

## ***Proposta de reengenharia do processo de referenciação de doentes do Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E.***

Carlos Carvalho<sup>1</sup>, Edward de Andrade<sup>1</sup>, Agostinho Barbas<sup>1</sup>, Ana Saraiva<sup>1</sup>, Henrique O'Neill<sup>2</sup>

1) INA – Direção-Geral da Qualificação dos Trabalhadores em Funções Públicas  
Curso de Estudos Avançados em Gestão Pública; Portugal  
[carlosdecarvalho@sapo.pt](mailto:carlosdecarvalho@sapo.pt)

2) ISCTE - Instituto Universitário de Lisboa; Portugal  
[henrique.oneill@iscte.pt](mailto:henrique.oneill@iscte.pt)

### **Resumo**

Este artigo apresenta uma proposta de reengenharia do processo de referenciação de doentes implementado no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil (IPOLFG), em que o recurso a tecnologias de informação e comunicação (TIC) poderá propiciar um serviço mais célere e de maior qualidade aos pacientes desta instituição. Apresenta-se também um plano com identificação dos procedimentos necessários para a sua implementação.

**Palavras-chave:** Instituto Português de Oncologia, Reengenharia de Processo, UML, Consulta a Tempo e Horas

## **1. Introdução**

O presente artigo parte de uma solicitação, efetuada no âmbito do CEAGP (Curso de Estudos Avançados em Gestão Pública do INA – Direção-Geral da Requalificação dos Trabalhadores em Funções Públicas), para analisar um processo relevante implementado numa entidade de natureza pública, propondo soluções de melhoria para o seu desempenho através da reengenharia desse processo e da adoção de sistemas e tecnologias de informação e comunicação. A nossa escolha recaiu sobre o processo de referenciação de doentes que se encontra implementado no Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil, E.P.E. (IPOLFG), estabelecimento do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com natureza de entidade pública empresarial e pertencente à Administração Indireta do Estado.

A escolha deste processo justifica-se pelas seguintes razões. Em primeiro lugar, o processo de referenciação é de capital importância para um hospital integrado na rede de referenciação hospitalar de oncologia como plataforma de tipo A (Direção-Geral da Saúde, 2002). Em segundo lugar, a referenciação clínica foi particularmente visada pelo Programa de Simplificação Administrativa e Legislativa (SIMPLEX), do qual resultou o regulamento do sistema integrado de referenciação e de gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do Serviço Nacional de Saúde (SNS), designado por Consulta a Tempo e Horas (CTH), aprovado pela Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho. Finalmente, a procura constante em melhorar o serviço prestado aos seus utentes, bem como a necessidade de redução de custos através do aumento da eficiência operacional, justifica também a importância deste processo para o IPOLFG.

Tendo em consideração o anteriormente exposto, a aproximação metodológica adotada no presente trabalho foi sistematizada em quatro etapas, a saber: (i) enquadramento do tema, (ii) descrição do processo *as is*, (iii) identificação de ineficiências; e (iv) proposta de processo *to be* e respetivo plano de implementação.

## **2. Enquadramento do tema**

Segundo a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, a referenciação clínica consiste no ato médico de transmissão de um conjunto de informações clínicas de um utente, designadamente a história clínica, realizada pelo médico assistente e dirigida ao médico hospitalar de determinada especialidade, através do qual se solicita a realização de uma primeira consulta, clinicamente justificada e suportada, sempre que necessário, em resultados de exames complementares de diagnóstico e de acordo com as regras de referenciação definidas.

No âmbito da reforma dos cuidados de saúde primários, emerge a necessidade de aperfeiçoar a articulação e interligação entre os centros de saúde e os hospitais do SNS, em especial no que respeita à capacidade de resposta atempada às solicitações de consultas de especialidade hospitalar, identificando-se a necessidade de adoção de medidas de gestão, nomeadamente, em matéria de regulação, normalização e controlo que permitam uma monitorização eficaz da capacidade de resposta das instituições hospitalares do SNS.

A má comunicação entre médicos assistentes e médicos da especialidade pode levar a uma utilização ineficiente dos recursos. Esta má comunicação poderá ser ultrapassada através da implementação da referenciação por via eletrónica, facilitando a comunicação entre médicos e consequentemente melhorando o processo de referenciação (Kim-Hwang *et al*, 2010), contribuindo também para uma redução dos gastos diretos em saúde (Cannaby *et al*, 2004).

Podendo as TIC dar um contributo importante para a disponibilidade e rapidez de transmissão da informação clínica, promovendo assim uma melhor coordenação na prestação de cuidados de saúde (Graetz *et al*, 2008), a sua utilização deverá ser precedida pela definição de uma política clara de referenciação, identificando o papel e as responsabilidades de cada interveniente bem como os recursos humanos necessários ao correto funcionamento de todo o processo (Hysong *et al*, 2011).

No contexto das doenças oncológicas a nível nacional, salientam-se várias iniciativas no sentido de melhorar a sua referenciação. O Plano Oncológico Nacional 2001-2005, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001, estabelece como um dos seus objetivos estratégicos “definir o conceito de rede de referenciação hospitalar e enunciar as condições a que devem obedecer as unidades terapêuticas para que possam participar na rede e assumir a responsabilidade de diagnosticar e tratar doentes oncológicos”.

