

MGIC 2011

Volume I – Princípios Gerais



Unidade Central de Gestão de Inscritos
para Cirurgia

Índice

1. Antecedentes e Enquadramento	3
2. Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia	12
2.1. Visão	12
2.2. Missão	13
2.3. Objectivos e estratégias	13
2.4. Princípios essenciais	15
2.5. Entidades envolvidas no SIGIC	15
2.6. Sistema de informação de suporte ao SIGIC	20
3. Gestão do Episódio - Fases Gerais	29
3.1. Entidades envolvidas	31
3.2. Fases gerais do episódio	32
3.2.1. Fase da Proposta	38
3.2.1.1. Etapa da análise	38
3.2.1.2. Etapa da pré-Inscrição/registo provisório na LIC	39
3.2.1.2.1. Criação do plano de cuidados (proposta cirúrgica)	40
3.2.1.2.2. Consentimento do utente	47
3.2.1.2.3. Validação do Plano de Cuidados (proposta)	48
3.2.1.2.4. Activação da inscrição	48
3.2.1.2.5. Alteração do Plano de Cuidados	49
3.2.1.3. Etapa da inscrição	50
3.2.1.3.1. Intransferível	51
3.2.1.3.2. Suspensão administrativa	52
3.2.1.3.3. Pendência da inscrição	52
3.2.1.3.4. Requisição/agendamento da cirurgia	53
3.2.1.3.4.1. Programação dos utentes a agendar	54
3.2.1.3.4.2. Contacto para agendamento	57
3.2.1.3.4.3. Cancelamento do agendamento e reagendamento	57
3.2.1.3.5. Comparência aos eventos pré-operatórios	58
3.2.1.4. Etapa da transferência	60
3.2.1.4.1. Gestão das transferências até cativação da nota de transferência/vale cirurgia ..	62
3.2.1.4.1.1. Preparativos para a transferência do utente	62
3.2.1.4.1.2. Avaliação dos episódios em condições para transferência	63

3.2.1.4.1.3. Preparação dos episódios para transferência ou para a cirurgia	63
3.2.1.4.1.4. Agendamento dos episódios não transferíveis até ao TMRG	65
3.2.1.4.1.5. Transferência para outra instituição hospitalar	66
3.2.1.4.1.6. Transferência para a UCGIC.....	66
3.2.1.4.1.7. Emissão e envio da Nota de Transferência ou Vale Cirurgia	67
3.2.1.4.1.8. Tratamento das respostas dos utentes	69
3.2.1.4.2. Gestão das transferências após cativação	74
3.2.1.4.2.1. Encargos com a transferência do utente.....	74
3.2.1.4.2.2. Transferência de utentes menores (idade inferior a 14 anos)	77
3.2.1.4.2.3. Avaliação pré-operatória do utente em instituição hospitalar convencionada	78
3.2.1.4.2.4. Devolução do episódio à origem	85
3.2.2. Fase da Realização	85
3.2.2.1. Admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório	86
3.2.2.2. Cirurgia Segura.....	87
3.2.2.3. Realização da cirurgia	88
3.2.2.4. Alta de internamento/cirurgia de ambulatório	89
3.2.2.5. Intercorrências e complicações no período de internamento	90
3.2.3. Fase da Catamnese	91
3.2.3.1. Desdobramento da proposta.....	93
3.2.3.2. Intercorrências e complicações pós-alta hospitalar	93
3.2.4. Fase da Conclusão do episódio	94
3.2.4.1. Conclusão da facturação.....	95
3.3. Acções transversais ao episódio	96
3.3.1. Readmissão	96
3.3.2. Reinscrição	97
3.3.3. Contactos com utentes e registos.....	97
3.3.4. Comunicação na rede	97
3.3.5. Divulgação e apoio ao utente na área do SIGIC.....	98
3.4. Controlo do processo de gestão dos utentes em lista	98
4. Controlo da Produção	101

1. ANTECEDENTES E ENQUADRAMENTO

Na última década, as sociedades têm vindo a demonstrar, de forma crescente, um descontentamento face ao tempo de espera para a realização de cirurgias. Em Portugal, esta realidade deu lugar a algumas iniciativas governamentais que procuraram, através de programas especiais, diminuir o número de doentes que se encontravam em lista de espera.

A primeira iniciativa ocorreu em 1995 com o lançamento do Programa Especial de Recuperação das Listas de Espera (PERLE), que praticamente se reduziu ao seu anúncio público, tendo-se-lhe seguido em 1997 o primeiro Programa de Promoção do Acesso (PPA) e, concluído este, em 1999, o Programa de Promoção da Melhoria do Acesso (PPMA).

Todos eles tinham genericamente em comum incluírem apenas as intervenções cirúrgicas que registavam o maior tempo de espera e o maior número de doentes em espera, até pela frequência da casuística, distinguindo-se sobretudo pela solução proposta para o efeito. Enquanto no primeiro, a solução assentava no recurso exclusivo ao sector privado mediante realização prévia de concurso público, no segundo e terceiro programa os hospitais do SNS eram os prestadores por excelência, alargando-se a prestação ao sector social só com o PPMA.

Apesar do impacto significativo destes programas, as listas de espera não paravam de aumentar e os tempos atingiam valores de espera clínica e eticamente inaceitáveis, verificando-se que os casos mais recentes rapidamente atingiam os tempos de espera dos casos mais antigos entretanto resolvidos, até com eventual agravamento futuro decorrente de uma procura em crescendo.

É, então, que foi aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 100/2002, de 26 de Abril a criação do Programa Especial de Combate às Listas de Espera Cirúrgicas (PECLEC), que alarga a prestação ao sector privado mediante a celebração de convenções, com o objectivo de aumentar e melhorar o acesso dos cidadãos aos cuidados cirúrgicos.

Por **acesso a cuidados de saúde** entende-se a possibilidade dos cidadãos obterem cuidados de saúde **apropriados** às suas necessidades de modo a alcançarem ganhos em saúde¹. Neste contexto entende-se por cuidados apropriados a sua prestação **atempada**, com efectivos **ganhos em saúde**, prestados de forma **eficiente** e com **valor** apercebido pelo utente.

A intervenção do Estado definindo políticas para o acesso e mecanismos reguladores decorre dos serviços de saúde serem um bem escasso e valioso que importa gerir com eficiência, minimizando em simultâneo as consequências nefastas para os indivíduos e para a sociedade, resultantes da falta de acesso em tempo útil a cuidados de saúde nomeadamente de natureza cirúrgica.

Na ilustração que se segue, representa-se graficamente uma perspectiva holística dos cuidados de saúde, em que se pode observar a contextualização dos cuidados cirúrgicos relativamente às restantes formas de prestação de cuidados de saúde e ainda as principais necessidades que emergem do sistema de saúde. De realçar que a actividade cirúrgica representa

¹ Definição adaptada do observatório europeu dos sistemas de saúde

mais de 50% da prestação de cuidados hospitalares e está orçada em mais de 1.000 milhões de euros em custos directos.

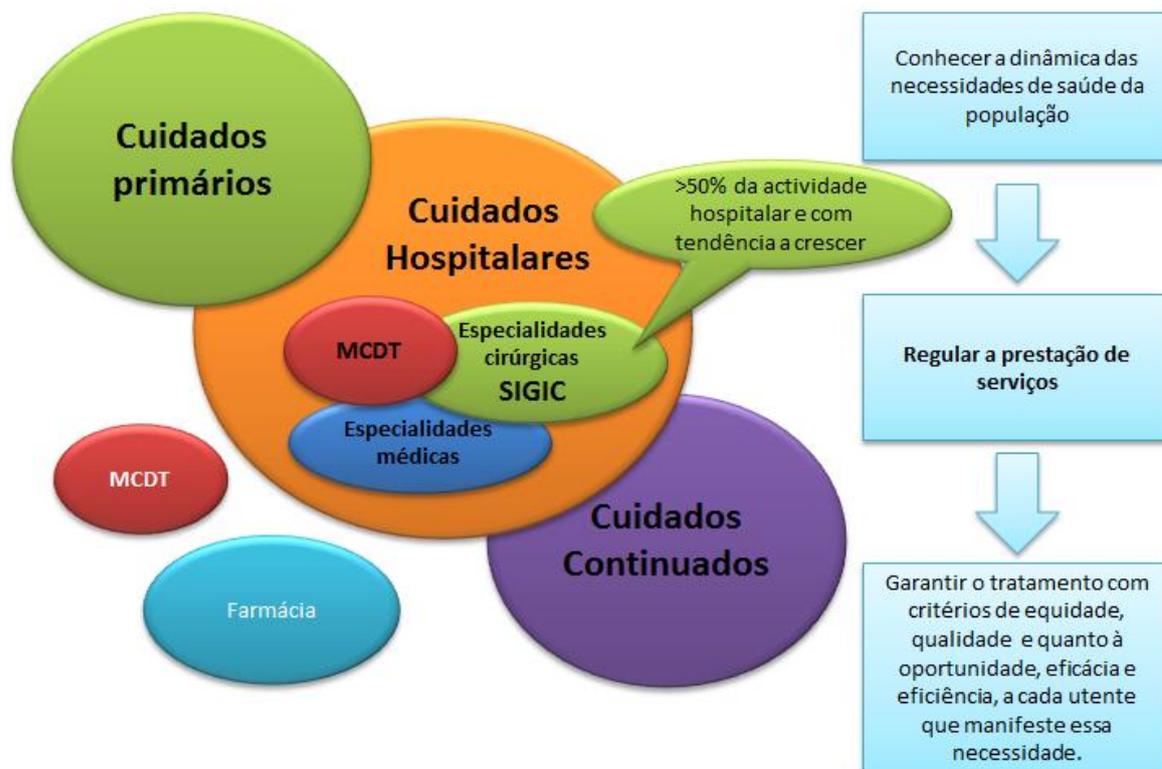


Ilustração 1 – Perspectiva holística dos cuidados de saúde

E na figura seguinte, os efeitos perversos decorrentes de listas de espera de inscritos para cirurgia e tempos de espera excessivos - sobre utilização de serviços durante o tempo de espera, sofrimento acrescido, absentismo e incapacidades geradas por problemas de saúde por resolver - que podem ser minimizados com a compra de serviços ao sector privado.



Ilustração 2 – Efeitos perversos decorrentes de listas de espera de inscritos para cirurgia e tempos de espera excessivos

Aproximando-se o final do PECLEC que foi criado para durar 2 anos e, nesse tempo, responder rápida e eficientemente às situações emergentes e às vozes críticas dos doentes e da sociedade, segue-se-lhe a criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), aprovada pela Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 3 de Junho.

O sistema criado assentava em cinco grandes princípios que se mantêm actuais:

- Garantia de tratamento dentro de um período definido de acordo com regras claras;
- Maior compromisso do hospital expresso pela emissão de um certificado de inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC);
- Maior envolvimento do utente no reconhecimento dos seus direitos e deveres, formalizado com a assinatura do consentimento para a inscrição na Lista de Inscritos para Cirurgia;
- Maior uniformidade do processo, garantindo, através da publicação de um regulamento processual, a uniformização do tratamento dos utentes com necessidade de terapêutica cirúrgica;
- Maior controlo e transparência através da constituição de unidades de apoio ao SIGIC a três níveis: hospitalar, regional e nacional.

O processo de gestão do sistema foi concebido num formato simplificado, que se pode resumir nas seguintes etapas:

- O doente dirige-se ao seu hospital e no âmbito de uma consulta da especialidade é-lhe proposta a realização de uma cirurgia. Com a formalização do seu consentimento

e na posse de um certificado de inscrição, o doente fica a aguardar pela cirurgia na certeza de ser chamado num prazo máximo estabelecido.

- Verificando-se que o hospital não pode resolver a situação clínica do doente dentro daquele prazo, o utente ou é transferido para outro hospital do SNS através da emissão de uma nota de transferências ou, na eventualidade deste não poder também realizar a cirurgia, é beneficiário da emissão de um vale cirurgia que lhe dá acesso a um hospital do sector privado ou do sector social à sua escolha, de entre os que estiverem convenccionados.
- Uma vez realizada a cirurgia e resolvidas eventuais intercorrências e/ou complicações, o utente regressa ao hospital de origem, devendo-lhe também ser enviado o original do processo clínico do hospital de destino, que manterá em arquivo cópia do mesmo.

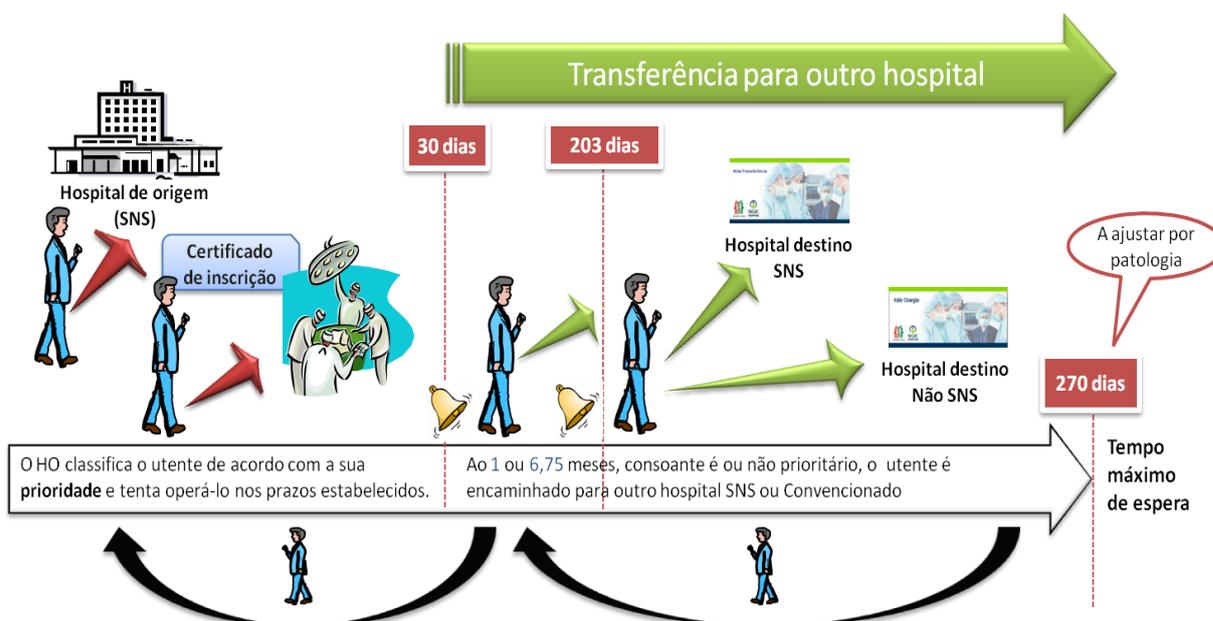


Ilustração 3 – Percurso do utente na LIC

Ao contrário dos programas anteriores, que pretendiam eliminar as listas de espera para cirurgia, o SIGIC visa a gestão integrada do universo dos doentes inscritos para cirurgia nos estabelecimentos do Serviço Nacional de Saúde (SNS) de forma continuada, tendo sido implementado em todas as regiões de saúde, de acordo com o calendário estabelecido pela referida resolução.

Este sistema que se pretende que seja universal, abarcando toda a actividade cirúrgica que se realiza de forma programada no âmbito do SNS, apoia o seu funcionamento em unidades criadas a nível central, regional e local e tem como suporte informático uma aplicação integradora dos sistemas informáticos dos hospitais, designada Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC).

O sistema informático desempenha um papel fundamental no âmbito do SIGIC, pois permite melhorar a coordenação do processo, automatizando várias etapas, garantindo simultaneamente, a conformidade das mesmas.

O carácter integrador deste sistema informático possibilita uma visão global dos movimentos na LIC, bem como da execução das cirurgias, constituindo, desta forma, uma importante ferramenta de gestão a nível do hospital, da região e do país.

No SIGIC, os sistemas informáticos dos hospitais interagem através de uma interface que, por via da Rede Informática da Saúde (RIS), transfere a informação que é gerada naqueles, coligindo, validando e distribuindo os indicadores resultantes dessa observação.

A transferência de utentes para outras instituições hospitalares e a emissão de vales cirurgia é feita centralmente, de acordo com regras estabelecidas, permitindo assim a optimização dos recursos distribuídos pelo país.

Durante o ano de 2004 assistiu-se à implementação do SIGIC, à análise do seu impacto e, com a colaboração dos vários profissionais envolvidos no processo, à sua melhoria. Foram publicados em Diário da República o regulamento, a tabela de preços e o clausulado tipo para as convenções com entidades privadas e sociais, que permitiram operacionalizar o sistema. E já no final do ano, foram emitidos os primeiros vales cirurgia, completando-se, assim, a implementação experimental do SIGIC nas regiões de saúde piloto do Alentejo e do Algarve. Seguiu-se então o período de alargamento às restantes regiões e de consolidação do sistema.

Previamente à criação do sistema, foram realizados estudos e analisadas ao detalhe as experiências levadas a cabo em países como Espanha, Reino Unido, Dinamarca, Canadá, Austrália e Nova Zelândia.

Em cerca de metade dos países da OCDE, a maior preocupação eram os tempos de espera para cirurgia programada. As abordagens dos vários países centraram-se quer na oferta quer na procura. Do lado da oferta, procurando aumentar os recursos disponíveis (camas, especialistas, salas de bloco), em ambos os sectores – público e privado - e fomentando a produtividade dos recursos instalados; do lado da procura, criando prioridades de acordo com a patologia, gerindo a lista de inscritos para cirurgia e incentivando o recurso a seguros privados.

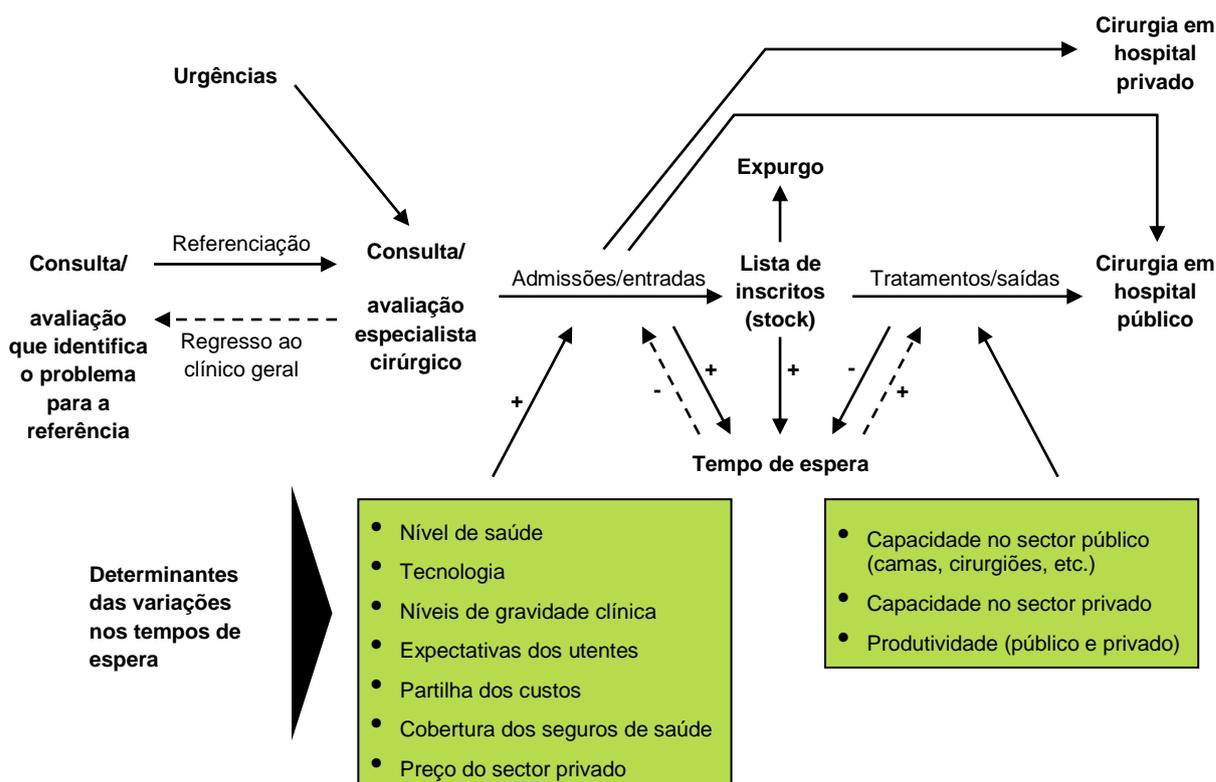


Ilustração 4 – Observação da experiência internacional

Da análise das experiências internacionais, resultou a definição de sete grandes grupos de soluções:

Centralização da gestão da LIC

- Através de informação permanente e actualizada optimizam-se os recursos disponíveis

Uniformização do processo de gestão da LIC

- Garantia de transparência e equidade

Divulgação da informação sobre a LIC

- Com formatos para os utentes, para os hospitais e para a sociedade numa política de verdade e transparência

Definição de objectivos institucionais

- Definições de tempo máximo de espera global ou por patologia

Fomento de métodos alternativos nas terapêuticas cirúrgicas

- Cirurgia de ambulatório

Criação de incentivos ou pagamentos para os profissionais indexados à produção

Oferta de alternativas de tratamento ao utente

- Com recurso à iniciativa privada e social com vista à garantia dos objectivos estabelecidos

Seguidamente, foram identificadas as regiões piloto para arranque do novo sistema, foi feito o levantamento do processo de inscrição e tratamento da lista de inscritos nos hospitais das regiões piloto e nos hospitais do país onde se sabia existirem práticas distintas de gestão do processo e foi desenhado o modelo a nível de processos e sistemas de informação e redigidos documentos de suporte. Seguiu-se a fase da sua apresentação e de expurgo das listas de inscritos pelo confronto dos dados das ARS e dos hospitais. Em Junho de 2004, inicia-se a implementação do SIGIC nas Regiões de Saúde piloto do Alentejo e Algarve.

Em 2005, aperfeiçoa-se o sistema com o conhecimento recolhido da experiência nos hospitais piloto, é feito o primeiro Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia e alarga-se o sistema às restantes regiões e hospitais do país.

Quando eram decorridos mais de três anos sobre a criação do SIGIC, constatou-se a necessidade de alargar o seu âmbito de aplicação às entidades que contratam e convencionam com o SNS a prestação de cuidados de saúde, ao abrigo nomeadamente da portaria (sem número) publicada no Diário da República, 1.ª série, de 27 de Julho de 1998, de forma a garantir a igualdade no acesso e o tratamento cirúrgico nos tempos máximos de resposta garantidos a todos os seus beneficiários.

Acresce que, com a aprovação da Lei n.º 41/2007, publicada no Diário da República, 1.ª série, de 24 de Agosto de 2007, aquelas garantias eram um imperativo legal, cuja avaliação e controlo passava necessariamente pela inclusão no SIGIC de todas as entidades que prestavam cuidados de saúde aos beneficiários do SNS.

Também a experiência adquirida ditava a necessidade de dotar as estruturas de apoio ao funcionamento do SIGIC, previstas no regulamento aprovado pela Portaria n.º1450/2004, de 25 de Novembro, de competências alargadas nomeadamente em matérias processuais, de avaliação e controlo de toda a actividade cirúrgica, incluindo a urgente e de auditoria que contribuíssem para a agilização dos procedimentos, a optimização da utilização dos recursos, a gestão mais eficaz da LIC e a melhoria contínua do funcionamento do sistema.

Embora pela sua natureza, a cirurgia de urgência realizada pelos serviços de urgência não devesse ser incluída na LIC, o seu registo no SIGIC permitiria no futuro o cancelamento mais precoce das propostas cirúrgicas inscritas em LIC que porventura fossem resolvidas em cirurgia de urgência, bem como a avaliação das relações de interdependência entre cirurgia urgente e cirurgia programada e da actividade cirúrgica global dos hospitais.

Entretanto, foi aprovada pelo Decreto-Lei n.º 212/2006, de 27 de Outubro, uma nova estrutura orgânica para o Ministério da Saúde, que previa a criação da Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I.P.) como organismo responsável nomeadamente pela promoção e avaliação da acessibilidade aos serviços prestados e da satisfação de utilizadores e pessoal, e na qual se incluiria naturalmente a gestão dos utentes inscritos para cirurgia. Com efeito, pela alínea s) do n.º 2 do artigo 3.º do Decreto-Lei n.º 219/2007, de 29 de Maio que cria a ACSS, a gestão do SIGIC passa a ser atribuição expressa deste organismo.

Tornou-se, por isso, necessário adequar o Regulamento do SIGIC às novas realidades, mantendo-se inalteráveis os seus objectivos e os princípios gerais que norteiam o seu

desenvolvimento, bem como a sua orgânica de funcionamento e execução, enunciados no anexo da resolução do Conselho de Ministros que resolveu a sua criação.

O novo regulamento, aprovado pela Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, veio por um lado contemplar as questões e necessidades atrás suscitadas e por outro introduzir algumas alterações na gestão do episódio do doente. Genericamente:

- O âmbito de aplicação do SIGIC foi alargado às entidades do sector social e do sector privado que prestam cuidados aos utentes do SNS ao abrigo dos acordos, contratos e convenções celebrados, com obrigatoriedade de inscrição dos mesmos em LIC e transferência dos respectivos dados para o SIGLIC;
- As competências das entidades envolvidas no SIGIC foram alargadas e ajustadas às necessidades sentidas pelas mesmas;
- No âmbito dos direitos e deveres dos cidadãos, foi-lhes reconhecido o direito de recusarem a transferência para outras instituições sem perda de antiguidade na LIC, bem como o direito imediato de serem beneficiários de um vale cirurgia, verificadas as condições definidas no n.º 109 do regulamento;
- O registo e a transferência para o SIGLIC de todos os eventos relacionados com o episódio terapêutico, desde a efectivação da primeira consulta até à consulta de conclusão do episódio, passaram a ser obrigatórios. O mesmo para o registo e transferência da actividade cirúrgica realizada nos serviços de urgência dos hospitais;

● Foram definidos prazos para:

O consentimento do utente para o procedimento proposto e para a validação da proposta cirúrgica, pelo responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico;

O agendamento dos utentes, conforme a sua prioridade clínica;

A notificação dos utentes da data da cirurgia;

A proposta de uma nova data para a realização de uma cirurgia que tenha sido adiada por causa imputável à instituição;

A execução de várias tarefas durante o processo de transferência do episódio cirúrgico como por exemplo o prazo para envio e devolução do processo clínico para e do hospital de destino (HD) e para avaliação da proposta pelo HD a fim de este poder desencadear os mecanismos conducentes à cirurgia;

A realização da consulta de reavaliação da situação clínica do utente, classificado no nível 1, sempre que este seja agendado para cirurgia ou atinja 70% do tempo máximo de resposta garantido.

Pela sua particular importância destaca-se, por último, os tempos máximos de espera definidos no novo regulamento que devem ser observados até aprovação das portarias que, nos termos Lei n.º 41/2007, de 24 de Agosto que aprova os termos a que deve obedecer a Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do SNS, estabelecem tempos máximos de resposta garantidos por níveis de prioridade, por patologias ou grupo de patologias.

2. SISTEMA INTEGRADO DE GESTÃO DE INSCRITOS PARA CIRURGIA

2.1. Visão

Alcançar até 2014 um sistema transparente e sustentável que garanta a mais de 95% dos utentes acesso adequado aos serviços cirúrgicos do SNS.

A melhor resposta e a adequação dos cuidados às necessidades em saúde tem em conta diversas preocupações que se considera deverem estar em linha com os principais atributos do acesso:

Equidade

- Significando tratamento igual para igual necessidade

Qualidade

- Na óptica do utente, da sociedade e dos profissionais

Oportunidade

- Prestação atempada no nível de cuidados e locais apropriados

Transparência

- Qualidade que caracteriza o resultado do processo de comunicação em que os interlocutores adquirem os conhecimentos necessários para agirem de acordo com os seus melhores interesses

Flexibilidade

- Capacidade de adaptação ao contexto

Capacidade resolutive

- Progressão efectiva na resolução global do problema do acesso

Efectividade

- Os melhores resultados possíveis no contexto específico

Eficiência

- Os melhores resultados, atendendo ao financiamento disponível e aos resultados pretendidos

Com o SIGIC pretende-se conhecer:

As necessidades de terapêuticas cirúrgicas da população

Os procedimentos requeridos e as patologias subjacentes

Os processos de gestão do utente e serviços e determinar a sua conformidade

A actividade assistencial dos hospitais e relacioná-la com a sua capacidade instalada

Os resultados em saúde e valor percebido pelos interessados

A conformidade contratual, financiamento e custos de processo

Com este conhecimento, que se pretende partilhado entre os vários intervenientes no processo, e o recurso às entidades privadas e sociais convencionadas, é possível diminuir o tempo de espera, otimizar os recursos do SNS e aumentar a equidade e transparência nos processos de acesso aos tratamentos cirúrgicos.

