

Programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) para os cuidados perioperatórios da cirurgia de artroplastia total da anca e do joelho: componentes para a sua implementação

Curso de Especialização de Administração Hospitalar

Adélia da Conceição Brás Queirós

Julho, 2024

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar realizado sob a orientação científica da Professora Doutora Sílvia Lopes e Dr. David Mateus.

Julho, 2024

Agradecimentos

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Ao meu marido Rui e aos meus queridos filhos Carolina e João Afonso, que foram sempre o pilar de força e motivação. Agradeço pelo amor, compreensão e apoio incondicional durante todo o percurso académico.

À Professora Sílvia Lopes, minha orientadora, escola Nacional Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, agradeço por todo o apoio, orientação e incentivo ao longo desta jornada. A sua sabedoria e paciência foram fundamentais para a concretização deste projeto.

Ao Dr. David Mateus, orientador do campo de estágio da ULS São José, E. P. E, agradeço pela orientação prática, pela partilha de conhecimentos e pelo suporte durante o processo.

À Dr.^a Joana Pires, investigadora da escola Nacional Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, sou grata pelo apoio no uso do software MaxQDA. A sua orientação técnica foi essencial para a organização e análise eficaz dos dados colhidos.

À Dr.^a Cristina Godinho, professora da escola Nacional Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, a sua disponibilidade foi crucial para aprofundar o tema da análise qualitativa, o meu agradecimento especial.

À minha irmã de coração pelo constante apoio e incentivo que nunca me deixou desistir. A sua persistente motivação foi fundamental para eu ter sido capaz de ultrapassar esta etapa.

Aos meus amigos, que me proporcionaram momentos de descontração e alegria, permitindo-me manter o equilíbrio necessário para enfrentar os desafios deste percurso.

Agradeço profundamente aos profissionais da ULS Loures-Odivelas E. P. E. e Hospital da Luz, que gentilmente permitiram a realização das entrevistas, a disponibilidade, a simpatia e a valiosa contribuição. A colaboração e o empenho de todos foram fundamentais para o sucesso deste estudo.

Aos meus colegas do 53º Curso de Especialização de Administração Hospitalar, em especial à minha amiga Janine Faria que tornou esta jornada mais especial. Agradeço de coração pela amizade, apoio e cumplicidade ao longo deste caminho. Juntos,

enfrentamos desafios, partilhamos conquistas e construímos memórias que levarei para toda a vida. A presença de todos vós tornou este percurso muito mais significativo.

A todos, o meu mais profundo e sincero obrigado. Este trabalho é resultado do esforço conjunto e da colaboração de todos vocês.

Resumo

Introdução: O programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) é amplamente adotado para melhorar os resultados pós-operatórios através de uma abordagem multidisciplinar. Inicialmente desenvolvido para a cirurgia colorretal, expandido para outras especialidades, incluindo a artroplastia total da anca e do joelho. Este estudo avalia os elementos essenciais para a implementação do programa, incluindo a equipa, processos e benefícios.

Metodologia: Estudo observacional com uma abordagem qualitativa, utilizando o software MaxQDA para organizar e interpretar os dados. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas com profissionais de saúde envolvidos em programas ERAS®. A amostra, por conveniência, incluiu profissionais da ULS Loures-Odivelas E.P.E., pioneira na implementação ERAS® em Portugal e centro de excelência até 2022; e, no Hospital da Luz, atualmente «Centro de Excelência».

Resultados: As entrevistas revelaram que para a implementação eficaz do programa ERAS® requer uma equipa multidisciplinar, comunicação clara e um líder motivador, sendo a mudança a principal barreira identificada. Os principais benefícios incluem melhoria da satisfação dos utentes, redução da demora média, diminuição das complicações e das infeções. Destacou-se a importância do envolvimento dos profissionais, formação contínua e auditoria constante.

Conclusões: O programa ERAS® promove uma recuperação mais rápida e segura para os utentes, beneficiando os cuidados cirúrgicos. A organização da equipa e planeamento de processos são cruciais. O estudo ressaltou a importância do investimento na formação contínua da equipa e comunicação eficaz. Recomendam-se mais pesquisas e ampliação das entrevistas em diferentes contextos organizacionais.

Palavras-chave: Enhanced Recovery After Surgery; Arthroplasty, replacement hip and knee; Benefits; Implementation Barriers; Implementation Facilitators

Abstrat

Background: The Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) program is widely adopted to improve postoperative outcomes through a multidisciplinary approach. Initially developed for colorectal surgery, it was expanded to other specialties, including total hip and knee arthroplasty. This study evaluates essential elements for the program implementation, such as the team, processes, and benefits.

Methodology: Observational study with a qualitative approach, using MaxQDA software to organize and interpret the data. Semi-structured interviews were conducted with healthcare professionals involved in ERAS® programs. The convenience sample included professionals from ULS Loures-Odivelas E.P.E., a pioneer in ERAS® implementation in Portugal and a center of excellence until 2022; and from Hospital da Luz, currently a "Center of Excellence."

Results: Six interviews were conducted, revealing that an effective implementation of the ERAS® program requires a multidisciplinary team, clear communication, and a motivating leader, with change being the main barrier identified. Key benefits included improved patient satisfaction, reduce average length of stay, decreased complications and infections. The importance of professional involvement, continuous training, and constant auditing was highlighted.

Conclusions: The ERAS® program promotes faster and safer recovery for patients, benefiting surgical care. Team organization and process planning are crucial. The study emphasized the importance of investing in continuous team training and effective communication. Further research and expanded interviews in different organizational contexts are recommended.

Keywords: Enhanced Recovery After Surgery; Arthroplasty, replacement hip and knee; Benefits; Implementation barriers; Implementation Facilitators

Índice

Resumo.....	V
Abstrat.....	VI
Lista de Abreviaturas	X
1. Introdução.....	1
2. Enquadramento Teórico.....	3
2.1. Artroplastia Total do Joelho e Artroplastia Total da Anca	3
2.1.1. Informação Prognóstica.....	5
2.1.2. Complicações.....	5
2.2. Programa <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> (ERAS® Society).....	7
2.2.1. Definição <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> (ERAS® Society).....	7
2.2.2. Evolução	7
2.3. Protocolo <i>Enhanced Recovery After Surgery</i> (ERAS® Society) para cuidados perioperatórios em cirurgia da artroplastia total do joelho e da anca	9
2.4. Componentes do protocolo ERAS®.....	11
2.5. Principais benefícios	12
2.6. Condições para a implementação de um programa ERAS®.....	13
3. Objetivos	16
4. Metodologia	17
4.1. Desenho do estudo	17
4.2. Participantes.....	18
4.3. Instrumento de recolha de dados.....	19
4.4. Recolha de dados.....	20
4.5. Análise dos dados	20
4.6. Questões Éticas.....	22
5. Resultados.....	23

5.1.	Conceitos	24
5.2.	Organização da equipa ERAS®.....	25
5.3.	Processos para implementação do programa ERAS®	27
5.3.1.	<i>Compliance</i>	27
5.3.2.	Fases	29
5.3.3.	Barreiras.....	32
5.3.4.	Formação.....	34
5.3.5.	Facilitadores	35
5.3.6.	Comunicação	36
5.3.7.	Outros Aspetos	37
5.4.	Principais vantagens do programa ERAS®	38
6.	Discussão	42
6.4.	Limitações.....	47
7.	Conclusão.....	48
8.	Bibliografia	50
	Anexo II - Guião das entrevistas para equipas ERAS®:.....	56
	Anexo III - Guião da entrevista para «centro de excelência» ERAS®:	59
	Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética ULS Loures-Odivelas, E.P.E.	61
	Anexo V – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Luz	62
	Anexo VI – Declaração de Consentimento Informado.....	63
	Anexo VII – Matriz das Categorias, Códigos e Subcódigos.....	64
	Anexo VIII – Rede de categorias “Conceitos”	65
	Anexo IX – Rede de categorias “Estrutura de Equipa Multidisciplinar”	65
	Anexo X – Rede de categorias “Estrutura de Equipa Multidisciplinar”	66
	Anexo XI – Rede de categorias “Resultados Relevantes”	66

Índice de Figuras

Figura 1 Procedimento cirúrgico substituição da Anca	4
Figura 2 Procedimento cirúrgico substituição do joelho	4
Figura 3 Seminários para a implementação do programa ERAS	15

Índice de Tabelas

Tabela 1 Protocolos publicados pela ERAS® Society	8
Tabela 2 Componentes dos Protocolos ERAS®	11
Tabela 3 Locais das entrevistas aos profissionais de saúde	18
Tabela 4 Caracterização dos entrevistados	23
Tabela 5 Lista das Categorias	23

Lista de Abreviaturas

ATJ	Artroplastia Total do Joelho
ATA	Artroplastia Total da Anca
EIAS	<i>Interactive Audit System</i>
ERAS	<i>Enhanced Recovery After Surgery</i>
GDH	Grupos de Diagnóstico Homogéneos
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
SNS	Serviço Nacional de Saúde

1. Introdução

Este estudo foca-se na implementação do programa Enhanced Recovery After Surgery no contexto da ortopedia, nos cuidados perioperatórios da cirurgia da artroplastia total da anca e do joelho. O objetivo geral é avaliar os elementos essenciais dos processos para a sua implementação de forma eficaz.

Tem havido um crescente interesse na melhoria dos resultados pós-operatórios e na redução do tempo de recuperação dos utentes, a introdução da artroplastia da anca de baixa fricção de Chanley veio revolucionar o tratamento de utentes idosos com artrite tornando-se nos procedimentos mais frequentes e realizados conforme nos é apresentado no relatório *Health at a Glance* (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Neste relatório é demonstrado, que a osteoartrite é uma das dez doenças mais incapacitantes dos países desenvolvidos. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 528 milhões de pessoas sofram desta doença incapacitante, um aumento de 113% desde 1990 (Organização Mundial de Saúde, 2023). É caracterizada pelo desgaste da cartilagem provocando dor, inchaço e rigidez acabando por perder a mobilidade e função. Os fatores de risco incluem obesidade, sedentarismo, tabagismo, consumo excessivo de álcool e é preponderante em mulheres com mais de 50 anos (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) é um programa que visa a otimização dos resultados pós-operatórios do utente antes, durante e depois da cirurgia minimizando níveis de stress, melhorando toda a experiência do utente durante o processo cirúrgico desde o pré-operatório até à alta hospitalar (Wainwright *et al.*, 2020).

O protocolo ERAS® para a artroplastia total da anca (ATA) e do joelho (ATJ) é baseado na educação pré-operatória do utente, visando reduzir a ansiedade e os receios do utente sobre a cirurgia, bem como diminuir o tempo de internamento e complicações cirúrgicas. Este protocolo é complementado por programas de otimização que abrangem a nutrição, a cessação de hábitos tabágicos e alcoólicos e o planeamento da alta para o domicílio (Wainwright *et al.*, 2020). Por outras palavras, ao adotar os princípios do programa ERAS®, espera-se não só reduzir as complicações perioperatórias e a demora média, mas também melhorar a satisfação do utente.

Até 2019, observava-se uma tendência de aumento destes procedimentos. No entanto, com a pandemia, houve uma diminuição, mantendo-se abaixo dos níveis de 2019. Esta queda deveu-se ao adiamento de cirurgias eletivas não urgentes, resultando no aumento dos tempos de espera (Organização Mundial de Saúde, 2023). Neste relatório,

podemos observar que, em 2022, em Portugal, os inscritos para o procedimento de substituição da anca, cerca de 61% esperaram mais de 3 meses; e, na substituição do joelho, 73% dos inscritos demoram mais de 3 meses (Organização Mundial de Saúde, 2023).

Além disso, a implementação de um programa ERAS® está alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecidos pelas Nações Unidas que desenvolveram a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, constituída por 17 objetivos. O programa ERAS® pode se englobar na ODS3 e ODS9 que destacam não só a garantia de uma vida saudável promovendo o acesso universal aos cuidados de saúde, mas também, o desenvolvimento de infraestruturas resilientes e sustentáveis para apoiar serviços de saúde mais eficazes (Nações Unidas, 2017).

Este trabalho encontra-se estruturado em quatro partes: a primeira parte, é referente ao enquadramento teórico onde se efetua a revisão da literatura, contextualizando o tema em estudo; a segunda, são descritos os objetivos de estudo e a metodologia aplicada para dar resposta aos objetivos; a terceira, apresenta os resultados do estudo e a discussão com as possíveis recomendações tendo em conta a área temática de Administração Hospitalar, além das limitações do estudo; e a última, as conclusões gerais do trabalho.

2. Enquadramento Teórico

2.1. Artroplastia Total do Joelho e Artroplastia Total da Anca

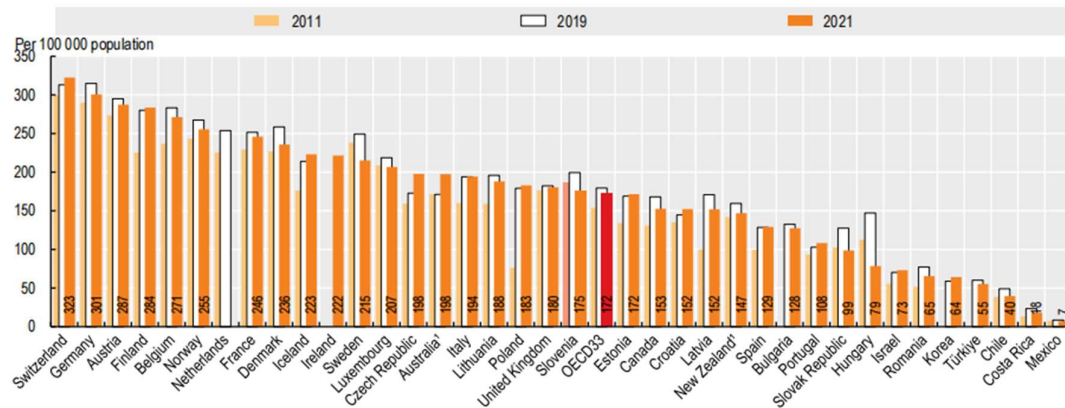
A artroplastia total do joelho (ATJ) é uma intervenção cirúrgica que substitui as superfícies de sustentação de peso da articulação do joelho para aliviar a dor e a incapacidade da osteoartrite, mas também está indicado para outras doenças do joelho, como artrite reumatoide (Organização Mundial de Saúde, 2023). A artroplastia total da anca (ATA) é um procedimento cirúrgico que deve ser considerado para restaurar a função articular da anca em pessoas com artroplastia da anca que tenham dor ou limitação na realização das atividades de vida diárias (Direção Geral da Saúde, 2013).

Estes procedimentos estão entre as cirurgias mais frequentes e realizadas. A principal causa é a osteoartrite, uma forma degenerativa caracterizada pelo desgaste da cartilagem, causando dor, inchaço e rigidez e que ao longo do tempo reduz a função e a qualidade de vida. A osteoartrite é uma das dez doenças mais incapacitantes nos países desenvolvidos. Mundialmente, a OMS estima que cerca de 528 milhões de pessoas têm osteoartrite sintomática, um aumento de 113% desde 1990 (Organização Mundial de Saúde, 2023), sendo indicada em mais de 90% dos utentes e os estudos mostram que a sua incidência está a aumentar devido ao envelhecimento da população, mas também a proliferação da obesidade (Pivec et al., 2012).

Efetivamente, no relatório da OMS de 2023, é mencionado que a idade é o principal fator do desenvolvimento e progressão da osteoartrite, com mais incidência nas mulheres, aumentando após os 50 anos, especialmente nas mãos e joelhos. Outros fatores de risco incluem obesidade, sedentarismo, tabagismo e consumo excessivo de álcool. A cirurgia de substituição é realizada principalmente entre pessoas com igual ou superior a 60 anos, embora possa ser realizado em pessoas mais jovens (Organização Mundial de Saúde, 2023). Porém, o estudo de Konopitski apresenta evidências que devido á longevidade dos implantes, estão a ser considerados para o procedimento ATA, utentes mais jovens (Konopitski et al., 2023).

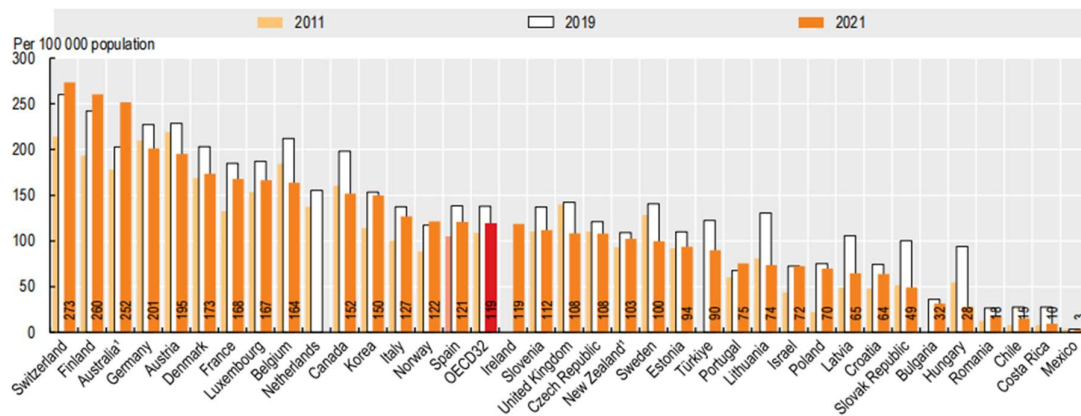
Em Portugal, a média do procedimento de substituição da anca é de 108 por 100000 habitantes e a média de substituição do joelho é de 75 por 100000 habitantes, números abaixo da média da OCDE, como se pode ver na *figura 1 e 2*.

Figura 1 Procedimento cirúrgico substituição da Anca



(Fonte: *Health at a Glance*, 2023)

Figura 2 Procedimento cirúrgico substituição do joelho



(Fonte: *Health at a Glance*, 2023)

Estes dados sugerem a prevalência destes procedimentos cirúrgicos nos países da OCDE, indicando que a artroplastia total da anca e joelho são intervenções relativamente comuns e acessíveis nesses locais. Isso também pode indicar um possível aumento das taxas de doenças ou condições musculoesqueléticas que levam a essa cirurgia, além da disponibilidade dos procedimentos cirúrgicos e recursos médicos necessários (Organização Mundial de Saúde, 2023).

2.1.1. Informação Prognóstica

Nos anos 60 do século passado, a artroplastia revolucionou o tratamento de utentes idosos com artrite, com bons resultados a longo prazo com a introdução da artroplastia da anca de baixa fricção de Chanley (Konopitski et al., 2023). Atualmente, os avanços tecnológicos permitiram melhorias significativas na técnica cirúrgica, no *design* dos implantes e nos materiais que aumentam a longevidade dos implantes melhorando a qualidade de vida dos utentes (Konopitski et al., 2023).

