

Retenção inadvertida de itens cirúrgicos: entre protocolos e vulnerabilidades sistêmicas

Unintended retention of surgical items: between protocols and systemic vulnerabilities

Retención inadvertida de elementos quirúrgicos: entre protocolos y vulnerabilidades sistémicas

Patrícia Treviso^{1*} , Ruy de Almeida Barcellos² , Ricardo de Souza Kuchenbecker³ 

A retenção inadvertida de itens cirúrgicos (RIC) constitui um grave evento sentinela em razão do potencial impacto sobre a segurança do paciente, os custos assistenciais e a reputação institucional¹. Em 2024, a Joint Commission International (JCI)², nos Estados Unidos, registrou um aumento de 12% nos eventos sentinela, e, entre os dez principais eventos reportados, a RIC ocupou a quarta posição em frequência².

Embora seja considerada evitável, a incidência de RIC permanece significativa. Um estudo que avaliou a experiência de cirurgiões brasileiros com RIC revelou que 43% dos profissionais entrevistados haviam deixado algum item inadvertidamente em pacientes, enquanto 73% relataram ter removido itens deixados por outros profissionais³. Esses achados reforçam que esse tipo de evento não se restringe a situações excepcionais, estando inserido na rotina dos serviços de saúde¹⁻³.

Transcorridos 17 anos desde a publicação do estudo multicêntrico que demonstrou a redução da mortalidade cirúrgica mediante a utilização da lista de verificação da cirurgia segura, persistem barreiras à adesão a essa estratégia⁴. A RIC resulta de uma combinação de fatores humanos, ambientais e organizacionais, como falhas de comunicação, barreiras hierárquicas no ambiente cirúrgico^{1,5,6}, falhas e distrações durante a contagem de materiais e fadiga da equipe^{3,6}. Limitar a discussão da RIC ao comportamento individual dos profissionais representa uma interpretação simplificada e insuficiente de um fenômeno profundamente sistêmico. A persistência desses eventos, mesmo em instituições altamente aderentes

a condutas baseadas em protocolos e rotinas assistenciais, revela uma contradição importante da segurança contemporânea: a distância entre o trabalho prescrito pelos protocolos e o trabalho efetivamente realizado na dinâmica cotidiana de um centro cirúrgico.

Em muitos serviços, as listas de verificação estão formalmente implantadas, as contagens de material cirúrgico são documentadas e os protocolos são institucionalizados. Ainda assim, eventos adversos e sentinela continuam ocorrendo. Esse cenário sugere que a existência de barreiras normativas não é suficiente para garantir processos seguros quando há sobrecarga cognitiva, pressão produtiva, interrupções frequentes, fragmentação do trabalho e culturas hierárquicas capazes de silenciar profissionais diante de situações de risco representadas por discrepâncias nas contagens ou até mesmo pela realização incompleta das etapas da lista de verificação da cirurgia segura ou pela sua não execução em tempo oportuno. Sob essa perspectiva, a RIC pode ser compreendida como manifestação de vulnerabilidades presentes em sistemas complexos, marcados pela interação dinâmica entre pessoas, processos, ambiente e organização do trabalho⁷.

Nesse contexto, torna-se particularmente relevante discutir a chamada “normalização do desvio” nos ambientes cirúrgicos, condição na qual processos inseguros passam a ser progressivamente tolerados e incorporados à rotina assistencial, especialmente em cenários de alta pressão operacional e ausência de segurança psicológica para abordar questões

¹Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem e de Saúde Coletiva – Porto Alegre (RS), Brasil.

²Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina – Porto Alegre (RS), Brasil.

Autor correspondente: ptreviso15@gmail.com

Recebido: 03/07/2026. Aprovado: 03/07/2026

<https://doi.org/10.5327/Z1414-44251128>



Este é um artigo de acesso aberto distribuído nos termos de licença Creative Commons Atribuição 4.0.

sensíveis e preocupações entre membros de equipes cirúrgicas. Interrupções durante contagens, trocas de profissionais em momentos críticos e flexibilizações informais dos protocolos podem deixar de ser percebidas como ameaças e passam a compor a dinâmica habitual do trabalho^{5,8}.

A adoção de protocolos de comunicação assertiva favorece a mitigação de falhas relacionadas à hierarquia, reduz ruídos em sala operatória e minimiza interrupções durante a contagem de materiais cirúrgicos⁶. Entretanto, há risco de que estratégias de segurança sejam implementadas apenas como exigências burocráticas e não como ferramentas cognitivas efetivas de prevenção de danos. O preenchimento automatizado e mecânico de listas de verificação, sem engajamento real das equipes, pode produzir uma percepção limitada de segurança e mascarar fragilidades relevantes do processo assistencial.

