

**DELIBERAÇÃO DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DA**  
**ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE**  
**(VERSÃO NÃO CONFIDENCIAL)**

Considerando que a Entidade Reguladora da Saúde nos termos do n.º 1 do artigo 4.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto exerce funções de regulação, de supervisão e de promoção e defesa da concorrência respeitantes às atividades económicas na área da saúde nos setores privado, público, cooperativo e social;

Considerando as atribuições da Entidade Reguladora da Saúde conferidas pelo artigo 5.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os objetivos da atividade reguladora da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 10.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Considerando os poderes de supervisão da Entidade Reguladora da Saúde estabelecidos no artigo 19.º dos Estatutos da ERS, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto;

Visto o processo registado sob o n.º ERS/63/2015;

**I. DO PROCESSO**

**I.1. Origem do processo**

1. Em 22 de outubro de 2015, a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) recebeu uma denúncia relativa ao H.P.B. - Hospital Privado de Braga, SA (doravante Hospital Privado de Braga), do seguinte teor:

*“Venho por este meio denunciar que no GTS no BO um anestesiológista dá apoio a mais que uma sala ao mesmo tempo, que os cirurgiões operam na maioria das vezes sozinhos.*

*Este procedimento coloca em risco os doentes e viola gravemente a ética profissional.*

*Esta forma de trabalho é do conhecimento de todos, administração, direcção clínica, administrativos”.*

2. A referida denúncia foi inicialmente tratada, em sede de processo de reclamação n.º REC/42843/2015.
3. Nessa sequência, e considerada a necessidade de uma análise mais pormenorizada da situação denunciada, o Conselho de Administração da ERS, por despacho de 4 de novembro de 2015, ordenou a abertura de processo de inquérito registado sob o n.º ERS/63/2015.

## **I.2. Diligências**

4. No âmbito da investigação desenvolvida pela ERS, realizaram-se, entre outras, as diligências consubstanciadas em:
  - (i) Consulta à página eletrónica do prestador, em 17 de novembro de 2015, 23 de novembro de 2015, e em 8 de março de 2016<sup>1</sup>;
  - (ii) Pesquisa no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (doravante SRER) da ERS relativa ao registo do H.P.B – Hospital Privado de Braga, SA, em 8 de março de 2016<sup>2</sup>;
  - (iii) Consulta à página eletrónica do Ministério da Justiça relativa à “*Publicação On-Line de Acto Societário e de outras entidades*”, em 8 de março de 2016<sup>3</sup>;
  - (iv) Pedido de elementos ao prestador, em 30 novembro de 2015, e respetiva resposta<sup>4</sup>;
  - (v) Parecer do perito médico da ERS, em 8 de março de 2016<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> <http://www.hpb.pt/>, conforme *print* junto aos autos.

<sup>2</sup> Conforme *print* junto aos autos.

<sup>3</sup> Conforme *print* junto aos autos.

<sup>4</sup> Conforme documentos juntos aos autos.

## II. DOS FACTOS

### II.1 Factos relativos à exposição inicial

5. Na denúncia apresentada, muito embora não se aluda a nenhuma situação concreta, é referido, por um lado, que no bloco operatório do prestador visado um anestesiológista dá apoio a mais que uma sala ao mesmo tempo;
6. E, por outro lado, que os cirurgiões operam na maioria das vezes sozinhos.
7. Considerada a necessidade de obtenção de uma pronúncia do prestador visado pela denúncia, bem como dos esclarecimentos tidos como necessários, no âmbito do presente processo de inquérito, foi remetido ao Hospital Privado de Braga um pedido de informação, em 30 de novembro de 2015, nos termos do qual foi solicitado o seguinte:

*“1. Se pronunciem, querendo, sobre todo o teor da denúncia apresentada junto da ERS;*

*2. Remetam mapa do pessoal de anestesiologia;*

*3. Remetam mapa do pessoal de cirurgia;*

*4. Remetam mapa dos horários de anestesiologia para os meses de setembro a novembro;*

*5. Remetam mapa das equipas de cirurgia, com indicação dos anestesiológicos, para os blocos operatórios, do mês de setembro até à presente data;*

*6. Esclarecimentos complementares julgados por V. Exas. necessários e relevantes à análise do caso concreto”.*

### II.2. Factos relativos à resposta do prestador

8. Na resposta rececionada na ERS em 25 de janeiro de 2016, em cumprimento do solicitado, o prestador veio dizer o seguinte:

*“[...]*

---

<sup>5</sup> Conforme relatório junto aos autos.

