

Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente

Surgical count process: evidence for patient safety

Procedimiento de recuento quirúrgico: evidencias para la seguridad del paciente



Patrícia Scotini Freitas^a
Karina Dal Sasso Mendes^b
Cristina Maria Galvão^b

Como citar este artigo:

Freitas PS, Mendes KDS, Galvão CM. Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e66877. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.66877>.

doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.66877>

RESUMO

Objetivo: Analisar o processo de contagem cirúrgica segundo relato de enfermeiros que atuam em unidades de centro cirúrgico de município do estado de São Paulo.

Métodos: Estudo transversal, com amostra de 55 enfermeiros. A coleta de dados ocorreu de agosto a dezembro de 2013, com aplicação de instrumento submetido à validade de face e conteúdo, composto de dados sobre variáveis relativas à caracterização do enfermeiro, hospital e processo de contagem cirúrgica.

Resultados: 52 (94,5%) enfermeiros responderam que o processo de contagem cirúrgica era realizado no seu local de trabalho. Houve associação estatisticamente significativa do processo de contagem cirúrgica com o tipo de instituição ($P=0,046$), da presença do instrumentador com os processos de contagem de instrumentos cirúrgicos ($P<0,001$) e de compressas ($P=0,016$).

Conclusão: Os resultados evidenciados fornecem subsídios para a compreensão de como, por quem e quando o processo de contagem cirúrgica era realizado no contexto hospitalar.

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

ABSTRACT

Objective: To analyze the surgical count process according to reports of nurses working in surgical centers of a city in the state of São Paulo.

Methods: Cross-sectional study with a sample of 55 nurses. Data collection occurred from August to December 2013, with application of an instrument submitted to face and content validation, composed of data on variables regarding characteristics of nurses, hospital, and surgical count process.

Results: Fifty-two (94.5%) nurses reported that the surgical count process was carried out in their workplaces. A statistically significant association was found between the surgical count process and the type of institution ($P=0.046$), and between the presence of a surgical technologist and the processes for counting surgical instruments ($P<0.001$) and sponges ($P=0.016$).

Conclusion: The results found contributed to understand how, by whom, and when the surgical count process was carried out in the studied hospital.

Keywords: Perioperative nursing. Patient safety. Nursing research.

RESUMEN

Objetivo: Analizar el procedimiento de recuento quirúrgico según el relato de los enfermeros que trabajan en unidades de centros quirúrgicos de un municipio del estado de São Paulo.

Métodos: Estudio transversal con una muestra de 55 enfermeros. La recolección de datos ocurrió entre agosto y diciembre de 2013 con la aplicación de instrumento sometido a la validación de cara y contenido, compuesto de los datos sobre las variables relacionadas a la caracterización del enfermero, hospital y procedimiento de recuento quirúrgico.

Resultados: 52 (94,5%) enfermeros respondieron que el procedimiento de recuento quirúrgico se llevó a cabo en el lugar de trabajo. Se observó una asociación estadísticamente significativa del procedimiento de recuento quirúrgico con el tipo de institución ($P=0,046$); la presencia de matorral con los procedimientos de recuento de los instrumentos quirúrgicos ($P<0,001$) y de compresas ($P=0,016$).

Conclusión: Los resultados encontrados ayudan en la comprensión acerca de cómo, por quién y cuándo el procedimiento de recuento quirúrgico se llevó a cabo en el ámbito hospitalario.

Palabras clave: Enfermería perioperatoria. Seguridad del paciente. Investigación en enfermería.

^a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Escola de Enfermagem. Alfenas, Minas Gerais, Brasil.

^b Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, com o objetivo de despertar a consciência profissional e o comprometimento político para a melhoria da segurança na assistência à saúde, apoiar o desenvolvimento de políticas públicas e a indução de boas práticas assistenciais. Nesse contexto salientou-se o Segundo Desafio Global (2007-2008) com enfoque na segurança cirúrgica, cuja campanha intitula-se Cirurgias Seguras Salvam Vidas. Nesta campanha, dentre os dez objetivos essenciais para garantir a segurança cirúrgica destaca-se a prevenção da retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas⁽¹⁾.