Além disso, é necessário reconhecer que nem toda ampliação de etapas operacionais resulta, necessariamente, em aumento da segurança. Em alguns cenários, processos redundantes e acúmulo de tarefas podem ampliar a carga cognitiva das equipes e competir com atividades assistenciais de maior valor para o cuidado seguro. A segurança cirúrgica depende menos da multiplicação indiscriminada de barreiras e mais da construção de práticas relacionais baseadas em confiança e de processos seguros, claros e sustentáveis na prática multiprofissional cotidiana.

Diante desse cenário, diferentes estratégias mitigadoras têm sido propostas, incluindo o fortalecimento da comunicação assertiva, o incentivo à notificação sistemática de eventos adversos e de *near misses* (acidente sem danos) como

ferramenta de aprendizado institucional e aprimoramento contínuo dos processos assistenciais^{1,6}.

Nesse movimento, a enfermagem perioperatória ocupa posição estratégica como articuladora da segurança cirúrgica, sendo capaz de contribuir de modo sistêmico. Ao coordenar processos assistenciais e fortalecer a comunicação interprofissional, o enfermeiro atua como importante barreira frente às vulnerabilidades do sistema e contribui para a consolidação de culturas assistenciais mais seguras e colaborativas, condição necessária para o trabalho e aprendizagem em equipes.

Os caminhos futuros para a segurança cirúrgica concentram-se na consolidação de uma abordagem sistêmica, tecnológica e multidisciplinar. O fortalecimento do trabalho em equipe, a comunicação assertiva e o desenvolvimento de tecnologias para monitoramento de materiais e eventos representam pilares fundamentais para a redução da RIC.

Por fim, a RIC não deve ser compreendida apenas como falha de um profissional ou descumprimento pontual de protocolos, mas como manifestação visível de vulnerabilidades presentes nos processos de trabalho e sistemas de saúde. A redução sustentável desses eventos exige mais do que vigilância individual ou ampliação de controles burocráticos: requer ambientes psicologicamente seguros, equipes fortalecidas, processos assistenciais desenhados com base na realidade do trabalho e instituições comprometidas com o aprendizado contínuo. Transformar a segurança cirúrgica implica reconhecer que danos evitáveis raramente decorrem de um único erro; eles emergem da interação complexa entre pessoas, processos, cultura e organização do cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Cohen AJ, Lui H, Zheng M, Cheema B, Patino G, Kohn MA, et al. Rates of serious surgical errors in California and plans to prevent recurrence. *JAMA Netw Open*. 2021;4(5):e217058. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.7058>
2. The Joint Commission. Sentinel event data 2024 annual review [Internet]. Oakbrook Terrace: The Joint Commission; 2025 [acessado em 08 maio 2026]. Disponível em: <https://digitalassets.jointcommission.org/api/public/content/eac7511986c0442a9c1ae04b1aa02cc0?v=ad34daa0>
3. Birolini DV, Rasslan S, Utiyama EM. Retenção inadvertida de corpos estranhos após intervenções cirúrgicas. Análise de 4547 casos. *Rev Col Bras Cir*. 2016;43(1):12-7. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016001004>
4. Haynes AB, Weiser TG, Berry WR, Lipsitz SR, Breizat AH, Dellinger EP, et al. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med*. 2009;360(5):491-9. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
5. Angelilli S. Stop the line: interventions to prevent retained surgical items. *AORN J*. 2024;120(2):71-81. <https://doi.org/10.1002/aorn.14190>
6. Preventing an unintentionally retained surgical item. *AORN J*. 2024;120(1):40-1. <https://doi.org/10.1002/aorn.14166>
7. Hollnagel E, Wears RL, Braithwaite J. From safety-I to safety-II: a white paper [Internet]. Odense: University of Southern Denmark; 2015 [acessado em 08 maio 2026]. Disponível em: <https://www.england.nhs.uk/signuptosafety/wp-content/uploads/sites/16/2015/10/safety-1-safety-2-white-papr.pdf>
8. Treviso P, Siqueira MS, Souza AZC, Peralta T, Pereira MCO, Moriya GAA. Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: ações de segurança propostas por enfermeiros especialistas. *Rev SOBECC*. 2022;27:E2227777. <https://doi.org/10.5327/Z1414-442520227777>