



# Eventos adversos cirúrgicos divulgados na mídia audiovisual: um estudo documental

*Surgical adverse events in audiovisual media: a documentary study*

*Eventos quirúrgicos adversos en medios audiovisuales: estudio documental*

Maritya Mayumi Isiri Tada<sup>1</sup>

Larissa Cristina Gazola de Paulo<sup>1</sup>

Verusca Soares de Souza<sup>2,3</sup>

Maria Fernanda do Prado Tostes<sup>1</sup>

Aline Barbieri<sup>1</sup>

Mayane Magalhães Santos<sup>3</sup>

1. Universidade Estadual do Paraná.  
Paranavaí, PR, Brasil.

2. Universidade Federal do Mato Grosso do  
Sul. Coxim, MS, Brasil.

3. Universidade Federal do Mato Grosso do  
Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

## RESUMO

**Objetivo:** analisar os eventos adversos cirúrgicos divulgados por uma mídia brasileira. **Método:** pesquisa documental, qualitativa. A fonte de informação consistiu em reportagens audiovisuais sobre danos decorrentes de intervenções cirúrgicas, noticiadas em uma mídia brasileira. Para as buscas no portal eletrônico, consideraram-se as publicadas até junho de 2019. O referencial de Bardin foi empregado na análise temática. Os incidentes mencionados foram classificados segundo as barreiras de segurança contidas na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) da Organização Mundial da Saúde. **Resultados:** foram analisados 16 casos apresentados através de 17 reportagens. Do total de falhas cometidas (n=16), a maioria (n=13) poderia ser prevenida através da checagem de itens contidos na LVSC. Na análise temática, três categorias emergiram: i. incidente relacionado à intervenção cirúrgica; ii. danos físicos, psicológicos e socioeconômicos decorrentes; iii. consequências ético-profissionais e/ou jurídicas. **Conclusão e implicações para a prática:** os eventos adversos cirúrgicos divulgados pelas reportagens impactaram sobremaneira a vida dos pacientes, nos aspectos físicos, emocionais e socioeconômicos. Ainda trouxeram implicações para os profissionais envolvidos e instituições de saúde. Acredita-se que, as barreiras de segurança contidas em instrumento de verificação mundialmente reconhecido, são importantes ferramentas a serem empregadas para promover a segurança do paciente cirúrgico e salvar vidas.

**Palavras-chave:** Procedimentos Cirúrgicos Operatórios; Dano ao Paciente; Mídia Audiovisual; Lista de Checagem; Segurança do Paciente.

## ABSTRACT

**Objective:** to analyze surgical adverse events reported by a Brazilian media. **Method:** documentary and qualitative research. The source of information consisted of audiovisual reports on damages resulting from surgical interventions, reported in a Brazilian media. For searches on the electronic portal, those published until June 2019 were considered. Bardin's framework was used in the thematic analysis. The aforementioned incidents were classified according to the safety barriers contained in the Surgical Safety Checklist (SSC) of the World Health Organization. **Results:** a total of 16 cases presented through 17 reports were analyzed. Of the total number of failures committed (n = 16), the majority (n = 13) could be prevented by checking items contained in the SSC. In the thematic analysis, three categories emerged: i. incident related to surgical intervention; ii. physical, psychological and socioeconomic resulting damage; iii. ethical-professional and/or legal consequences. **Conclusion and implications for the practice:** the adverse surgical events disclosed by the reports greatly impacted on the lives of patients, in physical, emotional and socioeconomic aspects. They also brought implications for the professionals and health institutions involved. It is believed that the safety barriers contained in a globally recognized verification instrument are important tools to be used to promote the safety of surgical patients and save lives.

**Keywords:** Surgical Operative Procedures; Patient Harm; Audiovisual Media; Checklist; Patient Safety.

## RESUMEN

**Objetivo:** analizar los eventos quirúrgicos adversos reportados por un medio brasileño. **Método:** investigación documental, cualitativa. La fuente de información consistió en reportajes audiovisuales sobre daños resultantes de intervenciones quirúrgicas, reportados en un medio brasileño. Para las búsquedas en el portal electrónico, se consideraron las publicaciones realizadas hasta junio de 2019. En el análisis temático se utilizó el marco de Bardin. Los incidentes mencionados fueron clasificados de acuerdo a las barreras de seguridad contenidas en la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica (LVSC) de la Organización Mundial de la Salud. **Resultados:** se analizaron 16 casos presentados a través de 17 informes. Del total de fallas cometidas (n = 16), la mayoría (n = 13) podría evitarse mediante la verificación de los elementos contenidos en el LVSC. En el análisis temático surgieron tres categorías: i. Incidente relacionado con la intervención quirúrgica; ii. daño físico, psicológico y socioeconómico resultante; iii. Consecuencias ético-profesionales y / o legales. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** los eventos quirúrgicos adversos reportados por los informes impactaron enormemente en la vida de los pacientes, en los aspectos físicos, emocionales y socioeconómicos. También trajeron implicaciones para los profesionales involucrados y las instituciones de salud. Se cree que las barreras de seguridad contenidas en un instrumento de verificación reconocido mundialmente son herramientas importantes que se utilizarán para promover la seguridad de los pacientes quirúrgicos y salvar vidas.

**Palabras clave:** Procedimientos Quirúrgicos Operativos; Daños al Paciente; Medios Audiovisuales, Lista de Verificación; Seguridad del Paciente.