2.2. Missão

Orientar os serviços de prestação de cuidados cirúrgicos para que, de forma articulada, regulada e sustentada, mantenham o equilíbrio entre a procura e a resposta, atendendo às necessidades do acesso dos cidadãos.

2.3. Objectivos e estratégias

Os grandes objectivos estipulados para o SIGIC estão apresentados no quadro seguinte:



2.4. Princípios essenciais

A prossecução dos objectivos acima mencionados assenta em cinco princípios essenciais:

Garantia de tratamento em tempo admissível com recurso a prestadores alternativos



- O utente é classificado pelo médico proponente de acordo com a prioridade clínica por forma a garantir um tratamento em tempo admissível fixando objectivos específicos de tempos (máximos e médios) de espera e, caso seja previsível que o SNS não venha a responder dentro do tempo admissível, o utente poderá receber uma notificação de transferência que lhe dará acesso a uma instituição hospitalar alternativa à sua escolha.

Maior uniformidade do processo



- O processo de gestão é uniforme para todos os hospitais, suportado por documentos formais de apoio ao processo que são conhecidos por todos.

Maior flexibilidade na gestão do processo



- As instituições hospitalares são dotadas de ferramentas relativas ao conhecimento, ao pagamento dos profissionais e à transferência da procura que lhes permite tornarem-se mais eficazes e eficientes.

Maior compromisso do hospital/Gestão de não conformidades



- O hospital compromete-se formalmente com o utente através da emissão de um certificado de inscrição para cirurgia e o seu financiamento passa a ser em função da realização, de acordo com as normas da produção contratada.

Maior envolvimento do utente



- O utente deixa de ter um papel passivo, sendo-lhe reconhecido por via regulamentar um conjunto de direitos e deveres, nomeadamente a formalização do seu consentimento à realização da cirurgia e às suas regras de gestão e o acesso a ferramentas como o e-sigic que lhe permite seguir e interagir com o processo.

Maior controlo e transparência do processo



- A gestão da lista de inscritos passa a ser feita centralmente e a nível nacional e os principais indicadores desta gestão são publicados periodicamente.

2.5. Entidades envolvidas no SIGIC

O SIGIC é um sistema abrangente com impacto muito significativo nos utentes do SNS e nos hospitais que tiveram que proceder a transformações profundas nos métodos organizacionais instalados.

Os outros níveis de cuidados como os cuidados primários e cuidados continuados ainda não são directamente afectados, mas é desejável que o sejam na promoção de uma lógica de integração de cuidados num sistema único.

As entidades envolvidas no âmbito do SIGIC e suas interacções estão representadas no seguinte quadro:

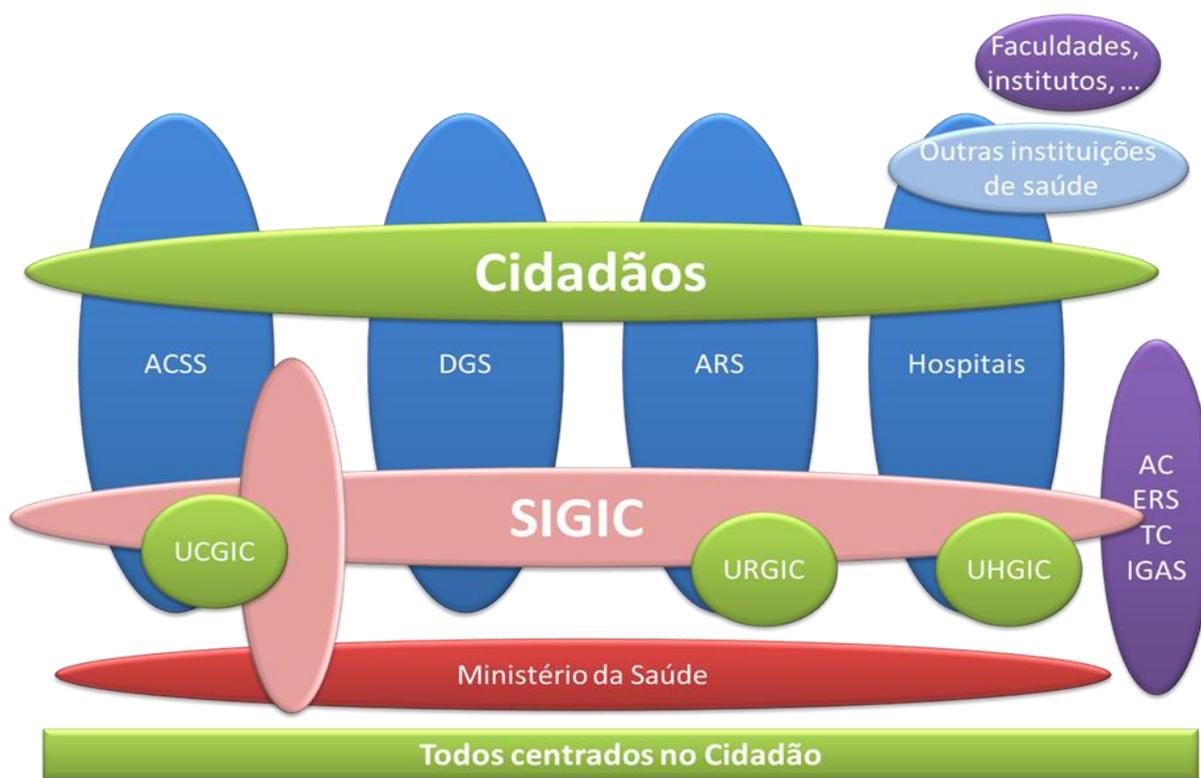


Ilustração 5 – Entidades envolvidas no SIGIC

O utente é o foco de atenção do processo SIGIC, mas também um dos intervenientes que se pretende que seja cada vez mais activo no processo, através do seu maior envolvimento e capacitação. Os seus direitos e deveres estão reconhecidos, por via regulamentar e são apresentados detalhadamente no Volume V.

O Ministério da Saúde tem por missão definir a política nacional de saúde, exercer as correspondentes funções normativas, promover a respectiva execução e avaliar os resultados. É o responsável pela organização e elaboração de planos e políticas de saúde, definição das áreas de intervenção em saúde e sua priorização através do Plano Nacional de Saúde. Dispõe de serviços de administração directa como o Alto Comissariado, a Direcção Geral da Saúde e a Inspeção-Geral das Actividades em Saúde e de administração indirecta como as administrações regionais de saúde (ARS) e a ACSS, I.P., onde se encontra integrado o SIGIC.

O território continental encontra-se organizado em cinco ARS que garantem à população da respectiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde, cumprindo e fazendo cumprir o Plano Nacional de Saúde na sua área de intervenção.

A estrutura funcional do SIGIC está representada no esquema a seguir apresentado e comporta um conjunto de sistemas - normativo, informático e correctivo - e uma rede de apoio e acompanhamento que permitem a manutenção e o desenvolvimento do sistema.

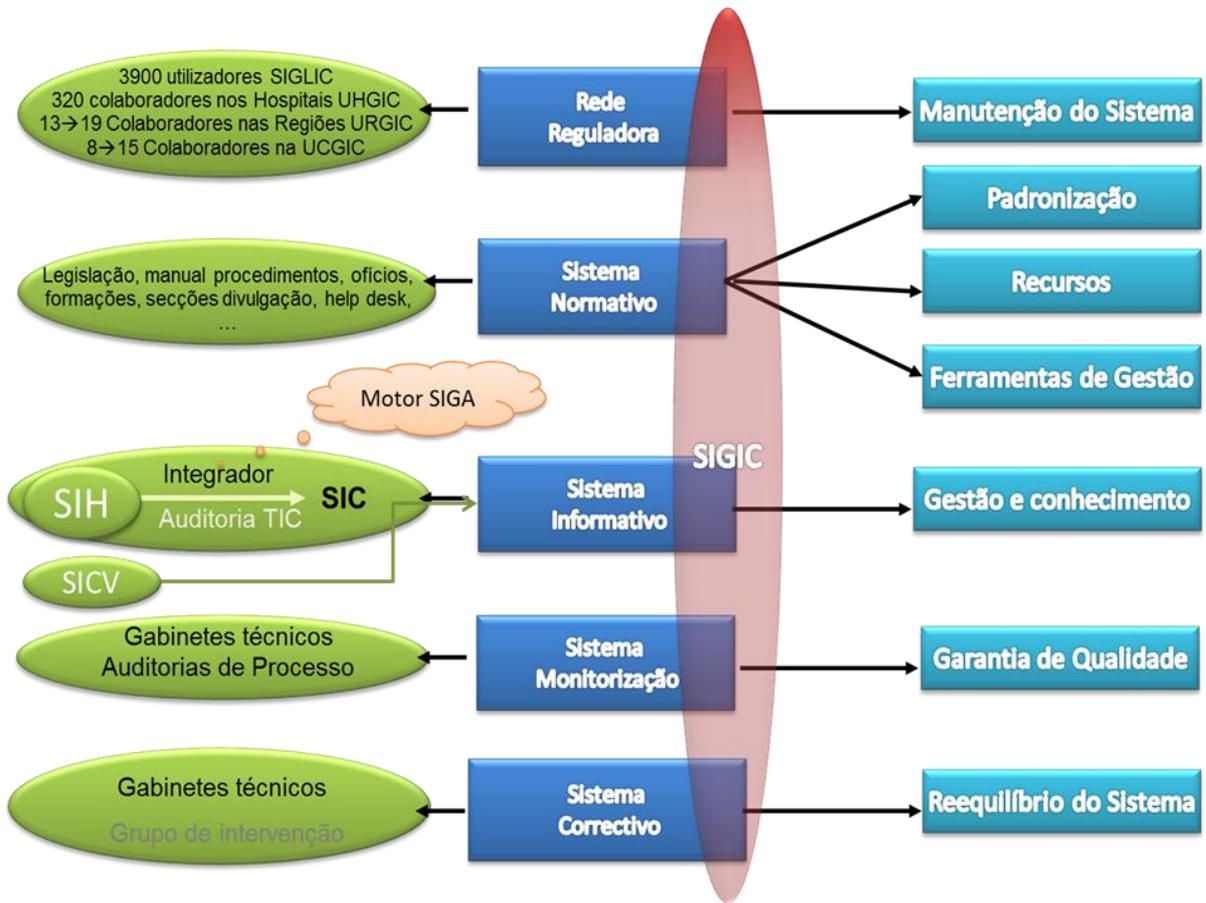
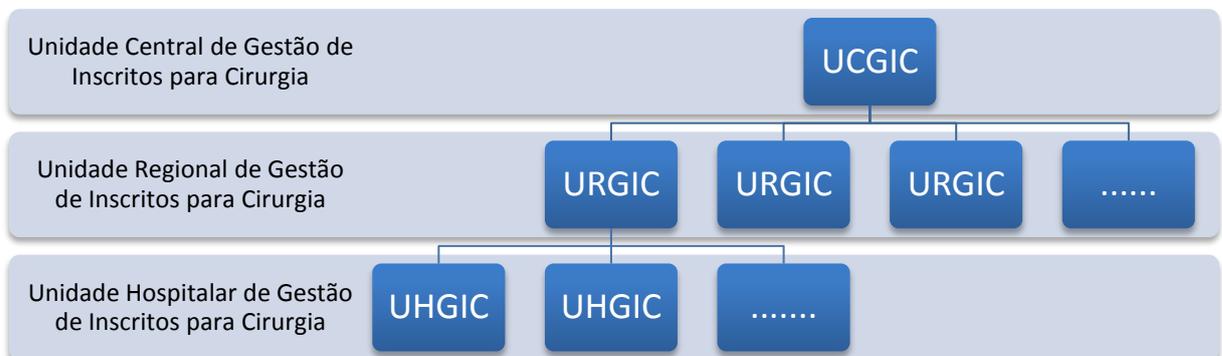


Ilustração 6 – Estrutura Funcional do SIGIC

A rede de apoio e acompanhamento é composta para além do próprio utente pelas unidades de apoio ao SIGIC que estão organizadas em três níveis:

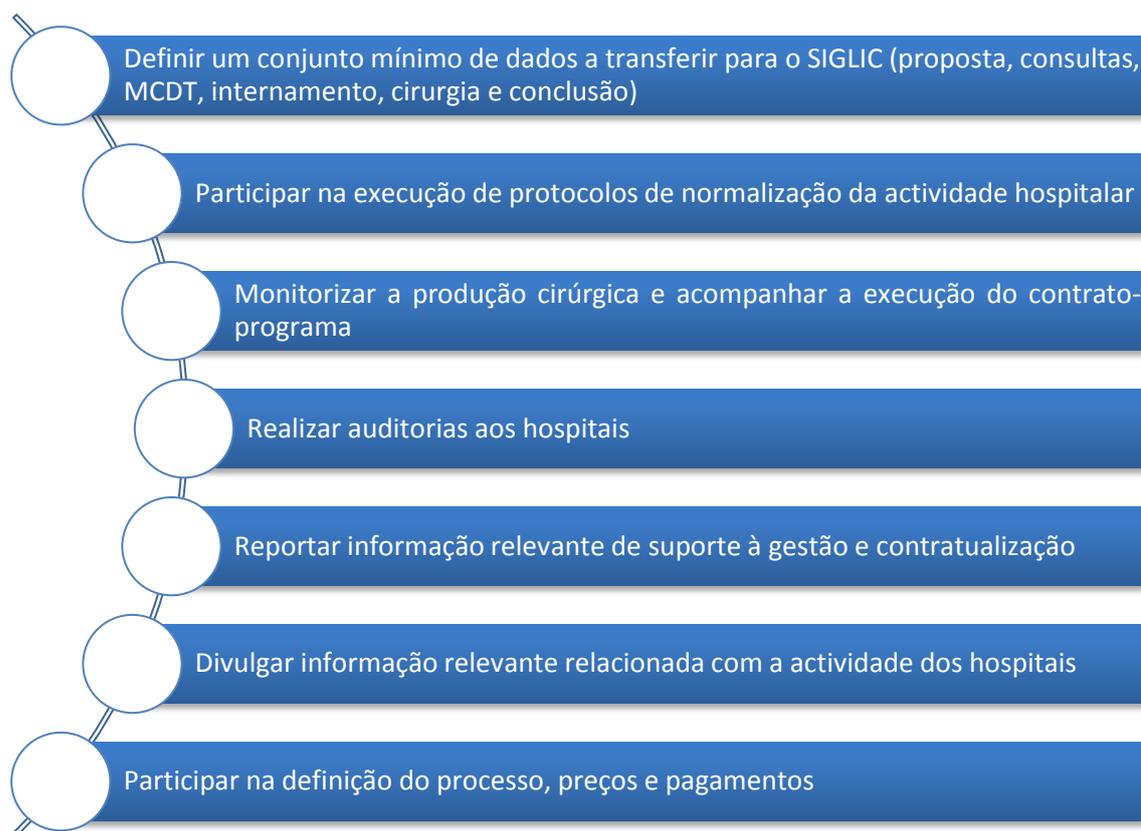


A UCGIC é a unidade estratégica do processo SIGIC, encontra-se sediada na ACSS, I.P. e é responsável pela definição e implementação dos mecanismos necessários ao bom funcionamento do

sistema, garantindo a actualização constante do registo de utentes na LIC através da selecção de processos e da elaboração de circuitos associados ao acompanhamento das transferências de utentes e à definição de protocolos de transferência dos seus processos entre as várias entidades hospitalares (do SNS ou convencionadas). À UCGIC cabe ainda garantir a melhoria contínua da qualidade de todos os processos implementados.

As URGIC encontram-se sedeadas e na dependência das administrações regionais de saúde, cabendo-lhes a monitorização, acompanhamento e controlo do processo, da produção cirúrgica hospitalar, da produção realizada face à contratada e do cumprimento dos objectivos fixados para cada hospital. As unidades regionais actuam ainda como garantes do cumprimento de protocolos de transferência previamente definidos, sendo responsáveis pela resolução de conflitos de interesse no âmbito do processo das transferências de utentes.

As unidades reguladoras (UCGIC e URGIC) viram as suas competências reforçadas com a publicação da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro, de modo a aumentar a responsabilidade dos participantes e a transparência dos processos. A saber:



Nas instituições hospitalares, os conselhos de administração são os primeiros responsáveis pelo tratamento dos utentes, de acordo com as regras do SIGIC e pelo ajustamento das estruturas hospitalares às necessidades de resposta dos utentes, tendo em conta os objectivos, as prioridades e a estratégia enunciadas pelo Ministério da Saúde.

As principais responsabilidades do conselho de administração da instituição hospitalar são:

Nomear os elementos da UHGIC e designar um coordenador

Zelar pelo cumprimento das regras incluídas no Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia (MGIC)

Implementar as orientações emitidas pelas UCGIC e URGIC

Actuar de forma a permitir que o hospital crie as condições que dão resposta adequada à procura de tratamento cirúrgico e aos objectivos e directrizes estabelecidas no Plano Nacional de Saúde

Dimensionar a procura de procedimentos na instituição hospitalar face à capacidade instalada

Garantir a disponibilidade dos meios físicos e humanos necessários à produção de toda a cirurgia, com segurança e qualidade

Garantir prioritariamente a realização das cirurgias que, pela sua especificidade, têm uma oferta reduzida noutras unidades hospitalares, sem que sejam comprometidos os critérios de prioridade e antiguidade

Zelar e garantir a correcta atribuição dos níveis de prioridade definidos no presente Manual

Promover a gestão optimizada do bloco operatório e serviços cirúrgicos

Garantir a actualização no SIGLIC da informação necessária à caracterização de um quadro de capacidade instalada relativa à capacidade produtiva do hospital

Zelar e assegurar a correcta codificação dos diagnósticos e procedimentos

Garantir a existência de suportes informáticos adequados às necessidades de gestão da informação

Assegurar a segurança e confidencialidade dos dados, nomeadamente através da parametrização de perfis de acesso adequados ao sistema informático e da sua correcta utilização

As UHGIC encontram-se sedeadas nas várias instituições hospitalares, sendo responsáveis pela centralização da gestão de inscritos para cirurgia da respectiva instituição.

As unidades hospitalares devem prestar todo o tipo de informação solicitada pelas URGIC e UCGIC, nomeadamente relatar com periodicidade mensal a produção efectivamente realizada face à produção prevista, bem como a adequação do agendamento das cirurgias face à prioridade e antiguidade de inscrição dos utentes.

A UHGIC é constituída pelos elementos que o conselho de administração considere importantes para participar na gestão do episódio do utente inscrito para cirurgia. A UHGIC não tem que ser uma unidade centralizada no hospital, num único espaço, podendo os seus elementos estarem dispersos pelos diferentes serviços cirúrgicos. Todavia os locais onde estejam instalados elementos da UHGIC devem estar devidamente identificados e com as peças de comunicação do SIGIC.

As competências de cada uma das unidades de apoio ao SIGIC são apresentadas com maior detalhe no Volume V.

2.6. Sistema de informação de suporte ao SIGIC

Com a implementação do SIGIC, tornou-se incontornável a necessidade de construir uma aplicação informática que permitisse, por um lado, consolidar a informação existente nos hospitais e, por outro, suportar algumas das etapas do processo e gerar o conhecimento necessário para a tomada de decisões dos diversos protagonistas.

Esta aplicação, designada SIGLIC, foi desenhada para suportar a gestão do episódio do utente inscrito para cirurgia, desde a proposta cirúrgica até à conclusão do episódio, passando pela fase da realização da cirurgia, da catamnese e do processo de transferência do utente para outra unidade hospitalar. Suporta ainda informação sobre as entidades prestadoras de serviços cirúrgicos e respectiva capacidade instalada, carteira de serviços, rede de colaboradores/utilizadores do sistema e partilha de conhecimento entre os colaboradores.

O SIGLIC permite orientar os serviços de prestação de cuidados cirúrgicos para que, de forma articulada, regulada e sustentada, mantenham o equilíbrio entre a procura e a resposta, atendendo às necessidades do acesso dos cidadãos.

Com o SIGLIC é possível garantir o cumprimento dos objectivos do SIGIC salientando-se a garantia do cumprimento dos TMRG estabelecidos na legislação em vigor, com a garantia de prestação de cuidados adequados (melhoria do serviço), a garantia do tratamento em condições idênticas para todos os utentes (equidade no acesso), o aumento da eficiência global dos serviços públicos na prestação de cuidados cirúrgicos (aumento da eficiência) e a melhoria contínua da qualidade da informação, através de uma estrutura de informação nacional homogénea baseada num sistema de recolha de dados que decorre do processo de produção (conhecimento e transparência).

O SIGLIC procura responder às necessidades decorrentes de diversos diplomas legais, nomeadamente da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro sobre o regulamento do SIGIC, da Portaria n.º 132/2009, de 30 de Janeiro, com as alterações introduzidas pela portaria n.º 839/2009, de 31 de Julho que aprova a tabela de preços das instituições e serviços integrados no SNS, da Portaria n.º 852/2009, de 5 de Agosto e Declaração de Rectificação n.º 72/2009, de 6 de Outubro, que regulamenta o valor e as regras da produção cirúrgica adicional realizada no âmbito do SIGIC, da Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro sobre os tempos máximos de resposta garantidos e ainda as das portarias que especificam formatos especiais de controlo, como foi o caso do programa

de intervenção em oftalmologia (Portaria n.º 1306/2008, de 11 de Novembro) e é, na actualidade, o programa de tratamento cirúrgico da obesidade (Portaria n.º 1454/2009, de 29 de Dezembro).



Ilustração 7 – SIGLIC – Vertentes de utilização do sistema de informação

O SIGLIC permite a recolha sistemática de dados dos prestadores de acordo com protocolos normalizados relativos à procura, oferta e capacidade instalada, à qualidade da informação através de um sistema de monitorização activa sustentada por uma rede de utilizadores, apoiada por auditorias a toda a rede hospitalar do SNS e convencionada com as ARS, à monitorização do cumprimento das normas processuais para gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC), à produção de indicadores para a gestão e à avaliação dos resultados e correcção dos desvios.



Ilustração 8 – Ciclo de construção de valor do SIGIC

O SIGIC é um sistema que assenta nos princípios da equidade no acesso ao tratamento cirúrgico, na transparência dos processos de gestão e na responsabilização dos vários intervenientes. Tendo por base estes princípios, o funcionamento do SIGIC assenta numa rede de utilizadores de uma plataforma informática comum em que os dados vão sendo integrados, processados e partilhados, construindo-se desta forma valor acrescentado por cada um dos participantes e um sistema eficaz, eficiente e garante da equidade no acesso aos cuidados de saúde.

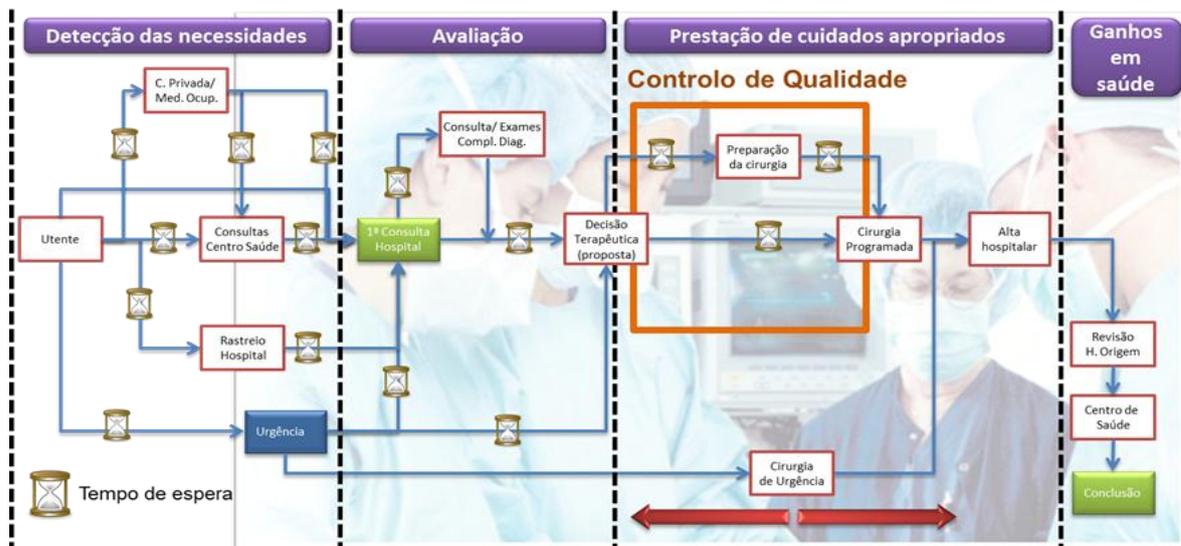


Ilustração 9 – Tempo de espera global do utente

Pretende-se que o SIGLIC seja uma ferramenta que permita o controlo do tempo de espera global do utente, incluindo o tempo prévio à proposta cirúrgica, os registos das cirurgias urgentes e os eventos pós cirúrgicos de acompanhamento.



Ilustração 10 – Diagrama de aquisição de dados no SIGLIC

A base de dados do SIGLIC é constituída por informação clínica, por dados pessoais dos utentes e eventos (consultas, internamentos, contactos, cirurgias, MCDT) obtidos a partir dos sistemas de informação dos hospitais (SIH) ou através do registo directo dos eventos na aplicação SIGLIC.

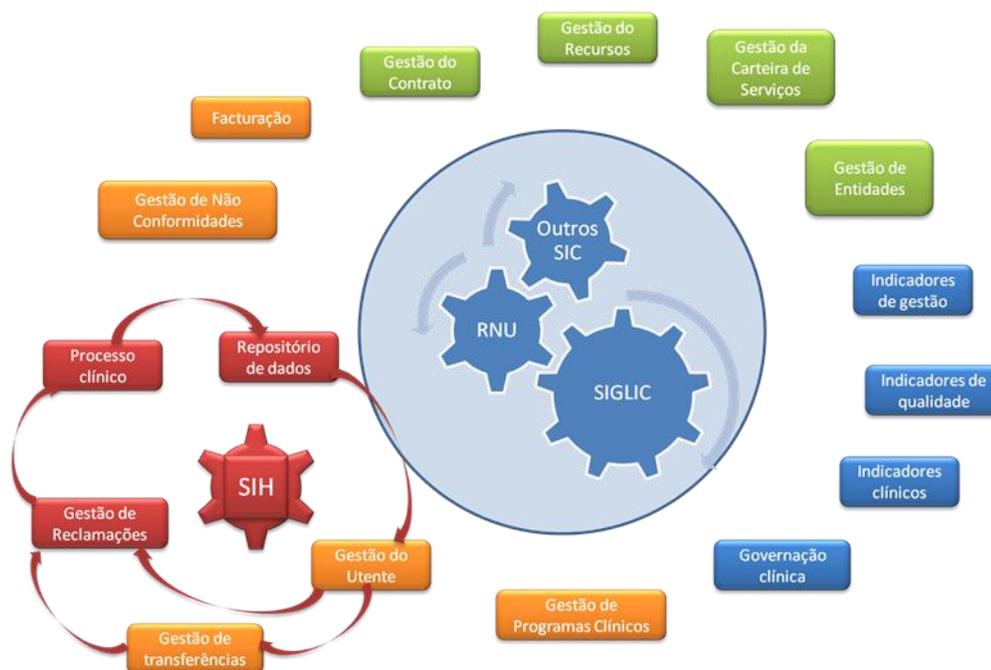


Ilustração 11 – Funções do SIGLIC

Ao mesmo tempo o SIGLIC integra-se com outros sistemas de informação central da ACSS, CTH, RNU, RHV, RNE, GDH, SICA, etc., dando resposta a um vasto conjunto de funcionalidades que vão desde aspectos relacionados com a gestão da carteira de serviços, capacidade instalada e o acompanhamento dos contratos programa até à gestão do utente e transferências, efectuando a transferência de informação clínica entre hospitais no momento da transferência.

