

**IMPACTO DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO  
NA SEGURANÇA DO DOENTE CIRÚRGICO:  
PRÁTICAS DE PREVENÇÃO DE RETENÇÃO  
INADVERTIDA DE ITENS QUANTIFICÁVEIS**

**IMPACT OF THE PERIOPERATIVE NURSE ON  
SURGICAL PATIENT SAFETY: PRACTICES  
TO PREVENT INADVERTENT RETENTION OF  
QUANTIFIABLE ITEMS**

Carla Reis<sup>1</sup>

Inês C R Henriques<sup>2</sup>

Cátia Pereira<sup>3</sup>

Andreia Ferreira<sup>4</sup>

Carolina Cortez<sup>5</sup>

**Resumo:** Enquadramento: A retenção inadvertida de itens quantificáveis (RIIQ) continua a ser uma ocorrência nas realidades cirúrgicas, que acarreta consequências catastróficas para o doente.

1 Enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, no Serviço de Bloco Operatório, Centro Hospitalar Universitário de Santo António - CHUdSA

2 Enfermeira no Serviço de Bloco Operatório, na Unidade Local de Saúde de Castelo Branco - ULSCB

3 Enfermeira, no Serviço de Cirurgia Vascular, Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/ Espinho - CHVNG

4 Enfermeira, no Serviço Bloco Operatório, Centro Hospitalar entre Douro e Vouga - CHEDV

5 Enfermeira no Serviço de Bloco Operatório no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra - CHUC - HUC



te. A prevenção de RIIQ traduz-se num esforço coletivo onde todos os elementos da equipa cirúrgica se devem responsabilizar e adotar estratégias preventivas. Objetivo: Determinar o que promove as práticas de contagem cirúrgica (CC) que garantem a segurança cirúrgica dos doentes. Metodologia: A pesquisa da literatura foi realizada nas bases de dados CINAHL e Pubmed. Incluiu todos os estudos publicados em inglês ou português desde 2016 até 2020. Resultados: Obtiveram-se 6 artigos. A maioria dos episódios de RIIQ ocorre em cirurgias de cirurgia geral e onde a CC foi realizada. A realização da CC reportada é de 77,4% e 86,5%. Existe uma correlação estatisticamente significativa entre o enfermeiro instrumentista e a CC. Fatores como cirurgias emergentes, de longa duração, enfermeiros com pouca prática,

complacência na contagem cirúrgica, diferentes equipas cirúrgicas para o mesmo procedimento e falhas de comunicação contribuem para a RIIQ. Existe uma relação entre o índice de massa corporal (IMC) e a ocorrência de RIIQ. Discussão: A RIIQ é um evento sentinela que tem impacto negativo diretamente na segurança e saúde dos doentes. O risco de RIIQ não é exclusivo da cirurgia abdominal e a cirurgia minimamente invasiva não é isenta de risco. A RIIQ ocorre devido a vários fatores, apesar de a CC por si só não evitar a RIIQ, é necessário ter em mente que se trata de um erro cirúrgico e como todos os erros é evitável. Conclusão: A prática correta da CC pelos enfermeiros periooperatórios deve ser uma prioridade em todas as intervenções cirúrgicas. Esta prática contribui para a prevenção de RIIQ aumentando



a segurança do doente cirúrgico.

**Palavras-chave:** Contagem Cirúrgica, Enfermagem Perioperatória, Retenção de Corpos Estranhos, Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis, Segurança do Doente Cirúrgico.

**Abstract:** Background: The inadvertent retention of quantifiable items (RIIQ) continues to be an occurrence in surgical realities, which entails catastrophic consequences for the patient. IIRQ prevention translates into a collective effort where all members of the surgical team must take responsibility and adopt preventive strategies. Objective: To determine what promotes surgical count (SC) practices that ensure surgical patient safety. Methodology: The literature search was carried out in the CINAHL and Pubmed databases. It inclu-

ded all studies published in English or Portuguese from 2016 to 2020. Results: 6 articles were obtained. Most episodes of IIRQ occur in general surgery surgeries and where CC has been performed. The achievement of the reported CC is 77.4% and 86.5%. There is a statistically significant correlation between instrumental nurses and CC. Factors such as emergent, long-term surgeries, inexperienced nurses, complacency in surgical counts, different surgical teams for the same procedure, and communication failures contribute to IIRQ. There is a relationship between body mass index (BMI) and the occurrence of IIIQ. Discussion: IIIQ is a sentinel event that has a direct negative impact on patient safety and health. The risk of IIIQ is not unique to abdominal surgery, and minimally invasive surgery is not risk-free. IIRQ occurs due to se-



veral factors, although CC alone does not prevent IIRQ, it is necessary to keep in mind that it is a surgical error and, like all errors, it is preventable. Conclusion: The correct practice of CC by perioperative nurses should be a priority in all surgical interventions. This practice contributes to the prevention of IIRQ, increasing the safety of the surgical patient.

