

MGIC 2011

Volume III – Área Clínica



Unidade Central de Gestão de Inscrições
para Cirurgia

Índice

1. Gestão do Episódio - Fases Gerais.....	3
1.1. Fase da Proposta	8
1.1.1. Etapa da análise	8
1.1.2. Etapa da Pré-Inscrição/Registo provisório na LIC	9
1.1.2.1. Criação do plano de cuidados (proposta cirúrgica)	10
1.1.2.2. Consentimento do utente.....	23
1.1.2.3. Validação do Plano de Cuidados (proposta).....	23
1.1.2.4. Activação da inscrição.....	24
1.1.2.5. Alteração do Plano de Cuidados	25
1.1.3. Etapa da Inscrição	26
1.1.3.1. Suspensão administrativa	27
1.1.3.2. Pendência da inscrição.....	28
1.1.3.3. Intransferível.....	28
1.1.3.4. Requisição/agendamento da cirurgia	29
1.1.3.4.1. Programação dos utentes a agendar	30
1.1.3.4.2. Contacto com os utentes para agendamento	35
1.1.3.4.3. Cancelamento do agendamento e reagendamento.....	35
1.1.3.5. Comparência aos eventos pré-operatórios	36
1.1.4. Etapa da Transferência	36
1.1.4.1. Gestão das transferências até cativação de NT/VC.....	38
1.1.4.1.1. Preparativos para a transferência do utente.....	38
1.1.4.1.2. Avaliação dos episódios em condições para transferência	39
1.1.4.1.3. Preparação dos episódios para transferência ou para a cirurgia	40
1.1.4.1.4. Agendamento dos episódios não transferíveis até ao TMRG.....	41
1.1.4.1.5. Transferência para outra instituição hospitalar	41
1.1.4.1.6. Transferência para a UCGIC.....	42
1.1.4.1.7. Emissão e envio das Notas de Transferência ou Vales de Cirurgia.....	42
1.1.4.1.8. Tratamento das respostas dos utentes	43
1.1.4.1.9. Cativação e avaliação pré-operatória do utente em instituição hospitalar convencionada	43
1.2. Fase da Realização.....	49
1.2.1. Admissão ao internamento/cirurgia de ambulatório	50

1.2.2. Cirurgia Segura	54
1.2.3. Realização da cirurgia	54
1.2.4. Alta de internamento/cirurgia de ambulatório	60
1.2.5. Intercorrências e complicações	61
1.3. Fase da Catamnese	62
1.3.1.1. Desdobramento da proposta	65
1.3.1.2. Intercorrências e complicações pós-alta hospitalar	66
1.3.2. Fase da Conclusão	66
2. Acções transversais ao episódio.....	69
2.1. Registos de eventos clínicos.....	69
2.2. Readmissão	69
2.3. Reinscrição	70

1. GESTÃO DO EPISÓDIO - FASES GERAIS

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.

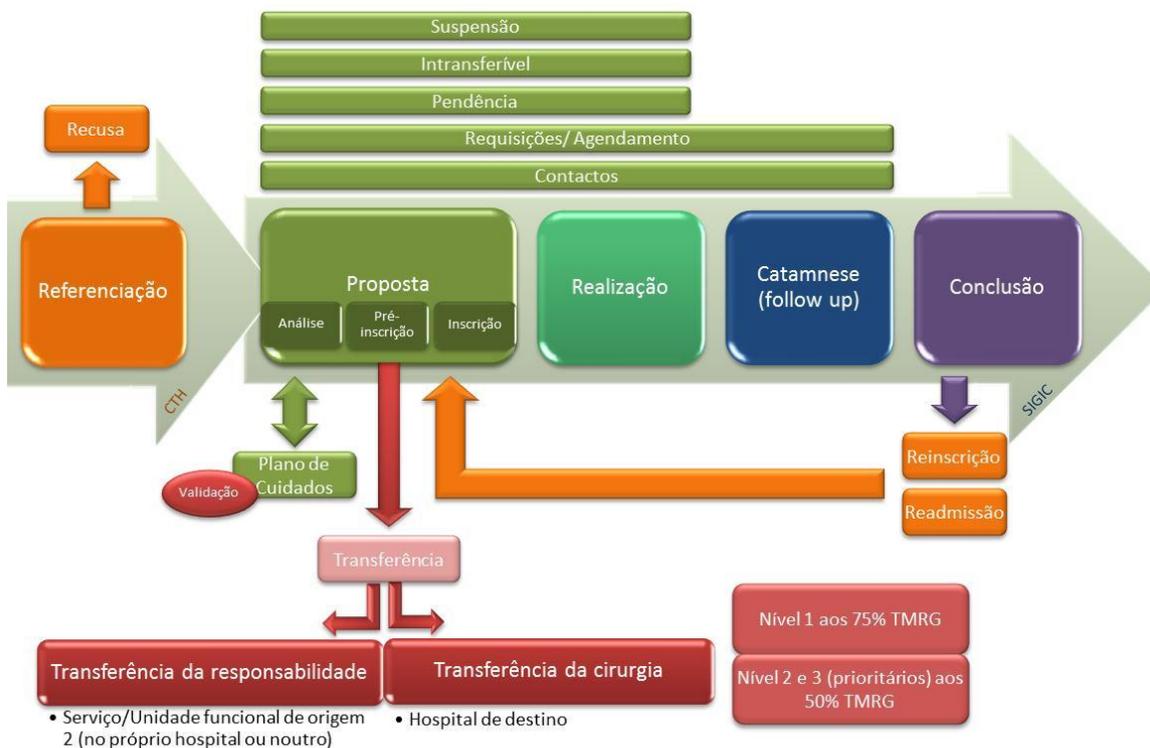


Ilustração 1 – Fases e etapas principais do processo de gestão do episódio do utente

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. A referenciação inclui todos os eventos de referenciação interna ou externa à instituição para a 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.º 1529/2008, de 26 de Dezembro os tempos máximos de resposta garantidos e definidas no Despacho n.º 5642/2010 de 18 de Março de 2010 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.

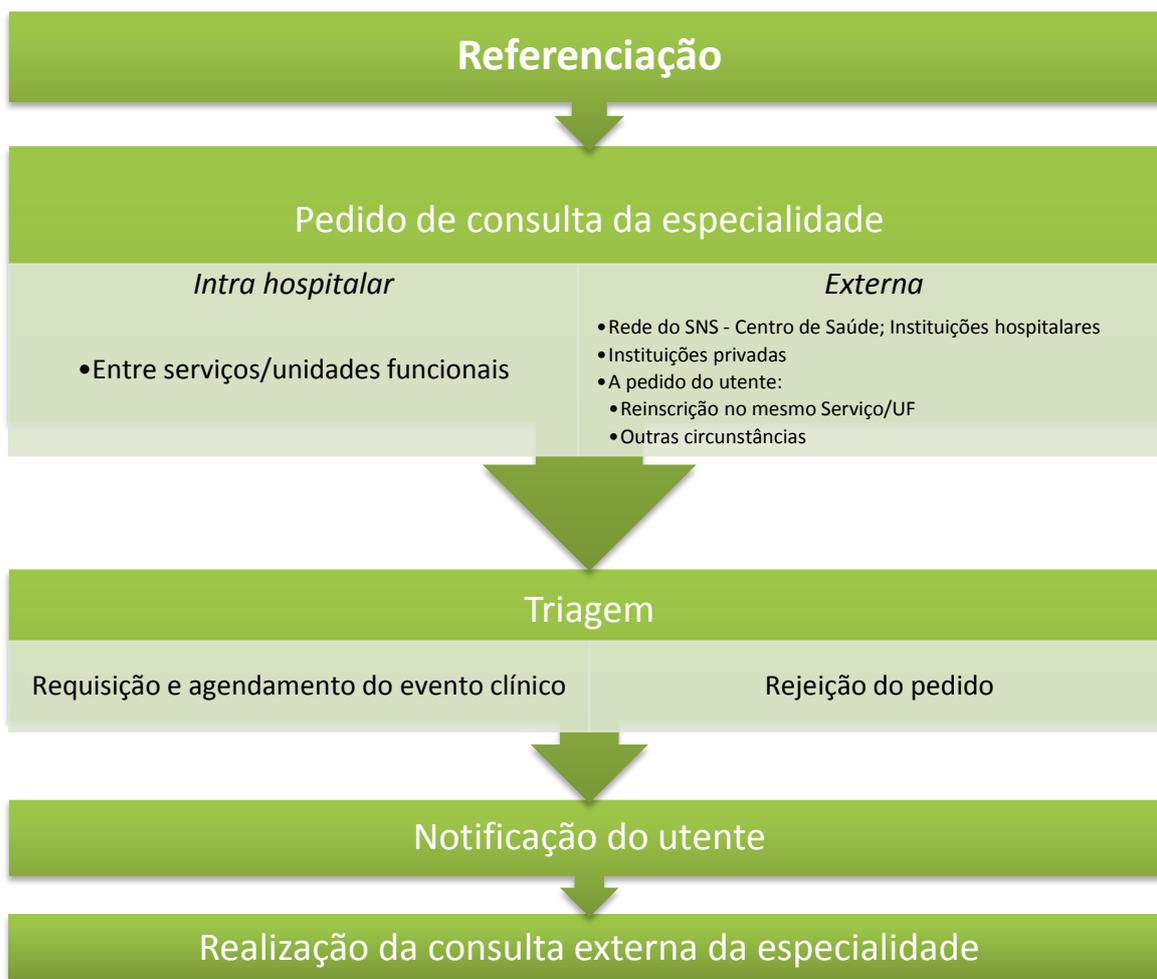


Ilustração 2 – Etapas da referenciação para 1ª consulta de especialidade hospitalar

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.

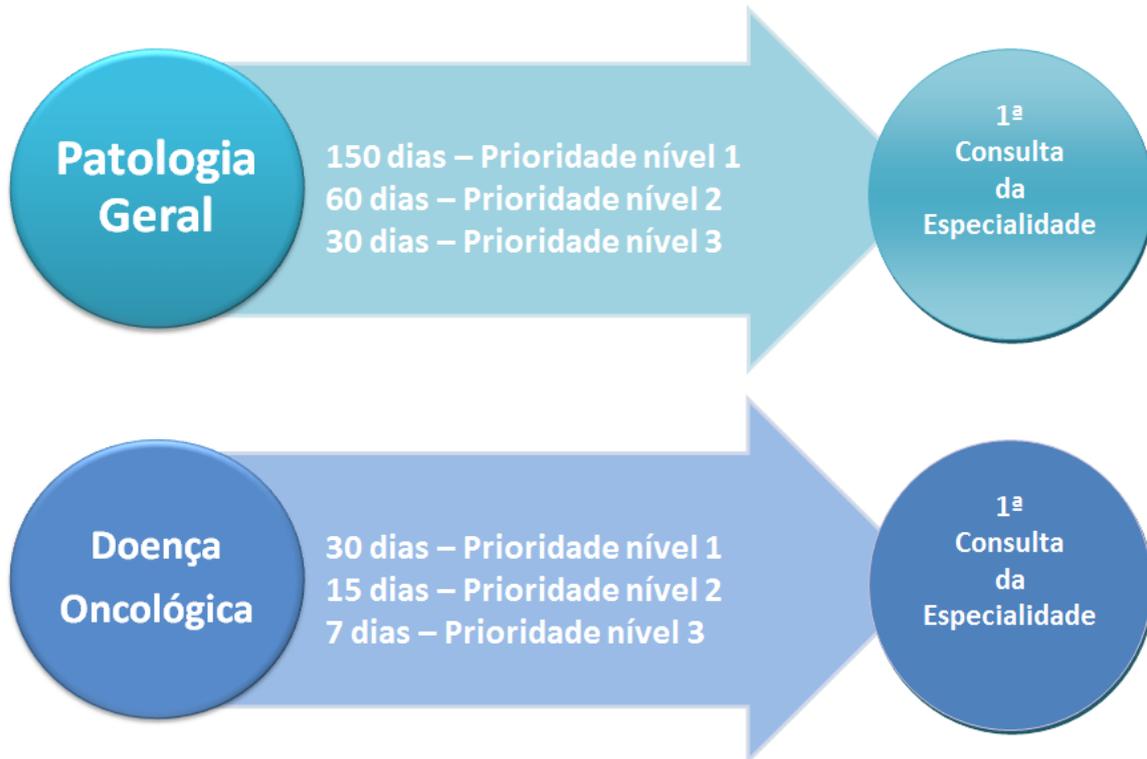


Ilustração 3 – Tempos máximos entre pedido da 1ª consulta e sua execução

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.