Enunciam-se de seguida as etapas do processo de gestão de inscritos para cirurgia que são suportadas pelo SIGLIC:

Inscrição na lista de inscritos para cirurgia:

- Proposta cirúrgica
- Nota de Consentimento
- Validação

Programação cirúrgica:

- Agendamento
- Realização da cirurgia

-  Alta do internamento;
-  Conclusão do episódio;
-  Realização;
-  Transferência da responsabilidade;
-  Transferência da cirurgia:

Transferência para hospitais do SNS (emissão de nota de transferência)

Transferência para os convencionados (emissão de vale cirurgia)

Devolução de episódios à origem

-  Cancelamento do episódio único;
-  Outros movimentos na LIC:

Suspensão/Pendência da inscrição

Intransferível

Readmissão da inscrição

Reinscrição

-  Consultas no âmbito do SIGIC;
-  Programas especiais:

Programa de intervenção em oftalmologia (PIO)

Programa de Tratamento Cirúrgico em Obesidade (PTCO)

Cirurgia Segura Salva Vidas

É no processo de transferência de utentes cujas etapas se passam a enumerar que o SIGLIC assume um papel fundamental:

1. Gestão da capacidade de oferta de serviços cirúrgicos do SNS e das instituições do sector convencionado;
2. Envio de carta ao utente para aferir da sua vontade em ser transferido para outro hospital;
3. Construção do directório de hospitais disponíveis e emissão de nota de transferência/vale cirurgia (NT/VC);

4. Concretização da transferência – gestão da inscrição nos hospitais de destino (cativação).

Para garantir a execução do processo de transferência de utentes no âmbito do SIGIC, é necessário que os sistemas informáticos dos hospitais transfiram dados para o SIGLIC e este forneça, por sua vez, dados às aplicações hospitalares, de modo a estabelecer o sincronismo de toda a informação.

Deste modo, o SIGLIC apresenta-se como uma ferramenta integradora da LIC dos hospitais do SNS e convencionados que permite a interação entre as diversas entidades envolvidas na gestão do episódio do utente.

As entidades que podem aceder ao SIGLIC são:

- Utente - através do eSIGIC;
- UHGIC - hospitais do SNS e do sector social ou privado convencionado;
- URGIC;
- UCGIC;

A cada uma delas cabem tarefas exequíveis a partir do SIGLIC, que se passam de seguida a enunciar:

Utentes

Tomar conhecimento do estado do seu processo

Validar e corrigir informação sobre si

Expressar as suas decisões sobre o processo (Pendência; Agendamento; Transferências)

Apresentar reclamações ou sugestões

Hospitais do SNS

Identificar todos os utentes na LIC e monitorizar o seu estado, independentemente de estes terem sido transferidos

Monitorizar a produção

Identificar os utentes que serão transferidos, caso não sejam agendados

Identificar os utentes a agendar face à prioridade clínica e antiguidade na LIC

Identificar os utentes agendados e ainda não intervencionados

Aceitar/não aceitar transferências

Devolver processos, provenientes de transferências

Monitorizar a conformidade de processos

Monitorizar a produção contratada face à realizada

Monitorizar a LIC através de indicadores

**Hospitais
convencionados**

Monitorizar a conformidade de processos

Aceitar/cativar vales cirurgia

Não aceitar vales cirurgia

Identificar os utentes a agendar face à antiguidade na LIC

Identificar os utentes agendados e ainda não intervencionados

Devolver os processos de utentes transferidos

URGIC

Gerir convenções

Gerir a facturação das instituições convencionadas

Aceitar/recusar pedidos de devolução de episódios de utentes transferidos

Acompanhar/monitorizar a produção cirúrgica realizada pelos hospitais

Monitorizar a conformidade processual

Monitorizar a evolução da LIC

Monitorizar a LIC por hospital/serviço através de indicadores

UCGIC

Administrar e parametrizar o sistema de informação

Gerir a rede de utilizadores

Qualificar os dados integrados

Monitorizar a evolução da LIC

Monitorizar a conformidade processual

Gerir as intervenções, sobre SIGIC (comunicação na rede)

Monitorizar a produção cirúrgica dos hospitais SNS

Permitir a selecção adequada de utentes a transferir

Emitir notas de transferência ao utente

Emitir vales cirurgia

Receber a devolução de utentes transferidos

Transferir utentes

Monitorizar a LIC por hospital/serviço através de indicadores

Construir periodicamente relatórios

Gerir a base partilhada do conhecimento

Gerir os avisos de conformidade.

Para além das unidades do SIGIC e entidades directamente envolvidas no fluxo, existem outras instituições que poderão estar relacionadas com determinadas fases de gestão, ou com necessidade intervir no processo. A Direcção-Geral da Saúde (DGS) apresenta as seguintes tarefas exequíveis a partir do SIGLIC:

DGS

Consulta de indicadores gerais, de dados anonimizados para controlo da actividade das instituições hospitalares relativamente aos diferentes programas em curso

Validação de situações excepcionais que careçam de uma autorização explícita para prosseguimento no processo

Certificação as unidades prestadoras de cuidados de saúde

Indicadores gerais, anonimizados, sobre Cirurgia Segura

Para além da DGS podem existir outras entidades que sempre que autorizadas, poderão ter acesso à aplicação informática.

3. GESTÃO DO EPISÓDIO - FASES GERAIS

Conceitos breves

O SIGIC tem por objectivo central a gestão do episódio terapêutico em serviços cirúrgicos, dentro de um tempo máximo estabelecido.

Um episódio é uma sequência coerente de eventos (consultas, internamentos, contactos, cirurgias, MCDT, fisioterapia, quimioterapia, radioterapia) organizada em função de um plano de cuidados, com vista à abordagem e resolução de um conjunto de problemas do utente. E é único no sentido em que lhe corresponde um plano de cuidados adequado àqueles problemas que se inicia com a 1ª consulta do episódio terapêutico no serviço ou unidade funcional onde aqueles são abordados e conclui-se com a realização da cirurgia ou cancelamento da inscrição.

Na maioria das situações existe coincidência entre o episódio único e o chamado episódio funcional na medida em que o plano de cuidados, onde se inclui naturalmente a cirurgia, é da responsabilidade exclusiva de um serviço ou de uma unidade funcional. Existem, no entanto, situações em que por perda de competência do Serviço ou por impedimento objectivo o plano de cuidados transita para a responsabilidade de outro serviço ou unidade funcional. Nestas situações, o episódio mantém-se único, mas passa a ser constituído por dois episódios funcionais. Ou seja a assunção da responsabilidade pelo tratamento do doente é o elemento essencial deste conceito adquirido no âmbito do SIGIC, que deve por isso ser expresso. O episódio único incorpora assim o episódio funcional inicial e os subsequentes, que serão em número igual ao das transferências entre serviços ou unidades funcionais.

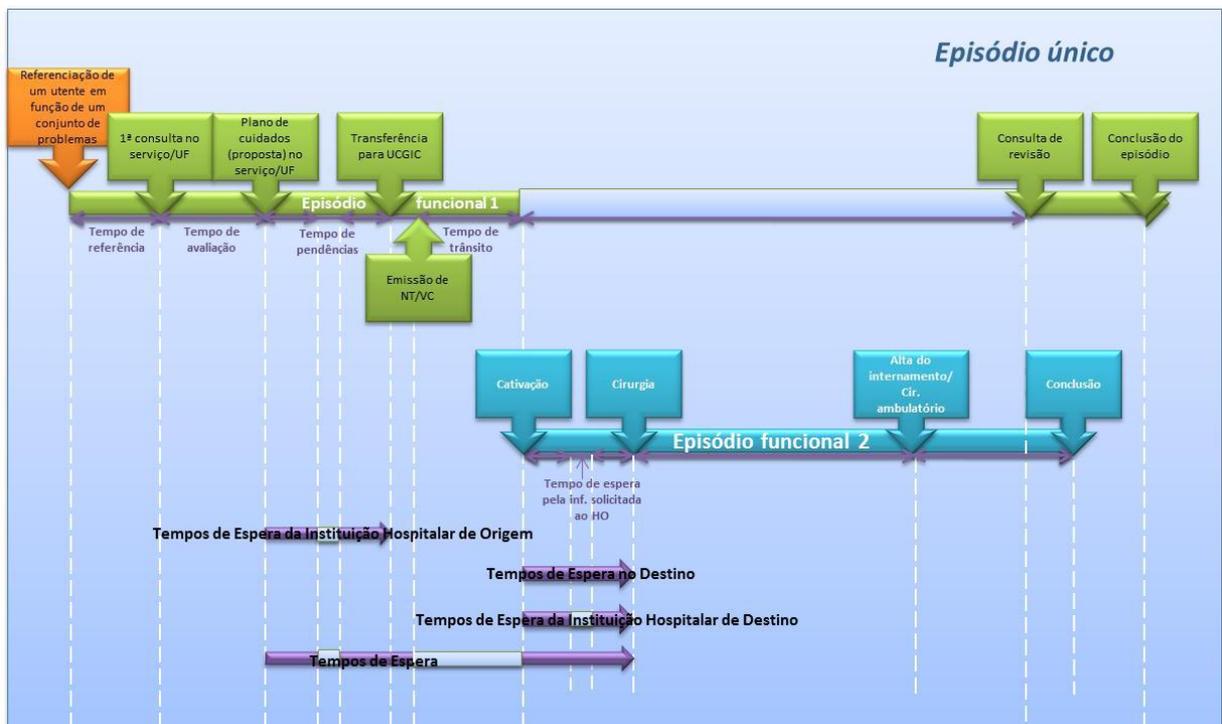


Ilustração 12 – Esquema do episódio único na transferência da cirurgia

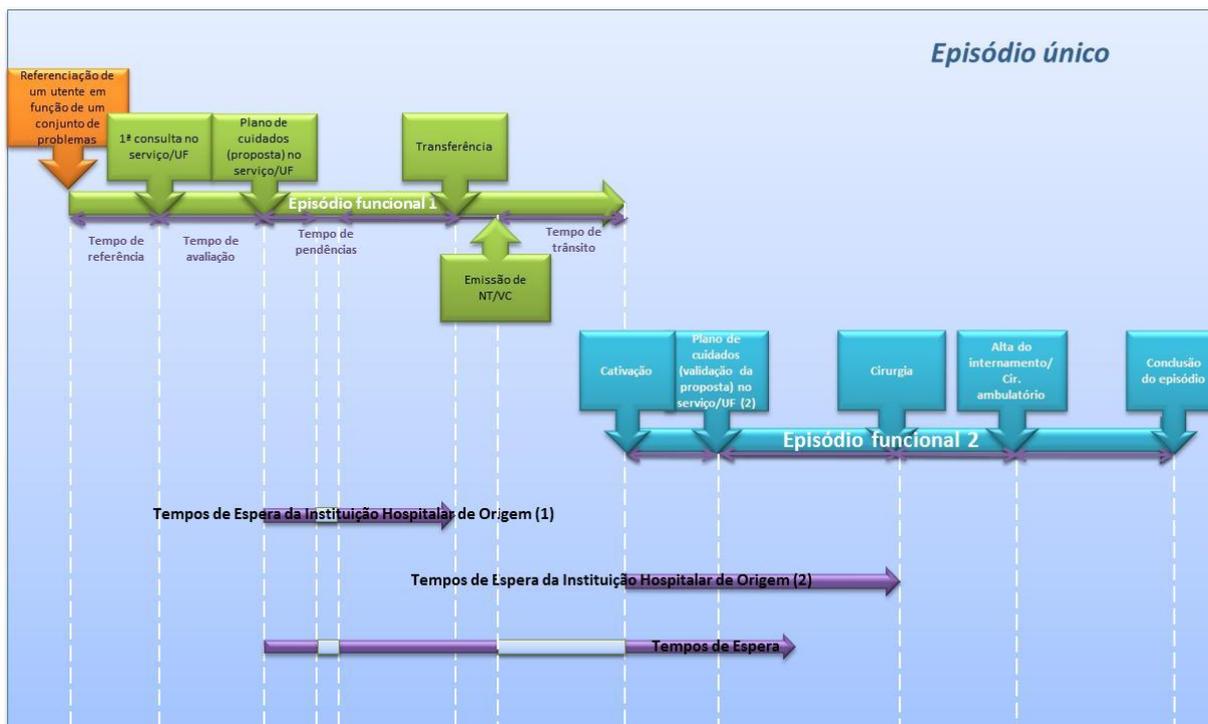


Ilustração 13 – Esquema do episódio único na transferência da responsabilidade

Todos os eventos² que ocorrem em meio hospitalar relacionados com um utente inscrito em LIC com o seu plano de cuidados fazem parte de um episódio funcional e, como tal, devem constar no SIGLIC todos os registos clínicos e administrativos do mesmo, de acordo com as regras previstas neste manual.

A gestão do episódio do utente com um plano de cuidados que inclui a realização de um evento crítico³ (v.g. intervenção cirúrgica, radioterapia prévia à cirurgia, etc.) não é mais do que a integração e optimização dos recursos disponíveis, para que o processo seja mais eficaz e equitativo na resolução do(s) problema(s) identificado(s).

Os dados registados são em primeira instância da responsabilidade de quem produz a informação: do médico proponente à data da proposta, do responsável de serviço/unidade funcional aquando da validação, do cirurgião principal à data da cirurgia, do médico responsável pela alta à data da alta e do médico codificador à data da validação da conclusão. No entanto, é o utente o dono da informação e desta forma deverá haver um cuidado especial na protecção dos seus dados.

Para além da informação que deve ser transferida para o SIGLIC, os respectivos documentos em suporte de papel devem constar do processo clínico do utente, à luz da legislação actual.

As especificidades de cada evento e sua gestão são abordados em pormenor nos respectivos volumes. A saber: Volumes III e IV relativos respectivamente à área clínica e à área administrativa.

2 Interações enquadradas num serviço/UF, na prestação de serviços entre um elemento da instituição e o utente ou com a informação referente a este, que ocorre numa conjuntura determinada e tipificada e num determinado espaço temporal. Os eventos podem ser presenciais, se o utente está presente ou virtuais se só se lida com a informação deste.

3 Evento determinante e considerado no plano de cuidados, imprescindível para tratar o problema do utente.

Cronologia do registo dos eventos no sistema de informação

O episódio do utente é constituído por um conjunto de eventos cronologicamente encadeados, ocorrendo a transferência da informação em momentos precisos, associados às fases de gestão do episódio do utente. Sendo o tempo e a cronologia determinantes na gestão do episódio, é necessário que o processamento da informação seja executado em tempo útil. O hospital deve registar a actividade em tempo real ou seja no dia do evento (v.g. proposta, agendamento, realização da cirurgia). No entanto, o sistema permite uma tolerância de 10 dias úteis, para registar qualquer evento ou efectuar alterações.

O registo dos diferentes eventos - da proposta, da realização da cirurgia, da catamnese e da conclusão - deve ser sequencial e obedecer às regras do SIGIC, descritas no manual. A inobservância destas normas constitui uma violação grave das do SIGIC, sendo o registo do acto a que corresponde bloqueado automaticamente pelo sistema informático. Consequentemente, as intervenções que não estejam registadas na aplicação, não podem ser objecto de facturação na linha de produção cirúrgica programada.

Os procedimentos realizados no bloco operatório excluídos do âmbito do SIGIC, tais como as cirurgias urgente, pequenas cirurgias e as técnicas de diagnóstico e terapêutica, devem ser registados no SIGIC, mas não estão sujeitos às regras que norteiam o funcionamento do sistema, servindo apenas para compreender a ocupação do BO da cirurgia programada.

Modelo da cronologia dos eventos de um plano de cuidados



Ilustração 14 – Modelo da cronologia dos eventos de um plano de cuidados

3.1. Entidades envolvidas

A gestão do episódio do utente no hospital de origem envolve os utentes, os órgãos e as estruturas representadas na ilustração seguinte:

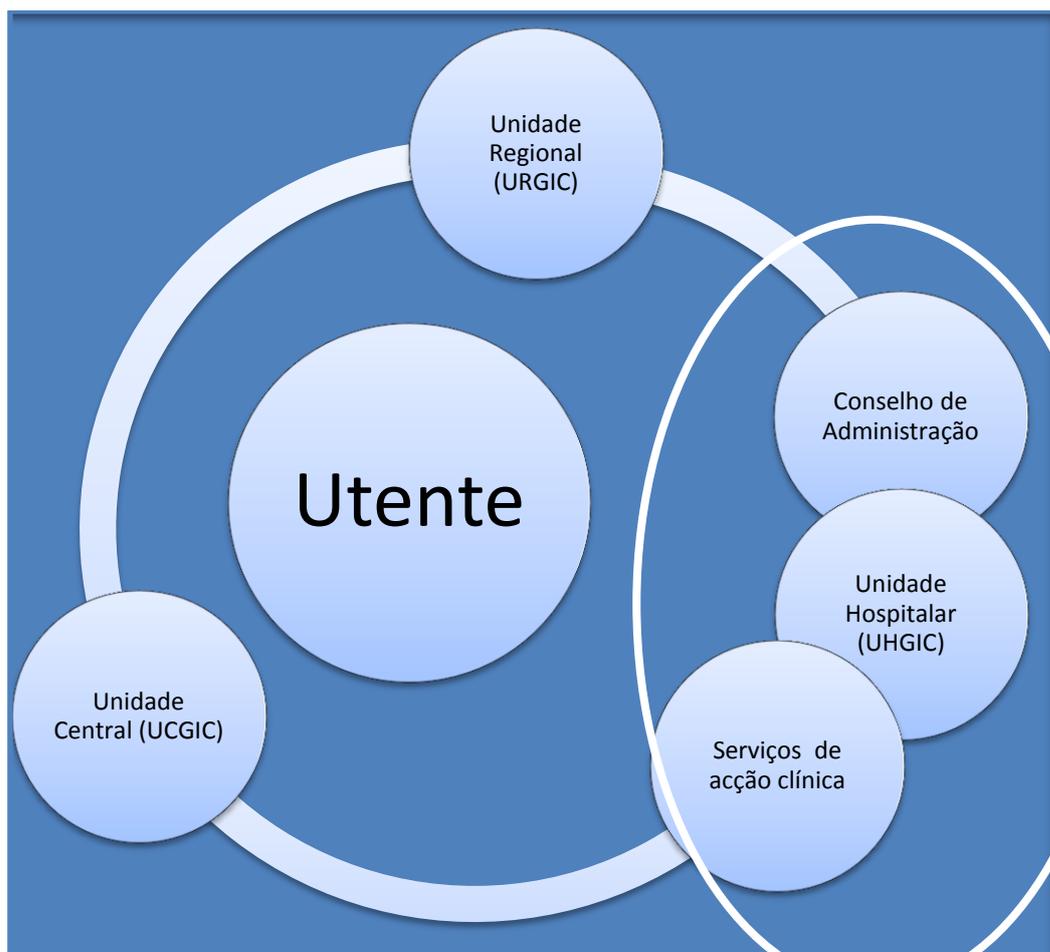


Ilustração 15 – Entidades envolvidas na gestão do episódio do utente

Os direitos e os deveres dos utentes e as competências daqueles órgãos e estruturas envolvidas na gestão do episódio do utente estão reproduzidos nos Volumes II e V deste manual.

3.2. Fases gerais do episódio

As fases e etapas principais do processo de gestão do episódio do utente estão representadas na figura que se segue, sendo explicitadas com detalhe nos números seguintes.

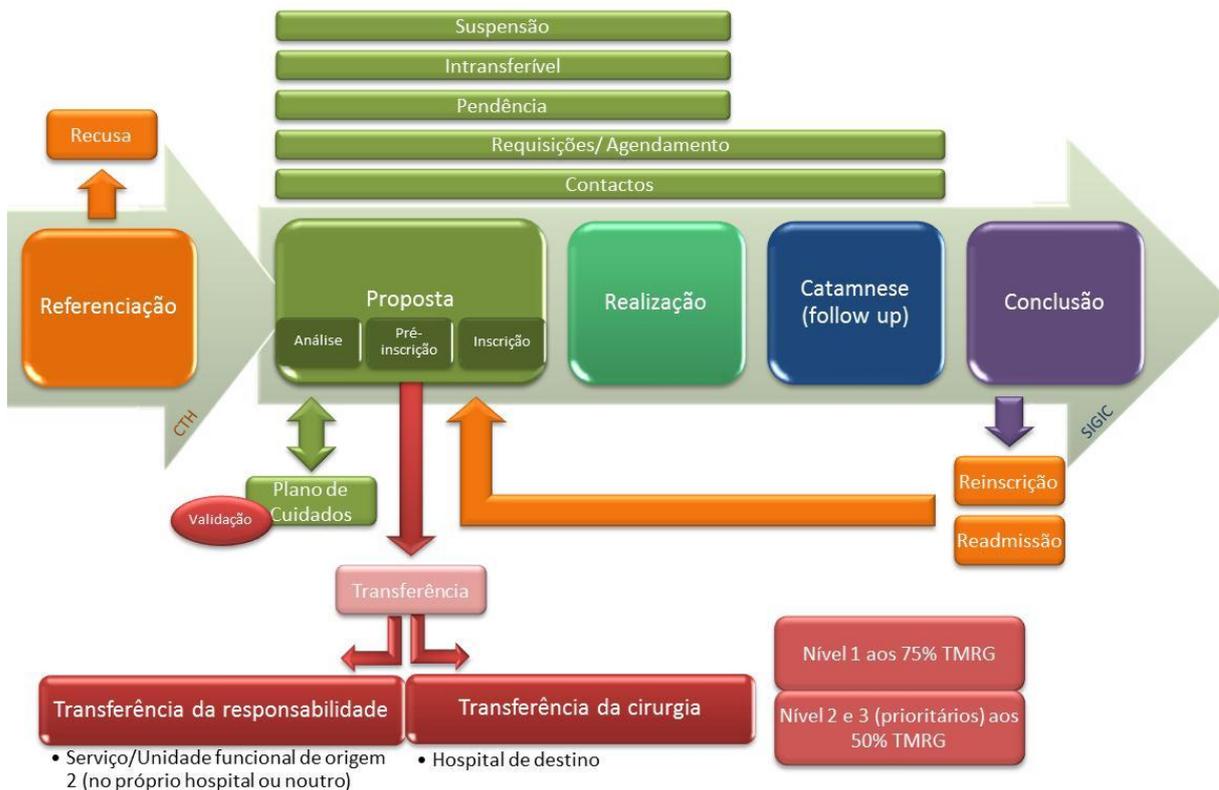


Ilustração 16 – Fases e etapas principais do processo de gestão do episódio do utente

A referenciação para a consulta da especialidade, embora faça parte do processo de gestão de acesso à consulta da especialidade – Consulta a Tempo e Horas (CTH) - aproveita à gestão dos episódios no âmbito do SIGIC, sendo por isso importante o conhecimento e o acesso aos eventos que a integram. Inclui o evento de referência interna ou externa à instituição para a primeira consulta de especialidade. A referenciação externa pode ser proveniente de uma instituição hospitalar do SNS (centros de saúde ou hospitais), de uma instituição do sector privado ou do sector social ou mesmo do próprio utente.

A gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do SNS está regulamentada na Portaria n.º 615/2008, de 11 de Julho, encontrando-se estabelecidos na Portaria n.º1529/2008, de 26 de Dezembro os tempos máximos de resposta garantidos e definidas no Despacho n.º 5642/2010 de 18 de Março de 2010 (publicação a 29 de Março) do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde as referenciações intra-hospitalares (vide Volume V)

Na ilustração que se segue, descrevem-se as etapas da referenciação hospitalar.

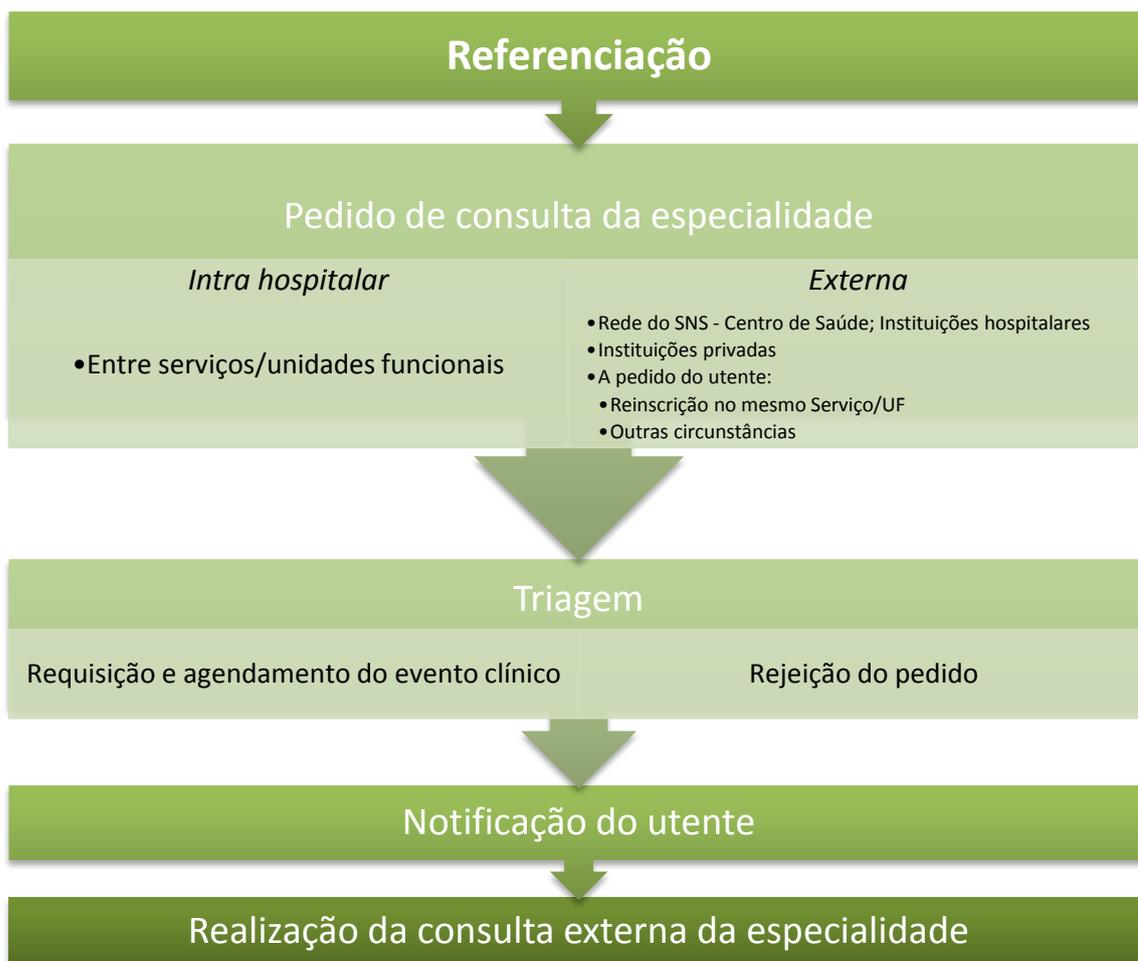


Ilustração 17 – Etapas da referencição para 1ª consulta de especialidade hospitalar

E nas duas figuras seguintes, os tempos máximos que podem decorrer entre a data do registo do pedido da consulta no sistema informático da CTH pelo médico assistente do utente e a realização da primeira consulta da especialidade.

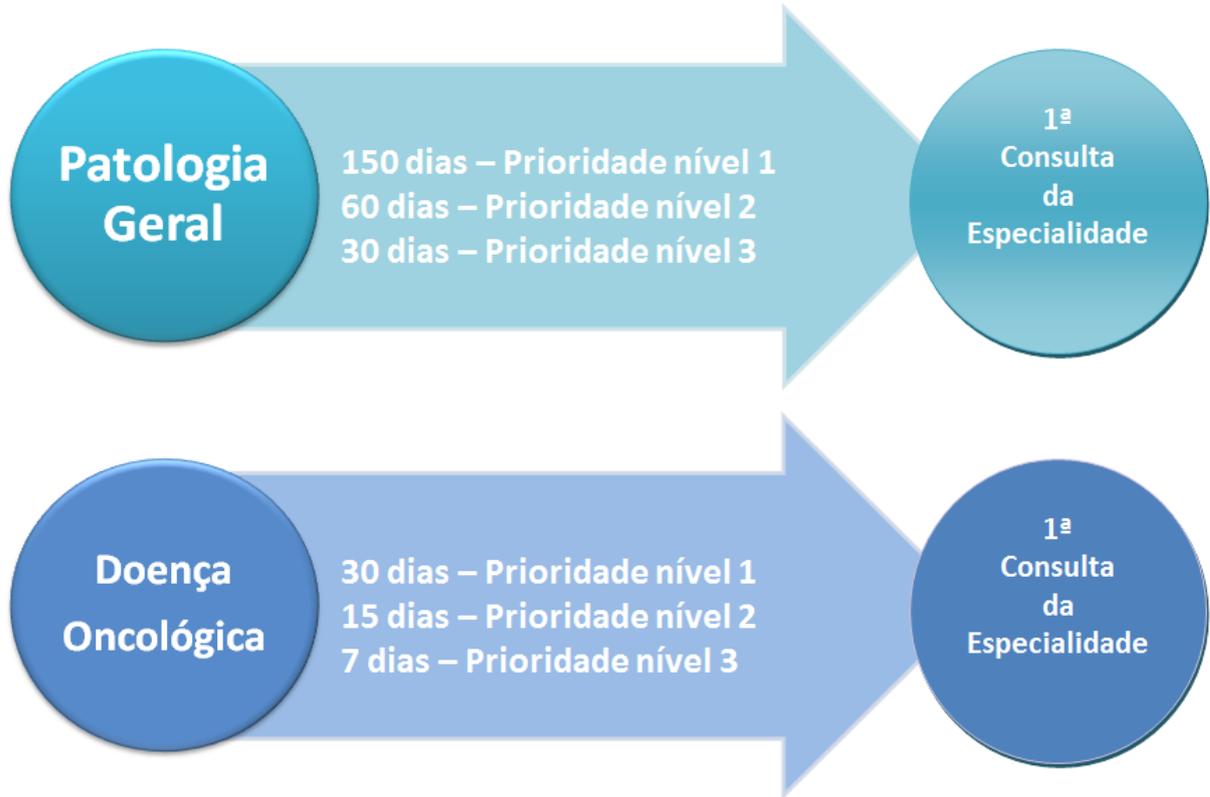


Ilustração 18 – Tempos máximos entre pedido da 1ª consulta e sua execução

A **fase da Proposta** inclui todos os eventos desde a realização da primeira consulta da especialidade do episódio terapêutico até ao último evento imediatamente anterior à admissão para realização do primeiro evento crítico (que pode ser a cirurgia, quimioterapia ou radioterapia). Esta fase, contém uma etapa denominada de análise que compreende os eventos prévios aos da elaboração da proposta.