Para assegurar a prevenção de retenção de itens cirúrgicos no período intraoperatório, o processo de contagem cirúrgica (contagem de instrumentos cirúrgicos, compressas e perfurocortantes) é preconizado em todas as cirurgias⁽²⁾. A contagem cirúrgica é um processo manual para contabilizar o material utilizado no campo estéril durante a cirurgia, visando impedir a retenção inadvertida no paciente. No entanto, mesmo quando a contagem final é registrada como “correta”, itens cirúrgicos ainda podem ficar retidos de forma não intencional⁽³⁾.

Na literatura existem evidências indicando que o processo de contagem cirúrgica é de responsabilidade do enfermeiro perioperatório e a revisão periódica da execução deste procedimento, incluindo o uso de tecnologias adjuvantes com a contagem manual e número adequado de pessoal^(2,4-5). Em estudo descritivo, os autores solicitaram para os enfermeiros perioperatórios (n=3.137) uma lista de tópicos prioritários para a segurança do paciente, sendo que dos dez tópicos relatados com maior frequência, a prevenção de retenção de itens cirúrgicos ficou na segunda posição, ou seja, 61% dos profissionais identificaram este tópico com prioridade alta⁽⁶⁾.

Atualmente, observam-se avanços na prevenção de retenção de itens cirúrgicos, entretanto, ainda é um evento adverso que ocorre nas salas de operação acarretando danos físicos, emocionais e financeiros para o paciente e incremento de custos para os serviços de saúde⁽⁷⁻⁸⁾.

A ocorrência de retenção de itens cirúrgicos está relacionada ao desempenho dos profissionais envolvidos na assistência do paciente no período intraoperatório. Assim, a motivação para a condução deste estudo foi pautada na ausência de identificação de pesquisas na enfermagem nacional sobre o processo de contagem cirúrgica, considerando o gerenciamento do cuidado como papel do enfermeiro e a equipe de enfermagem como principal responsável pela execução desta prática. Com base nesta lacuna

de conhecimento e procurando contribuir com evidências que possibilitam compreender a forma que o procedimento é realizado na realidade brasileira, o presente estudo teve como objetivo analisar o processo de contagem cirúrgica, segundo relato de enfermeiros.

■ MÉTODOS

Estudo transversal conduzido em 15 instituições hospitalares de uma cidade do interior do estado de São Paulo, inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), totalizando 16 unidades de centro cirúrgico (um hospital tinha duas unidades), extraído da tese intitulada “Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente no perioperatório”⁽⁹⁾ apresentada ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A população-alvo do estudo foram os enfermeiros de ambos os sexos e como critério de inclusão atuar nas unidades de centro cirúrgico (CC) dos hospitais selecionados, ou seja, foram incluídos tanto os enfermeiros na função de coordenador/chefe da unidade quanto os enfermeiros que atuavam como assistencial/encarregado. Foram excluídos os profissionais que estavam cobrindo férias na unidade de centro cirúrgico e não atuavam (lotação na instituição) neste setor.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de instrumento construído e submetido à validação de face e conteúdo por cinco juízes, sendo três enfermeiros que trabalhavam em centro cirúrgico e dois docentes (enfermeiros) com atividades de ensino e pesquisa na enfermagem perioperatória. Esses profissionais analisaram o instrumento quanto à forma de apresentação e ao conteúdo elaborado, relacionando esses elementos com a sua capacidade de atingir o objetivo proposto na pesquisa. As sugestões dos juízes referiram-se a pontos relacionados ao conteúdo do instrumento, inclusão de alguns aspectos como a formação dos instrumentadores, e a forma de apresentação, por exemplo, aumentar os espaços para as respostas abertas.

O instrumento é dividido em três partes, a saber: a parte I é composta por dados sociodemográficos relacionados à identificação dos enfermeiros, tais como: idade, sexo, estado civil, ano de conclusão da graduação, dentre outros dados; a parte II é relativa aos dados dos hospitais, como: tipo de instituição, número de leitos e de salas cirúrgicas, dentre outras informações. A parte III é composta por informações sobre como, quando e por quem os tipos de contagem (instrumentos cirúrgicos, compressas e perfurocortantes) são realizados na unidade de centro cirúrgico.

O período de coleta de dados foi de cinco meses, de agosto a dezembro de 2013. O instrumento de coleta de dados foi entregue ao enfermeiro por três formas diferentes, de acordo com a escolha do profissional, a saber: a) entrega do instrumento impresso e preenchimento no momento da reunião/visita, b) entrega do instrumento impresso e agendamento de data para devolução e c) envio do instrumento de coleta de dados para o e-mail do participante.