A fase da proposta 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 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. O tempo regulamentar da fase de catamnese pode variar conforme o programa em causa (por ex: no PTCO é de 3 anos). Se a abordagem terapêutica da complicação /

intercorrência exigir um conjunto complexo de cuidados por exemplo a necessidade de nova(s) cirurgia(s) deve-se estabelecer novo plano que cuidados que dará origem a novo episódio funcional associado a este constituindo-se dessa forma parte do episódio único¹.

Por último, a **fase da Conclusão** corresponde ao encerramento do episódio, englobando todos os procedimentos de síntese e de classificação final do episódio, incluindo, nos casos apropriados (ex.: hospitais convenionados), 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 à conclusão do episódio, passando pelas variantes da etapa da transferência.

1. Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO

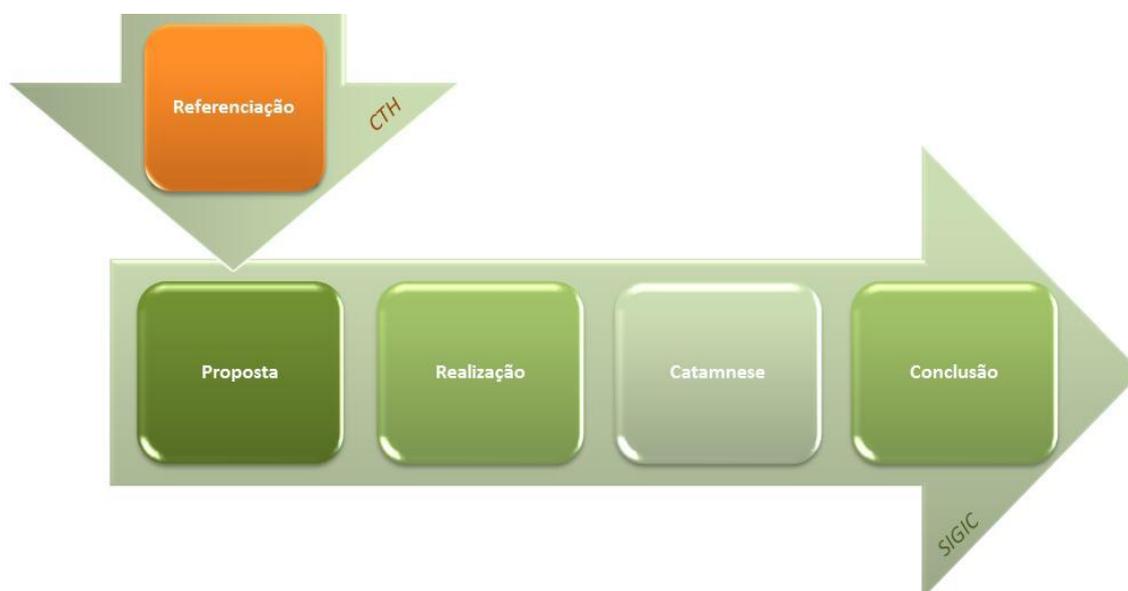


Ilustração 4 - Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO

¹ Episódio único corresponde ao conjunto de episódios funcionais associados entre si

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

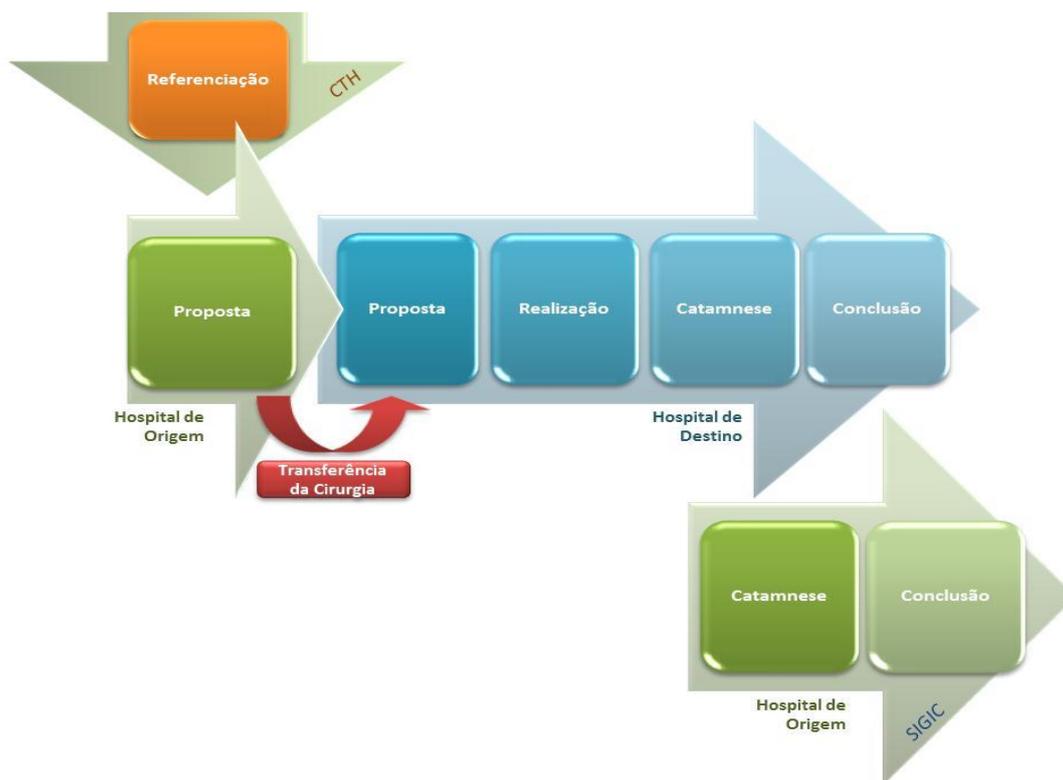


Ilustração 5 - Processo SIGIC com conclusão do episódio no HO e HD

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

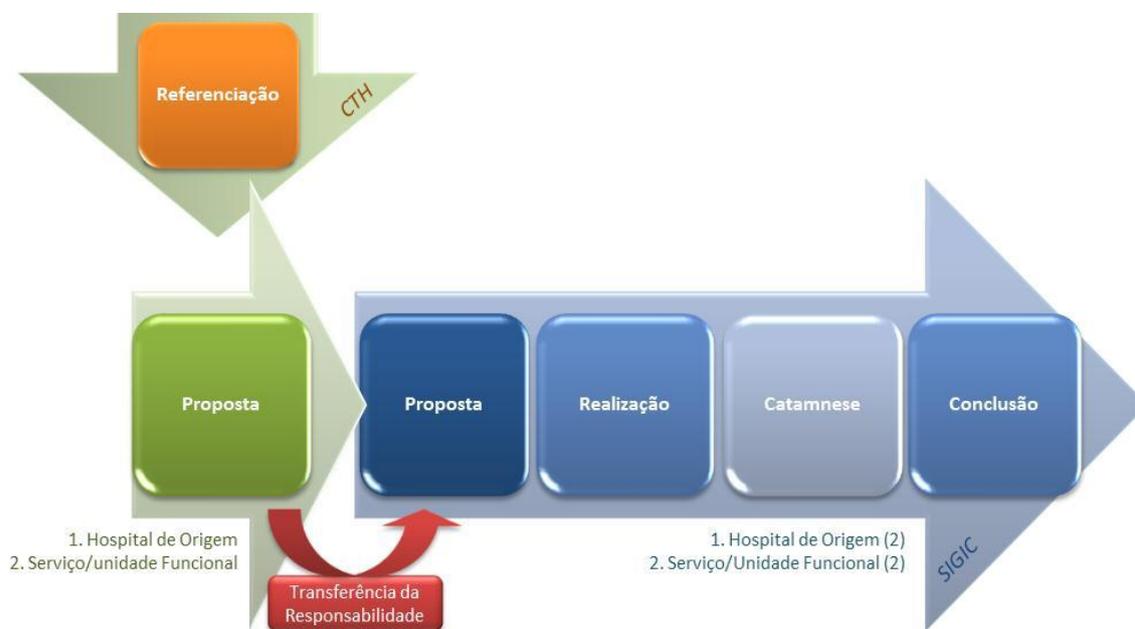


Ilustração 6 - Processo SIGIC com conclusão do episódio no novo HO (2)

² 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.

1.1. 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. Na situação excepcional em que o utente se encontra internado à data da elaboração da proposta e a cirurgia ocorre nesse internamento, estão incluídos nesta fase todos os eventos desde a última primeira consulta até ao evento que originou a proposta. Todavia, pode terminar em qualquer uma das quatro etapas em que se divide, seja por conclusão por cancelamento das propostas 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 7 – Etapas da fase da proposta da gestão do processo do utente

1.1.1. 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 ao menos eventos (v.g. MCDT ou até mesmo outras consultas), sempre que for considerado conveniente estudar a patologia do doente com mais detalhe, para precisar o diagnóstico ou determinar a indicação cirúrgica.

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, onde se inclui nomeadamente a proposta cirúrgica, os quais estão indicados na figura que se segue.

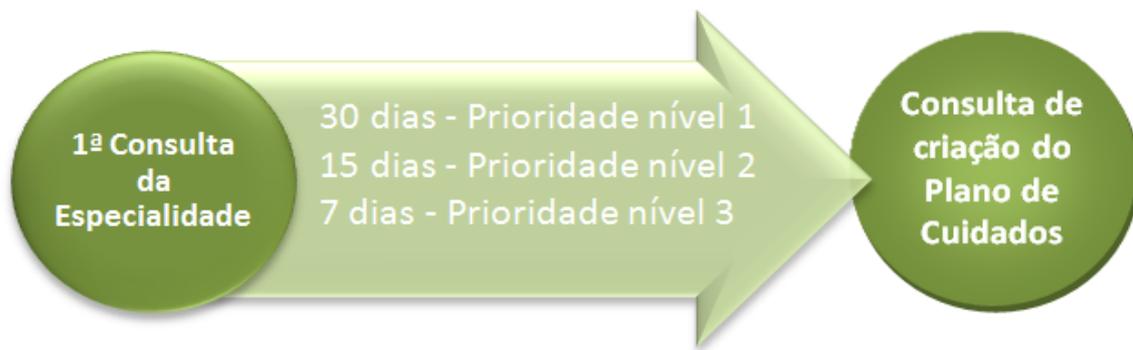


Ilustração 8 - Tempos máximos do acesso

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.

1.1.2. 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 de cirurgia) 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 9 – Etapa da Pré-inscrição



Para facilitar o processo de validação dos planos de cuidados, estes sempre que possível devem corresponder aos protocolos instituídos no serviço/UF.

1.1.2.1. 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, nos episódios geridos pelo SIGIC, pelo menos um episódio de cirurgia. Não há limitação ao registo na proposta quanto ao número de diagnósticos 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 em casos particulares poderá incluir uma ou mais cirurgias (1ª cirurgia - Colectomia com colostomia, com a 2ª cirurgia prevista para reconstrução do trânsito). Noutras circunstâncias podem estar previstos, no plano terapêutico eventos críticos distintos, como é o caso de ressecção mamária (1º evento crítico) seguida de radioterapia (2º evento crítico).

À data da proposta, o médico proponente deve possuir 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 possuir 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 deverá estar completa à data do agendamento, ou, o mais tardar, aos 75% ou 50% do TMRG conforme a respectiva prioridade.

Um utente quando se apresenta numa consulta e se identifica um problema (doença ou patologia) que pode ser desde logo resolvida através da execução de uma cirurgia deve ser incluído em LIC.

Não se encontram nesta situação utentes que por situações diversas (genéticas ou outras) se anteveja que possa surgir uma patologia, defeito, alteração morfológica, problema que venha a necessitar de cirurgia.



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, a 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 orientar o utente e para o serviço/unidade funcional de destino poder compreender a situação clínica e a proposta terapêutica efectuada. Servem ainda para poder haver um conhecimento nacional e regional da procura de tratamentos cirúrgicos.

A formalização da proposta é o garante contratual entre utente e hospital e obriga este último na procura de soluções para a cabal resolução dos problemas identificados.