**Keywords:** Surgical Counting, Perioperative Nursing, Foreign Body Retention, Inadvertent Retention of Quantifiable Items, Surgical Patient Safety.

## INTRODUÇÃO

O ambiente e dinâmica de um Bloco Operatório (BO) é complexo, interdisciplinar, com tecnologia associada e de características peculiares, o que exige da parte dos enfermeiros

perioperatórios conhecimentos e competências técnicas altamente qualificadas (Duarte & Martins, 2014). Os enfermeiros perioperatórios são responsáveis pela humanização dos cuidados e têm a capacidade e experiência na gestão da segurança do doente cirúrgico. Devem, por isso identificar quais as potenciais situações imperiosas que carecem de intervenção para manter a segurança do doente, tanto pela prevenção de riscos, bem como pelo reconhecimento precoce dos mesmos.

O Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, através do 40º artigo da Lei n.º 156/2015, de 16 de Setembro (2015), refere as competências específicas do enfermeiro perioperatório, sendo que este: “assegura a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis (RIIQ) no local cirúrgico” e “garante que estão asseguradas as condições de boa prática



e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos”. A incidência relatada de RIIQ varia entre em 1 em 19.000 e 1 em 1.000 intervenções realizadas (Asiyanbola et al., 2012; Fencl, 2016; Hariharan & Lobo, 2013). Atualmente continua a ser uma ocorrência nas realidades cirúrgicas perioperatórias, o que pode trazer consequências catastróficas para o doente. A prevenção de RIIQ não reside apenas num só elemento da equipa cirúrgica. Traduz-se num esforço coletivo que procura reduzir a ocorrência de RIIQ, onde os elementos devem responsabilizar-se mutuamente e criar estratégias preventivas este evento (Spruce, 2016).

Num estudo acerca de falhas de comunicação perioperatória, Işık et al. (2020) referem que a falta de comunicação no seio da equipa leva à ocorrência de eventos indesejados graves, tais como falhas na contagem

cirúrgica (CC). Sugerem a implementação de protocolos perioperatórios para a CC, de forma a minimizar a ocorrência destes eventos. Reforçam que a existência da aplicação destes protocolos de contagem beneficia o trabalho e o desempenho da equipa perioperatória e garante uma maior segurança para os doentes e profissionais de saúde.

As principais ideias-chaves da “Guideline for prevention of retained surgical items” da AORN são:

- Todos os membros da equipa perioperatória são responsáveis pela prevenção de RIIQ;
- Distrações, ruídos e interrupções devem ser minimizados durante a contagem cirúrgica;
- Uma metodologia de contagem consistente deve ser usada para tudo o que é contabilizável;
- Quando uma discrepância de contagem é identifica-



da, os membros da equipa devem tomar medidas para localizar o item ausente;

- Uma abordagem sistémica para a melhoria do desempenho deve ser usada para prevenir RIIQ (Fencl, 2016).

Existem autores (Gawande et al., 2003; Moffatt- Bruce et al., 2014; Rowlands & Steeves, 2010; Zejnullahu et al., 2017) que referem que existem fatores que estão associados significativamente a um maior risco de RIIQ, tais como:

- Doentes com elevado índice de massa corporal;
- Cirurgias emergentes;
- Cirurgias com alterações intraoperatórias inesperadas;
- Cirurgias com mais do um procedimento intraoperatório;
- Cirurgias de longa duração;
- Cirurgia com várias

equipas cirúrgicas;

- Cirurgias com CC incorreta;
- Cirurgia em que nenhuma CC é realizada.

O objetivo geral da revisão da literatura é determinar o que promove as práticas de contagem cirúrgica que garantem a segurança dos doentes. Como objetivos específicos pretende-se identificar quais os fatores de risco que dificultam a contagem cirúrgica e determinar quais as intervenções com maior risco de RIIQ.

