

CONTAGEM CIRÚRGICA E SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DO CIRCULANTE DE SALA OPERATÓRIA

Surgical count and patient safety in the perspective of the operating room circulating nurse

Conteo quirúrgico y seguridad del paciente en perspectiva del circulante de quirófano

Eduardo Tavares Gomes^{1*} , Maria Luciene dos Santos² , Sinairana Silva Santana Lins de Araújo³ ,
Marcone César Tabosa Assunção⁴ , Vilanice Alves de Araújo Püschel⁵ 

RESUMO: **Objetivo:** Investigar a perspectiva do circulante de sala operatória sobre a contagem cirúrgica para a segurança dos pacientes. **Método:** Estudo exploratório, qualitativo, realizado em um centro cirúrgico de um hospital de grande porte do Nordeste do Brasil, entre janeiro e março de 2018. Foi realizada Análise de Conteúdo das entrevistas realizadas com 11 circulantes de sala operatória por saturação teórica. **Resultados:** As falas foram organizadas em duas categorias temáticas — “Contagem cirúrgica para a segurança do paciente” e “Falhas no protocolo de contagem cirúrgica” —, revelando que a mudança da prática deve ser investida, visto que a maioria entende ou reconhece a importância da contagem cirúrgica para os pacientes. **Conclusão:** Há o reconhecimento empírico da relevância da contagem cirúrgica, devendo ser reforçada por meio de ações que garantam a compreensão da dimensão e a repercussão dessa prática na segurança dos pacientes.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória. Segurança do paciente. Pesquisa em enfermagem. Cuidados de enfermagem.

ABSTRACT: **Objective:** To investigate the perspective of the operating room circulating nurse on surgical count for patient safety. **Method:** Qualitative exploratory study, performed at the surgical center of a large hospital in the Northeast of Brazil, between January and March 2018. We carried out a Content Analysis of the interviews conducted with 11 operating room circulating nurses using theoretical saturation. **Results:** The responses were organized in two thematic categories – “Surgical count for patient safety” and “Flaws in the surgical count protocol” –, revealing the need to invest in practice change, as most interviewees understood or acknowledged the importance of surgical count for patients. **Conclusion:** The relevance of surgical count is empirically recognized and must be strengthened through actions that guarantee the understanding of the extent and impact of this practice on patient safety.

Keywords: Perioperative nursing. Patient safety. Nursing research. Nursing care.

RESUMEN: **Objetivo:** Investigar la perspectiva del circulante de quirófano sobre el conteo quirúrgico para la seguridad de los pacientes. **Método:** Estudio exploratorio, cualitativo, realizado en un centro quirúrgico de un hospital de grande porte del Nordeste de Brasil, entre enero y marzo de 2018. Fue realizado Análisis de Contenido de las entrevistas realizadas con 11 circulantes de quirófano por saturación teórica. **Resultados:** Las conversas fueron organizadas en dos categorías temáticas — “Conteo quirúrgico para la seguridad del paciente” y “Fallas en el protocolo de conteo quirúrgico” —, revelando que el cambio de la práctica debe ser invertida, visto que la mayoría entiende o reconoce la importancia del conteo quirúrgico para los pacientes. **Conclusión:** Hay el reconocimiento empírico de la relevancia del conteo quirúrgico, debiendo ser reforzada por medio de acciones que garanticen la comprensión de la dimensión y la repercusión de esa práctica en la seguridad de los pacientes.

Palabras clave: Enfermería Perioperatoria. Seguridad del paciente. Investigación en enfermería. Atención de enfermería.

¹Doutorando em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo (SP), Brasil.

²Enfermeira; especialista em Enfermagem em Oncologia pela Universidade de Pernambuco (UPE); especialista em enfermagem em Estomatoterapia pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças, da UPE (FENSG-UPE); enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do Hospital das Clínicas da Universidade Federal do Pernambuco (HC-UFPE) – Recife (PE), Brasil.

³Enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HC-UFPE; especialista em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente pela UFPE – Recife (PE), Brasil.