Os dados registados são em primeira instância da responsabilidade de quem produz a informação (do médico proponente à data da proposta, do cirurgião principal à data da cirurgia, do médico responsável pela alta à data da alta, de um médico codificador à data da validação da conclusão).

Os conteúdos da proposta são registados no SIH e transitados para o SIGLIC. Atendendo a responsabilidade objectiva dos autores da informação a proposta deve ser impressa do SIGLIC rubricada pelo médico proponente e arquivada no processo.

O plano de cuidados deverá estar sempre associado a um número de processo do utente no hospital, ao médico proponente, ao serviço/UF responsável e a data a que se refere. No momento do seu registo, a data e o utilizador do sistema ficam registados e é criado um conjunto de números 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:

Utentes que aguardam a realização de um procedimento cirúrgico para o qual a instituição hospitalar prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada.

Utentes em situação de urgência diferida, dispensando-se as formalidades que não puderem ser efectuadas previamente por motivos clínicos.

Utentes que aguardam a realização de uma pequena cirurgia para o qual o hospital prevê utilizar os recursos adstritos à cirurgia programada.

Só podem inscrever utentes em LIC serviços que disponham de capacidade técnica para realizar os procedimentos cirúrgicos propostos.

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 no 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 cirúrgica** 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)



Nome completo
Filiação (obrigatório nos menores)
Número do processo
Número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão
Número de utente SNS
Data de nascimento
Sexo
Morada completa com código postal, freguesia e concelho
Contactos telefónicos

2. Identificação institucional



Nome da instituição hospitalar
Serviço/unidade funcional proponente
Médico proponente

3. Data em que a proposta ocorre (data de inclusão)



Tem de corresponder à data da consulta onde foi realizada a proposta

4. Caracterização dos problemas a abordar, incluindo principais ou patologias associadas, em termos



Descrição do(s) problema(s)
Codificação (classificação dos diagnósticos estabelecidos com o sistema de classificação CDI na versão em vigor)
Respectiva lateralidade se aplicável



5. Identificação dos tratamentos propostos para cada um dos problemas independentes, identificados no nº anterior

Descrição da resolução

Codificação (classificação dos procedimentos estabelecidos com o sistema de classificação CDI na versão em vigor)

Respectiva lateralidade se aplicável



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

Descrever os efeitos a obter sobre a doença, qualidade de vida do utente e eventuais sequelas.

Resolução/Cura

Melhoria/Atenuação

Diagnóstico

Sequela

Vigiar/acompanhar

Classificação dos resultados



7. Prioridade estabelecida

Nível de prioridade;

Justificação da prioridade clínica níveis 2, 3 e 4

Os critérios devem ser claros e equitativamente aplicados observando as normas estabelecidas nos casos aplicáveis (ex: portaria que estabelece o TMRG na doença oncológica. Por princípio devem existir no serviço ou hospital orientações internas nesta matéria).



8. Episódio antecedente (se aplicável)

Identificação do(s) episódio(s)

Associação para procedimentos múltiplos; associação para continuidade terapêutica; Associação para complicações; Contra lateral



9. Plano de cuidados prévio

Identifica as acções ou eventos a efectuar prévias à cirurgia.



10. Plano de cuidados pós-operatório (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.

Caso exista informação no plano de cuidados que necessite ser corrigida, ao fazê-lo, o sistema cria uma nova versão do documento actualizado. No caso de não poderem ser recolhidos, numa primeira abordagem, todos os itens obrigatórios que fazem parte da proposta de cirurgia, estes devem ser completados no prazo máximo de dez, cinco e dois dias úteis, consoante se trate de um prioridade 1, 2 ou 3, respectivamente, no âmbito de outro evento clínico ou administrativo. Nesta situação, o sistema cria nova edição do plano de cuidados associados ao evento em questão.

Os seguintes dados obrigatórios que devem completar a proposta, podem ser posteriormente acrescentados, até à realização da cirurgia no hospital de origem ou da transferência para um hospital de destino:



11. Regime da cirurgia.

Internamento; ambulatório



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.

- Unidade de Cuidados Nível III (Intensivos); Unidade de Cuidados Nível II (Intermédios); Equipamento para Artroscopias; Cirurgia Vascular Endoscópica; Equipamento para Laparoscopia; Equipamento para Toracoscopia; Equipamento para Broncoscopia Flexível/Rígida; *Ecodoppler*; Equipamento para Endoscopia Digestiva; Laser Cirúrgico; Neuro-estimulador; Radiologia (Fluroscópios); Equipamento para Cirurgia Cardíaca com CEC; Equipamento para Cirurgia Cardíaca Endoscópica; Material para Microcirurgia; Material para Mediastinoscopia; Material para Uretrocistoscopia /RTU; Sondas Gama Câmara; Pace Maker Externo; Laringoscópio Flexível; Equipamento para Criocirurgia; Equipamento para Diálise; Equipa de Cardiologia (presença/prevenção); Equipamento para obesidade; Material para ortopedia; Material para neurocirurgia; Material para oftalmologia; Outras.



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

Especificar tipo, marca e modelo.

Os restantes dados da proposta têm de ser completados, em 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 cirúrgica é registada.



21. Avaliação pré-operatória

- Não solicitada; Solicitada; Realizada



22. Resultados da Avaliação pré-operatória

- Apto; Apto c/ condições; Não Apto
- Sempre que haja condições ou não seja considerado apto as razões devem de ficar expressas.

Uma proposta em que a avaliação pré-operatória considera o utente não apto deve dar origem à resolução dos constrangimentos à proposta do processo ou conduzir ao cancelamento da mesma, seja qual for a solução, esta deve ficar expressa e justificada no processo do utente.

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



A classificação CID na versão em vigor para a caracterização exhaustiva dos procedimentos médico-cirúrgicos revela-se, por vezes, insuficiente. É fundamental que a proposta cirúrgica contenha em linguagem médica, a descrição da(s) patologia(s) do doente e o(s) respectivo(s) procedimento(s) proposto(s). A classificação utilizada apenas vai reflectir uma parte deste conteúdo em linguagem padronizada.

No caso de os 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 Unidade nosológica é a caracterização clínica de um problema de saúde de um utente, resultante da sua avaliação, num determinado evento, adequadamente classificado com o sistema de classificação CDI na versão em vigor, sendo que um é classificado como principal e descrição de acção subsequente, também esta classificada com o sistema de classificação CDI na versão em vigor.



No SIGIC não se codificam eventos ou episódios, codificam-se unidades nosológicas, ou seja, os problemas de saúde apresentados pelo utente e respectivas acções.

O sistema neste momento requer a codificação em CID-9-MC mas está já adaptado ao sistema CID-10-MC e requer toda a informação necessária a uma posterior recodificação.

Neste ponto recolhem-se as informações necessárias à caracterização do problema alvo de intervenção cirúrgica. É importante que haja uma descrição suficientemente pormenorizada para que um terceiro observador possa apreender a situação tal como foi observada e compreender a situação clínica e a proposta terapêutica efectuada ou a cirurgia realizada.

O quadro onde são apresentadas as unidades nosológicas que caracterizam os problemas identificados e soluções propostas ou aplicadas (procedimentos cirúrgicos) ao utente, contém a informação clínica fundamental do plano terapêutico ou do evento clínico (consulta, MCDT, cirurgia). O conjunto de diagnósticos refere-se a doenças/problemas que representam a actual situação clínica, para a qual o plano nomeadamente a cirurgia pretende dar resposta.

Podem ser identificadas várias situações (unidades nosológicas) independentes, sendo que uma terá de ser identificada como principal no evento em que é registada. As restantes serão designadas como secundárias. As situações independentes correspondem em regra a atitudes terapêuticas distintas. Cada situação independente deve ser cabalmente descrita, podendo ser melhor caracterizada pela junção de vários códigos de diagnósticos, designados de diagnósticos associados, que se associam a um, identificado como principal, para cada unidade nosológica.

O médico descreve a situação em linguagem clínica de forma integrada. Ao descrever o diagnóstico é necessário, quando apropriado, localizar adequadamente as lesões e caracterizá-las nomeadamente no que se refere ao tempo de presença, morfologia, sintomatologia associada, sua extensão ou volume e envolvimento de tecidos. Deve ainda colocar o conjunto de códigos CID, na versão em vigor que reflectam as descrições efectuadas. Designa-se, em cada unidade nosológica, de diagnóstico principal o código que melhor sintetiza o problema pelo qual o utente é proposto. A patologia associada, relevante para a cirurgia/internamento, deve ser reportada junto à unidade nosológica principal, não sendo necessário repeti-la nas unidades nosológicas secundárias.

Os procedimentos cirúrgicos são descritos na forma clínica habitual evidenciando todos os aspectos relevantes. Para cada situação independente descrita nos diagnósticos deve ser descrita a acção consequente, nomeadamente os procedimentos propostos.

Designa-se código de procedimento principal o que melhor sintetiza a técnica cirúrgica para cada unidade nosológica principal ou secundária. Aos procedimentos principais podem-se associar outros códigos de procedimentos para melhor descrever a técnica cirúrgica. Estes códigos de procedimentos serão designados de procedimentos associados.

Unidades Nosológicas (UN):

Num evento Clínico



Ilustração 10 – Classificação de um evento

A descrição dos diagnósticos e procedimentos deve ser efectuada em linguagem clínica corrente caracterizando a situação clínica e atitudes terapêuticas de forma completa. A descrição deve ser clara e técnica para que a leitura da proposta/cirurgia seja suficiente para a cabal compreensão da situação médica do utente e conseqüente proposta terapêutica/cirurgia.

A lateralidade, quando adequado, deve estar evidenciada na descrição da unidade nosológica, sendo necessário descrever exaustivamente a localização da doença e do procedimento.

Qualquer evento clínico tem que conter obrigatoriamente pelo menos uma unidade nosológica.

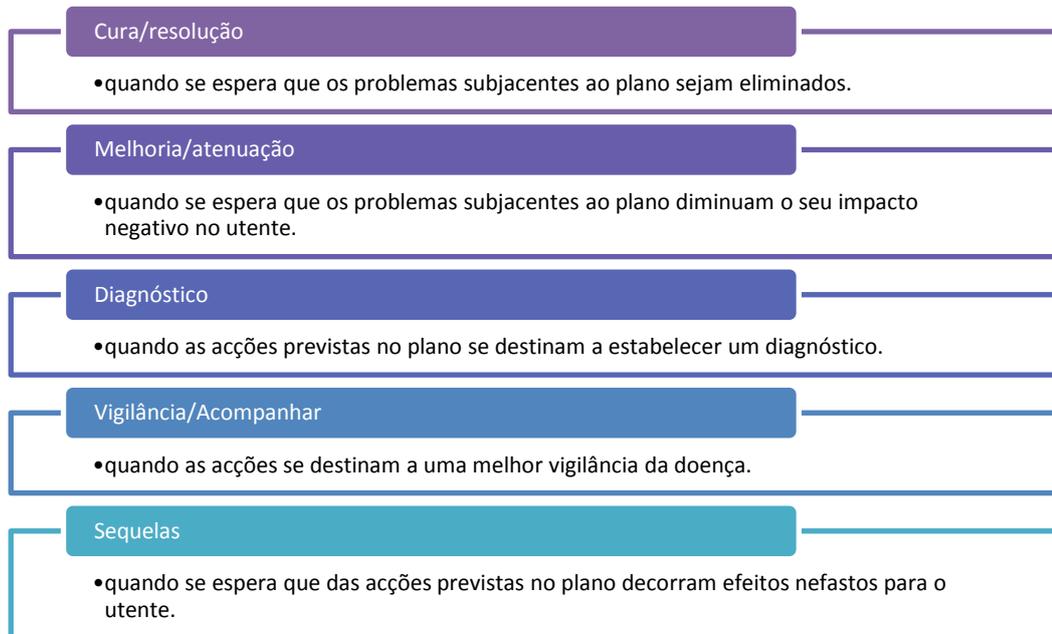
A codificação deve ser o mais completa possível quer para permitir uma adequada gestão local, quer para uma gestão de transferências mais correcta.

A responsabilidade de uma transferência às conseqüências decorrentes de conteúdos incompletos ou inadequados nos registos é de quem os inscreve. Assim, a responsabilidade de uma transferência inadequada por conteúdos inapropriados ou incompletos no documento da proposta é do hospital.

Quando se estabelece um plano terapêutico este tem de ser obrigatoriamente partilhado e consentido pelo utente.