Esta fase inclui também a etapa de transferência para outras instituições, quando as hipóteses de resolução do problema do utente no seu serviço/unidade funcional estão esgotadas. Se a transferência for para um hospital de destino, apenas para a resolução da cirurgia, denomina-se transferência da cirurgia. Pelo contrário, se for para uma nova unidade funcional, dentro da mesma instituição ou para outra instituição hospitalar por acordo dos responsáveis de serviço/unidade funcional ou no âmbito de um programa especial, designa-se transferência da responsabilidade, uma vez que compreende a transferência da responsabilidade pelo tratamento integral da doença e não só a realização do procedimento cirúrgico.

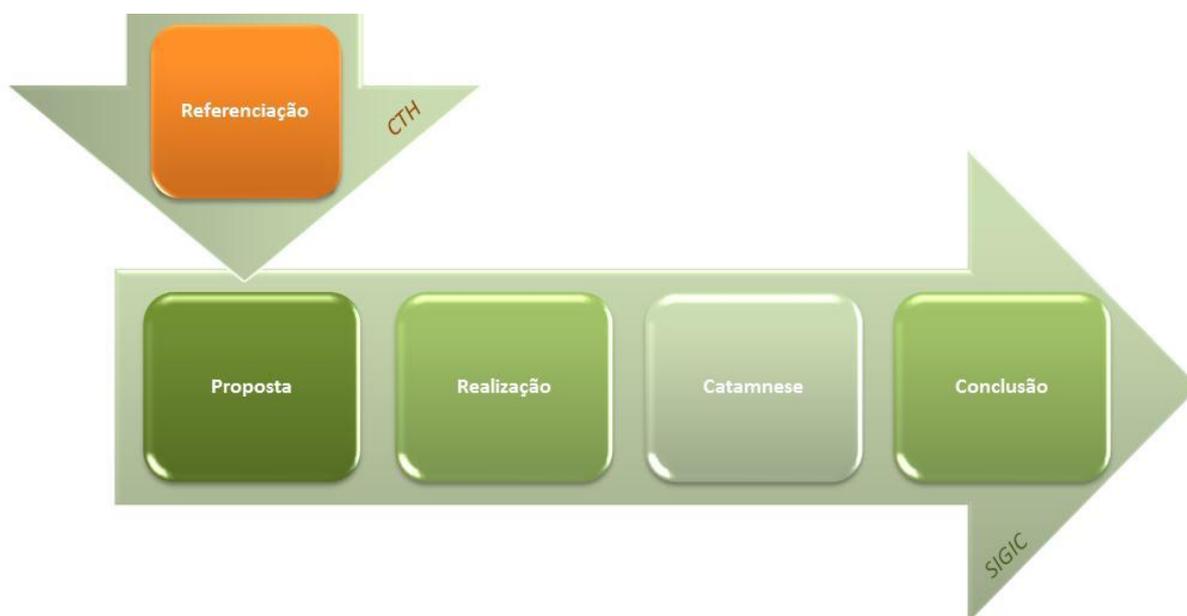
A **fase da Realização** segue-se à fase da proposta e corresponde ao conjunto de processos de gestão relacionados com a admissão, com a realização da cirurgia e de outros eventos críticos e com a alta do internamento/cirurgia de ambatório. Inclui todos os eventos que podem ser realizados durante o período de internamento, nomeadamente a resolução de intercorrências e complicações que surjam.

A **fase da Catamnese** (*follow-up*) abrange todos os eventos após a alta, incluindo as intercorrências da responsabilidade da instituição e as complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar ou outro período em caso de programas especiais.

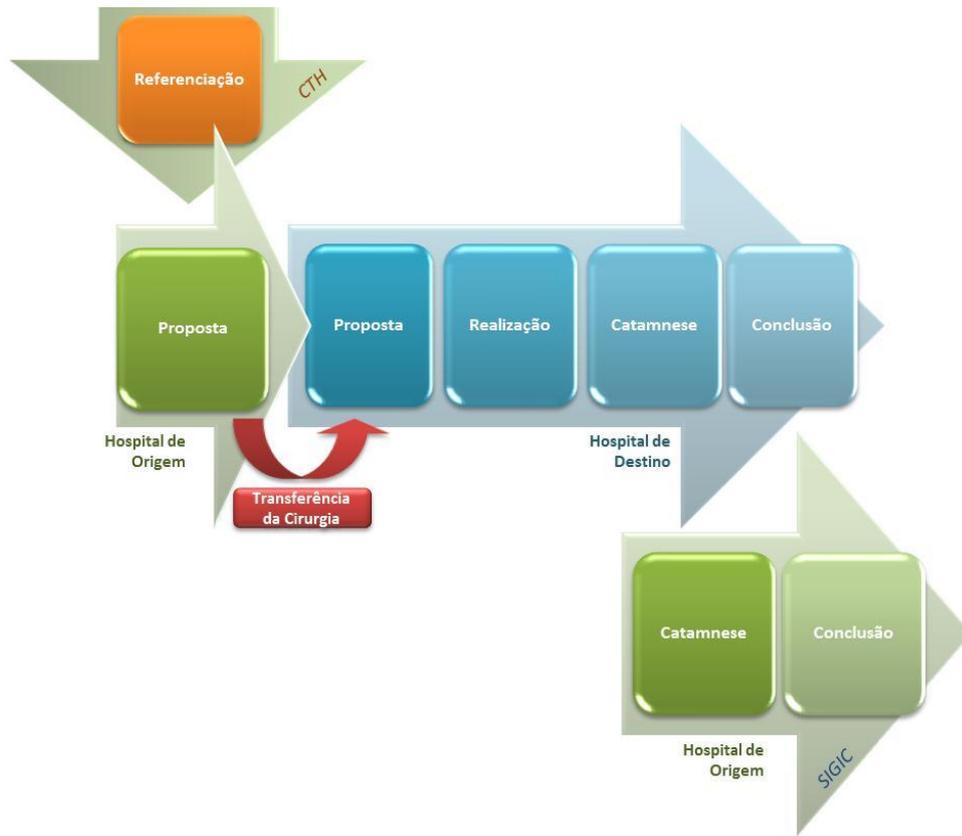
Por último, a **fase da Conclusão** que corresponde ao encerramento do episódio, englobando todos os procedimentos de síntese e de classificação final do episódio, incluindo, nos casos apropriados (ex. hospitais convencionados), a produção da documentação anexa à factura, facturação do episódio e respectivo pagamento.

Nas figuras que se seguem, estão representadas as referidas fases gerais desde a proposta cirúrgica até à conclusão do episódio, passando pelas variantes da etapa da transferência.

1. Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO



2. Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO e HD



3. Processo SIGIC com conclusão do episódio no novo HO(2) ⁴



⁴ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

Nos números seguintes descrevem-se com mais detalhe cada uma das fases do processo e respectivas etapas, bem como os eventos passíveis de ocorrer em cada uma delas.

3.2.1. Fase da Proposta

A fase da proposta inicia-se com a primeira consulta da especialidade do episódio terapêutico, na instituição referenciada e termina com a admissão para realização do primeiro evento crítico (exclusive) eventualmente a cirurgia. Todavia, pode terminar em qualquer uma das quatro etapas em que se divide, seja por conclusão por cancelamento do episódio ou seja por transferência da cirurgia.

A etapa da transferência só ocorre quando o HO não garante a prestação atempada dos procedimentos cirúrgicos.

Na figura seguinte encontram-se representadas as etapas típicas da fase da proposta e nos números que se seguem a esta a explicitação de cada uma delas.



Ilustração 19 – Etapas da fase da proposta da gestão do processo do utente

3.2.1.1. Etapa da análise

A etapa da análise agrega os eventos que decorrem desde a primeira consulta da especialidade (inclusive) até à consulta onde é criado o plano de cuidados (exclusive), ou seja a proposta de abordagem de um ou mais problemas de saúde do utente, onde se inscrevem e caracterizam os eventos necessários à sua resolução, ordenados de forma cronológica.

Segundo as situações, esta etapa pode chegar a não existir por o plano de cuidados poder ser estabelecido logo na primeira consulta ou, pelo contrário, pode incluir mais ou menos eventos (v.g. MCDT ou até mesmo outras consultas), sempre que for considerado conveniente estudar a patologia do doente com mais detalhe.

A etapa da análise destina-se a estudar e interpretar os dados clínicos relevantes que permitem estabelecer e fundamentar a primeira versão do plano de cuidados. Os dados percebidos e obtidos em cada um dos eventos que ocorrem durante esta etapa e dos quais resultam a proposta do plano terapêutico, devem por isso constar sempre do processo clínico. E quando desta etapa resulta, com forte probabilidade, a necessidade de intervir o utente, a cirurgia deve ser proposta de imediato.

Nesta etapa recomenda-se também a observação dos tempos máximos para os períodos que medeiam entre a primeira consulta da especialidade e a consulta onde se regista o plano de cuidados, o qual inclui nomeadamente a proposta cirúrgica, indicados na figura que se segue.

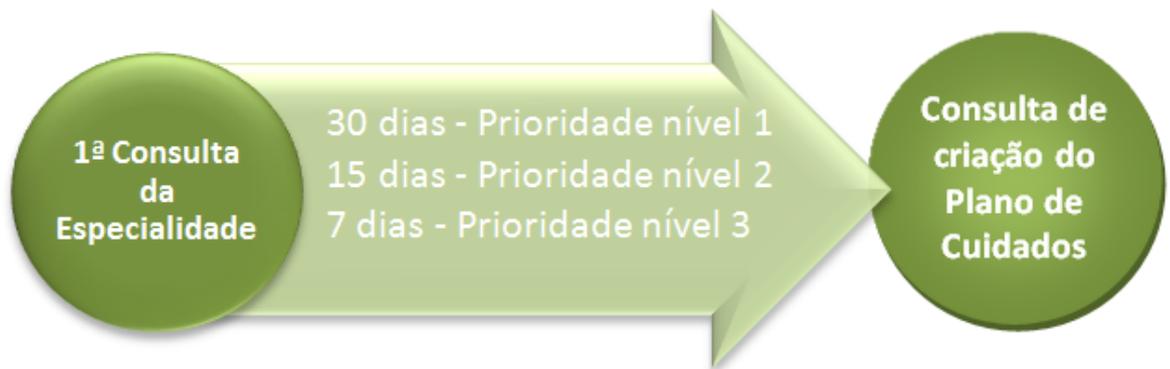


Ilustração 20 - Tempos máximos do acesso

Se o serviço/unidade funcional concluir que não existe indicações terapêuticas que incluam cirurgia, deve devolver o utente à proveniência ou referenciá-lo para outro serviço/UF. O mesmo se concluir que não reúne as condições adequadas para propor uma terapêutica cirúrgica.

3.2.1.2. Etapa da pré-Inscrição/registo provisório na LIC

A etapa da pré-inscrição ou registo provisório na LIC inclui todos os eventos relacionados com a criação de um plano de cuidados (proposta cirúrgica) para resolução de um ou mais problemas, consentida pelo utente e validada pelo responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico proponente (com capacidade técnica para a execução do (s) procedimento (s) proposto (s)). Após a emissão do certificado de inscrição, dá-se lugar à activação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar.



Ilustração 21 – Etapa da Pré-inscrição

3.2.1.2.1. Criação do plano de cuidados (proposta cirúrgica)

Um plano de cuidados corresponde à intenção de resposta do hospital a um conjunto integrado de problemas do utente, a resolver por um conjunto de eventos que têm como atributo agregador pelo menos um episódio de cirurgia. Não há limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos descritos ou procedimentos a realizar. Toda a informação pertinente deve ser registada nos campos de observação. Tendo em conta que o episódio pode ser transferido ou auditado, a proposta deve ser elaborada de forma a ser claramente compreendida por um terceiro elemento.

No SIGIC, o plano de cuidados tem em conta pelo menos uma cirurgia, no entanto, pode em casos particulares incluir uma ou mais (ex. 1ª cirurgia - Colectomia com colostomia, com a 2ª cirurgia prevista para reconstrução do trânsito). Noutras circunstâncias podem estar previstos no plano de cuidados eventos críticos distintos, como é o caso de ressecção mamária (1º evento crítico) seguida de radioterapia (2º evento crítico).

À data do plano de cuidados, o médico proponente deve estar na posse de toda a informação necessária para estabelecer uma indicação de terapêutica cirúrgica com um índice de probabilidade elevado (> 95%). No entanto, nesse momento não é necessário deter todas as informações para delinear a totalidade da estratégia terapêutica, sendo que a restante informação pode ir sendo construída ao longo do tempo que o utente aguarda em LIC e deve estar completa à data do agendamento ou, o mais tardar, aos 75% ou 50% do TMRG conforme a respectiva prioridade.



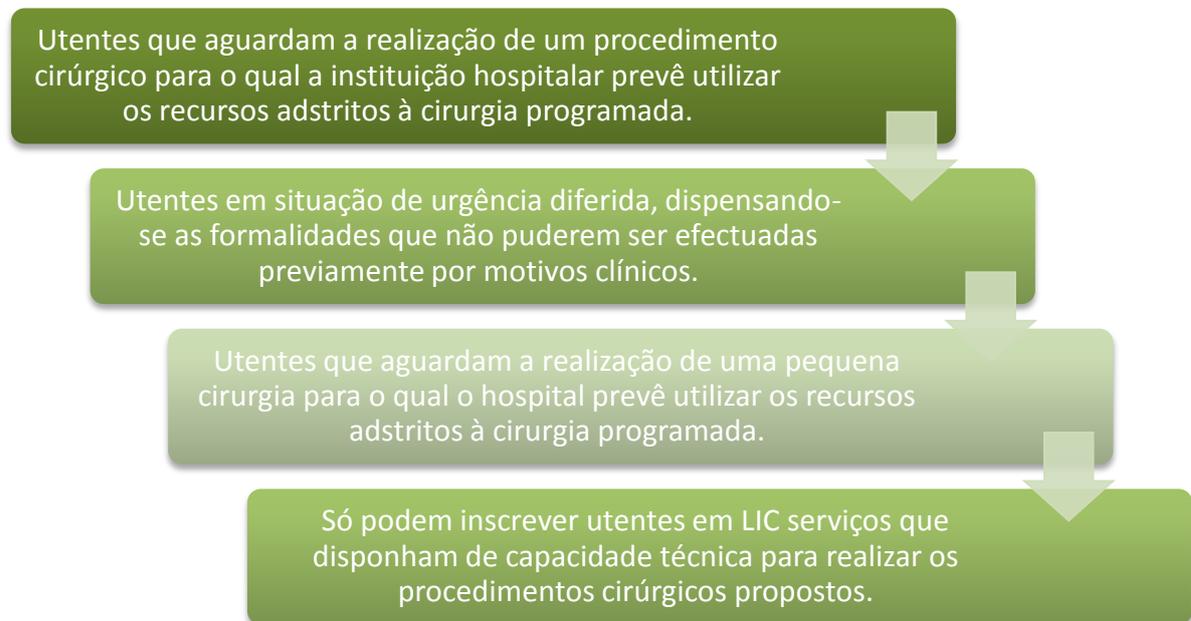
Para evitar a repetição desnecessária de exames e consultas, propõe-se que estes sejam agendados para que sejam executados o mais próximo possível da data prevista para o agendamento cirúrgico ou, o mais tardar, antes dos 75% ou 50% do TMRG conforme a respectiva prioridade (nível 1 e 2).

Os dados recolhidos na proposta servem para instruir o processo e, em caso de transferência, saber para onde encaminhar o utente e para o serviço/unidade funcional de destino poder compreender a situação clínica e a proposta terapêutica efectuada. Servem ainda para construir um conhecimento nacional e regional da procura de tratamentos cirúrgicos.

A formalização do plano de cuidados é o garante contratual entre utente e instituição hospitalar e obriga esta a procurar soluções para a resolução integral dos problemas identificados.

O plano de cuidados deve estar sempre associado ao número de processo do utente no hospital, ao médico proponente, ao serviço/UF responsável e à data a que se refere. No momento do seu registo, a data e o utilizador do sistema ficam registados e é criado um número de identificação (número da LIC) que serve para a referenciar o episódio, sempre que for necessário.

Os **critérios de inclusão de utentes** na Lista de Inscritos para Cirurgia são os seguintes:



Em resumo, deve inscrever-se o utente na LIC sempre que o plano de cuidados preveja a realização de pelo menos um procedimento cirúrgico, com recurso à cirurgia programada, no bloco operatório, a executar por cirurgiões em funções nos respectivos serviços/UF cirúrgicos.

Não se incluem na LIC:

Os utentes propostos para pequenas cirurgias, salvo os casos devidamente justificados em que seja indispensável a anestesia geral ou loco-regional e a utilização do Bloco Operatório (só são inscritos os procedimentos realizados em bloco).

Os utentes propostos para procedimentos cirúrgicos a realizar fora do Bloco Operatório de cirurgia convencional ou ambulatória.

Procedimentos efectuados por técnicos que não médicos com especialidade cirúrgica.

Técnicas de diagnóstico que sejam realizadas no Bloco Operatório

Em resumo, não se incluem actos realizados fora do BO, praticados por não cirurgiões ou pequenas cirurgias que não necessitam da utilização do BO.

Apesar de certas situações não serem incluídas em LIC, caso seja utilizado salas do bloco operatório, o registo da actividade deverá ser registado no SIH e transitado para o SIGLIC. Deste modo a instituição hospitalar, terá salvaguardado os índices de produtividade do bloco, quando o mesmo é utilizado nas seguintes situações:

- Urgência;
- MCDT;
- Procedimentos médicos.

A **proposta de cirurgia** deve ser registada no SIH, elaborada pelo médico proponente da cirurgia e, desde logo, dela devem constar os seguintes dados mínimos obrigatórios:



1. Identificação completa do utente (conforme RNU).



2. Identificação da instituição hospitalar, do serviço/unidade funcional e do médico proponente.



3. Data em que a proposta ocorre, que coincide com a data da consulta onde foi realizada a proposta.



4. Caracterização dos problemas a abordar, incluindo principais ou patologias associadas, em termos de descrição, codificação (classificação dos diagnósticos estabelecidos com o sistema de classificação CDI na versão em vigor) e respectiva lateralidade se aplicável



5. Identificação dos tratamentos propostos para cada um dos problemas independentes, identificados no nº anterior em termos de descrição, codificação (classificação dos procedimentos estabelecidos com o sistema de classificação CDI na versão em vigor) e respectiva lateralidade se aplicável.



6. Resultados esperados com a terapêutica proposta (para cada UN).



7. Prioridade estabelecida.



8. Episódio antecedente (se aplicável).



9. Plano de cuidados prévio

Identifica as acções ou eventos a efectuar prévias à cirurgia.



10. Plano de cuidados pós-operatórios (eventos, requisições e acções especiais)

- Plano que se seguirá após alta do último evento crítico e terapêutica.
- Especificação das necessidades do doente no seguimento da patologia
- Especificações do período e conjunto de eventos a efectuar após a instituição da terapêutica.

Os dados que se seguem, são de preenchimento obrigatório e devem completar a proposta. Podem ser acrescentados até à realização da cirurgia no hospital de origem ou até à transferência para um hospital de destino.



11. Regime da cirurgia

- Internamento ou ambatório.



12. Tipo de anestesia prevista

- Geral; regional periférica/central; local; sedação; sem anestesia.



13. Identificação de alergias, deficiências e outros (presença de material implantado, recusa de sangue por motivos religiosos, gravidez, ...) constrangimentos devidamente especificados e codificados.



14. Risco cirúrgico perspectivado pelo clínico nomeadamente no que se refere a embolismo, hemorragia, infecção, problemas cardíacos, respiratórios, metabólicos global.



15. Identificação das necessidade de acções peri-operatórias especiais e equipamento peri-operatório específico.



16. Proposta de colocação de dispositivo médico. (se aplicável)

- Especificar tipo, marca e modelo.

Os restantes dados da proposta têm de ser completados, no limite, até à data da realização da cirurgia:



17. Classificação ASA

Categoria 1 a 6



18. Classificação Mallampati das vias respiratórias

Classe 1 a 4



19. Episódio subsequente (se aplicável)



20. Identificação da entidade/subsistema no âmbito do qual a proposta é registada.



21. Avaliação pré-operatória

- Não solicitada; Solicitada; Realizada



22. Resultados da Avaliação pré-operatória

- Apto; Apto c/ condições; Não Apto

Os modelos de impressos e respectivos manuais de preenchimento do plano de cuidados e da proposta cirúrgica, indicando os campos mínimos de registo obrigatório, encontram-se no Volume V deste manual.

No caso dos itens que fazem parte da informação mínima obrigatória da proposta de cirurgia não poderem ser recolhidos logo na primeira abordagem, devem ser completados no prazo legal em vigor. Na insuficiência de dados e na impossibilidade de os obter, a justificação tem de ser registada na proposta.

A prioridade clínica atribuída à proposta é estabelecida pelo médico especialista tendo em conta as indicações da Portaria n.º 45/2008, de 15 de Janeiro (vide caixa de destaque), as boas práticas, os critérios clínicos definidos pelo serviço/unidade funcional ou pela instituição proponente e os tempos de resposta garantidos (TRG) fixados pela instituição hospitalar, desde que estejam compreendidos dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) estabelecidos pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, discriminados no quadro seguinte:

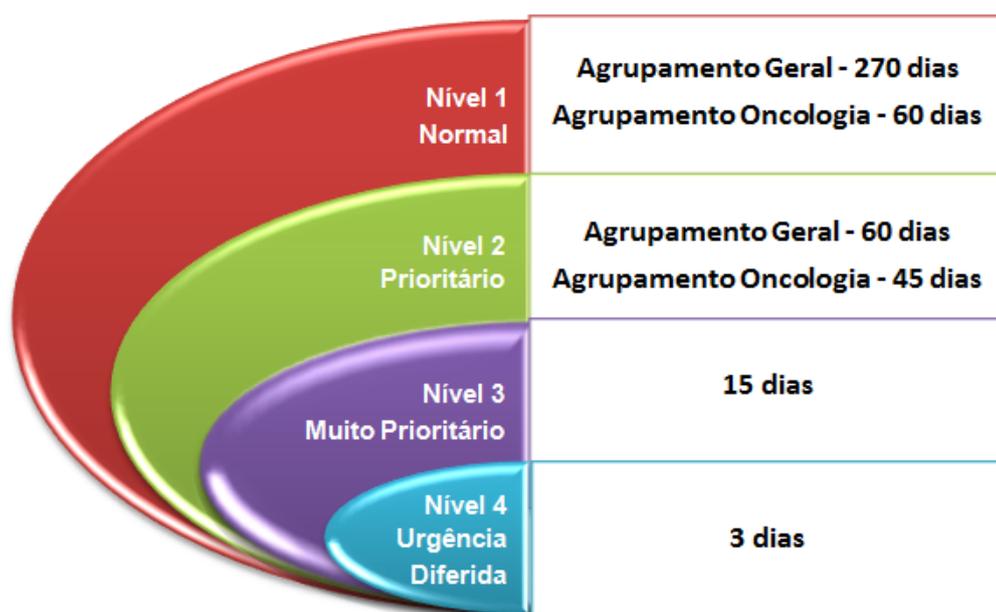


Ilustração 22 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)



“...prioridade clínica estabelecida pelo médico especialista em função da doença e problemas associados, patologia de base, gravidade, impacto na esperança de vida, na autonomia e na qualidade de vida do utente, velocidade de progressão da doença e tempo de exposição à doença;”⁵

Depois de devidamente preenchida, a proposta de cirurgia é entregue ao responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico que tem de a validar, devendo a cópia daquela ser entregue ao utente.

⁵ Cf. o n.º 34, do Regulamento do Sistema Integrado de Inscritos para Cirurgia, publicado na Portaria n.º 45/2008 de 15 de Janeiro.

O tempo de espera do utente inicia-se no momento em que é feita a indicação de intervenção cirúrgica, ou seja na data em que é preenchido o plano de cuidados e que deve ser coincidente com a data da efectivação da consulta que lhe deu origem.

3.2.1.2.2. Consentimento do utente

Após a proposta de cirurgia estar devidamente preenchida, é entregue ao utente a cópia da mesma e o impresso referente à nota de consentimento acompanhado dos seus direitos e deveres.

A nota de consentimento consiste num documento que atesta a concordância do utente com a proposta cirúrgica e com a sua inscrição na LIC, bem como a aceitação dos seus deveres e conhecimento dos seus direitos e das restantes normas do Regulamento do SIGIC. Assim, na nota de consentimento deve constar que o utente autoriza a sua inscrição em LIC, o registo no SIH e no SIGLIC dos seus dados pessoais e clínicos e compreende o significado deste acto e as suas consequências. O(s) diagnóstico(s), o plano de cuidados e a prioridade estabelecida têm de ser inscritos no texto do consentimento, mesmo que em linguagem comum e estar em conformidade com a proposta cirúrgica. A nota de consentimento tem de ser obrigatoriamente assinada pelo utente que, se não puder assinar, se pode fazer substituir por representante legal. De notar que esta forma de consentimento está relacionada apenas com a concordância do utente com a proposta cirúrgica e a sua autorização para inscrição na LIC e respectivos procedimentos administrativos, não substituindo o consentimento informado por parte do doente sobre a cirurgia, o qual nos termos da lei tem igualmente de ser escrito.



No que respeita às urgências diferidas, o consentimento do utente para a intervenção é solidário com a nota de consentimento para inscrição na LIC, não tendo o processo que passar necessariamente por todas as etapas representadas.

Caso o utente não dê o seu consentimento por escrito no momento da consulta em que lhe é proposta a cirurgia, a nota de consentimento devidamente assinada deve ser entregue, por qualquer via, na UHGIC do hospital onde foi feito o atendimento, no prazo de dois, cinco ou dez dias a contar da data da inscrição provisória na LIC (criação do plano de cuidados), consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis de prioridade 3, 2 e 1.

A falta de entrega da nota de consentimento ou a sua entrega fora de prazo determina o cancelamento do registo provisório (pré-inscrição) do utente na LIC. O modelo de impresso do consentimento informado com a informação mínima obrigatória que deve constar, encontra-se no Volume V deste manual.

3.2.1.2.3. Validação do Plano de Cuidados (proposta)

O responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico ou alguém por si nomeado deve no prazo de dois, cinco ou dez dias a contar da inscrição provisória na LIC, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis de prioridade 3, 2 e 1, validar a proposta cirúrgica através da aposição da sua assinatura no documento. A validação significa concordância com os elementos disponíveis na proposta, no contexto dos serviços prestados pelo serviço/unidade funcional.

O acto de validação pelo responsável equivale a este dizer que o plano de cuidados instituído é coerente e apropriado às actividades efectuadas no serviço/UF e é, neste sentido, co-responsável por levar a cabo a sua execução. A invalidação pelo responsável do serviço/UF da proposta cirúrgica obriga à apresentação de uma justificação e a convocar o utente para nova consulta de redefinição terapêutica no prazo de 2 dias, que poderá resultar no cancelamento da proposta ou alteração da mesma.

A validação da proposta cirúrgica obriga o hospital perante o utente a promover e realizar todas as diligências necessárias a resolução da(s) patologia(s) subjacente(s) ao plano, incluindo exames, consultas, tratamentos pré e pós-operatórios.