### Autor correspondente:

Mayane Magalhães Santos  
E-mail: mayanealves@yahoo.com.br

Recebido em 11/06/2020  
Aprovado em 12/09/2020

DOI:<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0198>

## INTRODUÇÃO

Eventos adversos no cuidado perioperatório podem ser entendidos como injúria ou complicação não intencional, decorrentes de um evento ou omissão, relacionados a um procedimento, a um cuidado ou à gestão em saúde, que pode resultar em incapacidade, em prolongamento da permanência hospitalar ou em mortalidade, não relacionados à doença subjacente do paciente.<sup>1</sup>

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostram que complicações pós-operatórias ocorrem em até 25% dos pacientes e a taxa de mortalidade varia entre 0,5% a 5%. Nos países industrializados, pelo menos metade dos casos em que a cirurgia levou a danos, estes foram considerados evitáveis. Um fator contribuinte é que medidas de segurança cirúrgica são aplicadas inconsistentemente, mesmo nos locais com infraestrutura adequada.<sup>2</sup>

No Brasil, verifica-se a escassez de estudos que abordem a ocorrência de eventos adversos cirúrgicos em âmbito nacional, pois os existentes retratam apenas a realidade loco-regional.<sup>3,4</sup> A subnotificação desses incidentes pelos hospitais ocorre porque estes têm que lidar com a exposição de falhas e fragilidades no sistema e nos processos de assistência à saúde, o que pode contribuir para que esses dados não sejam abordados suficientemente nas publicações científicas disponíveis.<sup>5</sup>

Para mitigar eventos adversos cirúrgicos e melhorar a segurança do paciente cirúrgico, desde 2009, a OMS recomenda a incorporação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) em sala cirúrgica.<sup>2</sup> Desde então, observa-se sua implementação progressiva pelos hospitais.<sup>6</sup> Apesar desse avanço, acredita-se que, até haver consolidação da cultura de segurança nos serviços de saúde, a mídia ao denunciar eventos adversos relacionados à assistência em saúde pode contribuir para que a comunidade científica desenvolva pesquisas que busquem compreender os motivos dessas falhas e estratégias de mitigação.

Além disso, a mídia pode exercer papel fundamental no debate e mobilização social em prol da construção de uma cultura de segurança do paciente, isso porque expõe a realidade dramática dos pacientes, oriunda de eventos adversos cirúrgicos e suas implicações e exerce influência sobre o sistema de saúde, não só no que se refere à procura por atendimentos, mas no planejamento de intervenções médicas futuras.<sup>7,8</sup> Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo analisar os eventos adversos cirúrgicos divulgados por uma mídia brasileira.

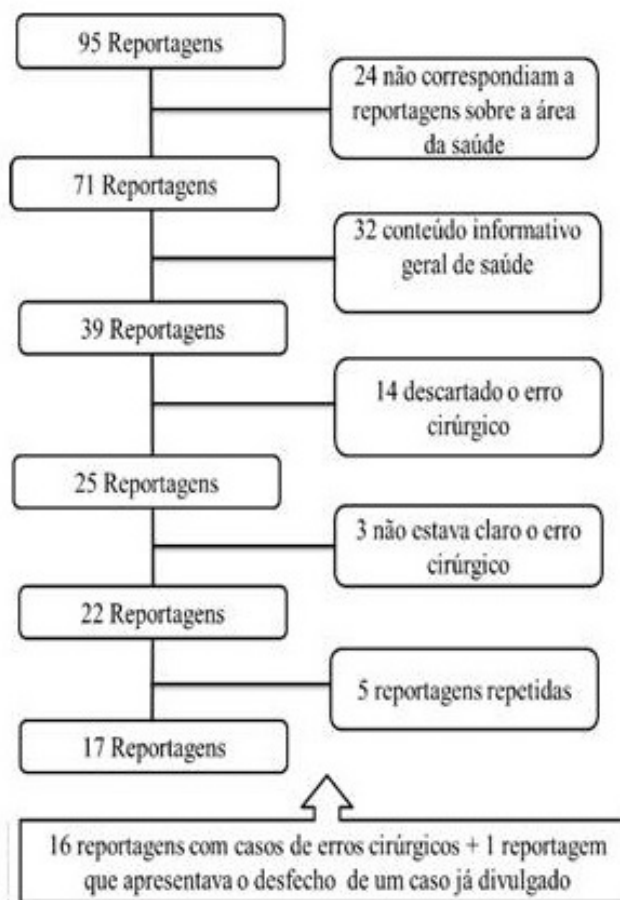
## MÉTODO

Pesquisa descritiva, documental com abordagem qualitativa. No estudo foram utilizadas reportagens do portal *online* de notícias G1, vinculado à emissora de televisão Rede Globo. Esta fonte de dados foi escolhida, por ser um *site* com grande repercussão nacional e internacional, de acesso livre e gratuito.

Para definição das reportagens/matérias, a busca foi realizada na plataforma digital, através do localizador disponível na página inicial do site (<https://www.globo.com/>), utilizando os termos “erros

cirúrgicos” e “erro e cirurgia”, ocorridos em território brasileiro e noticiados em formato multimídia, com matéria escrita e produção audiovisual. Salienta-se que, no processo de busca no portal, inicialmente, foram utilizadas as palavras-chaves: “eventos adversos” e “eventos adversos cirúrgicos”, entretanto, com esses termos não foi possível recuperar nenhuma reportagem. Diante dessa limitação, os termos utilizados foram os que continham a palavra “erro”, apesar do entendimento de que a maioria das reportagens recuperadas retrate indício de erro e não erro propriamente dito, pois este se refere ao ato julgado. A delimitação temporal foi oriunda do resultado das buscas, o que a definiu de 2012 a 2019. Ademais, considerou-se todas as reportagens relacionadas aos eventos adversos cirúrgicos com envolvimento (suspeito ou confirmado) da equipe multiprofissional – cirurgião, anestesista e equipe de enfermagem.