Um dos aspectos fulcrais é a expressão clara dos **resultados esperados**, quer os benefícios para o utente, quer as eventuais ou prováveis sequelas que poderão decorrer das terapêuticas instituídas, para cada unidade nosológica independentemente estabelecida.

Na definição dos resultados indica-se o impacto das terapêuticas na doença, nos sintomas, nas diversas funções do organismo do indivíduo, na sua morfologia e estética. Avalia-se assim os benefícios esperados tal como as sequelas ou consequências nefastas, também previsíveis. Genericamente para efeitos de sistematização classifica-se os resultados esperados em:



Todos estes atributos têm de ser classificados, quer isto dizer que podemos em simultâneo esperar uma cura, a atenuação dos problemas, aferir o diagnóstico e prever sequelas, ou qualquer outra combinação entre elas. Por outro lado o evento ou plano pode ter como finalidade somente a vigilância/accompanhamento.

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), e boas práticas, os critérios clínicos definidos no serviço/unidade funcional ou instituição proponente e os tempos de resposta garantidos (TRG) fixados pela instituição hospitalar, desde que compreendidos dentro dos tempos máximos de resposta garantidos (TMRG) estabelecidos, pela Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro, e discriminados no quadro seguinte:

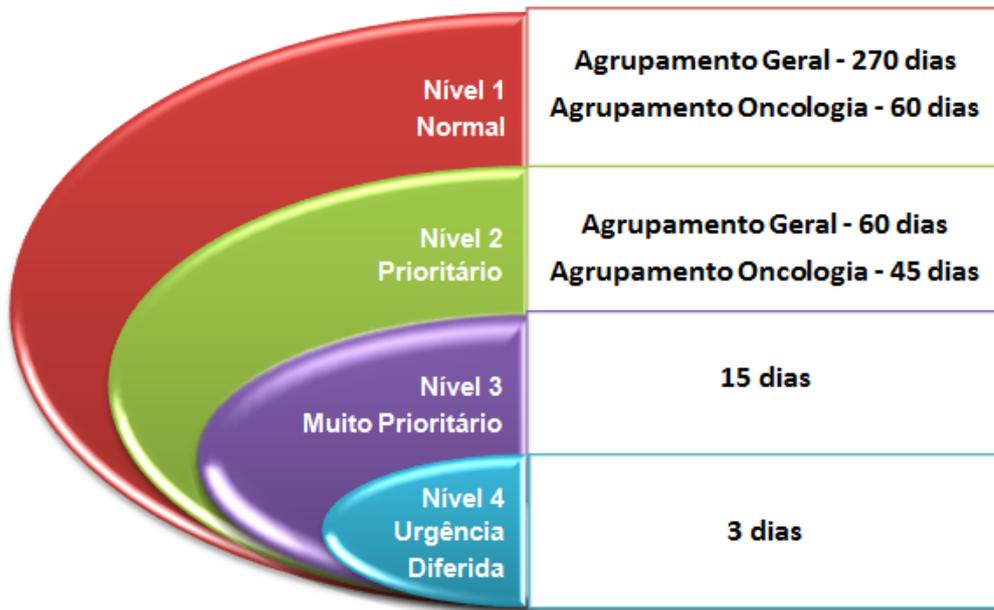


Ilustração 11 – Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG)



“...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;”³

Cada serviço deve dispor de uma norma dirigida em função da realidade que estabelece os critérios para a definição da prioridade tendo em conta os procedimentos realizados na cirurgia.

Um aspecto de particular importância é a descrição de requisitos especiais peri-operatórios, considerados necessários atendendo à condição de saúde (ex.: insuficiência respiratória grave a necessitar de suporte ventilatório pós cirúrgico e cinesioterapia respiratória prévia) do utente ou da especificidade da técnica cirúrgica (ex.: Gama câmara para cirurgia rádio imuno guiada ou prótese fonatória para introduzir durante a cirurgia).

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

³ cf. o n.º 34, do Regulamento do Sistema Integrado de Inscritos para Cirurgia, publicado na Portaria nº 45/2008 de 15 de Janeiro

O tempo de espera do utente é iniciado no momento em que é feita a indicação de intervenção cirúrgica, ou seja, na data em que é preenchido a proposta de cirurgia e que deve ser coincidente com a data da efectivação da consulta que lhe deu origem.

O plano de cuidados e a proposta em particular constituem um documento de multi-edição que deve ficar concluído no máximo até 70% do TMRG ou até ao agendamento da cirurgia. O facto de ser um documento de multi-edição significa que está previsto que possa ser completado ao longo da fase da proposta. Um dos itens muito importantes que normalmente é preenchido posteriormente é a classificação ASA, de Mallampati das vias respiratórias e a avaliação pré operatória que normalmente ocorre com a consulta pré anestésica. Nessa consulta devem também ser registados antecedentes relevantes, alterações bio fisiológicas e alergias conhecidas.

Procedimentos cirúrgicos múltiplos independentes⁴

Um utente pode apresentar uma situação clínica que necessita de mais que uma intervenção para a sua resolução, ex. mastectomia com reconstrução e simetrização. Pode ainda apresentar duas patologias para as quais se estabeleça a necessidade de dois ou mais procedimentos. Cabe ao clínico, atendendo ao melhor interesse do utente, estabelecer se os múltiplos procedimentos devem ser efectuados num mesmo tempo cirúrgico ou em tempos diferidos. Caso entenda efectuar uma única cirurgia que englobe os diversos procedimentos cria uma proposta com procedimentos múltiplos. Se pelo contrário, entender diferir os procedimentos, cria duas propostas. Estas duas propostas, se as acções foram integradas e acompanhadas pelos mesmos actores (médicos e serviços) serão incluídas no mesmo plano de cuidados fazendo pois parte do mesmo episódio.

Procedimentos cirúrgicos múltiplos em tempos diferidos

Um utente pode apresentar uma situação clínica onde é identificada a necessidade de mais do que uma intervenção para a sua resolução. Por exemplo, a realização de uma colectomia com colostomia com posterior encerramento da mesma. Nestas situações deverá ser elaborado um plano de cuidados com duas propostas cirúrgicas independentes a serem realizadas em tempo diferido. Apesar, de estas propostas terem a mesma data de inclusão, pois foram elaboradas no mesmo evento, por exemplo uma consulta, a segunda proposta só será realizada após um período de carência. Nestas circunstâncias, a proposta para o procedimento cirúrgico posterior deve ser classificada com o atributo de pendente por motivos clínicos no momento de agendamento da primeira cirurgia e durante o período de carência estipulado no protocolo terapêutico. Caso o tempo carência protocolado seja superior a 4 meses, deve a segunda proposta ser apenas elaborada após a realização da primeira cirurgia e de forma, a que o período de pendência clínica não ultrapasse 4 meses.

⁴ Procedimentos que, sendo realizados no mesmo acto cirúrgico, se destinam à resolução de patologias não relacionadas e os que, de acordo com o estado da arte, podem ser efectuados em episódios diferidos ou distintos.

1.1.2.2. Consentimento do utente

Após a proposta de cirurgia estar devidamente preenchida, é entregue ao utente uma 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 direitos e deveres e 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 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. O consentimento do doente pressupõe que o clínico se disponibiliza a prestar todos os esclarecimentos tidos pelo utente como necessários sobre a sua doença, as terapias pospostas e gestão do processo no âmbito do episódio. 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, pelo que não substitui 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 informado 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 dos prazos limite, determina o cancelamento do registo provisório (pré-inscrição) do utente na LIC.

1.1.2.3. 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 ou invalidar a proposta cirúrgica através da classificação e aposição da sua assinatura no documento.

A validação pelo responsável determina que este concorda que o plano de cuidados instituído tal como está descrito é coerente e apropriado às actividades efectuadas no serviço/UF e é neste sentido, co-responsável por levar a cabo sua execução.

A invalidação da proposta cirúrgica pelo responsável do serviço/unidade funcional determina a necessidade de convocar o utente para nova consulta de redefinição terapêutica, no prazo de dois dias e a justificação deve ficar registado no campo correspondente do respectivo impresso e no sistema de informação.

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



O responsável do serviço/UF quando recebe a proposta cirúrgica pode, caso identifique inconsistências menores, determinar a sua correcção adiando a classificação definitiva do mesmo.

Por este facto deve ser célere na primeira observação da proposta cirúrgica, permitindo desta forma a sua correcção em tempo útil.

1.1.2.4. 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 da informação crítica da proposta (com a informação obrigatória preenchida)

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 nos prazos 2, 5 ou 10 dias a contar da activação da inscrição na LIC, consoante se trate de utentes classificados em termos de prioridade respectivamente nos níveis 3, 2 e 1, e anexada cópia no processo clínico juntamente com o comprovativo do seu 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.

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

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

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

3. A proposta foi introduzida com erros.

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 das propostas.

Sempre que houver alteração de informação crítica da proposta deve ser criada nova proposta cirúrgica. A saber:

- Identificação do utente;
- Serviço/unidade funcional;
- Identificação do médico proponente;
- Data de inclusão;
- Códigos das Unidades Nosológicas dos eventos críticos:
 - ◆ Diagnósticos principais;

- ◆ Procedimentos principais;
- ◆ 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 referido anteriormente neste volume, quando são listados os dados mínimos obrigatórios a constar na proposta de cirurgia.

O campo da prioridade clínica pode ser alterado a qualquer altura, sempre que se mostrar apropriado face aos critérios de atribuição da prioridade, mas quando é modificado é necessário justificar a alteração e informar o utente, embora não envolva novo consentimento da sua parte nem nova validação por parte do responsável do serviço/unidade funcional. Na justificação devem ser invocados os critérios iniciais e a razão da sua modificação.

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.

1.1.3. Etapa da Inscrição

A etapa da inscrição inclui o conjunto de eventos que decorrem 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.

O esquema seguinte refere os eventos que podem ocorrer no âmbito desta etapa:

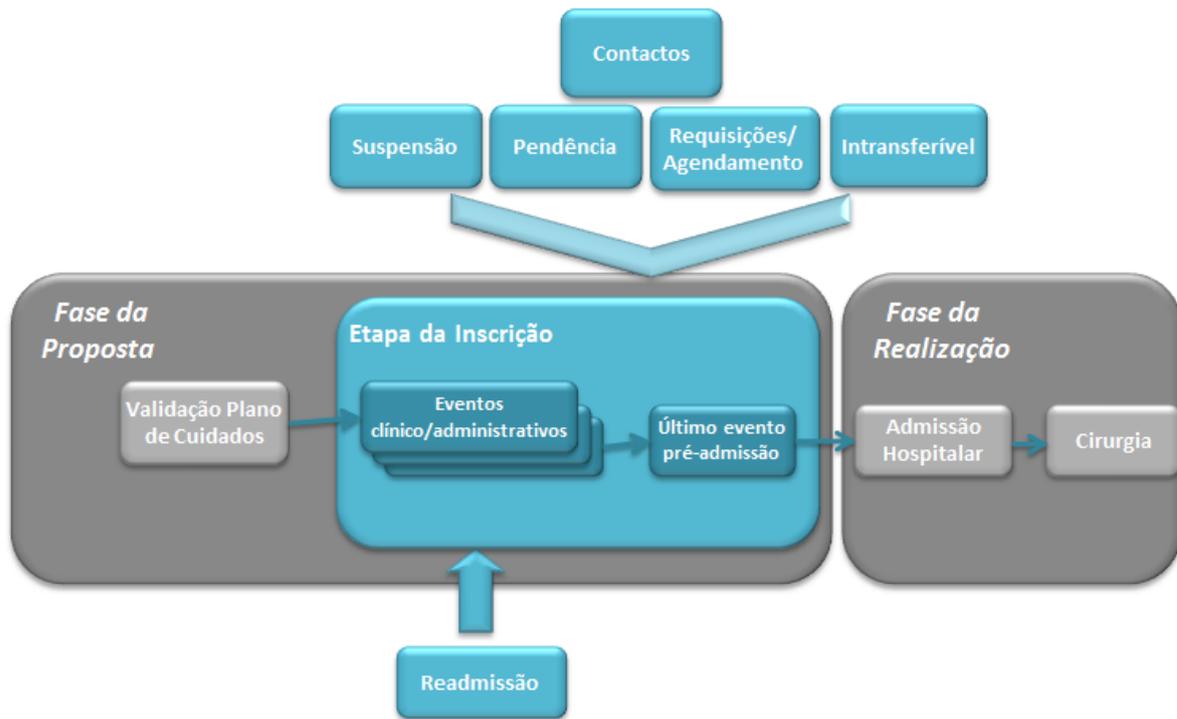


Ilustração 12 – Etapa da Inscrição

A partir do momento em que a proposta cirúrgica é criada, o episódio fica no estado pré-inscrito na LIC passando a inscrito com o consentimento e validação. 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 no mesmo período, para o mesmo episódio, excepto nas situações de pendência e suspensão pois estas não são conciliáveis.