3.2.1.2.4. Activação da inscrição

O registo efectivo do utente na LIC pressupõe que a proposta cirúrgica esteja nas seguintes condições:

1º Validada pelo responsável do serviço cirúrgico/unidade funcional

2º Consentida pelo utente

3º Sem irregularidades a nível administrativo (com os itens críticos preenchidos)

4º Emissão do certificado de inscrição

Estando reunidas as quatro condições referidas, a proposta é activada na LIC, sendo enviado o certificado de inscrição ao utente no prazo de dois, cinco ou dez dias a contar da activação da inscrição na LIC, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis 3, 2 e 1, sendo anexada uma cópia ao processo clínico, juntamente com o comprovativo de entrega ou envio.

O certificado de inscrição é o documento comprovativo da inscrição do utente na LIC e é emitido através do SIGLIC após o registo informático das datas de validação e de consentimento da proposta cirúrgica.

A aplicação SIGLIC gera um código de acesso individual e regista-o no certificado de inscrição, o qual, por esta razão, deve ser obrigatoriamente impresso através do SIGLIC e enviado por carta

registada para a morada oficial do utente ou entregue em mão contra recibo comprovativo. Mais tarde o utente, querendo, pode alterar este código através do e-SIGIC.

Após a emissão do certificado de inscrição, deve ser impressa uma cópia da proposta cirúrgica registada informaticamente que o médico proponente deve assinar, sendo depois arquivada no processo do utente. Este procedimento destina-se à certificação da informação registada no sistema por parte do médico proponente.

O modelo de certificado de inscrição a enviar ao utente pela instituição hospitalar com os campos mínimos de preenchimento obrigatório encontra-se no Volume V deste manual.

3.2.1.2.5. Alteração do Plano de Cuidados

São três as razões que podem levar à necessidade de modificar um parâmetro da proposta de cirurgia, a saber:

1. A proposta foi introduzida com erros.

2. Novos dados recolhidos que permitem actualizar, completar a proposta (ex: patologia associada, ASA).

3. A situação do utente alterou-se e, como tal, a informação registada não corresponde à realidade actual.

As alterações que implicam pequenas modificações (itens não críticos), não comprometem o essencial da proposta, mas devem ser introduzidas, criando uma nova versão da proposta cirúrgica.

Se a alteração da situação clínica do utente implicar uma modificação expressiva da proposta (itens críticos), esta deve ser cancelada e criada uma nova. Neste caso, está implícito que é necessária nova validação pelo responsável do serviço/unidade funcional e novo consentimento do utente. Havendo uma alteração significativa na situação do utente que leve à perda de indicação cirúrgica, o episódio deverá ser concluído por cancelamento.

Sempre que houver alteração de informação relevante de um plano de cuidados deve ser criada nova proposta cirúrgica. Assim:

- Identificação do utente;
- Serviço/unidade funcional;
- Identificação do médico proponente;
- Data de inclusão;
- Códigos das unidades nosológicas;

- ◆ Diagnósticos;
 - ◆ Procedimentos;
 - ◆ Alteração da lateralidade;
- Ou qualquer outra alteração que o médico proponente considere muito relevante.

Existe outro grupo de dados que pode ser alterado até à data da cirurgia ou da transferência do episódio, como foi referido anteriormente, quando são listados os dados mínimos obrigatórios a constar na proposta de cirurgia.

O campo da prioridade clínica pode ser alterado a qualquer altura, mas quando é modificado é necessário justificar a alteração da decisão e informar o utente, embora não envolva novo consentimento da sua parte e validação.

O acto de registo da informação clínica é determinante para a qualidade do processo. O desenho deste corresponde por isso à informação que deve constar do plano de cuidados, registada em tempo real (no momento da proposta) ou tão próximo quanto possível (no mesmo dia) e inclui mecanismos de monitorização que detectam erros nos períodos compreendidos nos prazos regulamentares.

3.2.1.3. Etapa da inscrição

A etapa da inscrição inclui o conjunto de eventos que decorre desde a validação da(s) proposta(s) cirúrgica(s) do plano de cuidados até à admissão (exclusive) para realização do primeiro evento crítico, nomeadamente a cirurgia para tratamento de um ou mais problemas de saúde do utente.

No esquema seguinte referem-se os eventos que podem ocorrer no âmbito desta etapa:

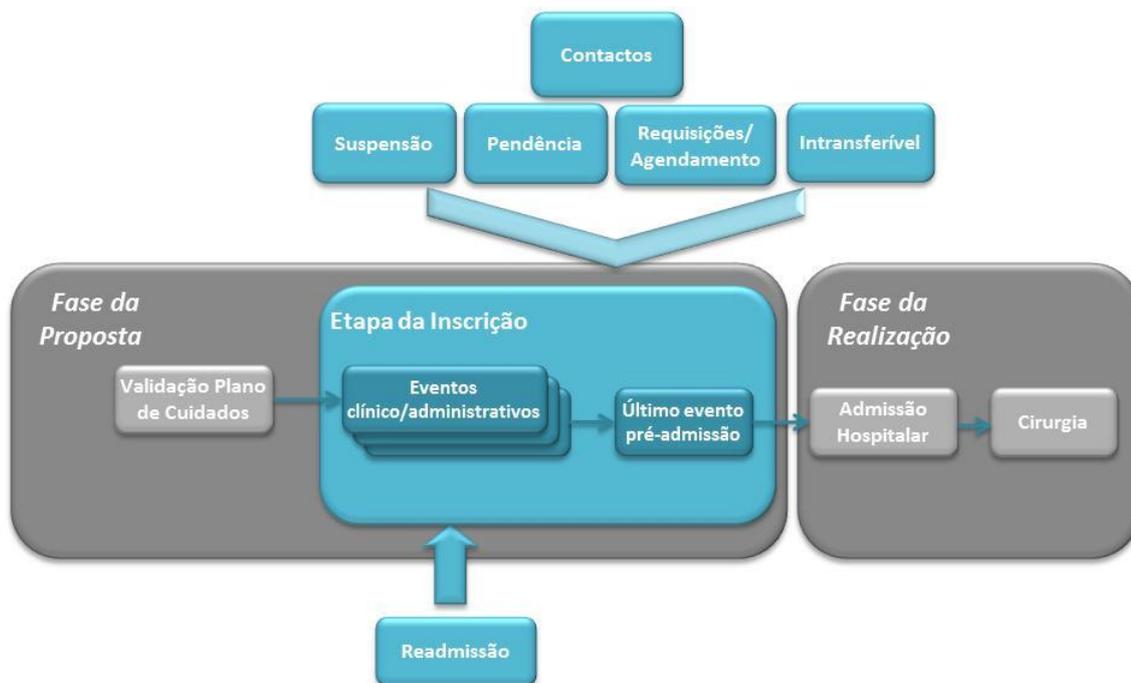


Ilustração 23 – Etapa da Inscrição

A partir do momento em que o plano de cuidados é criado, o episódio fica no estado inscrito na LIC. No entanto, este estado pode apresentar vários atributos que classificam a inscrição:

- ✘ Suspensão Sim Não (Dt. Início - Fim)
- ✘ Pendência Sim Não (Dt. Início - Fim)
- ✘ Intransferível Sim Não
- ✘ Agendamento Sim Não

Alguns atributos são compatíveis, podendo estar assinalados vários ao mesmo tempo, em toda a fase da proposta, excepto nas situações de pendência e suspensão pois estas não são conciliáveis.

3.2.1.3.1. Intransferível

A não transferibilidade do episódio é um atributo na fase da proposta que impede a transferência do utente quando atingidos os tempos regulamentares em vigor, ou seja, 75% ou 50%, conforme nível de prioridade 1 ou 2, respectivamente.

Quando o HO considere que a transferência pode ser clínica ou socialmente prejudicial para o utente e este der o seu consentimento expresso, o episódio deve ser classificado como intransferível e o documento de consentimento anexado ao processo.

No entanto sempre que ultrapassado o tempo máximo de resposta garantido, o utente receberá uma carta a informá-lo da situação e a disponibilizar uma emissão de NT/VC caso esteja interessado, visto o hospital não ter apresentado solução em tempo útil.

3.2.1.3.2. Suspensão administrativa

A suspensão é um atributo do episódio na LIC que o impede de ser movimentado (agendado, transferido, ...), mas não interrompe a contagem do tempo de espera do utente.

A suspensão é um acto administrativo que está previsto para impedir a movimentação do episódio que, nalgumas etapas do processo, até pode ser gravosa para o utente. Trata-se de uma situação excepcional que, quando ocorre, deve durar o mínimo tempo possível. Pode ser determinada pelo hospital, pela URGIC ou pela UCGIC. No caso das devoluções do episódio na fase de transferência, o episódio fica suspenso para permitir ao hospital tomar as providências adequadas antes das movimentações se iniciarem. Estas acções devem ser tomadas no próprio dia ou o mais tardar no dia seguinte. A suspensão pode ser determinada por motivos exclusivamente técnicos ou por falta de informação, adequadamente justificados no SIGLIC, não podendo ultrapassar cinco dias consecutivos ou dez dias interpolados.

3.2.1.3.3. Pendência da inscrição

Quando um utente se encontra na lista de inscritos para cirurgia significa que necessita e encontra-se disponível para uma intervenção cirúrgica no sentido de resolver o seu problema ou conjunto de problemas. A pendência é um atributo do episódio criado para auxiliar no processo de suspensão do TE, quando o utente não se encontra disponível para a realização de eventos no HO (incluindo cirurgia).

As pendências podem ser de dois tipos:

Pendência pessoal

Pendência clínica

A **pendência pessoal** pode ser requerida pelo utente ou por factos imputáveis ao mesmo, antes da sua transferência, pelo máximo de três vezes, por um período total de tempo igual ou inferior ao TMRG para a prioridade e patologia definida no seu plano de cuidados. A justificação deve ser apresentada por escrito, referindo preferencialmente a data requerida para o início e fim da pendência e entregue à UHGIC. Esta deve providenciar o seu registo no SIGLIC e arquivo no processo do utente. Se o período cumulativo de pendência da inscrição ultrapassar o TMRG, a pendência não deve ser aceite. No entanto, se necessário a inscrição deve ser cancelada da LIC.

A **pendência clínica** pode ser requerida pelo médico, desde que o utente dê o seu consentimento por escrito, por um período acumulado não superior a quatro meses, sempre que se verifique uma situação clínica que impede temporariamente a realização da cirurgia. Neste contexto, entende-se por situação clínica o estado de saúde impeditivo da execução de procedimentos com um grau de risco adequado, da realização de tratamentos ou de exames de diagnóstico, durante o período de tempo em que aquele se mantém. A justificação do médico e o documento escrito do consentimento do utente para a pendência por motivos clínicos devem constar no SIGLIC e no processo do utente. Esta pendência não pode ser colocada em tempos de espera para tratamentos adicionais que devem ocorrer antes da cirurgia, mas sim apenas no período em que esses tratamentos ocorrem, incluindo períodos de carência antes da intervenção cirúrgica.

3.2.1.3.4. Requisição/agendamento da cirurgia

A requisição é um acto no âmbito de um evento clínico ou administrativo na qual é indicada a necessidade de um novo evento. Esta pode ser coincidente com o agendamento que não é mais do que a marcação de uma data para a realização do evento requisitado.

O agendamento da cirurgia corresponde ao estabelecimento da data da cirurgia e é da responsabilidade do responsável do serviço/UF.

O agendamento processa-se ao longo dos seguintes estádios:



Ilustração 24 – Agendamento da cirurgia

A realização da cirurgia pressupõe que as etapas anteriormente referidas foram bem-sucedidas, isto é, a programação dos utentes a agendar foi efectuada de acordo com a prioridade clínica, tendo em conta o TMRG, e antiguidade na LIC, o utente foi contactado com sucesso, aceitou ser agendado e não faltou aos episódios pré-operatórios para a preparação da sua intervenção cirúrgica.

Os episódios agendados cuja data de agendamento se encontra vencida sem o registo da cirurgia no SIH, nos prazos e tolerâncias estabelecidas, serão considerados para todos os efeitos como não agendados, e consequentemente, estes utentes são candidatos a transferências quando adequado. Os agendamentos para lá do TMRG, também não são impeditivos de se iniciar o processo de transferência. Se o TMRG já estiver ultrapassado, a instituição não poderá agendar a cirurgia com uma antecedência superior a 20 dias úteis. Caso o utente aceite uma transferência (cativa a NT/VC), o agendamento no HO é necessariamente cancelado independentemente da data da cirurgia.

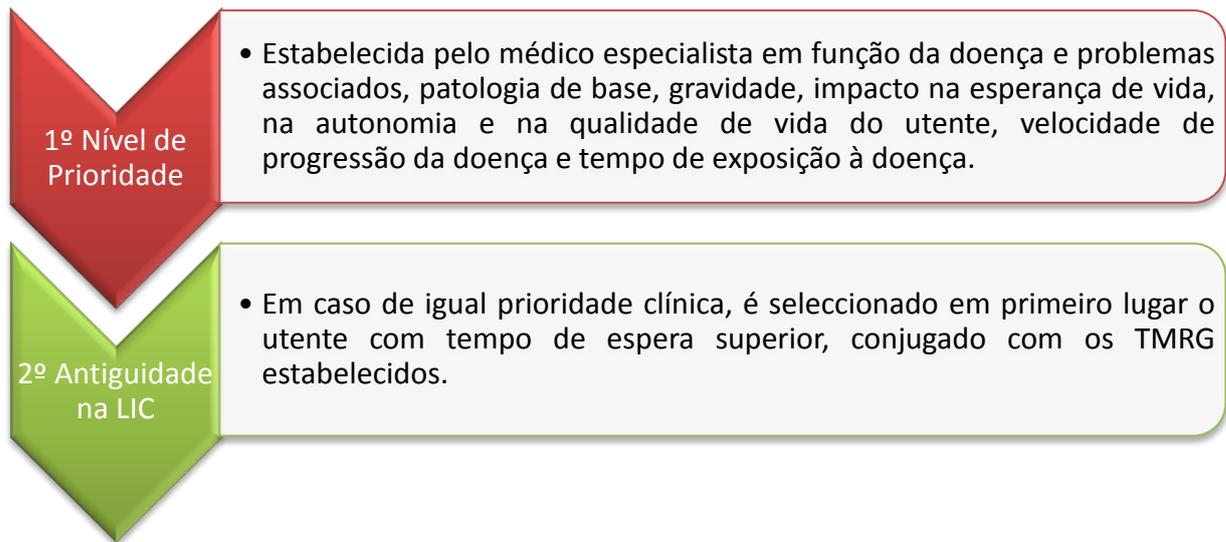
3.2.1.3.4.1. Programação dos utentes a agendar

Com regularidade diária (ideal) ou semanal (máxima), o responsável do serviço/unidade funcional cirúrgico deve planear a produção cirúrgica a realizar no próximo período. O planeamento deve ser realizado tendo por base a listagem emitida pelo SIGLIC, a pedido do serviço/unidade funcional cirúrgico, com os utentes em condições de serem convocados para a cirurgia. Isto é utentes cuja inscrição está activa na LIC a aguardar agendamento, independentemente de serem episódios vindos de outras instituições, de acordo com a antiguidade na LIC, a prioridade clínica definida no plano de cuidados e a patologia/grupo de patologia. Sempre que a lista de utentes a agendar for extraída do SIH, devem ser tidas em conta as regras de ordenação em vigor. O agendamento pode atender à especificidade dos serviços, pelo que deve existir uma lista por serviço/unidade funcional.



Em serviços/UF com LIC muito controlada, com tempos máximos de espera muito baixos e com capacidade de flexibilizar o ritmo de produção, a cirurgia pode ser agendada logo à data da proposta.

A ordenação dos episódios em LIC deve obedecer aos seguintes critérios de selecção, partindo do mais importante:



O agendamento e a respectiva notificação dos utentes classificados no nível de prioridade clínica 3 devem ocorrer no prazo máximo de cinco dias, a contar da data da sua inscrição na LIC, e os utentes devem ser informados com uma antecedência mínima de 5 dias úteis.

O agendamento dos utentes classificados no **nível de prioridade clínica 2** deve ocorrer até ao limite de 50 % do tempo máximo de resposta garantido, ou seja até vinte e três dias para o agrupamento oncológico e trinta dias para o agrupamento geral, após a sua inscrição em LIC. Todos os utentes com este nível de prioridade clínica devem ser informados da data da marcação da cirurgia com pelo menos dez dias de antecedência.

O agendamento dos utentes classificados no **nível de prioridade clínica 1** deve ocorrer até ao limite de 75% do tempo máximo de resposta garantido. Ou seja os utentes do agrupamento geral e aqueles que pertencem ao agrupamento oncológico devem ser agendados respectivamente até ao limite dos 203 e 45 dias do TMRG, após a sua inscrição em LIC. Mas todos eles devem ser informados da data da marcação da cirurgia com um mínimo de vinte dias de antecedência. Caso a instituição não respeite o tempo de notificação, o utente pode recusar a data de cirurgia com motivo plausível. Neste caso, a instituição está obrigada a reagendá-lo para uma data que não comprometa o TMRG e que diste da primeira pelo menos cinco ou dez dias, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis dois e um.

No caso de existirem utentes inseridos em grupos de patologia diferentes do geral, a par dos existentes no agrupamento geral, o agendamento deve também ter em conta a prioridade operacional. Isto é, primeiro os grupos de utentes com igual TMRG, independentemente do seu nível de prioridade, uma vez que este é também estabelecido em função do tempo que o utente pode aguardar pela cirurgia. Assim:

Prioridade Operacional	Prioridade Clínica	Grupo de patologia	TMRG	Tempo máximo de agendamento (dias)	Notificação do utente da data da cirurgia (dias)
270	1	Geral	270 dias	203 dias	20 dias
60	1	Oncológico	60 dias	45 dias	20 dias
	2	Geral	60 dias	30 dias	10 dias
45	2	Oncológico	45 dias	23 dias	10 dias
15	3	Geral Oncológico	15 dias	5 dias	5 dias
3	4	Geral Oncológico	3 dias	Logo que possível	Logo que possível

Ilustração 25 – Tipos de prioridade por patologia e prazos

Os utentes com prioridade operacional (TMRG) menor devem ser agendados em primeiro lugar e dentro de cada um desses grupos, a ordenação deve ser por ordem decrescente do tempo de espera do episódio (TE). O TE é calculado desde a data de inclusão na LIC até à data actual, descontados os períodos de pendência clínica ou pessoal, assim como o período de utilização da NT/VC.

Para além destas regras é sempre necessário respeitar o TMRG. No entanto, caso se verifique que o tempo máximo foi ultrapassado, o agendamento não pode ser efectuado com uma antecedência superior a vinte dias, para não dificultar eventuais transferências. Se um episódio agendado não estiver conforme, pode ser transferido aos 75% ou 50%, conforme a respectiva prioridade, aos 100% do TMRG ou a pedido do utente.

Respeitando os critérios de agendamento por prioridade operacional e antiguidade (TE), a data de agendamento da cirurgia entre episódios pode variar entre cinco e quinze dias, desde que essa variação se fundamente na gestão mais eficiente dos tempos de funcionamento do BO.

Observados os critérios enunciados, o responsável do serviço/unidade funcional é livre de seleccionar como entender os candidatos para agendamento da cirurgia.

Regista-se ainda que um serviço/UF só pode agendar e realizar uma cirurgia se tiver sido ele próprio a propô-la ou assumir a responsabilidade pela mesma, validando-a. Para tal o utente tem

que estar inscrito no serviço/UF. Um serviço/UF que não se possa responsabilizar por um determinado procedimento cirúrgico, não deve inscrever o utente em LIC.

Após a selecção dos utentes a agendar, os respectivos agendamentos devem ser registados no SI e os utentes notificados dentro dos prazos.

3.2.1.3.4.2. Contacto para agendamento

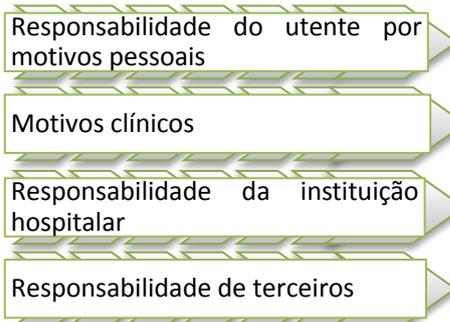
Com base nos dados fornecidos pelo responsável do serviço/unidade funcional, é iniciado o processo de contacto dos utentes para aceitação do agendamento da cirurgia, devendo ser privilegiado o contacto telefónico, no período pós-laboral. O contacto para agendamento deve ser realizado pela UHGIC ou pelo secretariado do serviço cirúrgico ou do BO, através dos meios de contacto que o utente indicou no momento da inscrição.

Após a aceitação do agendamento proposto, devem ser iniciados os preparativos do utente para a cirurgia, tendo em conta a data prevista. O utente deve ser informado, no âmbito do contacto ou no prazo máximo de dois dias após o mesmo, da documentação a apresentar no dia da sua intervenção e de eventuais procedimentos preparatórios que deve efectuar como sejam exames, tratamentos, consultas pré-operatórias, medicação, dietas ou jejum num período de tempo prévio à intervenção cirúrgica.

Anota-se mais uma vez que os utentes com nível de prioridade 1, 2 e 3 devem ser informados da data da cirurgia com uma antecedência mínima de respectivamente vinte, dez e cinco dias úteis. Nos casos dos níveis 1 e 2, se o hospital não respeitar os prazos de antecedência, os utentes podem recusar o agendamento proposto, sendo considerado motivo plausível.

3.2.1.3.4.3. Cancelamento do agendamento e reagendamento

O cancelamento do agendamento de qualquer evento deve ser realizado de preferência logo após a sua recusa ou falta de comparência do utente ao mesmo. Sempre que o evento não é realizado ou há necessidade de o adiar, é necessário cancelar o agendamento registado no SI, utilizando o motivo de cancelamento correcto, pois só assim estão fundamentadas as acções de cancelamento do episódio ou outras. O cancelamento de um agendamento tem de ser registado até 10 dias úteis após a notificação ou não comparência, sob pena da instituição hospitalar incorrer numa irregularidade processual. Os motivos de cancelamento de um agendamento da cirurgia existentes no SIGIC estão subdivididos em quatro categorias diferentes, a saber:



No primeiro caso, a instituição hospitalar deve solicitar ao utente que justifique a recusa da data proposta ou a não comparência aos eventos agendados, por qualquer meio escrito, carta, fax, mensagem por correio electrónico e, quando adequado, anexe documento oficial comprovativo. Antevendo a dificuldade da recolha por escrito das intenções do utente, realça-se a necessidade do registo e teor pormenorizado dos contactos efectuados, de forma a poder constituir fundamento da acção de cancelamento do agendamento e outras. Em sede de auditoria, os episódios que não contenham esta fundamentação, serão considerados não conformes.



Para se salvaguardar, a instituição pode enviar uma carta registada ao utente a referir a informação que este forneceu verbalmente, solicitando que o utente entre em contacto com a UHGIC caso se oponha ao comunicado. No caso de inexistência de resposta, é tacitamente aceite como válida a informação.

Para além da notificação da data de cirurgia num prazo inferior ao legalmente estabelecido, também os motivos apresentados pelos utentes para a recusa do agendamento, podem ser classificados como plausíveis para recusa. A determinação da lista de motivos considerados plausíveis é da responsabilidade de cada instituição hospitalar, não podendo contudo serem excluídos os motivos previstos nas normas legais (vide Volume IV, Manual da área administrativa).

De acordo com o meio em que a instituição está inserida e a sua política, podem existir outros motivos que sejam considerados plausíveis. Assim sendo, a instituição hospitalar deve listá-los e publicá-los, informando os serviços para os devidos efeitos.

Nos restantes casos, é obrigatório um contacto com o utente, cujo registo no SI é obrigatório, que o informe, explique a situação e estabeleça a continuidade do processo.

3.2.1.3.5. Comparência aos eventos pré-operatórios

No contacto que propõe o agendamento da cirurgia, o utente deve ser informado do rol de eventos necessários até à realização da cirurgia. Estes eventos devem também eles ser agendados

num cronograma que minimize as deslocações do utente à instituição. O processo clínico do utente deve ser actualizado a par das informações no SIGLIC.



A instituição hospitalar deve garantir que a avaliação do utente para a cirurgia é efectuada com a antecedência necessária ao não comprometimento do programa operatório⁶.

Como norma, a instituição hospitalar deve protocolar os exames complementares de diagnóstico e as indicações de avaliação pré-anestésica, assim como estabelecer o prazo de validade dos estudos pré-operatórios. As marcações devem ter em conta a validade dos estudos e a data previsível de cirurgia para evitar repetições de exames.

A UHGIC deve assegurar o acompanhamento do utente desde o início do processo. Deste modo, qualquer eventualidade que impeça a cirurgia, ainda que temporariamente, será automaticamente actualizada no registo do utente na LIC, evitando-se agendamentos inconsequentes.

Recomenda-se que a instituição hospitalar na véspera dos eventos notifique o utente, via telefone ou SMS, do evento da ocorrência.

Com a comparência do utente aos eventos pré-operatórios, deve ser efectuada o registo informático da efectivação dos referidos eventos. Destaca-se que a falta de comparência do utente e respectivo motivo, quando possível apurar, também devem ser registados no processo clínico.

A inscrição do utente deve ser cancelada na LIC, sempre que o mesmo não compareça a um episódio pré-operatório e:

- Não apresente motivo plausível, ou
- Apresenta motivo plausível, pela terceira vez.

A falta a um evento obriga a instituição hospitalar a estabelecer um contacto com o utente para apurar o motivo e reagendar o utente. Este contacto obedece às normas gerais para contactos.

Caso o utente não compareça a um evento pré-operatório mas apresente motivo plausível, sem que tenha ultrapassado o número máximo de faltas permitidas, o assistente técnico deve cancelar o agendamento do utente no sistema de informação, passando o registo a estar novamente disponível para novo agendamento. A não comparência em número superior ao previsto dá origem ao cancelamento da inscrição, facto para o qual o controlador do processo tem de estar atento podendo consultar os alarmes da aplicação SIGLIC.

⁶ Programa operatório – lista de participantes (utentes e equipas) numa determinada actividade do bloco operatório.

3.2.1.4. Etapa da transferência

Sempre que a instituição hospitalar de origem não consegue garantir ou a realização da cirurgia ou o seu agendamento até 100% do TMRG, o serviço/UF tenha perdido ou a capacidade técnica para realizar a cirurgia ou apresente piores tempos de acesso do que outro que se lhe equipare e ainda por conveniência justificada do utente, estão criadas as condições para se dar início à etapa de transferência. Seja qual for o tipo de transferência, esta só pode ocorrer com o acordo expresso do utente. Se o serviço/UF não poder realizar a cirurgia por incapacidade objectiva, o utente deverá ser informado que deverá aceitar a transferência, pois caso contrário o episódio terá de ser concluído por cancelamento na respectiva instituição hospitalar. Anota-se ainda que, nos casos em que as instituições tenham perdido a competência técnica para a realização de procedimentos específicos, por decisão da tutela, os utentes devem ser encaminhados para as instituições que integram a respectiva rede de referenciação nacional para o tratamento (ex. PTCO).

As transferências encontram-se organizadas da seguinte forma:



Ilustração 26 – Tipos de Transferência

Transferência da responsabilidade do episódio na mesma Instituição hospitalar (intra-hospitalar)

Quando por qualquer razão o serviço/UF estabelece que não vai prosseguir com as acções previstas no plano de cuidados e por esse motivo ocorre uma transferência da responsabilidade do tratamento integral do utente entre serviços/unidades funcionais da mesma instituição, o episódio funcional é concluído por transferência e é criado um novo plano de cuidados associado a um novo episódio funcional, que carece de ser validado pelo responsável do novo serviço e objecto de renovação do consentimento por parte do utente. Não obstante, o episódio único mantém-se e o TE do utente agrega os TE dos dois episódios funcionais. Estas transferências são promovidas pelo próprio hospital.

Transferência da responsabilidade do episódio entre instituições hospitalares por acordo entre responsáveis de serviço/unidade funcional (inter-hospitalar por acordo)

Se a transferência ocorrer no âmbito da rede de referência nacional, a instituição que transfere deve proceder ao registo da transferência integral do plano de cuidados do utente e a instituição que recebe, deve validar a informação. Assim, o episódio é concluído por transferência de responsabilidade, no hospital de origem quando é inscrita uma nova proposta cirúrgica que aborde os mesmos problemas da primeira no HD. Devendo as situações serem registadas nos SIH das respectivas instituições. Tratando-se de um centro hospitalar ou grupo de hospitais a transferência carece ainda de autorização de ambos os responsáveis de serviço e consentimento do utente.

Nesta modalidade de transferência, o conceito de episódio único do utente não se altera, mantendo-se agregada no SIGLIC a informação de ambos os hospitais e a contagem ininterrupta do tempo de espera, embora seja exigida revalidação do plano de cuidados por parte do responsável do novo serviço/unidade funcional e novo consentimento do utente.