⁴Enfermeiro; mestre em Gestão e Economia da Saúde pela UFPE; chefe da Unidade de Blocos Cirúrgicos do HC-UFPE – Recife (PE), Brasil.

⁵Enfermeira; doutora em Enfermagem pela USP; professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde do Adulto, da USP (PROESA-USP); diretora do Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs (JBI Brasil) – São Paulo (SP), Brasil.

*Autor correspondente: edutgs@hotmail.com

Recebido: 26/07/2018 – Aprovado: 10/12/2018

DOI: 10.5327/Z1414-4425201900010008

INTRODUÇÃO

A contagem de itens utilizados durante a cirurgia é frequentemente chamada de contagem cirúrgica. É uma prática de suma importância para garantir que itens como instrumentais, compressas e agulhas não foram esquecidas dentro dos pacientes¹. Estes devem ser contados antes de ser fechada a incisão operatória, pois podem ser acidentalmente descartados no lixo ou ficar nos campos operatórios no fim do procedimento². Embora seja um evento raro, o esquecimento de compressas e instrumentais ao fim da cirurgia é um evento adverso com sérias implicações².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que, na aplicação do *Checklist* para Cirurgia Segura, na fase do *Timeout*, seja conferido com toda a equipe se a contagem dos itens confere e, se não, que esta seja revisada, bem como os lixos e hampers³. A OMS elegeu a Contagem Cirúrgica como a Meta 7 para Cirurgias Seguras em todo o mundo⁴.

O circulante de sala, técnico de enfermagem (TE) especializado que permanece em sala durante todo o período intraoperatório, é quem registra os eventos e materiais utilizados na cirurgia, constituindo-se pessoa fundamental para que os protocolos de segurança do paciente no centro cirúrgico sejam executados.

Nesse aspecto, este estudo buscou responder à seguinte pergunta: “Qual é a perspectiva dos circulantes sobre a contagem cirúrgica para a segurança dos pacientes?”, considerando a importância desse profissional para a segurança do paciente.

OBJETIVO

Investigar a perspectiva dos circulantes de sala operatória sobre a contagem cirúrgica para a segurança dos pacientes.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório, de abordagem qualitativa, realizado em um centro cirúrgico (CC) de um hospital universitário de grande porte do Nordeste do Brasil, entre janeiro e março de 2018.

O CC que serviu de local do estudo atende a 14 especialidades cirúrgicas em dez salas operatórias (SO), incluindo cirurgias de maior complexidade (cardíacas, torácicas, neurológicas e transplantes), eletivas e de urgência. As cirurgias

de pequeno porte e ambulatoriais são realizadas em outro CC no mesmo hospital. No serviço, não havia rotina padronizada para contagem de agulhas, apesar de haver um Procedimento Operacional Padrão (POP) ainda em implementação. Embora a instituição tenha um sistema de notificação de eventos adversos (EA), raramente a notificação de contagens que não conferem é realizada.

O protocolo de contagem cirúrgica do hospital onde foi realizado o estudo aborda as medidas que devem ser tomadas para evitar a Retenção de Itens Cirúrgicos, sendo este fruto do projeto de implementação de evidências na assistência de enfermagem denominado “Contagem cirúrgica em cirurgias abertas: projeto de implementação de melhores práticas baseadas em evidências”. Esse projeto foi elaborado no Centro Brasileiro para o Cuidado à Saúde Informado por Evidências: Centro de Excelência do Instituto Joanna Briggs, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), desenvolvido para ser aplicado no serviço, local do estudo. A pesquisa foi realizada antes do início da implementação do protocolo baseado em evidências no CC.

Para a realização do estudo, foram feitas entrevistas com a seguinte questão norteadora: “Qual é a importância dos protocolos de contagem cirúrgica para a segurança dos pacientes?”.

Participaram do estudo técnicos de enfermagem que trabalhavam no período da coleta de dados como circulantes de SO há, no mínimo, seis meses e apenas do turno diurno, visto que na unidade não há cirurgias eletivas no turno da noite, apenas cirurgias de urgência, eventualmente.