1.1.3.1. Suspensão administrativa

A suspensão consiste numa alteração temporária do atributo do episódio, que indica que este está impedido de ser movimentado (agendado, transferido, ...), mas não interrompe a contagem do tempo de espera para o utente. Não obstante só são consideradas suspensões as situações válidas nos termos do regulamento vide Volumes I e IV.

1.1.3.2. Pendência da inscrição

Segundo as regras decorrentes do Regulamento do SIGIC, a pendência só pode ocorrer na fase da proposta no HO.

As pendências podem ser de dois tipos:

Pendência pessoal

Pendência clínica

A **pendência pessoal** pode ser requerida pelo utente, antes da sua transferência, pelo máximo de três vezes, por um período total de tempo igual ou inferior ao TMRG garantido para a prioridade e patologia definida no plano de cuidados.

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 impeditiva temporariamente da realização da cirurgia. São exemplos de correcta utilização da pendência clínica: o período de uma doença intercorrente (ex. gripe); o período de uma terapia necessária (ex. Cinesioterapia ou quimioterapia). Não é motivo adequado de pendência o tempo despendido a aguardar pela realização de exames complementares ou consultas clínicas e tratamentos, mas sim apenas o período em que os tratamentos ocorrem, incluindo períodos de carência antes da intervenção cirúrgica. A justificação do médico, bem como o consentimento do utente para a pendência por motivos clínicos devem constar no processo do utente.

Durante o período de qualquer das pendências supra referidas, o utente não pode ser transferido, nem contactado para efeitos de marcação da cirurgia ou de consultas ou tratamentos pré-operatórios, mas a sua inscrição na LIC permanece válida, interrompendo-se a contagem do tempo de espera.

1.1.3.3. Intransferível

O médico proponente pode, caso entenda benéfico para o utente e este concordar propor a colocação do episódio com o atributo de intransferível. Neste caso, tem de explicar as razões e as consequências desse acto. Deve ainda informar o utente que este pode requerer a retirada do atributo, tornando-o de novo transferível, logo que entenda adequado.

São razões evocáveis:

- ▶ Cirurgia prévia na instituição, na mesma região/órgão;
- ▶ Recursos ou competências especiais dificilmente disponíveis noutras instituições;
- ▶ Risco na deslocação do utente;
- ▶ Razões sociais atendíveis evocadas pelo utente.

O hospital ao colocar um utente intransferível fica com uma responsabilidade acrescida de providenciar a terapêutica nos TMRG.

1.1.3.4. 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. Este acto só pode ocorrer com o consentimento do utente e legitima o acesso à informação aos clínicos responsáveis por este 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 13 – 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 conseqüentemente, estes utentes são candidatos a transferências quando adequado. Os agendamentos após o TMRG, também não são impeditivos de se iniciar o processo de transferência. Caso o utente aceite uma transferência (cativa a NT/VC) o agendamento no HO é necessariamente cancelado independentemente da data da cirurgia.

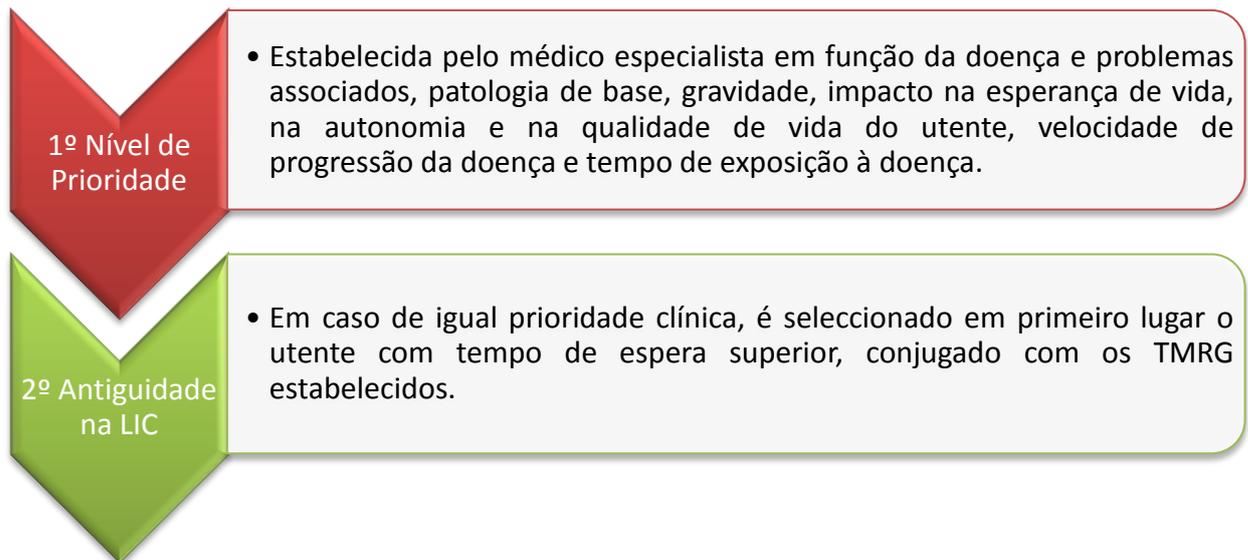
1.1.3.4.1. Programação dos utentes a agendar

Com regularidade, sendo aconselhada uma periodicidade ideal diária e mínima semanal, 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 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 tem de 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 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 cinco 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 de 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. Sendo, neste caso, a instituição obrigada a reagendá-lo para uma data que não comprometa o TMRG e que deve distar da primeira pelo menos cinco ou dez dias, consoante se trate de utentes classificados respectivamente nos níveis de prioridade dois e um.

No caso de existirem utentes inseridos em grupos de patologia a par dos existentes no agrupamento geral, o agendamento deve também ter em conta a prioridade operacional. Isto é, os grupos de utentes com igual TMRG, independentemente da sua prioridade clínica e patologia, conforme quadro seguinte. Para cada grupo de utentes com a mesma prioridade operacional, a ordenação deve ser por ordem decrescente do tempo de espera do episódio (TE). O TE é calculado desde a data de inclusão até à data actual, descontados os períodos de pendências clínicas ou pessoais, assim como o período de não 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 poderá ser efectuado com uma antecedência superior a vinte dias, para não dificultar eventuais transferências. Se um

episódio tiver agendamento realizado, mas não estiver conforme, poderá ser transferido aos 75% ou 50% conforme respectiva prioridade e 100% do TMRG ou a pedido do utente.

A prioridade operacional vem descrita no quadro seguinte:

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 (a pedido)	5 dias
3	4	Geral Oncológico	3 dias	Logo que possível	Logo que possível

Ilustração 14 – 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.

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.

Para otimizar o processo de agendamento atendendo à conformidade processual com o Regulamento do SIGIC, devem-se observar os seguintes princípios:



- ✘ Agendar utentes pelo menos duas vezes por semana;
- ✘ Agendar utentes P_1 com pelo menos vinte dias de antecedência (excepto se o seu tempo médio de espera for inferior a vinte dias) reservando em cada semana tempos para eventuais agendamentos de utentes com prioridades superiores. Para tal, é necessário ter conhecimento da distribuição dos episódios inscritos na respectiva LIC por prioridade;
- ✘ Agendar utentes P_2 com dez dias de antecedência e P_3 com cinco dias de antecedência para os tempos operatórios reservados;
- ✘ Dispor de flexibilidade de produção, recorrendo à MRA para fazer frente a variações de afluxo de utentes em LIC e para alterações não previstas na proporção das prioridades.

Observados os critérios enunciados, o responsável do serviço/unidade funcional é livre de seleccionar como entender os candidatos para agendamento da cirurgia, devendo efectuar numa lógica de optimização dos recursos e correspondência com a necessidade do utente.

Regista-se ainda que um serviço/UF só pode agendar e realizar uma cirurgia se tiver sido ele próprio a propô-lo, 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.

De forma a respeitar o princípio de equidade no acesso à cirurgia, o regulamento do SIGIC determina um conjunto de regras que garante a aplicação deste princípio. Assim, as entidades hospitalares são incentivadas a respeitar a ordenação de agendamento mencionada anteriormente.

Quando se observar outros episódios em LIC deve ter-se em conta que para este efeito, episódios com atributo de pendente ou transferidos, não são elegíveis para agendamento da cirurgia.



Quanto menor for a LIC e o TE máximo dos utentes operados, menor a probabilidade de incorrer em não conformidades de equidade.

Uma LIC com tempo máximo de espera de 21 dias seguidos para episódios classificados com um nível de prioridade normal (P_1) e sete dias seguidos para as restantes prioridades nunca incorre em não conformidades de equidade.

Após a selecção do utentes a agendar, deve ser realizado o agendamento no SIH e de seguida proceder ao contacto para agendamento.

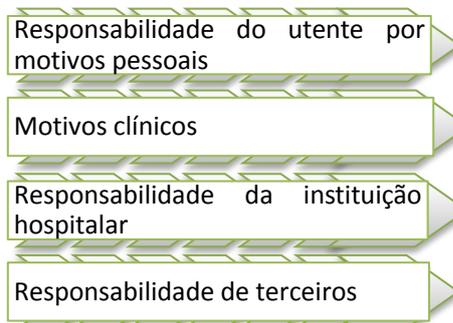
1.1.3.4.2. Contacto com os utentes para agendamento

Este aspecto é particularmente desenvolvido no Volume IV, deste manual. Contudo é importante reter que os contactos têm de ser registados e o último contacto antes de se considerar o utente incontactável, deve ser feito através de carta registada.

Os utentes podem recusar o agendamento pelo que é necessário prever suplentes para contactar. O agendamento dos utentes que recusam a data da cirurgia, deve ser cancelado, registado o motivo e classificado nomeadamente no que se refere à sua plausibilidade, determinando em seguida se existe motivo para exclusão da LIC e proceder em conformidade. Caso o utente se mantenha em LIC, o episódio deve ser colocado como pendente por motivos plausíveis até nova disponibilidade deste para ser intervencionado.

1.1.3.4.3. Cancelamento do agendamento e reagendamento

O cancelamento do agendamento de qualquer evento deve ser realizado preferencialmente, logo após a comunicação da desistência ou falta de comparência ao mesmo. Sempre que o evento não é realizado ou há necessidade de adiamento é necessário cancelar o agendamento registado no SI, utilizando o motivo de cancelamento correcto, pois só assim estão fundamentadas as acções de conclusão do episódio por cancelamento das propostas ou outras. Esse cancelamento deverá ser realizado até 10 dias úteis após a notificação ou a não comparência, sob pena da instituição hospitalar incorrer numa irregularidade processual. Os vários motivos de cancelamento de um agendamento da cirurgia existentes na aplicação informática de suporte ao SIGIC estão subdivididos em quatro categorias diferentes:



Quando a responsabilidade do cancelamento é do doente quer por motivos pessoais, quer por motivos clínicos o utente deve ser colocado como pendente durante o período em que estiver impedido de aceitar a data do evento.

1.1.3.5. Comparência aos eventos pré-operatórios

Após a aceitação do agendamento proposto, devem ser iniciados os preparativos do utente para a cirurgia, tendo em conta a data prevista.

O processo clínico do utente deve ser actualizado atendendo às linhas programáticas definidas pela instituição hospitalar e pelo serviço/unidade funcional para compor este conjunto de informação.



A instituição hospitalar deve garantir que a avaliação do utente para a cirurgia é efectuada com a antecedência necessária de forma a não comprometer o programa operatório⁵

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

1.1.4. Etapa da Transferência

Estão reunidas as condições para dar início à etapa da transferência sempre que:

- A instituição hospitalar de origem não consegue garantir a realização da cirurgia;
- Não esteja efectuado o agendamento até 100% do TMRG;
- O serviço/UF tenha perdido a capacidade técnica para realizar a cirurgia;
- O serviço/UF apresente piores tempos de acesso do que outro que se lhe equipare;
- A transferência seja por conveniência justificada do utente.