*No âmbito do vosso pedido, informo que o bloco operatório do Hospital Privado de Braga é utilizado para toda a prestação de tratamento cirúrgico (com e sem indução anestésica). Assim, são efetuados no bloco operatório cirurgias distintas consoante o respetivo grau de complexidade, que depende, desde logo, da duração, da existência ou não de anestesia (total, local ou loco regional), da necessidade de recobro pós-cirúrgico, da necessidade de abordagem multidisciplinar, etc.*

*Assim, o bloco operatório é utilizado para pequena cirurgia (de curta duração, sem indução anestésica nem recobro pós-cirúrgico), cirurgia de ambulatorio (que em alguns casos, pode ter anestesia sobretudo loco-regional e internamento em recobro inferior a 24 horas), e cirurgia eletiva (habitualmente de maior duração, com necessidade de recobro e internamento e, por vezes, com necessidade de abordagem multidisciplinar). Mesmo a cirurgia eletiva pode ser classificada de “pequeno, médio ou grande porte”, consoante a sua duração e a maior ou menor probabilidade de perda de líquidos e sangue por parte do doente.*

*É, pois, com base no grau de complexidade da cirurgia que os responsáveis das áreas de cirurgia e anestesiologia determinam a necessidade de recursos humanos afetos ao bloco operatório.*

*De facto, cabe ao cirurgião principal, com base em critérios clínicos e no âmbito da autonomia técnica inerente ao exercício da atividade, ponderar e decidir (em caso de dúvida, após contacto com a Direção Clínica) o número de ajudantes que são necessários para realização de uma determinada cirurgia.*

*Isto faz com que, em situações pontuais, a simplicidade e/ou características especiais da cirurgia programada permitam que o cirurgião possa dispensar a necessidade de presença imediata de um cirurgião ajudante. Veja-se, a título de exemplo, as cirurgias de esfincterotomia por fissura anal, exérese de cisto pilonidal, exérese de cistos sinoviais, entre outros.*

*Aliás, note-se que, em algumas destas cirurgias programadas, os próprios seguros de saúde (assessorados por médicos da especialidade) recusam a presença física de um cirurgião ajudante.*

*Não obstante, noto que essas situações pontuais (que não são, de todo, “maioritárias” e que são determinadas pelos cirurgiões em situações em que as características da cirurgia o motiva) não implicam que o médico cirurgião*

*esteja “sozinho”. Em caso de necessidade (que seria concebível no caso de algum problema de saúde do cirurgião principal), o médico-cirurgião responsável pela cirurgia poderia ser prontamente apoiado por outro cirurgião. Com efeito, durante o período de abertura do bloco operatório para cirurgias programadas, o Hospital tem ao dispor e em presença física cirurgiões que intervirão em caso de necessidade.*

*Face a estes elementos, seguem em anexo todos os elementos solicitados. Relativamente ao “mapa das equipas de cirurgias”, enviamos os documentos designados de registo de honorários, visto que se trata do único documento que identifica o cirurgião ajudante de cada cirurgia. Solicitei, contudo, que fossem apagados os dados pessoais dos clientes”.*

9. Em anexo a esta resposta, o prestador remeteu à ERS os seguintes documentos, cujo teor aqui se dá por integralmente reproduzido:
- Mapa das equipas de cirurgia relativo ao mês de setembro de 2015;
  - Mapa das equipas de cirurgia relativo ao mês de outubro de 2015;
  - Mapa das equipas de cirurgia relativo ao mês de novembro de 2015;
  - Mapa do pessoal de anestesiologia relativo ao mês de setembro de 2015;
  - Mapa do pessoal de anestesiologia relativo ao mês de outubro de 2015;
  - Mapa do pessoal de anestesiologia relativo ao mês de dezembro de 2015;
  - Listagem do corpo clínico.

### **II.3. Do parecer técnico do perito médico da ERS**

10. Face ao conteúdo dos elementos carreados para os autos, foi solicitado ao perito médico da ERS, que se pronunciasse sobre a matéria em causa, nomeadamente sobre os documentos disponibilizados pelo prestador, tendo o mesmo elaborado o parecer, que aqui se dá por integralmente reproduzido para todos os efeitos, e no qual, entre outros aspetos, é referido que:

- (i) *“É verdade que existem procedimentos relativamente simples que poderiam ser executados por um cirurgião apenas.”*
- (ii) *“É também verdade que se deve promover a segurança do doente. Assim sendo, como é possível serem executadas cesarianas (como me*

*pareceu ser o caso), tratamentos bilaterais de varizes ou mesmo cirurgias laparoscópicas apenas com um único cirurgião?”*

*(iii) “Acresce que nessas situações quem executa o trabalho de ajudante é o enfermeiro instrumentista o que configura, na minha opinião a execução de um trabalho técnico para o qual não tem formação.”*

*(iv) “A resposta do prestador invoca o facto de existir numa outra sala, um outro cirurgião com capacidade de realizar o procedimento no caso de algum impedimento súbito do cirurgião responsável, mas isso apenas significa, na minha opinião, que “esticamos a manta de um lado e ela destapa do outro”.*

