o tempo de internação[6].

Entretanto, mesmo com a sólida base teórica dos Bundles, um fenômeno dificulta a translação dessas evidências para a prática clínica: o hiato conhecido como "Know-Do Gap". Essa lacuna entre o conhecimento científico e a prática diária faz com que muitos pacientes que poderiam se beneficiar de uma medicina baseada em evidências não recebam o cuidado adequado[7]. Dados recentes indicam que o cuidado de baixa qualidade tornou-se uma barreira maior para a redução da mortalidade do que o próprio acesso insuficiente aos serviços de saúde[8].

Esse cenário agrava-se pelo fato de que a maioria das diretrizes ERAS provém de centros terciários de alta renda, dotados de recursos tecnológicos abundantes. A tentativa de transposição literal (ipsis litteris) dessas diretrizes para hospitais secundários da rede pública enfrenta barreiras estruturais severas, como a limitação de insumos específicos e a rigidez de escalas multidisciplinares. A falta de adaptação contextual frequentemente resulta em baixa adesão e na manutenção de condutas obsoletas por inviabilidade de execução.

É nesse contexto que se insere o hospital secundário público do Distrito Federal (DF), onde foi realizada a pesquisa. Embora a instituição disponha de recursos estratégicos, como videolaparoscopia e equipe de nutrição — fatores cardinais na melhora dos desfechos —, enfrenta, concomitantemente, as restrições orçamentárias e de recursos humanos típicas da rede pública. Diante disso, este estudo propõe a criação de um protocolo multimodal para cirurgias do aparelho digestivo fundamentado na estratégia de estratificação de recursos, visando alinhar a segurança das diretrizes internacionais à realidade assistencial do hospital.

2. METODOLOGIA

O presente trabalho configura-se como um estudo metodológico de adaptação de diretrizes clínicas, adotando uma abordagem mista (quanti-qualitativa) fundamentada no framework ADAPTE[9]. A pesquisa foi desenvolvida no serviço de cirurgia geral de um hospital secundário da rede pública do Distrito Federal (DF), delimitando-se às cirurgias eletivas do aparelho digestivo (colorretais e gástricas).

O diagnóstico situacional da instituição, realizado mediante observação direta e vivência prática da equipe assistencial, identificou a presença de facilitadores estratégicos, como a rotina de videolaparoscopia e a atuação de equipe de terapia nutricional, contrastando com barreiras logísticas, como a ausência de fisioterapia motora exclusiva em período integral e restrições no fornecimento de insumos nutricionais industrializados específicos. A pesquisa foi autorizada pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa da instituição.

A síntese da literatura baseou-se em busca sistemática nas bases PubMed/MEDLINE, LILACS e Cochrane Library por diretrizes publicadas entre 2014 e 2024, utilizando os descritores MeSH: “Perioperative Care", "Enhanced Recovery After Surgery” e “Clinical Protocols”. As diretrizes selecionadas (ERAS Society, Projeto ACERTO e WHO) foram submetidas à avaliação de rigor metodológico pelo instrumento AGREE II[10]. Como critério de qualidade, foram incluídos apenas documentos com pontuação superior a 50% no domínio “Rigor do Desenvolvimento”.

As recomendações extraídas das diretrizes validadas foram confrontadas com o diagnóstico situacional do hospital mediante aplicação de uma Matriz de Decisão Baseada em Recursos[11] e do protocolo ADAPTE. O processo analítico classificou as intervenções em três categorias de viabilidade:

Adoção Integral: Aplicada às recomendações com viabilidade imediata, garantia de segurança do paciente e recurso disponível;

Adaptação: Aplicada às recomendações que exigiram modificação de insumo ou processo, condicionada à existência de evidência científica secundária de não-inferioridade da alternativa proposta;

Exclusão: Reservada às recomendações com inviabilidade técnica absoluta, perigo ao paciente ou custo proibitivo para o nível de atenção secundária.