Na sequência desta resolução foi implementada a Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia, pretendendo “regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições hospitalares, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde na área da oncologia, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional” (Direcção-Geral da Saúde, 2002). São objetivos desta rede: melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos doentes oncológicos; criar condições que facilitem a todas as instituições integradas na rede o desempenho da sua missão; promover, numa perspetiva de continuidade de cuidados, a integração da rede hospitalar com todas as estruturas de saúde locais; desenvolver a investigação clínica em oncologia; promover a formação de pessoal de saúde para a implementação da rede de cuidados em oncologia; e reforçar a utilização de tecnologias de informação e comunicação e facilitar o transporte de exames, amostras e doentes.

Reconhecendo-se a existência de insuficiências ao nível do sistema de gestão do acesso à primeira consulta hospitalar, a Portaria nº 615/2008, de 11 de julho, aprovou a iniciativa designada por consulta a tempo e horas (CTH), materializando-se na criação de um sistema integrado de referenciação e gestão do acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, adotando princípios de transparência e de uniformidade de critérios, permitindo medir os tempos de acesso, harmonizar os formatos de gestão da informação e proceder à monitorização, ao longo do tempo, da dinâmica procura-resposta dos cuidados em causa.

A gestão adequada da consulta hospitalar exige informação fidedigna sobre o número de utentes inscritos, baseando-se o CTH na existência de uma base de dados única, integrada e atualizada. O CTH visa melhorar o serviço prestado ao cidadão pela maior celeridade no acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar, atendendo a critérios de prioridade clínica, contribuindo para a maior eficiência do sistema de saúde, através da melhoria da qualidade da referenciação.

Na sequência da experiência adquirida, a Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, veio introduzir alterações ao funcionamento do CTH, visando clarificar o acesso à consulta externa hospitalar e alargar ao CTH a referenciação de pedidos de primeira consulta de especialidade com origem nos hospitais do SNS e com origem em entidades com acordo de cooperação com o SNS. A portaria estabelece ainda o carácter excecional da referenciação proveniente de entidades privadas, passando estes pedidos de consulta a ser geridos pelo CTH, obrigando a alterar a forma de tramitação dos pedidos de referenciação exteriores ao SNS até aí implementada.

### **3. Descrição do processo *as is***

No contexto do presente artigo, e do ponto de vista do IPOLFG, considera-se que o processo de referenciação se inicia com a receção do pedido de realização de primeira consulta e termina com a realização dessa mesma consulta, ou, em alternativa, com a recusa fundamentada de a realizar.

A referenciação de doentes ao IPOLFG provém, sobretudo, dos estabelecimentos de saúde situados nas regiões de Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve e nas regiões autónomas da Madeira e Açores, correspondendo a uma população de cerca de 4,8 milhões de habitantes. Tal delimitação não impede que o IPOLFG possa estender a sua intervenção a outras áreas geográficas, nem limita o princípio da universalidade do SNS. O IPOLFG presta também assistência a doentes provenientes dos PALOP e articula-se com os Institutos de Oncologia de Coimbra e do Porto, através da Comissão Coordenadora, nos termos da legislação em vigor.

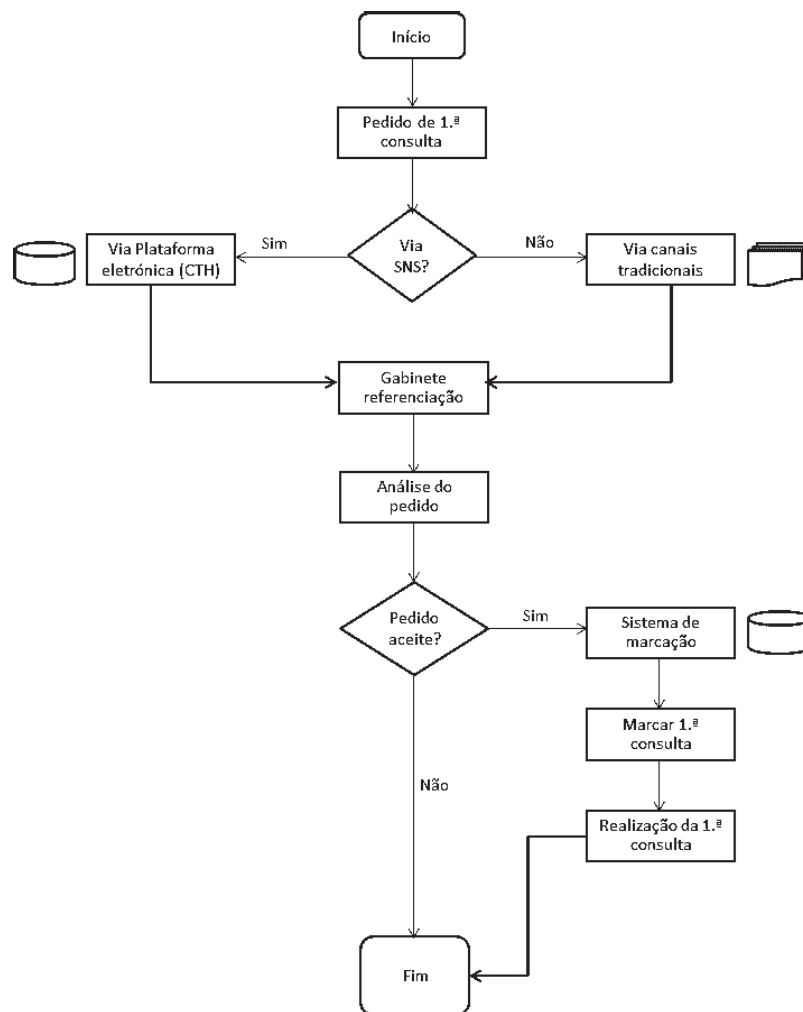


Figura 1 - Fluxograma do processo de referenciação *as is*

Apresenta-se na figura 1 o fluxograma do processo de referenciação *as is*. O Gabinete de Referenciação do IPOLFG efetua a articulação entre o Instituto e as entidades referenciadoras externas e monitoriza o programa CTH nos termos da Portaria n.º 615/2008, de 11 de julho, em conjugação com Portaria n.º 1529/2008, de 26 de dezembro.