Seja qual for o tipo de transferência, esta só pode ocorrer com o acordo expresso do utente. Recusando este a transferência e não podendo o serviço/UF realizar a cirurgia por incapacidade objectiva, o episódio pode ser concluído por cancelamento das propostas na respectiva instituição hospitalar.

⁵ Programa operatório – lista de participantes (utentes e equipas) numa determinada actividade no bloco operatório num determinado dia ou conjunto de dias.

As transferências encontram-se organizadas da seguinte forma:



Ilustração 15 – 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

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

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.

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.

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.



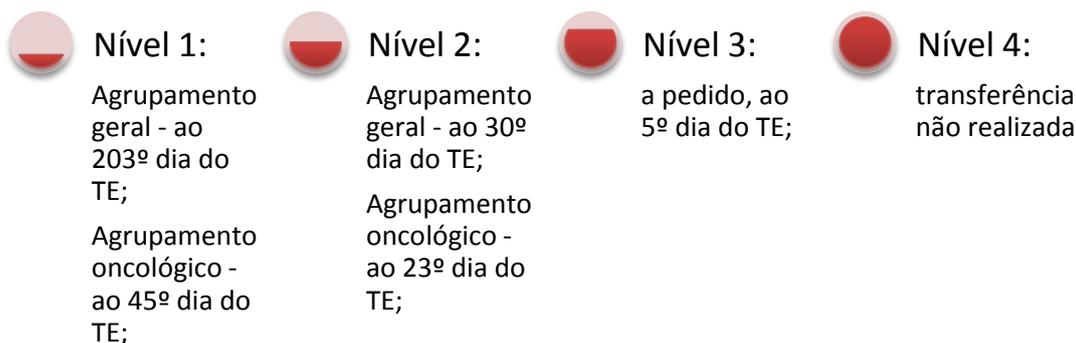
Em todas as transferências é necessário a autorização do utente. Esta autorização serve também como consentimento da nova proposta se esta não for alterada quanto aos diagnósticos e propósitos no caso de a transferência ser realizada por NT/VC o consentimento é representado na cativação voluntária, nos outros casos cabe ao HO obter o consentimento que deve ficar arquivado no processo.

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.

1.1.4.1. Gestão das transferências até cativação de NT/VC

1.1.4.1.1. 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 é constituída pelas seguintes etapas:



Ilustração 16 – Etapas da preparação para a transferência

1.1.4.1.2. 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 expreso, o utente deve ser classificado como

intransferível, devendo os motivos que determinam essa classificação serem registados no SIGLIC.



Se na data da proposta o médico entender que uma eventual transferência é prejudicial para o utente propõe-lhe ficar classificado como intransferível. Caso este aceite, o consentimento deve ficar formalizado.

Verificando-se as condições necessárias para a transferência dos utentes e tendo estes um TE igual ou superior a 70% do TMRG (quando classificados com prioridade clínica nível 1), o HO deverá actualizar os respectivos processos clínicos para a realização da cirurgia na sua instituição ou para envio posterior ao hospital de destino, de forma a garantir o cumprimento dos prazos regulamentares exigidos. .

1.1.4.1.3. 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 e3) 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.

Para efeitos da cirurgia ou de transferência, o processo clínico deve estar actualizado, sendo que não se encontra previsto nenhum período de tempo pré-estabelecido entre a data do último MCDT /observação clínica e a data da consulta no hospital de destino (HD). O hospital deverá 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.

1.1.4.1.4. Agendamento dos episódios não transferíveis até ao TMRG

O episódio do utente não pode ser transferido se se verificar alguma das condições referidas no Volume I- Princípios gerais, deste manual.

Nos casos em que o episódio do utente se encontrar classificado como intransferível, o HO deverá agendá-lo 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.

1.1.4.1.5. Transferência para outra instituição hospitalar

A transferência do utente para outra instituição hospitalar inicia o seu processo na transferência do episódio para a UCGIC, passando pela emissão do NT/VC até à sua cativação no HD ou novo HO escolhido pelo utente.

A transferência do utente é constituída pelas seguintes etapas:

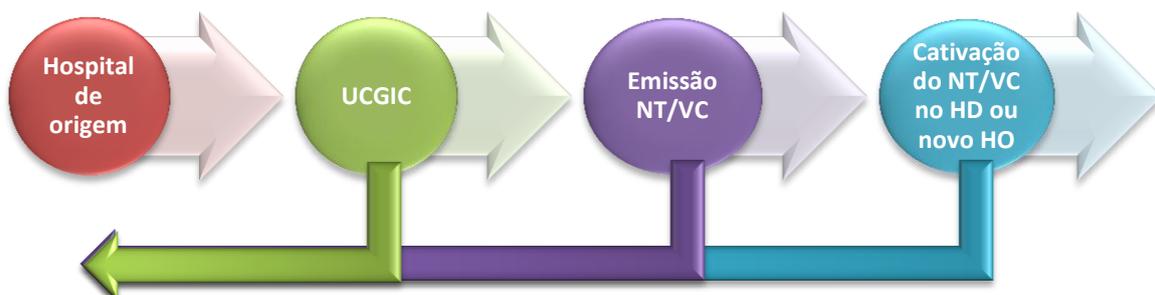


Ilustração 17 – Etapas da transferência

1.1.4.1.6. Transferência para a UCGIC

A transferência do episódio para a UCGIC pode ocorrer nos seguintes momentos:

- ✿ **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 situações de intransferível, vide Volume IV, Área administrativa.

Iniciada a fase de transferência, o hospital de origem fica impedido de realizar o agendamento de consultas, tratamentos pré-cirúrgicos ou a intervenção cirúrgica proposta.



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.

1.1.4.1.7. Emissão e envio das Notas de Transferência ou Vales de 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 deste manual).

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.

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 documento⁶.

1.1.4.1.8. 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.

Os clínicos se abordados pelos utentes, nesta fase devem providenciar informações exactas e isentas sobre o processo.

1.1.4.1.9. Cativação e avaliação pré-operatória do utente em instituição hospitalar convencionada

A cativação é um acto meramente administrativo em que o utente manifesta o interesse em ser tratado numa determinada instituição e em que o HD reconhece o direito do utente em ser tratado naquela instituição, formalizado na entrega ao utente de um certificado de cativação emanado do SIGLIC.

A cativação legitima os clínicos que irão abordar o utente a ter acesso à sua informação clínica.

Na cativação não é possível solicitar qualquer dado clínico ao utente nomeadamente a sua doença ou intervenção proposta. 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, e obrigatoriamente num evento clínico⁷ o HD pode ter acesso a quaisquer dados clínicos, nomeadamente os 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-

⁶ Trinta dias ou 25% do TMRG, caso este valor ultrapasse o primeiro.

⁷ Evento em que o responsável é um médico.

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;
 - Proteínograma;
 - 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 podem ser solicitados ao HO.



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 dos constantes no ponto anterior, são da responsabilidade do HO e deverão estar actualizados à data da transferência,

providenciando-os num prazo máximo de 5 dias úteis após a data da notificação do HO através do SIGLIC.

- ◆ 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.

Em relação às consultas e exames pós-operatórios, o conjunto de procedimentos necessários para garantir a qualidade das prestações no HD, como análises e outros MCDT ou consultas a efectuar no pós-operatório, são da responsabilidade do HD e consideram-se os seus custos suportados pelo valor do vale cirurgia.

No âmbito da avaliação pré-operatória, poderão 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.



Em nenhuma circunstância o utente pode ser discriminado, quer na cativação quer se ocorrer uma devolução.

Caso o HD não concorde com a proposta cirúrgica original, poderá pedir a devolução do utente à URGIC, sendo esta a responsável por avaliar o pedido e decidir sobre o mesmo, podendo com base nos factos aplicar ou não uma não conformidade ao hospital em função da sua responsabilidade na devolução do episódio.



O HD nunca é obrigado a efectuar uma cirurgia no contexto de uma proposta com a qual não concorde, devendo neste caso devolver o episódio, ainda que possa vir a ser sujeito a uma não conformidade.

Em qualquer circunstância ao terceiro pedido de devolução a URGIC é obrigada a devolver o episódio devendo neste caso classificar a devolução como conforme ou não conforme.

Processo clínico incompleto ou não enviado

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 e na ausência de resposta pedir parecer à URGIC para providenciar a sua execução. Na posse dos resultados dos MCDT pedidos, o HD deve continuar a avaliação e preparação do utente para a cirurgia.

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.

Pelo contrário, os HD do SNS podem por iniciativa própria realizar os MCDT necessários, não carecendo de autorização prévia, não podendo por esse facto facturar os actos ao HO.

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.



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 de forma a não prejudicar o utente. Este segundo pedido terá de ser obrigatoriamente aceite e o movimento classificado de conforme ou não conforme, pela URGIC.

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 sua situação clínica actual.

Ao detectar esta necessidade, 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.



Quaisquer alterações aos procedimentos propostos têm de estar em conformidade com os superiores interesses do utente e devem ser por este expressamente autorizados.

No caso de o HD realizar os novos procedimentos, deve pedir autorização ao HO para alterar a proposta cirúrgica, justificando detalhadamente o proposto.

Se as alterações propostas forem aceites pelo HO, o HD poderá 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, deverá 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 no 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 devolver o episódio ao HO com indicação de cancelamento da proposta e inscrevê-lo agora enquanto 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. Este tipo de situações podem ocorrer quando o utente tem patologias associadas ou necessidades de suporte peri-operatórias que não estão contempladas na proposta cirúrgica ou, estando, quando a instituição de destino perde no entretanto a capacidade técnica para realizar o procedimento.

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, deverá solicitar a devolução do episódio à URGIC. Ao aceitar a devolução, a URGIC deverá reencaminhar o episódio para o HO que, por sua vez, deverá analisar a situação do utente, 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. 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 a conclusão deste por cancelamento da proposta. 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.

Caso o utente não compareça 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 a uma conclusão do episódio por cancelamento da proposta e consequente saída da LIC.



Não obstante os prazos estabelecidos se a condição do utente ou da doença exigirem maior celeridade o HD deve proceder atempadamente à cirurgia ou devolver o utente para que não exista risco de prejuízo para o mesmo.

1.2. Fase da Realização

A **fase da Realização** segue-se à fase da proposta e corresponde ao conjunto de processos de gestão relacionados com a realização da cirurgia e de outros eventos críticos até à alta do último evento crítico. Inclui todos os eventos de internamento/ambulatório até à data do último evento crítico. Caso existam outros internamentos com eventos críticos inclui os eventos de ambulatório que ocorram entre estes.