De tal modo, que os estudos mostram que a demora média é de 3,7 dias e a mortalidade hospitalar é de apenas 0.2% entre os utentes idosos (Dymaned, 2024), a análise retrospectiva de Hunt *et al* mostrou que 1743 utentes morreram dentro de 90 dias após a cirurgia, diminuição da mortalidade de 0.56% em 2003 para 0.29% em 2011 (Hunt *et al.*, 2013) e os utentes recuperam cerca de 80% da sua funcionalidade física entre seis a oito meses (Vissers et al., 2011). Adicionalmente, as taxas estimadas de revisão da prótese em 10 anos para a articulação da anca são de cerca de 2% a 5% entre utentes com idade média de 70 anos (Dymaned, 2024).

Pivec demonstrou que nos Estados Unidos da América e na Inglaterra são realizados mais de 500 000 procedimentos de artroplastia da anca todos os anos e apresentam excelentes resultados clínicos como por exemplo a taxa de sobrevida do implante em 10 anos é de 95% e aos 25 é superior a 80% (Pivec et al., 2012).

2.1.2. Complicações

Em relação à ATA há evidências de bons resultados a curto e a longo prazo, mas a causa mais comum para a revisão é a instabilidade da prótese, o enfraquecimento mecânico, infeção, falha do implante, osteólise e fratura periprotética que está associada à idade e osteoporose (Pivec et al., 2012). Estes fatores estão ligados não só com o desgaste do material, posicionamento dos componentes, mas também com fatores relacionados com o utente com as suas comorbilidades médicas e a sua atividade física (Pivec et al., 2012).

A instabilidade e a luxação são as razões mais comuns para a cirurgia de revisão. A prevalência da luxação varia entre 0.3% e 10% na ATA. A reincidência pode implicar cirurgia de revisão precoce e os fatores de risco são: idade avançada, sexo feminino, cirurgia prévia ou fratura da anca, doenças neuromusculares, estados demenciais e alcoolismo (Pivec et al., 2012). Em termos de infeção, pode ocorrer até 2% dos casos, a análise dos dados da Medicare dos EUA mostrou uma taxa de infeção de 1,67% aos 2 anos e a 0,59% aos 10 anos. Pode ter consequências mais graves como por exemplo

a remoção da prótese ou até mesmo ser fatais. Os fatores de risco incluem a idade, obesidade e comorbidades, tais como a diabetes, artrite reumatoide (Pivec et al., 2012). Por fim, outra complicação da ATA é a doença tromboembólica que pode ocorrer em 50% dos casos e a embolia pulmonar varia entre 1 a 6%, justificando por isso, medidas preventivas como por exemplo a administração de anticoagulantes mas também promover o levante precoce, a marcha com apoio e os períodos de repouso serem com os pés elevados. Os principais fatores de risco associados são o sexo feminino, varizes, desidratação e antecedentes de flebitis (Registo Português de Artroplastias, 2024).

Relativamente, a ATJ as complicações mais comuns apresentadas pelo Registo Português de Artroplastia são a infeção, complicações cutâneas, dor fémur-patelar que dura entre os seis a doze meses e os fatores de risco conhecidos são a obesidade e em doentes mais jovens a atividade excessiva, rigidez relacionada com a falta de exercício físico no pós-operatório e doença tromboembólica que pode ocorrer em 50% dos casos, justificando medidas preventivas como a administração de anticoagulantes e levante precoce (Registo Português de Artroplastias, 2024).

A infeção ocorre em 1 a 2% dos casos ocorrendo logo após a cirurgia, inferior a seis meses, nos casos mais graves, só conseguem reverter removendo a prótese e fixando o joelho, nos casos mais extremos poderá ser necessária a amputação do membro porque as infeções podem ser fatais. São apontados como fatores de risco cirurgias antigas ao joelho, tabagismo, obesidade, diabetes e outros focos de infeção não tratados como por exemplo: dentes e infeções urinárias (Zanirato et al., 2023).

A prevalência da ATA nos EUA aumentou 50%, de 47 por 100 000 habitantes, em 1999 para 69 por 100 000 habitantes em 2012 (Pivec *et al.*, 2012) e na ATJ mais de 670 000 substituições são realizadas anualmente nos EUA (Skou *et al.*, 2015) demonstram uma maior segurança cirúrgica assim como uma maior preocupação pela intervenção no período pós-operatório e a qualidade de vida do utente (Nabais *et al.*, 2023) mas continua a haver elevadas taxas de complicações, muitas delas complexas, e por isso, faz sentido, a procura de novas formas de estudos e tratamentos nos períodos peri e pós-operatório.

2.2. Programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS® Society)

2.2.1. Definição *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS® Society)

Como explica Wainwright “*ERAS protocols seek to optimise patient care before, during, and after surgery to minimise the surgical stress response. They are multi-modal and combine techniques such as pre-operative education, minimally invasive surgery, regional anaesthetic techniques, multimodal opioid-sparing pain management, and early mobilisation*” (Wainwright et al., 2020). Em suma, o seu objetivo principal é a otimização do utente para o procedimento cirúrgico, reduzindo o stresse provocado pela cirurgia, minimizando a resposta inflamatória e imunológica do corpo, prevenindo complicações pós-operatórias e acelerando a sua recuperação.

Para alcançar este objetivo é necessária uma abordagem multidisciplinar, que envolve vários profissionais de saúde nomeadamente médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, entre outros.

O programa ERAS® não se foca apenas no pós-operatório, reforça as intervenções pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias, nomeadamente a preparação e planeamento da alta, tornando-se um programa completo e que acompanha o utente em todas as suas fases de tratamento (Liu, Li e Zhang, 2021).

2.2.2. Evolução

O *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) foi desenhado por um grupo de cirurgiões do norte da Europa, Ken Fearon e Olle Ljungqvist, que decidiram estabelecer um grupo colaborativo dedicado aos cuidados perioperatórios. O objetivo deste grupo foi desenvolver as ideias precursoras apresentadas por Henrik Kehlet nos anos 90. Conforme citado por Ljungqvist, Young-Fadok e Demartines, (2017, p. 860), Henrik Kehlet foi pioneiro em demonstrar os benefícios de *fast track surgery*. Evidenciou que os seus utentes após uma sigmoidectomia laparoscópica tiveram alta em apenas dois dias, quando o tempo médio na maioria dos países era entre 5 a 10 dias

Nos anos 2000, este grupo de cirurgiões iniciou o desenvolvimento de protocolos e diretrizes para o período perioperatório. A sua ambição era “*disseminate evidence-based principles for perioperative care and to support the development of new knowledge in perioperative medicine and surgical pathophysiology*” (Ljungqvist, Young-Fadok e Demartines, 2017).

Em 2010, a adesão de novos clínicos levou ao crescimento do grupo culminando na fundação de uma sociedade por dois médicos, Ken Fearon e Olle Ljungqvist, registada na Suécia. Esta sociedade académica médica internacional, sem fins lucrativos, reúne

membros de diversas profissões envolvidas nos cuidados cirúrgicos (Ljungqvist, Young-Fadok e Demartines, 2017).

Embora o grupo focasse a sua atividade na cirurgia colorretal, rapidamente foram desenvolvidos *guidelines* para outras áreas, como por exemplo urologia e ginecologia, é um trabalho em constante atualização. Atualmente, existem protocolos para outras patologias e para outras áreas clínicas, como podemos observar na *tabela 1*.

Tabela 1 Protocolos publicados pela ERAS® Society

Ano	Protocolo	Autor
2015	Anestesia	A Feldheiser et al.
2015	Revisão anestesia	M Scott, et al.
2016	Cirurgia bariátrica	A Thorell, et al.
2016	Ressecção hepática	E Melloul, et al.
2016	Cistectomia radical no cancro da bexiga	Yannick Cerantola, et al.
2017	Reconstrução mamária	C Temple-Oberle, et al.
2017	Cancro cabeça e pescoço	J Dort, et al.
2018	Cirurgia colorretal	U. O. Gustafsson, et al.
2018	Cirurgia pulmão	Timothy J P Batchelor, et al.
2019	Cirurgia cardíaca	Daniel T. Engelman, et al.
2019	Pancreatoduodenectomia	Emmanuel Melloul, et al.
2019	Artroplastia total da anca e joelho	Thomas W Wainwright, et al.
2019	Esofagetomia	Donald E. Low, et al.
2020	Cirurgia intestinal neonatal	Mary E. Brindle, et al.
2020	Cirurgia da vagina	Alon D. Altman, et al.
2021	Cirurgia bariátrica <i>update</i>	Erik Stenberg, et al.
2021	Cesariana	R. Douglas Wilson, et al.
2022	Cuidados perioperativos da cirurgia do fígado	Gaëtan-Romain Joliat, et al.
2022	Transplante de fígado	Brustia, Raffaele, et al.
2022	Cirurgia aberta da aorta	Katharine L. McGinagle, et al.
2022	Cirurgia eletiva abdominal e pélvica	Ravi Oodit, et al.
2023	Ginecologia oncológica- <i>update</i>	G Nelson, et al.
2023	Bypass vascular dos membros inferiores	Katharine L. McGinagle, et al.
Em breve	Cirurgia citorrredutora	
Em breve	Cirurgia de emergência	
Em breve	Cirurgia trato gastrointestinal superior	

(Fonte: <https://erassociety.org/specialties/>)

O trabalho desenvolvido por esta sociedade rapidamente se difundiu a nível mundial, inclusive em Portugal.

2.3. Protocolo *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS® Society) para cuidados perioperatórios em cirurgia da artroplastia total do joelho e da anca

Em 2019, um painel composto por especialistas em artroplastia total do joelho e da anca colaborou para a elaboração de declaração de consenso para os cuidados perioperatórios em cirurgia da artroplastia total da anca e do joelho. Este grupo multidisciplinar incluiu cirurgiões, anestesistas, fisioterapeutas e enfermeiros, assegurando uma abordagem abrangente de todos os aspetos relacionados ao objeto de estudo.

As recomendações foram divididas em 17 áreas (Anexo I): (1) Educação e Aconselhamento de informações pré-operatórias; (2) Otimização pré-operatória; (3) Jejum pré-operatória; (4) Protocolo anestésico; (5) Utilização de anestésicos locais para analgesia infiltrativa e bloqueios nervosos; (6) Náuseas e vômitos pós-operatórios; (7) Prevenção de perda sanguínea perioperatória; (8) Analgesia oral perioperatória; (9) Normotermia; (10) Profilaxia antimicrobiana; (11) Profilaxia antitrombótica; (12) Fatores cirúrgicos perioperatórios; (13) Gestão de fluídos perioperatórios, (14) Nutrição; (15) Mobilização precoce; (16) Alta hospitalar; e, (17) Melhoria contínua e auditoria (Wainwright et al., 2020).

De acordo com o protocolo é recomendado:

- A comunicação de toda a informação pré-operatória ao utente.
- A diminuição de fatores de risco como hábitos tabágicos e alcoólicos
- A ingestão de líquidos claros até duas horas antes da indução da anestesia e jejum de 6 horas para alimentos sólidos.
- A prescrição ao utente de medicamentos ansiolíticos e sedativos.
- A utilização da analgesia por infiltração.
- A prescrição de medicação para náuseas e vômitos.
- A utilização de ácido tranexâmico.
- A combinação de analgésicos orais de diferentes classes e o uso de paracetamol combinado com anti-inflamatórios.
- O pré-aquecimento dos utentes e manutenção do aquecimento durante o tempo cirúrgico, sendo aconselhado que a temperatura ambiente deve ser pelo menos de 21°C antes do início do aquecimento ativo.

- O tratamento profilaxia antimicrobiana sistémica.
- O uso profilático antitrombótico num mínimo de 10 a 14 dias.
- A não utilização do torniquete e o uso de drenos cirúrgicos.
- O uso de fluídos intravenosos de forma cautelosa e a não utilização de cateteres urinários.
- O retorno precoce à dieta normal.
- A mobilização mais precoce quanto possível.
- A preparação e o planeamento da alta definindo os requisitos essenciais para o regresso ao domicílio nomeadamente: a capacidade de vestir de forma independente, autonomia no levantar do leito, sentar e levantar-se de uma cadeira, independente nos cuidados pessoais, mobilização independente com andarilho/muletas e a capacidade de caminhar >70 metros com muletas (Wainwright et al., 2020).
- A avaliação contínua da prática clínica e dos resultados. O processo de auditoria engloba a recolha de dados e a revisão das práticas em consonância com a evidência científica. O ciclo de auditoria inclui: (1) a avaliação de resultados clínicos, como demora média, readmissões e complicações; (2) a avaliação de resultados não clínicos, como aspetos económicos e satisfação/experiência do utente; (3) a avaliação da conformidade com os componentes ERAS® do processo; e (4) a manutenção da adaptabilidade do conceito, incorporando novas evidências disponíveis e ajustando o conceito multimodal conforme necessário.

Estas recomendações combinadas, apresentam os seguintes resultados:

- Diminuição dos níveis de ansiedade e stress dos utentes.
- Diminuição do conteúdo gástrico e redução do pH do fluído gástrico.
- Promoção do conforto ao utente, facilitando a conclusão dos procedimentos cirúrgicos.
- Mobilização mais precoce, mitigando os efeitos colaterais associados aos bloqueios nervosos.
- Diminuição da demora média.
- Diminuição da necessidade transfusional e os riscos associados, como por exemplo: reações transfusionais, transmissão de doenças, coagulopatias, insuficiência renal e infeção generalizada.
- Alívio da dor no momento do procedimento cirúrgico.
- Redução do risco de infeção da ferida cirúrgica.

- Diminuição do síndrome pós-trombótica.
- Diminuição do inchaço, permitindo uma recuperação mais precoce.
- Rápido retorno da função gastrointestinal.
- Promoção da reintrodução dos comportamentos normais do utente como a ingestão da dieta normal.
- Diminuição dos efeitos fisiológicos adversos associados ao repouso prolongado, como atrofia muscular, aumento da resistência à insulina, redução da função pulmonar, comprometimento da oxigenação dos tecidos e aumento do risco tromboembolismo.
- E, procura constante pela melhoria da qualidade nos cuidados de saúde através do seu sistema de auditoria.

2.4. Componentes do protocolo ERAS®

Os protocolos ERAS® são baseados na evidência científica sempre aliados a auditoria contínua de forma a permitir uma nova forma de gestão tendo sempre como premissa fundamental a centralidade do utente E neste sentido, qualquer protocolo ERAS® está focado em três grandes componentes: o pré-operatório, o intraoperatório e pós-operatório (Jain, Lamture e Krishna, (2023), como se pode ver na *tabela 2*.

Tabela 2 Componentes dos Protocolos ERAS®

Pré-operatório	Intraoperatório	Pós-operatório
<ul style="list-style-type: none"> • Nutrição • Literacia • Cessação Tabágica e Alcoólica • Equipa Multidisciplinar • Avaliação cardiopulmonar • Profilaxia antitrombótica • Jejum pré-operatório e ingestão de carboidratos 	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolo anestésico • Gestão de fluídos • Controlo da dor • Prevenção de hipotermia • Posicionamento do utente 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização precoce • Remoção precoce de drenos • Retorno à dieta normal • Controlo de náuseas e vómitos • Controlo da glicémia

(Fonte: Jain, Lamture e Krishna, (2023))

Todas as fases são de extrema importância, contudo, a fase pré-operatório é fundamental porque é necessário o envolvimento do utente e da sua família nos cuidados. O estudo de Rao M.Fogarty concluiu que entre 40% a 80% da informação fornecida pelos profissionais de saúde são rapidamente esquecidas pelos utentes, além disso, 50% das informações são lembradas incorretamente (Rao e Fogarty, 2007).

Estudos mostram que pessoas mais idosas tendem a não se lembrar de instruções verbais (McCarthy et al., 2012). Face a isto, toda a informação deve ser dada verbalmente, mas também escrita, como por exemplo através de um folheto que contenha toda a informação necessária.

O sucesso deste programa passa pelo utente ter a consciência plena de todo o plano cirúrgico (Wainwright *et al.*, 2020).

2.5. Principais benefícios

Os benefícios deste protocolo incluem a diminuição da demora média, das complicações e da mortalidade, mas também ganhos financeiros. Schwenk explica que o programa ERAS® previne o desenvolvimento de complicações pós-operatórias, acelerando a sua recuperação de tal modo que reduz a taxa de readmissão e a taxa de reintervenção (Schwenk, 2021).

O protocolo da ERAS® *Society* para a cirurgia de artroplastia total da anca e artroplastia total do joelho indica uma diminuição da demora média de 4 a 10 dias para 1 a 3 dias (Wainwright et al., 2020). Zhuang comparou os cuidados com abordagens clássicas com o programa ERAS® e concluiu que a demora média foi significativamente menor para o grupo ERAS®, com uma redução de -2,44 dias (Zhuang et al., 2013).

O mesmo protocolo da ERAS® *Society* menciona uma diminuição das complicações (Wainwright *et al.*, 2020). Verifica-se que há uma redução da incidência de complicações no pós-operatório na artroplastia da articulação da anca em 25% (Schwenk, 2021), podendo apurar uma redução da taxa de complicações até 50% (Ljungqvist, Scott e Fearon, 2017). Um estudo de 2021 explica que as complicações mais comuns na fratura da anca são o *delirium*, as infeções urinárias, pneumonia, trombose venosa profunda e infeção da ferida cirúrgica (Liu, Li e Zhang, 2021). Os mesmos autores referem que por falta de dados apenas conseguiram recolher informação referente ao *delirium*, identificando numa cirurgia de seis horas a redução significativa deste sintoma (Liu, Li e Zhang, 2021).

No indicador mortalidade, identificou-se um estudo observacional com mais de 4500 utentes submetidos a artroplastia da anca e joelho, cuja mortalidade a dois anos foi

significativamente reduzida após a introdução do programa ERAS® (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017).

Finalmente, no que diz respeito à análise financeira, considerou-se a avaliação de custo-benefício no contexto do programa ERAS® para cirurgia hepática. Num estudo comparativo conduzido por Joliet, os custos médios totais por utente foram quantificados em 38.726 € para o grupo que adotou o ERAS®, em comparação com 42.356 € para o grupo que seguiu procedimentos pré-ERAS®. Revelou, assim, uma redução média global de custos de 3.080 € por utente após a implementação do programa ERAS (Joliat *et al.*, 2015).

2.6. Condições para a implementação de um programa ERAS®

De acordo com a literatura, para a implementação do programa ERAS®, é necessário, em primeiro lugar, a vontade do serviço em iniciar um programa, constituição de uma equipa multidisciplinar e por fim, o processo de certificação pelo Centro de Excelência (Belouaer *et al.*, 2023).

Wainwrigth menciona que os pilares fundamentais são: 1) protocolos ERAS®; 2) ERAS® Interactive Audit System (EIAS) que consiste num programa informático que permite a monitorização e avaliação dos protocolos, fornecendo *reports* de forma a permitir à equipa atuar sobre quaisquer desvios, ajudando a auditar todo o desenvolvimento dos protocolos; e, 3) uma mudança na forma de gestão (Wainwright *et al.*, 2020). Isto é, a implementação depende de uma equipa multidisciplinar orientada para os resultados da melhora contínua. De acordo com o mesmo autor, os fatores principais para o sucesso deste programa prendem-se com: 1) uma liderança ativa que seja agente de mudança capaz de mover a sua equipa neste sentido; 2) mudança na cultura organizacional; 3) multidisciplinariedade das equipas; 4) profissionais fortemente motivados; 5) equipas direcionadas para a melhoria da qualidade; e, 6) tecnologias de informação robustas para recolher e analisar os dados (Wainwright, 2021).