Devido às limitações de recursos de busca e ordenação dos resultados encontrados neste processo, as reportagens foram classificadas por temas e selecionadas por meio da leitura da manchete, olho e *lead*, que compreendem os termos que designam a frase destacada e o primeiro parágrafo da reportagem, que se voltam a responder as questões básicas para deixar o leitor informado. Inicialmente, foram encontradas 95 reportagens e a descrição das exclusões estão apresentadas na Figura 1.



**Figura 1.** Fluxograma de seleção das reportagens. Brasil, 2019  
\*Fonte: elaboração própria.

Na etapa de coleta de dados, empreendeu-se o seguinte procedimento para permitir a análise: cada uma das 17 reportagens selecionadas foi assistida várias vezes para identificar a fala de todos os indivíduos envolvidos e, com isso, viabilizar a transcrição do conteúdo na íntegra. Posteriormente, uma planilha foi construída para caracterizar cada reportagem em relação às seguintes variáveis: título, ano de publicação, localidade, serviço de saúde envolvido, tipo de evento adverso, caracterização das vítimas, categoria profissional envolvida, desfechos, vídeo, foto, tempo de vídeo e imagens divulgadas.

Cada evento adverso cirúrgico foi classificado de acordo com as barreiras de segurança contidas na LVSC, proposto pela OMS, como forma de prevenção ao evento adverso, a saber: barreiras de segurança relacionadas ao período anterior à indução anestésica (entrada), período anterior à incisão cirúrgica (pausa cirúrgica) e período imediatamente após o fechamento da incisão cirúrgica (saída).<sup>2</sup>

Na sequência, a análise temática do conteúdo das reportagens foi empregada segundo o referencial teórico de Bardin: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) inferência e interpretação.<sup>9</sup> Na etapa da pré-análise, leituras exaustivas do conteúdo das reportagens foram realizadas a fim de possibilitar a imersão em seu conteúdo, permitindo maior apreensão do todo apresentado. Na etapa de exploração do material, os dados brutos foram codificados e transformados em informações significativas que deram origem às unidades de registro. Em seguida, por meio da análise temática, os núcleos de sentido foram gerados, considerando sua aparição e repetição. À medida que os núcleos foram reunidos por aproximação de seus significados, emergiram as categorias, a saber: i. Incidente relacionado à intervenção cirúrgica; ii. Danos físicos, psicológicos e socioeconômicos decorrentes; iii. Consequências ético-profissionais e/ou jurídicas. Por fim, na etapa de inferência e interpretação, com base nos discursos, foram elaboradas as interpretações.<sup>9</sup> Adicionalmente, na categoria um, os tipos de incidente foram pautados na estrutura conceitual para classificação internacional de segurança do paciente.<sup>1</sup>

Em relação aos aspectos éticos, como a informação está contida em site de domínio público, não se estabeleceu necessidade de apreciação por mecanismo ético formal. Como garantia de anonimato, o nome das vítimas e dos profissionais foi ocultado na análise dos dados e, os trechos das reportagens foram codificados por números.

## RESULTADOS

Em relação à caracterização das reportagens, os casos foram divulgados entre 2012 e 2019. As vítimas abrangeram os diferentes ciclos da vida, com predomínio de adultos (75,0%), sendo oito mulheres e quatro homens. As notícias divulgadas foram mais frequentes na região Sudeste (56,3%). O formato de divulgação abrangeu texto, fotos e vídeos, sendo que a duração dos vídeos variou entre 1'48" e 5'24", totalizando 39' e 18", conforme Tabela 1.

**Tabela 1.** Caracterização das reportagens sobre eventos adversos cirúrgicos divulgados em uma mídia brasileira. Brasil, 2019.

Variáveis	Reportagens (N= 17)*	%
<b>Ano da divulgação</b>		
2012	1	5,0
2014	3	15,0
2015	1	5,0
2017	4	20,0
2018	7	35,0
2019	1	5,0
<b>Ciclos da vida</b>		
Criança	1	6,2
Adolescente	2	12,6
Adulto	12	75,0
Idoso	1	6,2
<b>Regiões</b>		
Centro-Oeste	3	18,7
Nordeste	2	12,5
Norte	2	12,5
Sudeste	9	56,3
Sul	-	
<b>Formato**</b>		
Vídeo	11	_**
Texto	17	-
Fotos	32	-

\* Foram analisados 16 casos de eventos adversos cirúrgicos, divulgados através de 17 reportagens. \*\* não se aplica, pois o número de diferentes formatos existentes em cada reportagem ultrapassa o número total de reportagens. Fonte: elaboração própria.

### Incidente relacionado à intervenção cirúrgica

Em relação à primeira categoria de análise, os tipos de incidentes abrangeram: a) Processo/procedimento clínico (n=14/ casos 1 a 6 e 9 a 16), dos quais envolviam procedimento errado (n=2/ casos 10 e 11), lado errado (n=2, casos 9 e 16), local errado e identificação não realizada (n=1/ caso 1), não efetuado quando indicado – contagem de itens cirúrgicos (n=6/ casos 2, 3, 6, 13 a 15) e inadequado (n=3/casos 4, 5 e 12); b) Dispositivos/equipamentos médicos (n=1/caso 7), o qual envolvia falha/avaria/mau funcionamento; c) Nutrição (n=1/caso 8), relativa à dieta errada.

Adicionalmente, os tipos de incidentes foram relacionados às barreiras de segurança contidas na LVSC que, quando utilizadas, contribuem para prevenção de eventos adversos. Os casos 4, 5 e 12 abordaram o evento adverso cirúrgico relacionado à imprudência, imperícia ou negligência do cirurgião durante o

ato operatório. Nessas circunstâncias, a barreira de segurança da LVSC na etapa da saída daria oportunidade ao cirurgião para revisar com toda a equipe preocupações essenciais para a recuperação e manejo do paciente, conforme Quadro 1.

