

Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: ações de segurança propostas por enfermeiros especialistas

Retention of intracavitary objects in surgical procedures: safety actions proposed by specialist nurses

Retención de objetos intracavitarios en procedimientos quirúrgicos: acciones de seguridad propuestas por enfermeros especialistas

Patrícia Treviso^{1*} , Mariana da Silva de Siqueira¹ , Andressa Zimmermann Corso de Souza¹ ,
Talitha Peralta² , Marcia Cristina de Oliveira Pereira³ , Giovana Abrahão de Araújo Moriya⁴ 

RESUMO: Objetivo: Descrever ações de segurança para mitigar o risco de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos, na opinião de enfermeiros especialistas em assistência perioperatória. Método: Estudo qualitativo. Dados oriundos de reunião científica realizada durante o 14º Congresso da Associação Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico, em 2019, em São Paulo. Participaram enfermeiros especialistas em enfermagem perioperatória, divididos aleatoriamente em cinco grupos. Indisponibilidade para participar da reunião na íntegra considerou-se critério de exclusão. Compuseram o *corpus* de dados: gravação da reunião e registros dos grupos. Procedeu-se à análise de conteúdo para avaliar os dados. Seguiu-se a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Resultados: Participaram 19 enfermeiros de seis estados brasileiros, a maioria mulheres. Ações propostas pelos participantes do estudo, visando a diminuir a retenção de objetos intracavitários: promover educação permanente e multiprofissional; estabelecer e seguir boas práticas institucionais; seguir protocolo de cirurgia segura; atuar de forma integrada à equipe do serviço de esterilização; usar processos e tecnologias que contribuem para ampliar a segurança do paciente; contar instrumental e materiais cirúrgicos; e fortalecer o trabalho interdisciplinar. Conclusão: Ações para reduzir a retenção de objetos intracavitários incluem educação permanente, trabalho interdisciplinar e multissetorial, seguimento de fluxos e protocolos que visem à segurança do paciente.

Palavras-chave: Corpos estranhos. Período intraoperatório. Enfermagem perioperatória. Segurança do paciente. *Time out* na assistência à saúde.

ABSTRACT: Aims: This study aimed to describe the safety actions to mitigate the risk of retention of intracavitary objects in surgical procedures, in the opinion of perioperative care specialist nurses. **Methods:** This is a qualitative study. Data from a scientific meeting held during the 14th Congress of the Brazilian Association of Nursing in the Surgical Centre, in 2019, in São Paulo. Participants were nurses specialized in perioperative nursing, randomly divided into five groups. Unavailability to participate in the meeting in full was considered an exclusion criterion. The data corpus comprised meeting recording and group records. Content analysis was used to evaluate the data. Resolution no. 466/2012 of the National Health Council (CNS) was followed. **Results:** A total of 19 nurses, mostly female, from six Brazilian states participated in this study. Actions proposed by the study participants to reduce the retention of intracavitary objects included promoting continuing and multidisciplinary education; establishing and following good institutional practices; following the safe surgery protocol; integrating with the sterilization service team; using processes and technologies that contribute to increasing patient safety; counting surgical instruments and materials; and strengthening interdisciplinary work. **Conclusion:** Actions to reduce retention of intracavitary objects include permanent education, interdisciplinary work, and multisectoral work, following flows and protocols aimed at patient safety.

Keywords: Foreign bodies. Intraoperative period. Perioperative Nursing. Patient safety. *Time out* in healthcare.

¹Universidade do Vale do Rio dos Sinos – São Leopoldo (RS), Brasil.

²Grupo Hospitalar Conceição – Porto Alegre (RS), Brasil.

³Beneficência Portuguesa de São Paulo – São Paulo (SP), Brasil.

⁴CMR Surgical, Centro de Demonstração Versius – São Paulo (SP), Brasil.