A referenciação para a primeira consulta faz-se através das seguintes modalidades:

- Via CTH - pedidos de marcação de consulta de especialidade realizados através do sistema ALERT P1, oriundos do SNS.
- Via canais tradicionais - pedido remetido para o Gabinete de Referenciação em suporte de papel, fax, *e-mail* ou telefone, oriunda de entidades privadas.

Segundo o Relatório e Contas de 2011, nesse ano foram referenciados 5021 doentes através do sistema ALERT P1 e 1770 doentes através dos canais tradicionais.

O acesso à consulta de especialidade hospitalar é condicionado a uma correta identificação do utente e à apresentação de justificação clínica, com história clínica e eventual anexação dos resultados de exames complementares de diagnóstico, em formato digital (ou outro), que sejam considerados úteis à definição da prioridade clínica, de acordo com as regras de referenciação.

Caso o tratamento oncológico venha a ser efetuado no IPOLFG, o doente é encaminhado para a consulta de especialidade, seguindo-se a realização dos exames complementares de diagnóstico. A etapa seguinte é a marcação de consulta com a Equipa Médica Multidisciplinar que irá definir a terapêutica ou o tratamento. O passo seguinte é a realização dessa consulta, concluindo desta forma este processo.

A utilização da linguagem de modelação unificada (UML) abre perspectivas para responder ao desafio de desenvolvimento de novos sistemas de informação, cada vez mais complexos, robustos, fiáveis e ajustados às necessidades dos utilizadores (Nunes e O'Neill, 2004). Antecipando a utilização de ferramentas TIC na reengenharia do processo, para a modelação optou-se pelo uso de diversas técnicas baseadas no UML, ainda que de uma forma ágil, com o objetivo de simplificar a transição entre a modelação de negócio e a modelação do sistema de informação (Heumann, 2001).

Na figura 2 apresenta-se um diagrama de *use cases* associados ao processo atual (*as is*).

O Requisitante funciona como uma generalização dos atores que solicitam ao IPOLFG a marcação de consultas da especialidade, dando início ao processo de referenciação. Para além disso, o Requisitante fornece também toda a informação adicional que lhe seja solicitada.

O Triador é o ator que recebe o pedido de marcação de consulta, sendo sua função analisá-lo e decidir sobre a sua aceitação. Pode, na fase de análise, solicitar ao requisitante o fornecimento de informação adicional. Caso aceite o pedido de realização de consulta, é sua função atribuir-lhe um nível de prioridade. É também sua função comunicar ao Requisitante a realização da consulta (ato finalizador do processo de referenciação).

Uma vez aceite e priorizado o pedido, este é encaminhado para o Sistema de Marcação de Consultas, ator a quem cabe marcar a consulta e convocar o utente, recorrendo para tal à ferramenta TIC implementada no IPOLFG (Hosix). Caberá posteriormente aos atores Médico da Especialidade e Utente comparecer no consultório para que a consulta possa ser realizada.

O encadeamento das diversas atividades do processo encontra-se descrito no diagrama da figura 3.