**Danos físicos, psicológicos e socioeconômicos decorrentes.**

Nesta categoria, na totalidade dos casos analisados (n=16), o evento adverso cirúrgico resultou em dano físico aos pacientes. Os prejuízos incluíram dor intensa, dificuldade para se alimentar, incapacidade para se movimentar, broncoaspiração, remoção de

órgão sadio e parada cardiorrespiratória, os quais necessitaram de cirurgia suplementar e/ou terapêutica adicional(terapia medicamentosa, exames adicionais, cuidados intensivos para salvar vidas, dentre outros),ou aumento no tempo de internação hospitalar, até a ocorrência de óbito.

Com exceção de quatro casos (1, 2, 7 e 15), os demais (n=12) mencionaram danos psicológicos, tais como sofrimento, impotência, dor pela perda e luto, tristeza, nervosismo, desespero, descrença, constrangimento, desgaste emocional e indignação.

Ademais, dois casos (casos 9 e 14) evidenciaram repercussões socioeconômicas. Essas se caracterizaram pela

**Quadro 1.** Tipo de incidente relacionado ao procedimento cirúrgico e correspondência com as barreiras de segurança contidas na LVSC. Brasil, 2019.

Casos Ano	Categoria 1- tipo de incidente	Síntese da matéria	Barreiras de segurança (LVSC)*
1 (2012)	Administração clínica:Identificação do paciente-não realizada quando indicado	Abordagem cirúrgica ocorreu no ombro ao invés de remoção de material de síntese no punho	Entrada– Identificação: Identidade, sítio cirúrgico e procedimento
	Processo/Procedimento clínico: local errado		Pausa– Confirmação: Sítio cirúrgico e procedimento
2 (2014)	Processo/Procedimento clínico: não efetuado quando indicado	Retenção de compressa em cavidade após realização de cesárea	Saída– Contagens adequadas de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.
3 (2014)	Processo/Procedimento clínico: não efetuado quando indicado	Retenção de gaze em cavidade após realização de cirurgia bariátrica e evolução para óbito	Saída– Contagens adequadas de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.
4 (2014)	Processo/Procedimento clínico: inadequado	Lesão em nervo ciático após extração de tumores em perna	Saída– O cirurgião revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo do paciente.
5 (2015)	Processo/Procedimento clínico: inadequado	Obstrução de carótida após tireoidectomia e evolução para óbito	Saída– O cirurgião revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo do paciente.
6 (2017)	Processo/ Procedimento clínico: não efetuado quando indicado	Retenção de compressa em cavidade após cesárea e evolução para óbito	Saída– Contagens adequadas de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.
7 (2017)	Dispositivos/equipamentos médicos: falha/avaria/mau funcionamento	Defeito no balão intragástrico	Pausa - Revisão da equipe de enfermagem: existência de questões a serem verbalizadas sobre materiais/equipamentos
8 (2017)	Nutrição: Dieta errada	Óbito decorrente de broncoaspiração durante cirurgia oftalmológica, o bebê não estava em jejum	Entrada – verificação do risco de aspiração
9 (2017)	Processo/procedimento clínico: lado errado	Remoção do rim errado	Entrada– Identificação: Sítio cirúrgico
			Pausa– Confirmação: Sítio cirúrgico

\*Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Fonte: elaboração própria.

Quadro 1. Continuação...

Casos Ano	Categoria 1- tipo de incidente	Síntese da matéria	Barreiras de segurança (LVSC)*
10 (2018)	Processo/Procedimento clínico: Procedimento errado	Realização de laqueadura ao invés de remoção de glândulas na virilha	Entrada– Identificação: Sítio cirúrgico e procedimento Pausa– Confirmação: Sítio cirúrgico e procedimento
11 (2018)	Processo/Procedimento clínico: Procedimento errado	Remoção de vesícula biliar ao invés de hérnia	Entrada– Identificação: Sítio cirúrgico e procedimento Pausa– Confirmação: Sítio cirúrgico e procedimento
12 (2018)	Processo/Procedimento clínico: inadequado	Veia femoral perfurada durante cirurgia de fêmur	Saída– O cirurgião revisa preocupações essenciais para a recuperação e manejo do paciente.
13 (2018)	Processo/Procedimento clínico: não efetuado quando indicado	Retenção de broca em cavidade após cirurgia de cotovelo	Saída– Contagens adequadas de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.
14 (2018)	Processo/Procedimento clínico: não efetuado quando indicado	Retenção de compressa em cavidade abdominal após a laparotomia exploratória	Saída– Contagens adequadas de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.
15 (2018)	Processo/Procedimento clínico: não efetuado quando indicado	Retenção de gases em cavidade abdominal após colostomia	Saída– Contagens adequadas de instrumentais cirúrgicos, compressas e agulhas estão corretas.
16 (2019)	Processo/Procedimento clínico: lado errado	Remoção de ovário errado	Entrada– Identificação: Sítio cirúrgico Pausa– Confirmação: Sítio cirúrgico

\*Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. Fonte: elaboração própria.

impossibilidade de retornar ao trabalho e custeio próprio do tratamento complementar, o que impactou financeiramente a vida do indivíduo, conforme Quadro 2.

### Consequências ético-profissionais e/ou jurídicas oriundas

Nesta categoria, as consequências ético-profissionais (n=7/casos 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8) consistiram em instauração de diligências e atos que objetivaram a apuração da verdade de fatos alegados pelo órgão do conselho de classe médica. E, em seis casos (3, 6, 7, 8, 10, 12), a reportagem mencionou que o hospital envolvido abriu processo administrativo (sindicância) para apurar as infrações funcionais e instituir penalidades, caso se apliquem.