11. Relativamente ao referido na denúncia de que no bloco operatório do prestador um anesthesiologista dá apoio a mais que uma sala ao mesmo tempo e, por outro lado, que os cirurgiões operam na maioria das vezes sozinhos, é referido pelo perito que *“Não se pode referir que é a maioria das vezes, mas sem dúvida que parece haver um numero significativo de situações em que esse facto acontece”;*

12. Nessa sequência o perito da ERS emitiu as seguintes conclusões/recomendações:

*“[...]*

*Em face da apreciação clínica que antecede, cumpre apresentar as seguintes conclusões e recomendações:*

*Sugiro o envio desta reclamação para a Ordem dos Médicos, para além de ser questionável a posição da Instituição perante a situação descrita.*

*[...]”.*

### **III. DO DIREITO**

#### **III.1. Das atribuições e competências da ERS**

13. De acordo com o n.º 1 do artigo 4.º e o n.º 1 do artigo 5.º, ambos dos Estatutos da ERS aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, 22 de agosto, a ERS tem por missão a regulação, supervisão, e a promoção e defesa da concorrência, respeitantes às atividades económicas na área da saúde dos setores privados, público, cooperativo e social, e, em concreto, da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde.

14. Sendo que estão sujeitos à regulação da ERS, nos termos do n.º 2 do artigo 4.º dos mesmos Estatutos, todos os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, do sector público, privado, cooperativo e social, independentemente da sua natureza jurídica;
15. Consequentemente, o H.P.B. - Hospital Privado de Braga, SA, é uma entidade prestadora de cuidados de saúde registada no SRER da ERS sob o n.º 20016, detentora de dois estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, o Hospital Privado de Braga e o Hospital Privado de Braga Centro, registados no SRER da ERS sob os números 114687 e 122674, respetivamente.
16. As atribuições da ERS, de acordo com o disposto nas alíneas a) e b) do n.º 2 do artigo 5.º dos Estatutos da ERS, compreendem a supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita ao cumprimento dos requisitos de exercício da atividade e de funcionamento, incluindo o licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, bem assim à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes.
17. Ademais, constituem objetivos da ERS, nos termos do disposto nas alíneas a), c) e d) do artigo 10.º do mencionado diploma, assegurar o cumprimento dos requisitos do exercício da atividade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, incluindo os respeitantes ao regime de licenciamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, garantir os direitos e interesses legítimos dos utentes e ainda zelar prestação de cuidados de saúde de qualidade.
18. Competindo-lhe, na execução dos preditos objetivos, e conforme resulta dos artigos 11.º, 13.º e 14.º dos Estatutos, assegurar o cumprimento dos requisitos legais e regulamentares de funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde e sancionar o seu incumprimento, apreciar as queixas e reclamações dos utentes e monitorizar o seguimento dado pelos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde às mesmas, bem como garantir o direito dos utentes à prestação de cuidados de saúde de qualidade.
19. Para tanto, a ERS pode assegurar tais incumbências mediante o exercício dos seus poderes de supervisão, consubstanciado, designadamente, no dever de zelar pela aplicação das leis e regulamentos e demais normas aplicáveis, e ainda mediante a emissão de ordens e instruções, bem como recomendações ou advertências individuais, sempre que tal seja necessário, sobre quaisquer matérias relacionadas com os objetivos da sua atividade reguladora, incluindo a imposição de medidas de

conduta e a adoção das providências necessárias à reparação dos direitos e interesses legítimos dos utentes – cfr. alíneas a) e b) do artigo 19.º dos Estatutos da ERS.

### **III.2. Da prestação de cuidados de saúde de qualidade**

20. A necessidade de garantir requisitos mínimos de qualidade e segurança ao nível da prestação, dos recursos humanos, do equipamento disponível e das instalações, está presente no setor da prestação de cuidados de saúde de uma forma mais acentuada do que em qualquer outra área.
21. Com efeito, as relevantes especificidades deste setor agudizam a necessidade de garantir que os serviços sejam prestados em condições que não lesem o interesse nem violem os direitos dos utentes.
22. Efetivamente, a qualidade tem sido considerada como um elemento diferenciador no processo de atendimento das expectativas de clientes e utentes dos serviços de saúde.
23. Particularmente, a assimetria de informação que se verifica entre prestadores e consumidores reduz a capacidade de escolha dos últimos, não lhes sendo fácil avaliar a qualidade e adequação do espaço físico, nem a qualidade dos recursos humanos e da prestação a que se submetem quando procuram cuidados de saúde.
24. Os utentes dos serviços de saúde que recorrem à prestação de cuidados de saúde encontram-se, não raras vezes, numa situação de vulnerabilidade que torna ainda mais premente a necessidade dos cuidados de saúde serem prestados pelos meios adequados, com prontidão, humanidade, correção técnica e respeito.
25. Sempre e em qualquer situação, toda a pessoa tem o direito a ser respeitada na sua dignidade, sobretudo quando está inferiorizada, fragilizada ou perturbada pela doença.
26. Por outro lado, os níveis de segurança desejáveis na prestação de cuidados de saúde, devem ser considerados seja do ponto de vista do risco clínico, seja do risco não clínico.
27. Os utentes dos serviços de saúde têm direito a que os cuidados de saúde sejam prestados com observância e em estrito cumprimento dos parâmetros mínimos de qualidade legalmente previstos, quer no plano das instalações, quer no que diz respeito aos recursos técnicos e humanos utilizados.
28. Gozando por isso do direito de exigir aos prestadores de cuidados de saúde o cumprimento dos requisitos de higiene, segurança e salvaguarda da saúde pública,