A Sociedade ERAS® preconiza que seja composta por elementos de todas as áreas de forma a não negligenciar nenhum aspeto do percurso de otimização do utente. Deverá ser composta por médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e todas as áreas necessárias para o programa específico. Além disso, esta equipa, deverá ter um líder capaz de envolver todos os elementos para a conceptualização das mudanças e agente facilitador. Por norma são lideradas por um médico (cirurgião ou anestesiológista) (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017).

Do ponto de vista de Ljungqvist, deverá existir o cargo de coordenação, um elemento de enfermagem cuja missão passa pelo planeamento das reuniões, garantindo a recolha e registo dos dados na plataforma EIAS. Este elemento é crucial com o objetivo principal de maximizar a adesão ao protocolo e tem a função de ser um elemento de ligação dentro das equipas ERAS®, dentro dos serviços e da própria instituição (Lovegrove et al., 2024). Adicionalmente, esta equipa será composta por um administrador hospitalar, com a missão de apoiar e desbloquear os processos superando barreiras (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017).

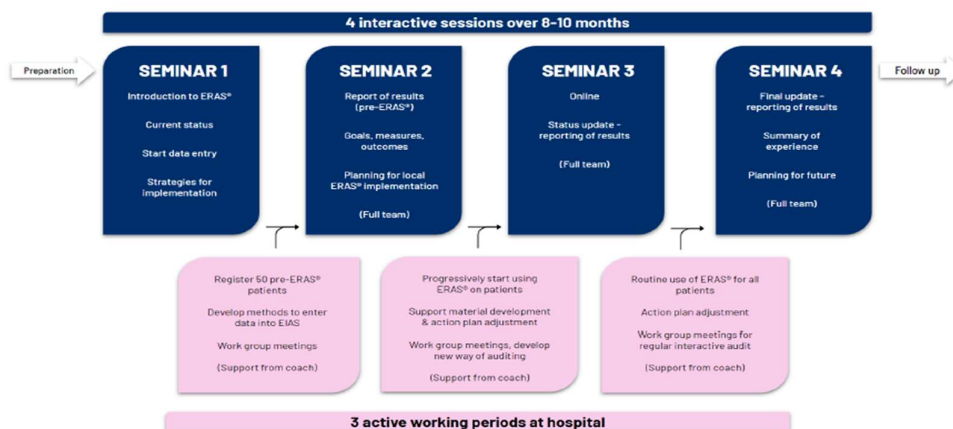
Qualquer processo de mudança terá sempre barreiras e Cohen & Gooberman-Hill mencionam nos seus estudos que as barreiras mais comuns são: resistência à mudança; financiamento inadequado; falta de apoio da gestão; elevada rotatividade do pessoal, documentação deficiente e falta de tempo. Na implementação de um protocolo da neurocirurgia, foi apontado como barreiras a complexidade do utente e a fragmentação dos cuidados de saúde (Belouaer et al., 2023). São apontados como facilitadores: líder dedicado ao programa, boa comunicação e colaboração da equipa multidisciplinar e formação contínua para os profissionais de saúde (Cohen e Gooberman-Hill, 2019). Adicionalmente, Stone reforça que um dos fatores facilitadores muito importantes são as reuniões regulares da equipa com o objetivo de monitorizar o programa (Stone et al., 2018).

Importa, ainda, referir que um programa ERAS® requer total empenho por parte das equipas porque implica formação adequada. Para novas equipas, a *ERAS® Society* delega a competência de formação à *Encare*, que é a entidade administrativa da sociedade, que por sua vez designa equipas nacionais como «Centros de Excelência».

Os «Centros de Excelência» são equipas que se qualificaram como centro de ensino. Neste momento, em Portugal, o Centro de Excelência do Hospital da Luz, é o único com competência de formação.

Para alcançar a certificação é necessário um processo de formação aos elementos que compõe a equipa core, ao longo de 10 meses, constituído por quatro seminários e por três fases intermédias sob a supervisão de um elemento destacado pelo «Centro de Excelência», como podemos ver na *figura 3*.

Figura 3 Seminários para a implementação do programa ERAS



(Fonte: site ERAS® Society)

De forma muito sucinta, no primeiro seminário, os membros da equipa começam a trabalhar no programa ERAS® da sua instituição com a elaboração de estratégias de implementação. Entre o primeiro e o segundo seminário, é desenvolvido a primeira fase intermédia onde esta equipa terá de definir 50 utentes pré-ERAS®, que serão importantes para a comparação com os doentes ERAS®. No segundo seminário, serão reportados os resultados dos utentes pré-ERAS® e são definidos também, os *outcomes*. Na segunda fase intermédia, a equipa já pode, progressivamente, usar procedimentos preconizados pelos programas ERAS® nos doentes. No terceiro seminário (único online), a equipa apresentará os seus resultados. E na terceira fase intermédia, poderá ser necessária para alguns ajustamentos, no último seminário, há a apresentação de resultados, da experiência e planeamento do futuro (Belouaer et al., 2023).

Concluindo, o programa ERAS® procura melhorar a experiência e os resultados dos utentes, concentrados em momentos importantes do seu percurso cirúrgico envolvendo, como afirma Cohen, R. Hill-Gooberman, *“better education and information for patients prior to their operations, the use of minimally invasive surgical techniques and anaesthesia, optimal pain management and early postoperative mobilisation, as well as the preparation of a discharge plan”* (Cohen e Gooberman-Hill, 2019).

Neste programa é indicado como benefícios redução da demora média, menor incidência de complicações pós-operatórias, menor necessidade de analgesia, recuperação mais rápida do utente, em virtude de uma melhor experiência permitindo um regresso mais diligente às suas atividades de vida diárias, diminuição da mortalidade a dois anos, diminuição do tempo para a cirurgia e poupanças significativas para as instituições.

3. Objetivos

Esta investigação pretende responder à seguinte questão: quais os elementos essenciais para a implementação de um programa ERAS®?

Para este efeito foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- (1) Detalhar a composição da equipa multidisciplinar envolvida na implementação do programa ERAS®, incluindo as funções de cada membro e a estrutura organizacional necessária para a execução eficiente do programa;
- (2) Analisar os procedimentos necessários para a implementação do programa ERAS®, identificando as fases do processo, as barreiras e facilitadores que decorrem no processo de implementação;
- (3) Avaliar os principais resultados obtidos com a implementação do programa ERAS®.

4. Metodologia

Neste capítulo, descrevemos a metodologia aplicada para atingir os objetivos estabelecidos, seguindo os critérios da COREQ para pesquisas qualitativas (Tong, Sainsbury e Craig, 2007). Serão detalhadas as opções metodológicas adotadas, incluindo o desenho de estudo, a seleção dos participantes, desenvolvimento do instrumento da recolha dos dados, os procedimentos da recolha de dados, a análise dos dados e considerações éticas do estudo.

4.1. Desenho do estudo

Este estudo é de natureza observacional e qualitativa, delineado para avaliar os elementos necessários para a implementação do programa ERAS® nos cuidados perioperatórios da artroplastia total da anca e do joelho. Esta abordagem é adequada para compreender os fenómenos e as experiências das pessoas em condições específicas (Cypress, 2015). A metodologia qualitativa permite uma análise profunda das nuances envolvidas na implementação do programa ERAS®, capturando as suas perspetivas.

A escolha de uma abordagem qualitativa é justificada pela necessidade de explorar e entender profundamente as experiências dos profissionais envolvidos na implementação do programa ERAS®. Como menciona Cypress, esta abordagem é ideal para compreender fenómenos complexos em contextos específicos. Permite capturar detalhes ricos e significativos sobre como os profissionais interpretam e respondem aos desafios e sucessos na implementação do programa. (Cypress, 2015)

A recolha de dados foi realizada através de entrevistas, utilizando a perspetiva teórica de entrevistas fenomenológicas. As entrevistas fenomenológicas baseiam-se na experiência vivida, focando-se nas experiências dos participantes e nos significados que eles atribuem a essa experiência. Os investigadores geram descrições detalhadas das experiências dos participantes sobre um fenómeno, fazendo perguntas abertas sobre sentimentos, perceções e entendimentos dos participantes (Roulston e Choi, 2018).

4.2. Participantes

Os participantes foram recrutados a duas instituições de saúde (*tabela 3*). A escolha destes dois locais para a realização das entrevistas deve-se ao facto do Hospital Beatriz Ângelo, atualmente ULS Loures-Odivelas E.P.E., ter sido pioneiro na implementação de programas ERAS® em Portugal, tornando-se o primeiro centro de excelência, função que cumpriu até 2022. O Hospital da Luz foi a segunda instituição a adotar protocolos ERAS® em Portugal e atualmente é o centro de excelência.

Tabela 3 Locais das entrevistas aos profissionais de saúde

Local de Estudo	Programa(s) ERAS®	Data do início do programa ERAS	«Centro de Excelência»
ULS Loures-Odivelas E.P.E.	-Cirurgia colorretal (inclui HIPEC) -Cistectomia radical -Cirurgia pâncreas -Cirurgia fígado -A implementar a ginecologia oncológica	2016	Até 2022
Hospital da Luz	-Cirurgia colorretal -Cirurgia hepática -Cirurgia pâncreas	2018	Sim, a partir de 2022

Os critérios de seleção incluíram profissionais de saúde que estavam diretamente envolvidos em programas ERAS®. A amostragem foi de conveniência, sendo a participação baseada na disponibilidade e acessibilidade dos profissionais (Barada, 2013). A amostra final consistiu em seis participantes, seleccionados em articulação com o coordenador da equipa ERAS®. Os participantes foram contactados via e-mail para agendamento da entrevista, e todos os profissionais contactados concordam em participar, não havendo exclusões.

Os critérios de inclusão foram: profissionais de saúde envolvidos na implementação e/ou execução dos programas ERAS® nas instituições seleccionadas e disponibilidade para participar na entrevista dentro do período estipulado para a recolha de dados. Os critérios de exclusão foram profissionais que não estavam diretamente envolvidos nos programas ERAS® e indisponibilidade para participar na entrevista dentro do período estipulado para a recolha de dados.

A participação dos profissionais foi essencial para garantir uma compreensão abrangente das experiências e perspetivas sobre a implementação do programa ERAS®.

4.3. Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, com o objetivo de captar a diversidade de descrições e interpretações que os profissionais de saúde têm sobre o processo da implementação do programa ERAS®.

Segundo Denny e Weckesser, as entrevistas podem ser usadas tanto para informar o desenvolvimento de intervenções quanto para compreender barreiras e facilitadores para a implementação bem-sucedida (Denny e Weckesser, 2019). As entrevistas semiestruturadas constituem um contributo valioso para o aprofundamento de conhecimentos, considerando o contexto da realidade experienciada (Peters e Halcomb, 2015).

O guião para as entrevistas semiestruturadas foi desenvolvido a partir de uma revisão abrangente da literatura seguindo um processo sistemático para garantir a pertinência dos objetivos propostos. Foram considerados estudos fundamentais como Ljungqvist, Thanh e Nelson, (2017) que discutem a abordagem multimodal e multidisciplinar dos programas ERAS®; os estudos de Wainwright et al (2020) que detalham a otimização dos cuidados perioperatórios e os benefícios associados; estudos de Ljungqvist, Scott e Fearon, (2017) que explicam os benefícios mostrando uma redução da taxa de complicações até 50%; os autores Scwenk (2021) e Liu, Li e Zhang (2021) fornecem indicações sobre a redução das complicações e melhoria dos resultados clínicos, enquanto que Riad et al (2023) discutem nos seus estudos, a otimização perioperatória em diferentes contextos; estudos de Cohen e Goberman-Hill (2019) que destacam as barreiras e facilitadores na implementação de programas ERAS; e, estudos de Stone et al (2018) que enfatizam a importância da comunicação e a colaboração da equipa multidisciplinar.

O guião das entrevistas semiestruturadas incluiu questões abertas e direcionadas para explorar as áreas identificadas na literatura como por exemplo: “Quais são os membros da equipa ERAS® na sua instituição e quais as suas funções?”; “Pode descrever as principais etapas do processo de implementação do programa ERAS® na sua instituição?”; “Pode fornecer exemplos de melhorias clínicas observadas após a implementação do programa?”; “Que barreiras internas e externas afetaram a implementação do programa ERAS®?”; e, “Que fatores facilitadores contribuíram para o sucesso da implementação do programa?” (Anexo II e Anexo III)

O guião das entrevistas semiestruturadas permitiu que as respostas dos participantes fossem abertas, sem respostas pré-determinadas, proporcionando uma maior riqueza de dados (Roulston e Choi, 2018).

O guião das entrevistas foi validado e testado por um profissional de saúde, que desempenhava funções de coordenador de enfermagem num Programa ERAS®, de março de 2021 a abril de 2022, no hospital do Serviço Nacional de Saúde. Embora ele não exerça mais esta função, continua a colaborar como enfermeiro de reabilitação na intervenção aos doentes ERAS®. Com esta validação foi possível proceder às adaptações necessárias para garantir adequabilidade do guião.

4.4. Recolha de dados

As entrevistas foram conduzidas pelo investigador e cinco delas foram realizadas presencialmente no seu local de trabalho. Estas entrevistas ocorreram numa sala privada para garantir um ambiente tranquilo e livre de interrupções, permitindo que os participantes se sentissem à vontade para partilhar as suas experiências de forma aberta. As entrevistas foram gravadas em áudio com recurso a um gravador para posterior transcrição, utilizando o *Software TurboScribe*.

Apenas uma entrevista foi realizada online, devido à disponibilidade do participante. Esta entrevista foi conduzida e gravada através do *Microsoft Teams*, com a transcrição realizada diretamente a partir da gravação digital.

A possibilidade de transcrever as entrevistas permitiu que os discursos fossem reproduzidos de forma mais lenta, proporcionando um maior aproveitamento no momento de transcrição das falas.

As entrevistas foram realizadas entre abril a junho de 2024. A duração das entrevistas variou entre 24 e 65 minutos, com uma média de 43 minutos. Este tempo médio inclui não só a entrevista propriamente dita, mas também esclarecimento do âmbito e dos objetivos do estudo, leitura e assinatura do consentimento informado, bem como o esclarecimento de eventuais dúvidas por parte dos participantes.

4.5. Análise dos dados

Os dados das entrevistas foram analisados com auxílio do *software MaxQDA*, versão 2022, utilizando uma abordagem de análise de conteúdo. Este processo envolve várias etapas: a pré-análise em que são definidos o objeto de estudo e são estabelecidas as categorias de análise; a exploração do material de pesquisa onde é identificado tema, padrões e tendências; a codificação, onde é atribuído códigos às unidades de análise relevantes; a categorização, os códigos são agrupados por categorias com base em semelhanças temáticas; e, a interpretação dos resultados procurando significados no fenómeno estudado (Bardin, 1977).

Na etapa pré-análise, a definição do estudo prende-se com a questão principal: quais os elementos essenciais para a implementação de um programa ERAS® e as categorias iniciais incluíram “composição da equipa ERAS®”, “processos de implementação”, “benefícios” e “barreiras e facilitadores”.

Durante a etapa exploração do material de pesquisa, os dados foram revistos minuciosamente para identificar temas, padrões e tendências. Cada transcrição de entrevista foi lida várias vezes para garantir a compreensão completa do conteúdo. Os temas foram identificados com base nas respostas dos participantes. Por exemplo, um tema recorrente foi a “auditoria” onde vários participantes destacaram a importância da auditoria num processo de melhoria contínua e na monitorização constante de indicadores. A análise identificou padrões como a necessidade de “formação”, “*compliance*” para manter os profissionais atualizados sobre as melhores práticas do programa ERAS®.

A etapa codificação envolveu a atribuição de códigos a unidades de análise relevantes dentro dos dados das entrevistas. Esta etapa foi crucial para organizar e categorizar as informações de maneira sistemática. Cada transcrição foi revisitada e fragmentos de texto que refletiam ideias ou conceitos importantes foram marcados com códigos específicos. Por exemplo, segmentos que mencionavam a composição da equipa foram codificados como “profissionais”.

Após a codificação, os códigos foram agrupados em categoria com base em semelhanças temáticas. A etapa da categorização permitiu organizar os dados de forma mais estruturada, facilitando a identificação de temas emergentes, isto é, códigos relacionados foram agrupados para formar categorias maiores. Por exemplo: códigos como “fases”, “facilitadores”, “barreiras”, “*compliance*” foram agrupados na categoria “Operacionalização”.

A última etapa é a interpretação de resultados e envolve a interpretação dos dados categorizados para extrair *inputs* e significados sobre a implementação do programa ERAS®. Os dados foram analisados em contexto, considerando as nuances de detalhes fornecidos pelos participantes. Por exemplo, a categoria “Resultados Relevantes” foi interpretada quais os principais resultados que os profissionais de saúde identificam com a implementação de um programa ERAS®.

Este processo sistemático de análise garantiu uma compreensão profunda e abrangente das perceções e experiências dos profissionais de saúde em relação à implementação do programa ERAS®.

Para ilustrar os temas emergentes, foram apresentadas citações diretas dos participantes, identificadas por códigos alfanuméricos para manter o anonimato. As citações foram selecionadas para representar a diversidade de experiências e pontos de vista.

4.6. Questões Éticas

O estudo seguiu todos os parâmetros legais, tendo sido submetido às instituições de estudo para aprovação pelas respetivas comissões de ética. A comissão de Ética da ULS Loures-Odivelas, E.P.E. aprovou o Estudo 744 a 22 de março de 2024 (Anexo IV); a comissão de ética do Hospital da Luz também concedeu aprovação a 28 de junho, CES/39/2024/IE (Anexo V).

Todos os participantes foram informados sobre o estudo e seus objetivos de pesquisa. Foi-lhes entregue o consentimento informado (Anexo VI), tendo a possibilidade de questionar o investigador sobre quaisquer dúvidas.

Foi garantido o anonimato de todos os participantes, que foram identificados por códigos. Quaisquer informações que pudessem facilitar a sua identificação foi omitida. O anonimato dos participantes foi preservado por um código alfanumérico composto por uma letra e um número, o "E" (Entrevista) e depois a numeração é sequencial.

Por fim, após a validação das transcrições, todos os registos áudios foram eliminados e a transcrição das entrevistas foram arquivadas no computador cujo acesso é de apenas do investigador. A segurança foi garantida por uma *password* e todos os dados recolhidos serão destruídos até um ano após a apresentação do trabalho.

5. Resultados

Ao longo deste capítulo, serão apresentados os resultados das entrevistas aos profissionais de saúde.