No aspecto jurídico, boletim de ocorrência foi registrado (n=4/casos 1, 7, 9 e 12) para formalizar a ocorrência perante a autoridade policial. A abertura de inquérito policial aconteceu em cinco casos (2, 3, 5, 7, 10) para apurar a verdade real do fato supostamente criminoso. O processo judicial foi mencionado em

quatro casos (4, 13, 14 e 16), em três casos (4, 13 e 16) estão em andamento e um (caso 14) resultou em condenação judicial onde a sentença aplicada cursou em indenização à vítima. E, apenas um caso (caso 15) não constou menção a qualquer encaminhamento jurídico, conforme Quadro 3.

### DISCUSSÃO

A assistência cirúrgica é imprescindível. Entretanto, de acordo com as reportagens analisadas, os eventos adversos cirúrgicos ocorridos evidenciaram uma prática assistencial insegura, uma vez que resultou em danos expressivos e, algumas vezes, irreversíveis aos pacientes e seus familiares, além de consequências aos profissionais envolvidos e desfechos organizacionais.

Em estudo que objetivou conhecer as experiências das vítimas de eventos adversos ocorridos na assistência à saúde e perceber de que maneira enfrentaram os desafios impostos, os autores destacaram a perplexidade do paciente ao se descobrir vítima e a dificuldade em se aceitar como tal, para além do impacto fisiológico. As mudanças impostas pelos eventos

**Quadro 2.** Danos físicos, psicológicos e socioeconômicos decorrentes de eventos adversos cirúrgicos divulgados em uma mídia brasileira. Brasil, 2019.

Casos	Categoria 2- Danos físicos, psicológicos e/ ou socioeconômicos	Trechos da reportagem
1	<b>Físicos:</b> Lesão em pele, músculo e osso	[...] A cirurgia seria para remoção de material de síntese no punho, mas a abordagem cirúrgica foi no ombro [...]
2	<b>Físico:</b> Infecção	[...] Laudo comprovou infecção decorrente de pano cirúrgico esquecido durante cesárea [...]
3	<b>Físicos:</b> Dor/Dificuldade para se alimentar/ Reoperação/Infecção generalizada/Óbito <b>Psicológicos:</b> Sofrimento/ Dor pela perda/ luto	[...] gaze foi deixado no estômago, após a intervenção, reclamava de dores e dificuldade para comer. Fez nova cirurgia para retirada do material. A jovem evolui com infecção generalizada e morte. A mãe lamenta a morte [...]
4	<b>Físicos:</b> Lesão no nervo ciático. Atrofia de membro inferior esquerdo <b>Psicológicos:</b> Sofrimento	[...] Após a cirurgia, a minha perna encolheu, o exame comprovou a lesão no nervo ciático...dependo da perícia para diminuir meu sofrimento [...]
5	<b>Físicos:</b> Acidente vascular encefálico/ Morte encefálica/Óbito <b>Psicológicos:</b> Sofrimento/Dor pela perda / luto	[...] quando disseram derrame cerebral, que não tem nada a ver com tireoide, no exame constatou trombose cerebral, a falta de fluxo sanguíneo cerebral, fez com que ela tenha tido morte cerebral [...]
6	<b>Físicos:</b> Dor /Reoperação/Sepse/Óbito <b>Psicológicos:</b> Sofrimento/Revolta/ Dor pela perda/luto	[...] Minha filha não aguentava de dor, fizeram a laparotomia e identificaram a compressa e foco da sepse abdominal, evolui com sepse e óbito. A família manifesta dor e revolta [...]
7	<b>Físicos:</b> Complicações cirúrgicas/Parada cardiorrespiratória/Óbito	[...]O balão gástrico, mas estava com problema, vazou o azul de metileno, no organismo, na hora que o médico foi retirar o balão não passou pela traqueia e deu asfixia e parada cardíaca, foi reanimada e encaminhada à Unidade de Terapia Intensiva, mas não resistiu
8	<b>Físicos:</b> Broncoaspiração/Parada cardiorrespiratória/Óbito <b>Psicológicos:</b> Sofrimento/Impotência. Dor pela perda/luto	[...] Ela havia mamado porque não sabíamos quando o procedimento seria realizado...com a broncoaspiração, o pai...conta que a bebê sofreu 8 paradas cardíacas e acabou não resistindo. Para a família, resta a difícil tarefa de aprender a lidar com a falta da filha. Estou sem palavras, tem nada o que dizer. O que eles fizeram...ela não volta mais [...]
9	<b>Físicos:</b> Dor intensa <b>Psicológicos:</b> Sofrimento <b>Socioeconômicos:</b> Impossibilidade de trabalhar/ Custeio do tratamento	[...]sinto muitas dores...espero que a Justiça obrigue esse médico a devolver tudo que eu já gastei para custear o tratamento... Devido às dores que sente,precisou deixar o emprego.
10	<b>Físicos:</b> Dor/Complicações cirúrgicas/ Reoperação <b>Psicológicos:</b> Constrangimento/Desgaste emocional	[...] Além da cirurgia errada, M.A. teve complicações e começou a sentir dores. Ela precisou passar por outra operação...ela diz que teve dificuldades e foi muito constrangida no hospital e INSS [...]"
11	<b>Físicos:</b> Remoção de órgão sadio/Patologia cirúrgica não foi tratada. <b>Psicológicos:</b> Indignação/Desgaste emocional	[...]O cirurgião disse que, antes da cirurgia de hérnia, percebeu que minha vesícula tinha um problema e decidiu fazer a remoção, disse que fez 'um favor de irmão' para mim. Ele retirou meu órgão sem autorização, Estou indignado, sofri um prejuízo físico e emocional, para mim e para toda minha família. No fim das contas, não opere a hérnia [...]

Quadro 2. Continuação...