bem como a observância das regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis.

29. A este respeito encontra-se reconhecido na Lei de Bases da Saúde, mais concretamente na sua alínea c) da Base XIV, o direito dos utentes serem “ [...] *tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito*”.
30. Quando o legislador refere que os utentes têm o direito de ser tratados pelos meios adequados e com correção técnica está certamente a referir-se à utilização, pelos prestadores de cuidados de saúde, dos tratamentos e tecnologias tecnicamente mais corretas e que melhor se adequam à necessidade concreta de cada utente, bem assim aos recursos humanos necessários e adequados aos cuidados de saúde em causa.
31. Este direito tem vindo a ser objeto de progressiva integração e reforço pelo legislador que, recentemente, o incluiu no elenco de direitos plasmados na Lei n.º 15/2014, de 21 de março.
32. Com efeito, o artigo 4.º da referida Lei, sob a epígrafe “*Adequação da prestação dos cuidados de saúde*”, estatui que:
- “1 – O utente dos serviços de saúde tem direito a receber, com prontidão ou num período de tempo considerado clinicamente aceitável, consoante os casos, os cuidados de que necessita.*
- 2 - O utente dos serviços de saúde tem direito à prestação dos cuidados de saúde mais adequados e tecnicamente mais corretos.*
- 3 - Os cuidados de saúde devem ser prestados humanamente e com respeito pelo utente”.*
33. O direito à qualidade dos cuidados implica o cumprimento de requisitos legais e regulamentares de exercício, de manuais de boas práticas, de normas de qualidade e de segurança, de normas de acreditação e certificação;
34. Tudo com vista à garantia de que o acesso à prestação de cuidados de saúde é, efetivamente, o acesso aos cuidados qualitativamente necessários e adequados ao caso concreto.
35. Cumprindo, por isso, analisar se no estabelecimento visado, é assegurado o direito dos utentes a ser tratados pelos meios técnicos e humanos necessários e adequados à sua situação clínica, e de acordo com as regras de qualidade e segurança definidas pelos códigos científicos e técnicos aplicáveis.

### III.3. Das normas e orientações emitidas pela Ordem dos Médicos

36. No que concerne às matérias em apreciação nos presentes autos – acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista e constituição das equipas de cirurgia – a Ordem dos Médicos emitiu já normas e orientações objetivas sobre as mesmas.
37. Com efeito, quanto ao acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista, em 6 de novembro de 2007, o Conselho Nacional Executivo aprovou o Regulamento sobre o acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista pelo doente submetido a atos médicos de anestesia ou sedação.
38. Assim:

*“Considerando que o anestesista que assume a responsabilidade por um doente está moral, ética e legalmente vinculado ao acompanhamento do doente durante o acto médico de anestesia e sedação; e ainda que existe o risco de, com o crescente impacto da denominada gestão empresarial na governação hospitalar, os Serviços de Anestesiologia ou os Anestesiologistas individualmente considerados serem pressionados no sentido de assumirem responsabilidades simultâneas por mais do que um doente anestesiado ou sedado, o Colégio da Especialidade de Anestesiologia firmou os conceitos e princípios que devem ser seguidos para efeito do acompanhamento e responsabilidade do Anestesiologista pelo doente submetido a actos médicos de anestesia ou sedação.*

*Tais princípios e conceitos têm fundamento nas leges artis da Especialidade de Anestesiologia. O Conselho Nacional Executivo, na sua reunião de 6 de Novembro de 2007, aprovou, para valer como Regulamento, os mencionados princípios e conceitos”.*

39. De acordo com o Regulamento sobre o acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista pelo doente submetido a atos médicos de anestesia ou sedação, então aprovado:

*“1. A boa prática assistencial exige que o acompanhamento do doente anestesiado ou sedado seja efectuado, em presença física junto do doente, por um especialista de Anestesiologia, devidamente inscrito no respectivo Colégio.*

*2. A boa prática assistencial exige que o anestesiológista que acompanhe um doente anestesiado ou sedado assuma a responsabilidade apenas por um doente em cada momento, não sendo aceitável o acompanhamento de mais do que um doente em simultâneo ou a tutela de quem acompanha outro doente. Como situação de excepção apenas se considera aceitável a intervenção em mais do que um doente anestesiado ou sedado em caso de emergência (com risco de vida) que imponha a intervenção imediata com os recursos disponíveis, ainda que não os ideais”.<sup>6</sup>*

40. Já no que concerne à constituição das equipas cirúrgicas, o Conselho Nacional Executivo da Ordem dos Médicos, reunido a 28 de Fevereiro de 2014, analisou os pareceres e recomendações existentes sobre a composição de equipas cirúrgicas tendo decidido reafirmar os princípios anteriormente aprovados e que se traduzem nas seguintes recomendações<sup>7</sup>:

“[...]”