*Autora correspondente: ptreviso15@gmail.com

Recebido: 22/12/2021 Aprovado: 05/04/2022

<https://doi.org/10.5327/Z1414-442520227777>

RESUMEN: Objetivo: describir acciones de seguridad para mitigar el riesgo de retención de objetos intracavitarios en procedimientos quirúrgicos, según la opinión de enfermeros especialistas en cuidados perioperatorios. Método: estudio cualitativo. Datos de una reunión científica realizada durante el 140 Congreso de la Asociación Brasileña de Enfermería del Centro Quirúrgico, en 2019, en São Paulo. Participaron enfermeros especialistas en enfermería perioperatoria, divididos aleatoriamente en cuatro grupos. La falta de disponibilidad para participar en la reunión en su totalidad se consideró un criterio de exclusión. El corpus de datos estuvo compuesto por: grabación de la reunión y actas de los grupos. Se realizó un análisis de contenido para analizar los datos. A esto le siguió la Resolución no 466/2012 del Consejo Nacional de Salud (CNS). Resultados: Participaron 19 enfermeros de seis estados brasileños, la mayoría mujeres. Acciones propuestas por los participantes del estudio, con el objetivo de reducir la retención de objetos intracavitarios: promover la educación permanente y multiprofesional; establecer y seguir buenas prácticas institucionales; seguir un protocolo de cirugía seguro; actuar de manera integrada con el equipo del servicio de esterilización; hacer uso de procesos y tecnologías que contribuyan a aumentar la seguridad del paciente; realizar el conteo de instrumentos y material quirúrgico; fortalecer el trabajo interdisciplinario. Conclusión: las acciones para reducir la retención de objetos intracavitarios incluyen educación permanente, trabajo interdisciplinario y multisectorial, monitoreo de flujos y protocolos dirigidos a la seguridad del paciente. **Palabras clave:** Cuerpos extraños. Periodo intraoperatorio. Enfermería perioperatoria. Seguridad del paciente. Pausa de seguridad en la atención a la salud.

INTRODUÇÃO

A retenção de itens cirúrgicos é um evento raro, grave e prevenível, que pode resultar em danos ao paciente. Ela é conhecida como um evento adverso, não raro, no ambiente intraoperatório, e possui relação direta com a assistência dos profissionais que participaram do momento cirúrgico. Acontece frequentemente com gases, compressas e instrumentos cirúrgicos em diferentes regiões, como tórax, pelve, vagina e, predominantemente, abdômen¹⁻³.

No Brasil, o último boletim de segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde, publicado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em 2020⁴, relata as notificações de incidentes relacionados à assistência à saúde notificados no período de janeiro a dezembro de 2018. Como o documento aponta, em 2018, foram notificados 2.387 *never events*, eventos adversos que nunca deveriam ocorrer, e a retenção não intencional de corpo estranho em paciente após a cirurgia foi o terceiro *never event* mais notificado, responsável por 1,9% dos casos⁴.

A retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos é também classificada como evento sentinela, que se caracteriza como um incidente grave, seja pelo dano ao paciente, seja pelo risco de o dano ocorrer⁵. De acordo com a Joint Commission⁶, o evento sentinela mais comum notificado em 2017 e 2018 foi a retenção de objetos cirúrgicos⁶, isto é, trata-se de evento que precisa ser investigado, analisado, e para evitá-lo, é necessário estabelecer medidas de barreira⁵.

Uma das medidas consideradas de barreira é a contagem dos materiais com maior risco de retenção na cavidade, e nesse sentido, a Nota Técnica nº 04/2017⁷ da Anvisa descreve que a contagem de compressas, gases, agulhas de sutura e

instrumental cirúrgico deve ser aplicada em procedimentos em que há inserção dos objetos em cavidades⁷.

Existem alguns fatores que podem aumentar a chance de esse evento ocorrer, por exemplo, grandes procedimentos cirúrgicos, erros na contagem de verificação das compressas, procedimentos cirúrgicos emergenciais, necessidade não esperada de mudança de intervenção e paciente com índice de massa corporal elevado^{1,2}.

Esse tipo de evento adverso pode resultar em desfechos graves aos pacientes, como processo inflamatório, infecções, fístulas e até mesmo em óbito¹. Como exemplo, pode-se citar um estudo realizado em São Paulo, que analisou 4.547 casos de retenção de objetos intracavitários, demonstrando que 14% dos pacientes que sofreram esse evento adverso não apresentaram nenhum sintoma, 61% foram oligossintomáticos, apresentando “desconforto abdominal inespecífico ou presença de massa palpável”, e 25% apresentaram achados graves, como “peritonite, fistula ou obstrução intestinal”⁸. Destaca-se que, de modo geral, quando um objeto é retido inadvertidamente, o organismo fisiologicamente tende a manifestar sinais e sintomas, como: dor local, inflamação, febre, podendo desencadear um processo infeccioso, com repercussões nos tecidos envolvidos, como perfuração, podendo ainda o objeto ser encapsulado pelo organismo. Além disso, a retenção de objetos retidos não intencionalmente em cavidade após procedimento cirúrgico também pode acarretar sérias implicações médico-legais⁷.

Adotar medidas de segurança nas etapas do transoperatório é necessário para diminuir as chances de retenção de objetos intracavitários⁹. O enfermeiro de centro cirúrgico desempenha um papel importantíssimo na prevenção de riscos ao paciente, pois acompanha-o de forma individualizada,

bem como conhece a dinâmica de funcionamento da instituição, assim pode implementar habilmente práticas de segurança do paciente para a redução de riscos, como a execução do protocolo de cirurgia segura (lista de verificação segura, *sign in, time out, sign out*) e a aplicação da Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória (SAEP), possibilitando assistência com melhor qualidade e mais segurança^{10,11}.