Casos	Categoria 2- Danos físicos, psicológicos e/ ou socioeconômicos	Trechos da reportagem
12	<b>Físicos:</b> Perfuração venosa/Risco de amputação do membro <b>Psicológico:</b> Desespero	[...] <i>Perfuração de veia na perna com risco de amputação... Agora, ela luta por sua vida. O pai da menina de dez anos está desesperado!</i> [...]
13	<b>Físicos:</b> Dor intensa/Reoperação <b>Psicológico:</b> Trauma psicológico	[...] <i>Após a operação para colocação de pinos no cotovelo tinha muitas dores, foi um susto, um trauma quando descobriu a existência do objeto retido no seu cotovelo. Ele tirou uma broca de 6 cm</i> [...]
14	<b>Físicos:</b> Dor / Reoperação <b>Psicológico:</b> Sofrimento <b>Socioeconômicos:</b> Impossibilidade de trabalhar/Custeio próprio da reoperação	[...] <i>sentindo fortes dores, precisou de nova cirurgia para extração do material, além do abalo emocional, ficou incapacitado para trabalhar. A intervenção custou ao paciente R\$ 17.175</i> [...]
15	<b>Físicos:</b> Dor/Deiscência /Reoperação/Óbito	[...] <i>Após a cirurgia, muitas dores, o corte se abriu, revelando a gaze na barriga. Fez nova cirurgia para a retirada do material, depois foi internado na UTI...evoluindo a óbito</i> [...]
16	<b>Físicos:</b> Dor intensa/Patologia cirúrgica não tratada <b>Psicológicos:</b> Tristeza/Nervosismo/ Desespero/Sofrimento/Descrença	[...] <i>Eu fiquei muito nervosa e falei para ele: pelo amor de Deus, como tirou o ovário direito? Eu falei que era o esquerdo que estava com problema. Eu me vi perdida, continuei com dor e ninguém acreditava em mim. Eu não tenho palavras para expressar a tristeza e tudo que eu sinto</i> [...]

Quadro 3. Consequências ético-profissionais e/ou jurídicas advindas de eventos adversos cirúrgicos divulgados em uma mídia brasileira. Brasil, 2019.

Casos*	Categoria 3: Consequências ético-profissionais e/ou jurídicas	Trechos da reportagem
1	Boletim de ocorrência/Sindicância pelo Conselho Regional de Medicina	[...] <i>Registrou um BO pela falha médica que está sendo investigado pela polícia. O Conselho Regional de Medicina se manifestou e disse que abrirá sindicância</i> [...]
2	Inquérito policial/ Sindicância pelo Conselho de Medicina/ Investigação interna pela prefeitura	[...] <i>A polícia civil investiga. A sindicância pelo Conselho de Medicina é sigilosa. A prefeitura informou que as investigações internas também seguem</i> [...]
3	Investigação policial/Sindicância hospitalar/ Sindicância pelo Conselho de Medicina a iniciar	[...] <i>A Polícia Civil investiga. O delegado disse que, caso fique comprovado, o médico será indiciado por homicídio culposo, pena de 4 a 12 anos de reclusão. O Conselho de Medicina aguarda ser comunicado pela polícia ou família para abrir sindicância</i> [...]
4	Processo judicial em andamento	[...] <i>Foi à Justiça contra o Hospital e médico. O juiz solicitou perícia</i> [...]
5	Suspensão/Inquérito policial/ Sindicância pelo Conselho Regional de Medicina	[...] <i>O médico foi suspenso da unidade de saúde. A Polícia Civil investiga a morte. Abertura de sindicância pelo Conselho de Medicina</i> [...]
6	Processo administrativo hospitalar	[...] <i>diretor do hospital abrirá processo administrativo, podendo até ser demitidos</i> [...]

\*caso 15: não consta na reportagem menção a qualquer encaminhamento jurídico.

**Quadro 3.** Continuação...

Casos*	Categoria 3: Consequências ético-profissionais e/ou jurídicas	Trechos da reportagem
7	Boletim de ocorrência/Inquérito policial/Sindicância Hospitalar (a ocorrer) /Sindicância pelo Conselho de Medicina	[...] Boletim de ocorrência foi registrado. A Polícia Civil deve abrir inquérito. O hospital informou que vai apurar o ocorrido. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo vai instaurar uma sindicância para investigar a morte [...]
8	Sindicância hospitalar	[...] O Hospital abriu uma sindicância [...]
9	Boletim de ocorrência/Investigação policial/Conselho Regional de Medicina aguarda informações para se posicionar.	[...] Segundo relato do BO, pelos exames, não havia necessidade da retirada de nenhum dos dois rins. A Polícia Civil investiga o caso. O Conselho de Medicina vai se posicionar assim que tomar conhecimento sobre o indício de erro médico [...]
10	Instauração de inquérito policial/Sindicância Hospitalar	[...] Polícia Civil instaurou um inquérito para apurar uma possível lesão corporal e negligência médica. O hospital também está apurando [...]
11	Inquérito médico-administrativo	[...] Vou procurar a Justiça. O hospital abrirá inquérito para apurar o que aconteceu.
12	Boletim de ocorrência/Sindicância hospitalar	[...] a família registrou um BO. A direção do hospital instaurou sindicância [...]
13	Processo judicial contra o Estado e hospital	[...] a família entrou na Justiça contra o hospital e o Estado [...]
14	Condenação judicial	[...] O juiz condenou o Estado e médico pelos danos, indenização de R\$ 20 mil.
16	Processo judicial: ação indenizatória em curso	[...] Ingressou no Judiciário com a ação de indenização por danos morais e estéticos.