Os dados coletados foram armazenados em planilha do *Microsoft Excel*, duplamente digitados para verificação de erros que, após correções, foram transportados para a análise estatística no programa *Statistical Package Social Sciences* (SPSS) versão 19.0.

As variáveis qualitativas investigadas para caracterizar o enfermeiro foram sexo, estado civil e se o profissional tinha outro vínculo empregatício; as variáveis relativas ao hospital em que os participantes atuavam foram o tipo de instituição quanto à entidade mantenedora, presença do instrumentador no CC e se ele é vinculado à equipe cirúrgica. Para analisar o processo de contagem cirúrgica investigou-se a prática desse procedimento e os tipos de contagem (instrumentos cirúrgicos, compressas e perfurocortantes).

Para as variáveis qualitativas empregaram-se as frequências absoluta (n°) e relativa (%). Para as variáveis quantitativas (idade, tempo de atuação profissional e carga horária semanal), testadas quanto à normalidade da sua distribuição pelo teste Shapiro-Wilk, foram apresentados os valores mínimo, máximo e mediana. Para identificar se o processo de contagem e os seus respectivos tipos de contagem estavam associados ao tipo de instituição e a presença do instrumentador no CC, aplicou-se o teste exato de Fisher ou Qui-quadrado, adotando-se o nível de significância $\alpha=0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (n° do parecer: 278.717) e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) (n° 09762113.0.0000.5393).

Após parecer favorável do CEP, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado pelos juízes para dar início ao processo de validade de face e conteúdo do instrumento de coleta de dados. Após emissão de declaração de concordância com o parecer do CEP pelas instituições participantes, o TCLE foi lido e assinado pelos enfermeiros. Em ambos os casos (juízes e enfermeiros), o TCLE foi assinado em duas vias, sendo uma entregue ao participante. Foram garantidos o sigilo e o anonimato aos participantes, os quais foram identificados por números.

■ RESULTADOS

A população era de 63 enfermeiros que trabalhavam em CC dos hospitais selecionados para a condução da pesquisa. Entretanto, houve recusa de participação de um hospital, no qual atuavam seis enfermeiros, bem como a recusa de outros dois enfermeiros de outra instituição hospitalar. Assim, a amostra do estudo foi composta de 55 enfermeiros.

As variáveis quantitativas idade (em anos), tempo de atuação profissional no centro cirúrgico (em meses) e carga horária semanal (em horas) submetidas ao teste de Shapiro-Wilk, não apresentaram normalidade. Assim, a idade variou de 24 a 61 anos com mediana de 34 anos; o tempo de atuação ficou entre um e 456 meses e mediana de 72 meses e a carga horária semanal de trabalho no centro cirúrgico entre 30 e 45 horas e mediana de 36 horas. Em relação às variáveis qualitativas, 49 enfermeiros (89,1%) eram do sexo feminino, 29 (52,7%) casados ou em união estável, 20 (36,4%) solteiros e os demais (10,9%) eram separados ou viúvos. Na atuação profissional, 44 participantes (80%) enfermeiros não tinham outro emprego.

Os dados sobre o processo de contagem cirúrgica e a associação investigada entre o tipo de instituição e presença do instrumentador foram apresentados na Tabela 1. Da amostra estudada, 52 (94,5%) participantes responderam que o processo de contagem cirúrgica era realizado no seu local de trabalho e três (5,5%) que esta prática não era executada.

Em relação ao tratamento estatístico, os dados apresentados na Tabela 1 demonstraram associação estatisticamente significativa do processo de contagem cirúrgica com o tipo de instituição ($P=0,046$).

Os dados sobre o tipo de contagem cirúrgica (contagem de instrumentos cirúrgicos, de compressas e de perfurocortantes) e a associação investigada entre o tipo de instituição e presença do instrumentador foram apresentados na Tabela 2.

Na Tabela 2, os resultados evidenciaram associação estatisticamente significativa entre a presença do instrumentador com os processos de contagem de instrumentos cirúrgicos ($P<0,001$) e de compressas ($P=0,016$).