Destaca-se que a retenção de objetos intracavitários persiste, e é imprescindível discutir e pesquisar esse tema, de forma a evidenciar ações e estratégias direcionadas para a redução deste agravo, o que justifica a realização deste estudo.

Nesse contexto, levantou-se a seguinte questão norteadora: quais são as ações de segurança capazes de mitigar o risco de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos, na opinião de enfermeiros especialistas em assistência perioperatória?

OBJETIVO

Descrever ações de segurança para mitigar o risco de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos, na opinião de enfermeiros especialistas em assistência perioperatória.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa. Os dados são oriundos de reunião científica de especialistas em enfermagem perioperatória ocorrida durante o 14º Congresso da Associação Brasileira de Enfermagem em Centro Cirúrgico, em setembro de 2019, em São Paulo. A reunião, com duração 90 minutos, visando a fomentar a discussão acerca da segurança do paciente durante o transoperatório, teve como pauta a retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos.

Foram convidados a participar do estudo enfermeiros especialistas na área de centro cirúrgico de diversas regiões do país. O convite foi feito pessoalmente, de forma intencional, durante o evento, para enfermeiros especialistas em assistência perioperatória presentes no congresso. Foram explicitados os objetivos da atividade: fomentar a discussão acerca do tema e obter dados para esta pesquisa. Também se explicitou como a atividade seria conduzida. Os participantes que aceitaram participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A sala onde ocorreu a reunião

tinha capacidade para 25 pessoas, e o convite não excedeu esse número, pois o alvo da pesquisa eram enfermeiros especialistas em enfermagem perioperatória que atuavam em instituições de saúde ou de ensino superior do Brasil.

Os critérios de inclusão foram: ser enfermeiro, ter experiência em enfermagem perioperatória e estar participando do congresso. A indisponibilidade para participar da reunião científica na íntegra foi considerada um critério de exclusão.

Aleatoriamente, os participantes foram divididos em quatro grupos, três deles contendo cinco enfermeiros e um contendo quatro. Cada grupo elegeu um membro interlocutor para moderar a discussão e um responsável por registrá-la.

O pesquisador iniciou a reunião científica explicando o seu objetivo e como se daria a dinâmica da atividade, leu as questões que seriam discutidas nos pequenos grupos, explicou a necessidade de cada grupo eleger um membro para mediar a discussão (interlocutor) e outro para registrar os pontos levantados. O pesquisador não participou da discussão nos pequenos grupos, mas permaneceu na sala enquanto ocorriam as discussões. Ao término, moderou a discussão aberta e a explanação dos grupos. O membro interlocutor de cada um apresentou, por meio do *flip chart*, os principais registros referentes às questões discutidas. Esse momento foi gravado em áudio e posteriormente transcrito.

Em cada etapa, foram disponibilizados papel, caneta, *flip chart* e seis envelopes enumerados de um a seis, cada um contendo uma questão aberta a ser discutida pelo grupo, de forma sequencial, de acordo com o número do envelope, iniciando-se com o de número um e finalizando com o de número seis.

As questões, elaboradas pelos pesquisadores, referiam-se aos seguintes tópicos: abordagem do tema “retenção de objetos intracavitários em nível institucional” nas instituições de saúde; fatores que contribuem para a ocorrência da retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos; fatores que representam maior risco para a ocorrência da retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos; ações para aumentar a segurança do paciente em relação à retenção de objetos intracavitários; e atuação da enfermagem para prevenção da retenção não intencional de corpo estranho em paciente após a cirurgia.

Foi orientado ao interlocutor abrir um envelope por vez, iniciando a discussão por cada uma das perguntas abertas contidas nos envelopes. Um breve registro acerca dos pontos discutidos e das respostas que emergiram foi realizado em folha de papel de formato ofício por cada grupo. O responsável por esses registros, ao final da discussão, registrava

também no *flip chart* os tópicos principais a serem compartilhados com o grande grupo.

Orientou-se a utilização de cinco a sete minutos para a discussão de cada questão nos pequenos grupos e, ao término de 30 minutos, abriu-se espaço para cada um apresentar os resultados relativos a cada questão, utilizando o *flip chart*. Cada interlocutor apresentou as respostas de seu grupo, as quais foram registradas no *flip chart* e gravadas em áudio. A discussão geral foi moderada pela pesquisadora principal e por uma pesquisadora auxiliar. O tempo da reunião foi assim dividido: 30 minutos para discussão nos grupos

e 60 minutos para apresentação dos tópicos elencados por eles e discussão geral.