A amostra dos técnicos foi intencional, sendo a quantidade de entrevistados estimada pelo método da saturação teórica⁵. As entrevistas foram transcritas na íntegra e sua leitura exaustiva foi realizada, buscando as unidades de registros das falas; foram compilados os temas e os tipos de enunciados de cada uma delas, sendo reunidas em pré-categorias e alocadas em uma tabela à medida que surgiam novas unidades de registro⁵. A saturação ocorreu quando, nas entrevistas, não eram apresentadas novas unidades de registro⁵. Com essa tabela, foi possível *visualizar a saturação* ou a repetição de dados após 11 entrevistas (Tabela 1).

Após a identificação da saturação teórica, procedeu-se à Análise de Conteúdo proposta por Bardin^{6,7}. Por meio das etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos, os pesquisadores realizaram a categorização final das falas, com agrupamento dos dados por similaridade semântica do conteúdo central, com uma facilitação

dessa análise pelo processo prévio de identificação da saturação teórica^{5,6}.

A primeira etapa da análise correspondeu à formulação de um protocolo do estudo reprodutível e à elaboração de uma questão norteadora e de questões secundárias de fácil compreensão pelos participantes. A segunda etapa, o desenvolvimento, consistiu na observância da saturação teórica, sendo a entrevista realizada de forma ética e respeitosa, pautada na interação entrevistado-entrevistador, tendo cada participante conhecimento, desde a primeira abordagem, de todos os aspectos éticos envolvidos, de que não seriam identificados e de que suas respostas não seriam apresentadas às suas chefias como forma de avaliação. As entrevistas foram gravadas e transcritas na mesma semana em que foram realizadas. Na terceira etapa, a avaliação dos resultados, foi utilizada a técnica de triangulação de pesquisadores, que nesta pesquisa foi realizada com a presença de dois pesquisadores no momento da entrevista e de um transcritor diferente. As falas transcritas foram revisadas pelos depoentes, o que configurou importante etapa na validação do conteúdo extraído, sendo a extração de conteúdo e a categorização revisadas pelos dois pesquisadores entrevistadores⁸.

Os circulantes foram abordados para a entrevista fora do momento das cirurgias, após o término dos procedimentos do dia, de forma que não atrapalhasse o seu trabalho. As falas apresentadas são identificadas pela letra “E”, acrescida de um número sorteado para os respondentes que não traduz a ordem das entrevistas (E1, E2, E3 e assim por diante). A pesquisa foi pautada nos preceitos da Resolução CNS n° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde. O início da coleta de dados se deu apenas após a apreciação e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição (parecer n° 2.430.629/2017, CAAE: 79740517.1.0000.5208).

RESULTADOS

Foram entrevistados 11 circulantes de SO, sendo 4 homens e 7 mulheres, com média de idade de 35,08±9,3 anos e médias de 10,03±4,21 anos de exercício da profissão no CC e 3,89±6,23 anos de trabalho no CC local do estudo. Cinco técnicos já possuíam formação superior em Enfermagem e uma em outra área. Apenas três técnicos trabalhavam no momento da coleta de dados em outros serviços. Nenhum dos técnicos relatou ter feito, nos últimos dois anos, qualquer curso de formação continuada em Enfermagem em CC ou em segurança do paciente além dos treinamentos oferecidos pela própria instituição, sendo que apenas três relataram terem participado, no período, de eventos da área.

A Tabela 1 apresenta a saturação teórica das entrevistas que contribuiu para a delimitação da amostra.

As falas são apresentadas a seguir em duas categorias temáticas: “Contagem cirúrgica para a segurança do paciente” e “Falhas no protocolo de contagem cirúrgica”.

Contagem cirúrgica para a segurança do paciente

De início, um dos fatores que desperta atenção é a falta de conhecimento acerca da contagem cirúrgica. A maior parte dos entrevistados se referiu apenas à contagem de compressas: “É um processo de contagem de compressas” (E1); “É a contagem de instrumentais no final da cirurgia pra saber se ficou faltando alguma” (E5); “É quando a gente conta pra ver se não ficou compressa dentro do paciente” (E10).