A contagem de instrumentos cirúrgicos foi informada por 29 enfermeiros (55,8%). Em relação ao como o procedimento era executado, sete participantes (24,1%) responderam no término da cirurgia; sete (24,1%) na montagem da caixa na Central de Material e Esterilização (CME), indicando-se o número de peças na mesma e, no final da cirurgia, confrontava-se esse número com o registrado inicialmente; cinco enfermeiros (17,2%) relataram que a con-

Tabela 1 – Distribuição dos enfermeiros (n=55) segundo dados sobre a realização do processo de contagem cirúrgica associado ao tipo de instituição e presença de instrumentador. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	Processo de contagem cirúrgica		P*
	Sim n=52 (94,5%)	Não n=3 (5,5%)	
Tipo de instituição	n (%)	n (%)	0,046
Pública	30 (100)	0 (0)	
Privada	14 (82,4)	3 (17,6)	
Filantrópica/Privada/Pública	8 (100)	0 (0)	
Presença do instrumentador			0,275
Não	25 (89,3)	3(10,7)	
Em algumas cirurgias	18 (100)	0 (0,0)	
Sim	9 (100)	0 (0,0)	
Instrumentador vinculado à equipe			1,000
Nunca	24 (96,0)	1 (4,0)	
Às vezes	14 (93,3)	1 (6,7)	
Sempre	14 (93,3)	1 (6,7)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

*Teste Exato de Fisher

tagem ocorria na CME; quatro (13,8%) no manuseio antes e após o procedimento cirúrgico; dois (6,9%) durante todo o procedimento cirúrgico e o restante (n=4, 13,8%) indicaram outras maneiras.

As respostas dos enfermeiros (n=29) sobre quem realizava contagem de instrumentos cirúrgicos foram as seguintes: 13 participantes (44,8%) responderam que a contagem era feita pelo circulante de sala; sete (24,1%) pelo circulante de sala e instrumentador; quatro (13,8%) pelo técnico/auxiliar de enfermagem da CME; dois (6,9%) pelo circulante de sala e equipe médica, e três (10,3%) por outras pessoas (circulante de sala, equipe médica e outros profissionais).

Em relação ao momento (quando) em que a contagem de instrumentos cirúrgicos era realizada, a maioria dos enfermeiros (n=22, 75,8%) indicou em diferentes momentos durante a cirurgia, porém sempre com término depois da síntese cirúrgica, sem registro de contagem antes dela.

A contagem de compressas foi relatada por 45 enfermeiros (86,5%). A maneira de execução do procedimento foi variada, sendo que as respostas com frequências maiores foram: 17 participantes (37,7%) informaram que era realizado o controle do número de compressas abertas e desprezadas (início e fim da cirurgia) e nove (20%) que o circulante de sala abria os pacotes, solicitava ao instrumentador ou cirurgião que conferisse o número de compressas

abertas na mesa cirúrgica e, em seguida anotava na lousa. À medida que mais compressas fossem solicitadas, essas eram anotadas na lousa, bem como a retirada de cada uma, e no final da cirurgia a conferência era executada com as compressas utilizadas (desprezadas no hamper).

Em relação a quem realizava a contagem de compressas, a maioria dos enfermeiros (n=26, 57,7%) respondeu o circulante de sala; 20,0% (n=9) o circulante de sala e instrumentador ou cirurgião; 13,3% (n=6) o circulante de sala e instrumentador, e 11,1% (n=5) o circulante de sala e cirurgião.

A maioria dos participantes (n=31, 68,8%) informou que a contagem de compressas era executada em vários momentos (quando), mas sempre com término antes da síntese cirúrgica; 20% (n=9) relataram que a contagem era executada com término depois da síntese cirúrgica, sem registro de contagem antes dela; três enfermeiros (6,6%) durante a cirurgia; dois (4,4%) no início da cirurgia, e um (2,2%) no início e durante a cirurgia.

A contagem de perfurocortantes foi informada por 25 enfermeiros (48,1%). Destes participantes, ao serem questionados como o procedimento era executado, 17 enfermeiros (68%) responderam ao retirar o material utilizado que estava na mesa, comparando com o que foi oferecido para a equipe no início e/ou durante a cirurgia (embalagens abertas); dois (8%) afirmaram que cada material era observado e rastreado no início, durante e

Tabela 2 – Distribuição dos enfermeiros (n=55) segundo dados sobre o tipo de contagem cirúrgica realizada no hospital associado ao tipo de instituição e presença de instrumentador. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2013