Ao término da reunião científica, os grupos entregaram os registros para as pesquisadoras, compondo, juntamente com a gravação posteriormente transcrita, o *corpus* de dados deste estudo, os quais foram avaliados sob a óptica da análise de conteúdo proposta por Bardin¹², seguindo as etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos; e inferência e interpretação dos dados. Estes foram agrupados (Quadro 1) de acordo com as questões e as respostas dos grupos.

Quadro 1. Percepção de enfermeiros especialistas em assistência perioperatória acerca do risco de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos.

Questões		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
1. Na instituição em que você trabalha, há alguma discussão a respeito da retenção de objetos intracavitários?	Registros	Sim. Ocorre em partes, através de ações institucionais, do programa de segurança do paciente, com boas práticas, qualidade e gestão de riscos. Educação continuada e permanente.	Sim. Existe a discussão, porém, muitas vezes, está motivada e vinculada à ocorrência de eventos adversos. Pode acontecer em eventos pontuais ou em grupos de pesquisa.	Sim. Há protocolos específicos com “etapas de cirurgia segura”. Ocorre no <i>sign out</i> , com avaliação quando ocorre incidente ou evento adverso.	Não há. Quando existe, é informal e relacionada à ocorrência de algum caso; situação reativa. Deveria ocorrer mediante o estabelecimento de procedimento operacional padrão (estratégia baseada em evidências).
	Gravação	“Sim. Numa das instituições, tem um programa de segurança do paciente que incorre no que existe nos outros três hospitais, que são: boas práticas, qualidade, gestão de riscos, educação continuada e permanente intrassetorial. Então tem o setor da educação continuada e educação permanente dentro do setor, com pessoas designadas para isso.”	“[...] existe a discussão, porém, muitas vezes, ela é motivada pela ocorrência do evento [...] na iminência do evento adverso ou do <i>near miss</i> [...].”	“[...] quando existe um dano, um evento, a discussão é reacendida; muito menos como ação preventiva, que é o protocolo, mas quando acontece o dano é que de fato as pessoas se preocupam com o assunto.”	“[...] não há, nas instituições a que nós estamos vinculadas, [...] nenhum protocolo, contudo, quando existe, ele é informal, relacionado a situações pontuais. São situações reativas a algum evento adverso que ocorreu, e a gente acaba discutindo por ter essa [...] questão educacional envolvida, não que seja algo institucional, que a instituição promova para poder resolver esses casos pontuais. [...] queria só ressaltar [...] não há [...], mas nós entendíamos que deveria ocorrer essa discussão baseada num procedimento operacional padrão que fosse uma estratégia baseada em evidências, discutido e voltado para a necessidade do paciente.”
2. Quais fatores você entende que contribuem para a retenção	Registros	A não adesão ao <i>checklist</i> de cirurgia segura pela equipe multiprofissional; a cultura de segurança	Excesso de confiança por parte dos profissionais;	Falta de controle de registro de compressas e objetos usados	Banalização dos procedimentos cirúrgicos e do protocolo de cirurgia segura; desatenção; dinâmica intensa do centro

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Questões		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
de objetos intracavitários?		não compreendida pela equipe multiprofissional; a ausência de treinamentos; procedimentos de emergência; múltiplos procedimentos ao mesmo tempo e do mesmo paciente; falha de comunicação na passagem de plantão.	resistência ao processo e às rotinas de segurança; falta de legislação que atenda à demanda; falta de compromisso; não incluir o CME no processo de contagem de instrumental.	na cirurgia; problemas na comunicação com o cirurgião; pressa e falta de tempo; falta de autonomia da enfermagem e falta de respaldo institucional.	cirúrgico; sobrecarga de trabalho; falta de capacitação; e falta de interesse.
	Gravação	"[...] não adesão ao checklist de cirurgia segura pela equipe multidisciplinar [...] ausência de treinamentos [...] procedimentos de emergência [...], múltiplos procedimentos no mesmo paciente; falha de comunicação na passagem de plantão [...]."	"[...] excesso de confiança [...] resistência ao processo [...] legislação [...] falta de compromisso [...] não incluir o centro de material nesse processo, na contagem de instrumental, por exemplo."	"[...] protocolos institucionais mais bem definidos para prevenção [...] e falta de respaldo institucional para a equipe de enfermagem [...]."	"[...] nós entendemos que os fatores [...] que contribuem pra isso são a banalização do procedimento [...], sobrecarga de trabalho dos profissionais [...] e falta de capacitação e até de interesse [...]."
3. Destes fatores, quais são os mais críticos para a ocorrência de retenção de objetos intracavitários?	Registros	Falha de comunicação e fator humano.	Legislação e processos.	Controle do registro de objetos intracavitários e falta de autonomia e respaldo.	Banalização da segurança do paciente.
	Gravação	"[...] a falta, a falha de comunicação e o fator humano [...] falha de comunicação para todo mundo [...]."	"[...] falta de legislação [...]."	"[...] respaldo institucional [...] para o desenvolvimento de autonomia maior dentro da sala de operações."	"[...] banalização [...] dessa cultura de segurança do paciente."
4. Que medidas poderiam ser tomadas para diminuir o risco de ocorrência de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos?	Registros	Papel da liderança do setor; empoderamento da equipe de enfermagem; capacitações envolvendo a equipe multidisciplinar (educação continuada e permanente); e investimentos em certificações de boas práticas.	Responsabilidade compartilhada. O profissional de enfermagem seria uma "barreira" na sala de operações.	Educação e atualização dos profissionais; e elaboração e implementação de protocolos.	Atuação em equipe em prol da segurança do paciente.