O estudo caracteriza-se como proposta metodológica de gestão e melhoria de processos internos, sem utilização de dados clínicos individuais de pacientes. O manuscrito-fonte informa enquadramento nos termos da Resolução CNS nº 510/2016; a confirmação da documentação institucional aplicável deverá ser realizada pelos autores junto à instância competente antes da submissão.

2.1 Delineamento e natureza dos achados

O desenho é metodológico e descritivo: seu produto é uma proposta de adaptação de recomendações, não um ensaio clínico, estudo de coorte ou auditoria quantitativa de desfechos. A matriz representa julgamento de compatibilidade entre evidências e recursos locais. Assim, os termos "viável", "adaptação" e "adoção integral" referem-se a análise de implementação proposta, e não comprovam redução de infecção, mortalidade, permanência ou custos na instituição. O exame documental das fontes, o fluxo de seleção e os formulários originais do AGREE II devem permanecer auditáveis pelos autores.

2.2 Avaliação da qualidade metodológica das diretrizes

O AGREE II compreende 23 itens distribuídos em seis domínios, avaliando escopo e finalidade, participação das partes interessadas, rigor de desenvolvimento, clareza, aplicabilidade e independência editorial. O critério de maior de 50% no domínio de rigor informado no manuscrito-fonte é um limiar de seleção adotado pelos pesquisadores, não um ponto de corte universal estabelecido pelo instrumento. Recomenda-se anexar, quando disponíveis, identificação de cada documento avaliado, notas individuais, número de avaliadores, cálculos dos escores padronizados e resolução de divergências. Sem essas planilhas, o artigo deve evitar informar quantidades de diretrizes excluídas ou coeficientes de concordância não demonstrados.

2.3 Salvaguardas na adaptação por recursos

Disponibilidade de insumos, capacidade do centro cirúrgico, escala multiprofissional e seguimento pós-alta são dimensões organizacionais distintas. Uma recomendação não deve ser substituída por alternativa apenas porque é mais barata: deve existir justificativa de segurança, plausibilidade fisiológica e literatura apropriada para a população-alvo. Propostas envolvendo anticoagulação, profilaxia mecânica e dieta em pacientes com risco de aspiração precisam de validação pelas equipes responsáveis, pois uma medida não substitui automaticamente outra. A matriz constitui ponto de partida para implantação supervisionada e para futuras medidas de adesão.

3. RESULTADOS: MATRIZ DE ADAPTAÇÃO

Foram reunidas e sistematizadas as recomendações de diretrizes internacionais (ERAS Society, OMS Safe Surgery) e nacionais (Projeto ACERTO) com foco em cirurgias gastrointestinais e colorretais eletivas. As recomendações foram selecionadas e divididas em três principais fases perioperatórias: Pré-operatório, Intraoperatório e Pós-operatório.

Ademais, foram incluídas apenas as recomendações que tenham pelo menos o grau de recomendação e/ou evidência acima de moderado. As recomendações foram analisadas com base na aplicabilidade conforme o protocolo ADAPTE e a Matriz de Decisão Baseada em Recursos; para cada item foi buscado na literatura equivalentes com igual ou maior grau de evidência.

Das intervenções avaliadas, a maioria foi classificada como Adoção Integral (viabilidade imediata). As barreiras logísticas e de insumos identificadas no diagnóstico situacional exigiram a classificação de Adaptação em quatro pontos críticos: imunonutrição, abreviação do jejum (carga de carboidratos), profilaxia mecânica de TEV e terapia nutricional pós-alta.

3.1 Fase pré-operatória

Nesse período o foco das intervenções é a otimização metabólica e clínica do paciente. A Tabela 1 apresenta as recomendações e as adaptações necessárias frente à indisponibilidade de suplementos industrializados específicos na farmácia hospitalar.