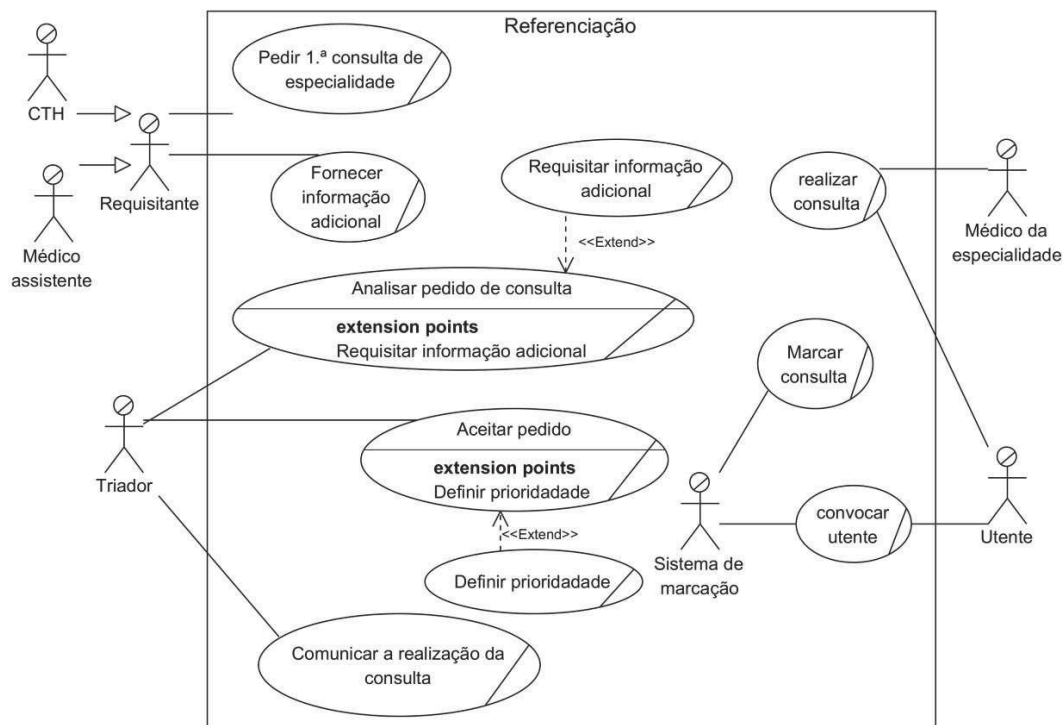


Figura 2 - Descrição dos *use cases* relativos ao processo de referenciação (*as is*)

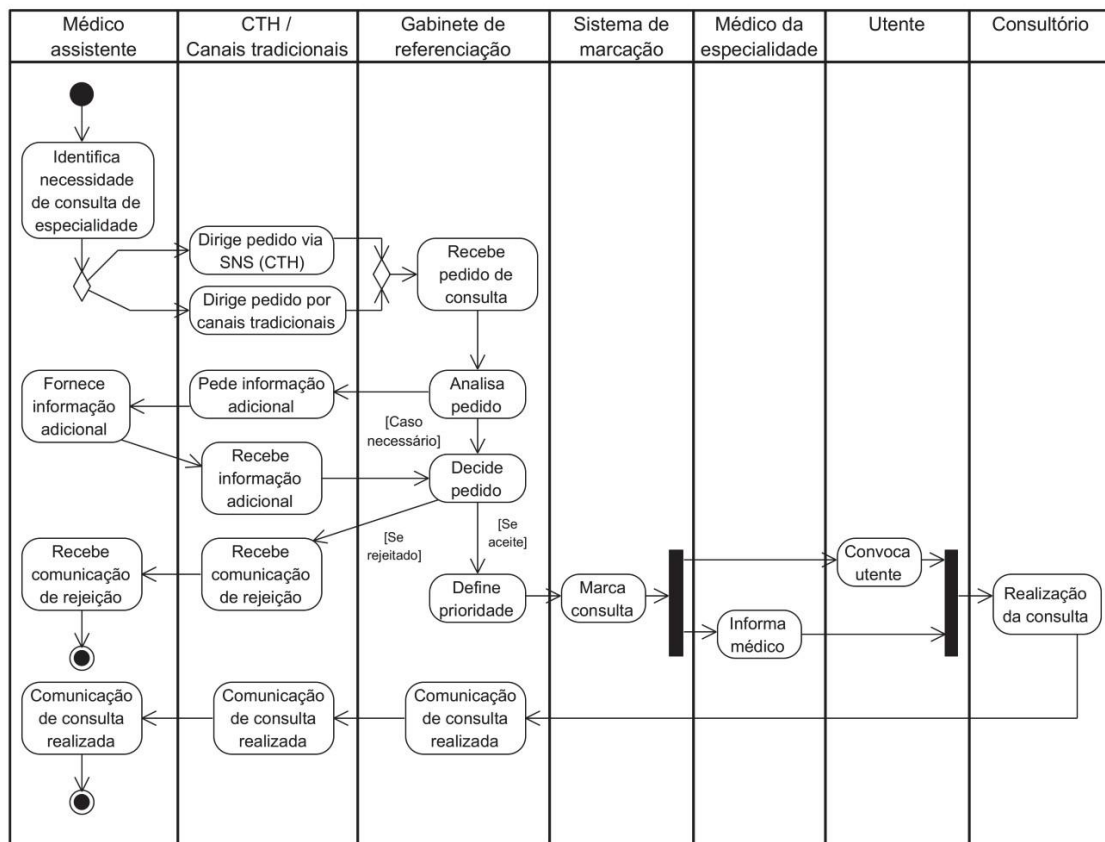


Figura 3 - Diagrama de atividades do processo de referenciação (*as is*)



#### **4. Identificação de ineficiências**

Em resultado da análise efetuada a possíveis causas de ineficiência do processo de referenciação do IPOLFG foi possível identificar quatro tipos de limitações ao desempenho organizacional e que carecem de ações de melhoria.

Em primeiro lugar, constatou-se que os pedidos de referenciação não seguem a mesma tramitação. Enquanto os pedidos de referenciação via SNS são tratados de forma automática, através da utilização de uma plataforma eletrónica (CTH), o mesmo não sucede com os pedidos de referenciação efetuados por via externa ao SNS. Nestes casos, as entidades requisitantes utilizam meios tradicionais de expedição (correio eletrónico, fax, carta, etc.). Isto traduz-se numa duplicação de esforços no tratamento dos pedidos de referenciação, tornando o processo mais moroso.

Em segundo lugar, os pedidos de referenciação via SNS submetidos na plataforma nem sempre são instruídos de toda a informação de suporte em anexo. De facto, é relativamente frequente os pedidos recebidos no IPOLFG não conterem os resultados dos exames e de meios complementares de diagnóstico que foram efetuados pela entidade requisitante.