## METODOLOGIA

De forma a realizar a revisão da literatura procedeu-se a pesquisas em duas bases de dados diferentes, a Pubmed e a Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), a pesquisa abrange os artigos publicados desde 2016.



Para orientar a pesquisa e definir a questão de investigação foi utilizada a estratégia PICO. Especificamente no contexto desta investigação, a questão de investigação PICO significa:

- P – Materiais cirúrgicos;
- I – Práticas de Contagem;
- C- Sem comparação;
- O – Segurança do doente.

Dando origem à questão de investigação, que se constitui: ‘O que promove as práticas de contagem cirúrgica que asseguram a segurança cirúrgica do doente?’

Para a seleção dos estudos foram aplicados critérios de inclusão: (i) Artigos publicados em revistas científicas; (ii) Publicações desde 2016; (iii) Artigos em português e inglês. Excluíram-se artigos de opinião; Artigos com data de publicação anterior a 2015, inclusive; Artigos sem texto integral; Artigos

noutras línguas. Para aumentar a validade da escolha dos artigos e não ceder a viés de análise, a seleção dos mesmos foi realizada por duas investigadoras. Nos casos em que haveria dúvidas na inclusão, as duas investigadoras com um terceiro elemento da equipa reanalisaram o(s) artigo(s) em questão chegando a uma decisão final.

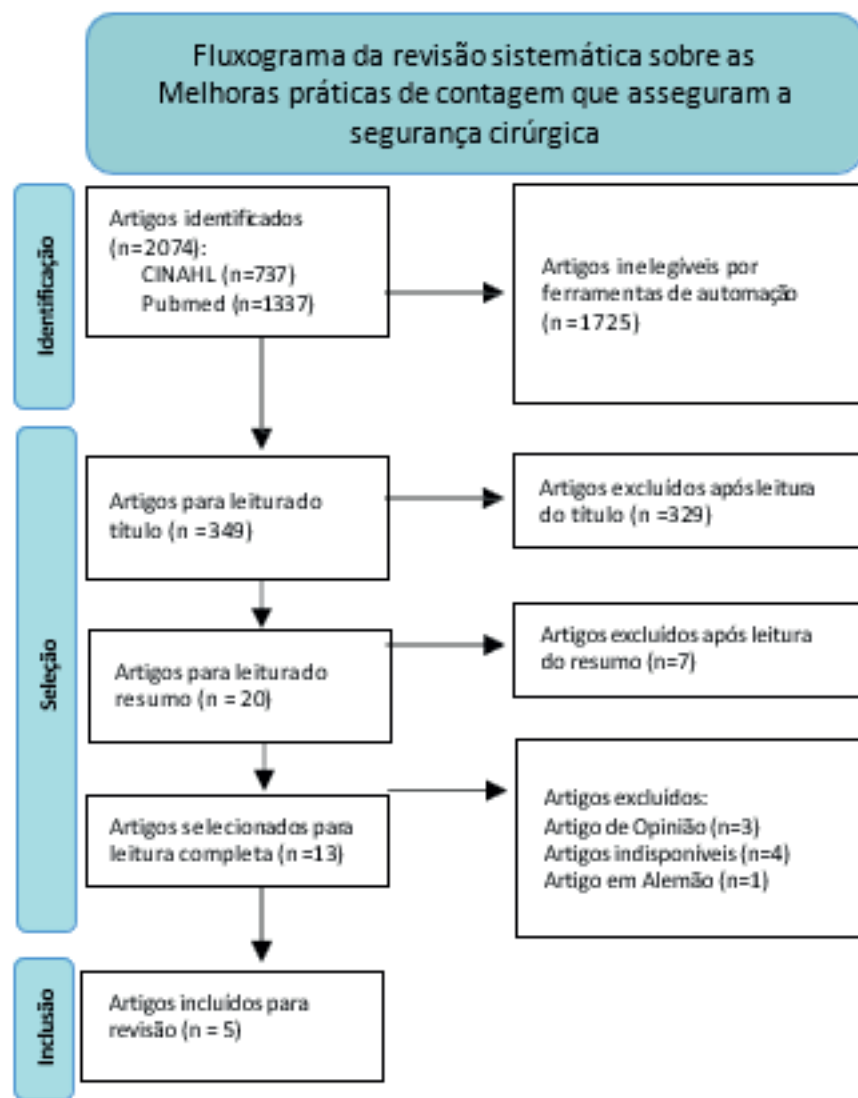
Na pesquisa realizada na CINAHL a frase booleana constituiu-se como: ‘AB perioperative nursing OR AB ( scrub nurse or surgical nurse or operating nurse or theatre nurse ) AND TI swab counting OR TI count policy OR TI count practices OR MM retained surgical objects’, tendo obtido 737 resultados.