Dos entrevistados, 4 são médicos, 1 enfermeiro e 1 técnico superior, como podemos observar na *tabela 4*. Dos participantes das entrevistas, 66% correspondem ao sexo feminino e 33% do sexo masculino, a experiência profissional na equipa ERAS® varia entre 2 a 9 anos

Tabela 4 Caracterização dos entrevistados

Variáveis		n	Percentagem (%)
Sexo	Feminino	4	66%
	Masculino	2	33%
Categoria Profissional	Médico	4	66%
	Enfermeiro	1	17%
	Técnico Superior	1	17%

Da análise das entrevistas emergiu 4 categorias a analisar: Conceitos, Organização Interna, Operacionalização e Resultados Relevantes, na *tabela 5*, podemos observar a definição de cada categoria.

Tabela 5 Lista das Categorias

Categorias	Definições
Conceitos	Definição do programa ERAS® e centro de excelência
Organização Interna	Caracterização da equipa e suas funções
Operacionalização	Identificar as fases de implementação
	Identificar o processo de auditoria
	Avaliar a operacionalização da equipa ERAS® aprofundando os componentes facilitadores e barreiras à sua implementação
	Identificar a forma de seleção de recursos humanos
	Compreender a estratégia de comunicação
Resultados Relevantes	Identificar que tipo de resultados poderão ser obtidos num programa ERAS®

A etapa de codificação permitiu que cada categoria fosse dividida por códigos e subcódigos, dando origem a uma matriz de codificação (Anexo VII). Na categoria “Conceitos” surgiu dois códigos – definição ERAS e definição Centro de Excelência (Anexo VIII). Na categoria “Estrutura Equipa Multidisciplinar” foram codificados 3 códigos: Profissionais, Área da Gestão e Modelo Organizacional (Anexo IX). Na categoria “Operacionalização” emergiu 10 códigos: Fases; Barreiras, *Compliance*; Formação; Facilitadores; Comunicação; Seleção de Recursos Humanos; Necessidade; Custos e Recomendações, além de 17 subcódigos (Anexo X). E, por fim, na categoria “Resultados Relevantes” foram codificados 5 códigos: Doente; Clínicos, Contribuição positiva SNS; Económicos e Comparação de Dados (Anexo XI).

5.1. Conceitos

Após a análise dos nossos dados, surgiu dois importantes conceitos: definição do programa ERAS® e definição do centro de excelência.

Em todas as entrevistas, a definição do programa ERAS® prende-se com a otimização do utente para a cirurgia, como exemplificado abaixo:

“O programa ERAS é um programa de *Emergency Recovery After Surgery*, que é um programa que visa a otimização do doente ERAS em todo o seu percurso no perioperatório, desde a pré-admissão para operatório, intraoperatório e pós-operatório” (E1)

Contudo, o entrevistado “E5” tem uma perspetiva diferente, começa a definir o programa ERAS® como uma mudança de mentalidades:

“O Programa ERAS é uma mudança de mentalidade das pessoas, em que deixamos de ter o foco no médico, que tem a sua carteira de doentes para tratar, e passamos a ter um doente no centro da tomada de decisão, que tem um conjunto de profissões, uma equipa multidisciplinar, tem uma abordagem multimodal para tratar doentes como um todo, e tem toda uma parte que começa antes do doente ser admitido para o tratamento, a consulta externa, depois dá a parte da pré-admissão ao hospitalar, às medidas pré-operatórias, intraoperatórias, pós-operatórias, é todo um contínuo de mudança de paradigma que nós temos que interiorizar e é uma maneira diferente de trabalhar no dia a dia”. (E5).

O centro de excelência é uma equipa qualificada como centro de ensino, reconhecida pela ERAS® *Society*. Estes centros têm a competência de formar novas equipas e têm como missão a divulgação do programa a outras profissionais, garantido a qualidade e adesão dos protocolos estabelecidos, como nos explica o entrevistado “E6”:

“O centro de excelência normalmente é a sociedade ERAS que define e normalmente é o primeiro, mas também há acho que não é só ser o primeiro, mas aquele que demonstra também uma relação mais estreita com a sociedade e o interesse essencialmente em divulgar e formar outros profissionais.” (E6)

“Obrigação moral, digamos assim, não é nada contratual, é moral, é nós termos o interesse, teremos o gosto com o apoio tanto da sociedade como da *Encare*, está associada a parte mais burocrática de divulgar no nosso país o programa e apoiar toda a parte da formação associada a ele”. (E6)

5.2. Organização da equipa ERAS®

Da categoria “Estrutura da Equipa Multidisciplinar”, afigura-se três subcódigos: “área de gestão”, relacionado qual a sua importância na implementação do programa ERAS®; “Modelo organizacional”, item focado na estrutura organizacional necessária para a execução eficiente do programa ERAS®; e, “profissionais”, composição da equipa multidisciplinar

Verifica-se perante a nossa amostra que o subcódigo “Modelo Organizacional” afigura-se com mais referências (25). Pela análise dos dados, o modelo organizacional do programa ERAS® adapta-se à realidade de cada instituição, ajustando as *guidelines* aos seus contextos. Importa referir que há a necessidade de criação do Enfermeiro Coordenador ERAS®, é um ponto de referência, garantindo a coordenação e a comunicação eficaz entre todos os membros da equipa e outras especialidades. Tem o objetivo de assegurar que todos os aspetos do programa sejam cumpridos de maneira eficiente e personalizada, conforme nos explica o entrevistado “E6”:

“E a realidade da instituição é sempre tudo muito adaptada à instituição. Existem *guidelines* genéricas, mas depois o que nós queremos e adaptá-las. Portanto, a primeira coisa, esta equipa é absolutamente essencial. Esta que nos acompanha durante um ano e depois nós vamos acompanhando e é entidade enfermeiro ERAS. É uma entidade que não existe, é uma entidade, tem de ser criada pronto. É um enfermeiro específico que acompanha estes doentes, que faz uma avaliação de enfermagem prévia, que é responsável pela auditoria. E, portanto, isto é muito importante, isto é, por exemplo, uma coisa que não existe na equipa, outras coisas obrigatórias, é auditoria. É assim aqui, obviamente que é preferencialmente pela sociedade ERAS® agora, se me permite em termos não comerciais, se arranjam uma coisa espetacular que dê para fazer auditoria de outra maneira, OK, não são e da sociedade ERAS®, não é este preciso.” (E6)

“Eu acho que temos aqui pilares chave em cada especialidade. Ou seja, saber que ter essa tal pessoa de referência. Ou seja, se nós tivermos de chamar a atenção,

ou tivermos que falar com alguém, sabermos que, por exemplo, hoje se tiver um doente atrasado na minha consulta, e por acaso aconteceu um doente que está internado, a enfermeira mandou um mail para as pessoas que iriam ter consulta com ele, dizer, olha, não vejam este doente, ele não vem à consulta, porque está internado.” (E4)

No subcódigo “Profissionais”, que apresenta 16 referências, é destacado a composição da equipa ERAS® que inclui obrigatoriamente um cirurgião, um anestesista e um enfermeiro. Além destes, a equipa pode contar até seis elementos, incluindo um administrador ou gestor que desempenha um papel crucial de apoiar o projeto, mas também como um facilitador para ultrapassar obstáculos na implementação, e outras especialidades que sejam relevantes para o protocolo que vai ser instituído como nutricionista e/ou fisiatra, conforme nos esclarece o entrevistado “E6”:

“O cirurgião, anestesista e enfermeiro são obrigatórios. Os outros normalmente é uma equipa de 6 em que deve ter sempre de haver alguém da administração ou de gestão (...) que acredite no projeto e que ajude a retirar estes obstáculos. Portanto, esta pessoa é muito importante. É um desbloqueador”. (E6)

“E depois pode haver, por exemplo, no colorretal é muito importante ter um nutricionista, se calhar no, como é que se chama na ortopedia e pode ser interessante ter um fisioterapeuta ou quiçá alguém da medicina interna para otimizar, ajudar a otimizar estes doentes ou uma cardiologia ou qualquer coisa. (E6)

Os entrevistados destacam a importância de uma equipa central, referida como equipa nuclear ou core, que atua como elo de ligação com outras especialidades conforme necessário. Esta equipa central inclui um ou dois elementos que assumem papéis de liderança, encarregando-se das funções mais formais, garantido a coordenação eficaz entre os diferentes estruturas e serviços, como nos mostra o entrevistado “E5”:

“Nós temos uma equipa, que é a equipa que nós chamamos de nuclear, o core e há um ou dois elementos que são os *leaders* da equipa que fazem parte mais burocrática da ligação com outras estruturas”. (E5)

No subcódigo da “Gestão”, com 8 referências, é referido a importância do gestor para coordenar atividades práticas do dia-a-dia porque um gestor proativo e comprometido é capaz de implementar mudanças estruturais necessárias para a melhoria contínua dos processos, como o entrevistado “E5” sumariza a importância de alguém da área da gestão na organização da equipa ERAS®:

“Há estas barreiras de gestão, literalmente gestão de gabinetes, gestão de consultas, gestão de vagas para a colheita de exames, de análises clínicas, de eletrocardiograma, que a nós clínicos nos ultrapassa por completo. Esta articulação

com gestão é fundamental. Outros pequenos exemplos, faz parte deste programa, o protocolo, os enfermeiros têm que pesar os doentes todos os dias. Se o enfermeiro não tiver uma balança, não pesa. E o enfermeiro também não vai comprar uma balança com dinheiro dele, tem de ser gestão. Faz parte, o benefício está no CPA, no recobro, ou levantar-se no próprio dia da cirurgia. Se não tem uma cadeira, um cadeirão, o doente não se levanta. Tem de ser gestão a garantir que existe esse cadernão. Há todo um conjunto de mudanças estruturais da organização, que é gestão, que tem de estar empenhada e motivada também a querer mudar e melhorar todo este sistema e este circuito. Nós podemos ter muitas ideias, mas se não houver o acompanhamento de parte da gestão, não funcionará.” (E5)

5.3. Processos para implementação do programa ERAS®

Referente ao objetivo de analisar quais os componentes necessários para a implementação do programa ERAS®, surgiu da análise dos dados a categoria “Operacionalização”, 10 códigos e 17 subcódigos.

Da leitura dos dados verifica-se que o código “*Compliance*” é que tem mais referências (58); seguido pelo código “Fases” com 48 referências; segue-se depois o código “Barreiras” com 43 referências; a seguir, o código “Formação” com 33 referências; logo depois com 30 referências o código “Facilitadores”; em seguida, o código “Comunicação” com 21 referências; e, finalmente com menos de 10 referências, observamos o código “Seleção Recursos Humanos”, com 7 referências; os códigos “Necessidade” e “Custos” com 3 referências; e “Recomendações” com 2 referências.

5.3.1. *Compliance*

Verifica-se perante a nossa amostra, a importância que é dada a este código. O conceito “compliance” refere-se à conformidade das diretrizes preconizadas no programa, inclui a implementação correta e consistente de práticas e procedimentos padronizados ao longo de todo o percurso do doente ERAS®, como nos mostra o entrevistado “E1”:

“(…) dos vários itens que são auditados pela sociedade ERAS®, seleciona alguns (….) são auditados 100 itens destes 100 itens, (a sociedade ERAS® por exemplo) selecionam 30 para entrar nesta avaliação de *compliance* ou não *compliance* (….) Depois o que eles fazem é pegar em todos os itens nos quais avaliam a *compliance* (….) e veem a *compliance* geral, a *compliance* no pré-admissão, no pré-operatório, no intraoperatório e no pós-operatório, sendo que aquilo que está descrito é que *compliance* a partir de 70 a 80% com o programa ERAS melhoram os resultados,

melhoram os *outcomes* (...) A *compliance* acaba por ser um indicador que nos permite avaliar se estão a haver muitos desvios” (E1)

De acordo com os resultados obtidos, a *compliance* é rigorosamente monitorizada através de sistema de auditoria, como a Plataforma EIAS. Este sistema avalia detalhadamente se as práticas e os protocolos são seguidos corretamente em todas as etapas do percurso cirúrgico do utente. O entrevistado “E1” explica-nos que a diferença entre o protocolo e o programa está na auditoria que é efetuada.

“Porque é a diferença entre um protocolo ou um programa em ERAS. O protocolo nós lançamos o protocolo publicamos, OK. No programa ERAS nós além de lançarmos o protocolo vamos monitorizar este protocolo vamos introduzir os doentes na plataforma EIAS e vamos monitorizar, vamos fazer a auditoria dos doentes para tentar perceber o que é que está a ocorrer bem ou o que é que está a ocorrer menos bem”. (E1)

A auditoria permite a identificação de áreas de melhoria, a realização de benchmarking com outras instituições e a garantia de que os elevados padrões de cuidados definidos pela ERAS® Society são mantidos, como reforça o entrevistado “E4”:

“Nós temos esta plataforma um bocadinho também para comparação, que até a sociedade compara com outros hospitais e isso também é bom para nós sabermos onde é que nós nos enquadrámos e o que é que nós podemos melhorar na nossa intervenção, isso também é muito importante”. (E4)

O subcódigo “indicador” demonstra que o programa ERAS® está efetivamente a gerar resultados porque é uma vantagem as equipas conseguirem mostrar a sua atividade e os seus resultados, como nos explica o entrevistado “E2”

“É uma grande vantagem eu conseguir demonstrar que a minha atividade está a ter resultados.” (E2)

A plataforma EIAS, que conta com 140 parâmetros de avaliação e monitorização, é descrita por muitos entrevistados como exaustiva, proporcionando uma análise detalhada e abrangente de todas as etapas, desde a preparação pré-operatória até a alta do utente, estas ideias são reforçadas pelos entrevistados “E3” e “E6”

“(…) esta plataforma tem 140 indicadores.” (E3).

“Estamos a falar desde todo o pré-operatório, desde a pré admissão, todas as características prévias têm doença cardíaca, se tem a asma, está otimizado, se tem anemia, se tudo a está bem nutrido, se não está. Até previamente se fez tromboprofilaxia se cumpriu o jejum e não teve aqueles jejuns loucos super prolongados. Depois dentro da anestesia se é aquecido, não é aquecido. Estou a dar assim exemplos, se é aquecido, não é aquecido. Que tipo de anestesia, se usa

opióides, se os opióides são de longa ação, se não são. A cirurgia, se tem drenos, se não tem drenos, quanto é que perde, quanto tempo demora se fez antibiótico, quando é que fez, a que horas fez. É exaustivo. (...) Tem algália, não tem algália. Quando é que começou, quantas calorias comeu, quando é que bebeu água, quando é que bebeu de água? Portanto, tudo isto é auditado ao pormenor. Quantas horas teve levantado, quantas horas andou no corredor? (E6)

5.3.2. Fases

Verifica-se perante a nossa amostra que o código “Fases” arrecada 48 referências e foi dividido em dois subcódigos: *care pathway* e organização.

A implementação do programa ERAS® numa instituição de saúde envolve várias fases. Em primeiro lugar, a iniciativa em iniciar um programa ERAS® começa com a vontade e motivação do cirurgião e da equipa de anestesia, além de outras especialidades envolvidas. Após garantida essa motivação, é feito um pedido ao Conselho de Administração e caso seja autorizado, segue-se a formação dos profissionais e a elaboração de uma orientação técnica baseada nas recomendações da ERAS® Society, adaptadas à realidade da instituição de saúde. Uma vez concluída, essa orientação técnica é submetida à aprovação. Após aprovada esta orientação técnica é estabelecido uma data para o início do programa, a partir da qual os doentes começam a ser abrangidos pelo programa ERAS®, conforme explicado pelo entrevistado “E1” exemplifica as fases relevantes:

“Se for o primeiro programa a ser implementado num hospital, além da vontade do cirurgião, a equipa de anestesia terá também de ter alguma motivação e todas as outras especialidades envolvidas. Depois de haver esta vontade, o que se faz é um pedido ao conselho de administração (...) depois inicia o processo de implementação, propriamente dito, com a formação dos profissionais (...) elaboração da tal orientação técnica, de acordo com as recomendações da sociedade ERAS®, mas adaptando à realidade local do hospital. A partir desse momento em que esta orientação técnica está feita, submete-se à gestão documental, à qualidade para aprovação (...) depois de estar aprovada tem-se de dar formação aos diferentes profissionais que vão cuidar do doente ERAS® (...) E depois estabelece-se uma data e a partir desse momento, os doentes são abrangidos pelo programa ERAS®.” (E1)

A partir do momento em que é definido uma data, a equipa ERAS® faz uma seleção de doentes pré-ERAS® que servem de base de comparação do programa. Estes doentes

pré-ERAS® permitem comparar de forma precisa e objetiva o impacto das intervenções ERAS®, por isso, esta análise retrospectiva de casos clínicos anteriores permite uma avaliação mais precisa da situação atual, contribuindo para uma visão mais fiel da realidade hospitalar. É importante selecionar todos os casos em detrimento da tentação de escolher apenas o que refletem positivamente a instituição, a fim de obter um diagnóstico preciso, como mencionam os entrevistados “E4” e “E5”:

“É recolhidas também cerca de 40 a 50 doentes que são os doentes pré-ERAS, que são aqueles que entram no programa do EIAS, (...), são os doentes pré-ERAS, que vão ser aqueles como se fosse a base de comparação com os doentes que vão depois entrar no protocolo. Quando temos a orientação técnica aprovada pela nossa comissão de ética e a nossa comissão de farmácia, várias comissões têm passado aqui no hospital, então começamos a nossa intervenção dos doentes.” (E4)

“Todos os que foram antes são os doentes que foram tratados até agora. E quanto mais fidedignos formos nesta introdução dos doentes, melhor vai ser a fotografia do nosso estado atual. E isso é importante, porque é para perceber exatamente onde é que estamos e o que é que nós temos de fazer para melhorar. Não vale a pena selecionar doentes bons para ter uma fotografia bonita. Isso depois não nos vai dar uma imagem real do nosso hospital.” (E5)

De acordo com os dados analisados, os entrevistados deram relevância ao subcódigo *care pathway*, porque o circuito do utente no contexto do programa ERAS® envolve uma série de consultas e avaliações realizadas antes da cirurgia, a fim de otimizar o estado de saúde do utente e minimizar os riscos associados ao procedimento cirúrgico. Este circuito inclui a consulta de decisão terapêutica, na qual o médico determina se o utente é elegível para a cirurgia, bem como consultas de especialidades diversas, tais como nutrição, enfermagem, anestesia, medicina física e reabilitação, imunohemoterapia e cessação tabágica, entre outras. Estas consultas são agendas de acordo com o plano prévio, geralmente com um prazo mínimo de duas semanas antes da cirurgia, podendo se estender até quatro semanas, dependendo das necessidades específicas de cada utente. Todas estas etapas são essenciais para garantir que o utente esteja devidamente preparado e otimizado para o procedimento cirúrgico, minimizando complicações e melhorando o resultado, como referem os entrevistados “E4” e “E5”:

“Nesta consulta em que já está definido um plano terapêutico, neste caso cirúrgico. Fundamental, na consulta de cirurgia, que é a de cirurgião, que é identificar os fatores de risco que o doente tem. A parte nutricional, o tabaco, essas prévias que

tem de ser protegidas, otimizadas. Gerir a expectativa do doente. Então é referenciado para diferentes consultas que sejam necessárias. O doente que tem uma anemia, vai à consulta de imunoterapia para gerir anemia. Vão quase todos, idealmente vão todos, a consulta de nutrição para verificar o risco nutricional do doente. Se o doente precisa de uma intervenção mais funda, que pode obrigar a adiar a cirurgia. Ou se tem de estar numa intervenção normal e precisa de uma intervenção mínima. Os doentes que fumam, idealmente, para fumar um mínimo de 4 semanas. Os doentes que têm consumo de alcoólicos, em vez de estarem em abstinência. Otimizar a patologia cardíaca, a respiratória, diabetes, essas coisas todas.” (E5)

“(...) é num dia, por exemplo hoje, que estivemos durante a manhã, o doente tem uma série de consultas, que estão dentro deste pacote ERAS®. Neste caso, também consulta de nutrição, consulta de enfermagem, consulta de anestesia, consulta de MFR, também consulta de imunohemoterapia, caso necessário, de cessação tabágica, e é toda a parte da secretária, quando agenda estes doentes, agenda todas as especialidades que estão dentro do protocolo, dessa orientação, para esse dia. (...) Estas consultas são marcadas até duas semanas, quatro semanas, antes da cirurgia”. (E4)

Os entrevistados mencionam a importância de testagem do *care pathway* e por isso, é referido nas entrevistas os testes piloto, que permitem não só que os profissionais entendam melhor as mudanças propostas afetam os utentes, mas também identificam possíveis desafios que possam surgir durante a implementação. Desta forma, os testes piloto foram considerados uma etapa essencial no processo de melhoria do percurso do doente, garantindo que as mudanças sejam bem-sucedidas e possam trazer benefícios aos utentes e aos profissionais de saúde envolvidos, como demonstra o entrevistado “E2”:

“(...) tivemos necessidade de ter 5 doentes-piloto (...) para testar o circuito. Esses 5 foram escolhidos para testar o circuito. Das consultas, como é que entra, como é que vem, como é que é feita a admissão, para que sítio vai, várias áreas de tratamento (...) O doente ERAS, quando é que é um doente ERAS? A partir do momento da consulta, cirurgia, independentemente que seja cirurgia geral ou cirurgia urológica, como estamos a dizer, cirurgia geral ou cirurgia urológica, e o médico, em consulta de decisão terapêutica, também pode ser essa a fase, em consulta de decisão terapêutica, decide, não, o doente é para operar”. (E2)

A análise desta categoria demonstrou um importante contributo que enfatizou a relevância da logística e da gestão de gabinetes, identificada com o subcódigo “organização”, essencial para assegurar o adequado funcionamento das consultas. Além disso, apontou-se que em casos em que a arquitetura da instituição cria

dificuldades para os utentes, como consultas em locais distantes e distintos, a presença de um profissional para orientar os utentes poderia ser benéfica. Isso evitaria que os utentes, especialmente os que possuem limitações físicas ou cognitivas, se perdessem, facilitando uma articulação mais personalizada entre os diferentes espaços, como explica o entrevistado “E4” e “E5”:

“Em termos de gabinetes, não conseguimos gerir isso. É uma luta que está sempre a chatear a questão da organização, mas não é fácil termos gabinetes perto uns dos outros. E isso realmente é uma coisa que dificulta aqui o doente ir. Às vezes temos um doente, por exemplo, de quarenta anos, que se orienta bem, mas depois temos um velhote que vem com a esposa, que também se é velhota e que anda aqui meio perdida. Às vezes somos nós que levamos os doentes lá ao sítio, olha agora venha comigo que eu vou lá levá-lo. Tentando mais ou menos orientar ao ter aquela orientação.” (E4)

“Depois o doente tem de andar para a frente e para trás. Outra coisa que poderia ser muito bom, que nós não temos, mas temos aqui a possibilidade, era haver um assistente que ia com o doente, levar o doente para os diferentes gabinetes. Alguns hospitais privados têm. Alguns hospitais privados têm. E isso ajuda muito. (...) Agiliza isto muito.” (E5)

5.3.3. Barreiras

Da leitura dos dados verifica-se que do código “Barreiras”, com 43 referência, emergiu 8 subcódigos. O subcódigo com mais relevância é “mudança de mentalidade”, seguido do subcódigo “rotatividade das equipas”; depois o subcódigo “administração”; seguido pelo subcódigo “relevância do programa”, depois o subcódigo “resistência”; e, finalmente, “procedimentos”, “reunir a equipa” e as “*guidelines*”.

O subcódigo com mais expressão é a mudança da mentalidade, todos os entrevistados apontam como a principal barreira à implementação de um programa ERAS®.

“O paradigma é a mentalidade tem de mudar, há muita gente que muda muito dificilmente e isso tem custos (...) estão agarrados à forma como foram ensinados a trabalhar e a mudança às vezes custa e muitas pessoas não têm paciência para mudar. A transmissão de resultados e a evidência também ajuda e motiva.” (E5)

Embora seja a principal barreira, o entrevistado “E6” apresenta uma solução para ajudar na mudança de mentalidade:

“Daí a importância desta implementação desta mudança de mentalidade: o falar, o desenvolver, o discutir ou fazer apresentações. Tudo esta implementação engloba tudo isto, fazer apresentações, ajudar, dar ideias pronto e, portanto, esta mudança

de mentalidade (...) é mostrando, mostrando, mostrando, mostrando nunca o objetivo da sociedade. Isto é uma coisa que é muitas vezes incutida. Isto também é importante. Transmitir uma das coisas que é, isto é, não se obriga. Pronto não se obriga ninguém, vai se mostrando pronto.” (E6)

Para os entrevistados, a gestão de topo, nomeadamente a Administração é uma barreira principalmente na demora das autorizações necessárias que pode levar à desmotivação das equipas:

“falta de apoio do conselho de administração demora em respostas ou de autorizações mesmo a própria direção de serviço tem de estar motivada para a mudança porque se a mudança não partir de cima vai ser difícil quem está em baixo, mesmo que tenha muita motivação, será difícil mudar se não tiver o apoio das chefias. (E1)

Para os entrevistados a rotatividade das equipas é uma grande barreira, porque dificulta o processo da mudança, interfere na coesão, no compromisso e na eficácia da equipa como menciona o entrevistado “E1”:

“De fato, por vezes de termos equipas rotativas com uma grande rotatividade e elementos novos por exemplo, na enfermaria às vezes falta de equipa de enfermagem ou elementos novos que não estão por dentro do programa ERAS, isso pode ser uma resistência” (E1)

Por outro lado, nas barreiras temos, também, questões mais práticas do dia-a-dia como os procedimentos, mostrar a relevância do programa, as *guidelines* e conseguir reunir a equipa.

“A principal dificuldade é um bocadinho uniformizar os procedimentos porque muitas das vezes nem sempre as especialidades estão em ligação com outras especialidades e é uniformizar um bocadinho os procedimentos. E depois também reunir todas as pessoas, conseguir reunir toda a equipa, pois nós já temos cinco programas e por isso muitas vezes é difícil reunir todas as pessoas.” (E4)

“Agora, eu posso não conseguir demonstrar quais são os benefícios do programa. Isto é que é um desafio. Depois, é muito fácil implementar um programa e ter sucesso, a dificuldade é mantê-lo. Essa é a parte mais difícil, porque com o programa, o primeiro foi um sucesso, portanto, as pessoas estavam empolgadas. Agora, manter o standard é uma coisa muito difícil. Eu trabalho o dobro ou o triplo de quando foi o primeiro projeto inicial. E trabalho com as mesmas ferramentas. É educar, educar, educar, formar, formar, formar, demonstrar, demonstrar resultados. (E2)

“Depois, as *guidelines* são recentes. E a verdade é que há muita gente trabalha pelo tradicional aquilo que sempre fez e que sempre funcionou e há algumas coisas que

eu posso lhe dizer que há estudos que demonstram que o conhecimento médico demora 10 a 20 anos a entrar na prática clínica diária”. (E6)

5.3.4. Formação

Da leitura dos dados, o código “Formação” reúne 33 referências. Todos os entrevistados mencionam este tema, retratando a sua experiência e explicando em que consiste o programa de formação para novas equipas. O processo de formação para a implementação de um programa ERAS® é detalhado e abrangente, estruturado em quatro seminários ao longo de um ano. Nestes seminários são explicados os fundamentos do programa e o processo de auditoria. Cada etapa é acompanhada de objetivos específicos e de acompanhamento contínua, com acesso à plataforma EIAS para garantir a conformidade e resolver dúvidas emergentes, como o entrevistado “E2” aprofunda de forma bem exaustiva:

“Formação de um ano, em que tem uma fase inicial, em que nós explicamos àqueles que se propõem ao programa ERAS, em que explicamos o que é o programa ERAS. Portanto, são quatro momentos. Deixe-me ver se consigo explicar. O primeiro momento em que nós explicamos o que é que consiste em o programa ERAS, como é que é constituída a equipa, o que é que é a fase de auditoria. Depois, vai sendo feito um acompanhamento de quatro vezes. Portanto, é dividido em quatro vezes. Quando foi a época da pandemia, foi um bocadinho mais prolongado, pelas questões inerentes. Mas a ideia é uma primeira fase em que há a apresentação, em que depois são lançados àquela equipa objetivos de realização, para eles se organizarem internamente para a resposta ao programa em si. Nós fazemos a segunda etapa, que é uma etapa de acompanhamento. Tentar perceber em que fase é que eles estão e como é que nós conseguimos dar algum tipo de ajuda. Dessa fase, já terão acesso também à plataforma EIAS e depois já nos trazem dúvidas para... desculpe, é a partir do segundo momento que têm acesso à plataforma EIAS, que depois, do segundo para o terceiro, nós começamos a tirar dúvidas relativamente a achados, encontrados, que é natural que assim seja, que estejam não conformes. Portanto, o objetivo é chegar à conformidade. E depois fazemos uma... Isto é, da segunda para a terceira, na terceira fazemos essa validação e depois na quarta são lançados objetivos”. (E2)

Embora a formação seja de um ano, os entrevistados falam da importância de formação contínua como processo de boas práticas, porque permite que os profissionais se mantenham atualizados com as melhores e novas evidências, garantindo a eficácia e a melhoria do programa, como menciona o entrevistado “E1”

“A formação é sempre contínua” (E1)

5.3.5. Facilitadores

Da leitura dos dados verifica-se que o código “Facilitador” reúne 30 referências, e 4 subcódigos que foram descritos como simplificadores para a implementação de um programa ERAS® numa organização: profissionais; motivação; feedback; e, liderança.

Os entrevistados destacam que, além da composição da equipa, a motivação dos profissionais é um dos pilares fundamentais para o sucesso do programa ERAS®, sendo considerada um dos principais facilitadores. A presença de um grupo de profissionais motivados e interessados é essencial para impulsionar a implementação do programa. Além disso, é crucial contar com o apoio da gestão hospitalar para garantir a continuidade e eficácia do projeto, como enfatiza um dos entrevistados:

“Tem de haver um grupo de profissionais motivados e interessados para. Depois, é fundamental haver alguém da gestão hospitalar a apoiar este projeto. (E5)

Os entrevistados destacam a importância da colaboração entre diferentes categorias profissionais com particular ênfase na equipa de enfermagem. A integração e a colaboração entre a equipa de enfermagem e as outras especialidades são vistas como importantes para o sucesso do programa. O entrevistado “E3” reforça mesmo esta colaboração:

“A colaboração com a equipa da enfermagem e da anestesia acho que é o mais importante. Acho que o pilar fundamental é a equipa de enfermagem. É essencial.”
(E3)

O *feedback* contínuo às equipas envolvidas no programa ERAS® é identificado como um fator decisivo para o seu sucesso. O *feedback* não só reconhece o contributo de cada membro, mas também destaca áreas de melhoria, promovendo um ciclo constante de avaliação e aperfeiçoamento. Um dos entrevistados explica que no início de cada ano, são criados posters para a divulgação de resultados, enviados a todos os envolvidos para que tenham uma visão clara do impacto do seu trabalho:

“Fatores para o sucesso é vontade da mudança e também tentar dar o feedback às pessoas que estão envolvidas, isso nós fazemos que no início de cada ano fazemos tipo posters com a divulgação dos resultados nas diferentes áreas e enviamos a todas as pessoas envolvidas um pouco para que tenham noção de que têm um feedback do seu contributo para o cuidado do doente ERAS, seja dar feedback do que é que possa estar a correr bem ou até menos bem poderá ser um fator que contribui para o sucesso; a formação das pessoas envolvidas e a motivação”.
(ELO1)

A liderança é referida como um elemento-chave para a implementação eficaz de um programa ERAS®. Ter líderes inspiradores dentro da equipa é determinante para

motivar e guiar os profissionais envolvidos. Estes líderes devem ser vistos como modelos a seguir, capazes de impulsionar a mudança e assegurar os objetivos do programa, como nos exemplifica o entrevistado “E6”:

“Convém serem pessoas um bocado, líderes, não é? Mas normalmente quem se chega à frente com uma coisa destas, esta equipa é muito importante, não é? Tem de ser alguém que seja visto como um exemplo, não é? Um *model*.” (E6)

5.3.6. Comunicação

De acordo com os dados, o código “Comunicação” com 21 referências, é dada relevância à comunicação interna nas instituições, mas também para fora da sua instituição. Todos os entrevistados, explicam que estas reuniões internas têm uma periodicidade mensal, embora o ideal fosse quinzenal:

“Nós geralmente costumávamos ter reuniões semanais de 15 em 15 dias, mas de forma a tentar conciliar os horários de todos os colegas que pertencem ao grupo ERAS começámos a marcar uma reunião mensal.” (E1)

O entrevistado “E4” explica que estas reuniões são realizadas para avaliar os resultados alcançados, verificar a conformidade com os protocolos estabelecidos e identificar área de melhoria. Estas reuniões permitem discutir questões que podem afetar diretamente a conformidade dos doentes e entender as variações nos resultados, sejam elas positivas ou negativas. Por outras palavras, o objetivo é garantir uma melhoria contínua e adaptar as estratégias conforme necessários para manter a eficácia do programa ERAS®:

“As reuniões mensais, é um bocadinho para vermos também os resultados, o que é que está a *compliance*, o que é que não está a *compliance*, o que é que podemos melhorar, se tivemos, por exemplo, uma altura da parte da nutrição ou se tivemos uma rutura de *stock* de suplementos e isso viu-se logo nas *compliance* dos doentes, mas é uma coisa que é assumida, mas é importante nós vermos o que é que está a acontecer de diferente para aquilo estar a dar percentagens inferiores ou superiores, ou o que é que seja, o que é que nós podemos melhorar.” (E4)

A divulgação dos resultados e dos programas é realizado de maneira estratégica para garantir transparência e envolvimento de todos os *stakeholders*. Os resultados são primeiramente apresentados ao Conselho de Administração, seguido de uma comunicação visual através de posters colocados em áreas estratégicas na instituição. Além disso, a equipa participa em eventos científicos, partilhando os resultados e boas práticas com a comunidade científica, como nos mostra o entrevistado “E2”:

“Nós fazemos chegar à primeira instância ao Conselho de Administração tem recebido os resultados. Depois nós fazemos uns postes com resultados e pomos em áreas estratégicas. (...) e participamos em eventos que nos convidam também, em áreas científicas”. (E2)

5.3.7. Outros Aspetos

Perante a nossa amostra, verificamos códigos com menos de 10 referências. O código “seleção de recursos humanos” com 7 referências; os códigos “Necessidade e “Custos” todos com 3 referências; e, “Recomendações” com 2 referências.

No código “seleção de recursos humanos” é mencionado a forma como é o processo de seleção de profissionais e pelo entrevistado “E2” é explicado que não há nenhuma forma de seleção:

“as pessoas, se quiserem manifestar interesse em pertencer à equipa, há abertura para isso.” (E2)

O código “Necessidade” está associado à falta de um programa ERAS® identificado pelos serviços, refletindo um forte desejo de implementação.

“A vontade da equipa cirúrgica de implementar. Ou seja, nós, da parte da anestesia ou da parte da enfermagem e nutrição, nós não podemos impor a uma especialidade cirúrgica para implementar um programa ERAS na sua especialidade. Ou seja, o pedido terá de partir da equipa cirúrgica interessada. E foi essencialmente a vontade da equipa cirúrgica da Ginecologia de implementar. (E1)

O código “Custos” relaciona-se com o preço comercial do programa. O preço deste programa refere-se ao pagamento ao acesso ao protocolo, seguido do pagamento ao acesso à plataforma EIAS e finalmente, o preço do curso de formação, explicado pelo entrevistado “E6”:

“o protocolo custa 19900 por protocolo. Neste caso, se fosse para joelho, tem uma componente que isso é uma anuidade, portanto é o valor anual do Protocolo da *Encare*. Depois há uma parte do acesso ao EIAS, ao programa informático, e tudo o resto que é uma vez que se paga, que são cerca de 5000/5500 EUR, à *Encare* também e depois há uma vez *Learning Health* um valor de 12500 a para a equipa, para a formação, aos *webinars*, para a formação para apoio que o hospital dá, que isso é feito pela *Learning Health*.” (E6)

O código “Recomendações” é referente à importância de as equipas darem às *guidelines* preconizadas pela sociedade ERAS®:

“Sempre baseada na ciência, não é porque o que nós vamos fazer é, nós temos as *guidelines*, não é? E nós vamos só basear o nosso comportamento nas *guidelines*, portanto, baseada na ciência (E6)

5.4. Principais vantagens do programa ERAS®

Referente ao último objetivo deste estudo, avaliar os principais resultados obtidos com a implementação do programa ERAS®, podemos verificar pela análise dos dados que emergiu a categoria “Resultados Relevantes” com 5 códigos. Com mais expressão temos o código “doente”, com 31 referências; seguidamente temos “clínicos”, com 15 referências; “económicos” e “contribuição positiva o Serviço Nacional de Saúde (SNS)” com 6 referências; e finalmente, a “comparação dos dados” com 2 referências.

Perante a nossa amostra, os entrevistados focaram os benefícios do programa ERAS® no “Doente”, com 31 referências, destacando a importância de envolver o utente ativamente no seu próprio processo de cuidados. Este envolvimento responsabiliza e motiva o doente, preparando-o melhor para o processo cirúrgico e tornando-o mais consciente do que irá enfrentar. Como mostra o entrevistado “E2”, o doente é um parceiro de cuidados, o doente é envolvido em todas as etapas do programa, sentindo-se parte integral do processo:

“Aqui, o doente é parceiro de cuidados. Nós somos uma ajuda no processo todo. Não podemos ser uma entropia.” (E2)

“E acho que são doentes mais preparados para o processo cirúrgico. Mais conscientes do que lhes vai acontecer.” (E4)

A formação fornecida pelos profissionais de saúde ao doente e sua família garante que o doente saiba administrar medicamentos, tomar suplementos, que faz a diferença na preparação do utente, como mostra o entrevistado “E1”:

“E aqui trata-se de dar formação ao doente, quer na equipa de enfermagem, quer na equipa de nutrição, para que o doente saiba fazer esta administração da enoxaparina, para que saiba como é que há de tomar corretamente os suplementos. E é esta a diferença.” (E1)

“Muitas vezes há alguns doentes que estão a fazer o *check* de o que já fez e o que não fez e às vezes comenta para os enfermeiros que hoje é dia de tirar a algália e que não tirou a algália e a maior parte dos doentes gosta e sente-se motivado e valorizado com todo este programa.” (E5)

Ou seja, a participação ativa do doente no programa ERAS® é fator determinante para o sucesso, muitos doentes sentem-se importantes na tomada de decisões e são

motivados pelo reconhecimento do seu papel no processo de recuperação, como nos mostra o entrevistado “E5”:

“A maior parte dos doentes cumpre porque sente-se importante na tomada de decisão e sente que isto é para o seu próprio benefício.” (E5)

De acordo com os dados analisados, o código benefícios “Clínico”, contém 15 referências que destacam os principais benefícios do programa ERAS®, nomeadamente a diminuição da demora média, a diminuição das taxas de complicações e infeções.