Em terceiro lugar, constata-se que a obrigatoriedade de informar o utente por escrito quanto ao local, data e hora da sua consulta é cumprida na generalidade dos casos através do recurso ao correio tradicional. Para além dos encargos decorrentes da expedição de correspondência, esta solução potencia a ocorrência de faltas à primeira consulta, nomeadamente por o doente poder vir a receber a informação muito em cima da data da sua realização (ou até mesmo em data posterior). Note-se que os tempos máximos de resposta legalmente estabelecidos para a realização de primeiras consultas hospitalares são mais reduzidos nos casos de doença oncológica. Por exemplo, caso a realização da primeira consulta seja considerada como muito prioritária, a obrigatoriedade de informar o doente quanto à data da sua realização com a antecedência mínima de cinco dias úteis é quase impossível de conciliar com o prazo máximo de sete dias seguidos para que esta seja efetivamente realizada.

Por fim, importa salientar que o processo de referenciação é limitado, havendo uma falta de articulação entre o processo de referenciação e os processos operacionais, em concreto, os processos clínicos e de apoio. Ao desligar o processo de referenciação dos restantes processos, não se aproveitam as sinergias decorrentes da sua integração, que as TIC podem propiciar.

Face ao exposto, é imperioso avaliar o impacto que estas situações suscitam no IPOLFG, bem como as soluções a definir para o efeito. Este exercício de reflexão deverá, naturalmente, contar com eventuais barreiras que poderão condicionar a viabilidade da solução, assim como os termos da sua implementação. Neste sentido, na figura 4 encontra-se uma descrição das principais situações problemáticas inerentes ao processo de referenciação e que atualmente limitam o desempenho organizacional, bem como o correspondente leque de ações de melhoria.



## 5. Proposta de reengenharia do processo de referenciação (*to be*)

Apesar de estar fortemente ancorado em disposições legais que condicionam fortemente a sua reformulação, o processo de referenciação poderá, ainda assim, ser alvo de algumas melhorias.

O trabalho de identificação e caracterização dessas melhorias foi presidido por algumas linhas orientadoras:

- ☐ Identificação com a missão, visão e valores do IPOLFG, bem como com os objetivos estratégicos definidos para o setor;
- ☐ Criação de valor através da integração de cuidados de saúde na ótica do doente (Porter e Teisberg, 2006);
- ☐ Promoção da desmaterialização de documentos e da referenciação eletrónica;
- ☐ Utilização de ferramentas TIC quando estas possam ser relevantes para a melhoria dos cuidados de saúde prestados (Campos *et al*, 2010).

Uma das alterações propostas consiste na eliminação dos pedidos de consulta analógicos e avulsos, submetidos através de canais tradicionais (correio, telefone, fax). Estes passariam a ser feitos exclusivamente por via eletrónica, seja diretamente em área reservada do portal do IPOLFG ou indiretamente por solução tecnológica a ser disponibilizada e parametrizada pelo IPOLFG (*applet* para introdução de dados *offline*).

A Portaria n.º 95/2013, de 4 de março, veio introduzir algumas alterações, obrigando, a partir de julho de 2013, a que os pedidos de primeira consulta de especialidade provenientes de prestadores privados cheguem em papel ao hospital de destino, sendo inseridos pelo administrativo na aplicação informática de suporte ao CTH, após o que este profissional deverá proceder ao seu reencaminhamento para o triador. Esta alteração denota uma preocupação em harmonizar procedimentos de referenciação de acordo com o CTH, embora não dispensando ainda o suporte em papel. Só com a revisão deste ponto será possível implementar a proposta de melhoria por nós apresentada.

Outra alteração passa pela dispensa de convocar o utente por correio, desde que este, previamente, a tal tenha anuído e para o efeito tenha disponibilizado formas alternativas de contacto.

PROBLEMA	IMPACTO	SOLUÇÃO	BARREIRAS	IMPLEMENTAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• A referenciação não é efetuada exclusivamente por plataforma eletrónica (e.g. referenciação por via externa ao SNS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maior morosidade na receção e análise dos pedidos de referenciação</li> <li>• Duplicação das vias de entrada de pedidos de referenciação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integração dos pedidos de referenciação por via externa ao SNS na plataforma eletrónica</li> <li>• Reforço da plataforma eletrónica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enquadramento legal</li> <li>• Inércia das entidades requisitantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diligências junto da Tutela</li> <li>• Sensibilização das entidades requisitantes para aproveitarem as TIC</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Os pedidos de referenciação via SNS submetidos na plataforma não são instruídos de toda a informação de suporte em anexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso na apreciação dos pedidos pelo IPOLFG</li> <li>• Realização de meios complementares de diagnóstico adicionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menu com a possibilidade de anexar a informação de suporte</li> <li>• Caso não haja, o sistema deve pedir a confirmação à entidade requisitante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Custos financeiros inerentes ao desenvolvimento do sistema</li> <li>• <i>Know-how</i> tecnológico</li> <li>• Adaptação dos colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o departamento de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação</li> <li>• Solicitar o apoio (técnico e financeiro) da Tutela</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ineficiência da informação por escrito quanto ao local, data e hora de realização da consulta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encargos administrativos dispensáveis</li> <li>• Dificuldade de conciliação de prazos legais</li> <li>• Potencia a ocorrência de faltas</li> <li>• Ineficiências na prestação de cuidados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementar a informação por via eletrónica (<i>e-mail</i>, SMS, telefonema)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Know-how</i> tecnológico</li> <li>• Pouca colaboração dos doentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações de sensibilização junto dos doentes</li> <li>• Ações de sensibilização junto da Tutela</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de articulação entre o processo de referenciação e os processos operacionais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incipiente maximização da integração de cuidados</li> <li>• Desarticulação com os processos operacionais clínicos e de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Envolvimento do gabinete de apoio ao utente</li> <li>• Ligação do processo de referenciação com os processos clínicos e com os processos de apoio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Know-how</i> tecnológico</li> <li>• Resistência dos colaboradores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunião com o departamento de Gestão de Sistemas e Tecnologias de Informação</li> <li>• Reunião com os responsáveis das áreas clínicas e de apoio</li> <li>• Elaboração de um manual de procedimentos</li> </ul>