Apenas dois circulantes incluíram a contagem de perfurocortantes no processo: “Eu acho que tinha que contar tudo que vai pra mesa: compressa, gaze, perfurocortantes, instrumentais, tudo” (E4); “Pra mim, tinha que contar tudo que vai no campo e que pode ficar dentro do paciente: compressa, agulha, lâmina, pinças, tudo mesmo” (E8).

Tabela 1. Demonstrativo da saturação teórica das entrevistas. Recife (PE), Brasil, 2018.

Enunciados sobre contagem cirúrgica	Entrevistado											Recorrências
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Desconhecimento da contagem de itens perfurocortantes	X	X	X		X	X	X		X	X	X	9
Identificação com a contagem apenas de compressas	X	X	X		X	X	X		X	X	X	9
Papel do técnico na contagem	X			X	X	X			X		X	6
Responsabilidade do instrumentador	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	10
Objetivo da contagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	10
Importância da contagem	X		X	X		X	X	X	X		X	8
Falhas na contagem	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
Necessidade de envolvimento da equipe	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	10

Sobre a importância e o objetivo da contagem, a maioria mostrou entender a relevância que deve ser atribuída ao processo pelo efeito do EA que pode ocorrer: “É muito importante esse negócio de contagem de tudo que vai pro paciente pra não esquecer nada lá dentro” (E11); “Tem que contar tudo, porque se fica lá uma compressa já é um problema grande, imagina uma pinça?” (E9); “O povo não liga muito pra isso porque é raro de esquecer, mas tem que entender que se acontecer o estrago é grande” (E10); “Imagina a bronca: tu começar a sentir uma dor, uma dor que ninguém sabe o que é e quando vai ver é uma compressa ou uma mosquito [pinça Halstead] que esqueceram dentro de tu?” (E1).

Falhas no protocolo de contagem cirúrgica

A retenção de itens no fim da cirurgia apareceu em algumas falas como um aspecto talvez mais comum do que se documenta: “Eu já vi esquecer compressa já. Já vi umas três vezes” (E2); “Eu vi uma compressa que o povo foi abrir pra tirar depois de anos. Eu nunca vi instrumental não, mas já ouvi falar de histórias” (E3);

Eu já tenho muitos anos de centro cirúrgico, já vi de tudo. O pior é que quando tiram a compressa lá de dentro, que sai podre, colocam que foi uma cirurgia para retirada de corpo estranho, nem dizem o que foi pra não comprometer a equipe que fez a cirurgia e esqueceu lá (E7).

Os EA de quase-erro (*near miss*) também surgiram nas falas, quando os circulantes identificaram situações em que a contagem não conferiu e, na revisão do campo, foi encontrado o item que estava faltando:

Ele [o médico residente que estava instrumentando] insistiu comigo que o problema era meu, que eu não tinha contado direito e que a compressa que estava faltando estava no lixo. Eu bati o pé e disse que estava lá dentro da paciente. O cirurgião foi lá e mandou ele olhar tudo de novo na frente dele. Quando viu, tava lá toda cheia de sangue. Ia fechar e ficar lá, mas eu insisti, tinha certeza! (E7).

Quando começou a fechar a cirurgia, eu disse que tava faltando. Eles disseram que era a minha conta que não tava batendo e que não tinha nada não, que eles tinham certeza que não tinha ficado lá. Ai eu engrossei com eles, disse que tinha contado certo e que ia escrever na ficha de enfermagem e no prontuário. Eles ficaram de cara feia, mas foram conferir, abriram uns pontos, botaram a mão lá dentro e acharam a danada toda vermelha que

ninguém ia ver lá no fundo. Eu fiquei calada, nem precisei dizer nada. Depois um veio me agradecer. Os outros ficaram calados (E8).