Na pesquisa na Pubmed usaram-se várias frases booleanas, com os seguintes termos: ‘retained surgical items AND surgical counts AND perioperative nursing’ e ainda se usou o termo Mesh “Foreign Bodies/



prevention and control”[Mesh]’, processo de seleção dos artigos.  
de forma a ampliar o alcance da  
pesquisa, surgiram 1 337 artigos  
no total.

Seguidamente, na figura  
1 encontra-se explanado todo o





**Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção de estudos.**

A temática em análise ainda é pouco explorada na literatura. Apesar da segurança cirúrgica ser um tema amplamente discutido e investigado, no âmbito da temática da CC há uma lacuna de investigação empírica.

Após a aplicação metodológica acima descrita, apenas seis artigos cumprem os critérios e serão esses que serão analisados na secção seguinte.

## RESULTADOS

(Autores, Ano) Título do Artigo	Resultados
(Freitas et al., 2016)  <i>Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 86,5% dos Enf.<sup>os</sup> afirmam que o processo de contagem de compressas é realizado.</li> <li>• 37,7% refere que o número de compressas é controlado no início e no fim da cirurgia;</li> <li>• 57,7% dos Enf.<sup>os</sup> referem que quem faz a contagem de compressas é o Enf.<sup>o</sup> circulante ; 20% afirmam que são os Enf.<sup>os</sup> circulante e o instrumentista ou cirurgião; 13,3% diz que é Circulante e o Instrumentista; 11,1% o Enf.<sup>o</sup> Circulante e o cirurgião;</li> <li>• A maioria (68,8%) afirmou que a contagem era realizada em diversos momentos, mas sempre com término prévio à sutura.</li> <li>• Dos três itens cirúrgicos investigados (instrumentos cirúrgicos, compressas e corto perfurantes), a contagem das compressas foi o procedimento com maior frequência de execução;</li> <li>• Verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre a presença de Enf.<sup>os</sup> instrumentistas e a realização de contagem de itens cirúrgicos, sugerindo a importância desde profissional.</li> <li>• Recomenda-se a utilização de quadro branco para registo dos itens durante a cirurgia.</li> </ul>
<b>Objetivo:</b>  Analisar o processo de contagem cirúrgica.	
(Steelman et al., 2018)  <i>Retained surgical sponges: a</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existiram 319 casos reportados RIIQ;</li> </ul>



<b>descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em 305 casos identificou-se a localização anatômica da retenção, a maioria (50,2%) foram encontradas no abdômen e na pélvis e na vagina (23,9%);</li> </ul>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Descrever relatos de retenção não intencional de compressas;</p> <p>Elaborar recomendações para a melhoria da segurança perioperatória.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizada a contagem de compressas em 77,4% dos casos e, destes, 80,6% considera como correta.</li> <li>Recomenda-se a implementação da tecnologia de detecção de compressas, de forma a garantir a segurança do doente.</li> </ul>