Figura 4 - Mapa de ações de melhoria

Para além da redução dos custos com a expedição de correspondência, esta alteração permitiria uma maior flexibilização dos trabalhos (de capital importância, face à exiguidade dos prazos legalmente estabelecidos) e o fornecimento de informação e serviços adicionais ao utente.

Uma outra alteração, e esta com maior impacto no processo, será a reconfiguração do sistema de marcação de consultas através do gabinete de apoio ao utente. Apesar de já existir no IPOLFG um Gabinete do Utente, o cerne da sua atuação atual consiste na receção e processamento de reclamações e sugestões. Segundo a proposta ora apresentada, este gabinete passará a gerir a marcação de consultas, garantindo quer a tramitação dos procedimentos atualmente implementados quer um novo conjunto de procedimentos, consoante a preferência dos utentes.

Este novo conjunto de procedimentos vem reforçar o papel do utente que, através das TIC, passará a poder beneficiar da interação com o IPOLFG desde a aceitação do pedido de consulta. O utente passará a poder:

- ☐ Colaborar na marcação da data da consulta, evitando assim não comparências;
- ☐ Requisitar, desde logo, os serviços e apoios a que, normalmente só acederia após a primeira consulta (apoio psicológico, apoio social, etc.);
- ☐ Solicitar aconselhamento (do foro médico ou não).

Esta maior capacitação do utente poderia ser implementada através de uma solução do tipo portal do utente (Soman, 2011), sendo cada utente informado do seu nome de utilizador e da sua senha de acesso aos serviços em conjunto com a informação escrita sobre a data de realização da primeira consulta.

A atividade do Gabinete de Apoio ao Utente pode ser operacionalizada através da identificação de um Gestor do Utente para cada um dos pacientes do IPOLFG, a que estes poderão recorrer desde o momento da sua aceitação.

Estas alterações estão refletidas na descrição dos *use cases* do processo *to be* (figura 5), bem como no respetivo diagrama de atividades (figura 6). Salientam-se as seguintes alterações:

- ☐ O ator Sistema de Marcação é integrado no Gabinete de Apoio ao Utente / Gestor do Utente, que passa também a poder aconselhar o Utente e a definir com ele a data de consulta.
- ☐ O Utente, além de colaborar na marcação da data de consulta, passa a poder solicitar aconselhamento e a aceder a serviços adicionais (apoio psicológico, apoio social, etc.).
- ☐ O Médico da Especialidade, em articulação com o Gestor do Utente, passa a poder fornecer ao Utente uma série de aconselhamentos ainda antes da realização da primeira consulta, o que poderá ter um impacto positivo na terapêutica e no seu grau de satisfação.

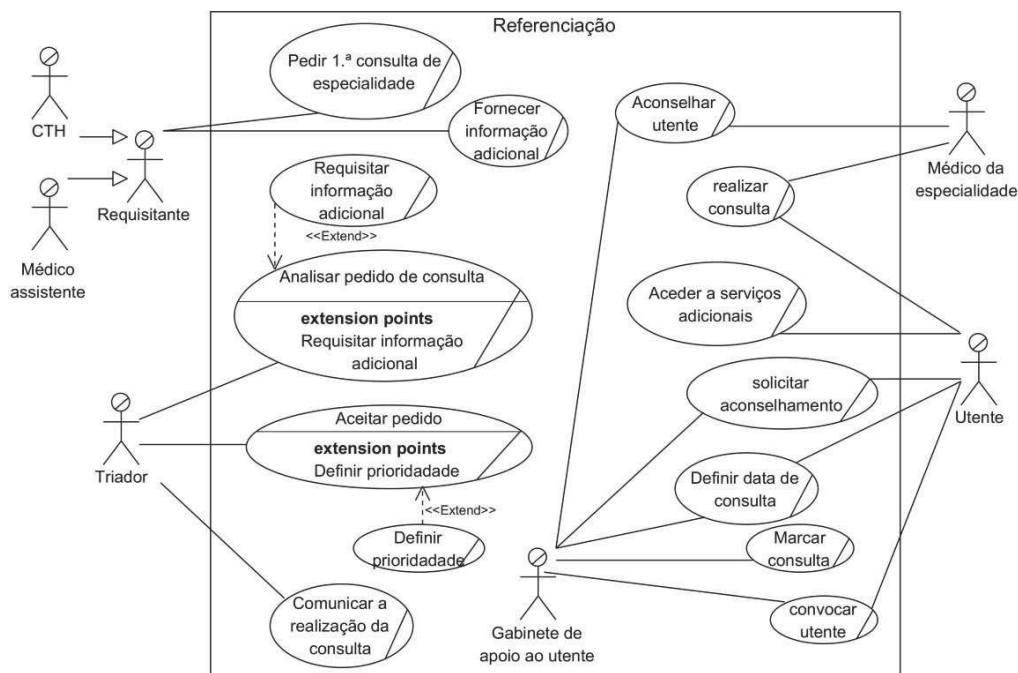


Figura 5 - Descrição dos use cases relativos ao processo de referenciação (*to be*)