Variáveis	Contagem de instrumentos cirúrgicos				Contagem de compressas				Contagem de perfurocortantes			
	Sim n=29 (%)	Não n=23 (%)	N/A n=3 (%)	P	Sim n=45 (%)	Não n=7 (%)	N/A n=3 (%)	P	Sim n=25 (%)	Não n=27 (%)	N/A n=3 (%)	P
Tipo de instituição	0,399*				0,546*				0,319*			
Pública	15 (50)	15 (50)	0 (0)		26 (86,7)	4 (13,3)	0 (0)		12 (40)	18 (60)	0 (0)	
Privada	10 (58,8)	4 (23,6)	3 (17,6)		13 (76,5)	1 (5,9)	3 (17,6)		9 (52,9)	5 (29,5)	3 (17,6)	
Filantrópica/ Privada/Pública	4 (50)	4 (50)	0 (0)		6 (75)	2 (25)	0 (0)		4 (50)	4 (50)	0 (0)	
Presença do instrumentador	<0,001*				0,016*				0,171*			
Não	22 (78,6)	3 (10,7)	3 (10,7)		18 (64,3)	7 (25,0)	3 (10,7)		15 (53,6)	10 (35,7)	3 (10,7)	
Em algumas cirurgias	6 (33,3)	12 (66,7)	0 (0)		18 (100)	0 (0)	0 (0)		8 (44,4)	10 (55,6)	0 (0)	
Sim	1 (11,1)	8 (88,9)	0 (0)		9 (100)	0 (0)	0 (0)		2 (22,2)	7 (77,8)	0 (0)	
Instrumentador vinculado à equipe	0,120*				0,319*				0,645**			
Nunca	12 (48)	12 (48)	1 (4)		20 (80,0)	4 (16,0)	1 (4,0)		10 (40)	14 (56)	1 (4)	
Às vezes	6 (40)	8 (53,3)	1 (6,7)		14 (93,3)	0 (0,0)	1 (6,7)		7 (46,7)	7 (46,7)	1 (6,7)	
Sempre	11 (73,3)	3 (20)	1 (6,7)		11 (73,3)	3 (20)	1 (6,7)		8 (53,3)	6 (40)	1 (6,7)	

Dados da pesquisa, 2013.

N/A=não se aplica (não há processo de contagem cirúrgica no hospital)

*Teste Exato de Fisher **Teste Qui-quadrado

após o procedimento cirúrgico; dois (8%) durante e após o procedimento cirúrgico; dois (8%) que a contagem de perfurocortantes era executada verbalmente, e dois (8%) de outras maneiras.

A maioria dos participantes (n=22, 88%) informou que a contagem de perfurocortantes era realizada pelo circulante de sala e três (12%) por outros profissionais.

Em relação ao momento (quando) da realização da contagem de perfurocortantes, a maioria dos enfermeiros (n=16, 64%) respondeu que era executado com término depois da síntese cirúrgica; seis (24%) antes da síntese cirúrgica; dois participantes (8%) mencionaram no início, du-

rante e no final da cirurgia, antes e depois da síntese, e um (4%) somente no início da cirurgia.

■ DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo possibilitaram a compreensão de como, por quem e quando o processo de contagem cirúrgica era realizado nas instituições de saúde investigadas, fornecendo subsídios sobre esta prática na realidade brasileira.

A OMS preconiza como item para a segurança do paciente a realização do processo de contagem em qualquer

cirurgia, na qual compressas, instrumentos e perfurocortantes possam ficar retidos no paciente, propondo a verificação pela equipe cirúrgica, e enfatiza o papel fundamental na prevenção de retenção de itens cirúrgicos do enfermeiro perioperatório⁽¹⁾.

No presente estudo, 5,5% dos participantes relataram que o processo de contagem cirúrgica não era realizado no serviço onde atuavam. De acordo com a literatura, este procedimento deve ocorrer em toda cirurgia, pois a retenção de itens cirúrgicos pode acontecer não somente em cirurgias de cavidades maiores como a abdominal^(2,4,10).

Para anotação do processo de contagem cirúrgica, formulários devem ser utilizados para o registro escrito, com impressos próprios para compressas, instrumentos e perfurocortantes. A entrada e saída de todos os itens do campo operatório devem ser documentadas, sem confiar na memória, evitando a ocorrência de erros de retenção. Os formulários devem ser incluídos na documentação do paciente, sendo que o registro do processo de contagem deve ser realizado pelo circulante de sala^(1-2,11-13).