Transferência da responsabilidade do episódio entre instituições hospitalares por utilização de NT/VC (inter-hospitalar por emissão de NT/VC)

A transferência da responsabilidade integral para a instituição que recebe o utente, mediante a emissão e cativação de NT/VC, ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado. Assim é necessário que haja validação do responsável de serviço/UF, no entanto a nota de consentimento do utente é coincidente com o acto de cativação pelo utente. Estas transferências estão sujeitas às regras gerais, em tudo o que não estiver estabelecido na descrição do programa.

Transferência da cirurgia

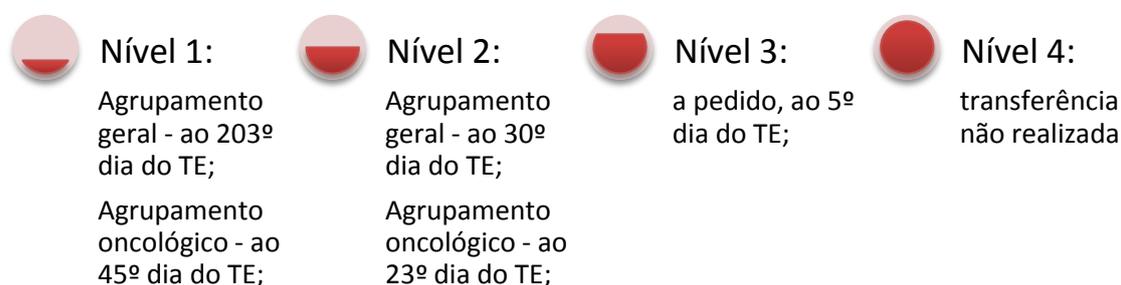
Esta transferência, operada pela emissão e cativação de NT/VC, implica apenas a transferência da prestação dos procedimentos cirúrgicos relativos ao(s) problema(s) identificado(s) e às eventuais intercorrências da responsabilidade da instituição hospitalar ou complicações identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar. Após a cirurgia, os restantes tratamentos complementares, quando necessários, a avaliação dos serviços prestados no HD, e a fase da catamnese são da responsabilidade do HO que inscreveu o utente em LIC.

Nos próximos números é descrito o processo de transferência por emissão de NT/VC, quer seja com transferência da responsabilidade do episódio quer seja da cirurgia.

3.2.1.4.1. Gestão das transferências até cativação da nota de transferência/vale cirurgia

3.2.1.4.1.1. Preparativos para a transferência do utente

A transferência de utentes através da emissão de NT/VC para outras unidades hospitalares integradas no SNS ou unidades convencionadas é obrigatória sempre que o hospital de origem, com os seus recursos, não possa garantir a realização da cirurgia dentro dos TMRG estabelecidos por prioridade clínica, por patologia ou grupo de patologias, presumindo-se a falta de garantia quando a cirurgia não for agendada até ao limite do prazo estabelecido para cada nível de prioridade, a contar da data de inscrição na LIC. Assim:



Tratando-se de utentes classificados no nível 4, a transferência não ocorre, devendo a proposta ser resolvida dentro do respectivo TMRG.

A preparação para a transferência do utente processa-se de acordo com as seguintes etapas:



Ilustração 27 – Etapas da preparação para a transferência

3.2.1.4.1.2. Avaliação dos episódios em condições para transferência

A preparação dos episódios para transferência consiste na análise de todos os episódios em LIC para determinar se reúnem todas as condições para serem transferidos.

Se o HO considerar que a transferência pode ser, clínica ou socialmente, prejudicial para o utente e este der o seu consentimento expresso, o utente deve ser classificado como intransferível, devendo os motivos que determinam essa classificação serem registados no SIGLIC.

Assim, o utente só pode ser transferido do seu hospital caso ocorram, simultaneamente, as seguintes situações à data da transferência:

- O HO não agenda a cirurgia até aos 75%/50% do TMRG para a respectiva prioridade e patologia ou com agendamento para lá do TMRG;
- O episódio não se encontra sinalizado como intransferível no SIH
Ou, embora o episódio se encontre sinalizado como intransferível no SIH, pode ser transferido a pedido do próprio, dado ser requisito necessário o seu consentimento;
- O episódio não se encontra pendente ou suspenso, nos termos regulamentares;
- O processo não apresenta irregularidades administrativas que impeçam a emissão de correspondência (morada);
- O processo não apresenta irregularidades que impeçam o seu agrupamento num GDH (códigos de diagnóstico e procedimentos e data de nascimento inexistente ou incoerente);
- O processo não apresenta irregularidades clínicas (sem codificação inválida).

Sempre que o tempo de espera corresponder a 70% ou mais do TMRG (quando classificados com prioridade clínica nível 1), o HO deve actualizar os respectivos processos clínicos para a realização da cirurgia ou para o envio posterior ao hospital de destino, de forma a garantir o cumprimento dos prazos regulamentares exigidos.

3.2.1.4.1.3. Preparação dos episódios para transferência ou para a cirurgia

Nos casos em que o episódio é transferível, o hospital de origem é responsável pela preparação do processo clínico do utente, para posterior envio ao hospital de destino seleccionado pelo utente.



A aplicação SIGLIC sinaliza os utentes que atingem 45% (prioridade 2 e 3) e 70% (prioridade 1) e assim como todos os que atingem os 95% do TMRG, solicitando a preparação do processo.

A preparação do processo clínico do utente no âmbito da consulta de reavaliação, inclui a revisão do plano de cuidados inicial de utentes classificados com nível 1, os resultados dos eventos clínicos pré-operatórios (exames, consultas e tratamentos) e qualquer informação adicional que o hospital considere importante para a realização da cirurgia proposta ao utente. No processo clínico pressupõe-se a existência de toda a informação necessária, à construção de um juízo independente sobre a adequação da proposta cirúrgica à patologia do utente e à preparação para a realização da cirurgia.

Embora não se encontre estabelecido nenhum prazo para actualização do processo clínico entre a data do último MCDT/observação clínica e a data da consulta no hospital de destino (HD), aquele deve estar sempre actualizado, seja para efeito de transferência, seja para efeito da realização da cirurgia no HO. O hospital deve proceder de acordo com a *legis artis* para que o processo clínico se encontre suficientemente completo e actual, de modo a permitir documentar o médico, com actualidade, sobre a situação clínica do utente, programar e realizar a cirurgia.



Como indicação geral, os exames não devem ter mais de 2 meses de antiguidade à data da cirurgia.

A informação relativa à existência de patologias ou problemas associados, relevantes para os tratamentos e necessidades peri-operatórias específicas do utente, deve estar actualizada no SIH e constar do processo do utente. A UHGIC deve verificar atempadamente se o processo contém a informação devidamente actualizada, caso contrário, deve providenciar a actualização da mesma. Todos os elementos relevantes do processo devem ser digitalizados para poderem ser transferidos para o HD.

Após a transferência do utente, o processo clínico deve ser enviado ao hospital de destino no prazo máximo de cinco dias úteis. O envio do processo clínico ao HD ou novo HO⁷ e o pagamento das despesas inerentes a esse envio são da responsabilidade da instituição hospitalar de origem.

⁷ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

3.2.1.4.1.4. Agendamento dos episódios não transferíveis até ao TMRG

O utente não pode ser transferido se verificar alguma das seguintes situações no HO:

- Episódio com TE inferior a 75% ou 50% do TMRG;
- Episódio com TE menor de 100% do TMRG e com o agendamento da cirurgia efectuado;
- Episódio suspenso nos termos regulamentares;
- Episódio pendente por motivos pessoais ou médicos, nos termos regulamentares;
- Episódio classificado como intransferível, podendo, contudo, ser transferido a pedido do utente, dado ser requisito necessário o consentimento;
- Incorreções administrativas nos dados do utente que impedem a emissão de correspondência (morada);
- Incorreções clínicas nos diagnósticos ou procedimentos da proposta cirúrgica.

Além destas, existe uma outra situação, independente das verificadas no HO, que impede a transferência do episódio, a saber:

- Inexistência de oferta disponível noutras instituições hospitalares para a realização do(s) procedimento(s) proposto(s) ao utente, o que significa que:
 - O procedimento não está disponível no HD;
 - O procedimento só está disponível em HD suspensos para cativação de NT/VC;
 - O procedimento está disponível, mas os HD que oferecem os procedimentos não dispõem dos requisitos peri operatórios.

Tratando-se de episódios classificados como intransferíveis, o HO deve agendá-los até ao limite dos 100% do TMRG. Os hospitais do SNS partilham o compromisso perante a sua população de cumprimento do tempo máximo de resposta garantido para os casos de utentes intransferíveis. Deste modo, devem organizar a sua prestação de forma a dar resposta prioritária aos utentes com patologias que requerem tratamentos complexos e que, porventura, não possam encontrar resposta viável noutros prestadores.

3.2.1.4.1.5. Transferência para outra instituição hospitalar

A transferência do utente para outra instituição hospitalar inicia-se com a transferência do episódio para a UCGIC, passando pela emissão do NT/VC até à sua cativação no HD ou novo HO⁸, escolhido pelo utente.

A transferência do utente desdobra-se nas seguintes etapas:

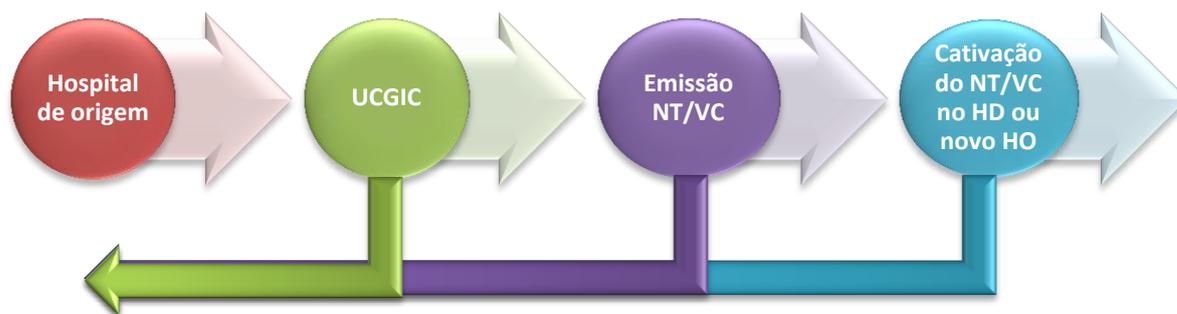


Ilustração 28 – Etapas da transferência

3.2.1.4.1.6. Transferência para a UCGIC

A transferência do episódio para a UCGIC pode ocorrer nas seguintes situações:

- ✿ **A pedido do hospital**, quando este articula com outro hospital do SNS a transferência do utente. A transferência não determina a perda da antiguidade. Na contagem do tempo inclui-se os tempos de espera em LIC em cada um dos serviços/UF;
- ✿ Aos **75%/50% do TMRG** (prioridade nível 1 e nível 2, respectivamente), quando o hospital não regista o agendamento do utente até esse momento;
- ✿ Aos **100% do TMRG**, quando o hospital não regista o agendamento ou apesar de ter o utente agendado não o opera até ao TMRG;
- ✿ A **pedido do utente**, se mudar de ideias acerca das recusas de transferência anteriores ou da classificação de intransferível, (vide Volume IV, Área administrativa).

Iniciada a fase de transferência, o hospital de origem fica impedido de realizar requisições e agendamentos de eventos clínicos, nomeadamente tratamentos pré-cirúrgicos ou a intervenção cirúrgica proposta.

⁸ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.



A partir dos 75%/50% do TMRG, qualquer utente em LIC é elegível para transferência, desde que não esteja caracterizado pelo hospital de origem como intransferível. A UCGIC só transfere utentes, quando existem hospitais disponíveis para os receberem.

Os utentes com o episódio pendente ou intransferível podem ser transferidos a seu pedido.

A UCGIC só transfere utentes após ter notificado o hospital de origem de que a transferência está próxima, permitindo-lhe agendar esses utentes caso o entenda.

Depois dos episódios serem transferidos, a UCGIC valida a conformidade dos registos efectuados pelo HO, ou seja confirma se os registos administrativos, clínicos e informáticos respeitam as regras do SIGIC. De notar, no entanto, que existem no SIGLIC avisos que alertam para a resolução destas situações. Caso exista alguma não conformidade ou entretanto a oferta de procedimentos tenha deixado de existir, a UCGIC devolve o episódio à origem, solicitando ao HO a sua resolução, o mais brevemente possível.

3.2.1.4.1.7. Emissão e envio da Nota de Transferência ou Vale Cirurgia

O processo de selecção de hospitais para encaminhamento e emissão do NT/VC é automático e inclui um algoritmo com as regras do regulamento do SIGIC (vide Volume IV, Área administrativa).

Assim, para cada episódio transferido aos 75%/50% do TMRG, o SIGLIC procura as instituições hospitalares do SNS com capacidade para realizar o(s) procedimento(s) cirúrgico(s) classificados(s) na proposta, de acordo com a seguinte ordem: em primeiro lugar, do concelho de residência do utente; seguidamente, dos concelhos limítrofes; e, por último, do distrito. Caso exista disponibilidade, para receber o utente, a UCGIC emite através do SIGLIC uma nota de transferência a favor do mesmo, propondo-lhe a selecção de uma das unidades hospitalares constante da listagem anexa de hospitais do SNS disponíveis.

Não havendo capacidade para transferir o utente nas condições anteriores ou o utente tenha atingido já os 100% do TMRG, a UCGIC emite um vale cirurgia que o utente pode cativar em qualquer hospital do SNS.

Quer a nota de transferência, quer o vale cirurgia, habilitam o utente a marcar a cirurgia directamente numa das entidades de destino, referenciadas no directório anexo à proposta de transferência. A diferença reside no facto da primeira permitir apenas a sua utilização no âmbito do SNS e a segunda poder ser utilizada quer nos hospitais do SNS, quer nas instituições convencionadas do sector privado e do sector social.

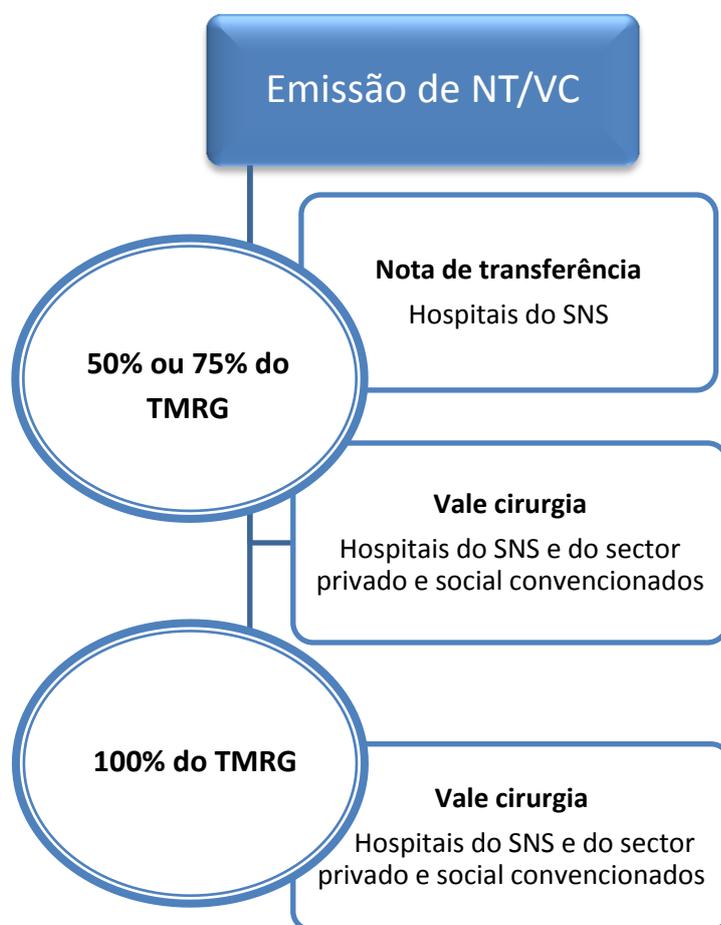


Ilustração 29 – Emissão de NT/VC

O NT/VC é enviado ao utente por via postal, em correio registado, suspendendo-se a contagem do tempo de espera desde a sua emissão até à sua utilização ou recusa, nos tempos regulamentares. A carta segue acompanhada de um envelope RSF, cuja morada de destinatário é a URGIC da respectiva região onde está inserido o HO, a fim de o utente, recusando, enviar a informação relativa ao motivo da sua recusa.

O título de transferência (NT/VC) é um documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, no prazo de validade indicado no respectivo documento⁹.

⁹ Trinta dias ou 25% do TMRG, caso este valor ultrapasse o primeiro

3.2.1.4.1.8. Tratamento das respostas dos utentes

Após o envio da NT/VC aos utentes, aguarda-se que os mesmos enviem uma resposta formal sobre a sua decisão. A gestão e tratamento das respostas dos utentes assim como os esclarecimentos sobre a utilização do NT/VC são da responsabilidade das respectivas URGIC.

Ao receber o NT/VC, o utente pode aceitá-lo, manifestando a sua vontade através da sua cativação no HD ou no novo HO escolhido, ou recusá-lo, enviando a resposta por qualquer meio escrito dirigido à URGIC, como por exemplo por fax, mensagem de correio electrónico ou no envelope RSF que segue junto com o NT/VC, nos prazos de cinco ou quinze dias úteis, consoante se encontre classificado no nível de prioridade 2 ou 1.



O utente tem de certificar-se, especialmente no caso do fax, que o mesmo é legível, contactando nomeadamente o receptor para aferir da eficácia da comunicação.

Caso o utente nada faça até à data de validade da NT/VC, indicado no canto superior direito do respectivo documento, o título de transferência é cancelado e o episódio devolvido ao HO, para este cancelar a inscrição do utente na LIC.



Ilustração 30 – Tratamento das respostas dos utentes

Utente responde e não aceita a transferência

O utente pode recusar a transferência por dois motivos essenciais. O primeiro, por desistir de ser operado ou por já ter sido operado. O segundo, por motivos pessoais, clínicos ou sociais.

Ao recusar a transferência, o utente pode apresentar motivos que geram imediatamente a devolução do episódio ao HO, para cancelamento ou para análise do processo, enquanto outros originam a emissão de nova NT/VC e outros ainda originam devolução ao HO para reintegração.

➤ Não-aceitação da transferência com cancelamento da inscrição

As razões para devolução e cancelamento da inscrição podem ser:

- ◆ A cirurgia já ter sido realizada de urgência ou programada em hospital do SNS ou privado. Caso exista uma proposta que tenha sido realizada no âmbito de um outro, plano de cuidados e, neste caso, é concluído por cancelamento.
- ◆ O utente desistir da cirurgia, seja por motivos pessoais, seja por motivos familiares ou outros.

A instituição hospitalar ou outra entidade que receber a resposta do utente, deve registar no SIGLIC a informação que justifica a decisão do utente.

➤ Recusa da transferência por optar permanecer no HO

A recusa de transferência por esta opção não gera cancelamento da inscrição. O utente, no exercício do seu direito de escolha, pode recusar a transferência e voltar a aguardar pela sua cirurgia no seu HO.

Caso o utente recuse a transferência por desejar ficar no HO, o NT/VC é cancelado pela URGIC/UCGIC/UHGIC e o episódio é devolvido ao HO, sem que ocorra perda de antiguidade na LIC. Assim, o utente mantém a sua inscrição e posição na LIC do HO e, após decorrido 100% do TMRG para o seu nível de prioridade, a UCGIC emite uma nova NT/VC a seu favor. Se recusar novamente a NT/VC, mantém a sua inscrição e posição na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar, só voltando a ser emitido novo VC a seu pedido, uma vez decorridos, no mínimo, trinta dias sobre a data de expiração do prazo de validade do VC recusado.

➤ Recusa da transferência por razões de localização do HD

Nas situações em que o utente recebe uma nota de transferência para a rede do SNS, onde vêm referenciadas as instituições localizadas fora do seu concelho de residência, dos concelhos

limitrofes ou do seu distrito, pode recusar a nota e pedir a emissão imediata de um vale cirurgia para instituições convencionadas mais próximas da sua residência, caso exista disponibilidade¹⁰.

➤ **Recusa da transferência por motivos pessoais**

O utente pode recusar a transferência se existir um impedimento para a realização da cirurgia por um motivo pessoal, devendo, nesta situação, solicitar uma pendência ao hospital por motivos plausíveis, por um período de tempo igual ou inferior ao seu TMRG.

➤ **Recusa da transferência por motivos clínicos**

Se existir um impedimento clínico, por exemplo por se encontrar a realizar um tratamento que impeça a realização da cirurgia, o utente pode recusar a transferência e solicitar uma pendência clínica, a qual, aliás, já devia encontrar-se registada, que tem de ser atestada pelo médico do HO, por um período máximo de quatro meses.

Inexistência de resposta até à expiração do NT/VC

A inexistência de resposta pode ocorrer por duas razões. A primeira, diz respeito à correspondência devolvida pelos CTT. A segunda, por omissão: o utente não se pronuncia sobre o título e não o cativa.

No primeiro caso, a UCGIC procede ao cancelamento do respectivo NT/VC com os motivos registados pelos correios e o episódio é devolvido à origem. A instituição hospitalar de origem deve contactar os utentes, clarificar a situação e actualizar a informação incorrecta no SIH: morada e contactos. No caso de não obter resposta, 15 dias após o envio de carta registada (notificação), o hospital de origem deve proceder ao cancelamento do episódio com o motivo “utente incontactável”. Esclarecida a causa da correspondência devolvida e, nos casos apropriados, o HO solicita à URGIC ou UCGIC emissão de novo NT/VC.

No segundo caso, o utente não se pronuncia sobre a aceitação ou recusa da transferência no prazo de validade do título¹¹. Neste caso, o título de transferência é cancelado e o episódio devolvido ao HO, para efeito de cancelamento da sua inscrição na LIC. O hospital deve cancelar o registo no seu SIH até ao prazo legal em vigor, a contar da data em que o episódio foi devolvido, justificando o motivo de cancelamento, caso contrário incorre numa não conformidade.

O hospital deve efectuar a conclusão por cancelamento da inscrição para que não se corra o risco de iniciar nova transferência. Não obstante, o SIGLIC, para evitar transferências acidentais, não as realiza no período de cinco dias úteis após a devolução do episódio ao SIH. Caso a instituição

¹⁰Ao abrigo do artº. 109, Portaria nº 45/2008 de 15 de Janeiro

¹¹ Trinta dias ou 25% do TMRG, caso este valor ultrapasse o primeiro.

hospitalar o entenda, antes de cancelar a inscrição pode contactar o utente para confirmar o desejo de desistir da cirurgia e eventualmente marcar uma consulta para reorientar o processo.

Se o utente deixar expirar o prazo de validade da NT/VC, que dá origem à devolução e cancelamento do episódio, pode vir reclamar e solicitar novo título de transferência ou mesmo readmissão do episódio (no caso de já ter sido cancelado), mediante exposição por escrito, dirigida à UHGIC/URGIC, dos motivos que o levaram a deixar expirar a proposta de transferência. Se a UHGIC/URGIC considerar os motivos plausíveis, procede aos mecanismos necessários para a readmissão do episódio e/ou para a emissão de nova proposta de transferência.

Caso os motivos apresentados pelo utente não sejam considerados plausíveis, a UHGIC/URGIC deve notificá-lo por escrito da decisão, devidamente fundamentada, informando-o também que não será emitida nova proposta de transferência. Se o utente desejar continuar inscrito na LIC do HO e mantiver indicação cirúrgica, o HO deve reinscrevê-lo com data de inclusão actual.

Utente responde e aceita/cativa NT/VC

No caso de aceitar a transferência, o utente pode passar imediatamente para o processo de cativação da NT/VC no HD ou no novo HO¹² escolhido por si.

Contudo, por vezes, o utente devolve a NT/VC à URGIC ou UCGIC ou mesmo à UHGIC do HO com indicação que aceita a transferência. Neste caso, a entidade receptora da informação deve contactar o utente indicando-lhe que deve dirigir-se à instituição hospitalar escolhida para cativar a NT/VC. Quando o utente aceita a transferência, ou seja, cativada a NT/VC num HD ou no novo HO¹³, a UCGIC encaminha para o respectivo HD os dados do episódio do utente constantes do SIGLIC e a UHGIC da instituição de origem envia os elementos do processo que não transitaram por via electrónica para o HD ou novo HO¹⁴, no prazo máximo de cinco dias úteis após a notificação de cativação.

A UCGIC considera que a transferência foi aceite pelo utente quando este não se pronunciou sobre a transferência (consentimento tácito) e cativa o NT/VC dentro do prazo de validade.

Antes de proceder à cativação da proposta de transferência, o utente deve informar-se sobre cada um dos hospitais de destino identificados no directório do NT/VC e seleccionar o melhor hospital para o seu caso. Para o efeito, pode pedir ajuda à UHGIC e à URGIC ou, em última instância, à UCGIC ou consultar o *site* do Portal da Saúde com informação sobre os HD ou novo HO¹⁵. Após escolher um dos hospitais, deve dirigir-se ao mesmo ou utilizar os meios abaixo identificados, para proceder à cativação do NT/VC.

¹² Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

¹³ Idem

¹⁴ Idem

¹⁵ Idem

A cativação da proposta de transferência pode ser realizada por fax, correio, mensagem de correio electrónico, pelos serviços *on-line* do e-saúde ou presencialmente no hospital seleccionado. A cativação é feita através do número de identificação do NT/VC, na aplicação SIGLIC.



O utente tem de certificar-se, especialmente no caso do fax, que o mesmo é legível, contactando nomeadamente o receptor para aferir da eficácia da comunicação.

Independentemente da forma como a cativação for realizada, o hospital de destino ou novo hospital de origem¹⁶ deve ter a autorização expressa do utente para a efectuar e deve informar o mesmo que, uma vez cativado o NT/VC, não é possível utilizá-lo noutra instituição, através da emissão e envio do certificado de cativação. Este documento emitido através do SIGLIC, consiste na declaração que o utente se encontra inscrito na instituição hospitalar que seleccionou à data da comunicação da sua vontade e contém informação sobre os direitos e deveres dos utentes no HD. O impresso com a informação mínima obrigatória a incluir nos modelos utilizados pelos hospitais, encontra-se no Volume V - Anexos e apêndices.

Nas transferências com responsabilidade integral sobre o episódio, o certificado de cativação passa a ser o certificado de inscrição da LIC no novo HO¹⁷.

A instituição hospitalar contactada só tem legitimidade para não aceitar/cativar o NT/VC do utente nos seguintes casos:

- ✘ O prazo do NT/VC está fora de validade;
- ✘ Os dados do NT/VC não correspondem aos do utente;
- ✘ Está autorizada pela URGIC/UCGIC a não cativar a NT/VC onde consta.

Caso a instituição referenciada na NT/VC não tenha capacidade para cativar mais episódios, deve informar de imediato a URGIC para que não sejam emitidos mais NT/VC. No entanto, se no directório da NT/VC surgir o seu nome, tem de aceitar o utente, salvo as situações devidamente autorizadas pela URGIC/UCGIC. As URGIC devem avaliar todas as situações de recusa de cativação e instar os hospitais de destino a assumirem as suas responsabilidades no tratamento dos utentes, caso os motivos apresentados pelos mesmos não sejam considerados plausíveis.

A URGIC a qualquer momento do processo pode gerar uma não conformidade à instituição hospitalar, se considerar que ocorreu uma má prática. Dependendo da gravidade da situação pode até suspender a convenção.

¹⁶ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

¹⁷ Idem

Ao aceitar a cativação da NT/VC, a UHGIC do HD ou novo HO¹⁸ passa a ter acesso através do SIGLIC aos dados pessoais e clínicos constantes no episódio do utente. A UHGIC do HO deve proceder ao envio do processo clínico completo do utente para o HD ou novo HO¹⁹, em formato electrónico, através do SIGLIC ou, na impossibilidade de o fazer, em papel, no prazo máximo de cinco dias úteis a contar da data de cativação da NT/VC²⁰.

A instituição hospitalar tem de realizar a cirurgia do utente no prazo máximo de setenta ou quinze dias, caso esteja classificado com nível de prioridade 1 ou diferente de 1, respectivamente.

No caso de o HD ou novo HO²¹ não aceitar a cativação do NT/VC por um dos motivos anteriormente referidos e validados pela URGIC, o utente deve seleccionar outro hospital da listagem de entidades que recebeu. Se não existir outra instituição hospitalar disponível no directório do NT/VC, o utente deve informar a URGIC que devolve o episódio à origem. Quando existir novamente disponibilidade, será emitido automaticamente novo NT/VC.

Para salvaguardar as situações em que a data de validade da NT/VC termina a um fim-de-semana ou feriado, as NT/VC apresentam uma tolerância de cativação de três dias.