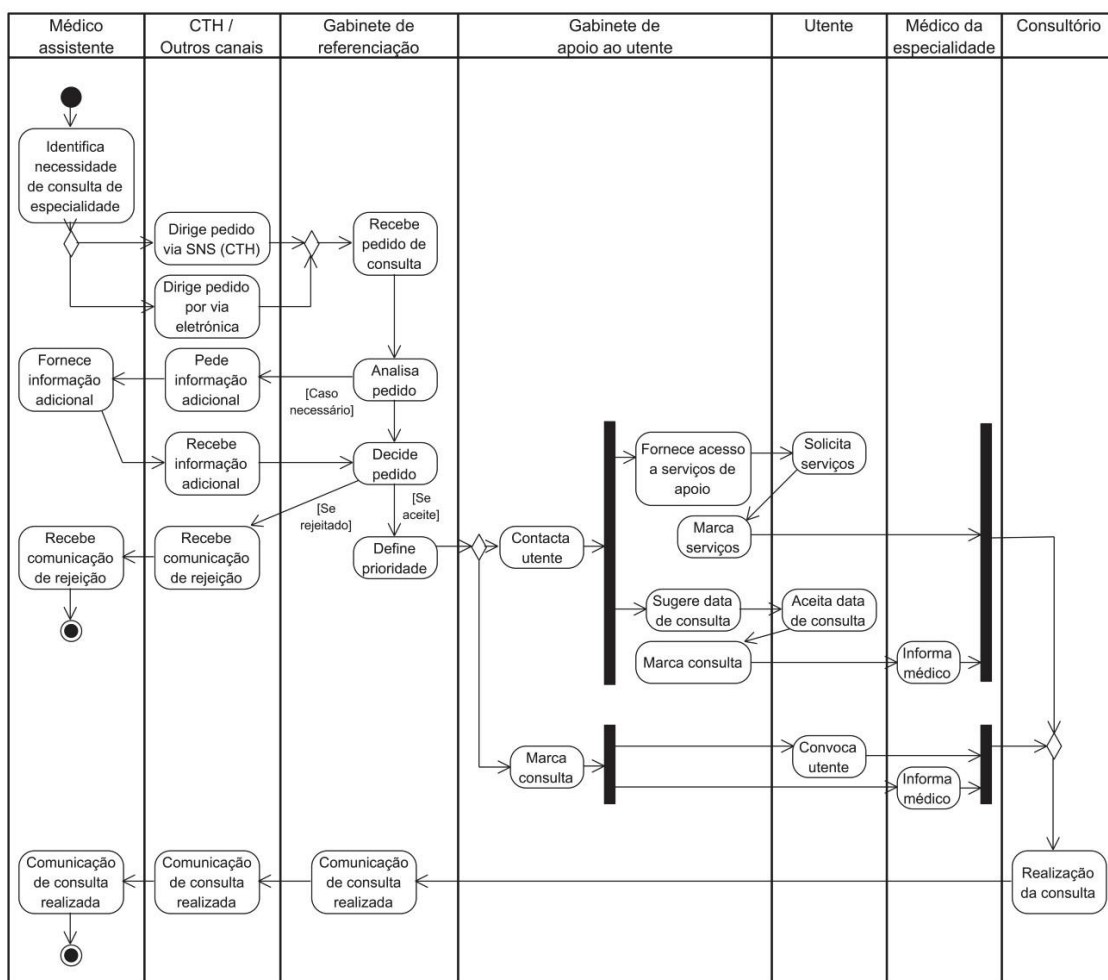


Figura 6 - Diagrama de atividades do processo de referenciação (*to be*)

## **6. Plano de implementação da proposta de reengenharia**

O projeto de implementação das mudanças anteriormente propostas envolve a realização, sequencial e/ou simultânea, de um conjunto de atividades. De acordo com o *Project Management Body of Knowledge* (PMBOK), estas podem enquadrar-se em cinco categorias (grupos de processos): início, planeamento, execução, monitorização e finalização (Lawson, 2009). Note-se que estas categorias são consistentes com a norma NP ISO 21500:2012, correspondendo grosso modo às fases do ciclo de Deming (Plan-Do-Check-Act). A figura 7 ilustra esta sistematização.

## **7. Notas finais**

Ao desenvolver a sua atividade na área da saúde, o IPOLFG está particularmente consciente da importância da gestão estratégica, da qualidade e das tecnologias de informação e comunicação como meios para fomentar a introdução de melhorias no serviço que presta aos seus utentes. Tal significa que se trata de uma instituição particularmente desperta para a necessidade de desenvolver um trabalho quotidiano de prospeção de potenciais áreas a melhorar, de forma a poder satisfazer o mais cabalmente possível a sua missão.

Neste trabalho identificou-se um exemplo de processo que é passível de melhoria, e no qual o IPOLFG poderá vir a focar a sua atenção.

Há algumas limitações a salientar. Em primeiro lugar, a exiguidade temporal para a execução deste trabalho, aliada ao facto da iniciativa para sua realização ser também exterior ao IPOLFG, fez com que os autores se tenham apoiado sobretudo em informação publicamente disponível, o que poderá ter limitado o grau de detalhe da proposta de reengenharia que foi apresentada. Por outro lado, sendo este um trabalho de natureza académica, a conceção e implementação do projeto não foram sujeitas aos constrangimentos habitualmente relacionados com o chamado “triângulo do projeto”: o âmbito, o custo e o tempo de implementação. No entanto, considerando a razoabilidade das propostas apresentadas, presume-se assim que a direção do IPOLFG concederá as autorizações e disponibilizará os meios necessários à sua implementação, bem como que o legislador aprovará as alterações legislativas necessárias à sua total concretização.