A literatura preconiza a padronização do processo de contagem, pois essa medida pode auxiliar na prevenção de retenção de itens cirúrgicos⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Esse processo na forma tradicional (contagem manual) é um procedimento relativamente barato, a padronização e implementação de protocolo em todas as cirurgias pode reduzir custos⁽⁴⁾. Porém, a cultura organizacional ainda vigente nas salas de operação indica variação de procedimentos e personalização das práticas, reforçando a necessidade de padronização⁽¹⁶⁾. Ressalta-se ainda que nesta pesquisa, os resultados evidenciaram associação estatisticamente significativa do processo de contagem cirúrgica com o tipo de instituição, indicando que as instituições hospitalares públicas se destacam na realização deste procedimento.

No presente estudo observou-se que enfermeiros atuantes em um mesmo hospital relataram de forma distinta o processo de contagem cirúrgica, assim pode depreender-se ausência de protocolo/padronização deste procedimento no serviço de saúde, bem como inferir que na realidade brasileira há necessidade de investimentos na elaboração/padronização do processo de contagem cirúrgica, pois este procedimento ainda é realizado da forma tradicional, com pouco emprego de tecnologia auxiliar, uma vez que nenhum enfermeiro relatou a utilização de tecnologia de escaneamento no hospital onde atuava.

Em contrapartida, há evidências indicando que abordagens multidisciplinares e novas tecnologias podem ajudar a reduzir a frequência de retenção de itens cirúrgicos⁽¹⁷⁾. O uso de tecnologias de escaneamento (compressas com código de barras e compressas com etique-

tas de identificação por radiofrequência) é encorajado, sendo adotado como complemento para a contagem manual, e visto como investimento relevante para impedir tal problemática⁽¹⁸⁻²⁰⁾.

Em relação à contagem de instrumentos cirúrgicos, 23 enfermeiros (44,2%) relataram que tal procedimento não era realizado no centro cirúrgico em que trabalhavam. Na literatura há indicação da necessidade de contabilizar todos os itens cirúrgicos utilizados no campo estéril, os instrumentos devem ser padronizados e listados⁽¹⁻²⁾.

Na presente pesquisa, as respostas dos enfermeiros com frequência maior indicaram o circulante de sala como a pessoa que executava a contagem de instrumentos cirúrgicos, em seguida o circulante de sala e o instrumentador, sendo essa forma que corrobora com o que é preconizado na literatura, ou seja, a equipe cirúrgica deve seguir um padrão para a realização do procedimento, incluindo contagem manual simultânea pelo instrumentador e circulante de sala⁽²⁾. Salienta-se que os resultados demonstraram associação estatisticamente significativa da presença do instrumentador com o processo de contagem de instrumentos cirúrgicos. Isso reforça a necessidade de investimentos dos serviços de saúde na contratação do instrumentador, uma vez que a contagem de instrumentos cirúrgicos foi apontada por 22 enfermeiros com ausência deste profissional.

A maioria dos enfermeiros respondeu que a contagem de instrumentos cirúrgicos era realizada em diferentes momentos, porém sempre com término depois da síntese, sem registro de contagem antes da síntese cirúrgica. Esses resultados divergem das recomendações na literatura, ou seja, uma contagem inicial deve ocorrer antes do início do procedimento cirúrgico, contagens intercalares podem ocorrer por protocolo e a critério da equipe cirúrgica. A contagem de fechamento (de concordância) deve ocorrer antes e depois da síntese cirúrgica, conferindo o número de itens registrados no formulário com o número de itens no campo estéril^(2,15,20). Assim, reforça-se que o processo de contagem de instrumentos deve ter início na CME, com o emprego de caixas padronizadas, com o número de peças que serão efetivamente utilizadas, e cada instrumento identificado com fita própria colorida. As caixas de cada especialidade cirúrgica devem ter cor específica, os instrumentos devem ser listados em impresso próprio de acordo com a ordem de sua colocação na mesa cirúrgica e conferidos antes do início da cirurgia pelo instrumentador e circulante de sala^(13,15-16).

Dentre os três itens cirúrgicos investigados nesta pesquisa, a contagem de compressas foi o procedimento que obteve maior frequência de execução na sala de operação.

Salienta-se que, dentre os itens cirúrgicos retidos, as compressas são os mais comuns^(8,20-21).