(Autores, Ano) <b>Título do Artigo</b>	<b>Resultados</b>
<p>(Warwick et al., 2019)</p> <p><b><i>The patient, case, individual and environmental factors that impact on the surgical count process: An integrative review.</i></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O único fator identificado que contribui para a RIIQ relacionado com o próprio doente, foi o alto índice de massa corporal (IMC);</li> <li>Os fatores contributivos identificados, relacionados com o caso cirúrgico, foram: emergências ou cirurgias não planejadas; mudanças no estado do doente ou no procedimento cirúrgico; cirurgias eletivas, em que os profissionais foram mais complacentes na contagem cirúrgica; complicações e falta de tempo; várias equipas cirúrgicas.</li> </ul>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Identificar conhecimentos acerca da contagem cirúrgica dos enfermeiros perioperatórios;</p> <p>Compreender os fatores dificultadores e facilitadores das melhores práticas, de acordo com os standards da ACORN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Como fatores individuais contributivos surgem a falta de adesão à política hospitalar; complacência no processo de contagem; impacto da hierarquia (cirurgiões que não permitem que os Enf.<sup>os</sup> realizem corretamente o processo de contagem); opiniões divergentes no que respeita à prática de contagem;</li> <li>A nível ambiental, os fatores maioritariamente identificados são: música com som elevado; conversa excessiva; mistura de competências de enfermagem; quebras de comunicação; estruturas hierárquicas; várias equipas cirúrgicas; contagens documentadas como corretas quando, mais tarde, se comprovam incorretas.</li> </ul>
<p>(Steelman, 2019)</p> <p><b><i>Retained surgical items: evidence review and recommendations for prevention</i></b></p>	<p>De um total de 319 casos de RIIQ reportados ao à <i>The Joint Comission</i>, por um período de 5 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>64,1% teve origem no bloco operatório;</li> <li>A maioria das compressas estava localizada no abdômen ou pélvis (50,2%) e na vagina (23,9%);</li> </ul>
<p><b>Objetivo:</b></p> <p>Analisar causas principais de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A especialidade de obstetrícia e ginecologia foi a maior envolvida, com</li> </ul>



retenção de itens cirúrgicos.	<p>46,6% dos casos, seguida da cirurgia geral (25,5%) e da cirurgia cardiotorácica (11,9%);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 77,4% reportou ter concluído a contagem das compressas e, desses casos, 80,6% foi reportado como contagem correta;</li> <li>• 49,9% dos casos não foram detetados até à alta do doente;</li> <li>• 14,7% dos doentes desenvolveu lesões severas temporárias, existindo ainda relato de uma morte.</li> </ul> <p>Foram identificados vários fatores contributivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fatores humanos (29,2%);</li> <li>• Problemas de liderança (27,6%);</li> <li>• Problemas de comunicação (23,1%).</li> </ul>
-------------------------------	---

(Autores, Ano) Título do Artigo	Resultados
<p>(Endicott et al., 2020)</p> <p><b><i>Preventing retained surgical items during endovascular procedures: bridging the gap between guidelines and practice</i></b></p> <p><b>Objetivo:</b> Descrever causas principais da retenção de itens cirúrgicos; Discutir recomendações de organizações nacionais; Descrever o processo utilizado para originar mudanças de políticas na instituição em causa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os fatores que maioritariamente contribuem para a RIIQ são os fatores humanos, políticas/ procedimentos inadequados e falta de comunicação;</li> <li>• A AORN recomenda que as equipas perioperatórias documentem atividades de prevenção de RIIQ e que a equipa multidisciplinar (Enf.<sup>os</sup> perioperatórios, cirurgiões, anestesiológicos, auxiliares do processamento de esterilização, gestores de risco e líderes) façam uma análise de risco, desenvolvendo posteriormente políticas e procedimentos para a prevenção de retenção de itens cirúrgicos, baseando-se nos resultados.</li> </ul>
<p>(Fang et al., 2021)</p> <p><b><i>Risk factors for incorrect surgical count during surgery: An observational study</i></b></p> <p><b>Objetivo:</b></p>	<p>Foram incluídos 70 casos de contagem cirúrgica incorreta e 280 casos de controlo.</p> <p>Dos 70 casos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A cirurgia geral e a neurocirurgia foram as especialidades com mais contagens cirúrgicas incorretas, ambos com 32,9%;</li> <li>• Foram encontrados 71 itens cirúrgicos, nomeadamente: 23 itens diversos</li> </ul>



Identificar os fatores de risco da contagem cirúrgica incorreta num hospital de prestação de cuidados diferenciados	(33%), 19 agulhas (26,8%), 16 compressas (22,5%). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foram detetados seis fatores para a contagem cirúrgica incorreta: cirurgias emergentes, cirurgias superiores a 4h, cirurgias a decorrer entre as 8h e as 12h, presença de Enf.<sup>os</sup> sem a devida formação/treino, necessidade de transfusão sanguínea e maior número de instrumentos cirúrgicos.</li> </ul>
---	---