Pela análise dos dados, todos os entrevistados falam que o maior ganho clínico da implementação do programa ERAS® é redução significativa da demora média, porque estes programas proporcionam uma recuperação mais rápida e eficiente para os utentes. Este benefício é alcançado através de uma abordagem multidisciplinar que inclui medidas pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias, como mostra o entrevistado “E3”:

“O tempo de internamento. É aquilo em que notamos realmente mais diferença. Conseguimos dar alta muito mais cedo aos doentes, sem um grande impacto, pelo menos a curto prazo, em termos de readmissões. É uma cirurgia em que vai havendo um bocadinho de tudo, obviamente está a ser um bocadinho mais complicado. Mas temos conseguido, em alguns casos, até aos 5 ou 6 dias dar alta a estes doentes que habitualmente ficavam aqui 2 semanas e 3 semanas internados. É um ganho brutal. O doente, de facto, recupera mais cedo e estamos a conseguir abandonar alguns dos dogmas de antigamente ficar com a sonda, não comer durante não sei quantos dias, começar mais tarde a sair da cama.” (E3)

De acordo com um dos entrevistados, além da diminuição da demora média, é importante destacar outros benefícios clínicos, como a redução da mortalidade, a redução das complicações e a redução das infeções, como menciona o entrevistado “E2” e “E1”:

“O objetivo é redução dos dias de internamento, redução da mortalidade, redução, e estamos a falar de consumo de cuidados, eu reduzo os dias de internamento, reduzo complicações, reduzo consumo de unidade de cuidados intensivos.” (E2,)

“Melhoria da qualidade dos cuidados prestados, diminuição do tempo de internamento sem aumentar a taxa de readmissões, diminuição da taxa de complicações sobretudo as complicações médicas associadas ao internamento prolongado acho que assim, em termos gerais são estes os grandes.” (E1)

Os benefícios económicos do programa ERAS® são substanciais, contribuindo significativamente para a eficiência e sustentabilidade dos sistemas de saúde. Entre os

principais benefícios destacam-se o impacto positivo nos custos hospitalares, a mitigação dos problemas de ocupação de camas no serviço nacional de saúde e a prevenção de internamentos. Estes fatores, em conjunto, demonstram o custo-efetividade do programa ERAS®, tornando-o uma abordagem vantajosa tanto economicamente quanto em termos de cuidados de saúde, como no explica o entrevistado “E6”:

“Há um *cost-effective* em relação à implementação do programa ERAS por aspetos simples (...). Para o respetivo e o hospital do SNS é remunerado de acordo com a sua produção GDH. Que tem, pois, um número dias de internamento não é havendo, por exemplo, a redução de 1, 2, 3 dias do internamento, a multiplicar por X doentes. Logo temos aí uma redução de custo direto, porque há menos antibioterapia, há menos uma cama, há menos custos diretos relacionados com esse doente, só pelo facto de ele estar menos tempo internado. (...) O SNS depois também tem um problema em geral, que é ocupação de camas. Isto é, às vezes não tem camas suficientes (...). Portanto, é na poupança destes custos todos que se vêm demonstrar o custo de efetividade do respetivo programa.” (E6)

“Imagine agora uma prótese que vai para o lixo, que tem que meter outra. Em 2, 3 próteses em que isso não aconteça, já pagaram o programa ERAS durante um ano. (E6)”

De acordo com os resultados, o código “contribuição positiva para o SNS” emerge com 6 referências. Os entrevistados destacam que a proliferação de programas ERAS® nas instituições de saúde representa uma vantagem significativa para o SNS. Os entrevistados argumentam que a implementação mais ampla destes programas poderia melhorar a eficiência dos cuidados de saúde, reduzir os custos operacionais e otimizar a utilização dos recursos hospitalares, beneficiando assim o sistema de saúde como um todo, como nos explica os entrevistados “E2” e “E5”.

“Para o SNS eu acho que era vantajoso. Pela questão de mostrar resultados. Mostrar resultados e o facto de eu mostrar um resultado está ao mesmo competitivo. Se eu tenho um resultado positivo, eu sou competitivo pelo lado positivo. Significa que eu presto bons cuidados. Não significa que seja a melhor, mas presto bons cuidados. E os cuidados devem ser assim estruturados, auditados, olhar para os *outcomes*, nós temos que olhar para os *outcomes* e perceber o que há de diferente. E eu penso que a mudança política de saúde seria mais virada para os auditados.” (E2)

“O objetivo do Serviço Nacional de Saúde é oferecer o melhor cuidado possível ao doente todo essas intervenções são nesse sentido é como disse, é um paradigma

a mentalidade tem que mudar há muita gente que muda muito dificilmente e isso tem custos mudem muito dificilmente.” (E5)

Por fim, emergiu o código “Comparação de Dados” com 2 referências, que está intimamente ligado com o processo de auditoria. Os entrevistados destacam a importância desta prática, facilitada pela plataforma EIAS, que permite a comparação dos resultados entre diferentes hospitais. Este processo ajuda não só a identificar áreas de melhoria na intervenção, mas também proporciona um enquadramento mais amplo, permitindo que as instituições de saúde compreendam melhor o seu desempenho relativo e ajustem as suas práticas conforme necessário, como nos explica o entrevistado “E4”:

“Temos esta plataforma um bocadinho também para comparação, que até a sociedade compara com outros hospitais e isso também é bom para nós sabermos onde é que nós nos enquadrámos e o que é que nós podemos melhorar na nossa intervenção, isso também é muito importante.” (E4)

Em conclusão, os resultados destacam a importância de uma abordagem multidisciplinar e coordenada, envolvendo todos os profissionais de saúde, promovendo a formação contínua. A participação ativa do doente no seu processo de recuperação, facilitada por uma comunicação eficaz e pelo feedback constante, foi identificadas como um fator determinante para o sucesso do programa ERAS®.

Os resultados fornecem uma visão abrangente sobre a implementação do programa ERAS® nas instituições de saúde. A análise das entrevistas permitiu identificar não só os benefícios significativos para os doentes, mas também os impactos económicos positivos para o serviço nacional de saúde. Adicionalmente, a comparabilidade dos dados através do sistema de auditoria contínua emerge como uma ferramenta determinante para a melhoria constante dos cuidados prestados.

6. Discussão

A implementação do programa *Enhanced Recovery After Surgery* apresenta um impacto significativo nos resultados pós-operatórios refletindo-se na otimização da recuperação dos utentes e na redução da demora média. Este estudo procurou identificar e analisar os elementos essenciais para a aplicação eficaz do programa ERAS®, com base em entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde.

Os resultados das entrevistas destacam vários aspetos decisivos para implementação do programa, incluindo a definição clara do que é um programa ERAS®, a adaptação do modelo organizacional de cada instituição, a composição e motivação das equipas, a gestão eficaz e a conformidade rigorosa com as diretrizes estabelecidas. Além disso, os benefícios para os doentes, os impactos económicos positivos e a necessidade de uma comparação contínua de dados entre hospitais são sublinhados como fatores determinantes para o sucesso do programa ERAS®.

Esta discussão abordará as principais descobertas do estudo, relacionando-as com a revisão da literatura e com os objetivos específicos propostos neste trabalho: (1) Detalhar a composição da equipa multidisciplinar envolvida na implementação do programa ERAS®, incluindo as funções de cada membro e a estrutura organizacional necessária para a execução eficiente do programa; (2) Analisar os procedimentos necessários para a implementação do programa ERAS®, identificando as fases do processo e as barreiras e facilitadores que decorrem no processo de implementação; e, (3) Avaliar os principais resultados obtidos com a implementação do programa ERAS®.

6.1. Definição do programa e estrutura da equipa multidisciplinar

Embora não fosse o principal objetivo das entrevistas, as mesmas revelaram conceitos importantes como a definição do programa ERAS®. Todos mencionam a otimização do doente como a melhor forma de definir o programa que se encontra em concordância com Wainwright (Wainwright, 2021). Contudo, surgiu numa das entrevistas uma definição mais completa, refere o programa ERAS® como uma mudança de mentalidade. Esta definição vai ao encontro dos autores Ljungqvist, Scott e Fearon: “*The concept rested on several components: a multidisciplinary team working together around the patient; a multimodal approach to resolving issues that delay recovery and cause complications; a scientific, evidence-based approach to care protocols; and a change in management using interactive and continuous audit*” (Ljungqvist, Scott e Fearon, 2017, pág. 292).

A literatura refere que uma equipa ERAS® deve ser constituída por um cirurgião, um anestesista e um enfermeiro. Esta equipa nuclear deve ser suportada por outras especialidades como nutricionista, fisioterapeuta, cardiologia ou medicina interna, conforme observado por Ljungqvist, Thanh e Nelson, a equipa é liderada por um cirurgião e anestesista, mas que o nutricionista e o fisioterapeuta costumam com frequência fazer parte da equipa (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017). A inclusão de um gestor na equipa, como desbloqueador, também é sugerida em estudos recentes (Jain, Lamture e Krishna, 2023). Esta evidência é apontada também pelos entrevistados.

No que se refere ao modelo organizacional, um administrador hospitalar deve ter em conta diversas ações importantes nomeadamente a adaptação das diretrizes às especificidades de cada instituição, incluindo ajustar as *guidelines* aos contextos locais e às necessidades dos utentes. Cabe ao administrador hospitalar ser o desbloqueador na concretização da criação da figura do Enfermeiro Coordenador ERAS®, importante para o sucesso do programa, porque ele é responsável pela coordenação e comunicação entre os membros da equipa multidisciplinar e outras especialidades. É recomendável que além do programa de formação ministrado pelo centro de excelência, que seja estabelecido um programa de formação específico para o Enfermeiro Coordenador ERAS®, focado em habilidades de liderança, gestão de equipas e comunicação.

6.2. Implementação do programa

Com o objetivo de compreender os processos de implementação do programa ERAS® e após a análise dos resultados das entrevistas, foram identificadas seis categorias que ajudam a esclarecer este processo: *compliance*, fases, barreiras, formação, facilitadores e comunicação.

Todos os entrevistados destacaram a importância da categoria *compliance*, este termo refere-se à conformidade com as diretrizes preconizadas pela ERAS® Society, o que inclui a implementação correta e consistente de práticas e procedimentos padronizados ao longo do percurso do doente ERAS®. De acordo com os resultados obtidos, a *compliance* é rigorosamente monitorizada através de sistema de auditoria, a Plataforma EIAS. Estes dados vão ao encontro da bibliografia que afirma que as equipas devem auditar os resultados de forma a implementar as mudanças necessárias e ajustadas. É sugerido a utilização desta plataforma, que permite às equipas “*to have immediate feedback on their own results and to benchmark with other ERAS units*” (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017, pág. 03).

Embora a plataforma EIAS faça parte do processo de formação de novas equipas, é recomendado que o administrador hospitalar reconheça a sua importância, participe na sua implementação e incentive a sua utilização pelos profissionais de saúde.

Relativamente, á categoria Fases, os entrevistados identificam as etapas relevantes: autorização à gestão de topo, formação dos profissionais, elaboração de um documento técnico de acordo com as diretrizes da *ERAS® Society* e desenvolvimento do percurso do doente dentro da instituição, conforme observado por Ljungqvist: “*The team develops a local protocol based on guidelines, educates the rest of the staff and institutes an audit system to regularly review results. The idea is that by iterating toward improved compliance, this should translate to improvements in patient and health system outcomes. It is by keeping continuous control of the entire practice involving the patient's journey that the team can achieve a complete handle on practice*” (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017, pág. 02).

Pela análise dos resultados, a fase da formação consiste num programa de cerca de um ano, com quatro seminários, em que as equipas devem entre os seminários desenvolver as orientações técnicas. Este cronograma está em consonância com o estudo de Belouaer que acompanhou a implementação de um programa ERAS® na neurocirurgia, mas designa este período de formação de processo de certificação (Belouaer et al., 2023). Nenhum dos entrevistados menciona o processo de certificação, contudo, a *Encare* é referida como a entidade comercial responsável pela promoção dos protocolos, bem como, pela gestão de todos os aspetos administrativos e transações comerciais com as instituições de saúde.

Ainda em resposta ao segundo objetivo foi mencionado pelos entrevistados as barreiras e os facilitadores para a implementação de um programa ERAS®. O estudo demonstrou a mudança de mentalidade como a grande barreira, seguindo-se a rotatividade das equipas, a administração, a resistência à mudança, os procedimentos e as *guidelines* e finalmente, a capacidade de reunir a equipa e a capacidade de mostrar a relevância dos programas. Estes resultados estão em concordância com a revisão da literatura, por exemplo, Cohen e Goberman-Hill referem como barreiras “*resistance to change, inadequate funding, lack of support from management, high staff turnover, poor documentation and shortness of time, while facilitators included a dedicated enhanced recovery lead, effective multidisciplinary team (MDT) working and ongoing education for staff and patients*” (Cohen e Goberman-Hill, 2019, pág, 02).

A barreira mais apontada é a resistência à mudança, uma pesquisa mais recente conduzida por Yuan *et al*, explica que a resistência à mudança é atribuída ao medo de alteração de práticas estabelecidas há muito tempo (Yuan et al., 2024).

No que diz respeito aos facilitadores, a análise dos resultados apresenta a motivação, os profissionais, a liderança e o *feedback*, como elementos principais para apoiar a implementação de programas ERAS®. Um dos elementos facilitadores que emergiu da análise dos resultados foi a cultura do *feedback*. Esta evidência é consistente com o estudo mais recente desenvolvido por Yuan et al, que nos explica que a reunião das equipas promove uma colaboração interdisciplinar (Yuan et al., 2024).

Por fim, a categoria comunicação está intimamente ligada á partilha de resultados dentro da instituição, mas também fora da sua organização de saúde. A literatura é focada na questão da comunicação entre os vários profissionais de saúde como por exemplo nos explica o autor Zhuan, "*Implementation of ERAS programs and the maintenance of compliance may require collaboration and communication between dietitians, nurses, surgeons, anesthesiologists, and patients*" (Zhuang et al., 2013, pág. 677).

Para ser garantida a implementação bem-sucedida do programa ERAS®, é crucial o acompanhamento do administrador hospitalar, primeiro, para ajudar a clarificar a necessidade e manter o apoio formal da gestão de topo, com compromissos claros e prioridade nas iniciativas; depois, invista no programa de formação, seguindo as diretrizes da ERAS® Society, incentivando e apoiando a criação dos protocolos adaptados às necessidades da instituição; e, promover uma cultura de comunicação, de *feedback* para fomentar a colaboração dos profissionais de saúde e abordando a resistência à mudança com estratégias de gestão eficazes, com uma comunicação transparente e envolvimento ativo dos profissionais em todas as fases do processo.

6.3. Benefícios do programa ERAS®

Considerando o objetivo identificar principais benefícios do programa ERAS®, a análise dos resultados apresenta não só benefícios ao doente, benefícios clínicos, benefícios económicos, mas também a comparabilidade dos dados sendo apontado como uma contribuição positiva para o Serviço Nacional de Saúde.

Os benefícios identificados vão ao encontro da literatura revisitada, no artigo de Ljungqvist, et al, que identifica quais os principais ganhos: o doente no centro dos cuidados; diminuição da demora média e diminuição das complicações (Ljungqvist, Scott e Fearon, 2017). Esta conclusão coincide com o estudo mais recente promovido por Qingqing Zhang, mostrando que o programa ERAS® além de diminuir a demora

média, reduz a taxa de transfusão e diminui a mortalidade pós-operatória em 30 dias e a taxa de readmissão após artroplastia total da anca e do joelho (Zhang et al., 2024).

Conseguimos apurar que um dos benefícios é a comparabilidade dos dados, relacionado com o programa de auditoria que faz parte do programa ERAS®. O programa *Iterative Audit System* é um programa de monitorização, capaz de dar *feedback* imediato sobre os seus resultados e comparar com outras unidades ERAS® (Ljungqvist, Thanh e Nelson, 2017). Para os entrevistados, é importante esta capacidade de comparabilidade.

De acordo com os resultados obtidos, foi identificado um benefício que não é mencionado na literatura. Todos os entrevistados, reconhecem que este tipo de programas acrescenta valor para o Serviço Nacional de Saúde. Consideram que é importante não só para mostrar resultados, mas também pelos *outcomes* positivos que ele proporciona. Apesar de, todos os entrevistados, mencionarem que isto só será possível com uma mudança de paradigma de mentalidade.

Implementar um programa ERAS pode trazer benefícios significativos tanto para os utentes como para a instituição. O administrador hospitalar deve analisar o retorno do investimento do programa destacando as melhorias na eficiência operacional da instituição de saúde, mas também monitorizar os custos associados à implementação, incluindo a redução da demora média, menor necessidade de recursos humanos e materiais e menor incidência de complicações. Adicionalmente, o administrador hospitalar deve avaliar os benefícios clínicos para os utentes monitorizando os indicadores que se encontram disponíveis na plataforma EIAS, mas também, deve recolher informação da satisfação dos utentes, através de inquéritos de satisfação, para avaliar o feedback sobre a sua experiência e usar essa informação para aperfeiçoar os protocolos e práticas do programa ERAS®.

Com estas recomendações, um administrador hospitalar pode maximizar os benefícios do programa ERAS®, promovendo uma recuperação mais rápida e segura para os utentes, ao mesmo tempo em que otimiza os recursos hospitalares e reduz os custos operacionais.

6.4. Limitações

Apesar das contribuições significativas deste estudo para a compreensão da implementação do programa ERAS®, é importante reconhecer as limitações que podem influenciar a interpretação e a generalização dos resultados.

Primeiramente, a análise qualitativa baseada em entrevistas semiestruturadas apresenta algumas restrições: (1) é uma análise interpretativa que pode ser influenciada pela subjetividade do investigador afetando desta forma a validade dos resultados; (2) viés do investigador que inadvertidamente pode influenciar as respostas dos participantes; (3) viés dos participantes que podem não fornecer respostas sinceras ou completas, que podem comprometer a precisão dos dados colhidos; e (4) a dimensão da amostra que limita a generalização dos resultados, uma vez que a participação foi baseada na disponibilidade dos profissionais entrevistados. A flexibilidade inerente às entrevistas semiestruturadas, embora forneça riqueza de dados qualitativos, pode levar a desvios do rigor científico (Frey, Carl e Ravitch, 2018).