Tabela 1. Adaptação das diretrizes clínicas para a fase pré-operatória

Intervenção	Descrição da Recomendação Base	Classificação & Estratégia de Adaptação
Educação ao paciente	Fornecimento de orientações (verbal/escrita) sobre cirurgia, anestesia e recuperação para redução de ansiedade.	Adoção Integral
Cessação de tabagismo/etanol	Abstinência por no mínimo 4 semanas pré-procedimento para redução de complicações pulmonares.	Adoção Integral
Triagem de anemia	Rastreio rotineiro e tratamento com ferro IV preferencial (evitar transfusão).	Adoção Integral
Triagem nutricional	Avaliação formal e suporte (oral/enteral) por 5-10 dias em risco nutricional.	Adoção Integral
Imunonutrição	Uso de fórmulas industriais com arginina, ômega-3 e nucleotídeos para modulação imunológica.	Adaptação: Substituição por dieta via oral hiperproteica rica em fontes naturais de arginina/albumina (ex: ovos), conforme validado por Waitzberg et al[6].
Abreviação de Jejum	Jejum de 6h para sólidos e 2h para líquidos claros (exclusão:	Adoção Integral

	gastroparesia).	
Carga de Carboidratos	Ingestão de bebida com carboidratos complexos (maltodextrina 12%) 2h antes da cirurgia.	Adaptação: Uso de solução de sacarose a 12% ou suco de maçã/laranja coado (sem resíduos), devido à equivalência no esvaziamento gástrico[13].
Sedação	Restrição do uso rotineiro de benzodiazepínicos (prevenção de delirium).	Adoção Integral
Preparo de Cólon	Abolição do preparo mecânico (exceto cirurgias de reto).	Adoção Integral
Rastreios Específicos	Sorologia para HIV (rotina) e triagem diária de delirium em idosos.	Adoção Integral

Fonte: sistematização da matriz de adaptação apresentada no manuscrito original; classificações propostas, ainda não testadas prospectivamente.

3.2 Fase intraoperatória

As medidas intraoperatórias (Tabela 2) focam na redução do estresse cirúrgico e na manutenção da homeostase. Essa foi a fase de maior compatibilidade entre as diretrizes e a estrutura atual do centro cirúrgico, permitindo adoção integral das medidas.

Tabela 2. Adaptação das diretrizes clínicas para a fase intraoperatória.

Intervenção	Descrição da Recomendação Base	Classificação & Estratégia de Adaptação
Checklist Cirurgia Segura	Verificação de segurança da OMS em três etapas (sign in, time out, sign out).	Adoção Integral
Profilaxia Antimicrobiana	Dose única ajustada ao peso, até 60 min antes da incisão. Sem manutenção pós-operatória, salvo com indicações específicas.	Adoção Integral
Prevenção de TEV	Métodos mecânicos (botas e meias de compressão, deambulação) e farmacológicos (heparina) combinados durante a internação.	Adoção Integral
Normotermia	Manutenção da temperatura central > 36°C com uso de mantas térmicas e fluidos aquecidos.	Adoção Integral
Analgesia Multimodal	Utilização de opióides de curta ação associados a bloqueios regionais/AINES (poupar opióides).	Adoção Integral
Fluidoterapia Restritiva	Balanço "near-zero" visando euvolemia; evitar sobrecarga hídrica.	Adoção Integral
Via Cirúrgica	Preferência por videolaparoscopia (menor trauma metabólico).	Adoção Integral
Drenos e Sondas	Abolição do uso rotineiro de SNG e drenos abdominais (exceto indicação específica).	Adoção Integral

Fonte: sistematização da matriz de adaptação apresentada no manuscrito original; classificações propostas, ainda não testadas prospectivamente.

3.3 Fase pós-operatória

Objetiva especialmente a reabilitação precoce do paciente, visando melhor recuperação e rotação de leitos. É a fase que concentra os maiores desafios logísticos e adaptações (Tabela 3).

Tabela 3. Adaptação das diretrizes clínicas para a fase pós-operatória e seguimento.