\*caso 15: não consta na reportagem menção a qualquer encaminhamento jurídico.

adversos acarretaram transformações comportamentais e de atitudes, como a falta de confiança nos profissionais médicos. Ademais, sofrimento e sentimentos negativos passam a fazer parte da vivência dessas pessoas e, sugerem que é necessário criar estratégias que permitam auxílio e cuidado da saúde mental das pessoas que sofreram danos.<sup>10</sup>

A maioria dos eventos adversos cirúrgicos evidenciados nas reportagens (n=12), consistiu na retenção inadvertida de itens (n=6), seguido por realização de procedimento errado (casos 10 e 11) e lado errado (casos 9 e 16). Ressalta-se que, na análise pautada nas barreiras de segurança tem-se na LVSC uma importante estratégia para prevenção dos eventos adversos cirúrgicos, o que reforça a importância de sua utilização.

Similarmente aos resultados obtidos, eventos sentinelas cirúrgicos analisados entre 2016 a 2019 apontam para o predomínio de retenção inadvertida de corpos estranhos, seguido pela cirurgia em local errado, complicações cirúrgicas e pós-operatórias, procedimento errado e paciente errado.<sup>11</sup> Nessa perspectiva, reforça-se a confirmação verbal do paciente, do procedimento e sítio cirúrgico antes da indução anestésica, previstas na LVSC, como barreira à ocorrência de tais eventos

adversos. Essas checagens devem ser realizadas verbalmente com a presença da equipe multidisciplinar na sala de cirurgia, envolvendo o paciente neste processo.<sup>2</sup>

Outra prática segura orientada por protocolos seria a demarcação segura do membro, de preferência enquanto o paciente ainda não recebeu anestésicos para obter a confirmação verbal, e com isso, envolver o paciente com a própria segurança. Nesse sentido, percebe-se que a implementação da LVSC fomenta a prática da cirurgia segura e se apresenta como uma ferramenta de mitigação de falhas assistenciais.<sup>2</sup>

Em seis casos, houve a retenção inadvertida de itens cirúrgicos (gazes e compressas) na cavidade do paciente. Nessa direção, estudos apontam incidência entre 0,15% e 0,2% de retenção pós-operatória de corpos estranhos, principalmente em cirurgias abdominais, o que pode gerar grandes complicações e risco de vida ao paciente, com mortalidade entre 10% e 18%.<sup>12</sup>

Para evitar a ocorrência de casos de esquecimento de materiais na cavidade do paciente, a literatura sugere a realização do método clássico da contagem dos materiais utilizados no campo cirúrgico no início e no fim da cirurgia. Entretanto, sabe-se que existe a possibilidade de falhas durante a contagem de materiais,



conforme apontado em investigação que demonstrou que 88% dos casos de objetos retidos na cavidade dos pacientes, havia relatos em prontuários que houve contagem correta dos materiais.<sup>13</sup> Como estratégia de mitigação de tal falha, a OMS recomenda que o cirurgião deve realizar uma exploração metódica da ferida antes do fechamento de qualquer cavidade anatômica, embora o procedimento não substitua que o processo de contagem dos materiais seja realizado e registrado, envolvendo diferentes profissionais, circulante, instrumentador cirúrgico e cirurgião.<sup>2</sup>

Cumpre ressaltar que, é inegável o potencial benéfico da LVSC para a segurança do paciente cirúrgico, entretanto, nos hospitais, a implementação da LVSC é um processo complexo e desafiador que exige o envolvimento de todos os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado do paciente no período intraoperatório. Isso porque, requer a compreensão de que a LVSC não é um mero exercício de assinalar itens e trata-se de um instrumento que visa o estímulo à comunicação e o trabalho em equipe, com a insubstituível conferência verbal dos itens de checagem entre os participantes. Para o sucesso na implementação, existe a necessidade de liderança efetiva, delegação clara das responsabilidades de cada profissional, colaboração entre os membros da equipe e suporte institucional disponibilizando recursos humanos e materiais necessários para o seu uso diário.<sup>14</sup>

Em relação aos desfechos ético-profissionais oriundos do evento adverso cirúrgico, estudo conduzido apontou para o fato de que a responsabilização dos profissionais deve seguir os trâmites ético-legais, mas é preciso lembrar que existe aparente culpabilização de indivíduos sem demonstração de preocupação com os processos pelos quais as falhas se desencadeiam, o que denota um modo equivocado na abordagem do evento adverso.<sup>15</sup>

No aspecto jurídico, similarmente aos resultados, estudo documental caracterizou processos com decisões judiciais (n=31) por erros envolvendo profissionais de enfermagem. Em oito casos a vítima foi a óbito, em metade deles apresentou incapacidade temporária (17=50%) e sete pessoas apresentaram incapacidade permanente. O erro mais frequente envolveu a administração de medicamentos (38,71%), seguido por erro de assistência ao parto (19,35%) e cirurgia (n=5; 16,13%), o que incluiu posicionamento do cauterio (queimadura) 3(9,68%), contagem de material (gaze em cavidade) 1(3,23%) e negligência de cuidados pós-operatórios 1 (3,23%). Em mais da metade dos casos, o boletim de ocorrência foi registrado pela própria vítima. Em 22 casos o profissional foi condenado. O maior número de condenações envolveu as instituições, o que justifica a participação/respaldo da alta gestão institucional e busca de autopreservação.<sup>16</sup>

## CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Os eventos adversos cirúrgicos divulgados pelas reportagens impactaram sobremaneira a vida dos pacientes, nos aspectos físicos, emocionais e socioeconômicos. Ainda, trouxeram

implicações para os profissionais envolvidos e instituições de saúde.

Salienta-se que a análise das reportagens se restringiu àquelas divulgadas em uma mídia brasileira, portanto, esta realidade não é representativa do país. Além disso, as reportagens produzidas podem ter seu material editado. Deste modo, estes são aspectos que podem consistir em limitação para o estudo.