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Questões		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
	Gravação	“[...] educação continuada e permanente multidisciplinar [...] certificações e estabelecimento de boas práticas [...], selo de qualidade [...].”	“[...] estabelecer a cultura de segurança como prioridade, e uma das coisas que vêm aparecendo aí, continuamente, é o empoderamento do profissional de enfermagem dentro da sala operatória. [...] envolver o CME [...].”	“[...] o plano mais adequado de prevenção de retenção de itens cirúrgicos começa no banco de formação acadêmica do médico e do enfermeiro [...].”	“[...] a segurança do paciente é [...] a base de tudo e especificamente para as medidas de prevenção de retenção de itens, pensando nessa coparticipação, corresponsabilidade de todos os profissionais, né, multiprofissional, então nós entendemos que a contagem é <i>um fator primordial</i> [...] documentação [...] registro com responsabilidade e efetividade [...].”
5. Qual a função da equipe de enfermagem na redução da retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos?	Registros	Educação continuada e permanente (multiprofissional), certificação do estabelecimento de boas práticas e importância da atuação da liderança.	Implementação de processos, da cultura de segurança e do empoderamento do profissional de enfermagem do centro cirúrgico, envolvendo o CME e o uso de tecnologias.	Educação e apoio institucional.	Contagem prévia de materiais e instrumental durante e depois da cirurgia; trabalhar para o fortalecimento da enfermagem e do trabalho interdisciplinar.
	Gravação	“[...] empoderamento [...] educação continuada e permanente multidisciplinar [...] papel de liderança [...].”	“[...] papel essencial e compartilhado com a equipe cirúrgica [...], responsabilidade compartilhada [...] profissional de enfermagem teria a importância de ser realmente uma barreira [...] na sala operatória [...].”	“[...] redução [...] do risco [...] papel de destaque na elaboração e implementação de protocolos bem desenhados [...] educar e atualizar a sua equipe constantemente [...].”	“[...] gestão desses riscos [...] divisão de responsabilidade pra garantir uma participação ativa com a equipe [...] corresponsável [...] elemento dentro da sala operatória ou dentro do centro cirúrgico que vai garantir a segurança do paciente [...].”

O estudo foi norteado pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o CAEE nº 33693320.6.0000.5308.

RESULTADOS

Participaram da reunião 19 enfermeiros especialistas na área de centro cirúrgico de diversos estados, sendo Santa Catarina,

Bahia e Pará representados cada um por um participante; três do Rio de Janeiro; quatro do Rio Grande do Sul; e nove de São Paulo. A maioria (n = 15) eram mulheres.

Os profissionais apontaram os seguintes fatores como contribuintes para a retenção de objetos intracavitários: não adesão ao protocolo de cirurgia segura pela equipe multiprofissional; resistência de profissionais que atuam no centro cirúrgico em seguir processos e protocolos de segurança; escassez ou ausência de capacitações; número elevado de procedimentos cirúrgicos, com sobrecarga de

trabalho; procedimentos de urgência e emergência; falha na comunicação entre os profissionais durante a passagem de plantão; banalização do procedimento cirúrgico, isto é, ignorar ou não mensurar adequadamente os riscos que permeiam o processo cirúrgico; excesso de confiança; falta de compromisso e interesse; e falta de respaldo institucional.

Os principais fatores foram: falha na comunicação; falta de respaldo institucional para o desenvolvimento de autonomia da enfermagem dentro da sala de operações; e banalização da segurança do paciente, isto é, as etapas do protocolo de cirurgia segura sendo seguidas como uma atividade meramente burocrática, e não como uma estratégia real para mitigar riscos ao paciente.

Para melhorar a segurança do paciente e mitigar o risco de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos, os participantes apontaram as seguintes ações: promover a educação continuada e permanente, de forma multiprofissional; inserir o tema da segurança do paciente na formação de profissionais da saúde; adotar ações de segurança com base em protocolos; estabelecer a cultura de segurança como prioridade; valorizar a atuação e a fala dos profissionais de enfermagem no intraoperatório; envolver a equipe do centro de material esterilizado (CME) na gestão, na manutenção e na contagem do instrumental cirúrgico; usar tecnologias que ampliem a segurança do paciente, como gazes e compressas radiopacas; controlar e contar os materiais e o instrumental cirúrgicos antes do início da cirurgia, bem como durante e ao seu término; registrá-los de forma adequada e completa; e fortalecer o trabalho interdisciplinar.