***Orientações para a constituição das equipas por actos cirúrgicos ou equiparados***

***Constituição das equipas cirúrgicas ou equiparáveis***

*A realização de qualquer Acto Médico pressupõe uma plataforma técnica com vector material e humanos adequados. Tal apetrechamento material e humano pode variar entre um nível optimizado e um nível mínimo exigível. Este princípio geral aplica-se, por maioria de razão, à execução de actos cirúrgicos, para os quais é indispensável a existência de um responsável, que saiba possuir as necessárias aptidões e esteja disponível para o demonstrar, nomeadamente, através da posse dos títulos reconhecidos pela Ordem dos Médicos. O nível mínimo exigível depende das circunstâncias envolventes do caso, sendo certo que, em situações de comprovada emergência, e se tal se mostrar, em absoluto, necessário à salvaguarda da vida e saúde do doente, pode o médico actuar abaixo do nível mínimo necessário para situações programadas. Reflecte-se com esta doutrina o*

<sup>6</sup> Regulamento disponível em <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ab817c9349cf9c4f6877e1894a1faa00&id=3a20f62a0af1aa152670bab3c602feed>

<sup>7</sup> Publicadas em <https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=0dbb3fb9a5cd1d5f8a9075b5bb8070aa>

*estabelecido no artigo 7º do Código Deontológico que prevê que "o médico deve, em qualquer lugar ou circunstância, prestar tratamento de urgência a pessoas que se encontrem em perigo imediato, independentemente da sua função específica ou da sua formação especializada". O mesmo princípio decorre do ordenamento penal, genericamente previsto como crime de omissão de auxílio.*

*No caso de actos cirúrgicos programados, e não estando em causa situações de emergência, é dever dos médicos cumprir o disposto no artigo 31 nº1 do Código Deontológico que estabelece como princípio geral que "o médico que aceite o encargo ou tenha o dever de atender um doente obriga-se por esse facto à prestação dos melhores cuidados de saúde ao seu alcance...". Este dever de optimização da qualidade do exercício profissional implica que, em quaisquer actos médicos e, particularmente, nos actos cirúrgicos em que a vida ou uma importante função possam estar em risco a equipa mínima a estar presente/disponível no bloco operatório seja constituída por um cirurgião autonomamente competente na execução da técnica e por, pelo menos, um ajudante, médico, com a diferenciação suficiente para, no caso de surgirem circunstâncias imponderáveis e não previsíveis, poder suprir a indisponibilidade do cirurgião responsável, em condições técnicas minimamente aceitáveis. Acresce que a elevada diferenciação técnica que hoje caracteriza e é exigida para a prática de actos médicos, e sobretudo para aqueles com maior risco de morbilidade e mortalidade, acarreta um inevitável acréscimo de responsabilidade colegial e colectiva das equipas médicas, sem reduzir ou iludir a responsabilidade individual de cada médico. Poder-se-á, ainda, aduzir, em reforço da doutrina agora exposta, que ao responsável da equipa cirúrgica se aplicam os princípios previstos no artigo 3º do Código Deontológico, segundo o qual, o médico, no exercício da sua profissão é técnica e deontologicamente independente e responsável pelos seus actos, e no artigo 33 nº 1 do mesmo Código que prevê que "o médico deve procurar exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção...". É importante considerar que, em qualquer caso, a equipa constituída tem de assegurar ao doente a conclusão do acto cirúrgico encetado. Podendo sobrevir ao cirurgião qualquer circunstância fortuita, mesmo de saúde, que o impeça de atender a uma complicação eventualmente surgida ou terminar a cirurgia começada, é imprescindível garantir a disponibilidade de um médico capaz de ajudar ou empreender as*

*manobras necessárias à salvaguarda do doente, o que, visto tratar-se de uma situação anómala e excepcional, não colide com a norma genérica do Código Deontológico que impede o médico de ultrapassar as suas qualificações e competências artigo 36º.*