Sobre o processo de contagem, os circulantes identificavam que a responsabilidade é do instrumentador e não deles, mas admitiram que toda a equipe deve estar envolvida: “Eu acho que a responsabilidade não é minha não, é de quem instrumenta. Quem instrumenta que tem que contar as coisas” (E1); “Eu acho que quem instrumenta é que tem que contar tudo, sabe? Não é a gente, a gente só anota tudo para ver se confere depois. Por que como é que eu vou ver se ficou alguma coisa lá dentro?” (E2);

“Eu acho que a responsabilidade é de todo mundo. Porque eu, que tô fora do campo, anoto tudo que vou botando na mesa. O instrumentador tem que ser organizado e ir separando tudo direitinho. E o cirurgião tem que olhar dentro da cavidade. Se todo mundo fizer seu papel, o paciente é que sai beneficiado, porque não esquecem nada dentro dele” (E5).

As possíveis causas de falha no processo de contagem emergiram aos poucos ao longo do discurso de todos os circulantes: “Eu acho que o problema é que ainda tem cirurgião, em pleno 2018, que ainda tem coragem de dizer que não precisa contar uma compressa!” (E3); “Pra mim, a gente não conta tudo que devia contar porque não dá em nada, nunca, quando esquecem algo lá dentro. Se desse, todo mundo se preocupava” (E8);

É muito ruim de anotar tudo e contar direito quando a equipe já entra com pressa pra acabar e fica perturbando o juízo da gente pra fazer as coisas correndo. Acontece às vezes de começarem a cirurgia e a gente ainda nem ter zerado a lixeira! Assim fica difícil (E9). Muita gente não tá nem aí. Eu falo de cirurgião só não, falo de colega circulante mesmo. Tem gente que acha bom não contar porque é menos trabalho, mas é pior para o paciente e a gente tem que fazer as coisas, não é pra agradar ninguém, é pelo paciente porque podia ser uma mãe da gente ou um filho ali (E10).

Por fim, apenas dois técnicos identificaram a contagem cirúrgica como um protocolo para a prevenção de acidentes para os profissionais envolvidos:

Eu acho que tem que contar tudo, e os perfuros [perfurocortantes] são os menos contados e o mais importante pra gente. Porque se o instrumentador separasse tudo direitinho e a gente contasse pra saber se estão todos naquele canto, tinha menos chance de a gente se furar quando fosse tirar os instrumentais sujos no final da cirurgia (E11).

Uma vez uma colega já se furou tirando os instrumentais. O instrumentador disse que tinha colocado todos os perfuros [perfurocortantes] numa cuba pequena, mas não tinha, tinha ficado um fora e ela não viu. Se tivessem contado, iam saber que na cuba tava faltando um, justamente o que furou ela! (E8).

DISCUSSÃO

As falas revelam que a mudança da prática deve ser objeto de investimento do profissional e das instituições de saúde, visto que a maioria entende ou reconhece a importância da contagem cirúrgica para os pacientes. Não houve, nas falas dos circulantes, nenhuma preocupação com a questão financeira envolvida, visto que muitos instrumentais podem ser perdidos nos campos ou no lixo se não houver a contagem, mas a maioria expressou, de alguma forma, a preocupação e o entendimento de que a prática da contagem cirúrgica é importante para a segurança dos pacientes.

Atualmente, a contagem manual é a predominante e alguns estudos mostram que agulhas correspondem ao item menos contado⁹⁻¹². Os circulantes identificaram risco para a retirada dos perfurocortantes do campo operatório e sua contagem poderia prevenir acidentes. Os profissionais não relataram nas entrevistas conhecerem alternativas para a contagem manual, enquanto em vários centros são usados códigos de barra para a contagem de instrumentais⁹⁻¹².