Ilustração 18 – Fase da Realização

Esta fase inicia-se com o primeiro evento crítico – ex.: Admissão para realização da cirurgia - até à alta do último evento crítico, comportando as seguintes etapas:

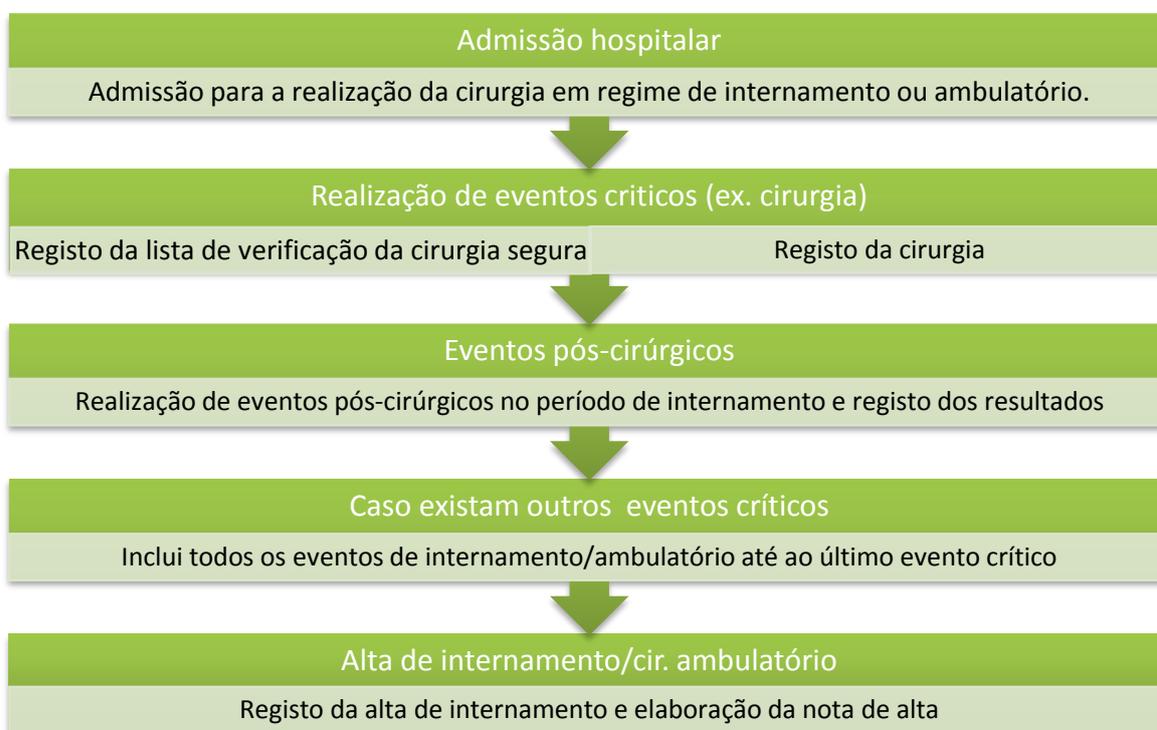


Ilustração 19 – Etapas da fase da Realização

1.2.1. Admissão ao internamento/cirurgia de ambulatorio

No acto de admissão hospitalar para a realização da cirurgia, o utente é observado pelo corpo clínico que confirma a manutenção da indicação cirúrgica e a presença das condições necessárias para a cirurgia, nomeadamente os resultados dos MCDT requisitados e o consentimento informado, para o acto cirúrgico e anestésico, devidamente assinado pelo utente.

Na admissão ao internamento/cirurgia de ambulatorio deve ser tida em conta a seguinte informação, cujo modelo e respectivo manual de preenchimento encontra-se no Volume V:



1. Identificação completa do utente (conforme RNU)

Nome completo
Filiação (obrigatório nos menores)
Número do processo
Número do Bilhete de Identidade ou Cartão de Cidadão
Data de nascimento
Sexo
Morada completa com código postal, freguesia e concelho
Contactos telefónicos



2. Identificação institucional

Nome da instituição hospitalar
Serviço/unidade funcional proponente
Médico responsável pela admissão



3. Data e hora de admissão

Data e hora de admissão
Secção equipa
Número edifício, piso, sala e cama



4. Caracterização dos problemas a abordar, definidos em termos de diagnósticos

Descrição do(s) problema(s)
Classificação dos diagnósticos de acordo com a versão da CID na versão
vigor
Codificação das patologias associadas



5. Identificação dos tratamentos propostos para cada um dos problemas independentes, identificados no nº anterior

Descrição da resolução
Classificação dos procedimentos de acordo com a versão CID na versão
em vigor

6. Se mulher indicar



Se está grávida ou não;
Nº de semanas de gravidez (quando adequado);
Nº de gestas;
Nº de paras;
Se está a tomar ou não contraceptivos;
Outros dados considerados relevantes.

7. Recém-nascido (até ao 6 meses)



Nº de semanas de gestação;
Peso a nascença;
Índice de Apgar: 1'; 5' e 10';
Outros dados considerados relevantes.

8. Dados biométricos



Peso (kg);
Altura (cm);
Pulso;
TA (mHg);
Freq. Cardíaca;
Freq. Respiratória (ciclos por minuto);
Descrever situações anómalas observadas.

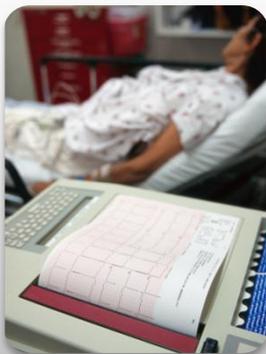
9. Dados de Admissão



Tipo de admissão (programada, não programada);
Motivo de admissão (tratamento electivo, urgente, sociais ou diagnóstico);
Proveniência (outro serviço, serviço de urgência, outro hospital/serviço, serviço de urgência de outro hospital, consulta, utente, cirurgia de ambulatório);
Indicação do serviço/UF de proveniência nos casos de transferência intra hospitalar;
Admissão para (internamento, cirurgia de ambulatório, hospital de dia, quimioterapia, radioterapia ou hotelaria (lares de acolhimento das instituições hospitalares.)



10. Identificação de alergias, deficiências e outros constrangimentos devidamente especificados.



11. Indicações especiais a ter em conta no internamento

- Medicação;
- Alimentação;
- Mobilidade;
- Oxigénio;
- Monitorização;
- Consultas;
- Exames.



12. Registo dos documentos clínicos que o utente trouxe para o internamento



13. Quando a admissão ao internamento decorre de uma transferência inter hospitalar

- Nome da instituição hospitalar
- Serviço/unidade funcional proponente
- Médico responsável pela admissão
- GDH do internamento anterior;
- Tempo de internamento anterior (dias);
- Razão para a transferência;
- Observações.



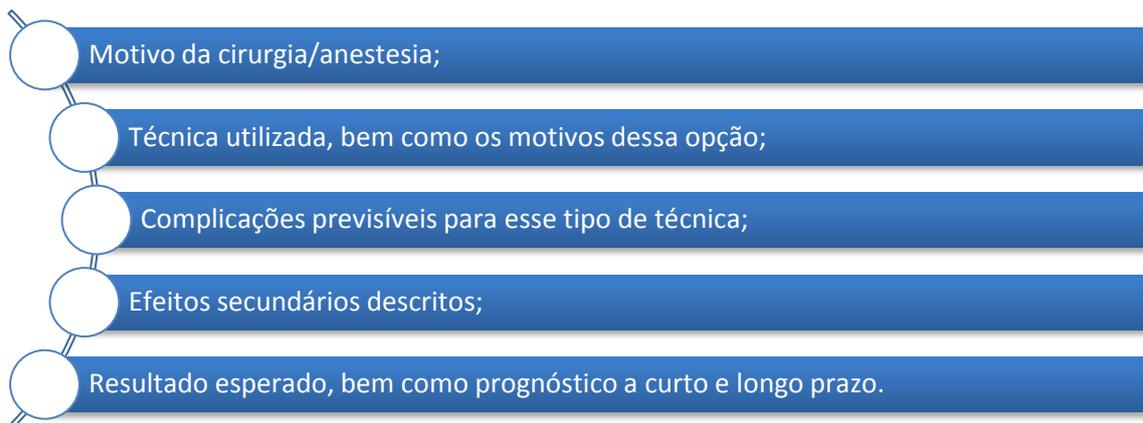
14. Validação do documento

Médico que preencheu o documento (nº ordem dos médicos, rúbrica, data);

Médico responsável (nº ordem dos médicos, rúbrica, data).

O médico deve esclarecer o utente de todos os aspectos relevantes no internamento e em particular dos procedimentos propostos, seus objectivos, consequências e riscos. O documento do consentimento informado, vide n.º8 dos Direitos dos Utentes⁸, que obrigatoriamente deve ser entregue uma cópia para o utente, deve conter:

⁸ Cf. a Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes



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 resolução dos problemas identificados.



Nas situações em que decore muito tempo desde da última observação, naquelas em que o procedimento é particularmente complicado ou que o utente apresente fragilidades acrescidas deve existir um acompanhamento em ambulatório antes do internamento.

1.2.2. 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, traduz-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, deste manual.

1.2.3. Realização da cirurgia

A data de saída da inscrição do utente na LIC coincide 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 registado no sistema informático e deve conter obrigatoriamente a seguinte informação:



1. Identificação completa do utente

- Informação que vem na vinheta do utente, nomeadamente com a identificação do utente, nº processo e do nº episódio cirúrgico no hospital



2. Data em que a cirurgia ocorre



3. Identificação da instituição hospitalar e do serviço/UF

- Instituição hospitalar
- Serviço ou unidade funcional cirúrgica responsável pela cirurgia



4. Identificação das Unidades Nosológicas

- Diagnósticos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e lateralidade
- Procedimentos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e lateralidade; localização precisa



5. Resultados esperados com os procedimentos efectuados

6. Identificação da equipa



- 1º Cirurgião, na equipa é necessário sempre estar identificado um médico com especialidade cirúrgica concluída, que seja responsável pelo evento cirúrgico. (nome clínico e nº ordem profissional). Deve ser codificado como 1º cirurgião o médico que conduz os procedimentos cirúrgicos. No caso deste ser interno deve estar presente um especialista registado como 2º cirurgião e assinalado como chefe de equipa.
- 2º Cirurgião (nome clínico e nº ordem profissional)
- Cir. Ajudante (nome clínico e nº ordem profissional)
- Anestesista (nome clínico e nº ordem profissional)
- Enf. Instrumentista (nome clínico e nº ordem profissional)
- Enf. Circulante (nome clínico e nº ordem profissional)
- Enf. Anestesia (nome clínico e nº ordem profissional)
- Outros (função, nome e nº mecanográfico)

No caso de existirem múltiplos procedimentos independentes e um deles for executado por um médico especialista ou interno que não o 1º cirurgião deve registar-se como 2º cirurgião.

Caso o colaborador não conduza nenhum procedimento deve registar-se como ajudante.

Nas notas deve ficar registado qual ou quais os procedimentos da responsabilidade do 2º cirurgião.

A responsabilidade global é sempre do chefe de equipa esteja ele classificado como 1º ou 2º cirurgião. Na ausência de referência em contrário o 1º cirurgião é considerado o chefe de equipa a exceção de ser interno, neste caso e se o 2º cirurgião for especialista este é considerado o chefe de equipa.

7. Detalhe da cirurgia realizada



- Descrição da cirurgia/localização de incisões
- Características da cirurgia:
 - Regime de cirurgia (ambulatório ou internamento)
 - tipo de produção (MRC, MRA ou sub-contratação)
 - Tipo de actividade (cirurgia programada, cirurgia urgente, pequena cirurgia ou MCDT)
 - tipo de anestesia (Geral, Regional central, Regional periférica, Local, Sedação ou sem Anestesia). Podem ser assinaladas multiplas opções, excepto a opção sem anestesia.
 - tipo de procedimento P, S1, S2 ou S3(Limpo, Limpo contaminado, Contaminado ou Sujo)
 - Administração de sangue ou derivados (assinalar se ocorrer)
 - Profilaxia tromboembolismo
 - Antibioterapia profilática
- Destino após Bloco (Domicílio, Unid. Nível I (Enfermaria), Unid. Nível II (Intermédios), Unid. Nível III (Intensivos), Outras ou Falecido)
- Na descrição pode indicar o nome da técnica e descrever todas as variantes introduzidas, achados operatórios, suturas efectuadas, material utilizado (fios, ...)



8. Recobro no BO

- Internamento/Ambulatório
- Data/hora de saída



9. Recém-nascido

- Peso à nascença (em gramas)
- Nº Semanas de gestação
- Índice de Apgar ao 1º, 5º e 10º minutos



10. Tempos e local de actividade

- Hora entrada na sala de BO
- Hora início da anestesia
- Hora início de intervenção
- Hora fim de intervenção
- Hora fim da anestesia
- Data e Hora saída da sala de BO
- Bloco (designação)
- Sala (designação)
- Aspectos relevantes sobre a anestesia



11. Aspectos revelantes da anestesia

Devem ser descritos todos os aspectos relevantes incluindo todos os fármacos administrados durante o período que o utente esteve no BO.



12. Observações

Entre outras, descrever espécimens enviados para análise.



13. Dispositivos médicos implantados

- Nº total de dispositivos implantados
- Relativo a cada um indicar
 - Designação comercial
 - Tipo de material
 - Marca
 - Modelo
 - Fabricante
 - Lote
 - Fornecedor
 - Nº Série
 - Preço
 - Valor do IVA
 - Data de validade

9



14. Complicações cirúrgicas ou anestésicas

- Complicações hemorrágicas;
- Choque;
- Complicações neurológicas;
- Complicações respiratórias;
- Complicações cardíacas;
- Complicações digestivas e outras abdominais;
- Complicações genito-urinárias/renais;
- Complicações vasculares;
- Medicamentos/sangue;
- Outras (discriminar)

⁹ cf. o n.º 3, do Despacho nº 16397/2010 de 28 de Outubro e Decreto-Lei n.º 145/2009 de 17 de Junho



15. Administração de (nº de unidades):

Sangue ou concentrado de eritrócitos
Plasma
Plaquetas



16. Observações

Entre outros aspectos deve ser anexada a informação sobre cuidados a ter no pós-operatório imediato



17. Cirurgia Segura



18. Validação do documento

- Médico que preencheu o documento (Nº ordem dos médicos, rúbrica, data);
- Chefe de equipa (Nº ordem dos médicos, rúbrica, data).
- No caso do médico que preenche ser o chefe de equipa deve constar só um campo.