Intervenção	Descrição da Recomendação Base	Classificação & Estratégia de Adaptação
Realimentação precoce	A dieta oral (líquidos e sólidos) deve ser restabelecida até no máximo 24h após a cirurgia, mesmo em casos de anastomoses digestivas.	Adoção Integral
Mobilização precoce	Recomendação para o paciente sair da cama por pelo menos 30min no dia da cirurgia e 6 horas por dia nos dias subsequentes.	Adaptação: Na ausência de botas pneumáticas, intensifica-se a tromboprofilaxia farmacológica (heparina) associada à mobilização assistida pela equipe/acompanhante[14].
Remoção precoce da sonda vesical	Retirada do cateter urinário idealmente em 24 horas (até 3 dias em cirurgias pélvicas) para evitar infecções.	Adoção Integral
Controle glicêmico	Manutenção da glicemia < 180mg/dL para reduzir morbimortalidade.	Adoção Integral
Terapia nutricional pós-alta	Suporte nutricional especializado para pacientes que não atingem metas calórico-proteicas.	Adaptação: Frente à vulnerabilidade socioeconômica, substitui-se a prescrição de fórmulas caras por orientação de alimentos densos em proteína e acessíveis (feijão, ovo, leite) [15].
Avaliação e monitoramento	Designação de profissionais para auditar o cumprimento dos protocolos.	Adaptação: Atribuição do monitoramento à rotina da equipe de residência médica e enfermagem assistencial, integrando o checklist à visita multidisciplinar diária[16].

Fonte: sistematização da matriz de adaptação apresentada no manuscrito original; classificações propostas, ainda não testadas prospectivamente.

4. DISCUSSÃO

A predominância de recomendações adotadas de forma integral evidencia que a modernização das condutas cirúrgicas nos hospitais depende menos da incorporação de novas tecnologias onerosas e mais da reorganização de fluxos assistenciais. A viabilidade imediata da maioria das intervenções contraria a percepção comum de que protocolos de alta performance, como o ERAS e o ACERTO, são exclusivos de centros terciários ou privados[14,16].

Contudo, ao confrontar a análise de dados com o diagnóstico situacional é possível observar a ocorrência do fenômeno Know-Do Gap, a distância entre o saber e o fazer[7].O distanciamento entre a

evidência científica e a prática beira-leito, ilustrado pela manutenção do jejum prolongado "após a meia-noite", reflete uma inércia cultural que frequentemente utiliza a escassez de recursos como justificativa para manter condutas obsoletas[13]. A transposição dessa lacuna exigiu a adequação das recomendações à realidade local. No campo nutricional, a substituição de fórmulas industrializadas por alternativas dietéticas convencionais e acessíveis, como feijão e ovos, prova a viabilidade dos guidelines em cenários de restrição. A literatura corrobora que a sacarose ou sucos coados garantem equivalência metabólica à maltodextrina na redução da resistência insulínica, apresentando cinética de esvaziamento gástrico similar[13]

A mesma lógica de substituição de recursos aplica-se à mobilização precoce. Diante da ausência de fisioterapia exclusiva em tempo integral, a solução não foi suspender a conduta, mas realizar a transferência de tarefa (task-shifting) para os familiares. As diretrizes de recuperação acelerada validam a deambulação assistida por acompanhantes como segura, desde que protocolada. Essa adaptação garante a meta clínica de mobilidade e a profilaxia de trombose, otimizando o recurso humano disponível sem depender da presença ininterrupta do especialista[17].

A aplicação do protocolo ADAPTE confirmou a viabilidade de transpor diretrizes globais para a realidade de um hospital de nível secundário. O estudo demonstra que a adesão às evidências de segurança cirúrgica é exequível mesmo em cenários de restrição orçamentária, desde que fundamentada em adaptações científicas racionais. A metodologia empregada atua como instrumento efetivo para reduzir o distanciamento entre a literatura e a prática, dissociando a qualidade assistencial da necessidade exclusiva de alta tecnologia.

4.1 Atualização crítica das recomendações e limites da equivalência

O jejum de sólidos por aproximadamente seis horas e a liberação de líquidos claros até duas horas antes de anestesia, em adultos eletivos selecionados, representam mudança de prática relevante em relação ao jejum indiscriminado desde a meia-noite. Entretanto, a prescrição de bebida com carboidratos não deve ser apresentada como componente obrigatório para todos os pacientes. Diretrizes de recuperação acelerada mais recentes distinguem os benefícios estabelecidos do jejum abreviado daqueles, mais incertos e dependentes da população, da carga pré-operatória de carboidratos. Pacientes com esvaziamento gástrico alterado e fatores de risco para aspiração necessitam conduta individual. A matriz original deve ser reavaliada pela comissão institucional antes de implementação, considerando a atualização das recomendações científicas após o período de busca informado (ERAS Society, 2025; ASA, 2023).