*Assim, o CNE reitera a obrigatoriedade das seguintes normas:*

*1- Na realização de actos cirúrgicos ou equiparáveis que envolvam risco de vida ou de prejuízo funcional ou estético, o cirurgião responsável deverá incluir na sua equipa como 1º. Ajudante um colega capaz de o substituir em qualquer fase do acto cirúrgico e de garantir a conclusão do mesmo ou a sua suspensão, em condições de segurança para a vida do doente e, na medida do possível, sem prejuízos funcionais ou estéticos.*

*2- Nas instituições hospitalares em que a dimensão dos blocos operatórios e da sua actividade traduza disponibilidade constante de outros cirurgiões não especialistas, a função de 1º, ajudante poderá ser preenchida por internos das especialidades em causa, de acordo com as necessidades da aprendizagem e do ensino.*

*3- Fora das instituições referidas em 2), só em casos excepcionais poderá, o primeiro ajudante ser um médico não seguramente qualificado para preencher os requisitos mínimos expostos em 1), devendo o cirurgião tomar as providências prévias e adequadas à sua eventual substituição por colega qualificado*

*4- Nas situações excepcionais de emergência, está o médico obrigado a actuar de forma e com o/os ajudantes de que puder dispor no objectivo prioritário de salvação da vida do doente.*

*5- Em nenhuma outra circunstancia que envolva cirurgia ou actos programados deverá o médico responsável deixar de cumprir o disposto nos nº(s) 1 e 2, nem deixar de ter como ajudantes (não confundir com instrumentistas) profissionais não médicos*

*6- Mesmo nos serviços de urgência de qualquer hospital, os actos cirúrgicos e todos os que lhe sejam equiparáveis, são actos cuja execução é da exclusiva competência médica.*

***Aprovados os pareceres emitidos pelos colégios de especialidade que se aplicam e melhor concretizam as suas áreas de actuação:***

## **Anestesiologia**

*Segundo o que é aceite consensualmente, uma equipa médica cirúrgica deve ser constituída, no mínimo, por dois cirurgiões, dos quais um será o cirurgião principal e o outro o cirurgião-ajudante. Mais se informa de que as boas práticas recomendam que o cirurgião-ajudante deve ser capaz de realizar a operação em causa, assumindo a liderança da equipa cirúrgica no caso de tal se tornar necessário durante a execução da mesma.*

*A maioria das intervenções cirúrgicas necessita à partida da presença dum anestesiolista, sobretudo a quase totalidade dos procedimentos que se incluem nos programas de SIGIC - produção adicional.*

## **Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética**

### **Introdução**

*A Direcção do Colégio de Especialidade de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética, reunida em Coimbra a 17 de Janeiro de 2009, decidiu adoptar o seguinte Documento de Orientação sobre as Condições Técnicas de Execução de Actos Cirúrgicos.*

### **Ponto 1. Definições, Âmbito e Competências**

*1.1 Considera este Colégio que o Cirurgião Plástico assume a responsabilidade técnica, moral e ética perante o doente pelo tratamento cirúrgico que instituiu nos termos do artº 34º nº 1 do Código Deontológico da Ordem dos Médicos (Regulamento nº 14/2009 DR II Série 13 de Janeiro 2009) que determina que “ O Médico é responsável pelos seus Actos e pelos praticados por profissionais sob sua orientação desde que estes não se afastem das suas instruções nem excedam o limite das suas competências” e do artº 108º nº2 que refere que “Nas Intervenções Cirúrgicas (...) cada um dos médicos intervenientes deve procurar uma relação médico-doente personalizada e humana e cuidar de não ser apenas um mero executante de um acto técnico”*

*1.2 Dispõe ainda o mesmo Código no artº 33º nº1 que “O Médico deve exercer a sua profissão em condições que não prejudiquem a qualidade dos seus serviços e a especificidade da sua acção, não aceitando situações que lhe cerceiem a liberdade de fazer juízos clínicos e éticos e de actuar em conformidade com a leges artis”.*

Assim, na materialização dos pontos enunciados:

**Ponto 2. Dos Meios Humanos - Definição de Mínimos Tecnicamente Defensáveis.**

2.1 Um Acto Cirúrgico não deve ser efectuado por um cirurgião isolado, salvo em situações excepcionais.

2.2 A equipa Cirúrgica deve ser constituída pelo menos por um Cirurgião responsável e um ajudante que deverá ter também qualificação técnica científica e ética para concluir o Acto cirúrgico.

**Ponto 3. Do Ambiente e Logística**

3.1 Os Actos Cirúrgicos deverão ser efectuados em locais e instalações adequados e que cumpram as normas gerais de segurança previstas na Lei<sup>8</sup>.

**III.4. Análise da situação concreta**

41. Recorde-se que na denúncia anónima apresentada à ERS é referido, por um lado, que no bloco operatório do prestador um anestesiológista dá apoio a mais que uma sala ao mesmo tempo e, por outro lado, que os cirurgiões operam na maioria das vezes sozinhos.