Procedimentos padronizados para a prevenção da Retenção de Itens Cirúrgicos (RIC) envolvem, pelo menos, dois momentos e dois membros. Os dois membros da equipe cirúrgica, um dentro do campo operatório e outro fora, contam os itens imediatamente ao serem introduzidos no campo estéril e contam novamente ao fim da cirurgia, antes de o paciente deixar a SO¹. Se a contagem não confere no fim com a contagem do que foi oferecido, a equipe não terá certeza da segurança do paciente, devendo realizar uma radiografia o mais breve possível^{9,12-15}. É recomendável que toda contagem discrepante seja reconciliada antes de o paciente deixar a SO^{1,4,9,10}. Os circulantes devem entender a importância do seu papel não apenas de registrar os itens oferecidos no campo operatório, mas também de chamar a atenção da equipe para a contagem. A recontagem deve ser feita por mais de uma pessoa, além do próprio circulante, e o enfermeiro deve estar presente para participar e registrar a contagem que não confere, como um EA e tomar medidas de segurança para o paciente¹.

Não houve nenhuma menção às metas da OMS para cirurgias seguras, evidências ou referências que justificassem a prática, sendo apenas um conhecimento empírico e uma reflexão ética sobre a repercussão da retenção de itens cirúrgicos.

O Instituto Joanna Briggs (JBI), instituição australiana que tem o compromisso com a produção, disseminação e implementação de práticas clínicas baseadas em evidências ao redor do mundo, tem organizado as melhores práticas recomendadas acerca da contagem cirúrgica em SO. O JBI, em um recente sumário de evidências, baseado em revisões sistemáticas da literatura e evidências, incluiu resultados de estudos bem-delimitados para serem considerados como elevado nível de evidência¹. Com esse levantamento de evidências, o JBI apresentou no tópico *Operating Room: Surgical Counts*¹, um sumário de evidências que apresenta as melhores práticas recomendadas.

O documento aponta uma persistência de RIC e erros na contagem cirúrgica, implicando em alta prioridade do desenvolvimento de procedimentos padronizados de contagem mais efetivo, existindo forte evidência nos processos automatizados de contagem e uso de compressas marcadas na cirurgia, reduzindo os erros de contagem e de RIC. O JBI reforça a introdução de nova prática, protocolo ou tecnologia acompanhada por um bom treinamento¹.

Os circulantes não citaram, em nenhuma das falas, a possibilidade de utilização de radiografias para a prevenção de RIC. A rotina de radiografias no intraoperatório em cirurgias de alto risco pode prover um útil instrumento mensurável para reduzir a incidência de RIC^{1,4,9,12,14}.

A abordagem multidisciplinar da equipe cirúrgica deve enfatizar a responsabilidade de prevenir RIC. Educação da equipe cirúrgica, contagem cirúrgica padronizada, revisão formal de todas as etapas, quando houver contagem divergente ao fim, e uma política organizacional para a prevenção de RIC são algumas iniciativas recomendadas para diminuir o número de contagens discrepantes^{1,2,4,9,10,12,16-19}. A equipe cirúrgica deve entender e respeitar os tempos para o preparo de SO e para a realização de um protocolo de segurança bem feito^{1,10,16-19}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que os circulantes reconhecem a importância da contagem cirúrgica. Entretanto, identificou-se a necessidade de o protocolo ser reforçado por meio de ações de educação permanente e continuada para

a compreensão da dimensão e a repercussão dessa ação na segurança dos pacientes.

Há necessidade de investimento na formação permanente dos profissionais de toda a equipe cirúrgica, com avaliação e acompanhamento sistematizado, por intermédio de auditoria, dos critérios utilizados, conforme a recomendação das melhores práticas baseadas em evidências científicas.

O estudo teve por limitação conhecer a realidade de apenas um centro e não investigar os fatores relacionados à falta de conhecimento e de outras barreiras que contribuem para não conformidade dos critérios descritos na literatura sobre as melhores evidências acerca do tema. Pesquisas futuras devem validar estratégias para a implementação de melhores práticas na contagem cirúrgica que favoreçam a adesão de todo o time cirúrgico.