3.2.1.4.2. Gestão das transferências após cativação

Dependendo do tipo de transferência, a gestão após a cativação é diferente. Se estivermos perante uma transferência com responsabilidade integral do episódio, a instituição referenciada na NT/VC que procedeu à cativação, deve, depois de validado a proposta cirúrgica pelo responsável do serviço/UF cirúrgico, efectivar a transferência no SIGLIC. A partir desse momento, a instituição passa a comportar-se como um hospital de origem, assumindo a totalidade das responsabilidades a partir desse ponto. Caso haja necessidade de cancelar a inscrição, e se a instituição for convencionada, é necessária a autorização da URGIC. Para todas as outras situações a instituição é soberana, necessitando, no entanto, de cumprir as regras do SIGIC e justificar no SI a razão do cancelamento.

3.2.1.4.2.1. Encargos com a transferência do utente

Ao aceitar a transferência para outro hospital referenciado na NT/VC, o utente não tem quaisquer encargos adicionais, nomeadamente ao nível do transporte para o HD. Apenas nos casos em que o utente opte por uma entidade convencionada que não conste do directório apresentado no NT/VC ou fora da sua região, existindo hospitais referenciados mais próximos da sua área de

¹⁸ Idem

¹⁹ Idem

²⁰ Ao abrigo do n.º 102, Portaria nº 45/2008 de 15 de Janeiro

²¹ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência de responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.

residência, os encargos com as deslocações para a instituição de destino são da sua responsabilidade²².

Nos termos da Portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto os encargos com as transferências e respectiva devolução do doente e processo que ocorram no âmbito do SIGIC, são da responsabilidade do HO, de onde é transferido o episódio e respectivo processo.

Após a cativação do NT/VC, o HO é responsável pelos seguintes encargos pré-cirúrgicos:

- Transporte do utente ao HD e respectivo retorno para os eventos pré-cirúrgicos e para a cirurgia, esta obrigação diz respeito ao trajecto entre o HO e HD;
- Envio do processo clínico do utente ao HD que deve sempre que possível processar-se por via electrónica associada a uma comunicação na rede, via SIGLIC;
- Envio de MCDT pedidos pelo HD que, podendo transitar electronicamente, são entregues ao utente ou remetidos por qualquer outra via segura.



A responsabilidade dos hospitais quanto ao transporte é primariamente no sentido de o providenciar. Só por acordo com o utente pode transformar-se numa responsabilidade financeira exclusiva.

As deslocações antes da realização da cirurgia são da responsabilidade do HO. Em média, o utente efectua três deslocações ao HD para ver a sua situação estudada. Se o número de deslocações for superior, o HD terá de o justificar e em caso de conflito de interesses com o HO, a URGIC analisará a justificação apresentada.

Após realização da cirurgia, as deslocações do utente entre o HD e o HO são da responsabilidade do HD. Nos casos identificados pelo médico do HD como sendo necessário transporte especial (ambulância) o HD terá providenciar o transporte entre a residência e o HD.

Sempre que não existam condições clínicas especiais, o utente deve recorrer a transportes públicos podendo optar por transporte próprio e suportar os respectivos encargos.

No âmbito da gestão do processo de transferência de utentes, compete:

²² Ao abrigo do art.º 10º, Portaria n.º 852/2009 de 7 de Agosto.

À UCGIC:

- Seleccionar os utentes a transferir e garantir o cumprimento e monitorização dos protocolos de transferência definidos por parte dos restantes intervenientes;
- Emitir e enviar vales cirurgia;
- Autorizar o hospital de destino (HD) a elaborar propostas cirúrgicas e a realizar os procedimentos que lhes correspondam.

Às URGIC:

- Monitorizar e controlar os processos de transferência entre instituições e garantir o cumprimento dos protocolos de transferência definidos, designadamente no que respeita aos circuitos definidos, acompanhamento e comunicação entre intervenientes;
- Acompanhar a transferência de utentes, garantindo o seu acesso à informação e avaliar a qualidade dos cuidados prestados.

Às UHGIC:

- Prever e identificar os casos dos utentes que devem ser transferidos para outra unidade prestadora de cuidados de saúde, esclarecendo-os sobre as condições de aceitação da transferência.

Normas legais reguladoras do transporte de doentes

A actividade de transporte de doentes é regulada pelo Decreto-lei n.º 38/92, de 28 de Março que estabelece as normas básicas de transporte de doentes efectuado por via terrestre, como actividade complementar da prestação de cuidados de saúde. Posteriormente a Portaria n.º 1 147/2001, de 28 de Abril, alterada pela Portaria n.º 1 301-A/2002, de 28 de Setembro que transpõe para o ordenamento jurídico interno disposições da norma europeia EN 1789, aprova o Regulamento do Transporte de Doentes e mais recentemente a Portaria n.º 402/2007, de 10 de Abril, estabelece os procedimentos a adoptar no âmbito da vistoria de ambulâncias.

O Despacho n.º 6303/2010, de 31 de Março (publicado a 9 de Abril), do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, procede ao reajustamento do preço a pagar por quilómetro no transporte de doentes efectuado pelas associações de bombeiros e outras entidades, sujeitando o seu acompanhamento à implementação de mecanismos de controlo da actividade prestada, a realizar pelas administrações regionais de saúde.

O Despacho n.º 19264/2010, de 29 de Dezembro, do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, determina o pagamento do transporte de doentes não urgentes seja garantido nos casos que

cl clinicamente justificáveis e que respectiva justificação seja feita pelo médico e que conste do processo clínico do utente e da respectiva requisição.

3.2.1.4.2.2. Transferência de utentes menores (idade inferior a 14 anos)

A presença dos pais junto das crianças internadas é um estímulo importante para a sua recuperação. Assim, em relação às condições de acompanhamento familiar de crianças hospitalizadas, transferidas no âmbito do SIGIC, devem ser tidas em conta:



Carta da criança hospitalizada;

Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado. Os pais devem ser encorajados a ficar junto do filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais, sem que isso implique qualquer encargo financeiro. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço, para que participem activamente nos cuidados ao seu filho. O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.



Condições hospitalares para menores;

Só podem operar menores de 18 anos os hospitais que tenham condições para internamentos pediátricos e, conseqüentemente, condições para o acompanhante poder permanecer junto ao utente. Está prevista a possibilidade de introduzir essa limitação no SIGLIC para as entidades convencionadas que não possam receber menores. Não está previsto qualquer pagamento suplementar pelo alojamento do acompanhante.

Nas situações de pessoas portadoras de deficiência internadas também deve ser garantido o direito de acompanhamento por parte de um familiar.

Alerta-se para o facto de estas não serem situações decorrentes do SIGIC, uma vez que o referido regime já se encontrava legalmente previsto, na Lei n.º 21/81, de 19 de Agosto e na Lei n.º 109/97, de 16 de Setembro, e posteriormente revogadas pela lei nº106/2009 de 14 de Setembro e despacho n.º9871/2010 de 11 de Junho, do Gabinete da Ministra.



Lei n.º 106/2009, de 14 de Setembro sobre o acompanhamento familiar em internamento hospitalar;

Resumidamente, esta lei estabelece que toda a criança até aos 17 anos e 364 dias (idade que pode ser ultrapassada se a criança for portadora de deficiência) internada em hospital ou unidade de saúde tem direito ao acompanhamento permanente da mãe e do pai ou, na falta ou impedimento dos pais, de familiares ou pessoa que normalmente os substitua.

Neste contexto, os hospitais de destino que contratualizam procedimentos a crianças têm obrigatoriamente que modificar e adaptar, o melhor possível, as suas instalações e as condições de organização dos serviços à presença diurna e nocturna dos acompanhantes das crianças internadas. Ou seja os hospitais devem preparar os serviços para receber os acompanhantes a título gratuito. A criança com idade superior a 16 anos poderá, se assim o entender, designar a pessoa acompanhante.

Os hospitais de destino devem ainda informar previamente os acompanhantes das condições que dispõem nos serviços. Caso os acompanhantes pretendam condições superiores às existentes, terão de pagar os custos adicionais, de acordo com os preços em vigor no hospital de destino.

Resumidamente, o decreto-lei estabelece que os acompanhantes das crianças internadas nos hospitais de destino podem receber as refeições gratuitas onde decorre o internamento, nos dias em que o acompanhamento durar pelo menos seis horas e se estiverem a acompanhar a criança à hora em que for distribuída a refeição. Este direito está previsto para cada um dos seguintes casos:



Quando a pessoa internada se encontre em perigo de vida e enquanto esse perigo existir;



No período pós-operatório, até 48 horas depois da intervenção;



Quando a pessoa internada esteja isolada por razões de critério médico-cirúrgico;



Quando o acompanhante resida a mais de 30 km do local onde se situa a unidade de saúde onde decorre o internamento;



No que respeita às mães, sempre que amamentem as crianças internadas.

3.2.1.4.2.3. Avaliação pré-operatória do utente em instituição hospitalar convencionada

Após a cativação da NT/VC, o HD deve convocar o utente transferido, num prazo não superior a cinco dias, para avaliar a proposta cirúrgica e desencadear os mecanismos necessários à realização da cirurgia. Só após a cativação do vale cirurgia, o HD pode ter acesso a quaisquer dados clínicos, nomeadamente aos dados da proposta cirúrgica e ao processo clínico enviado pelo HO. O HD deve dispor dos exames complementares necessários à caracterização cabal da patologia e órgãos afectados, de forma a poder executar os procedimentos propostos. Estes exames são da responsabilidade do HO que os deve realizar em tempo. O HD deve proceder à avaliação da situação clínica actual do utente, realizando os meios complementares inerentes à rotina pré-operatória. Assim, compete ao HD, nos casos necessários, realizar um conjunto mínimo de exames que caracterizem o utente à data da cirurgia, os tratamentos pré-operatórios e as consultas pré-operatórias, cujo custo está incluído no valor a pagar pelo episódio cirúrgico. Estão incluídos no vale cirurgia, para além da cirurgia, os seguintes exames:

- Electrocardiograma;
- Radiografia convencional ao tórax;
- Análises de rotina ao sangue e urina:
 - Hemograma;
 - Glicemia;
 - Uremia;
 - Creatininemia;
 - Tempo de protrombina;
 - Tempo parcial de tromboplastina (activado);
 - Ionograma;
 - Proteinograma;
 - TGO (ASAT – aspartato amino transferase);
 - TGP (ALAT – alanina amino transferase);
 - Gama glutamil transpeptidase;
 - Urina tipo II.

Os meios complementares de diagnóstico que não constam da lista, não são considerados MCDT inerentes à rotina pré-operatória, pelo que devem ser solicitados ao HO, se necessários.



O HD só está comprometido a realizar as consultas pré operatórias, os MCDT de entre a lista no pré-operatório, a cirurgia e todos os exames e todos os tratamentos necessários durante a cirurgia e no pós-operatório, durante o internamento e ainda os que vierem a demonstrar-se necessários no despiste, diagnóstico e tratamentos de complicações e intercorrências da responsabilidade do HD.

As consultas e exames necessários ao estabelecimento do diagnóstico e/ou necessários ao planeamento e execução da técnica cirúrgica, com excepção referidos anteriormente, são da responsabilidade do HO e devem estar actualizados à data da transferência e facultados num prazo máximo de cinco dias úteis, após a data da notificação do HO pela UCGIC, através do SIGLIC. Nomeadamente:

- ◆ TAC;
- ◆ RMN;
- ◆ Exames imagiológicos ou analíticos específicos para caracterizar a doença;
- ◆ Endoscopias.

O custo dos exames e consultas que não seguirem as normas instituídas não poderão ser ressarcidos.

O conjunto de procedimentos necessários para garantir a qualidade das prestações no HD, tais como análises e outros MCDT e consultas a efectuar no pós-operatório, são da responsabilidade do HD e os custos respectivos consideram-se incluídos no valor do vale cirurgia.

No âmbito da avaliação pré-operatória, podem ocorrer os seguintes cenários:

● O processo clínico enviado pelo HO pode ser insuficiente ou incompleto para avaliar de forma adequada os cuidados cirúrgicos de que o utente precisa;
● O processo clínico pode não ter sido enviado pelo HO nos prazos legais em vigor, sendo esta causa justa para devolução;
● O utente pode já não apresentar indicação para a cirurgia proposta;
● Os procedimentos propostos podem não ser os mais indicados, podendo o HD solicitar ao HO ou à URGIC a sua alteração;
● A proposta cirúrgica está conforme, mas o HD não realiza a cirurgia ou por falta de capacidade técnica ou por não ter as condições acessórias, necessárias à condição actual do utente;
● A proposta cirúrgica está conforme, mas o HD devolve o utente por incumprimento do regulamento SIGIC pelo HO;
● O utente não tem condições operatórias devido a motivos clínicos;
● O utente já ter sido operado pelo HO imediatamente antes ou depois da transferência;
● O utente já ter sido operado pelo HO antes ou depois da consulta de avaliação no HD;
● A proposta cirúrgica está conforme mas o HD devolve o episódio a pedido do utente;
● Após pedido de actualização do processo clínico, utente não comparece aos eventos agendados.

Tendo em conta cada cenário, pode ser solicitada à URGIC a devolução do utente com ou sem indicação para cancelamento da proposta. A devolução de um episódio pelo HD obriga ao registo no sistema informático da ocorrência, conforme o explicitado no volume IV – Área Administrativa.

Todos os pedidos de devolução devem ser devidamente fundamentados e a documentação anexa deve transitar na comunicação em rede. É também necessário apresentar cópia do documento presente ao utente que a instituição hospitalar pretende devolver, devidamente rubricado por este e

através do qual tomou conhecimento das razões pelas quais está a ser solicitada a sua devolução (vide modelo de impresso com a informação mínima obrigatória, no Volume V deste manual).

Caso o HD não concorde com a proposta cirúrgica e não obtenha autorização para a alterar, pode pedir a devolução do utente à URGIC. Esta é responsável por avaliar o pedido e decidir sobre o mesmo, podendo, com base nos factos, aplicar ou não uma não conformidade ao hospital de destino, em função da razoabilidade do pedido de devolução do episódio.

Processo clínico incompleto ou não enviado

Após a notificação da cativação do NT/VC, pela UCGIC, o HO deve enviar o processo clínico. O período em que o HD aguarda o envio do processo clínico não é da sua responsabilidade, até ao limite máximo de 5 dias úteis.

Ao receber o processo clínico do utente enviado pelo HO, o HD pode constatar que o mesmo se encontra desactualizado, com falta de MCDT ou com informação insuficiente para a avaliação da situação clínica actual do utente. Assim, deve solicitar a informação em falta ao HO através da comunicação na rede e na ausência de resposta pedir parecer à URGIC para providenciar a sua execução. O tempo decorrido entre o pedido da informação em falta e sua recepção, por um período máximo de 15 dias úteis cumulativos, não é da responsabilidade do HD. Não obstante, a contagem do TE do utente mantém-se para os efeitos regulamentares previstos. A recepção dos documentos deve ser registada na aplicação SIGLIC para que se proceda à gestão respectiva do episódio.

Caso o HO não consiga responder à solicitação do HD por facto imputável ao utente (ex. não comparência aos exames agendados), a contagem do TE suspende-se até à realização dos exames ou consultas (cf. nº. 8 do art.º 10º. da Portaria nº. 852/2009, 7 de Agosto). Se o utente não invocar, entretanto, uma justificação para a sua falta aos eventos agendados que possa ser considerada plausível, o episódio terá de ser cancelado nos termos do Regulamento do SIGIC e de acordo com os procedimentos constantes neste manual.



Recomenda-se como prazo aceitável, cinco dias úteis para apresentação da justificação, por parte do utente, da falta aos eventos agendados.

Após este prazo a instituição hospitalar deve devolver (HD) e concluir por cancelamento a inscrição (HO), nos termos do Regulamento do SIGIC e do manual.

Se a justificação for aceite, a inscrição é colocada na situação de pendência pessoal ou clínica na LIC do HO, mantendo-se pelo tempo que for considerado adequado à situação invocada pelo utente, com suspensão da contagem do seu tempo de espera.

Na impossibilidade de realizar os MCDT, o HD pode pedir a devolução do episódio. Cabe à URGIC validar o pedido de devolução do utente, tendo em conta a informação disponibilizada pelo HD e pelo HO. Se a URGIC aceitar a devolução, deve devolver o episódio ao HO para actualização do

processo clínico e só depois solicitar à UCGIC nova emissão de NT/VC. Na posse dos resultados dos MCDT pedidos, o HD deve continuar a avaliação e preparação do utente para a cirurgia.

Pelo contrário, os HD do SNS podem por iniciativa própria realizar os MCDT necessários, não carecendo de autorização prévia.

Nas situações em que o processo clínico não é enviado pelo HO, ser-lhe-á gerada uma não conformidade grave de processo, e o HD não fica obrigado a realizar a cirurgia. No entanto, se entender que possui todas as condições para proceder à mesma, pode fazê-lo.

Utente sem indicação cirúrgica

No âmbito da avaliação pré-operatória, o HD pode chegar à conclusão que o utente perdeu a indicação cirúrgica. Nesse caso, deve proceder à devolução do episódio à origem, apresentando as justificações detalhadas do motivo, à URGIC e ao HO. Ao aceitar a devolução, a URGIC deve encaminhar o episódio para o HO, para este desencadear os procedimentos que considere adequados à validação da informação e eventual expurgo da respectiva LIC.



O HD é responsável por informar e esclarecer devida e convenientemente o utente sobre os motivos que levam à devolução do episódio à origem e este deve formalizar a sua concordância.

Sempre que a URGIC não aceite a devolução, o HD pode realizar um segundo pedido, justificando-o de forma mais adequada e sem prejudicar o utente. Este segundo pedido tem de ser obrigatoriamente aceite e o movimento classificado de conforme ou não conforme, pela URGIC.

A URGIC deve certificar-se que a perda da indicação cirúrgica invocada pelo HD é adequada e verificar que não está perante um comportamento reiterado que indicia selecção adversa.

HD propõe alteração da proposta

No âmbito da avaliação pré-operatória do utente, o HD pode entender que os procedimentos para os quais o utente foi proposto já não são os mais indicados ou que o utente necessita de outros procedimentos adicionais aos propostos face à situação clínica actual.

Ao detectar a necessidade de um ou mais procedimentos cirúrgicos que não constam na proposta de origem, o HD deve avaliar se tem capacidade para realizar esses novos procedimentos. Caso não tenha capacidade técnica ou esses procedimentos não constem na carteira de serviços autorizada na convenção, deve pedir a devolução do episódio através do SIGLIC.

No caso de o HD poder realizar os novos procedimentos, deve pedir autorização ao HO através do SIGLIC para actualizar a proposta cirúrgica, justificando detalhadamente o proposto. O

tempo de espera pela resposta que não pode ser superior a quinze dias úteis²³, não conta para efeitos da responsabilidade do HD, mas não interrompe a contagem do tempo máximo de resposta garantido para o utente.

Se as alterações propostas forem aceites pelo HO, o HD pode prosseguir com a preparação do utente para a cirurgia. Caso o HO não concorde com os procedimentos propostos pelo HD, por entender que são inapropriados à condição do utente, deve justificar detalhadamente a sua decisão no SIGLIC e informar o HD. Perante a recusa, o HD mantendo a convicção de que a melhor solução é a que ele propõe, deve pedir a devolução do utente à URGIC, justificando no SIGLIC os respectivos motivos ou pode, caso fique convencido com os argumentos do HO, proceder à realização da proposta cirúrgica original.

A URGIC deve através do SIGLIC analisar e validar os pedidos de devolução do HD e devolver o episódio ao HO, para que este possa validar a necessidade de actualização da proposta num período máximo de cinco dias úteis.

Os procedimentos que forem realizados sem autorização prévia do HO, URGIC ou UCGIC não podem ser facturados, uma vez que correspondem a prestações que não foram solicitadas. Acresce que de acordo com a cláusula n.º 19 do Despacho n.º 24 110/2004 o HD será cumulativamente penalizado.

Ao contrário dos convencionados, os HD do SNS podem, caso pretendam e com a concordância do utente, optar por cancelar a proposta e inscrevê-la agora como novo HO e com a data de inclusão igual à data actual. Neste caso, a responsabilidade transita integralmente para o novo hospital e, nestas condições, já não precisa de qualquer autorização para proceder à alteração ou acréscimo aos procedimentos inicialmente propostos.

No caso atrás referido, a nova proposta carece de autorização escrita do utente (nota de consentimento) e validação pelo responsável do serviço/unidade funcional.

Não estão abrangidos por estas formalidades, os procedimentos cuja mudança decorre de imperativos observados no decurso da cirurgia e insusceptíveis de antecipação, devendo, no entanto, serem adequadamente justificados no SI.

HD não realiza a cirurgia

Ao proceder à avaliação pré-operatória do utente, o HD constata que não tem capacidade técnica ou não tem condições acessórias para realizar a cirurgia.

Quando não existe capacidade técnica ou condições acessórias necessárias para operar o utente, o HD deve solicitar a devolução do episódio à URGIC através do SIGLIC. Este tipo de situações pode ocorrer quando o utente tem patologias associadas ou necessidades de suporte peri-

²³ Os quinze dias úteis para a alteração da proposta são os mesmos para o pedido de MCDT ou consultas ao HO, referidos na portaria n.º 852/2009, de 7 de Agosto.

operatórias que não estão contempladas na proposta original ou, estando, quando a instituição de destino perde no entanto a capacidade técnica para realizar o procedimento.

Ao aceitar a devolução, a URGIC deve verificar se existem outros HD disponíveis para reencaminhar o utente e pedir à UCGIC emissão de nova NT/VC. Caso contrário, tem de devolver o utente ao HO, para seguimento do seu tratamento e agendamento urgente.

A URGIC avaliará os motivos apresentados pelo hospital e avaliará a conformidade dos mesmos.

HO não cumpre com o regulamento do SIGIC durante a transferência

Durante a gestão do episódio do utente transferido podem ocorrer várias interações entre o HO e o HD, necessárias e indispensáveis para o HD prosseguir com o tratamento cirúrgico do utente nas suas instalações. Sempre que o HD solicitar uma informação ou um resultado do qual depende o prosseguimento do tratamento do utente, o HO deve responder a essa solicitação de acordo com a qualidade e prazos estipulados por lei e por este manual, sob o risco de incorrer numa não conformidade.

Caso o HO não cumpra com os seus deveres, previstos quer no regulamento do SIGIC quer neste manual, nomeadamente agendando ou realizando eventos clínicos, impedindo o avanço do tratamento do utente, o HD deve solicitar à URGIC a devolução do utente, ficando o HO responsável pelas despesas em que aquele incorreu e é registada uma não conformidade grave no sistema.

Utente sem condições operatórias por motivos clínicos

No âmbito da avaliação pré-operatória do utente, pode existir factores que condicionam a preparação para a cirurgia e respectivo agendamento. Caso o HD detecte que existem situações clínicas que impedem a realização da cirurgia, deve solicitar a devolução do episódio à URGIC. Ao aceitar a devolução, a URGIC deve reencaminhar o episódio para o HO que, por sua vez, tem de analisar a situação do utente, informar no SIGLIC da conformidade da devolução e, se apropriado, colocar uma pendência clínica por um período máximo de quatro meses. No caso de a devolução ser considerada não adequada é gerada uma não conformidade grave.

Devolução do episódio a pedido do utente

Embora a proposta cirúrgica possa estar conforme, o HD pode não conseguir realizar a cirurgia por motivos imputáveis ao utente, tais como desistência da cirurgia no HD, incumprimento dos seus deveres no âmbito do SIGIC e outros motivos. Cabe à URGIC validar os pedidos de devolução do HD, nomeadamente dos motivos apresentados pelo utente e devolver o episódio com ou sem motivo plausível. Se a URGIC considerar que o motivo apresentado pelo utente não é válido (plausível), a devolução do episódio à origem desencadeia o cancelamento do mesmo. O utente

pode, no entanto, solicitar a sua eventual reinscrição na LIC do HO, desde que se mantenha a indicação cirúrgica.

✚ Utente não comparece aos eventos agendados para actualização do processo clínico.

No caso de existir necessidade de realizar consultas ou MCDT em falta e não comparecendo o utente aos eventos agendados, a contagem do tempo nos HD e HO suspende-se até à comparência do utente aos mesmos. De notar que o utente está obrigado a justificar a não comparência com motivo plausível, sob pena do episódio poder ser cancelado. A falta de comparência do utente por três vezes aos eventos agendados, mesmo por motivos plausíveis, dá origem ao cancelamento da inscrição e saída da LIC.

3.2.1.4.2.4. Devolução do episódio à origem

A UCGIC pode, nas condições abaixo descritas e abordadas com maior detalhe no volume IV - Área Administrativa, devolver o episódio ao HO, sem que a cirurgia tenha sido realizada:

- ✚ Em casos em que não chegou a ocorrer emissão de NT/VC;
- ✚ Em casos em que não ocorre cativação do documento de transferência emitido;
- ✚ Em casos em que já ocorreram cativações.

3.2.2. Fase da Realização

A **fase da Realização** segue-se à fase da proposta e corresponde ao conjunto de processos de gestão relacionados com a admissão, com a realização da cirurgia e outros eventos críticos e com a alta do último evento crítico. Inclui a admissão e todos os eventos que podem ser realizados durante o período de internamento antes e pós cirúrgico, nomeadamente a resolução de intercorrências e complicações que surjam. Caso existam outros internamentos com eventos críticos inclui os eventos de ambulatório que ocorram entre estes.



Ilustração 31 – Fase da Realização

Esta fase inicia-se com a admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório e estende-se até à alta do último evento crítico, comportando as seguintes etapas:



Ilustração 32 – Etapas da fase da Realização

3.2.2.1. Admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório

No acto de admissão hospitalar para a realização da cirurgia, é necessário verificar se o registo do agendamento está conforme (agendamento para o dia, procedimento e equipa previstos), se o processo clínico informático e em suporte de papel contém toda a informação pessoal e clínica essencial à cirurgia e se o utente verifica os requisitos exigidos para a realização da cirurgia.

A admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório no sistema de informação deve ter em conta a seguinte informação:



Admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório

1. Identificação completa do utente (conforme RNU)
2. Identificação institucional
3. Data e hora de admissão
4. Caracterização dos problemas a abordar, definidos em termos de diagnósticos
5. Identificação dos tratamentos propostos para cada um dos problemas independentes, identificados no nº anterior
6. Dados relacionados com a saúde sexual e reprodutiva da mulher
7. Dados da história perinatal (recém-nascido e até 6 meses)
8. Dados biométricos
9. Dados de Admissão
10. Identificação de alergias, deficiências e outros constrangimentos devidamente especificados
11. Indicações especiais a ter em conta no internamento
12. Registo dos documentos clínicos que o utente trouxe para o internamento
13. Quando a admissão ao internamento decorre de uma transferência
14. Validação do documento

O modelo do impresso com a informação mínima obrigatória pode ser consultado no Volume V, deste manual.

A realização da cirurgia só acontece após observação do utente pelo corpo clínico que confirma a indicação cirúrgica e a verificação das condições necessárias para a cirurgia.

Caso o utente não esteja preparado para ser intervencionado, o hospital deve reavaliar o seu plano de cuidados e providenciar a realização dos eventos necessários à preparação ou, caso não se possa manter a data da cirurgia, cancelar o agendamento no sistema de informação.

O cancelamento da cirurgia obriga ao registo da ocorrência através do cancelamento do agendamento, com indicação do motivo de cancelamento.

No caso de existir uma admissão e alta hospitalar, sem que ocorra pelo menos um evento crítico e estes eventos serão classificados na fase da proposta, na etapa da inscrição.

Se uma proposta for realizada num internamento médico, a admissão desse episódio passará também a fazer parte do episódio terapêutico. A fase da proposta terá tempo igual a zero (0).

3.2.2.2. Cirurgia Segura

A Direcção Geral de Saúde aderiu ao programa Cirurgia Segura lançado pela Organização Mundial de Saúde, no âmbito da aliança internacional para a melhoria da segurança do utente e o SIGIC surge como parceiro na implementação e monitorização do programa no âmbito do SNS.

A sistemática verificação e registo no SIGLIC de uma lista (“Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”) que enumera os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento activo da equipa cirúrgica, traduzem-se em amplos benefícios já bem demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente na redução significativa das taxas de complicações e de mortalidade. O mesmo acontece com o Índice de *Apgar* Cirúrgico a aplicar pelo anestesista, antes de o utente sair da sala de operações.

Os impressos da cirurgia segura e as normas de preenchimento dos mesmos, encontram-se no Volume V - Anexos e apêndices.