42. Na resposta apresentada pelo Hospital Privado de Braga, SA, o prestador refere, designadamente, que:

*“[...] o bloco operatório do Hospital Privado de Braga é utilizado para toda a prestação de tratamento cirúrgico (com e sem indução anestésica). Assim, são efetuados no bloco operatório cirurgias distintas consoante o respetivo grau de complexidade, que depende, desde logo, da duração, da existência ou não de anestesia (total, local ou loco regional), da necessidade de recobro pós-cirúrgico, da necessidade de abordagem multidisciplinar, etc.*

*Assim, o bloco operatório é utilizado para pequena cirurgia (de curta duração, sem indução anestésica nem recobro pós-cirúrgico), cirurgia de ambulatorio (que em alguns casos, pode ter anestesia sobretudo loco-*

8

Documento disponível em  
<https://www.ordemdosmedicos.pt/?lop=conteudo&op=ed3d2c21991e3bef5e069713af9fa6ca&id=0dbb3fb9a5cd1d5f8a9075b5bb8070aa>



*regional e internamento em recobro inferior a 24horas), e cirurgia eletiva (habitualmente de maior duração, com necessidade de recobro e internamento e, por vezes, com necessidade de abordagem multidisciplinar). Mesmo a cirurgia eletiva pode ser classificada de “pequeno, médio ou grande porte”, consoante a sua duração e a maior ou menor probabilidade de perda de líquidos e sangue por parte do doente.*

*É, pois, com base no grau de complexidade da cirurgia que os responsáveis das áreas de cirurgia e anestesiologia determinam a necessidade de recursos humanos afetos ao bloco operatório.*

*De facto, cabe ao cirurgião principal, com base em critérios clínicos e no âmbito da autonomia técnica inerente ao exercício da atividade, ponderar e decidir (em caso de dúvida, após contacto com a Direção Clínica) o número de ajudantes que são necessários para realização de uma determinada cirurgia.*

*Isto faz com que, em situações pontuais, a simplicidade e/ou caraterísticas especiais da cirurgia programada permitam que o cirurgião possa dispensar a necessidade de presença imediata de um cirurgião ajudante. Veja-se, a título de exemplo, as cirurgias de esfincterotomia por fissura anal, exérese de cisto pilonidal, exérese de cistos sinoviais, entre outros.*

*Aliás, note-se que, em algumas destas cirurgias programadas, os próprios seguros de saúde (assessorados por médicos da especialidade) recusam a presença física de um cirurgião ajudante.*

*Não obstante, noto que essas situações pontuais (que não são, de todo, “maioritárias” e que são determinadas pelos cirurgiões em situações em que as caraterísticas da cirurgia o motiva) não implicam que o médico cirurgião esteja “sozinho”. Em caso de necessidade (que seria concebível no caso de algum problema de saúde do cirurgião principal), o médico-cirurgião responsável pela cirurgia poderia ser prontamente apoiado por outro cirurgião. Com efeito, durante o período de abertura do bloco operatório para cirurgias programadas, o Hospital tem ao dispor e em presença física cirurgiões que intervirão em caso de necessidade [...]” – cfr. resposta do prestador de 25 de janeiro de 2016, junto aos autos.*

43. Por outro lado, analisada a documentação remetida à ERS pelo prestador, foi possível ao perito médico da ERS concluir que:



*“É verdade que existem procedimentos relativamente simples que poderiam ser executados por um cirurgião apenas.*

*É também verdade que se deve promover a segurança do doente.*

*Assim sendo, como é possível serem executadas cesarianas (como me pareceu ser o caso), tratamentos bilaterais de varizes ou mesmo cirurgias laparoscópicas apenas com um único cirurgião?*

*Acresce que nessas situações quem executa o trabalho de ajudante é o enfermeiro instrumentista o que configura, na minha opinião a execução de um trabalho técnico para o qual não tem formação.*

*A resposta do prestador invoca o facto de existir numa outra sala, um outro cirurgião com capacidade de realizar o procedimento no caso de algum impedimento súbito do cirurgião responsável, mas isso apenas significa, na minha opinião, que "esticamos a manta de um lado e ela destapa do outro" – cfr. relatório de apreciação clínica de 8 de março de 2016, junto aos autos.*

44. Acresce ainda que, pese embora o prestador na resposta apresentada refira que só em situações pontuais é que o cirurgião opera “sozinho”,
45. O certo é que, conforme resulta do relatório clínico junto aos autos, nas listas apresentadas existem várias situações em que apenas está referido um cirurgião na intervenção efetuada, sendo que numa das situações é o próprio Diretor Clínico que está envolvido.
46. E que, apesar de na denúncia apresentada se referir que no estabelecimento visado os cirurgiões operam na maioria das vezes sozinhos, a análise dos elementos carreados para os autos, permite concluir que, não se podendo referir que é a maioria das vezes, há, contudo, um número significativo de situações em que esse facto acontece, como se conclui no relatório clínico junto aos autos, importando também referir que o que releva não é se tais casos são maioritários ou não, mas que, de facto, estas situações se registam e não são, contudo, situações pontuais.
47. Tal prática é, como vimos, contrária à orientação da Ordem dos Médicos de que só em situações excecionais um ato cirúrgico poderá ser efetuado por um cirurgião isolado.
48. O mesmo se diga quanto à permanência e acompanhamento pelo anestesiológista do doente submetido a anestesia ou sedação.
49. Da análise efetuada pelo perito médico da ERS, foi também possível concluir que no bloco operatório do prestador visado um anestesiológista dá apoio a mais que uma sala ao mesmo tempo.

