

COLECISTECTOMIA COM COLANGIOGRAFIA POR VIDEOLAPAROSCOPIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Virgínia Gomes Caixêta¹
Eduardo Rock Soares da Silva Rodrigues¹
Giovana Aires Paranhos¹
Isabella Cunha Aguiar Gomes¹
Luis Felipe de Oliveira Resende¹
Marcella Ribeiro da Silva Protásio¹
Thales Avelar Martins¹
Yasmin Emanuelle do Nascimento Solano¹
Danúbio Antônio de Oliveira¹
Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA¹

RESUMO

Introdução: A segurança cirúrgica é um dos eixos centrais da medicina moderna, e o checklist da Organização Mundial da Saúde (OMS) constitui estratégia consolidada para prevenir eventos adversos no intraoperatório. Este relato descreve a aplicação desse checklist em uma colecistectomia eletiva com colangiografia por videolaparoscopia, realizada no Hospital Evangélico Goiano durante estágio no centro cirúrgico. **Objetivo:** Descrever a aplicação do checklist de cirurgia segura, identificar não conformidades e boas práticas observadas e discutir fatores que influenciam sua efetividade. **Método:** Estudo observacional descritivo, por observação direta não participante, com preenchimento do checklist nas fases Sign In, Time Out e Sign Out; na transição para a recuperação pós-anestésica observou-se o uso do método SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation). **Resultados:** Registraram-se não conformidades como ausência de conferência da lateralidade cirúrgica, falhas na verificação do procedimento e omissão da colangiografia intraoperatória, percebida apenas ao término da cirurgia, evidenciando fragilidades na comunicação interdisciplinar apesar do adequado domínio técnico da equipe; em contrapartida, observaram-se condutas positivas, incluindo contagem correta de materiais, paramentação adequada, realização da desinfecção terminal e handoff estruturado com SBAR, favorecendo a continuidade do cuidado. **Conclusões:** A efetividade do checklist está diretamente relacionada à aplicação rigorosa das três etapas, à comunicação interdisciplinar efetiva e à responsabilização compartilhada entre cirurgiões, anestesia e enfermagem; recomenda-se educação continuada, treinamentos periódicos e auditorias com protagonismo da enfermagem para fortalecer a cultura de segurança, compreendendo o checklist não como burocracia, mas como prática viva e essencial para a qualidade do cuidado cirúrgico seguro.

Palavras-chave: Segurança do Paciente; Lista de Checagem; Colecistectomia Laparoscópica; Colangiografia.

INTRODUÇÃO

A qualidade no ato cirúrgico constitui princípio essencial da medicina contemporânea, fundamental para a redução da morbidade, mortalidade e incapacidades decorrentes de complicações operatórias. Procedimentos realizados sem observância de critérios de segurança representam risco significativo, ainda que amplamente evitável, sobretudo em hospitais com infraestrutura precária ou em sistemas de saúde sobrecarregados. Nesse cenário, a adoção de protocolos padronizados de segurança cirúrgica tem se mostrado uma estratégia eficaz para a

prevenção de eventos adversos¹. Entre eles, destaca-se a lista de verificação de cirurgia segura da Organização Mundial da Saúde (OMS), cuja aplicação sistemática reduz complicações e fortalece a cultura de segurança do paciente no ambiente operatório². O checklist organiza a verificação de itens essenciais em três momentos principais: antes da indução anestésica (Sign In), antes da incisão cirúrgica (Time Out) e antes da saída do paciente da sala operatória (Sign Out), promovendo comunicação multiprofissional e padronização de condutas baseadas em evidências³.

A presente vivência foi realizada no contexto da disciplina de estágio supervisionado em centro cirúrgico, durante a aplicação do checklist de cirurgia segura, conforme os protocolos estabelecidos pela OMS e adaptados pela Sociedade Brasileira de Enfermagem de Centro Cirúrgico (SOBECC, 2021)^{3,4}. A atividade ocorreu no Hospital Evangélico Goiano, durante o acompanhamento de um procedimento eletivo de colecistectomia com colangiografia por videolaparoscopia. Este relato descreve as conformidades e não conformidades observadas, as condutas da equipe e as reflexões geradas a partir da vivência prática, com o objetivo de consolidar o aprendizado acadêmico, valorizar o papel do enfermeiro auditor e contribuir para a análise crítica das práticas assistenciais. Além disso, busca evidenciar falhas e boas práticas à luz das diretrizes institucionais^{3,4}, propondo oportunidades de melhoria para a qualidade assistencial e a segurança do paciente.

MÉTODOS

A metodologia consistiu em observação direta não participante em um estágio supervisionado, com preenchimento de checklist de auditoria estruturado nas fases: Sign In, Time Out e Sign Out, correspondentes aos momentos antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da saída do paciente da sala operatória. A observação teve início na admissão cirúrgica e se estendeu até o término do procedimento e o encaminhamento do paciente à Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA). As informações clínicas e administrativas do paciente foram obtidas por meio de prontuário físico, complementadas por registros feitos ao longo do procedimento.