**Tabela 1** – Tabela de síntese dos resultados dos estudos.

## DISCUSSÃO

A literatura relativamente aos erros cometidos no período perioperatório por enfermeiros é escassa, principalmente a que aborda as perspetivas e experiências pessoais dos profissionais (Chard & Tovin, 2018). Quando se dá voz aos enfermeiros, eles identificam alguns erros cometidos e acreditam que os erros são muitas vezes inevitáveis pois os enfermeiros são também humanos. Um dos erros identificados pelos enfermeiros perioperatórios é a RIIQ durante a cirurgia (Chard & Tovin, 2018),

sendo este considerado um evento sentinela segundo The Joint Commission (2013). Steelman (2019) menciona que estes eventos têm um impacto negativo na segurança e saúde dos doentes, pois pode causar internamentos prolongados, readmissão hospitalar, re-intervenção, infeção, sépsis, perfuração de vísceras ou até morte. Outro autores reforçam esta ideia afirmando que itens que ficam retidos durante anos causaram problemas de saúde significativos a longo prazo aos doentes (Fencl, 2016; Hariharan & Lobo, 2013; Norton et al., 2012; Spruce, 2016).



De modo a prevenir esta ocorrência, a OMS (2009) desenvolveu um conjunto de orientações específicas denominadas “Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009”. Relativamente à contagem de itens cirúrgicos (instrumentos, compressas e corto perfurantes) esta intervenção está configurada na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) . Nos estudos analisados, verifica-se que a adesão ao procedimento de contagem nunca era 100%, mesmo nas instituições que têm instituições políticas para realização de contagem (Warwick et al., 2019). A contagem de itens cirúrgicos foi realizada em 77,4% dos casos no estudo realizado por Steelman et al. (2018) e no estudo realizado por Freitas et al. (2016) 86,5% dos enfermeiros perioperatórios afirmou que o processo de contagem era realizado. A complacência no

processo de contagem também contribui para a retenção de objetos cirúrgicos (Warwick et al., 2019). A contagem deve ser realizada antes do procedimento, para se estabelecer uma linha de base; antes de se fechar uma cavidade dentro de uma cavidade; antes de se encerrar a ferida; na sutura da pele e no final do procedimento, mas também se houver necessidade de substituição da enfermeira circulante ou instrumentista (The Joint Commission, 2013). Informação que é também corroborada por Spruce (2016) que acrescenta que a CC deve ser também realizada quando novos itens são adicionados ao campo e sempre que exista suspeita de discrepância da contagem final.

Segundo Freitas et al. (2016) na realidade do contexto perioperatório no Brasil, existe “uma associação estatisticamente significativa entre a presença



de enfermeiro instrumentista e a realização de contagem de itens cirúrgicos”, logo percebemos que nessa realidade nem sempre existe um Enfermeiro Instrumentista, o que é um fator que afeta negativamente a segurança do doente. Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros (2014) na “Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem” preconiza como dotação segura em bloco operatório, a equipa ser constituída por três Enfermeiros na sala operatória, cada um respetivamente nas funções de anestesia, circulante e instrumentista. A The Joint Commission (2013) recomenda que a contagem dos itens cirúrgicos seja realizada audível e visivelmente por duas pessoas, de preferência entre o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro circulante. Logo, se as instituições de saúde preconizarem a aplicação desta norma, a

segurança do doente é afetada de modo positivo.

Dos estudos analisados, constatou-se que anatomicamente os itens cirúrgicos ficam retidos com maior frequência no abdómen, pélvis ou vagina (Steelman, 2019; Steelman et al., 2018) e que o único fator relacionado com o doente para o aumento do risco de retenção de itens cirúrgicos é se este for obeso (Warwick et al., 2019). Todos os outros fatores estão relacionados com o ambiente, a técnica cirúrgica ou fatores humanos dos profissionais envolvidos. Os fatores descritos nos estudos analisados são: falta/problemas de comunicação (Işık et al., 2020) devido por exemplo a hierarquias; cirurgias emergentes, não planeadas e longas (superiores a 4 horas); maior número de instrumentos cirúrgicos; existência de várias equipas cirúrgicas; ruído na sala



operatória; mistura de competências de enfermagem ou enfermeiros sem formação/treino; políticas e/ou procedimentos inadequados (Endicott et al., 2020; Fang et al., 2021; Steelman, 2019; Warwick et al., 2019) Estes mesmos fatores são também identificados e reportados em outros estudos (Fencl, 2016; Gawande et al., 2003; Moffatt-Bruce et al., 2014; Rowlands, 2012; The Joint Commission, 2013; Zejnullahu et al., 2017).