Dever-se-á ter presente as dificuldades e os riscos que estão associados a este tipo de intervenções. Neste contexto é de recomendar que seja dada uma particular atenção à gestão de projeto, incluindo o patrocínio da administração do IPOLFG.

N.º	Atividade	Duração (dias)	Precedências
<b><u>Fase I - Início</u></b>			
1	Reuniões de iniciação ao projeto	5	
	1.1 Identificar responsáveis pelo projeto		
	1.2 Rever informação existente		
	1.3 Identificar <i>stakeholders</i>		
2	Recolher autorizações	5	1
<b><u>Fase II - Planeamento</u></b>			
3	Determinar estrutura da equipa	2	2
4	Desenvolver plano de atuação	10	3
	4.1 Estudar alterações de <i>software</i>		
	4.2 Estimar alterações organizacionais		
	4.3 Estimar tempo e custos de implementação		
	4.4 Identificar riscos e constrangimentos		
	4.5 Propor alterações legislativas à tutela		
5	Elaborar caderno de encargos	5	4
6	Obter autorização para contratar empresa de <i>software</i>	5	5
7	Obter autorização para contratar/realocar colaboradores	5	5
<b><u>Fase III - Execução</u></b>			
8	Contratação de empresa para desenvolver software	30	6
9	Desenvolvimento do novo <i>software</i>	60	8
	9.1 Desenvolver código fonte		
	9.2 Elaborar manual do utilizador		
10	Contratação de colaboradores para o Gabinete de Apoio ao Cliente	30	7
11	Formação de utilizadores do <i>software</i>	15	9, 10
	11.1 Formação de utilizadores do software		
	11.2 Formação em atendimento		
12	Preparação e aprovação das alterações legislativas	90	4
<b><u>Fase IV - Monitorização</u></b>			
13	Testar o novo software num cenário virtual	30	11
14	Monitorizar desempenho e corrigir <i>software</i>	30	13 (ii)
	14.1 Recolher <i>feedback</i> de <i>stakeholders</i> selecionados		
	14.2 Monitorizar riscos e constrangimentos		
	14.3 Monitorizar custos e prazos		
	14.4 Retificar <i>bugs</i> e falhas no procedimento		
15	Recolher autorização para implementar <i>software</i>	5	14
<b><u>Fase V - Finalização</u></b>			
16	Utilizar o novo software num cenário real	360	12, 15
17	Monitorizar desempenho e corrigir <i>software</i>	360	16 (ii)
	17.1 Recolher <i>feedback</i> de <i>stakeholders</i>		
	17.2 Retificar <i>bugs</i> e falhas no procedimento		
	17.3 Formação contínua de utilizadores		
18	Avaliar impactos e propor correções	15	17

Nota: (ii) - relação início-início

Figura 7 - Plano de implementação da proposta de reengenharia do processo de referenciação

É convicção dos autores que a proposta de reengenharia do processo de referenciação apresentada enfatiza o contributo que o recurso a ferramentas TIC poderá dar para agilizar processos e prestar um melhor serviço ao utente. Este é, afinal, o objetivo cimeiro do IPOLFG e do próprio SNS.

## Bibliografia

- Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P., *Plano Estratégico 2011-2013 da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo*, 2011.
- Campos, L. Saturno P. Carneiro A.V., *Plano Nacional de Saúde 2011-2016: A Qualidade dos Cuidados e dos Serviços*. CEMBE, 2010.
- Cannaby, S. Wanscher C.E. Pedersen C.D. Voss H., *The Cost Benefit of Electronic Patient Referrals in Denmark: Full Report*. ACCA, 2004.
- Direção-Geral da Saúde, *Rede de Referência Hospitalar de Oncologia*, 2002.
- Graetz, I.P. Reed M. Huang J. Rundall T.G. Hsu J., "Abstract PS2-30: Care Coordination and Health Information Technology: Information Availability and Timeliness Across Care Transitions", *Clinical Medicine & Research*, 2008.
- Heumann J., *Introduction to Business Modeling Using the Unified Modeling Language (UML)*, Rational Software White Paper, 2001.
- Hysong, S.J. Esquivel A. Sittig D.F. Paul L.A. Espadas D. Singh S. Singh H., "Towards successful coordination of electronic health record based-referrals: a qualitative analysis". *Implementation Science*, 2011.
- Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil E.P.E. – *Relatório e contas '11*. 2012.
- Kim-Hwang, J.E. Chen A.H. Bell D.S. Guzman D. Yee Jr. H.F. Kushel M.B., "Evaluating Electronic Referrals for Specialty Care at a Public Hospital", *J Gen Intern Med*, 2010.
- Lawson, D., *PMBOK Quick Implementation Guide*. Emereo Publishing, 2009.
- Nunes, M. O'Neill H., *Fundamental de UML*. 3ª ed. FCA – Editora de Informática, 2004.
- Porter, M.E. Teisberg E.O., *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Publishing, 2006.
- Soman, A., *Cloud-based Solutions for Healthcare IT*. Science Publishers, 2011.