Apesar disso, este estudo pode subsidiar o preenchimento de uma lacuna do conhecimento, pois permitiu conhecer a inaceitável existência de eventos adversos cirúrgicos na perspectiva de alguns pacientes e familiares que tiveram seu caso divulgado em um meio de comunicação. Nesse contexto, a mídia é uma ferramenta relevante que dá voz aos usuários do sistema de saúde brasileiro, expondo aspectos de uma realidade dramática de cidadãos que, ao buscar a assistência cirúrgica para resolver seu problema de saúde, sentiram as consequências de uma assistência insegura geradora de danos.

Em acréscimo, acredita-se que, se as barreiras de segurança contidas na LVSC fossem rigorosamente adotadas na prática clínica, a maioria dos eventos adversos cirúrgicos divulgados poderia ser evitado. Neste aspecto, espera-se que este estudo possa contribuir para que os serviços de saúde revisitem seus protocolos de cuidado cirúrgico, a fim de garantir a segurança do paciente e salvar vidas.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo. Maritya Mayumi Isiri Tada. Larissa Cristina Gazola de Paulo · Verusca Soares de Souza

Coleta de dados. Maritya Mayumi Isiri Tada. Larissa Cristina Gazola de Paulo · Verusca Soares de Souza

Análise de dados. Maritya Mayumi Isiri Tada. Larissa Cristina Gazola de Paulo · Verusca Soares de Souza. Maria Fernanda do Prado Tostes. Aline Barbieri. Mayane Magalhães Santos

Interpretação dos resultados. Maritya Mayumi Isiri Tada. Maria Fernanda do Prado Tostes. Aline Barbieri. Mayane Magalhães Santos

Redação e revisão crítica do manuscrito. Maritya Mayumi Isiri Tada · Larissa Cristina Gazola de Paulo · Verusca Soares de Souza. Maria Fernanda do Prado Tostes. Aline Barbieri. Mayane Magalhães Santos

Aprovação da versão final do artigo. Maritya Mayumi Isiri Tada · Larissa Cristina Gazola de Paulo · Verusca Soares de Souza. Maria Fernanda do Prado Tostes. Aline Barbieri. Mayane Magalhães Santos

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado.

Maritya Mayumi Isiri Tada · Larissa Cristina Gazola de Paulo · Verusca Soares de Souza. Maria Fernanda do Prado Tostes. Aline Barbieri. Mayane Magalhães Santos

## EDITOR ASSOCIADO

Antonio José Almeida Filho

**REFERÊNCIAS**

1. World Health Organization. Conceptual framework for the international classification for patient safety [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado 2020 maio 3]. Disponível em: [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
2. World Health Organization. WHO surgical safety checklist implementation [Internet]. Geneva: WHO; 2009 [citado 2020 maio 3]. Disponível em: [https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist\\_implementation/en/](https://www.who.int/patientsafety/safesurgery/checklist_implementation/en/)
3. Moura ML, Mendes W. Avaliação de eventos adversos cirúrgicos em hospitais do Rio de Janeiro. *Rev Bras Epidemiol*. 2012 set;15(3):523-35. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000300007>. PMID:23090300.
4. Batista J, Cruz EDA, Alpendre FT, Rocha DJM, Brandão MB, Maziero ECS. Prevalência e evitabilidade de eventos adversos cirúrgicos em hospital de ensino do Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e2939. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2939.3171>. PMID:31596404.
5. Alves MFT, Carvalho DS, Albuquerque GSC. Motivos para a não notificação de incidentes de segurança do paciente por profissionais de saúde: revisão integrativa. *Ciênc. Saúde Colet (Barueri)*. 2019;24(8):2895-908. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018248.23912017>. PMID:31389537.
6. Weiser TG, Haynes AB. Ten years of the surgical safety checklist. *Br J Surg*. 2018;105(8):927-9. <http://dx.doi.org/10.1002/bjs.10907>. PMID:29770959.
7. Sudore RL, Landefeld CS, Pantilat SZ, Noyes KM, Schillinger D. Reach and impact of a mass media event among vulnerable patients: the Terri Schiavo Story. *J Gen Intern Med*. 2008;23(11):1854-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s11606-008-0733-7>. PMID:18716849.
8. Akira F, Marques AC. O papel da mídia nos serviços de saúde. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):246. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300010>. PMID:19629337.
9. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2016.
10. Mendonça VS, Custódio EM. Nuances e desafios do erro médico no Brasil: as vítimas e seus olhares. *Rev Bioet*. 2016;24(1):136-46. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422016241115>.
11. The Joint Commission. Sentinel events data: summary [Internet]. USA: Joint Commission; 2019 [citado 2020 maio 1]. Disponível em: <https://www.jointcommission.org/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-data-summary/>
12. Amaral ALS, Borges O, Cordeiro AP, Matos RR. Corpo estranho intra-abdominal: relato de caso. *Rev. Ciênc. Estud. Acad. Med.* [Internet]. 2014; [citado 2020 maio 3];1:54-60. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/revistamedicina/article/view/349>
13. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, Brennan TA, Zinner MJ. Risk factors for retained instruments and sponges after surgery. *N Engl J Med*. 2003;348(3):229-35. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMsa021721>. PMID:12529464.
14. Tostes MFP, Galvão CM. Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2019;27:e3104. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>.
15. Souza VS, Inoue KC, Costa MAR, Oliveira JLC, Marcon SS, Matsuda LM. Nursing errors in the medication process: television electronic media analysis. *Esc Anna Nery*. 2018 maio 10;22(2):1-7. <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0306>.
16. Souza VS, Inoue KC, Oliveira JLC, Freitas GF, Barlem JGT, Marcon SS et al. Desdobramentos judiciais do erro na enfermagem. *Acta Paul Enferm*. 2019;32(6):700-6. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900096>.