Parar a cirurgia para realizar a contagem cirúrgica é impraticável, logo o enfermeiro instrumentista pode defrontar-se com distrações durante a contagem (Fang et al., 2021). Da mesma forma, é impossível evitar a ocorrência de cirurgias longas ou de emergência com várias equipes cirúrgicas (Fencl, 2016; Spruce, 2016). Importa perceber que o risco de retenção não é exclu-

sivo da cirurgia abdominal, com grandes incisões, e que a cirurgia minimamente invasiva, com pequenas incisões, não é isenta de risco. Verificaram-se itens cirúrgicos retidos também em procedimentos endovasculares (Endicott et al., 2020). Steelman et al. (2018) refere que a realização da CC adequada não elimina o risco de RIIQ, pois aproximadamente 88% dos casos ocorrem quando a CC é considerada correta. Por isso, os enfermeiros perioperatórios, e especialmente os que exercem as funções de instrumentista e circulante, devem conhecer os fatores e as localizações anatómicas que compõem maior risco para a retenção de itens cirúrgicos, para que possam estar extraordinariamente vigilantes nestas situações. No entanto, os enfermeiros não devem negligenciar a CC nas restantes situações, pois todos os erros de CC são evitá-



veis. Por esta razão algumas seguradoras nos Estados Unidos da América não pagam despesas hospitalares nos casos em que ocorrem erros de CC (Brooks, 2007).

As instituições de saúde, devem criar políticas e procedimentos uniformes que esclareçam e discriminem pormenorizadamente os procedimentos corretos relativamente à CC, de modo a promover a adesão dos profissionais às mesmas e consequentemente promover a segurança dos doentes.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros perioratórios são os profissionais adequados para implementar e promover junto da equipa multidisciplinar as práticas de CC que garantem a segurança cirúrgica dos doentes. Como limitações do

estudo detetou-se que existe um gap na literatura científica empírica e também quanto à realidade portuguesa. A prática correta da CC pelos enfermeiros perioratórios deve ser uma prioridade em todas as intervenções cirúrgicas. Esta prática contribui para a prevenção de RIIQ aumentando a segurança do doente cirúrgico.

Também as instituições de saúde têm um papel de criar normas internas dar formação aos profissionais para que estes apliquem a norma que visa garantir a segurança dos doentes.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Asiyanbola, B., Etienne-Cummings, R., & Lewi, J. S. (2012). Prevention and diagnosis of retained foreign bodies through the years: past, present, and future technologies. *Technology and*





- Health Care : Official Journal of the European Society for Engineering and Medicine, 20(5), 379–386. <https://doi.org/10.3233/THC-2012-0687>
- Brooks, J. (2007). US Medicare will stop paying for preventable errors. *CMAJ : Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 177(8), 841–842. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071347>
- Chard, R., & Tovin, M. (2018). The Meaning of Intraoperative Errors: Perioperative Nurse Perspectives. *AORN Journal*, 107(2), 225–235. <https://doi.org/10.1002/aorn.12032>
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório* (Lidel (ed.)).
- Endicott, K. M., Friedrich, R., Custer, J. W., Sarkar, R., Rowen, L., & Anders, M. G. (2020). Preventing Retained Surgical Items During Endovascular Procedures: Bridging the Gap Between Guidelines and Practice. *AORN Journal*, 112(6), 625–633. <https://doi.org/10.1002/AORN.13250>
- Fang, J., Yuan, X., Fan, L., Du, M., Sui, W., Ma, W., Wang, H., & Pan, A.-F. (2021). Risk factors for incorrect surgical count during surgery: An observational study. *International Journal of Nursing Practice*, 27(4), e12942. <https://doi.org/10.1111/ijn.12942>
- Fencl, J. L. (2016). Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 104(1), 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.005>



Freitas, P. S., Silveira, R. C. de C. P., Clark, A. M., & Galvão, C. M. (2016). Surgical count process for prevention of retained surgical items: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13–14), 1835–1847. <https://doi.org/10.1111/jocn.13216>

Gawande, A. A., Studdert, D. M., Orav, E. J., Brennan, T. A., & Zinner, M. J. (2003). Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *The New England Journal of Medicine*, 348(3), 229–235. <https://doi.org/10.1056/NEJMs021721>

Hariharan, D., & Lobo, D. N. (2013). Retained surgical sponges, needles and instruments. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 95(2), 87–92. <https://doi.org/10.1308/003588413X13511609957218>

Işık, I., Gümüşkaya, O., Şen, S., & Arslan Özkan, H. (2020). The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. *AORN Journal*, 111(1), e1–e15. <https://doi.org/10.1002/aorn.12899>

Lei n.o 156/2015, de 16 de setembro, Pub. L. No. Diário da República: Série I, n.o 181, 8059 (2015).