3.2.2.3. Realização da cirurgia

A cirurgia deve ser realizada até ao TMRG, no caso de uma instituição hospitalar de origem. No entanto, num HD ou num novo HO²⁴ deve ser realizada até 25% do TMRG. Caso esses tempos não sejam cumpridos, será gerada uma não conformidade às instituições hospitalares em falta.

Com a realização e registo da cirurgia, o episódio terapêutico passa para a fase de realização. A data de saída da LIC deve coincidir com a data da intervenção cirúrgica. Os serviços cirúrgicos responsáveis devem elaborar um documento da intervenção cirúrgica com toda a informação pertinente que deve ser integrado no processo clínico, e cópia enviada ao médico assistente após consentimento do utente.

O registo da cirurgia deve ser fornecido pelo sistema informático e deve conter obrigatoriamente a informação detalhada referente aos seguintes grupos:

²⁴ Instituição que recebe o utente no âmbito de uma transferência da responsabilidade integral, com emissão e cativação de NT/VC e ocorre no âmbito de programas especiais, de acordo com tempos regulamentados, como é o caso do PTCO, e envolve não só a realização da intervenção cirúrgica, mas a responsabilidade de solução global da doença, incluindo a avaliação do doente e da doença e o seguimento pós-cirúrgico, durante um período determinado.



Registo da cirurgia

1. Identificação completa do utente
2. Data em que a cirurgia ocorre
3. Identificação da instituição hospitalar e do serviço/UF
4. Identificação das Unidades Nosológicas
5. Resultados esperados e procedimentos instituídos na proposta
6. Identificação da equipa
7. Detalhe da cirurgia realizada
8. Recobro no BO
9. Dados da história perinatal (recém-nascido e até 6 meses)
10. Tempos e local da actividade cirúrgica
11. Aspectos relevantes da anestesia
12. Observações
13. Dispositivos médicos implantados
14. Complicações cirúrgicas ou anestésicas
15. Administração de sangue, plasma ou plaquetas
16. Cirurgia Segura
17. Validação do documento

O modelo de impresso e respectivo manual de preenchimento do relatório da cirurgia com os campos mínimos obrigatórios encontram-se no Volume V- Anexos e apêndices.

3.2.2.4. Alta de internamento/cirurgia de ambulatório

A alta do internamento é estabelecida pelo cirurgião responsável quando entender que o utente está em condições de ser enviado para o domicílio ou para outra unidade prestadora de cuidados.

No conceito de alta de internamento não se inclui a transferência do utente para qualquer outro serviço/unidade funcional no mesmo hospital. Nestes casos, diz-se que o internamento foi concluído num determinado serviço/UF por motivo de transferência interna. Nos casos de indisponibilidade de camas na enfermaria, o utente não tem alta do serviço/unidade funcional responsável pela sua intervenção, nem o internamento é concluído, a não ser que a responsabilidade integral passe para o novo serviço/ unidade funcional. Também nos casos de transferência para UCI ou unidade cuidados intermédios não ocorre nem conclusão, nem alta do internamento.

Existe um conjunto mínimo de dados que é necessário recolher à data da alta e inscrever no SI, cujo detalhe pode ser consultado no Volume IV, área administrativa, deste manual.

Aquando do registo da alta de internamento ou do ambulatório no SI, deve ser emitida a nota de alta a fornecer ao utente e o relatório de alta a fornecer ao médico assistente após o consentimento do utente.

A nota de alta deve ser assinada pelo médico e anexada ao processo clínico e deve conter a informação que se segue, redigida em linguagem comum, susceptível de ser entendida pelo utente a que se destina:



Nota de alta

1. Identificação da instituição hospitalar, serviço/UF e utente.
2. Identificação das cirurgias realizadas
3. Informação sobre o período de internamento
4. Informação pós-alta

As informações constantes da nota de alta têm de constar no SIGLIC, podendo ser directamente emitidas a partir deste.

3.2.2.5. Intercorrências e complicações no período de internamento

O hospital é responsável por registar no SI e resolver todas as complicações²⁵ e intercorrências²⁶ que possam ocorrer durante a cirurgia e durante o internamento. O registo deve ser efectuado no documento da cirurgia, se se refere a uma ocorrência intra operatória ou nos registos da alta hospitalar. Se a complicação obrigar a nova intervenção cirúrgica, esta deve ser registada no SIH como um evento associado ao episódio funcional.

Todas as intercorrências verificadas durante o internamento devem ser registadas no SIH e associadas ao registo cirúrgico. A instituição hospitalar é responsável por estas ocorrências e deve tomar as medidas apropriadas à abordagem das intercorrências durante o internamento, independentemente de serem ou não da sua responsabilidade. Se a responsabilidade da complicação/intercorrência for do hospital, este tem o ónus da sua resolução ainda que esta

²⁵ Todas as situações novas indesejáveis de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência e durante um período máximo de sessenta dias após a instituição das terapêuticas e não sejam comprovadamente imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos.

²⁶ Todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, não directamente decorrentes da patologia ou dos cuidados prestados, como acidentes ou eclosão de patologias independentes.

ultrapasse o período de internamento e mesmo o do episódio ²⁷. Utentes com complicações/intercorrências que não são da responsabilidade do hospital, podem vir a ser transferidos para o hospital, de acordo com as regras de referenciação, uma vez garantida a resolução da situação referente aos procedimentos efectuados e verificada a possibilidade do utente poder ser transferido sem dano.

O registo no SI de complicações e intercorrências deve ser efectuado no respeito pelos prazos estipulados em vigor, caso contrário o hospital incorre numa não conformidade.

Sempre que na cirurgia ou no internamento ocorram situações atípicas tais como, procedimentos associados não previstos inicialmente, terapia antibiótica em situações sem infecção prévia e internamentos significativamente mais prolongados que o habitual para a patologia/procedimento, deve ser efectuado um registo no processo e transitado para o SI, que clarifique a razão destas ocorrências.

3.2.3. Fase da Catamnese

A catamnese ou *follow-up*, consiste no acompanhamento do tratamento cirúrgico ao utente e deve incluir os eventos de seguimento previstos no plano de cuidados.

Esta fase abrange todos os eventos pós-operatórios, desde o primeiro evento após a alta do último evento crítico até ao último evento anterior à conclusão. A ilustração que se segue, descreve os eventos que podem ocorrer nesta fase.

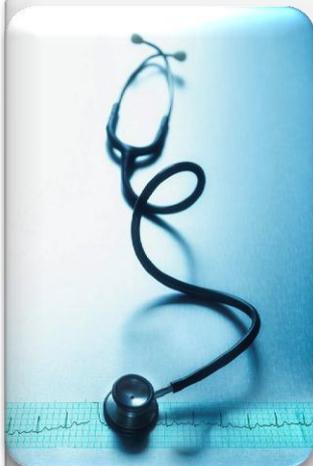


Ilustração 33 – Fase da Catamnese

Nesta fase é preenchido o relatório de alta que contém um conjunto de informação/documentos em linguagem clínica sobre as ocorrências durante o período que o utente esteve internado, e entre outros resultados da anatomia patológica e a respectiva codificação (folha de codificação). Deve conter, de uma forma geral, a seguinte informação:

²⁷ De acordo com o programa em causa, os episódios têm prazos para determinação da responsabilidade, no caso geral 2 meses após alta do internamento e no PTCO 3 anos.

Relatório de alta



1. Identificação do utente
2. Identificação do hospital e do serviço/UF
3. Data e dados gerais do internamento
4. Plano de cuidados/episódios associados a este internamento
5. Identificação das Unidades Nosológicas
6. Complicações/intercorrências no internamento
7. Situações particulares no internamento
8. Dados da história perinatal (recém-nascido e até 6 meses)
9. Outros campos

A especificação dos campos apontados pode ser consultada no detalhe apresentado nos Volumes III - Área Clínica e V - Anexos e apêndices

Nas situações de transferência da cirurgia, o HD dispõe de trinta dias para registar este relatório e devolver ao HO o processo do utente.

Nos casos do programa geral e quando não ocorre nenhum outro internamento, este relatório pode coincidir com o relatório da conclusão.

A fase de catamnese pode variar conforme a instituição hospitalar e o tipo de cirurgia em causa e ainda o programa em que o utente está inserido. No caso de uma cirurgia de tratamento da obesidade mórbida, no âmbito do programa especial do PTCO, esta fase tem a duração de 3 anos.

Após tratamento cirúrgico num HD, o HO deve, após a alta e o período normal de recuperação, atendendo à patologia e procedimento, convocar o utente para prosseguir com os tratamentos ou consultas posteriores necessárias. O episódio é disponibilizado ao HO e este é obrigado a convocar o utente para uma consulta de revisão destinada a:

- ✚ Avaliar o utente;
- ✚ Concluir sobre a prestação no HD;
- ✚ Verificar se há necessidade de outras acções.

Desta consulta deve resultar um relatório que aponte as conclusões sobre os três pontos atrás referenciados.

Consoante esta avaliação, o hospital de origem pode encaminhar o utente para o HD para resolução de complicações que tenham sido identificadas até sessenta dias após a alta hospitalar. Caso o hospital de destino não resolva atempada e adequadamente as situações identificadas, o HO deve resolver as complicações e cobrar os serviços disponibilizados ao HD.

Sempre que o HO identifique situações de negligência, má prática, prestações insuficientes, procedimentos desnecessários, incongruências ou insuficiências nos registos é obrigado a registar as mesmas no relatório da consulta de revisão disponibilizado no SIGLIC.

3.2.3.1. Desdobramento da proposta

Se durante a intervenção não foram efectuados ao utente todos os procedimentos cirúrgicos para os quais estava proposto (por motivos clínicos ou outros), deve ser criada nova proposta com os respectivos procedimentos em falta, com data de inclusão igual à data da primeira proposta.

3.2.3.2. Intercorrências e complicações pós-alta hospitalar

A instituição hospitalar que operou o utente, é responsável por resolver todas as complicações e intercorrências da sua responsabilidade que possam ser identificadas até 60 dias após a alta hospitalar. A instituição hospitalar deve assegurar a continuação dos tratamentos necessários na sequência dos procedimentos instituídos, bem como o registo dos mesmos. Exceptuam-se desta obrigação, os cuidados crónicos que advenham naturalmente, como consequência obrigatória ou muito provável, do procedimento realizado (por exemplo, os cuidados com colostomas).

No caso de um hospital convencionado, se existir um internamento na unidade de cuidados intensivos (UCI) por complicação/intercorrência, passados os primeiros três dias, o utente pode ser transferido para um hospital do SNS sem quaisquer encargos adicionais para a entidade convencionada. Passado o período de 60 dias e existindo ainda complicações ou intercorrências da responsabilidade do hospital por resolver, este deve acordar com o utente os processos para a resolução das mesmas, recorrendo caso necessário à mediação da UHGIC do hospital de origem. Salvo outro acordo, decorridos os 60 dias, o hospital deve prosseguir com os tratamentos que sejam ainda necessários. Na fase de catamnese, se existirem eventos isolados respeitantes a complicações ou intercorrências, deverão ficar associados ao episódio funcional em questão. Se os eventos necessários para a sua resolução forem prolongados (sessões de fisioterapia, radioterapia ou quimioterapia, internamento médico ou cirúrgico) devem ser registados no âmbito de outro episódio funcional, o qual ficará associado por complicações ao primeiro. A conclusão do primeiro episódio só poderá ser registada, quando o episódio de complicações for concluído, não podendo exceder o período de tolerância de registos (10 dias úteis).

Numa instituição do SNS, se existirem eventos isolados respeitantes a complicações ou intercorrências, deverão ficar associados ao episódio funcional em questão até à data de conclusão. Após essa data ou se se tratar de eventos prolongados ficarão registados num episódio único associado ao que lhe deu origem.

O processo clínico do doente deve conter todos os documentos relacionados com esta fase conforme consta no Volume V-Anexos e Apêndices.

3.2.4. Fase da Conclusão do episódio

A conclusão consiste num processo clínico e administrativo de encerramento de um episódio que sintetiza a informação do mesmo e procura garantir a qualidade na informação respeitante aos eventos registados, através da observação de um conjunto de dados essenciais e respectiva validação.

Esta fase inicia-se após o último evento na fase de catamnese e culmina, para os hospitais de origem, na validação da conclusão por cirurgia ou na conclusão por cancelamento da proposta. Para os hospitais de destino a fase de conclusão termina após a confirmação do pagamento do valor facturado do episódio.

Existem os seguintes tipos de conclusão:

1. Conclusão por cancelamento de episódio no HO;

- Episódio cancelado pelo HO por qualquer motivo que não uma transferência.

2. Conclusão por transferência da responsabilidade do episódio;

- Transferência da responsabilidade no tratamento integral da doença para um novo serviço/unidade funcional intra ou inter-hospitalar. A transferência efectiva-se com a validação do responsável do novo serviço/UF do plano de cuidados inicial proposto. A data de saída da LIC coincide com a data de validação da proposta cirúrgica pelo responsável do novo serviço/UF.

3. Conclusão do episódio no HO com cirurgia no HD;

- Conclusão do episódio funcional no HO, após a conclusão do episódio funcional no HD relacionado (que constituem o episódio único).

4. Conclusão do episódio no hospital que realiza a cirurgia.

- Conclusão do episódio após cirurgia e catamnese no hospital que pode ser o hospital de origem para utentes não transferidos ou de destino para utentes transferidos.

Nos casos três e quatro, a conclusão do episódio com realização pode ser de dois tipos:

- Conclusão com o episódio completo;
 - Sempre que os eventos críticos e respectivos procedimentos relevantes à data da cirurgia tenham sido executados;
- Conclusão com o episódio incompleto;
 - Quando nem todos os eventos críticos foram executados ou quando procedimentos ainda relevantes se encontram por executar.

Para a conclusão do episódio, o processo clínico do utente deve conter todos os documentos relativos à avaliação e tratamento da sua situação clínica, acrescidos dos documentos respeitantes aos eventos decorridos sob a responsabilidade do hospital e da folha de codificação do episódio cirúrgico. Todos os dados relevantes devem constar do SI e quando se usa interfaces, as transacções para o SIGLIC devem ser verificadas. Por último, é elaborado um relatório de conclusão que tem de constar do SI e facilita o processo de finalização do episódio que tem de conter a seguinte informação:



Documentos constantes do processo de conclusão do episódio

- Plano de cuidados
- Relatório cirúrgico
- Relatório dos eventos associados ao episódio, incluindo os resultados dos MCDT, nos casos apropriados;
- Acordos estabelecidos para resolução de complicações ou intercorrências
- Nota e relatório de alta

O registo da conclusão do episódio no sistema informático deve ser feito tendo em conta o conjunto mínimo de informação constante no Volume V – Anexos e apêndices.

O hospital está obrigado a concluir todos os episódios, incluindo os de cirurgia de ambulatório, aos sessenta dias após a alta hospitalar com período de tolerância dos registos (10 dias úteis), sob pena de ser estabelecida uma não conformidade ao mesmo. Se após sessenta dias dos referidos eventos, acrescido do prazo legal em vigor para os registos, o episódio não se encontrar concluído, o SIGLIC automaticamente procederá à sua conclusão. Este facto não impede o hospital, posteriormente, de a editar e corrigir eventuais imprecisões.

3.2.4.1. Conclusão da facturação

A conclusão da facturação envolve para as instituições hospitalares o fecho económico dos episódios. Para os hospitais do SNS este processo é realizado através das regras constantes do contrato-programa.

No caso das instituições hospitalares serem convencionadas, a facturação é realizada através da aplicação informática SIGLIC, de acordo com as seguintes fases:

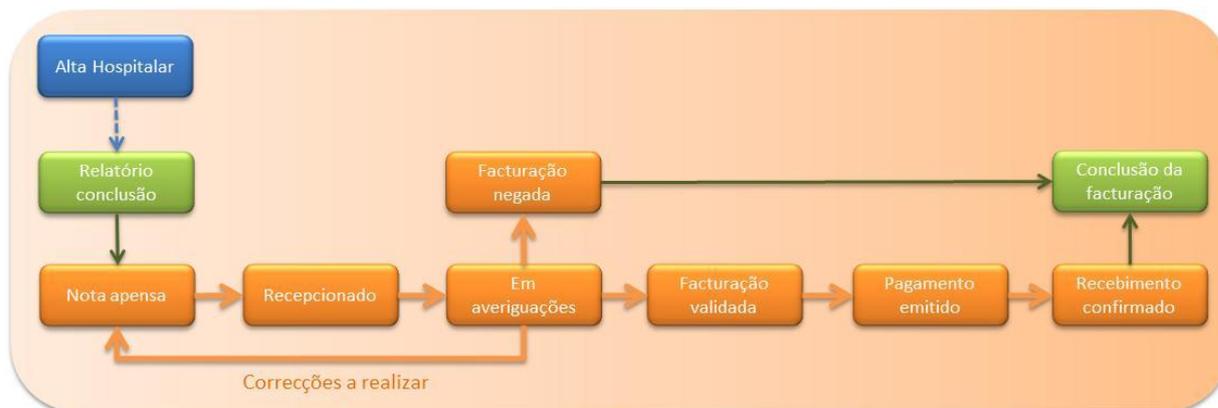


Ilustração 34 – Conclusão da Faturação

Este processo inicia-se aquando da emissão da nota apensa à factura e termina quando é processado e efectuado o pagamento ao hospital convencionado.

O recebimento tem de ser confirmado pela instituição hospitalar convencionada. A URIGIC deve supervisionar a alteração do estado após o pagamento.

3.3. Acções transversais ao episódio

Ao longo do processo de gestão do episódio terapêutico, constata-se a verificação de uma multiplicidade de actividades e contactos que não sendo específicos de nenhuma das suas fases e etapas são transversais e frequentes em qualquer uma delas.

Nos números que se seguem, aborda-se de forma sintética algumas dessas situações que se podem dividir em contactos com utentes, comunicação na rede, divulgação e apoio ao utente e controlo do processo de gestão dos utentes em LIC, matérias que, aliás, se encontram desenvolvidas com detalhe nos manuais de gestão e administrativo (respectivamente Volume II- Área de gestão e IV- Área Administrativa).

3.3.1. Readmissão

A readmissão consiste na activação do episódio que foi indevidamente cancelado da LIC pela instituição hospitalar. Um cancelamento de uma inscrição pode ocorrer por vários motivos. Sempre que um cancelamento for realizado indevidamente, e o utente ou a instituição hospitalar ou mesmo uma das unidades do SIGIC detecte o erro, deve proceder-se a uma readmissão do episódio. Nesta situação, o utente mantém a sua posição na LIC, pois não perde a sua antiguidade.

Esta acção deve ser fundamentada por escrito pelo utente ou no SI pela unidade do SIGIC que identificou o erro. Se existir um contacto do utente, este deve ser registado no SI e anexado o

documento em papel (impressão) no processo clínico. Os contactos efectuados pela UCGIC e URGIC, serão realizados pela comunicação na rede, associado ao episódio funcional.

As readmissões têm lugar sempre que o utente ou uma unidade do SIGIC fizer prova de um cancelamento indevido (utilizar motivo erro HO) ou quando a instituição hospitalar determinar que o motivo apresentado pelo utente é plausível para activação do episódio cancelado (utilizar motivo plausível apresentado pelo utente). Em ambas as situações, as justificações devem ser registadas no sistema de informação e anexadas em suporte de papel (impressão) ao processo clínico do utente.

3.3.2. Reinscrição

A reinscrição ocorre posteriormente a uma conclusão por cancelamento de uma proposta, por incumprimento do regulamento e por desistência do utente. Pode ser solicitada pelo mesmo ou por uma unidade do SIGIC em favor do utente e ocorre sempre que a indicação cirúrgica ainda se mantenha, sendo criado um novo episódio na LIC. O plano de cuidados deste novo episódio é em tudo semelhante ao do episódio cancelado, diferindo na data de inclusão e é iniciada nova contagem do tempo espera.

Sempre que o utente solicitar uma reinscrição na LIC deve ser realizada uma consulta (presencial ou não) para avaliação actual da necessidade cirúrgica. Caso seja criado um novo episódio funcional, este deve ficar associado ao episódio cancelado, sendo parte integrante do episódio único do utente (resolução de um mesmo problema identificado do utente).

3.3.3. Contactos com utentes e registos

A UHGIC é o principal elo de ligação do utente com o hospital, garantindo o acompanhamento deste em todas as fases do processo, sobretudo na fase da proposta e da conclusão, competindo-lhe, por isso, assegurar ou realizar os contactos com aquele para agendamento dos vários eventos que ocorrem ao longo do episódio do utente.

Os contactos realizados são obrigatoriamente registados no SI, bem como os factos que podem ocorrer posteriores à marcação imputáveis ao utente como seja a falta aos episódios pré-operatórios ou à cirurgia e respectivas justificações.

As especificidades dos contactos com os utentes e os respectivos registos, podem ser consultados para maior detalhe, no Volume IV - Área administrativa.

3.3.4. Comunicação na rede

A comunicação na rede é um ecrã da aplicação SIGLIC que permite a comunicação entre as diferentes entidades intervenientes no sistema, nomeadamente as UHGIC dos hospitais do SNS e convencionados, URGIC e UCGIC.

O utilizador pode consultar, registar e responder a comunicações entre a entidade à qual está associado o seu perfil de acesso e as restantes entidades do SIGIC, seja na qualidade de emissor, seja na de destinatário. Desta forma, tem acesso não só aos pedidos que criou, como também aos pedidos que lhe são dirigidos por outras entidades.

Refere-se a título de exemplo os pedidos entre hospitais de origem e de destino no âmbito das transferências de utentes, o pedido por parte do hospital de destino (HD) e realização de MCDT ao hospital de origem (HO), a sinalização de qualquer matéria processual no SIGIC, bem como quaisquer disfunções no SI central ou nas interfaces.

No Volume IV – Área administrativa – estão descritas as situações em que se deve recorrer à comunicação na rede.

3.3.5. Divulgação e apoio ao utente na área do SIGIC

A UHGIC é a intérprete dos interesses dos utentes em LIC, cabendo-lhe nomeadamente garantir-lhes o acesso à informação sobre o estado da sua inscrição, informá-los sobre os seus direitos e deveres, sobre as diferentes fases do seu processo e ainda sobre as eventuais consequências dos seus actos e omissões no âmbito do mesmo processo.

Para o efeito, as instituições devem criar uma linha directa de atendimento telefónico de horário alargado, suportada pelas UHGIC e promover a sua divulgação, bem como a divulgação da localização desta e do seu horário de funcionamento, junto dos locais de atendimento mais movimentados.

Os contactos da UHGIC devem estar sempre actualizados, nomeadamente nos sistemas de informação local e central para os utentes serem informados correctamente dos mesmos, bem como dos meios de comunicação disponíveis. O apoio ao utente passa também pela existência de envelopes RSF quer para o envio da nota de consentimento já assinada, quer para o envio de sugestões e reclamações, devendo estas ser objecto de tratamento periódico com o objectivo de ajustar as condições do atendimento às expectativas dos utentes.

No Volume II – Área de gestão – são detalhadas as competências da UHGIC.

3.4. Controlo do processo de gestão dos utentes em lista

Em termos gerais, cabe à UHGIC a monitorização, controlo e supervisão dos utentes inscritos para cirurgia em todas as fases do processo de gestão dos episódios cirúrgicos, desde o acesso à primeira consulta da especialidade no serviço/unidade funcional até à conclusão do episódio, devendo para o efeito:

Centralizar a gestão de inscritos para cirurgia do hospital

Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respectivo Regulamento

Controlar e supervisionar o registo dos utentes na LIC do hospital

Zelar pelo cumprimento das normas aplicáveis à LIC e respectivo Regulamento

Preparar relatórios para planeamento e gestão da LIC e actividade cirúrgica do hospital

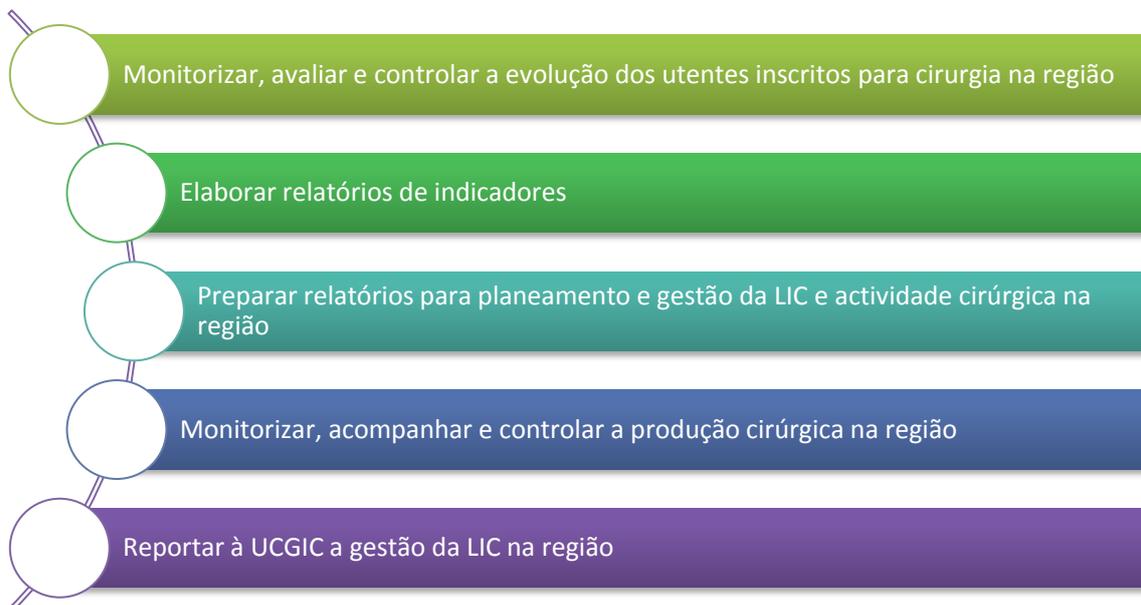
Realizar o acompanhamento da actividade cirúrgica junto dos serviços/UF envolvidos no SIGIC

Fornecer às entidades supervisoras do SIGIC a informação para monitorização do sistema no hospital

Reportar às entidades supervisoras do SIGIC a gestão da LIC no hospital

A monitorização, controlo e supervisão da gestão da LIC dos hospitais do SNS e convencionados com utentes inscritos para cirurgia é, por sua vez, função da URGIG, à qual compete complementarmente acompanhar a actividade cirúrgica realizada na região, a fim de garantir e promover a adequação da oferta à procura.

No âmbito desta atribuição, compete-lhe em particular adoptar as seguintes medidas:



O controlo do processo de gestão dos utentes em LIC, bem como outras matérias referentes da UHGIC e da URGIC, estão desenvolvidos no nº 2 e 3 do Volume II - Área de gestão e sistematizadas no volume V - Anexos e Apêndices.

4. CONTROLO DA PRODUÇÃO

Nesta matéria, a UHGIC tem um papel importante a desempenhar, na medida em que disfruta de uma função privilegiada que lhe permite fornecer informação relevante ao CA quer sobre a actividade cirúrgica passada, quer sobre o potencial de produção dos serviços, tendo em conta a capacidade instalada destes e a adequação da oferta às necessidades da procura expressa na lista de inscritos para cirurgia. Após a negociação dos objectivos entre o CA e os responsáveis de serviço/unidade funcional, faz parte das competências da UHGIC monitorizar a actividade cirúrgica contratualizada avaliando, controlando e informando dos desvios registados.

A UHGIC deve preparar a informação necessária para o planeamento, a gestão e a tomada de decisões relativos à gestão da LIC e da actividade cirúrgica do hospital, para posterior distribuição ao CA, aos diversos serviços/unidades funcionais e para relatório às entidades supervisoras, nomeadamente a URGIC e a UCGIC. A informação necessária aos relatórios pode ser recolhida através dos sistemas de informação do hospital e do SIGLIC, nomeadamente os indicadores relativos à LIC, à produção cirúrgica e à equidade no acesso, entre outros.

Por sua vez, a URGIC deve preparar a informação necessária para o planeamento e a gestão da LIC e da actividade cirúrgica da região, com base nos indicadores retirados da aplicação SIGLIC e nos relatórios prestados pelos hospitais, para posterior distribuição ao CA e à UCGIC. O objectivo desta informação é permitir à URGIC a promoção da adequação da oferta à procura de tratamentos cirúrgicos verificada na região junto dos hospitais públicos e convencionados, a fim de diminuir os tempos de espera para cirurgia e garantir uma melhor equidade no acesso aos cuidados cirúrgicos.

O relatório deve concluir sobre a adequação da rede às necessidades da população, identificar constrangimentos e propor acções que visam melhorar o processo e incrementar os resultados. As melhorias esperadas devem ser expressas e quantificadas.

No Volume II, orientado para as entidades do SIGIC com responsabilidade na área de gestão, o controlo de produção é abordado mais detalhadamente.