Conforme já mencionado a maioria dos participantes informou o circulante de sala como pessoa responsável pela contagem de compressas e que o procedimento era executado em diferentes momentos, mas sempre com término antes da síntese cirúrgica. Tal prática diverge da literatura, na qual é preconizado que o procedimento deve ser realizado pelo instrumentador e circulante de sala. Além disso, recomenda-se uma contagem antes do início da cirurgia, no caso de adições ou retiradas do campo estéril, sendo que o procedimento deve ser anotado, tanto antes quanto depois da síntese cirúrgica, conferindo o número de itens registrados no formulário com o número de itens no campo estéril⁽²⁾. Ressalta-se que os resultados do presente estudo evidenciaram associação estatisticamente significativa da presença do instrumentador com o processo de contagem de compressas. Esse dado reforça também a necessidade de investimentos dos serviços de saúde na contratação do instrumentador, sendo a contagem de compressa apontada por 18 enfermeiros com ausência deste profissional.

Na literatura encontram-se recomendações relativas ao uso de recursos específicos para a contagem de compressas, tais como: a utilização de quadro branco na sala de operação para registro durante a cirurgia, local próprio e sinalizado para a contagem e colocação das compressas utilizadas e uso de baldes e sacos para contagem deste item cirúrgico. As compressas devem ser radiopacas, preferencialmente de laparotomia (compressa grande), padronizadas por número em cada pacote, conferidas antes do início da cirurgia pelo instrumentador e circulante de sala, registradas em impresso próprio, bem como anotadas também na lousa da sala cirúrgica, para a visualização de toda equipe. As compressas para secar as mãos e as utilizadas pelo anestesiológista devem permanecer separadas das compressas do campo estéril, porém nenhuma poderá sair da sala de operação até o final da cirurgia^(2,11-13,15).

A contagem de perfurocortantes foi o procedimento com menor relato de execução neste estudo. Na presente pesquisa, as respostas da maioria dos enfermeiros sobre a forma de realização deste procedimento foram divergentes do que é recomendado, ou seja, a contagem de agulhas deve ser feita pelo profissional responsável, no momento que a embalagem é aberta e colocada em caixa própria, no campo estéril⁽¹⁾.

Apesar da maioria dos participantes ter informado que a contagem de perfurocortantes era realizada pelo circulante de sala, a recomendação de execução deste procedimento é pelo instrumentador e circulante de sala⁽²⁾.

A maioria dos enfermeiros também respondeu que o procedimento era realizado depois da síntese e apenas dois participantes relataram que era executado no início, durante e no final da cirurgia, antes e depois da síntese cirúrgica, sendo a forma recomendada na literatura⁽²⁾.

Para auxiliar tal procedimento recomenda-se o uso de caixas de contar agulhas, as quais devem ser incorporadas visando prática segura e número reduzido desse item na mesa cirúrgica. Além disso, itens adicionados ao campo estéril não podem ficar soltos e o uso de caixas ou recipientes próprios são indicados para a colocação desses⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

A retenção de itens cirúrgicos está relacionada ao desempenho dos profissionais envolvidos no cuidado do paciente durante a cirurgia⁽¹³⁾. Assim, a implementação de medidas necessárias para garantir a segurança do paciente cirúrgico é responsabilidade tanto dos profissionais de saúde quanto dos serviços de saúde.

Compete ao enfermeiro, enquanto responsável pelo gerenciamento do centro cirúrgico, a padronização do processo de contagem cirúrgica, a realização de capacitação para a equipe de enfermagem e outros profissionais envolvidos no cuidado do paciente no período intraoperatório, bem como o acompanhamento do cumprimento desta prática conforme padrões adotados. Cabe à instituição hospitalar dar suporte para que o processo de contagem cirúrgica ocorra de forma adequada, disponibilizando o número necessário de pessoal e a compra de dispositivos de apoio, bem como a implantação de tecnologias adjuntas ao processo de contagem manual.

Com relação às limitações do estudo pode-se inferir o tamanho amostral e a condução em um único município. Entretanto, salienta-se que a cidade em questão é referência na área de saúde e situa-se no estado mais desenvolvido do país. A análise dos dados foi pautada nos relatos dos enfermeiros, sendo possível que aspectos relevantes do processo de contagem cirúrgica não fossem considerados.

■ CONCLUSÃO

O processo de contagem cirúrgica é prática profissional relevante para a segurança do paciente. Na presente pesquisa, os resultados evidenciados possibilitaram o alcance do objetivo proposto, ou seja, a compreensão de como, por quem e quando o processo de contagem cirúrgica (instrumentos cirúrgicos, compressas e perfurocortantes) era realizado nas instituições de saúde investigadas, fornecendo subsídios sobre esta prática na realidade brasileira.