Moffatt-Bruce, S. D., Cook, C. H., Steinberg, S. M., & Stawicki, S. P. (2014). Risk factors for retained surgical items: a meta-analysis and proposed risk stratification system. *The Journal of Surgical Research*, 190(2), 429–436. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2014.05.044>

Norton, E. K., Martin, C., & Mi-



- cheli, A. J. (2012). Patients count on it: an initiative to reduce incorrect counts and prevent retained surgical items. *AORN Journal*, 95(1), 109–121. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.06.007>
- OMS. (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Organização Mundial de Saúde, 1–189. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552\\_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf?sequence=8&isAllowed=y)
- Ordem dos Enfermeiros. (2014). Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. [https://www.ordenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro%25257B%25255C\\_%25257DNorma%25257B%25255C\\_%25257Dde%25257B%25255C\\_%25257DDos%25257B%25255C\\_%25257DCuidados%25257B%25255C\\_%25257Dde%25257B%25255C\\_%25257DENfermagem%25257B%25255C\\_%25257DRisk%25257B%25255C\\_%25257Dfactors%25257B%25255C\\_%25257Dassociated%25257B%25255C\\_%25257Dwith%25257B%25255C\\_%25257Dincorrect%25257B%25255C\\_%25257Dsurgical%25257B%25255C\\_%25257Dcounts](https://www.ordenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro%25257B%25255C_%25257DNorma%25257B%25255C_%25257Dde%25257B%25255C_%25257DDos%25257B%25255C_%25257DCuidados%25257B%25255C_%25257Dde%25257B%25255C_%25257DENfermagem%25257B%25255C_%25257DRisk%25257B%25255C_%25257Dfactors%25257B%25255C_%25257Dassociated%25257B%25255C_%25257Dwith%25257B%25255C_%25257Dincorrect%25257B%25255C_%25257Dsurgical%25257B%25255C_%25257Dcounts)
- Rowlands, A. (2012). Risk factors associated with incorrect surgical counts. *AORN Journal*, 96(3), 272–284. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.012>
- Rowlands, A., & Steeves, R. (2010). Incorrect surgical counts: A qualitative analysis. *AORN Journal*, 92(4), 410–419. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.01.019>
- Spruce, L. (2016). Back to Basics: Counting Soft Surgical Goods. *AORN Journal*, 103(3), 297–303. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.03.007>



aorn.2015.12.021

Steelman, V. M. (2019). Retained Surgical Items: Evidence Review and Recommendations for Prevention. *AORN Journal*. <https://doi.org/10.1002/aorn.12740>

Steelman, V. M., Shaw, C., Shine, L., & Hardy-Fairbanks, A. J. (2018). Retained surgical sponges: a descriptive study of 319 occurrences and contributing factors from 2012 to 2017. *Patient Safety in Surgery*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/S13037-018-0166-0>

The Joint Commission. (2013). The Joint Commission sentinel event alert: Preventing unintended retained foreign objects. *Sentinel Event Alert / Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, 51, 1–5. <https://www.>

[jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea%7B%5C\\_%7D51%7B%5C\\_%7Durfos%7B%5C\\_%7D10%7B%5C\\_%7D17%7B%5C\\_%7D13%7B%5C\\_%7Dfinal.pdf](http://jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea%7B%5C_%7D51%7B%5C_%7Durfos%7B%5C_%7D10%7B%5C_%7D17%7B%5C_%7D13%7B%5C_%7Dfinal.pdf)

Warwick, V. R., Gillespie, B. M., McMurray, A., & Clark-Burg, K. G. (2019). The patient, case, individual and environmental factors that impact on the surgical count process: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(3), 9–19. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1057>

Zejnnullahu, V. A., Bicaj, B. X., Zejnnullahu, V. A., & Hamza, A. R. (2017). Retained Surgical Foreign Bodies after Surgery. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(1), 97–100. <https://doi.org/10.3889/oam->



jms.2017.005