50. Recorde-se que nesta matéria as boas práticas médicas recomendadas exigem que o acompanhamento do doente anestesiado ou sedado seja efetuado, em presença física junto do doente, por um especialista de anestesiologia, devidamente inscrito no respetivo colégio e ainda que este anestesiológista que acompanha o doente anestesiado ou sedado assuma a responsabilidade apenas por um doente em cada momento, não sendo aceitável o acompanhamento de mais do que um doente em simultâneo ou a tutela de quem acompanha outro doente, apenas excecionalmente se considerando aceitável a intervenção em mais do que um doente anestesiado ou sedado em caso de emergência (com risco de vida).
51. De todo o exposto e consideradas as competências legalmente atribuídas à ERS, conclui-se que as práticas adotadas não são conformes às boas práticas médicas recomendadas, cumprindo destacar a conclusão contida no relatório do perito médico de que as irregularidades denunciadas se verificam, sugerindo também o reencaminhamento da mesma para a Ordem dos Médicos.
52. Ou seja, embora não seja competência da ERS avaliar a bondade dos concretos cuidados de saúde prestados *in casu*, nem tão pouco avaliar da sua oportunidade e pertinência clínica face às *legis artis* determinadas;
53. O objeto de análise dos presentes autos foi delimitado à averiguação da existência de eventuais falhas de atuação no que toca aos procedimentos implementados no caso concreto, e a sua adequação face aos protocolos/procedimentos vigentes;
54. Bem como a suscetibilidade de tais procedimentos serem, *in genere*, aptos a garantir a prestação de cuidados de saúde de qualidade e, conseqüentemente, a proteção dos direitos e legítimos interesse dos utentes.
55. Ademais, uma tal análise terá sempre como fito a prossecução das atribuições da ERS em matéria de garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes;
56. As quais não se estendem à avaliação da atividade dos profissionais de saúde no que tange à validação da correção técnica dos procedimentos empregues, a qual se encontra sob a alçada das ordens profissionais respetivas.
57. Nesta medida, considera-se necessária a emissão de uma recomendação ao prestador, no sentido da necessidade adequação do comportamento do H.P.B. - Hospital Privado de Braga, SA, às regras e orientações a cada momento aplicáveis, nomeadamente às boas práticas *supra* explanadas, de molde a assegurar a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde;

58. E concomitante proteção dos direitos e interesses legítimos dos utentes.

#### **IV. AUDIÊNCIA DE INTERESSADOS**

59. A presente deliberação foi precedida de audiência escrita dos interessados, nos termos e para os efeitos do disposto no n.º 1 do artigo 122.º do Código do Procedimento Administrativo, aplicável *ex vi* do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, tendo para o efeito sido chamados a pronunciar-se relativamente ao projeto de deliberação da ERS o Hospital Privado de Braga, SA, e a Ordem dos Médicos.
60. No prazo fixado para o efeito e até à presente data, não foi rececionada pela ERS qualquer pronúncia seja do Hospital Privado de Braga, SA, seja da Ordem dos Médicos;
61. Termos em que se concluí pela manutenção na íntegra da deliberação tal como projetada e regularmente notificada.

#### **V. DECISÃO**

62. Tudo visto e ponderado, o Conselho de Administração da ERS delibera, nos termos e para os efeitos do preceituado nas alíneas a) e b) do artigo 19.º e na alínea a) do artigo 24.º dos Estatutos da ERS, emitir uma recomendação ao H.P.B. - Hospital Privado de Braga, SA, no sentido de que o prestador deve adotar todas as diligências e implementar todos os procedimentos necessários ao cumprimento das boas práticas, nomeadamente as normas e orientações a cada momento aplicáveis, em especial no que toca à constituição das equipas cirúrgicas ou equiparáveis e acompanhamento e responsabilidade do anestesiológista pelo doente submetido a anestesia ou sedação, assegurando dessa forma a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados.
63. Será dado conhecimento da presente deliberação à Ordem dos Médicos, atentas as respetivas competências.
64. A versão não confidencial da presente deliberação será publicitada no sítio oficial da Entidade Reguladora da Saúde na Internet.

O Conselho de Administração.

26 de abril de 2016.