Portanto, os resultados deste estudo, devem ser interpretados com cautela, reconhecendo que uma amostra maior e mais diversificada poderia proporcionar uma visão mais robusta e abrangente.

Adicionalmente, a singularidade do contexto hospitalar e as particularidades dos profissionais entrevistados podem não ser representativas de outras instituições de saúde ou outras regiões do país, o que limita também a aplicabilidade dos resultados a diferentes cenários.

7. Conclusão

Este estudo teve como objetivo avaliar os componentes para a implementação do programa *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS) no contexto da artroplastia total da anca e do joelho, avaliando os elementos essenciais para a sua adoção e os benefícios resultantes. A pertinência do estudo é destacada pela crescente necessidade de aperfeiçoar os cuidados cirúrgicos desde os cuidados pré-operatórios, perioperatórios e pós-operatórios, melhorando a satisfação dos utentes em consonância com as melhores práticas e evidências científicas. A expansão das diretrizes ERAS® para diversas especialidades acentua a relevância deste trabalho, enriquecendo o conhecimento existente.

A metodologia adotada foi um estudo observacional qualitativo e a amostra foi selecionada por conveniência. Foram realizadas seis entrevistas semiestruturadas a profissionais de saúde envolvidos em programas ERAS®. O tratamento dos dados foi com recurso do *software MaxQDA*, versão 2022, para organização e interpretação dos dados recolhidos.

Os resultados deste estudo revelaram diversos aspetos cruciais para a implementação eficaz do programa ERAS®. Primeiramente, ficou evidente a importância de uma equipa multidisciplinar, composta por cirurgiões, anestesias, enfermeiros, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde, trabalhando de forma integrada e coordenada. A comunicação clara e contínua entre os membros da equipa foi destacada como fundamental para o sucesso do programa. Além disso, a presença de uma liderança forte, capaz de motivar, orientar e inspirar a equipa, foi apontada como um elemento-chave para superar barreiras e promover a adoção das diretrizes da ERAS® Society.

A formação contínua dos profissionais de saúde e a auditoria constante foram considerados determinantes para manter e melhorar os resultados obtidos com o programa. A *compliance*, adesão aos protocolos estabelecidos, é vital para garantir a consistência e a qualidade dos cuidados prestados. Monitorizar a *compliance* através de auditorias regulares pela plataforma EIAS assegura que as práticas ERAS® sejam seguidas de forma rigorosa, identificando possíveis desvios e corrigindo-os rapidamente. Isto não só mantém a integridade do programa, mas também contribui para a confiança da equipa e dos utentes na eficácia do programa.

Uma das principais barreiras identificadas para a implementação do programa ERAS® foi a resistência à mudança. A mudança cultural necessária para a implementação do programa ERAS® requer esforço conjunto e persistente, incluindo estratégias

educacionais e de sensibilização que abordem as preocupações de todos os envolvidos. Para mitigar essa resistência, é essencial promover a consciencialização sobre os benefícios do programa, que incluem a melhoria dos resultados clínicos e a satisfação dos utentes.

Em contrapartida, os entrevistados identificam como principais facilitadores, a colaboração entre todos os elementos que constituem a equipa e a motivação como pilares de sucesso do programa ERAS®. A presença de profissionais altamente motivados é crucial para a implementação eficaz do programa. Além disso, o apoio do administrador hospitalar é vital para garantir a continuidade e a eficácia do projeto.

As implicações dos resultados deste estudo são significativas tanto para a prática clínica quanto para a gestão hospitalar. A adoção do programa ERAS® pode transformar a experiência do utente, promovendo uma recuperação mais rápida e segura. Em termos organizacionais, a implementação bem-sucedida do programa requer um investimento contínuo na formação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de uma cultura de comunicação eficaz e colaborativa. A liderança desempenha um papel crucial neste contexto.

Por fim, é essencial destacar que o sucesso da implementação do programa ERAS® depende da adaptação contínua às necessidades específicas de cada instituição. A flexibilidade para ajustar protocolos e práticas conforme as condições de cada organização de saúde é crucial para maximizar os benefícios do programa.

Em conclusão, o programa ERAS® apresenta um potencial considerável para melhorar os resultados cirúrgicos e a satisfação dos utentes. Este estudo contribui para o entendimento dos elementos críticos necessários para a adoção bem-sucedida do ERAS®, fornecendo um guia útil para os profissionais de saúde e administradores hospitalares.

A colaboração entre instituições, através da partilha de resultados, de experiências e boas práticas, pode também contribuir para a disseminação e aperfeiçoamento das diretrizes ERAS®, promovendo uma evolução constantes nos cuidados cirúrgicos.

Em última análise, a busca de excelência nos cuidados de saúde não é apenas um objetivo, mas um compromisso contínuo estabelecendo um novo paradigma de qualidade e eficiência na prestação de cuidados cirúrgicos.

8. Bibliografia

BARADA, Valerija - Sarah J. Tracy, *Qualitative Research Methods: Collecting Evidence, Crafting Analysis, Communicating Impact*. **Revija za sociologiju**. ISSN 0350154X. 43:1 (2013). doi: 10.5613/rzs.43.1.6.

BARDIN, Laurence - **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, Lda, 1977. ISBN 972-44-0898-1.

BELOUAER, Amani *et al.* - Implementation of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) program in neurosurgery. **Acta Neurochirurgica**. ISSN 09420940. 165:11 (2023). doi: 10.1007/s00701-023-05789-y.

COHEN, Rachel; GOOBERMAN-HILL, Rachael - Staff experiences of enhanced recovery after surgery: Systematic review of qualitative studies. **BMJ Open**. ISSN 20446055. 9:2 (2019). doi: 10.1136/bmjopen-2018-022259.

CYPRESS, Brigitte S. - Qualitative research: the «what,» «why,» «who,» and «how»! **Dimensions of critical care nursing: DCCN**. . ISSN 1538-8646. 34:6 (2015) 356–361. doi: 10.1097/DCC.000000000000150.

DENNY, Elaine; WECKESSER, Annalise - Qualitative research: what it is and what it is not: Study design: qualitative research. **BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology**. ISSN 14710528. 126:3 (2019) 369. doi: 10.1111/1471-0528.15198.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - **Artroplastia Total da Anca Artroplastia total da anca, osteoartrose, prótese da anca Médicos das Unidades de Saúde onde se realize cirurgia Ortopédia** [Em linha]. Lisboa: [s.n.] [Consult. 8 fev. 2024]. Disponível em WWW:<URL:https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/artroplastia-total-da-anca.pdf>.

FREY, Bruce B.; CARL, N.; RAVITCH, S. - The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation. **The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation**. 2018). doi: 10.4135/9781506326139.

HUNT, Linda *et al.* - **90-day mortality after 409 096 total hip replacements for osteoarthritis, from the National Joint Registry for England and Wales: a retrospective analysis. The Lancet, 382(9898), 1097–1104 | 10.1016/S0140-6736(13)61749-3** [Em linha], atual. set. 2013. [Consult. 5 fev. 2024]. Disponível em WWW:<URL:https://sci-hub.se/10.1016/S0140-6736(13)61749-3>.

JAIN, Shubhi N.; LAMTURE, Yashwant; KRISHNA, Malay - Enhanced Recovery After Surgery: Exploring the Advances and Strategies. 2023). doi: 10.7759/cureus.47237.

JOLIAT, G. R. *et al.* - Cost-benefit analysis of an enhanced recovery protocol for pancreaticoduodenectomy. **The British journal of surgery**. . ISSN 13652168. 102:13 (2015). doi: 10.1002/bjs.9957.

KONOPITSKI, Andrew *et al.* - Evolution of total hip arthroplasty in patients younger than 30 years of age: A systematic review and meta-analysis. **Archives of orthopaedic and trauma surgery**. . ISSN 1434-3916. 143:2 (2023) 1081–1094. doi: 10.1007/S00402-022-04357-W.

LIU, Song-Yang; LI, Ci; ZHANG, Pei-Xun - Enhanced recovery after surgery for hip fractures: a systematic review and meta-analysis. **Perioperative Medicine**. 10:1 (2021). doi: 10.1186/s13741-021-00201-8.

LJUNGQVIST, Olle; SCOTT, Michael; FEARON, Kenneth C. - Enhanced recovery after surgery a review. **JAMA Surgery**. . ISSN 21686254. 152:3 (2017). doi: 10.1001/jamasurg.2016.4952.

LJUNGQVIST, Olle; THANH, Nguyen X.; NELSON, Gregg - ERAS—Value based surgery. **Journal of Surgical Oncology**. . ISSN 10969098. 116:5 (2017). doi: 10.1002/jso.24820.

LJUNGQVIST, Olle; YOUNG-FADOK, Tonia; DEMARTINES, Nicolas - The History of Enhanced Recovery after Surgery and the ERAS Society. **Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques**. . ISSN 15579034. 27:9 (2017). doi: 10.1089/lap.2017.0350.

LOVEGROVE, Josephine *et al.* - Clinicians’ perceptions of “enhanced recovery after surgery” (ERAS) protocols to improve patient safety in surgery: a national survey from Australia. **Patient Safety in Surgery**. . ISSN 17549493. 18:1 (2024) 1–14. doi: 10.1186/S13037-024-00397-W/TABLES/5.

MCCARTHY, Danielle M. *et al.* - What did the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions. **Medical Care**. ISSN 00257079. 50:4 (2012). doi: 10.1097/MLR.0b013e318241e8e1.

NABAIS, Ana *et al.* - PERIOPERATÓRIO DA PESSOA SUBMETIDA A ARTROPLASTIA DA ANCA – RAPID REVIEW SOBRE OS BENEFÍCIOS DA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. **New Trends in Qualitative Research**. . ISSN 2184-7770. 18:(2023) e861. doi: 10.36367/NTQR.18.2023.E861.

NAÇÕES UNIDAS - **Relatório nacional sobre a implementação da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável PORTUGAL Por ocasião da Apresentação Nacional Voluntária no Fórum Político de Alto Nível das Nações Unidas** [Em linha] [Consult. 9 abr. 2024]. Disponível em WWW:<URL:https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/Portugal2017.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **HEALTH AT A GLANCE** [Em linha], atual. 2023. [Consult. 8 fev. 2024]. Disponível em WWW:<URL:https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>.

PETERS, Kath; HALCOMB, Elizabeth - Interviews in qualitative research. **Nurse researcher**. . ISSN 1351-5578. 22:4 (2015) 6–7. doi: 10.7748/NR.22.4.6.S2.

PIVEC, Robert *et al.* - Hip arthroplasty. **Lancet (London, England)**. ISSN 1474-547X. 380:9855 (2012) 1768–1777. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60607-2.

RAO, M.; FOGARTY, P. - What did the doctor say? **Journal of Obstetrics and Gynaecology**. . ISSN 01443615. 27:5 (2007). doi: 10.1080/01443610701405853.

REGISTO PORTUGUÊS DE ARTROPLASTIAS - <http://www.rpa.spot.pt/quick-links/Home.aspx?lang=pt-PT> [Em linha], atual. 2024. [Consult. 8 fev. 2024]. Disponível em WWW:<URL:http://www.rpa.spot.pt/quick-links/Home.aspx?lang=pt-PT>.

ROULSTON, Kathryn; CHOI, Myungweon - **Qualitative Interviews in: The SAGE Handbook of Qualitative Data Collection**

SCHWENK, Wolfgang - Enhanced recovery after surgery—Does the ERAS concept keep its promises. **Chirurg**. ISSN 14330385. 92:5 (2021). doi: 10.1007/s00104-020-01328-y.

SKOU, Søren T. *et al.* - A Randomized, Controlled Trial of Total Knee Replacement. **The New England journal of medicine**. ISSN 1533-4406. 373:17 (2015) 1597–1606. doi: 10.1056/NEJMOA1505467.

STONE, Alexander B. *et al.* - Barriers to and facilitators of implementing enhanced recovery pathways using an implementation framework: A systematic review. **JAMA Surgery**. . ISSN 21686254. 153:3 (2018). doi: 10.1001/jamasurg.2017.5565.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan - Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. . ISSN 13534505. 19:6 (2007). doi: 10.1093/intqhc/mzm042.

VISSERS, Maaïke M. *et al.* - Recovery of physical functioning after total hip arthroplasty: systematic review and meta-analysis of the literature. **Physical therapy**. . ISSN 1538-6724. 91:5 (2011) 615–629. doi: 10.2522/PTJ.20100201.

WAINWRIGHT, Thomas W. *et al.* - Consensus statement for perioperative care in total hip replacement and total knee replacement surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. **Acta Orthopaedica**. ISSN 17453682. 91:1 (2020). doi: 10.1080/17453674.2019.1683790.

WAINWRIGHT, Thomas W. - Enhanced recovery after surgery (Eras) for hip and knee replacement—why and how it should be implemented following the covid-19 pandemic. **Medicina (Lithuania)**. ISSN 16489144. 57:1 (2021). doi: 10.3390/medicina57010081.

YUAN, Christina T. *et al.* - Implementing Enhanced Recovery Pathways: A Qualitative Study of Factors That Distinguished Higher Performing Hospitals. **Annals of surgery**. ISSN 1528-1140. 279:5 (2024) 789–795. doi: 10.1097/SLA.0000000000006165.

ZANIRATO, Andrea *et al.* - Periprosthetic joint infection in unicompartmental knee arthroplasty: treatment options and outcomes. What is the current evidence in literature? **Archives of orthopaedic and trauma surgery**. ISSN 1434-3916. 143:2 (2023) 1031–1039. doi: 10.1007/S00402-022-04414-4.

ZHANG, Qingqing *et al.* - Enhanced recovery after surgery in patients after hip and knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. **Postgraduate Medical Journal**. ISSN 14690756. 100:1181 (2024). doi: 10.1093/postmj/qgad125.

ZHUANG, Cheng Le *et al.* - Enhanced recovery after surgery programs versus traditional care for colorectal surgery: A metaanalysis of randomized controlled trials. **Diseases of the Colon and Rectum**. ISSN 00123706. 56:5 (2013). doi: 10.1097/DCR.0b013e3182812842.

Anexo I Resumo das intervenções recomendadas para a cirurgia de artroplastia total da anca e do joelho

Intervenção	Recomendação	Benefício	Risco	Nível de evidência	Recomendação
Educação	Educação pré-operatória			Baixo	Forte
Otimização pré-operatória	Parar de fumar por quatro semanas ou mais antes da cirurgia.			Alto	Forte
	Programas de cessação de álcool			Baixo	Forte
	Anemia deve ser identificada, investigada e corrigida no pré-operatório			Alto	Forte
Jejum pré-operatória	Líquidos permitidos até duas horas e sólidos até seis horas antes da indução da anestesia			Moderado	Forte
Protocolo anestésico	A anestesia geral e as técnicas neuroaxiais podem ser usadas como parte			Moderado	Forte
	A anestesia neuroaxial geral pode ser usada como parte de regime anestésico multimodal	Redução da disfunção da bexiga e complicações neurológicas raras		Moderado	Forte
	Os opióides intratecais não são recomendados para uso rotineiro		Aumenta o risco de retenção urinária, prurido e depressão respiratória	Moderado	Forte
	As epidurais não são recomendadas para o uso rotineiro		Hipertensão, retenção urinária e prurido	Alto	Forte
Utilização de anestésicos locais para analgesia infiltrativa e bloqueios nervosos	É recomendado para artroplastia do joelho, mas não da anca. As técnicas de bloqueio nervoso não demonstraram ser superiores a analgesia por infiltração local			Alto (joelho)	Forte
Náuseas e vômitos pós-operatório	Devem receber tratamento profilático			Moderado	Forte
Perda sanguínea	O ácido tranexâmico é recomendado para redução da perda sanguínea no pós-operatório			Alto	Forte
Analgesia oral perioperatória	Uso de paracetamol e anti-inflamatórios não esteroides para utentes sem contra-indicações			Moderado/Forte	Forte
	É recomendado o uso rotineiro do paracetamol	Alívio da dor Alívio de náuseas e vômitos de administrado profilaticamente antes da cirurgia		Moderado	Forte

	Não há contraindicações para a utilização de anti-inflamatórios	Alívio da dor Redução de uso de analgésicos suplementares		Alto	Forte
	Os gabapentínicos não são recomendados como adjuvantes em regime de analgesia multimodal		Não há evidência clara, necessário mais estudos	Moderado	Forte
	Os programas ERAS® procuram minimizar o uso de opióides, contudo o uso de oxicodona pode ser usado numa abordagem multimodal		Efeitos secundários associados a sonolência, náuseas e vômitos Risco de dependência a longo prazo	Alto	Forte
Normotermia	A temperatura do corpo deve ser mantida no período peri e pós-operatória			Alto	Forte
Profilaxia antimicrobiana	Devem receber profilaxia antimicrobiana sistêmica			Moderado	Forte
Profilaxia antitrombótica	Os utentes que apresentam risco aumentado de trombose venosa profunda devem ser submetidos a profilaxia de acordo com as normas nacionais			Moderado	Forte
Fatores cirúrgicos	Não há evidências conclusivas de que a escolha da abordagem cirúrgica acelere o processo de alta, por isso, não há nenhuma recomendação a ser dada			Alto	Forte
Fluídos perioperatórios	O equilíbrio deve ser mantido para evitar desidratação ou hidratação excessiva			Moderado	Forte
Nutrição	Promoção da dieta normal o mais rápido possível			Baixo	Forte
Mobilização precoce	Os utentes devem ser mobilizados o mais cedo possível, de forma a facilitar a alta do utente			Moderado	Forte
Alta clínica	O planeamento da alta e os seus critérios devem ser assegurados para facilitar o seu regresso			Baixo	Forte
Melhoria contínua e auditoria	Auditoria interna e/ou externa e melhoria continua são recomendados			Baixo	Forte

(Fonte: disponíveis <https://erassociety.org/>)

Anexo II - Guião das entrevistas para equipas ERAS®:

1. Organização interna

- 1.1. Instituição onde trabalha
- 1.2. Grau Académico? Qual a sua categoria profissional?
- 1.3. Há quanto tempo pertence à equipa ERAS®?
- 1.4. Quais são os membros da equipa ERAS® na sua instituição e quais são as suas funções específicas?
- 1.5. Como é organizada a comunicação e a coordenação entre os diferentes membros da equipa?

2. Implementação

- 2.1. Qual (ais) o (s) programa (s) ERAS® implementado (s) na sua instituição?
- 2.2. O que é um programa ERAS®?
- 2.3. Fez parte da implementação de algum protocolo?

Se respondeu que sim:

- Quais foram as necessidades identificadas que levaram à implementação do programa ERAS®?
- Pode descrever as principais etapas/fases para a implementação de um programa ERAS® na sua instituição?
- Desde o momento em que pensaram em criar um programa ERAS® até ao momento da escolha do primeiro doente ERAS®, quanto tempo demorou?
- Qual o «Centro de Excelência» que vos deu formação?
 - Finalizado a formação, continuam a ter follow-up do «centro de excelência»?
 - Como e quem seleciona os Recursos Humanos para integrarem a equipa de formação ERAS®?
- Como foi o processo de selecionar os doentes pré ERAS® que serviram de comparação após o início do programa?
 - Quem define os critérios de inclusão e exclusão dos utentes no programa ERAS®?
- Do(s) programa(s) ERAS® implementado(s), foi desenhado o *care pathway*?