No Quadro 1, estão descritas as questões apresentadas aos grupos e as respectivas respostas. Os dados foram obtidos por meio dos registros dos grupos no *flip chart* e em gravação, que são, por sua vez, oriundos da gravação da reunião.

DISCUSSÃO

Para a implementação de uma cultura de segurança, o reconhecimento do potencial de risco das situações é fundamental e precisa ser pautado de forma proativa, isto é, antes da ocorrência do evento adverso. Observa-se que três grupos referiram haver discussão sobre a temática motivada ou vinculada à ocorrência de evento adverso e, em um deles, a discussão só se deu após a ocorrência de

alguma situação de risco. Tal fato denota uma gestão de riscos reativa, isto é, a discussão sobre os riscos, os fatores relacionados e as medidas preventivas só são estabelecidas após o sinistro. As situações com potencial para gerar danos aos pacientes devem ser pauta de discussão por parte da gestão dos serviços de saúde, de modo a promover a segurança nos processos de cuidado e a prevenção da ocorrência de incidentes¹³.

Acerca da gestão de riscos, a ANVISA ressalta que a notificação é a principal fonte de informação para que eles sejam analisados e ações preventivas implantadas⁴. O próprio órgão federal destaca que persistem as subnotificações de incidentes em serviços de saúde⁴.

A sugestão dos grupos é discutir ações de segurança no cuidado com o paciente cirúrgico, por meio de educação permanente, e implantados rotinas e procedimentos operacionais padrão (POP) baseados em evidências científicas, de forma a promover a assistência segura. E nesse contexto, a literatura aponta que a segurança deve ser prioridade para todos os profissionais envolvidos no cuidado perioperatório^{5,14}.

O contexto de um procedimento cirúrgico envolve o trabalho orquestrado de uma equipe multidisciplinar, exigindo atenção e o seguimento de rotinas e protocolos preestabelecidos, de modo a garantir ao paciente ser assistido com segurança durante o processo transoperatório, não importando qual seja a cirurgia. Entretanto, quanto mais complexa é a situação e a atuação de cuidado a ser desempenhada, maior também é o risco de ocorrência de eventos adversos, o que justifica a relevância da gestão de riscos de forma proativa¹⁴.

De acordo com o último relatório acerca de incidentes relacionados à saúde, publicado pela ANVISA⁴, o centro cirúrgico é o quarto local com maior número de incidentes notificados, precedido pelas unidades de internação, de terapia intensiva e de urgência e emergência.

A dinâmica intensa e complexa do centro cirúrgico, com procedimentos de urgência e emergência, diversos profissionais atuando na sala de operações, múltiplos procedimentos ao mesmo tempo, e as vezes no mesmo paciente, grande quantidade de instrumental e materiais utilizados, e sobrecarga de trabalho são fatores de risco para a retenção de objetos intracavitários. E é exatamente nesse contexto que se evidencia a importância da contagem dos materiais com maior risco de ficarem retidos na cavidade, respeitando-se o objetivo sete do desafio global de segurança do paciente, o qual indica que “a equipe

impedirá a retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas”¹⁵.

Assim também ocorre com a lista de verificação de segurança (o *checklist* de cirurgia segura), que envolve três momentos cruciais: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes de o paciente sair da sala de operações, e é nesta última etapa que deve ocorrer a contagem final de instrumental cirúrgico, compressas e agulhas^{4,15}. A aplicação da lista de verificação de segurança nos momentos indicados assegura a incorporação e o seguimento de elementos-chave de segurança na rotina do centro cirúrgico, independentemente do tipo de cirurgia^{7,15}.

Estudo realizado no Brasil, com 531 profissionais de enfermagem, apontou que 99,49% deles acreditam que a aplicação do *checklist* de cirurgia segura aumenta a segurança do paciente, no entanto, perguntados se preenchem o *checklist*, apenas 13,27% referiram implementar 100% do instrumento¹⁶.

Outrossim, observa-se que diversos fatores descritos pelos participantes do presente estudo estão relacionados à fragilidade na cultura de segurança e no seguimento de protocolos de segurança, à falha no controle e no registro de materiais utilizados na cavidade e ao excesso de confiança por parte de profissionais da saúde, entre outros. A cultura de segurança compreende valores, atitudes, percepções e competências individuais e coletivas, que determinam um padrão de atuação e comprometimento com a segurança de todos os envolvidos, sejam pacientes, profissionais ou a instituição¹⁵.