Nos casos de excisão tecidual os produtos devem ser enviados sempre para exame anatomopatológico para que seja determinada a sua morfologia.

Exclui-se desta obrigação situações de desbridamento ou excisão de pequenos fragmentos em que não há uma intensão de estabelecimento diagnóstico, nem suspeitas de malignidade.

O registo da intervenção e respectivo relatório devem ser efectuados logo após a cirurgia. Em casos de absoluta necessidade pode ser registado e transitado para o SIGLIC até 10 dias úteis mais tarde, sendo que ultrapassado o prazo o hospital incorre uma não conformidade por registo não atempado. No entanto, salienta-se que o registo da intervenção cirúrgica só é possível estando a proposta e o agendamento registados no sistema de informação.



No caso de hospitais convencionados e nas situações em que possam facturar o dispositivo à parte, devem inscrever o preço e o valor do IVA, nos casos

apropriados.

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.

1.2.4. Alta de internamento/cirurgia de ambulatório

No caso de um hospital convencionado, se existir um internamento na Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), o utente pode ser transferido, após os três primeiros dias, para um hospital público sem quaisquer encargos adicionais para esta entidade.

A alta do internamento/cirurgia de ambulatório é estabelecida por um cirurgião do serviço/UF, quando entender que o utente está em condições de ser enviado para o domicílio ou para outra unidade prestadora de cuidados clínicos. Neste caso, inclui-se no conceito de alta de internamento/cirurgia de ambulatório, a transferência do utente para qualquer outra instituição de saúde ou para outro serviço no mesmo hospital, desde que deixe de ficar a cargo do serviço/UF responsável pela cirurgia e ainda no caso de óbito. No caso de mudança de enfermaria por indisponibilidade de camas, o utente não tem alta do serviço responsável pela sua intervenção, a não ser que a responsabilidade integral passe para o novo serviço.



Neste conceito de alta de internamento do serviço/UF não é totalmente coincidente com o conceito de alta do internamento/cirurgia de ambulatório que implica a saída do utente do Hospital.

Existe um conjunto de elementos necessários para recolha à data da alta, que incluem todos os existentes nos registos da cirurgia acrescidos da informação sobre o decurso do internamento.

Ao ser registada a alta de internamento/cirurgia de ambulatório no SI hospitalar, deve ser emitida a nota de alta que é entregue ao utente. A nota de alta destina-se ao utente e deve responder a questões mais imediatas, como que medicação tomar, quando voltar ao hospital, como correu a cirurgia.

Este documento deve ser assinado pelo médico anexada cópia ao processo clínico e deve conter a seguinte informação em linguagem corrente:



1. Identificação da instituição hospitalar, serviço/UF e utente

- Identificação do episódio (utente/plano de cuidados)
- Identificação da instituição hospitalar, serviço/UF
- Identificação do médico responsável pela alta



2. Identificação das cirurgias realizadas

- Datas das cirurgias
- Diagnósticos pós-operatório
- Procedimentos efectuados
- Cirurgiões responsáveis



3. Informação sobre o período de internamento

- Data/hora da admissão e alta do Internamento
- Complicações/Intercorrências em período de internamento
- Terapêutica durante o internamento



4. Informação pós-alta

- Destino após a alta
- Terapêutica, outros eventos clínicos e outras indicações para o pós alta

1.2.5. Intercorrências e complicações

O hospital é responsável por registar no SI e resolver todas as complicações¹⁰ e intercorrências¹¹ que possam ocorrer ao utente durante a cirurgia e período de internamento. O registo deve ser efectuado no documento da cirurgia, caso seja uma ocorrência intra operatória ou nos registos da alta hospitalar. Se a complicação obrigar a nova intervenção cirúrgica, esta

¹⁰ 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.

¹¹ 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.

deve ser registada no SIH como um evento associado ao episódio funcional. Todas as intercorrências verificadas durante o internamento devem ser registadas no SIH associado ao evento da alta. A instituição hospitalar é responsável 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 ultrapasse o período de internamento/cirurgia de ambulatório e mesmo o do episódio¹². 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.

O não registo de uma intercorrência significativa ou complicação que tenha ocorrido consiste numa não conformidade grave.

Os registos supracitados devem ser sempre enquadrados em eventos clínicos – consultas, MCDT e internamentos

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.

1.3. 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.



¹² De acordo com o programa em causa, os episódios têm tempos máximos definidos para o acompanhamento obrigatório, no caso geral 2 meses após alta do internamento e no Programa de obesidade 3 anos.

Ilustração 20 – Fase da Catamnese

A fase de catamnese pode variar em tempo de caso para caso tendo os prazos máximos de 2 meses no programa geral. No caso da cirurgia de tratamento da obesidade mórbida, no âmbito do programa especial do PTCO, esta fase tem a duração de 3 anos.

Seja no HO seja no HD o serviço/UF responsável pela cirurgia deve sempre efectuar uma consulta médica ao utente, após alta, de avaliação dos tratamentos prestados e confirmação da recuperação cabal do utente. Se nesta consulta se verificarem situações ainda não cabalmente resolvidas para além de induzir a resolução destas situações terá de marcar uma nova consulta de avaliação repetindo este ciclo até cabal resolução.

Após tratamento cirúrgico num HD, o HO deve, após alta e período normal de recuperação, atendendo à patologia e procedimento, convocar o utente para avaliar o utente e serviços prestados e ainda 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.

Em função dessa 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 participar os casos através da comunicação em rede.

Em síntese a fase da catamnese ocorre no HO, quer o utente tenha sido intervencionado no HO, quer tenha sido no HD, por via de transferência da cirurgia, onde a fase de catamnese no HD foi encerrada com uma consulta de síntese.

Nos casos de transferência da responsabilidade, como é a situação das transferências do PTCO, a fase de catamnese apenas ocorre no novo hospital que assume a responsabilidade integral do episódio.

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, incluindo resultados da anatomia patológica, codificação (folha de codificação), etc., e deve conter a seguinte informação:



1. Identificação completa do utente

- Informação que vem na vinheta do utente, nomeadamente com a identificação do nº processo e do nº episódio cirúrgico no hospital



2. Identificação da instituição hospitalar e do serviço/UF

- Instituição hospitalar
- Serviço ou unidade funcional cirúrgica responsável pelo episódio



3. Datas e dados gerais do internamento

- Data de internamento
- Data da alta de internamento
- Data de alta clínica
- Proveniência (consulta (nome), urgência, serviço/UF de outro hospital (transferência) ou do mesmo hospital)
- Edifício e piso
- Sala de internamento
- Cama de internamento
- Admissão programada/não programada



4. Plano de cuidados/episódios associados a este internamento (inscrever nº episódio e nº de LIC)

- Nº dias ventilado
- Nº dias em cuidados intermédios
- Nº dias em UCI
- Administração de sangue ou derivados
- Antibioterapia terapêutica



5. Identificação das Unidades Nosológicas

- Diagnósticos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e lateralidade;
- Procedimentos cirúrgicos: descrição, código CID na versão em vigor e lateralidade



6. Complicações/intercorrências no internamento

- Complicações durante o internamento, assinalando as não resolvidas
- Intercorrências durante o internamento, assinalando as não resolvidas
- Observações sobre complicações e intercorrências
- Devem ser descritas as acções tomadas relativas à abordagem das complicações/intercorrências



7. Situações particulares no internamento

- Nº dias ventilado
- Nº dias em cuidados intermédios
- Nº dias em UCI
- Administração de sangue ou derivados (descrever quais as quantidades)
- Antibioterapia terapêutica
- Nº dias no recobro cirurgico do internamento
- Nº dias em U.C. intermédias.



8. Recém nascidos

- Peso à nascença
- Semanas de gestação
- Índice de Apgar



9. Outros campos

- Destino após alta: hospital de dia, consulta externa do hospital, consulta externa de outro hospital, centro de saúde/médico de família.
- Saída contra parecer médico.
- Transferência entre hospitais: hospital de destino e motivo da transferência (realização de exames, seguimento, falta de recursos, tratamento de condição associada ou cuidados paliativos)
- Observações gerais
- Equipa associada ao internamento
- Médico responsável pela informação da alta
- Médico responsável pelo internamento
- Data do registo

1.3.1.1. 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), estes se mantiverem indicados deve ser criada nova proposta com os respectivos procedimentos em falta, com data de inclusão igual à data da primeira proposta.

1.3.1.2. 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.

1.3.2. Fase da Conclusão

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 no registo da conclusão e sua validação.

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.

Para a conclusão do episódio, o processo clínico do utente deve conter todos os documentos relativos à avaliação e tratamento da sua situação clínica, incluindo os registos referentes a todos os eventos decorridos sob a responsabilidade do hospital nos quais se incluem a folha de codificação de todos os internamentos e o documento de conclusão do episódio. É elaborado um relatório de conclusão que ajuda no processo de finalização do episódio e que tem 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



Nos casos em que existe um único evento crítico, o da cirurgia, o que corresponde às situações mais frequentes, o acto de conclusão do episódio deve ser concertado com o de conclusão do internamento/cirurgia de ambulatório.

A conclusão do episódio obriga à definição de um conjunto de códigos de CID na versão em vigor que têm de ser concertados com a codificação dos vários episódios de internamento. Esta codificação final é necessariamente da responsabilidade de um médico codificador que fica identificado no processo.

O conselho de administração deve manter processos de controlo que garantam a boa qualidade da codificação com particular atenção para a fase de conclusão.

O registo da conclusão do episódio no sistema informático deve ser efectuado tendo em conta os referidos documentos e de acordo com o impresso no Volume V – Anexos e apêndices, deste manual.



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.

Nos hospitais públicos a conclusão do internamento/cirurgia de ambulatório é um evento obrigatório e necessário quer para o financiamento do hospital quer para o acompanhamento dos objectivos contratados. Para este efeito, o processo clínico do utente deve conter todos os documentos relativos à avaliação e tratamento da sua situação clínica acrescidos da nota de alta e informação sobre todos os eventos decorridos sob a responsabilidade do hospital e da folha de codificação do episódio. Este processo é obrigatoriamente da responsabilidade de um médico codificador.

O hospital convencionado para poder iniciar o processo de facturação tem de concluir o episódio no SIGLIC. O sistema gerará tantos GDH quantas as unidades nosológicas introduzidas que classifiquem o episódio.

2. 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.

2.1. Registos de eventos clínicos

Todos os eventos clínicos nomeadamente as consultas têm de ficar adequadamente registados no sistema de informação. Em todos os eventos clínicos é necessário identificar inequivocamente o utente, os episódios abrangidos, a entidade que o requisita (instituição, serviço/UF, médico) a data em que foi requisitado, a data em que é realizado, a entidade (instituição, serviço/UF, médico) que o realiza.

Relativamente as consultas é obrigatório identificar se se trata de uma 1ª consulta, isto é se se trata de um novo problema referenciado para a consulta de um serviço/UF que se pretende ver abordado ou uma consulta subsequente. Neste caso é necessário identificar a consulta antecedente.

É necessário referir se o evento é em ambulatório ou em internamento, presencial, via de teleconferência, no domicílio, programado, não programado, nos serviços de urgência numa primeira consulta imposta.

Na história actual deve ser descrito os problemas que trazem o utente ao evento.

Nos antecedentes pessoais identificar situações relevantes, assim como referir doenças actuais ou pregressas, o exame objectivo deve ser efectuado em função dos objectivos da consulta e inscritos parâmetros biológicos/análíticos relevantes no caso são ainda identificadas e codificadas as UN a abordar.

Nas consultas subsequentes insere-se a informação acrescida que se obtêm no evento.

2.2. 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 da proposta 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.

2.3. Reinscrição

A reinscrição ocorre posteriormente a uma conclusão por cancelamento de uma proposta, por incumprimento do regulamento, ou 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 da manutenção 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 no utente).