Frente aos resultados do estudo infere-se a necessidade de investimentos na padronização do processo de contagem cirúrgica, emprego de tecnologia para auxiliar

a contagem manual, bem como contratação de pessoal, especificamente o instrumentador, para a execução desta prática conforme as recomendações preconizadas na literatura. As evidências geradas permitem direcionar o desenvolvimento de novos estudos que poderão propor a sistematização adequada do procedimento (elaboração ou atualização de protocolo) nos serviços de saúde, com a implementação de intervenções na prática clínica que possam acarretar a melhoria da qualidade da assistência e da segurança do paciente cirúrgico.

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (CH) WHO Guidelines for safe surgery 2009: safe surgery saves lives. Geneva: WHO; 2009 [cited 2009 Ago 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44185/1/9789241598552_eng.pdf.
2. Association of periOperative Registered Nurses (US). Guidelines for perioperative practice: 2015 edition. Denver: AORN; 2015.
3. Rowlands A. Risk factors associated with incorrect surgical counts. *AORN J*. 2012;96(3):272-84.
4. Norton EK, Martin C, Micheli AJ. Patients count on it: an initiative to reduce incorrect counts and prevent retained surgical items. *AORN J*. 2012;95(1):109-21.
5. Steelman VM, Graling PR. Top 10 patient safety issues: what more can we do? *AORN J*. 2013;97(6):679-98.
6. Steelman VM, Graling PR, Perkhounkova Y. Priority patient safety issues identified by perioperative nurses. *AORN J*. 2013;97(4):402-18.
7. Stawicki SPA, Moffatt-Bruce SD, Ahmed HM, Anderson HL3rd, Balija TM, Bernescu I, et al. Retained surgical items: a problem yet to be solved. *J Am Coll Surg*. 2013;216(1):15-22.
8. Steelman VM, Schaapveld AG, Perkhounkova Y, Storm HE, Mathias M. The hidden costs of reconciling surgical sponge counts. *AORN J*. 2015;102(5):498-506.
9. Freitas PS. Processo de contagem cirúrgica: evidências para a segurança do paciente no perioperatório [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2014.
10. Norton EK, Micheli AJ, Gedney J, Felkerson TM. A nurse-led approach to developing and implementing a collaborative count policy. *AORN J*. 2012;95(2):222-7.
11. Chagolla BA, Gibbs VC, Keats JP, Pelletreau B. A system-wide retained vaginal sponges initiative to prevent retained vaginal sponges. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2011;36(5):312-7.
12. Lutgendorf MA, Schindler LL, Hill JB, Magann EF, O'Boyle JD. Implementation of a protocol to reduce occurrence of retained sponges after vaginal delivery. *Mil Med*. 2011;176(6):702-4.
13. Grazziano ES, Peniche ACG, Palazzo S. Retenção de objetos estranhos em sítio cirúrgico: ainda acontece? *Rev SOBECC*. 2011;16(3):30-4.
14. Chambers KL. Patient safety equals: aseptic technique, surgical conscience and time out. *Surg Technol*. 2013;45(3):108-19.
15. Edel EM. Surgical count practice variability and the potential for retained surgical items. *AORN J*. 2012;95(2):228-38.
16. Gibbs V. Interview with a quality leader: Dr. Verna Gibbs on surgical safety. Interview by Susan V. White. *J Healthc Qual*. 2012;34(6):21-6.
17. Coleman J, Wolfgang CL. Necessity of a good surgical history: detection of a gossypiboma. *J Nurse Pract*. 2013;9(5):277-82.
18. Ellner SJ, Joyner PW. Information technologies and patient safety. *Surg Clin North Am*. 2012;92(1):79-87.
19. 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*. 2014;219(3):354-64.
20. Freitas PS, Silveira RCCP, Clark AM, Galvão CM. Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review. *J Clin Nurs*. 2016; 25(13/14):1835-47.
21. Steelman VM, Alasagheirin MH. Assessment of radiofrequency device sensitivity for the detection of retained surgical sponges in patients with morbid obesity. *Arch Surg*. 2012;147(10):955-60.

■ Autor correspondente:

Patrícia Scotini Freitas

E-mail: patricia.freitas@unifal-mg.edu.br

Recebido: 11.08.2016

Aprovado: 06.01.2017