- Quais são os seus elementos principais? O doente faz estas consultas/MCDT no mesmo dia? Os espaços definidos para as consultas são próximos?
 - Caso o utente necessite de outras consultas que não estejam englobados nas consultas principais, como é feita essa articulação?
 - Como caracteriza a relação entre os vários profissionais de todas estas especialidades?
- Quais são as estratégias para garantir que tudo funciona bem?
 - Quais foram as etapas críticas da implementação do programa ERAS®?
 - Quais são os fatores de sucesso na implementação do programa ERAS®?
 - Quais foram os maiores desafios que encontrou durante a implementação do programa e como foram superados?
- 2.4. Quais as barreiras internas e externas afetaram a implementação do programa ERAS®?
- 2.5. Que fatores facilitadores contribuíram para o sucesso da implementação do programa?

Se respondeu não e na continuação do Sim

- O doente sabe que está inserido num programa ERAS®?
 - É-lhe explicado todos os pressupostos deste programa, visto que um dos objetivos deste programa é a diminuição da ansiedade/stress antes da cirurgia?
 - O que ele vos diz sobre este programa?
 - Os utentes costumam aderir/cumprir as orientações no seu domicílio?
 - Fazem inquéritos de satisfação?
- 2.6. Com quem recebeu formação? Com a equipa ERAS® ou com o centro de excelência?
- 2.7. Considera que o tempo ministrado de formação é suficiente?
- 2.8. Qual a sua perceção relativa à satisfação dos profissionais?
- 2.9. Qual a perceção relativa à utilização do Interactive Audit System (EIAS)?
- Quais são os desafios na recolha de dados?

- A plataforma EIAS é uma ferramenta de auditoria. Quantos indicadores são?
O que permite avaliar?

2.10. Qual é a periodicidade de reuniões da equipa ERAS®? Qual o seu objetivo?

2.11. É transmitido/partilhado resultados dos doentes ERAS®?

3. Resultados

3.1. Quais os objetivos globais obtidos com o programa ERAS®? Pode fornecer exemplos de melhorias clínicas observadas após a implementação do programa?

3.2. Quais as principais vantagens do programa ERAS®? E as desvantagens?

3.3. Quais são os principais benefícios que o programa ERAS® trouxe para os utentes?

3.4. Os indicadores e objetivos definidos foram cumpridos? Quais?

3.5. Sente que as expectativas para a implementação do programa ERAS® foram superados?

3.6. Qual a sua perceção da experiência do programa ERAS® em Portugal?

4. Comentários Finais

Anexo III - Guião da entrevista para «centro de excelência» ERAS®:

1. Organização interna

- 1.1. O «centro de excelência» Luz existe desde quando?
- 1.2. Há quanto tempo faz parte do «centro de excelência»?
 - Já pertenceu a outro «centro de excelência»?
 - Quanto tempo tem de experiência na formação de equipas?
- 1.3. Grau Académico. Categoria Profissional.
- 1.4. O que é um programa ERAS®?
- 1.5. O que é um «centro de excelência» ERAS®? Qual a sua missão?
- 1.6. Quantos profissionais compõem esta equipa e quais as suas categorias profissionais e as suas competências?

2. Implementação

- 2.1. Quais são os principais componentes de um programa ERAS® e como eles são implementados?
- 2.2. O programa implica o acesso ao *Interactive Audit System* (EIAS): o que é este sistema e que tipo de apoio prestam às equipas após completado a formação?
- 2.3. Quais são os desafios comuns na implementação do programa ERAS® e como são superados?
- 2.4. Quais são as estratégias utilizadas para garantir uma adoção bem-sucedida do programa ERAS®?
- 2.5. Quais são as recomendações para a implementação bem-sucedida de um programa ERAS® em instituições de saúde?
- 2.6. Qual o custo para uma instituição de saúde deste programa?
- 2.7. Qual a estratégia de comunicação para divulgação da vossa equipa?
- 2.8. Em que consiste o programa de formação?
- 2.9. Qual a duração desta formação? A que profissionais são destinados?
- 2.10. Após a conclusão do processo de formativo, continuam a fazer algum *follow-up*?

3. Resultados

- 3.1. Quais são as evidências científicas que explanam a eficácia do programa ERAS®?

- 3.2. Quais são os benefícios da implementação de um programa ERAS® em comparação com o cuidado perioperatório tradicional?
- 3.3. Quais são os benefícios económicos que estão associados à implementação do programa ERAS®?
- 3.4. Quais são os indicadores de desempenho, mais comuns, utilizados pelo «centro de excelência» ERAS®?
- 3.5. Como pode ser demonstrado o sucesso do programa de formação do «centro de excelência»?
- 3.6. Como são monitorizados o desempenho e a adesão aos protocolos ERAS®?
- 3.7. Em 2023 quantas equipas ERAS completaram a sua formação? Existe em Portugal algum programa ERAS® na área da ortopedia implementado?
- 3.8. Quais são os protocolos ERAS® que estão implementados em Portugal?
- 3.9. Qual a sua perceção em relação à experiência ERAS® em Portugal?

4. Comentários Finais

Anexo IV – Parecer da Comissão de Ética ULS Loures-Odivelas, E.P.E.

RE: Estudo 744 - Programa ERAS

De: Luisa Caldas (HBA) <Luisa.Caldas@hbeatrizangelo.pt>

Enviado: 22 de março de 2024 16:35

Para: Adélia da Conceição Brás Queirós <acb.queiros@ensp.unl.pt>

Cc: José Alberto Teixeira (HBA) <jose.teixeira@hbeatrizangelo.pt>; Carolina Lopes (HBA) <carolina.lopes@hbeatrizangelo.pt>; Liliana Rodrigues Soares Robalo Monteiro (HBA) <liliana.monteiro@hbeatrizangelo.pt>

Assunto: Estudo 744 - Programa ERAS

Boa tarde dra Adélia.

O seu pedido de estudo sobre o Programa ERAS do HL-HBA foi hoje analisado pela Comissão de Investigação Clínica, tendo-se concluído o seguinte:

A proposta efetuada refere-se a um trabalho de campo no HBA para conhecer como foi e está organizado o Programa ERAS no HL-HBA, para posteriormente ser implementado no serviço de Ortopedia da ULS do H. S. José.

Relativamente aos indicadores, não refere a necessidade de obter resultados, nem de consultar dados críticos, apenas conhecer quais as dificuldades que temos tido a nível da implementação do Programa ERAS e as dificuldades na monitorização dos indicadores.

Assim, esta Comissão (Presidente em Cc), considera que o pedido se enquadra no âmbito de um trabalho de campo, que estando já autorizado pelo Conselho de Administração (Direção Clínica e Direção de Enfermagem) e pelo Serviço (Enf. Ana Gomes e Dra. Filipa Carvalheiro), poderá ser realizado, cumprindo os princípios éticos a que se propõem.

Cumprimentos

Luisa Matado Caldas

Direção de Enfermagem - Coordenação Programas Transversais

Gabinete Gestão do Risco e Segurança do Doente HBA - GGRSD

Formação Área Assistencial Enfermagem

UL PPCIRA HBA – Responsável



Anexo V – Parecer da Comissão de Ética do Hospital Luz



Comissão de Ética para a Saúde
Hospital da Luz

Exma. Senhora
Drª Adélia Brás Queirós

Hospital da Luz

Ref. CES/39/2024/IE

28 de Junho de 2024

ASSUNTO: OFÍCIO DE APROVAÇÃO DO ESTUDO - ENTREVISTA Á EQUIPA ERAS PARA IDENTIFICAR OS ELEMENTOS ESSENCIAIS PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY (ERAS) NO SERVIÇO DE ORTOPEDIA, ULS SÃO JOSÉ E.P.E.

Drª Adélia Brás Queirós

A Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Hospital da Luz Lisboa analisou e aprovou o Estudo - Entrevista á equipa ERAS para identificar os elementos essenciais para a implementação do programa Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) no serviço de Ortopedia, ULS São José E.P.E., do qual é v. Exa. investigador principal.

Pel' A Comissão de Ética para a Saúde

Isabel Esperança

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital da Luz Lisboa

Anexo VI – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

O presente estudo surge no âmbito do projeto de final de curso de Especialização de Administração Hospitalar a decorrer na Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa.

O estudo tem por objetivo geral avaliar a vantagem da implementação de um programa ERAS® no serviço de Ortopedia na ULS São José.

Os objetivos específicos da investigação são: (1) caracterizar ERAS®; a equipa e sua organização interna; (2) compreender os processos que ajudam ou dificultam a implementação do programa ERAS®; e, (3) identificar os resultados obtidos no programa ERAS®.

O estudo é realizado por Adélia Queirós (acb.queiros@ensp.unl.pt) que poderá contactar caso pretenda esclarecer dúvidas ou partilhar algum comentário.

A sua participação no estudo será muito valorizada pois irá contribuir para o conhecimento na implementação de programas ERAS®. Consiste na realização de entrevistas presenciais e orientadas por um guião flexível, em que as respostas dos participantes são abertas. Além disso, serão gravadas em áudio com recurso a um gravador para posterior transcrição. A gravação será destruída após a sua transcrição e por sua vez, serão anonimizadas. A participação no estudo é estritamente voluntária e anónima. Os dados obtidos destinam-se apenas a análise qualitativa para fins de investigação.

Prevê-se a apresentação dos resultados no trabalho de campo da Escola Nacional de Saúde Pública e nas instituições onde decorreu o estudo, salvaguardando que as respostas apresentadas no trabalho não serão identificadas.

Declaro ter compreendido os objetivos de quanto me foi proposto e explicado pela investigadora, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o presente estudo e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, pelo que aceito participar.

_____ (local), ____/____/____ (data)

Nome: _____

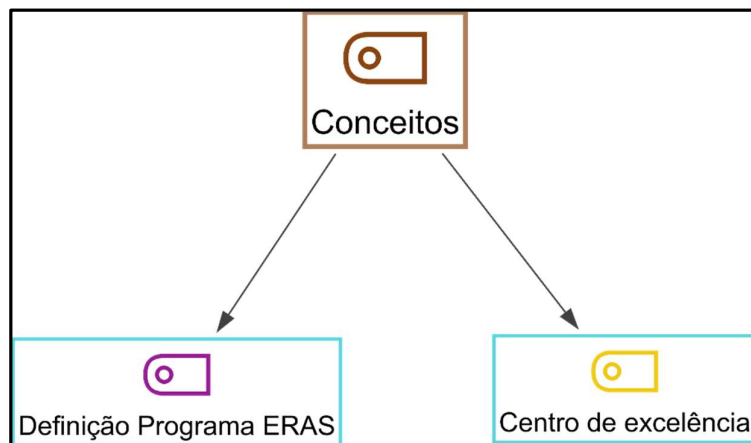
Assinatura: _____

Anexo VII – Matriz das Categorias, Códigos e Subcódigos

Lista de Códigos	E1	E2	E3	E4	E5	E6	SOMA
Conceitos							0
Definição ERAS	1	2	2	1	1	4	11
Centro de excelência						2	2
ORGANIZAÇÃO INTERNA							0
Área da Gestão					7	1	8
Estratégias	4	1		6	4	10	25
Profissionais	2	3		3	1	7	16
OPERACIONALIZAÇÃO							0
Seleção RH	1		1	1		4	7
Compliance	5	7	2	2	1	17	34
Plataforma EIAS	6	1	2	4	3		16
Indicadores	3	1			1	3	8
Necessidade	3						3
Fases	9	1		6	1		17
Care pathway	8	9	1	6	6		30
Organização				1			1
Recomendações						2	2
Facilitadores	1	1	3		3	10	18
Profissionais			3		1	1	5
Motivação	1	1			2	1	5
Feedback	1						1
Liderança						1	1
Barreiras	4	3	1	3	1	9	21
Reunir a equipa				1			1
Procedimentos				1			1
Relevância do programa		2					2
Rotatividade das equipas	1	1		1			3
Mudança de mentalidade			1		1	7	9
Guidelines						1	1
Resistência	1					1	2
Administração	2					1	3
Custos					1	2	3
Comunicação/reuniões	1	8	1	5	3	3	21
Formação	5	8	1	2	4	13	33
PRINCIPAIS BENEFÍCIOS							0
Clínicos	1	2	5	1		6	15
Contribuição positiva SNS	1	1	2	1	1		6
Comparação de dados				1		1	2
Doente	6	11	1	4	5	4	31
Económicos				1		5	6
SOMA	67	63	26	51	47	116	370

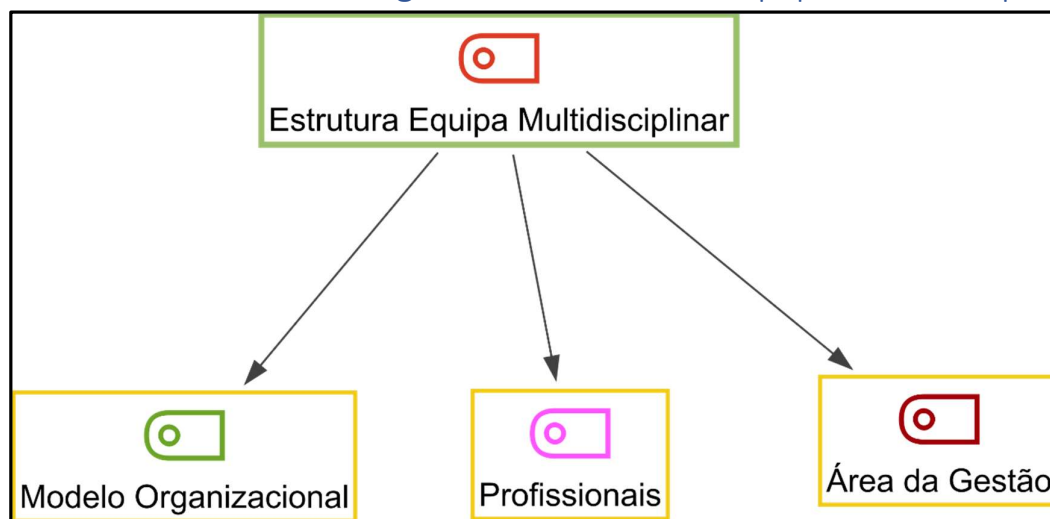
(Fonte: MaxQDA, versão 2022)

Anexo VIII – Rede de categorias “Conceitos”



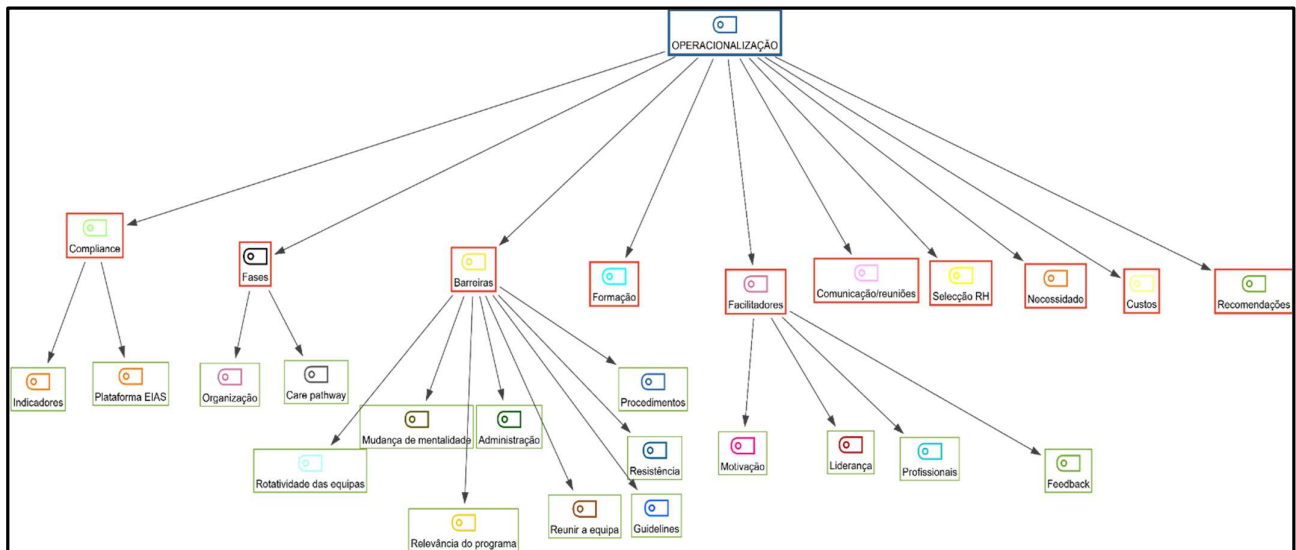
(Fonte: MaxQDA, versão 2022)

Anexo IX – Rede de categorias “Estrutura de Equipe Multidisciplinar”



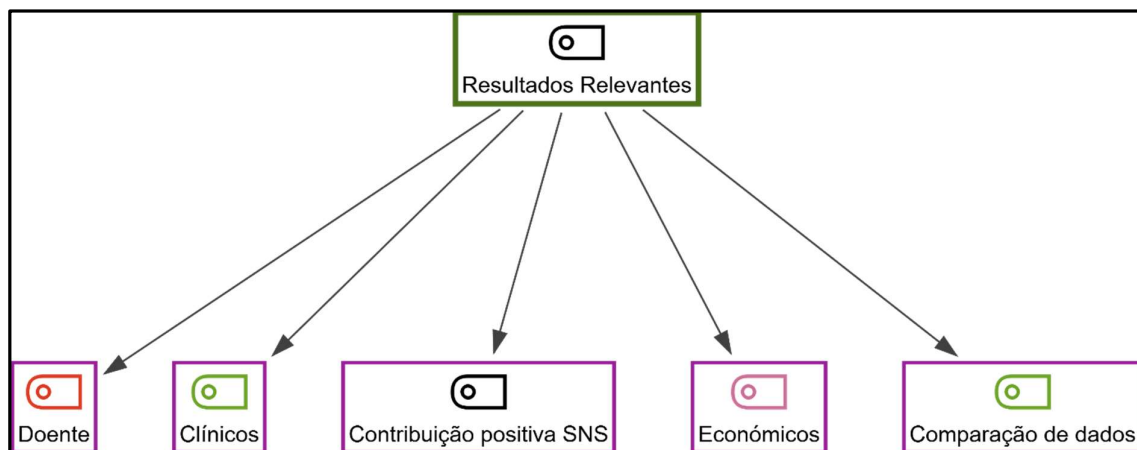
(Fonte: MaxQDA, versão 2022)

Anexo X – Rede de categorias “Estrutura de Equipa Multidisciplinar”



(Fonte: MaxQDA, versão 2022)

Anexo XI – Rede de categorias “Resultados Relevantes”



(Fonte: MaxQDA, versão 2022)