O mesmo cuidado é necessário na profilaxia de tromboembolismo venoso. Mobilização precoce é benéfica e deve ser estimulada quando clinicamente segura, mas não constitui equivalente farmacológico ou mecânico universal. A ausência de compressão pneumática não autoriza concluir, por si só, que o aumento de doses de anticoagulante seja opção segura. O plano depende de risco trombótico, risco hemorrágico, contraindicações e protocolos vigentes. O compartilhamento de tarefas com familiares deve incluir treinamento, supervisão por equipe habilitada e consentimento do paciente; familiares não substituem assistência profissional em mobilização complexa ou paciente instável.

4.2 Indicadores mensuráveis para uma implantação piloto

Para transpor a proposta ao processo assistencial, indicadores de processo devem anteceder conclusões sobre benefício clínico: proporção de pacientes com orientação pré-operatória documentada, tempo real de jejum, antibioticoprofilaxia no intervalo apropriado, normotermia, decisão individualizada sobre tromboprofilaxia, retirada de sonda e início de alimentação conforme tolerância. A coleta prospectiva pode incluir adesão por fase, cancelamento de cirurgias, contraindicações e motivos de não cumprimento. A adoção de definições operacionais reduz o risco de registrar a mera existência do protocolo como prática efetiva.

Indicadores de resultado podem compreender infecção de sítio cirúrgico, complicações pulmonares, náuseas e vômitos, tempo de internação, readmissão e satisfação do paciente. Todavia, esses resultados não foram mensurados no presente estudo; seu emprego pertence a uma etapa futura, com critérios de inclusão, coleta padronizada e avaliação ética/institucional adequada ao delineamento. Comparações antes e depois devem considerar mix de casos, tipo de procedimento, acesso laparoscópico e gravidade pré-operatória. A avaliação de custos precisa contabilizar também treinamento, insumos e efeitos indesejados, não apenas diárias economizadas.

4.3 Governança, capacitação e sustentabilidade

A implementação de intervenções de recuperação acelerada demanda pactuação entre cirurgia, anestesia, enfermagem, nutrição, farmácia, fisioterapia e gestão. Recomenda-se nomear responsáveis por cada etapa e adotar checklist perioperatório acessível na rotina, sem duplicar registros desnecessários. Educação por casos clínicos e devolutiva periódica sobre adesão podem ser mais úteis que uma sessão isolada de treinamento. É fundamental instituir processo para identificação de exceções clínicas: sangramento, gastroparesia, alto risco aspirativo, necessidade de terapia intensiva e impossibilidade de deambulação não configuram “falha” se a conduta individual está justificada.

A sustentabilidade envolve acompanhamento regular de indicadores, suprimento previsível e atualização programada conforme novas diretrizes. Em hospitais secundários, a possibilidade de transferências e limitações de equipe varia ao longo do tempo; por isso, o protocolo deve explicitar critérios de escalonamento de cuidado. Um ciclo de melhoria pode utilizar períodos-piloto curtos, revisão interdisciplinar de incidentes e adaptação documentada dos fluxos. A generalização para outras instituições do SUS depende de avaliação local de recursos e não pode ser inferida apenas de semelhança administrativa.

4.4 Limitações

O estudo parte de um diagnóstico situacional com componente observacional, sem mensuração formal de adesão ou desfechos dos pacientes. O manuscrito-fonte não apresenta planilhas individuais de avaliação AGREE II, lista rastreável de exclusões da busca nem medidas de concordância; essas informações devem ser providenciadas caso existam nos registros originais. A declaração de que adaptações seriam “não inferiores” precisa ser tratada como hipótese dependente de evidência específica, e não como conclusão derivada da matriz. Não se comprovou impacto real em morbimortalidade, custos, segurança ou duração de internação. As atualizações publicadas após a janela de busca reforçam a necessidade de revisão antes de converter a proposta em protocolo assistencial institucional.