RESULTADOS

Na fase de admissão pré-operatória, confirmou-se tratar-se de cirurgia eletiva, com paciente internado há dois dias. Sinais vitais estavam estáveis, IMC de 34,42 kg/m² (obesidade grau I), jejum respeitado, classificação ASA II e exames laboratoriais atualizados, sem alterações relevantes. O paciente não fazia uso de medicações contínuas, negava alergias e apresentou Mallampati III com boa abertura oral. Os termos de consentimento estavam preenchidos, mas assinados apenas pelo paciente. Observou-se preparo adequado (remoção de adornos, antisepsia, tricotomia), porém falhas no transporte até o centro cirúrgico, sem medidas de prevenção de quedas ou orientação prévia.

Na fase *Sign In*, realizou-se identificação do paciente, porém sem especificação clara do procedimento, checagem do local ou demarcação da lateralidade. Não houve conferência dos termos de consentimento pela equipe. Monitorização multiparamétrica e punção venosa foram adequadas, assim como medidas de prevenção de hipotermia e posicionamento de campos. Como não conformidades, destacam-se ausência de álcool 70% disponível, falhas de higiene das mãos, porta da sala aberta e uso inadequado de máscaras.

Durante a fase *Time Out*, não ocorreu checagem verbal da identidade, do procedimento, da lateralidade ou de alergias. A profilaxia antibiótica foi administrada corretamente, mas não houve discussão de etapas críticas, duração estimada ou riscos de perda sanguínea. A esterilização de instrumentais foi confirmada, mas exames de imagem não estavam disponíveis.

Na fase *Sign Out*, não houve confirmação verbal do procedimento realizado nem da colangiografia, que foi esquecida e só identificada na SRPA. Em contrapartida, a contagem de compressas, agulhas e instrumentais foi feita corretamente, e a extubação ocorreu sem intercorrências.

Após o término, a equipe desmontou a sala adequadamente, com uso correto de EPIs, manejo seguro de perfurocortantes, separação de PPS e registro da desinfecção terminal. O procedimento durou 35 minutos, sob anestesia geral endovenosa de 1 hora. Na SRPA, o paciente recebeu monitorização multiparamétrica, analgesia adequada e cuidados preventivos, com destaque para o uso do método SBAR, que favoreceu a comunicação estruturada entre equipes.

A experiência evidenciou fragilidades relevantes na aplicação do checklist, sobretudo na comunicação interdisciplinar e na omissão da colangiografia intraoperatória. Apesar do bom desempenho técnico, a adesão formal ao protocolo mostrou-se insuficiente. Em contrapartida, observou-se a correta contagem de materiais, uso adequado de EPIs, desinfecção terminal e a aplicação positiva do SBAR.

Os achados reforçam que a efetividade do checklist depende da adesão consciente e crítica de toda a equipe, sendo insuficiente o mero preenchimento formal. Recomenda-se fortalecer a cultura de segurança por meio de treinamentos periódicos, simulações realísticas, auditorias educativas e participação ativa da enfermagem como facilitadora do processo.

CONCLUSÃO

A experiência demonstrou que a efetividade do checklist de cirurgia segura vai além do simples preenchimento formal, dependendo do comprometimento coletivo, da comunicação interdisciplinar e da liderança ativa da equipe. Foram evidenciadas falhas críticas, como a ausência de checagem de lateralidade e a omissão da colangiografia intraoperatória, ao lado de práticas positivas, como a correta contagem de materiais, a desinfecção terminal e o uso do SBAR na transição para a SRPA. Esses achados reforçam que o checklist deve ser compreendido como uma ferramenta dinâmica de segurança e não como um ato burocrático. Recomenda-se investir em treinamentos interdisciplinares com simulações realísticas, auditorias sistemáticas e digitalização do protocolo, estratégias capazes de fortalecer a cultura de segurança, reduzir falhas e garantir maior qualidade e proteção ao paciente no ambiente cirúrgico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Safe surgery saves lives. Geneva: WHO, 2009.

²HAYNES, Alex B. et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 360, n. 5, p. 491–499, 2009.

³ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Segundo desafio global para a segurança do paciente: cirurgias seguras salvam vidas (orientações para cirurgia segura da OMS). Tradução de Marcela Sánchez Nilo e Irma Angélica Durán. Rio de Janeiro: Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2009.

⁴SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM DE CENTRO CIRÚRGICO – SOBECC. Práticas recomendadas SOBECC: centro de material e esterilização, centro cirúrgico, recuperação pós-anestésica. 7. ed. São Paulo: SOBECC, 2021.

⁵ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization, 2000. (WHO Technical Report Series, 894).

⁶AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS – ASA. ASA physical status classification system. Schaumburg, IL: ASA, 2020. Disponível em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system>. Acesso em: 26 maio 2025.

⁷MILLER, Ronald D. Miller – Anestesia. Tradução da 8. ed. americana. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016. Capítulo 31: Avaliação pré-anestésica. Autores do capítulo: JETTÉ, Marie-Eve; ROY, Marie-Claude. p. 839–873.