REFERÊNCIAS

- McArthur A. Operating room: surgical counts surname. Evidence Summary. Austrália: The Joanna Briggs Institute; 2016.
- Stawicki S, Moffatt-Bruce S, Ahmed H, Anderson III HL, Baliya TM, Bernescu I, et al. Retained surgical items: a problem yet to be solved. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2013 [acessado em 20 jun. 2018];216(1):15-22. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.08.026>
- World Health Organization. World Alliance for Patient Safety. Implementation manual surgical safety checklist. Geneva: World Health Organization; 2008 [acessado em 25 jul. 2018]. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf?ua=1
- World Health Organization. WHO guidelines for safe surgery 2009 - Safe surgery saves lives. Geneva: World Health Organization; 2009 [acessado em 25 jun. 2018]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=F785D8684C05FBF825F6C7B183458C6A?sequence=1
- Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saúde Publica* [Internet]. 2011 [acessado em 20 jun. 2018];27(2):389-94. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2011000200020>
- Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Ed 70; 2011. 280 p.
- Caregnato RCA, Mutti R. Qualitative research: discourse analysis versus content analysis. *Texto Contexto-Enferm* [Internet]. 2006 [acessado em 20 jun. 2018];15(4):679-84. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S0104-07072006000400017>
- Ollaik LG, Ziller HM. Concepções de validade em pesquisas qualitativas. *Educ Pesqui* [Internet]. 2012 [acessado em 20 jun. 2018];38(1):229-41. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1517-97022012005000002>
- Freitas PS, Mendes KDS, Galvão CM. Surgical count process: evidence for patient safety. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2016 [acessado em 20 jun. 2018];37(4):e66877. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.66877>
- Wan W, Le T, Riskin L, Macario A. Improving safety in the operating room: a systematic literature review of retained surgical sponges. *Curr Opin Anaesthesiol* [Internet]. 2009 [acessado em 20 jun. 2018];22(2):207-14. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/ACO.0b013e328324f82d>
- Greenberg C, Diaz-Flores R, Lipsitz S, Regenbogen S, Mulholland L, Mearn F, et al. Bar-coding surgical sponges to improve safety: a randomized control trial. *Ann Surg* [Internet]. 2008 [acessado em 20 jun. 2018];247(4):612-6. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181656cd5>
- Harihran D, Lobo DN. Retained surgical sponges, needles and instruments. *Ann R Coll Surg Engl* [Internet]. 2013 [acessado em 20 jun. 2018];95(2):87-92. Disponível em: <http://doi.org/10.1308/03588413X13511609957218>
- Gawande A, Studdert D, Orav E, Brennan T, Zinner M. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med* [Internet]. 2003 [acessado em 20 jun. 2018];348:229-35. Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMsa021721>
- Williams TL, Tung DK, Steelman VM, Chang PK, Szekendi MK. Retained surgical sponges: findings from incident reports and a cost-benefit analysis of radiofrequency technology. *J Am Coll Surg* [Internet]. 2014 [acessado em 20 jun. 2018];219(3):354-64. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2014.03.052>
- Greenberg C, Regenbogen S, Lipsitz S, Diaz-Flores R, Gawande A. The frequency and significance of discrepancies in the surgical count. *Ann Surg* [Internet]. 2008 [acessado em 20 jun. 2018];248(2):337-41. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/SLA.0b013e318181c9a3>
- Norton EK, Micheli AJ, Gedney J, Felkerson TM. A nurse-led approach to developing and implementing a collaborative count policy. *AORN J* [Internet]. 2012 [acessado em 20 jun. 2018];95(2):222-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.11.009>
- Moffatt-Bruce SD, Cook CH, Steinberg SM, Stawicki SP. Risk factors for retained surgical items: a meta-analysis and proposed risk stratification system. *J Surg Res* [Internet]. 2014 [acessado em 20 jun. 2018];190(2):429-36. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.05.044>
- Goldberg J, Feldman D. Implementing AORN recommended practices for prevention of retained surgical items. *AORN J* [Internet]. 2012 [acessado em 20 jun. 2018];95(2):205-19. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.11.010>
- Norton E, Martin C, Micheli A. Patients count on it: An initiative to reduce incorrect counts and prevent retained surgical items. *AORN J* [Internet]. 2012 [acessado em 20 jun. 2018];95(1):109-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.06.007>