Segundo estudo sobre a perspectiva do circulante de sala quanto à contagem cirúrgica, eventualmente, quando há divergência no número final de materiais, a equipe médica questiona se não foi erro de contagem do instrumentador cirúrgico¹⁷. Nesse caso, a equipe deve se mobilizar para confirmar a não retenção de objetos intracavitários. No trabalho em equipe, deve existir a cooperação, a fim de alcançar o mesmo objetivo, que é a segurança do paciente, responsabilidade de todos¹⁷.

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) preconiza a cultura de segurança com base em cinco pilares: a cultura na qual todos os profissionais da instituição, não importando a área em que atuam, demonstram comprometimento com a própria segurança e a dos colegas, pacientes e familiares; a priorização da segurança; o incentivo à identificação, à notificação e à resolução de situações que possam comprometer a segurança; a promoção da educação com base nas falhas ocorridas; e o estabelecimento de uma

política institucional que proporcione recursos e estrutura para a manutenção efetiva da segurança^{7,18}.

As ações sugeridas pelos grupos para diminuir o risco de retenção de objetos intracavitários vão ao encontro do que é apontado pela literatura como estratégias para assegurar a qualidade das ações durante o período perioperatório: cumprimento do protocolo de cirurgia, contemplando todas as suas etapas^{16,17,19,20}, promoção de treinamentos^{16,17,20}, investimentos na liderança e no trabalho em equipe^{16,20} e envolvimento de todos os profissionais que atuam no processo cirúrgico no compromisso com a qualidade e a segurança^{13,17}.

Vale destacar que a equipe de enfermagem tem papel fundamental na redução do risco de retenção de objetos intracavitários, controlando todo o material e o instrumental entregues ao cirurgião e devolvidos à mesa¹¹, o que reforça a importância da valorização da atuação da equipe de enfermagem em prol da segurança do paciente, portanto, junto à equipe cirúrgica. Assim, entende-se que a segurança do paciente envolve cuidado, gestão e atenção constantes por parte de todos os profissionais, do paciente e seus familiares.

Este estudo evidencia o problema da retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos e a necessidade de essa temática ser discutida amplamente nas instituições de saúde, envolvendo cirurgiões, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tal discussão deve ser de forma programada, e não apenas após a ocorrência do evento adverso, pensando-se em ações para mitigar o risco e garantir mais segurança para o paciente. E, na ocorrência de eventos adversos, a situação deve ser avaliada com rigor e os dados resultantes dessa análise serem utilizados de forma a contribuir para a educação dos profissionais envolvidos nas atividades do centro cirúrgico.

Novas pesquisas evidenciando ações estratégicas implantadas por instituições de saúde poderão contribuir para incentivar a cultura de segurança do paciente no perioperatório.

Limitações do estudo

O estudo partiu de uma estratégia de sensibilização de enfermeiros de diversos estados brasileiros, visando a discutir a temática atual e de relevância para a segurança do paciente no intraoperatório. Aponta-se como limitação deste estudo a ausência de análise de ações de gerenciamento de risco referentes à retenção não intencional de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos.

CONCLUSÃO

A retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos é considerada um evento adverso, classificado como *never event*, ou seja, tipo de evento adverso que nunca deveria acontecer.

As ações propostas pelos participantes para reduzir esse risco incluem: educação continuada e permanente, envolvendo todos os profissionais da saúde que atuam na sala de operações; seguir o protocolo de cirurgia; contar materiais e instrumental cirúrgicos antes e após a cirurgia; registrá-los de forma adequada e completa a cada cirurgia; estabelecer a cultura de segurança como prioridade institucional; valorizar a fala dos profissionais de enfermagem no intraoperatório; e inserir o tema da segurança do paciente na formação de profissionais da saúde.

O estudo permitiu ainda conhecer a percepção de enfermeiros especialistas em assistência perioperatória do risco de retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos e destaca, como apontado pelos participantes, a banalização da segurança no perioperatório, isto é, o não seguimento do protocolo de cirurgia segura, respeitando todas as suas etapas, ou sua aplicação como atividade meramente burocrática, sem o rigor necessário. Essa percepção é também apontada pelos participantes como uma preocupação, e ressaltam a importância de ampliar a discussão sobre a retenção de objetos intracavitários, envolvendo os

profissionais que compõem a equipe cirúrgica, de forma a garantir a segurança do paciente.

FONTE DE FINANCIAMENTO

Nenhuma.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram que não há conflito de interesses.

CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

PT: Administração do projeto, Análise formal, Conceituação, Curadoria de dados, Investigação, Metodologia, Recursos, Redação — rascunho original, Redação — revisão e edição, Supervisão, Validação, Visualização. MSS: Investigação, Análise formal, Redação — rascunho original, Redação — revisão e edição, Visualização. AZCS: Investigação, Redação — rascunho original, Redação — revisão e edição, Visualização. TP: Redação — rascunho original, Redação — revisão e edição, Visualização. MCOP: Administração do projeto, Conceituação, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização. GAAM: Administração do projeto, Conceituação, Investigação, Metodologia, Validação, Visualização.

REFERÊNCIAS

1. Association of Operating Room Nurses. Guidelines for perioperative practice. Denver: AORN; 2019.
2. Grazziano ES, Peniche ACG, Palazzo S. Retenção de objetos estranhos em sítio cirúrgico: ainda ocorre? SOBECC. 2011;16(3):30-4. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/205>
3. Steelman VM. Retained surgical items: evidence review and recommendations for prevention. AORN J. 2019;110(1):92-6. <https://doi.org/10.1002/aorn.12740>
4. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Boletim Segurança do Paciente e Qualidade em Segurança de Saúde nº 20: Incidentes Relacionados à Assistência à Saúde – 2018. Brasília: ANVISA; 2020 [acessado em 04 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/notificacoes/notificacao-de-incidentes-eventos-adversos-nao-infecciosos-relacionados-a-assistencia-a-saude/relatorios-de-incidentes-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>
5. World Health Organization. A world alliance for patient safety. Geneva: WHO; 2004 [acessado em 04 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/about/world-alliance-for-patient-safety>
6. Joint Commission. Preventing unintended retained foreign objects. Sentinel Event Alert. 2013;(51):1-5. PMID: 24143853
7. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota Técnica GVIMS/GGTES nº 04/2017. Práticas seguras para prevenção de retenção não intencional de objetos após realização de procedimento cirúrgico em serviços de saúde. Brasília: ANVISA; 2017. [acessado em 04 abr. 2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-gvims-ggtes-no-04-2017.pdf/view>
8. Birolini DV, Rasslan S, Utiyama EM. Retenção inadvertida de corpos estranhos após intervenção cirúrgica. Análise de 4547 casos. Rev Col Bras Cir. 2016;43(1):12-7. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016001004>

9. Stawicki SPA, Moffatt-Bruce SD, Ahmed HM, Anderson 3rd HL, Balija TM, Bernescu I, et al. Retained surgical items: a problem yet to be solved. *J Am Coll Surg*. 2013;216(1):15-22. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.08.026>
10. Mendes PJA, Araújo KCGS, Morgan PEM. Atuação do enfermeiro na prevenção de eventos adversos no centro cirúrgico, utilizando SAEP. *BIUS*. 2020;19(13). Disponível em: <https://www.periodicos.ufam.edu.br/index.php/BIUS/article/view/7661>
11. Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Centro de Material de Esterilização. Diretrizes de práticas em enfermagem cirúrgica e processamento de produtos para a saúde. 7ª ed. São Paulo: Manole; 2017.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 7ª ed. São Paulo: Edições; 2011.
13. Sagawa MR, Silva AEBC, Lima JC, Bezerra ALQ, Costa NN, Sousa MRG, et al. Análise de circunstâncias notificáveis: incidentes que podem comprometer a segurança dos pacientes. *Cogitare Enferm*. 2019;24:e61984. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.61984>
14. Lemos GC, Azevedo C, Bernardes MFVG, Ribeiro HCTC, Menezes AC, Mata LRF. A cultura de segurança do paciente no âmbito da enfermagem: reflexão teórica. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018;8:1-10. <https://doi.org/10.19175/recom.v8i0.2600>
15. World Health Organization. World alliance for patient safety. The second global patient safety challenge. Safe surgery saves lives. Genebra: WHO; 2010. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70080/WHO_IER_PSP_2008.07_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
16. Poveda VB, Lemos CS, Lopes SG, Pereira MCO, Carvalho R. Implementação de *checklist* de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20190874. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>
17. Gomes ET, Santos ML, Araújo SSSL, Assunção MCT, Püschel VAA. Contagem cirúrgica e segurança do paciente na perspectiva do circulante de sala operatória. *Rev SOBECC*. 2019;24(1):37-42. <https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010008>
18. Brasil. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf
19. Alves Santos E, Domingues AN, Appoloni Eduardo AH. Lista de verificação para segurança cirúrgica: conhecimento e desafios para a equipe do centro cirúrgico. *Enferm Actual Costa Rica*. 2020;(38):75-88. <https://doi.org/10.15517/revenf.v0i38.37285>
20. Silva PHA, Conde MBC, Martinasso PF, Maltempi RP, Jacon JC. Cirurgia segura: análise da adesão do protocolo por médicos e possível impacto na segurança do paciente. *Rev Col Bras Cir*. 2020;47:e20202429. <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20202429>