5. CONCLUSÃO

A avaliação metodológica permitiu organizar uma proposta de adaptação de princípios de recuperação acelerada ERAS/ACERTO ao contexto de um hospital secundário do SUS. A matriz discriminou recomendações potencialmente implementáveis de medidas dependentes de recursos, treinamento e análise de segurança, oferecendo instrumento de planejamento. Essa constatação demonstra viabilidade organizacional proposta, e não eficácia clínica comprovada.

O próximo passo científico consiste em validação multidisciplinar, atualização das diretrizes, definição de indicadores e estudo prospectivo da adesão e dos desfechos. A redução do hiato entre conhecimento e prática exige monitoramento longitudinal, individualização de condutas e compromisso com a segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

Covre ER, Melo WA, Tostes MFP, Fernandes CAM. Permanência, custo e mortalidade relacionados às internações cirúrgicas pelo Sistema Único de Saúde. Rev Latino-Am Enfermagem. 2019;27:e3136. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.2938.3136

Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Morbidade Hospitalar do SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2024. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br

Organização Mundial da Saúde. Segundo desafio global para a segurança do paciente: Cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS) [Internet]. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31163

Sebastiani E, Albolino S, Bellandi T, Ferranti S, Bianchini E, Toccafondi G. Identifying the Bundle/Care Development Process in Clinical Risk Management: A Systematic Review. Healthcare (Basel). 2024;12(22):2242. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare12222242

World Health Organization. Safe Surgery Saves Lives: The Second Global Patient Safety Challenge [Internet]. Geneva: WHO; 2008. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789241598088

Waitzberg DL, De Aguilar-Nascimento JE, Diniz NM. Projeto ACERTO - 10 anos de modificação da cultura perioperatória brasileira. Rev Col Bras Cir. 2017;44(5):538-548. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0100-69912017005011

Skolarus LE, Lehmann T, Tabak RG, Harris J, Wood NJ, Pak TY, et al. Implementation research: an approach to overcoming the know-do gap. Lancet Neurol. 2024;23(7):656-658. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00133-1

Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. Lancet Glob Health. 2018;6(11):e1196-e1252. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30386-3

The ADAPTE Collaboration. The ADAPTE Process: Resource Toolkit for Guideline Adaptation. Version 2.0. Guidelines International Network; 2009. Disponível em: https://g-i-n.net/resource/adapte/

Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. CMAJ. 2010;182(18):E839-42. Disponível em: https://doi.org/10.1503/cmaj.090449

Harrison MB, Legare F, Graham ID, Fervers B. Adaptation of clinical practice guidelines to local context and resources. Can J Nurs Res. 2010;42(2):44-65.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf

Aguilar-Nascimento JE, Dock-Nascimento DB. Abreviação do jejum pré-operatório com carboidratos: a dose faz a diferença? Rev Col Bras Cir. 2014;41(1):37-42. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-69912014000100009

Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N, et al. Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations: 2018. World J Surg. 2019;43(3):659-695. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s00268-018-4844-y

Ministério da Saúde (BR). Manual de terapia nutricional na atenção especializada hospitalar no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.

Bicudo-Salomão A, Meirelles-Santos GH, Aguilar-Nascimento JE. Aceleração da recuperação total pós-operatória: a experiência do projeto ACERTO. Rev Col Bras Cir. 2011;38(1):3-10. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0100-69912011000100002

Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Andres MP, Rosen B, et al. Guidelines for pre- and intraoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. Gynecol Oncol. 2016;140(2):313-22. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2015.11.015

JOSHI, G. P. et al. 2023 American Society of Anesthesiologists Practice Guidelines for Preoperative Fasting. Anesthesiology, v. 138, n. 2, p. 132–151, 2023. DOI: 10.1097/ALN.0000000000004381.

ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY SOCIETY. Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: recommendations 2025. Surgery, 2025. Disponível em: https://www.surgjournal.com/article/S0039-6060(25)00249-1/fulltext.